LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.



PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE BONAPARTE, 13.

—

1858

N° 1. — MARDI 5 JANVIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 1. — MARDI 5 JANVIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hôpital des Enfants malades (M. Bouvier). De l'état des viscères chez les sujets affectés de scoliose. — Académie des sciences, séance du 28 décembre. — Société de chirurgie, séance du 23 décembre. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Le bagne de Brest.

Paris, le 4 janvier 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un jeune savant grec qui se livre, sous l'habile et savante direction du professeur de médecine du Collége de France, à l'étude de la physiologie expérimentale, M. Calliburcès, a présenté dans la dernière séance de l'Académie des sciences un intéressant mémoire sur l'influence qu'exerce le calorique sur les mouvements péristaltiques du tube digestif, et sur les contractions de l'utérus. A l'aide d'un ingénieux appareil de son invention, il a pu établir, par des expériences habilement instituées, non-seulement que le calorique produit directement les mouvements péristaltiques, et des contractions dans des intestins, dans des utérus soustraits à l'influence de leurs agents stimulants habituels, mais il a pu encore déterminer approximativement les limites de température où commence et cesse le phénomène, ainsi que diverses autres conditions nécessaires à sa production.

Nous sommes heureux, en signalant les résultats dignes d'intérêt des recherches expérimentales de M. Calliburcès, de saisir cette occasion pour rendre un juste et légitime hommage aux efforts que fait en ce moment la jeune Grèce médicale pour ressaisir sa place dans le monde scientifique, et renouer les liens d'une belle et noble tradition. Les savants français doivent se montrer fiers et reconnaissants d'avoir été choisis pour les initiateurs et les tuteurs de cette régénérescence.

Une communication faite par M. le secrétaire perpétuel au nom de M. Naumann, de Bonn, une autre au nom de M. Ozanam, par M. J. Cloquet, et une lettre de M. Guillabert, chirurgien de la marine, présentent chacun sous des points de vue fort différents un intérêt qui les recommande également à l'attention de nos confrères. Nous donnerons dans le prochain numéro des extraits assez étendus de ces diverses communications pour mettre nos lecteurs à même de les apprécier.

Plus heureux devant l'Académie des sciences que devant l'Académie de médecine, M. Heurteloup a pu exposer au savant aréopage, dans un court et substantiel mémoire, les lois et conditions physiques qu'il considère comme fondamentales pour l'établissement méthodique et scientifique de l'opération de la lithotripsie. Une analyse succincte de ce mémoire permettra au lecteur de se fixer sur ce point. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouvier.

De l'état des Viscères chez les sujets affectés de scoliose.

— a. *Moelle épinière.* — Parmi les organes renfermés dans les cavités du tronc, aucun n'est aussi intimement lié au rachis que la moelle épinière. Plus que tout autre, elle devait subir l'influence de la courbure latérale de l'épine. Elle change de forme, en effet, avec son étui osseux ; elle en suit les ondulations et décrit les mêmes courbures. Ces courbures sont moins fortes que celles des corps vétébraux, et un peu plus fortes que celles des apophyses épineuses. Cela tient, d'une part, à la disposition du canal vertébral, et, de l'autre, à celle de la moelle dans l'intérieur de ce canal.

Le canal vertébral n'est pas symétrique comme dans l'état normal; nous avons vu que les trous des vertèbres qui le forment par leur superposition sont eux-mêmes de figure irrégulière. La paroi antérieure de ce canal, qui appartient aux corps vertébraux, à la colonne antérieure, est tordue comme elle. Elle présente dans sa longueur ce qu'on nomme une *surface gauche*, comme vous le voyez sur cette pièce formée des corps vertébraux seulement. Cette paroi décrit, par cela seul, des courbures un peu moins prononcées que la partie antérieure des corps vertébraux. D'un autre côté, la paroi postérieure du canal rachidien, formée par les arcs, décrit des courbes moins marquées que les précédentes, et plus prononcées que celles de la série des apophyses épineuses placées plus près du centre de courbure. La direction du canal se trouve ainsi une moyenne entre la courbure des corps vertébraux et celle des apophyses épineuses.

Pour ce qui est de la moelle, ses courbes ne sont pas parallèles à celles du canal. Il se passe ici, d'une manière permanente, ce qui a probablement lieu passagèrement dans les mouvements physiologiques du rachis. Le liquide de Cotugno ou de Magendie se porte du côté convexe des courbures à mesure qu'elles se produisent, et la moelle reste accolée à leur concavité; sa direction croise ainsi celle de l'axe du canal en passant d'une courbe à l'autre. C'est ce que vous montrent ces pièces et ces dessins, où l'on voit le canal ouvert et la moelle à nu ou encore recouverte de son étui membraneux, ici distendu par le liquide et remplissant le canal osseux, là desséché et rétracté autour de la moelle, dont il suit la direction.

Vous devinez l'avantage qui résulte de cette disposition : les angles de flexion de la moelle sont adoucis au milieu de chaque courbure, et ses fonctions risquent moins de souffrir de la compression de la substance nerveuse. Ce n'est pas une des moindres causes de l'extrême rareté des troubles fonctionnels de cet organe par l'effet de la scoliose.

Cependant les courbures considérables et anciennes finissent par déformer la moelle; elle se raccourcit un peu du côté concave des courbures, s'étend un peu du côté oppsé. Les nerfs sont plus écartés dans ce dernier sens que dans le premier. La lenteur de ce changement empêche ordinairement qu'il ne porte atteinte à l'action nerveuse.

Les nerf spinaux restent longtemps intacts dans la courbure latérale du rachis.

C'est à tort que quelques auteurs ont attribué divers effets à leur compression chez les jeunes sujets. Les trous intervertébraux peuvent en effet devenir beaucoup plus étroits à la concavité des courbures, sans que les nerfs soient comprimés, parce que leur diamètre est bien supérieur à celui des nerfs. Ce n'est que dans les déviations du plus haut degré que ceux-ci finissent par diminuer de volume, du côté concave, à la partie moyenne des courbures principales. Il est extrêmement rare qu'ils disparaissent complétement par l'oblitération des trous de conjugaison. Dans les courbures les plus énormes, on retrouve presque toujours, au milieu de la fusion de toutes les parties, des pertuis pénétrant dans le canal vertébral et livrant passage aux nerfs.

b. *Poumons.* — Ce que je vous ait dit du squelette des sujets gibbeux vous a déjà fait pressentir que, dans les scolioses un peu prononcées, les déformations du thorax et de l'abdomen doivent entraîner des changements importants dans les organes mous qu'ils renferment.

Les poumons, les plus compressibles de ces organes, perdent plus ou moins de leur volume presque en tous sens. Leur partie antérieure toutefois change peu : vous voyez sur ces dessins que, sauf leur diminution de hauteur, les poumons, vus en avant, offrent à peu de chose près l'aspect des poumons normaux.

Il n'en est pas de même en arrière. Dans les courbures dorsales droites, le poumon droit est refoulé par les vertèbres. Le bord postérieur du médiastin est porté à droite avec le rachis. Cette cloison devient très-oblique, parfois presque transversale, son bord antérieur restant fixé au sternum, ou se déplaçant beaucoup moins. La partie postérieure du poumon droit perd donc de son étendue transversale. Cette réduction, peu marquée dans les déviations les moins considérables, devient énorme dans les fortes courbures. Le poumon ne représente alors en arrière, comme on le voit sur ce dessin, qu'une lame mince, qu'une sorte de languette compacte, privée d'air, située entre les côtes et les corps vertébraux, ainsi que dans l'arrière-cavité du thorax qui répond à la gibbosité. Toute la configuration de ce poumon est fort irrégulière ; elle est exactement moulée sur la configuration nouvelle du thorax. Son sommet et sa base, moins réduits, paraissent renflés parce qu'ils correspondent à la concavité des courbures sus et sous-aortiques, tandis que son milieu est comme étranglé vis-à-vis de la convexité de la courbure principale. Sa face externe se déprime par l'aplatissement latéral du demi-thorax droit; sa face interne est excavée pour loger la saillie du rachis.

Le poumon gauche, moins réduit que le droit, s'étend surtout en travers sous la concavité de la courbure dorsale, derrière le médiastin, et en partie derrière le poumon droit. Son épaisseur est diminuée, dans le sens antéro-postérieur, par l'aplatissement des côtes et par leur déplacement en avant ; la dépression est surtout marquée vis-à-vis de la crête saillante formée par les côtes les plus déplacées. Le volume de ce poumon est aussi diminué latéralement par la même cause, comme l'indiquent ces figures où la pointe du cœur se montre très-rapprochée de la paroi latérale du thorax.

C'est le poumon gauche qui est le plus déprimé, le plus réduit dans les courbures dorsales gauches; il est même moins à l'aise que

LE BAGNE DE BREST (1).

Il y a un peu plus d'un siècle que l'institution des bagnes existe en France. Avant cette époque, les condamnés étaient placés à Marseille, sur seize galères, dont huit pouvaient prendre la mer. Il était enjoint aux huit autres de rester dans le port. La chiourme était forte alors de 2,700 forçats, dont la majeure partie alla habiter le bagne de Toulon en 1748. Quelques années plus tard, une troupe de condamnés fut dirigée sur Brest, puis sur Rochefort, pour y construire des établissements analogues. Les bagnes de Toulon et de Brest sont les deux seuls qui subsistent aujourd'hui. Celui de Rochefort a été supprimé au mois de juillet 1852, et les forçats ont été dirigés, les uns sur la colonie pénitentiaire de la Guyane française, les autres sur Brest.

Entrons résolûment — mais pour quelques minutes seulement — dans le bagne de cette dernière ville, et passons en revue tout ce qui intéresse l'existence matérielle, l'hygiène et la pathologie du condamné aux travaux forcés. Notre distingué confrère, M. le docteur E. Mongrand, qui a récemment soutenu à la Faculté de médecine de Paris une thèse si remarquable sur le sujet qui nous occupe, va nous guider et nous apprendre, chemin faisant, bien des choses que nous ignorions complétement.

Les forçats sont employés dans l'arsenal maritime aux travaux qui permettent le plus de les séparer des ouvriers libres. Quelques-uns, attendu leur grand âge, leur peu de force ou leurs infirmités, sont utilisés dans l'intérieur de l'établissement, mais le plus grand nombre est occupé au sciage du bois, au curage du port, aux épuisements des bassins, aux mouvements sur les chantiers, aux mines, au déblayage, aux excavations, etc. Les détenus qui sont *à la grande fatigue* ne reçoivent aucun salaire. Ceux qui exercent des professions, telles que scieurs de long, pontonniers, forgerons, charpentiers, tailleurs de pierre, jouissent d'une solde variable, estimée aux deux cinquièmes de celle des ouvriers libres, et sur laquelle on exerce une retenue du quart, pour former un pécule qui est remis au condamné le jour de sa libération ; le reste lui est payé mensuellement.

La tenue est uniforme, et il est fourni à chaque arrivant une casaque en *moui* rouge, un gilet de moui rouge, trois chemises de grosse toile, un bonnet de laine, un pantalon de moui jaune foncé, trois pantalons de grosse toile, une vareuse (seulement pour les travailleurs en plein air), et une paire de souliers.

Les forçats couchent sur leurs bancs (1), et s'enveloppent dans une couverture de laine. Les condamnés à la salle d'épreuve (1) ont un serpentin et un traversin de plus que leurs compagnons. Enfin, les invalides (2) ont un lit en fer, deux couvertures de laine, un matelas d'étoupe blanche, un traversin d'étoupe.

Chaque condamné porte à la jambe un anneau de fer appelé manille. Cet anneau est fermé par un boulon, à l'extrémité duquel se trouve une clavette que l'on rive sur une enclume. A cette manille est attachée une chaîne de neuf maillons, servant à l'accouplement des forçats. Les condamnés à vie, ceux à long terme, et les suspects, portent, en outre, trois organeaux au milieu de leur chaîne, pour y passer le cordon qui sert à les conduire avec plus de sûreté aux travaux. Ce cordon est d'ailleurs indispensable pour le service de nuit.

Pour tous les condamnés employés en couple à la fatigue, la manille est du poids de 1,000 à 1,100 grammes ; la chaîne d'accouplement est de 1 kil. 350 gr. ; les organeaux ajoutés à la chaîne des forçats à perpétuité et des suspects pèsent 245 gr. Il en résulte que chaque condamné accouplé traîne après lui un poids de 2 kil. 600 gr.

Les détenus qui n'ont à subir que le minimum de la peine des travaux forcés et ceux d'une conduite éprouvée, que l'on occupe dans les différents ateliers, peuvent être mis en *chaîne brisée*, c'est-à-dire n'être

(1) *Le bagne de Brest considéré au point de vue hygiénique et médical*, par E. Mongrand, chirurgien de 1re classe de la marine.

(1) Sortes de lits de camp en bois de chêne, ayant la forme de deux plans inclinés adossés, élevés au-dessus du plancher d'environ 60 centimètres.

(1) On nomme ainsi ceux qui par leur résignation et leur bonne conduite donnent quelques espérances d'un retour vers le bien.

(2) Les incurables, les gens d'une pauvre santé habituelle, et ceux que l'administration a des motifs pour isoler.

le poumon droit dans les courbures à droite, à cause de la présence du cœur qui le refoule, ce qui n'est que faiblement compensé par la moindre influence du foie sur le demi-thorax gauche. Il est à peine nécessaire de dire que le poumon droit, dans ces courbures à gauche, offre la disposition qui appartient au poumon gauche dans les déviations à droite.

La réduction en hauteur due à l'ascension du diaphragme est commune aux deux poumons, quoique plus grande à droite. Elle est produite non-seulement par les courbures dorsales, mais encore par les lombaires, qui diminuent la capacité de l'abdomen.

On devine combien les résultats de la percussion et de l'auscultation doivent être modifiés par toutes ces particularités de conformation. C'est un point sur lequel j'aurai occasion de revenir.

c. *Cœur.* — Le cœur échappe, par sa situation dans la région thoracique antérieure, à la pression directe des vertèbres et de la partie postérieure des côtes; plus résistant que les poumons, il cède moins aux efforts qu'ils supportent en commun. Aussi sa configuration, ses dimensions ne paraissent-elles pas altérées sur la plupart de ces dessins. Cependant, si le rétrécissement du thorax est considérable, si le sternum, la région précordiale, sont particulièrement déprimés, si le diaphragme est très-élevé, le cœur peut être comprimé par la paroi thoracique et par la substance pulmonaire condensée. On le trouve porté à droite dans les déplacements très-étendus du médiastin, et remonté vers le cou dans les grands refoulements du diaphragme. J'ai vu, sur un sujet vivant, le demi-thorax gauche tellement resserré dans le sens antéro-postérieur, que le cœur avait peine à se loger dans l'étroit espace que lui laissait le poumon, et qu'il paraissait fortement appliqué contre les deux parois thoraciques.

Il est fort rare que la pression réduise très-notablement le volume du cœur, comme elle diminue le volume des poumons. La gêne de la circulation tend plutôt à augmenter ses dimensions, comme dans ce dessin, où il est fort élargi. Il est quelquefois en partie graisseux; mais cet état ne m'a pas paru plus fréquent chez les sujets gibbeux que chez les autres.

Les courbures dorsales gauches sembleraient devoir produire une compression du cœur presque incompatible avec la vie, et on l'a cru en effet; il n'en est rien pourtant. Les vertèbres, en se portant dans le demi-thorax gauche, restent en arrière du cœur; et lorsqu'elles sont arrivées près de la face interne des côtes gauches, le sac du péricarde s'en est éloigné, ne les ayant pas suivies dans leur mouvement. Le cœur est alors entièrement situé à droite du rachis, dans la concavité de sa courbure, où il trouve un espace plus que suffisant pour se loger.

d. *Vaisseaux sanguins.* — *OEsophage.* — Les divers canaux renfermés entre les deux lames du médiastin postérieur subissent quelques changements.

Plusieurs auteurs anciens qui ont parlé des courbures de l'épine, Haller, Morgagni, Ludwig, A. Roy, Watzel, et plus récemment Vrolick, ont fait la remarque que l'aorte suit les inflexions du rachis dans la scoliose. Vous trouverez au musée Dupuytren sous les n°s 481, 482, 481^{a}, 482^{b}, quatre pièces d'aortes injectées dans des cas de scoliose où MM. Houel, Verneuil et Jamain ont rencontré la même disposition. Ces dessins de pièces que j'ai étudiées il y a une vingtaine d'années, vous feront connaître les principales variétés qui se présentent à cet égard.

Dans les cas les plus ordinaires, où la concavité de la courbure dorsale est à gauche, l'aorte thoracique reste accolée à cette concavité en décrivant un arc concentrique à la courbure vertébrale. La veine azygos décrit une courbure semblable : c'est là ce que j'appellerai *la règle* quant à la direction de ces troncs vasculaires.

L'aorte ne paraît pas toujours située à la gauche des vertèbres dorsales. Elle est quelquefois transportée plus ou moins au-devant d'elles. Cela tient à ce que, par l'effet de la torsion, le côté gauche du rachis devient antérieur ou antéro-gauche; l'aorte suit ce côté dans sa rotation.

Au bas de la colonne dorsale, l'aorte change de direction avec le rachis, en le croisant un peu pour se placer sur sa face antérieure. Si les vertèbres lombaires se portent fortement à gauche, l'aorte se trouve placée sur leur côté antéro-droit. La veine-cave inférieure est recourbée, comme l'aorte, dans le même sens que le rachis.

Si la courbure dorsale est à gauche, la position de l'aorte diffère suivant le degré de la déviation.

1° Dans ce cas de courbure dorsale gauche secondaire, qui accompagne une forte courbure lombo-dorsale droite, l'aorte et l'azygos ont leur situation ordinaire par rapport à la colonne dorsale, et décrivent comme elle un arc peu prononcé à convexité gauche; plus bas, l'aorte se replie en sens contraire comme le rachis, et suit la direction de la région lombaire.

2° S'il s'agit, comme dans les deux autres exemples, d'une forte courbure dorsale gauche, les rapports de l'aorte avec le rachis changent complétement; elle glisse au-devant des vertèbres à mesure que celles-ci se portent à gauche, et finit par se trouver sur leur côté droit, ou même tout à fait à droite, vis-à-vis l'extrémité des côtes de la concavité de la courbure. C'est ce qui se voit sur l'un de nos dessins. Ludwig avait déjà publié un cas semblable dans le siècle dernier. L'aorte croise alors la direction du rachis en traversant le diaphragme, et suit le côté gauche antérieur de la colonne lombaire, selon la direction qu'affecte cette dernière.

Morgagni a supposé que ces courbures de l'aorte pouvaient gêner le cours du sang. Je crois que cela n'aurait lieu que si elles formaient des angles ou plis profonds. On voit de ces plis sur quelques-uns de nos dessins; mais il est probable qu'ils s'effaçaient par la distension de l'artère.

L'œsophage, plus rétractile, moins adhérent au rachis que l'aorte, se comporte différemment. Ce n'est que dans les petites déviations qu'il conserve à peu près ses rapports normaux avec la colonne vertébrale, comme on le voit sur ces deux dessins. Mais, dans presque tous les autres cas, l'œsophage s'écarte du milieu de la courbure, à mesure que celle-ci se prononce davantage; il tend à former la corde de l'arc qu'elle représente, comme ces dessins en offrent de nombreux exemples. De nature musculaire, il se raccourcit à proportion comme tout muscle dont les points d'insertion se rapprochent. Ce raccourcissement ne va pourtant pas jusqu'à le tendre fortement, lorsqu'on écarte les extrémités de l'arc; je l'ai toujours vu relâché dans ce cas, et on ne risque jamais de le rompre en cherchant à redresser une courbure.

e. *Organes digestifs.* — La courbure lombaire oblique des fortes scolioses dorsales, la courbure lombaire verticale dominante, ou égale à la courbure dorsale, ont pour effet commun de diminuer la hauteur de la cavité abdominale. Le resserrement irrégulier de la base du thorax dans les déviations dorsales réduit, en outre, la circonférence des régions abdominales supérieures. L'inclinaison du tronc en avant, quand elle a lieu, ajoute encore son effet à cette double influence. Il en résulte que les viscères abdominaux se portent en bas, vers la cavité pelvienne, et en avant, où ils distendent la paroi musculaire de l'abdomen. Suivant le volume proportionnel des viscères thoraciques et abdominaux, la réduction porte davantage sur les organes centraux de la respiration et de la circulation, ou sur l'appareil digestif. Cette considération n'est pas à négliger pour l'hygiène des individus gibbeux.

L'estomac et les intestins, excepté le duodénum plus rapproché du rachis, ne ressentent qu'indirectement les effets de sa déformation. Leur situation et leur direction changent néanmoins à la longue; l'estomac descend plus bas et occupe la région ombilicale. J'ai vu les intestins grêles ramassés en totalité dans la cavité du petit bassin; le côlon transverse devient quelquefois vertical; j'ai vu cet intestin remonter au-dessus du foie, entre celui-ci et le diaphragme, disposition déjà observée par M. Cruveilhier, qui toutefois ne dit pas si le sujet était bien ou mal conformé.

f. *Foie.* — Le foie, la rate, les reins, situés plus en arrière, sont modifiés plus directement par la courbure du rachis.

Le volume du foie n'est pas toujours réduit; il est même quelquefois considérable. Mais il ne peut s'étendre en tous sens; ce n'est qu'en longueur, vers l'hypochondre gauche, en hauteur, du côté du thorax et vers l'ombilic, que cet organe se développe. Circonscrit partout ailleurs par le squelette, il se moule exactement sur les os qui l'entourent. De là une configuration presque toujours irrégulière, des déformations parfois bizarres. Vu en avant, vers sa partie moyenne et sa face convexe, le foie paraît peu s'éloigner de l'état normal, ainsi que vous le remarquez sur ces dessins. Il en est tout autrement quand on l'examine en arrière, à son extrémité droite et surtout à sa face inférieure. La colonne vertébrale s'imprime sur son bord postérieur; les côtes s'enfoncent dans son lobe droit, et y tracent des sillons plus ou moins profonds; le rein droit, déplacé lui-même, creuse sa face inférieure. Vous voyez toutes ces dépressions sur plusieurs de ces desseins. Le lobe droit est celui qui souffre le plus de la pression des organes voisins : diversement tronqué, arrondi ou allongé, quelquefois comme ratatiné ou replié sur lui-même, il affecte les formes les plus variées. Son allongement et la réduction du lobe gauche dans ce dessin donnent au foie la figure d'un tricorne. Sur cet autre, au contraire, il forme la petite extrémité de l'organe. Plus les vertèbres lombaires s'inclinent à droite, plus le lobe droit est gêné dans son développement. Quand elles décrivent une forte courbure à gauche, la plus grande partie du foie, mais surtout sa moitié droite, trouve plus d'espace dans la concavité de la courbure, comme cela a lieu dans le cas figuré ici. Dans cette forme de déviation, le foie s'éloigne des vertèbres, et reste, en presque totalité, à la droite du rachis.

g. *Rate.* — Plus mobile que le foie, moins profondément enfoncée dans l'hypochondre, la rate fuit plus aisément la pression. On la trouve sensiblement normale dans quelques cas.

Elle obéit donc en partie, comme le foie, aux influences mécaniques produites par la scoliose. Elle porte très-souvent à sa surface, ainsi que le foie, la trace des pressions voisines, des sillons, des excavations superficielles.

h. *Reins.* — Aucun organe n'éprouve plus que les reins ces effets mécaniques de la scoliose, ce qu'expliquent sa situation profonde et ses rapports immédiats avec le rachis et les côtes.

Les reins restent en général parallèles à la colonne lombaire, et s'inclinent avec elle; le rein droit est plus bas que le gauche, si les premières vertèbres abdominales penchent à droite, comme cela avait lieu sur ces pièces. C'est le rein gauche qui s'abaisse, le droit qui s'élève, quand ces vertèbres penchent à gauche, comme dans ces deux autres cas.

Celui de ces organes qui répond à la convexité des fortes courbures lombaires ou lombo-dorsales, pressé entre les vertèbres et les côtes, s'allonge, s'effile et s'amincit; son volume total est réduit; le rein du côté de la concavité, pressé de haut en bas, se raccourcit et s'élargit, mais il conserve au moins son volume normal. Le contraste est assez sensible sur ces dessins. Il s'y reproduit en sens inverse, selon que la convexité de la courbure est à gauche ou à droite.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 décembre 1857. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Lithotripsie. — M. HEURTELOUP lit un mémoire ayant pour titre : *Des lois et des conditions physiques primordiales qui président à l'opération de la lithotripsie scientifique.*

Ce mémoire consiste dans une suite de propositions qui tendent, dit l'auteur, à prouver que la percussion, entourée de nouveaux perfectionnements que j'ai pu lui donner depuis 1833, est le moyen qui permet de réduire en poudre les pierres vésicales dans la vessie humaine le plus promptement, avec le moins de danger et avec le moins de douleur pour le malade. Le moyen le plus simple, le plus usuel, le plus facile et le plus effectif pour arriver à ce résultat, est la percussion au moyen d'un marteau. Or, la percussion opérée au moyen d'un marteau se réduit à

---

pas accouplés. Ils portent alors seulement la manille et trois maillons.

Les forçats à la *double chaîne* ont au pied la manille ordinaire avec une double chaîne de neuf maillons. — Pendant la nuit, tous les condamnés sont attachés à leur banc, au moyen d'une longue chaîne appelée *ramas*.

Le détenu, à Brest, mange séparément. La ration ordinaire se compose de 917 grammes de pain frais, de 120 gr. de légumes secs (presque toujours des fèves), de 8 gr. de beurre et de 10 gr. de sel. Le forçat à la fatigue reçoit 48 centil. de vin, et l'invalide 24. L'administration n'en délivre jamais aux autres condamnés. Les dimanches et jours de fête, la salle d'épreuve fait un repas de viande.

On tolère au bagne la vente de vivres supplémentaires, mais l'entrepreneur ne peut tenir que les objets stipulés dans son traité : c'est dire que le débit des boissons est formellement interdit. Les succursales de la cantine, établies à l'extrémité de chaque salle, fournissent tous les jours du lait chaud ou froid, des soupes, des fricassées de viandes et du lard; puis, de temps en temps, quelques poissons, de la salade et des fruits verts.

Les punitions consistent dans le retranchement temporaire du vin, la perte de la chaîne brisée et la mise en couple; la double chaîne, le cachot, la cellule et la bastonnade. M. le docteur E. Mongrand se hâte de nous rassurer relativement à l'emploi de ce dernier moyen correctif, et il nous déclare que l'on n'y a généralement recours que pour les évasions, les cas graves d'insubordination et les voies de fait envers d'autres forçats, surtout quand le coupable est un de ceux qui se signalent par leur mauvaise conduite. La bastonnade s'administre à l'aide d'un cordage ayant 15 millimètres de diamètre, 65 centimètres de longueur, et terminé par une simple liure. Les coups se frappent sur les épaules, de gauche à droite.

Lorsque les fautes deviennent des délits ou des crimes, les condamnés sont traduits devant un tribunal maritime spécial, qui juge sans appel, et dont les arrêts sont *exécutables* dans les vingt-quatre heures.

Les récompenses consistent dans l'allégement des fers (soit qu'on remplace l'accouplement par la chaîne brisée, soit qu'on réduise à trois le nombre des maillons) et dans l'admission à la salle d'épreuve. On réserve à cette catégorie de condamnés les travaux les moins fatigants, et c'est en leur faveur que se font tous les ans au chef de l'État les propositions en grâce et commutation de peine.

Le service de santé de l'intérieur du bagne est confié à un chirurgien de 1re classe de la marine. Il visite, au moins une fois par jour, les salles des forçats, et désigne, dans un rapport au commissaire des chiourmes, ceux qui, pour blessures ou indispositions légères, doivent rester en salle pour y subir un traitement. Cet officier de santé soigne à leur banc les détenus atteints de malaises passagers, de gale simple, et délivre des billets d'hôpital à ceux qui sont atteints de maladies plus graves. Il indique les moyens d'hygiène dont l'observation est nécessaire, veille à l'entretien de la salubrité des salles, et y fait exécuter, après en avoir donné avis au commissaire, les fumigations et autres moyens en usage.

Les fenêtres des salles sont ouvertes le matin à la sortie de la chiourme, et fermées à sa rentrée. Les salles sont balayées plusieurs fois par jour; elles sont blanchies à la chaux au commencement du printemps, et reçoivent un deuxième blanchissage au commencement de l'automne, quand la nécessité en est reconnue.

A leur arrivée au bagne, les condamnés sont dépouillés de leurs anciens vêtements, ils sont lavés à l'eau tiède et au savon; leurs cheveux sont coupés ras; on leur donne les vêtements de la chiourme, et les leurs sont brûlés immédiatement, afin d'éviter les accidents que les miasmes dont ils ont été imprégnés pendant le séjour dans les prisons pourraient occasionner. L'or, l'argent, les bijoux qui leur appartiennent leur sont retirés et déposés à la caisse, à l'exception de la somme de 10 francs au plus. Ils sont ensuite visités par le chirurgien, qui, dans un rapport écrit, fait connaître leur constitution physique, les maladies ou infirmités dont ils sont atteints, et les travaux auxquels ils peuvent être employés.

L'hôpital du bagne est un édifice distinct de l'hôpital de la marine. Là, les forçats ont le même couchage que les hommes libres ; seulement ils sont attachés à leur lit par une chaîne de dix-huit à vingt maillons, que l'on réunit à la chaîne de neuf maillons appartenant à chaque homme. Tous les jours, au coup de canon du matin, on sépare la chaîne du malade de celle fixée au lit; à deux heures de l'après-midi on les réunit de nouveau. Ainsi enchaîné, le condamné peut faire une dixaine de pas autour de son lit, et arriver facilement jusqu'aux bailles d'aisance qui sont placées de distance en distance.

Le service de santé de l'hôpital du bagne est dirigé par le second

ıettre le corps à pulvériser entre deux plans, l'un immobile, l'autre obile, et à rapprocher avec force et vivacité le plan mobile, le marau, du plan immobile.

Si l'on place une tige d'acier dans un étau et qu'on la fixe solidement, ı peut frapper l'une des extrémités de cette tige sans que la main acée tout près de l'autre extrémité éprouve la moindre sensation. Si courbe l'extrémité de cette tige d'acier, on obtient un plan perpenıculaire à la tige d'acier, plan qui, solidaire avec elle, devient immobile mme elle. Si on fait glisser sur cette tige d'acier ainsi disposée à son trémité, en courbe concave, une autre tige d'acier avec une courbure nvexe qui se règle sur la concavité de la première, on obtient dans vessie deux plans, entre lesquels la pierre peut être saisie et brisée r le marteau agissant directement sur la branche mobile et médiate-ent sur le plan mobile terminal.

De cette manière, absence de douleur pendant le broiement de la erre, puisque l'action du brisement se passe au milieu de l'eau dont vessie est emplie. Une pierre ainsi démolie suivant l'art, c'est-à-dire manière à être profondément ébranlée dans ses couches, tombe en gments qui ne sont pas projetés et presque perpendiculairement. La rcussion est l'agent de pulvérisation qui demande le moins de force ns l'instrument, car dans la pression la pierre ne se brise et ne se pulvé-e que lorsque l'instrument est saturé d'efforts : par la percussion, contraire, la pierre se brise et se pulvérise à chaque coup de marı, et entre chaque coup l'instrument se repose, il n'est plus en état tension entre chaque coup. La percussion permet de développer as l'instrument les plans les plus larges, les plus longs, les mieux nés d'aspérités, car, quel que soit le développement de ces propriétés avorables à une grande action sur la pierre ou les fragments, la persion *désengoue* toujours l'instrument. Tout instrument désengoué ou n débarrassé du détritus est toujours prêt pour une action nouvelle les pierres et les fragments. Tout instrument désengoué peut être iré sans distendre et déchirer le canal par les fragments interposés.

Si on déprime le bas-fond de la vessie avec la partie convexe d'une ıde à petite courbure (la sonde recto curviligne) qui est le type du ıcuteur courbe, la pierre, s'il y en a une dans la vessie, vient se ıdre par son propre poids dans la partie concave de cette courbure. ction de saisir les pierres ne consiste donc qu'à attendre que ces rres viennent tomber sur cette partie concave, et à rapprocher la nche mâle ou convexe. De cette manière, absence de sensation pé-le, puisque l'action de saisir ne consiste qu'à attendre. Si une pierre sicale est ovale, comme le sont à peu près toutes les pierres vésicales, lépression du bas-fond par la courbe de l'instrument force la pierre e placer *axe pour axe* sur la branche de l'instrument; alors l'action la plus complète possible.

Si une pierre est volumineuse et serrée dans la vessie, elle ne vient s d'elle-même se faire prendre, il faut la manœuvrer, et cela est le ficile de l'art. Si une pierre volumineuse est brisée, il faut toujours ttacher à réduire en poudre les fragments dont le volume leur pertrait de s'introduire dans le col sans franchir l'urètre. Il faut alors se barrasser des petits fragments avant de réduire les gros. Si l'opéran peut être faite assez complétement pour que le malade puisse ren- toute sa poudre, il faut prendre et pulvériser tout ce qui se présente, gros fragments comme les petits.

Si une pierre est dans une vessie, et que le bassin du malade soit s-relevé, la pierre roule en proportion de sa sphéricité à la partie la s reculée de la poche urinaire. Si, au lieu de rester dans une posin fixe, le malade a son bassin alternativement élevé et alternativet ramené à l'horizontale, la pierre éprouve des mouvements dont pérateur doit savoir profiter. Si une pierre peut être extraite imméement, il faut le faire, car :

1° Le malade est de suite complétement guéri;

2° Il ne risque pas qu'un fragment se perde dans des anfractuosités cidentelles de l'organe, ce qui produit souvent une nouvelle pierre et ıucoup d'accidents. Il vaut mieux prolonger l'opération pour extraire totalité de la pierre, que de laisser des fragments pour une autre ıce. Si l'on juge que le malade rendra très-facilement ses fragments, peut passer sur cette condition; l'action d'extraire la pierre exige périeusement l'emploi de la percussion.

Mes autres propositions ont trait à la nécessité de relâcher les mus-s extérieurs pour empêcher la contraction des muscles intérieurs ıs lesquels on opère; à la place que doit occuper le chi-gien, qui doit être seul pour opérer avec perfection, car toute action nplexe exécutée par plusieurs mains est mal exécutée; à la propriété doit avoir l'*étau*, de venir chercher l'instrument, à ce que cet étau, fois placé, reste toujours dans une position propre à donner de la *fixité* à l'instrument; à ce que cet étau soit inébranlable d'avant en arrière, de haut en bas et latéralement; à ce que le malade puisse être mobilisé pour se *démasquer* de l'étau fixé à la même place et qui gêne l'introduction des instruments; à ce que l'instrument étant chargé de la pierre dans la vessie du malade, vienne avec précision se présenter dans la ligne de l'étau; à ce que les mouvements de totalité du malade soient bornés à l'arrière pendant l'élévation du bassin; à ce que l'*extraction* soit faite au moyen d'un instrument à deux cuillers opposées; à ce que l'eau soit conservée dans la vessie pendant que l'opération s'exécute, afin de ne pas blesser l'organe; à ce que le degré de distension de l'organe par l'eau lui donne la forme la plus favorable au jeu des instruments, etc., etc., etc.

Telles sont *les lois et les conditions primordiales* qui président à l'opération de la *lithotripsie scientifique*; je crois que plus on s'éloigne de ces lois ou conditions, plus on perd de pouvoir, de douceur et de promptitude, et moins on donne de chances de guérison au malade. Chacune de ces lois ou conditions a ses développements. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe.)

— M. ED. DE LAMARE lit une note concernant les *effets de l'hélicine sur l'économie animale*. Cette note, qui fait suite à sa communication du 30 octobre 1854 « Sur un bruit nouveau perceptible par l'auscultation des cavernes en voie de guérison chez les phthisiques, traités par l'hélicine, » est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour ce premier mémoire, commission qui se compose de MM. Andral et Rayer.

Influence du calorique sur certains mouvements musculaires. — M. CALLIBURCÈS présente un mémoire contenant le résultat de ses recherches expérimentales sur l'influence du calorique sur les mouvements péristaltiques du tube digestif et sur les contractions de l'utérus.

M'étant proposé, dit l'auteur, de rechercher l'influence du calorique sur la motilité des tissus contractiles en général, j'ai étendu au tube digestif et à l'utérus les expériences que j'avais faites précédemment sur le cœur. J'avais remarqué que chez les grenouilles les intestins sortis de la cavité abdominale, par le moyen d'une incision pratiquée sur ses parois, devenaient le siége de mouvements péristaltiques beaucoup plus intenses quand on les exposait à la température des animaux à sang chaud.

De plus, je m'étais convaincu que cette augmentation des mouvements péristaltiques des intestins ne dépendait ni de l'influence de la circulation modifiée par la chaleur, ni de celle du système nerveux cérébro-spinal, car ayant excisé complétement les intestins, j'avais constaté, plusieurs heures encore après l'excision, le même phénomène. J'ai été ainsi conduit à rechercher s'il ne se présentait pas aussi chez les animaux à sang chaud.

L'appareil dont je me sers pour ces expériences consiste en un vase de verre de volume convenable. Le vase est fermé par un bouchon en liége à travers lequel passent :

1° Un thermomètre centigrade divisé en cinquièmes de degré, et destiné à mesurer la température de l'air contenu dans l'appareil;

2° Un tube en verre pour empêcher l'explosion du vase. Enfin, à la partie inférieure du bouchon est fixé un crochet auquel on suspend l'organe. La partie inférieure de l'appareil est plongée dans un bainmarie chauffé par une flamme d'intensité médiocre, afin qu'on puisse obtenir une augmentation graduelle de température. Les animaux dont je me suis servi étaient des chiens, des chats, des lapins et des cochons d'Inde.

I. *Tube digestif.* — 1° Si l'on place l'animal au-dessus du vase de l'appareil de telle façon que les intestins soient suspendus dans l'intérieur du vase et que l'on chauffe l'air contenu dans celui-ci, on voit les mouvements péristaltiques devenir beaucoup plus intenses, à l'exception de l'appendice cœcal, qui n'a jamais présenté de mouvements dans mes expériences.

2° Si l'on soustrait le tube digestif, ou seulement une de ses parties, à l'influence de la circulation et du système nerveux cérébro-spinal, en les détachant complétement de l'animal, on voit, lorsque tout mouvement péristaltique a disparu, ces mêmes mouvements reparaître avec une grande intensité lorsqu'on chauffe dans l'appareil les parties excisées.

3° Si, avant que les mouvements péristaltiques des intestins excisés aient totalement disparu, on vient à chauffer l'air contenu à l'intérieur de l'appareil dans lequel se trouvent suspendus les intestins, les mouvements deviennent excessivement forts.

4° La limite de température nécessaire pour faire renaître les mouvements péristaltiques lorsqu'ils ont récemment disparu, varie entre 19 et 25 degrés; entre 35 et 50 degrés environ, les mouvements péristaltiques cessent après être devenus très-faibles. Le degré de température auquel commencent et cessent les mouvements est déterminé par différentes circonstances, telles que l'espèce de l'animal, son âge, la partie du tube digestif qui est soumise à l'expérience, etc.

5° Si l'on incise l'intestin dans le sens de sa longueur, on obtient des résultats parfaitement identiques.

6° L'estomac, distendu par des aliments qui offrent une certaine consistance, ne montre aucun mouvement sous l'action de la chaleur; mais si l'organe est vide, ou s'il contient des substances qui résistent peu à la contraction de ses parois, on voit des mouvements se produire.

7° Si l'on distend au moyen de l'air ou de différents gaz, ou encore d'un liquide, une anse intestinale comprise entre deux ligatures, cette anse, exposée à l'air chaud, n'est le siége d'aucune contraction : les anses situées au-dessus et au-dessous continuent à se contracter. Dès que par une incision, ou bien en ôtant une des ligatures, on donne issue au contenu de l'anse, les mouvements commencent à s'y manifester.

II. *Utérus.* — 1° Exposé à l'action de la chaleur sèche ou humide de l'appareil, l'utérus, en gestation ou non (des chiennes, des chattes, des lapines), laissé en communication avec les systèmes nerveux et circulatoire, devient le siége de contractions très-énergiques.

2° Les mêmes effets se produisent dans l'utérus complétement séparé de l'animal. Dans l'utérus en état de gestation et séparé complétement de l'animal, j'ai vu les contractions être assez énergiques pour provoquer dans certains cas l'expulsion d'un ou deux embryons. L'utérus était suspendu dans l'appareil, au moyen de deux fils, par les extrémités de ces deux tubes. (Commissaires : MM. Velpeau, Bernard et Cloquet.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant, deux mémoires sur le *choléra-morbus*, adressés sans nom d'auteur apparent, mais accompagnés chacun d'un billet cacheté; et un mémoire sur l'*ozone* dans ses rapports avec le choléra, dont l'auteur est M. Billiard (de Corbigny).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 décembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LARREY demande, à l'occasion du procès-verbal, qu'on rappelle la statistique de Sandscox, comprenant à peu près tous les cas connus de désarticulation coxo-fémorale.

M. DEGUISE fils annonce que l'état de M. le professeur Bérard s'est très-sensiblement amélioré.

Reprenant la discussion de la dernière séance, M. Deguise pense que les amputations donnent des résultats qui dépendent un peu des localités. Il cite M. Bernard (de Moulins) qui fait, comme M. Coste, des pansements rares et qui réussit. Mais à Paris, où l'érysipèle et l'infection purulente sont des accidents fréquents, il est douteux qu'il n'y eût pas d'inconvénient à adopter une pareille pratique.

M. Deguise vient de perdre un malade à la suite d'une désarticulation secondaire de la cuisse. Il se demande s'il ne l'aurait pas guéri par une amputation immédiate. Mais il n'appelle plus immédiate une opération qui est faite le lendemain de l'accident pour lequel on ampute, et il est assez rare qu'on soit appelé à temps pour opérer avant qu'un commencement d'inflammation se soit déclaré.

M. VOILLEMIER ne pense pas qu'un fait, quelque intéressant qu'il puisse être, soit suffisant pour résoudre toutes les questions soulevées dans le mémoire de M. Coste. Partisan des statistiques, il leur reproche un vice qu'il trouve radical; elles ne tiennent pas compte des blessés qui ont succombé avant le jour où il eût été possible de faire une amputation secondaire. Suivant lui, tous ces décès doivent être portés au compte des amputations secondaires. Pour M. Voillemier, une amputation doit encore être appelée immédiate quand elle est pratiquée vingt-quatre heures après l'accident; souvent ce laps de temps est indispensable pour que la stupeur et l'abattement se dissipent; le blessé est alors dans de meilleures conditions que s'il avait été amputé plus tôt. En résumé, M. Voillemier est partisan de l'amputation immédiate, et si l'on avait porté au compte des amputations secondaires tous les malades qui ont succombé sans être opérés, les statistiques seraient favorables à son opinion.

M. GIRALDÈS critique la façon dont on fait les statistiques. On ne tient pas compte de circonstances qui paraissent avoir une grande influence sur la mortalité. Des faits recueillis par les Anglais, en Crimée, tendent à prouver que la mortalité varie suivant le point du membre

---

ırurgien en chef. Il prend ordinairement pour lui les salles des bles-, et confie les fiévreux à des chirurgiens de 1re classe. Une fois à ôpital, les condamnés sont soumis aux mêmes soins que les malades l'hôpital maritime : officiers de santé, élèves, sœurs de charité, méaments, régime alimentaire, tout est absolument de même.

Le forçat qui atteint ses soixante-dix ans est extrait du bagne par rdre du ministre de la marine, et mis à la disposition du ministre de térieur, pour être transféré dans une prison départementale jus-à l'expiration de sa peine. — Les aliénés sont dirigés sur l'asile pu- de Saint-Athanase, à Quimper, dès que l'affection mentale a été llement constatée.

Le bagne de Brest renferme environ 3,000 détenus, et la moyenne morts est de 150 par an. Au premier abord, ce chiffre de 5 p. 100, indique la mortalité relativement à la population, ne paraît pas rme; mais comme M. Mongrand le fait très-judicieusement remar-, il n'y a dans l'établissement ni femmes, ni enfants, ni septuagé-res.

Parmi les maladies que l'on observe le plus fréquemment, il faut ter en première ligne la phthisie pulmonaire : le cinquième de la lité des morts succombe à cette affection. Le climat de Brest est ticulièrement fatal aux nègres de nos colonies renfermés dans le ne; la presque unanimité meurt de productions accidentelles dans poumons. La fièvre typhoïde fait périr ensuite le plus de forçats. le docteur E. Mongrand ajoute que dans les autopsies, on a fréemment noté l'absence complète de la lésion caractéristique des glandes de Peyer. Nous pouvons alors nous demander avec lui si beaucoup de ces fièvres typhoïdes n'étaient pas des cas de typhus carcéraire sporadique ?

Lorsqu'on songe que les condamnés ont un unique vêtement, que le climat de Brest est excessivement pluvieux, que ces hommes rentrent le plus souvent mouillés des travaux, et que c'est à la chaleur naturelle de leur corps qu'est dévolu le soin de sécher pendant la nuit des habits si humides, nous ne nous étonnerons pas d'apprendre que la pneumonie et la pleurésie sévissent au bagne avec une extrême rigueur.

A cinquante ans, la fluxion de poitrine est invariablement mortelle chez le forçat. L'apoplexie fait annuellement un certain nombre de victimes, et en 1849, le choléra n'a pas manqué d'aller exercer ses ravages sur la chiourme. Les contusions, les plaies simples ou contuses, l'affection scrofuleuse, les fractures, les caries, les ostéites, les abcès symptomatiques, les arthrites chroniques, les tumeurs blanches, les nécroses, les tubercules des os et la pourriture d'hôpital sont autant de maladies très-communes dans le service des blessés.

Enfin, de 1846 à 1853, le scorbut a régné endémiquement au bagne : 1,307 hommes sont entrés à l'hôpital, mais 8 seulement ont succombé. Grâce à l'adoption de nouvelles mesures hygiéniques (un repas de viande fraîche par semaine pour toute la chiourme), l'affection scorbutique a presque complétement disparu aujourd'hui.

Nous formons des vœux bien sincères en terminant pour que cette amélioration temporaire apportée dans le régime des forçats devienne définitive. Nous admettons parfaitement que la loi flétrisse et frappe de toutes ses rigueurs l'homme qui s'est rendu coupable d'un crime; mais, au nom de l'humanité, nous souhaitons que ces êtres faillis trouvent encore pendant l'expiation de leurs fautes les compensations matérielles les plus indispensables à l'entretien de leur existence.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

A NOS ABONNÉS.

Conformément à notre usage, nous continuons l'envoi du journal à ceux de nos confrères dont l'abonnement est expiré, et quoiqu'ils n'aient pas encore envoyé leur renouvellement. Ceux qui ne voudraient pas continuer leur souscription sont priés de nous en donner avis, ou tout au moins de rendre au facteur les numéros en inscrivant sur la bande le mot : REFUSÉ.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de ces numéros est de 10 centimes.

A ceux de nos confrères qui n'ont commencé leur abonnement que dans le courant de 1857, nous pourrons fournir les mois qui leur manquent à raison de UN FRANC par mois.

Ceux qui désirent faire relier leur collection de l'année peuvent envoyer leurs numéros à notre bureau. Le prix de la reliure est maintenant de 2. fr. 50.

où siége la blessure. Ainsi les lésions de la partie supérieure de la cuisse ont donné une mortalité de 86 pour cent, celles du milieu 60 pour cent, enfin celles de la partie inférieure 56 pour cent.

Après la bataille de Toulouse, Guthrie avait déjà remarqué que les blessures qui portaient sur l'extrémité supérieure des membres avaient la plus grande gravité. Dans les statistiques, on doit aussi tenir compte de l'état dans lequel le blessé se trouve au moment de l'opération, et de la cause pour laquelle on opère. 126 désarticulations de la cuisse, à la suite desquelles 79 opérés ont succombé, se décomposent ainsi : 35 morts sur 47 malades opérés à la suite de blessures, et 18 morts sur 42 individus amputés pour des maladies chirurgicales qui n'étaient pas des blessures.

Les statistiques faites jusqu'ici sont donc insuffisantes ; elles n'auront quelque valeur qu'autant qu'elles tiendront compte de toutes les circonstances qui viennent d'être signalées.

M. COSTE répond aux objections qui lui ont été faites, que depuis une dizaine d'années il a toujours fait des pansements rares, que ses confrères de Marseille l'ont imité, et qu'il n'est pas un de leurs malades qui n'ait eu à se louer de cette pratique. Dans un cas où une malade avait été amputée pour une carbonisation du bras, M. Coste n'a levé le premier appareil que le dix-septième jour. Un seul pansement a suffi. Ordinairement, il fait le premier pansement du dixième au douzième jour, et les autres tous les cinq ou six jours.

M. LARREY distingue les amputations en immédiates, primitives et secondaires. A propos de la statistique citée par M. Giraldès, il annonce qu'on fait en France, au ministère de la guerre, une statistique des blessés de Crimée, qui tiendra compte du point où les membres ont été atteints.

M. MARJOLIN pense que si l'on demande d'une manière générale si les résultats des amputations immédiates sont plus avantageux que les résultats des amputations consécutives, il est impossible de donner une solution convenable, attendu que jusqu'à ce jour, comme l'ont fait remarquer plusieurs des membres de la Société, la plupart des statistiques que l'on possède présentent trop de lacunes pour qu'on puisse en tirer des conclusions utiles, et que de plus il y a certains côtés de la question qui n'ont pas été pris en considération. Il est bien évident que, quelles que soient les tendances conservatrices d'un chirurgien, il y a des cas où il est contraint, par la nature même de l'accident, de recourir à l'amputation. Maintenant, est-on bien d'accord sur l'espace de temps dans lequel sont comprises les opérations immédiates? Rien n'a été fixé à cet égard. Ainsi, lorsque l'action traumatique est bien limitée et qu'il n'y a pas d'accidents généraux, on opère de suite dans les premières heures; mais lorsqu'il y a de la stupeur ou d'autres complications, on est obligé d'ajourner l'opération à un ou deux jours : dès lors, il faut bien en convenir, les amputés ne se trouvent déjà plus dans les mêmes conditions.

La différence sera encore bien plus tranchée, si on examine combien l'époque varie dans les amputations consécutives ; ce n'est plus seulement au bout de quelques jours, mais souvent après quelques semaines, qu'elles sont pratiquées. En pareil cas, n'est-on pas porté à croire que l'instant le moins propice pour les amputations est celui où la fièvre de suppuration est dans toute son intensité et où les blessés sont menacés d'infection purulente. Les chances sont, au contraire, bien plus favorables lorsque l'opération est pratiquée après la cessation des accidents inflammatoires, car alors les blessés peuvent être assimilés aux malades épuisés par des tumeurs blanches suppurées, et qui recouvrent promptement la santé après l'amputation.

M. FORGET ne comprend pas bien l'objection de M. Voillemier. Il faudrait, pour grossir la statistique des décès à la suite des amputations secondaires, de tous les blessés qui sont morts avant l'opération, prouver qu'ils se seraient tous sauvés par l'amputation immédiate. Tant que M. Voillemier n'aura pas administré cette preuve, son objection ne sera que spécieuse.

Répondant à M. Coste, M. Forget ne veut pas que l'on se presse d'abandonner la pratique des maîtres, qui, comme Dupuytren, ne se sont pas décidés à faire des pansements fréquents, sans avoir de bonnes raisons pour cela. M. Coste, dit-il, a fait dans un cas le premier pansement le dix-septième jour; mais si, à Marseille, la réunion immédiate des plaies est aussi fréquente qu'à Montpellier, qu'est-ce qui empêche de regarder le fait cité comme un cas de réunion immédiate ? Les accidents des plaies, si fréquents à Paris, obligent les chirurgiens à surveiller les plaies et à faire dans ce but des pansements fréquents.

M. GIRALDÈS regarde comme presque insoluble la question des amputations primitives et secondaires, parce que, dit-il, c'est une question d'indication qui ne peut pas être discutée *à priori*. Le chirurgien d'une armée en marche aura d'autres raisons qu'un chirurgien civil pour prendre une détermination ; l'expérience et la sagacité du chirurgien découvriront des indications qui auraient échappé à un homme moins expérimenté. On ne peut pas tenir compte de cela dans les statistiques.

Certains résultats sont d'ailleurs inexplicables. Ainsi, à Sébastopol, la mortalité des amputés de la cuisse était telle qu'on dut renoncer à pratiquer cette opération. Il en avait été de même dans la guerre du Holstein.

Le climat et les races ont une grande influence sur la mortalité. Les plaies guérissent facilement dans le Midi, et les nègres courent moins de danger que les blancs après les grandes opérations. Il faut encore tenir compte des habitudes et du genre de vie des malades : une amputation n'a pas la même gravité chez un homme de la ville et chez un paysan. On le voit, c'est une question d'indication qu'il faut laisser à l'appréciation de chacun de nous.

M. VOILLEMIER répond à M. Forget que le reproche qu'il a fait aux statistiques n'est pas de lui. L'objection appartient à l'Académie de chirurgie. M. Voillemier préfère les observations aux statistiques, à la condition qu'elles seront en assez grand nombre, car ce n'est pas pour un fait de plus ou de moins qu'on pourra se décider. Signalant ensuite dans le travail de M. Coste un cas dans lequel il y a eu une fusée purulente, il se demande si la rareté des pansements a été étrangère à cet accident. Il n'admet pas qu'un chirurgien prudent puisse à Paris ne lever le premier appareil que le dix-septième jour.

M. DEGUISE insiste sur la différence des résultats suivant les pays où les observations sont recueillies.

M. GOSSELIN reconnaît la difficulté de la question des amputations primitives et secondaires, parce que, en outre des raisons invoquées dans cette discussion, il y en a d'autres qui résultent de la position du malade, de la facilité des soins qu'on peut lui donner, etc., et que le chirurgien doit prendre en considération avant de se décider. Jusqu'au commencement de ce siècle, on s'était laissé aller avec un peu d'entraînement à pratiquer des amputations immédiates; depuis on a abandonné cette pratique, parce qu'on a reconnu que la nature a bien plus de ressources qu'on ne l'avait pensé. Il n'est personne aujourd'hui qui ne sache avec quelle facilité se guérissent les plaies du membre supérieur; quand c'est la jambe ou la cuisse qui est le siége de la lésion, il est beaucoup plus difficile de prendre un parti. Abordant ensuite la question des pansements rares, M. Gosselin remarque que cette méthode a été proposée à plusieurs reprises (en particulier par Josse, d'Amiens, et par Larrey), que jamais elle n'est devenue générale, et qu'on a toujours fini par l'abandonner. Si elle n'avait donné que de bons résultats, on ne s'expliquerait pas cet abandon. Les chirurgiens de nos jours ne sont pas généralement partisans des pansements rares pour deux raisons : d'abord parce qu'il n'y a aucun inconvénient à faire des pansements fréquents. Dès le lendemain de l'opération, on peut enlever au moins les pièces extérieures de l'appareil et voir si le sang n'est pas retenu dans la plaie. Ce pansement n'est nullement douloureux si l'on s'est servi de linge cératé et du bandage triangulaire de Mayor. D'un autre côté, la temporisation a de grands inconvénients. Si une violente inflammation se déclare, il peut y avoir étranglement, suppuration abondante, etc., accidents dont les uns ne nuisent qu'au malade, tandis que les autres sont gênants même pour ses voisins. Si on considère enfin que les pansements journaliers sont une cause de bien-être et de satisfaction pour les blessés, on admettra avec M. Gosselin qu'ils doivent être préférés aux pansements rares.

M. LABORIE ne comprend pas qu'on adopte les pansements rares d'une manière systématique. Sans doute, ils sont sans inconvénient lorsque les plaies ont une grande tendance à se cicatriser ; mais puisque dès qu'il y a de la douleur on est forcé de lever l'appareil, il ne voit pas pourquoi le chirurgien ne panserait point tous les jours. La rareté des pansements ne peut pas être érigée en méthode; elle n'est admissible que pour les cas les plus simples.

M. LARREY veut qu'on tienne compte de la sensibilité des blessés, et d'une foule de circonstances qui ne permettent pas de décider la question des pansements d'une manière générale. Répondant à un argument de M. Gosselin, il croit que, si les blessés veulent être pansés, c'est qu'ils savent qu'on a l'habitude de faire des pansements fréquents. Une autre pratique les inquiète et leur fait supposer qu'on les néglige; il serait facile de les prévenir et de les rassurer. Dans les cas où la constitution médicale expose aux érysipèles, à l'infection purulente, à la pourriture d'hôpital, M. Larrey admet l'utilité des pansements rares. Il rappelle en finissant que les chirurgiens militaires entourés de blessés doivent subordonner la fréquence des pansements à une foule de circonstances qu'il n'est pas toujours facile de prévoir.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Sistach, médecin aide-major au 12e de ligne, une *Observation de congélation des deux pieds avec délimitation de la gangrène au niveau des articulations tibio-tarsiennes; ablation des parties mortifiées et résection des malléoles. Cicatrisation presque complète des moignons cinq mois après. Invasion de la pourriture d'hôpital; moignons encore ulcérés vingt mois après l'ablation des pieds.*

Ce travail sera renvoyé à la commission chargée d'examiner les autres mémoires précédemment envoyés par M. Sistach.

— M. le docteur A. Barre fait hommage d'un mémoire intitulé : *Du diagnostic des lésions profondes de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope et des phosphènes.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur (fibro-plastique) cancéreuse développée dans la tête du péroné. — M. VOILLEMIER présente une tumeur du volume des deux poings occupant le creux du jarret chez un homme adulte. Cette tumeur était dure, et dans quelques points un peu élastique. Il était impossible de savoir quel était au juste son point de départ, et si un des condyles du fémur n'était pas intéressé. En tout cas, il n'y avait de possible qu'une amputation de cuisse, à cause de l'altération et de l'amincissement de la peau qui recouvrait la tumeur.

C'est cette opération qui a été faite. Le malade, qui éprouvait des douleurs intolérables par suite de la compression des nerfs, la réclamait comme un bienfait.

La tumeur s'était développée dans la tête du péroné. Examinée par trois personnes, elle donna tous les caractères attribués aux tumeurs fibro-plastiques.

M. LENOIR rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, à la Société, une tumeur du même genre qui siégeait sur les condyles d'un fémur, et avait nécessité la même opération. Il ajoute que le malade, qui passait pour avoir été guéri, a succombé huit mois après à une diathèse fibro-plastique généralisée, principalement dans le tissu osseux.

M. HOUEL demande si lors de l'amputation le malade présentait déjà quelques traces d'une semblable généralisation.

M. LENOIR répond que lorsqu'il pratiqua l'opération rien n'était apparent; que ce n'est qu'au bout de six mois que cette manifestation a été reconnue, et voici de quelle manière : Le malade était resté au milieu de sa famille dans la province où il avait été opéré, était ensuite venu à Paris pour s'y faire fabriquer une jambe de bois, et c'est à cette époque que s'étant frappé la tête contre les barreaux de son lit, il s'aperçut qu'il portait une petite tumeur pour laquelle il s'adressa de nouveau à M. Lenoir. Un examen attentif fit alors reconnaître à ce chirurgien la nature de cette tumeur. Ce n'est que consécutivement qu'il s'en est développé d'autres sur le crâne et sur d'autres parties du corps, mais uniquement sur les os de ces parties, tumeurs qui, au bout de quelque temps, amenèrent la mort du malade.

M. GIRALDÈS dit à cette occasion que M. Houzelot (de Meaux) a présenté aussi une pièce analogue siégeant sur la mâchoire inférieure et récidivée.

M. FORGET insiste sur la fréquence des récidives et des généralisations des tumeurs fibro-plastiques. Il fait remarquer que depuis que l'attention de la Société s'est portée sur ce sujet, on a pu constater que dans l'extrême majorité des cas ce genre d'affection récidivait sur place et se généralisait.

M. LARREY a vu également la récidive survenir après l'opération chez un malade qui portait à la cuisse une énorme tumeur du même genre. L'observation ayant été déjà en partie communiquée à la Société, M. Larrey annonce qu'il en donnera le complément.

M. DANYAU. J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, au commencement de cette année, deux enfants nouveau-nés qui, expulsés spontanément, malgré le rétrécissement notable du bassin, avaient eu la partie du crâne en rapport avec l'angle sacro-vertébral fortement déprimée par cette saillie, et n'en étaient pas moins en très-bon état plusieurs jours après leur naissance. Je présentais ces cas intéressants non-seulement comme des exemples d'eufoncement, mais encore comme des exemples de fracture. La Société se rappelle sans doute que la dernière partie de cette proposition fut combattue, pour l'un des cas au moins, par plusieurs de nos collègues qui ne voulurent admettre qu'une dépression sans fracture. J'objectai que, dans tous les cas où, l'enfant ayant succombé, j'avais pu faire l'autopsie, j'avais toujours trouvé, malgré les apparences d'un enfoncement simple, une fracture au moins de la table interne. Je mets sous les yeux de la Société une pièce qui confirme ce que j'aveis avancé à cette époque. C'est le frontal droit d'un enfant qui, moins heureux que ceux que je vous ai présentés, n'est pas né naturellement, a dû être extrait avec le forceps, et que, reppelé par des soins convenables de l'état de mort apparente dans lequel il se trouvait à sa naissance, n'en a pas moins succombé au bout de vingt-quatre heures à une apoplexie méningée considérable, résultant à la fois d'un long travail et de l'opération pratiquée pour le terminer.

L'enfant se présentait en position occipito-iliaque droite antérieure fortement inclinée, et pendant l'extraction le frontal droit était en rapport avec l'angle sacro-vertébral. Cette portion du crâne ne put dépasser la saillie osseuse sans s'enfoncer. Je sentis parfaitement pendant l'extraction l'os céder, et un petit craquement se fit entendre. A la naissance, on reconnut sur la partie moyenne du frontal droit, loin des traces laissées sur les parties molles par les cuillers du forceps, un enfoncement dont le grand diamètre, légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, avait 3 centimètres environ d'étendue. Quoique rien n'indiquât positivement une fracture et qu'on pût croire qu'il ne s'agissait que d'une simple dépression, je me prononçai pour une fracture au moins de la table interne de l'os. C'est en effet ce que l'examen de la pièce démontre. La table externe est restée intacte; l'interne présente trois petites fractures situées les unes au-dessus des autres sur la saillie que l'os enfoncé fait du côté de la cavité crânienne; une quatrième à la partie inférieure où la table interne est comme écrasée; enfin une cinquième non soupçonnée pendant la vie, à l'angle supérieur, et qui comprend toute l'épaisseur de l'os et a environ 1 centimètre de longueur. Au niveau de la saillie formée par l'os enfoncé, la dure-mère était décollée dans une très-petite étendue, et quelque peu de sang liquide était épanché. La crête saillante du frontal avait déprimé la substance cérébrale, d'ailleurs restée saine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial, en date du 30 décembre 1857, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Reynaud, directeur du service de santé à Toulon.

Au grade d'officier : M. Laveran, médecin principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de 2e classe Ehrmann, Bernier, Mallet et Delassus; M. Servoisier, pharmacien-major de 2e classe; MM. les chirurgiens de la marine de 1re classe Barthe et Daniel; M. Evrard, ex-chirurgien-major; MM. Dufau et Dupin, vétérinaires de 1re classe.

— Le concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à la Faculté de médeciue de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Bertrand.

Un concours pour une place d'interne dans les hôpitaux de la même ville vient également d'avoir lieu. M. Coulon a été nommé.

— Dans sa seconde séance de décembre, la Société de médecine pratique a procédé au renouvellement de son bureau, qui se trouve ainsi composé pour 1858 :

Président : M. Paul Dubois; *vice-présidents* : MM. Archambault et Picard; *secrétaire général :* M. Foucart; *secrétaires annuels :* MM. Magne et Josias; *trésorier* : M. Caron.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Formulaire pharmaceutique à l'usage des hôpitaux militaires français, rédigé par le conseil de santé des armées et approuvé par le ministre secrétaire d'Etat de la guerre. Un fort vol. in-8o de 566 pages. Paris, 1857. Prix, 7 fr. — Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Essai sur les ruptures du cœur (thèse inaugurale), par M. le docteur ELLEAUME. — A Paris, chez Leclerc, place de l'Ecole-de-Médecine.

Mémoires pratiques sur les maladies des yeux, par M. le docteur TAVIGNOT. 2 volumes in-8o avec gravures sur bois. Prix, 15 fr. 1re et 2e livraisons, 56 p. ; 3e livraison, 28 p. La 4e livraison paraîtra fin novembre prochain. Paris, chez Leclère, 14, rue de l'École-de-Médecine.

LE SOURD,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rne Garancière, 8.

N° 2. — JEUDI 7 JANVIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 2. — JEUDI 7 JANVIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JANVIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le nouveau bureau installé, et l'Académie informée des visites officielles du jour de l'an faites en son nom par une députation, les travaux habituels ont repris leur cours.

Après une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, on a successivement entendu des communications de savants étrangers à l'Académie : un mémoire de M. Marie sur la possibilité d'enlever les polypes fibreux de la matrice avec la totalité de leur pédicule ; un travail de M. Buignet sur le cyanure double de potassium et de cuivre, et sur le dosage de l'acide cyanhydrique. On trouvera dans le compte rendu un extrait de ces deux communications.

La séance a été terminée par une présentation intéressante de M. le docteur Domerc, relative à une parturition triple. Nous publions la relation de ce fait rare et curieux.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Un assez grand nombre de médications ont été successivement préconisées et employées pour combattre l'affection typhoïde ; quelques-unes l'ont même été avec ardeur et enthousiasme. Cinq espèces principales sont surtout en présence : le traitement expectant, antiphlogistique, évacuant, révulsif, et le traitement par les toniques.

Traitement expectant. — De très-recommandables médecins ont prétendu qu'il n'y avait point de médication à opposer à la fièvre typhoïde; et ils se sont, en cela, appuyés sur les données fournies par la statistique. Quelque soit le traitement, disent-ils, la maladie a une durée égale, conserve les mêmes allures, aboutit aux mêmes résultats et donne un nombre identique de décès. Mais il ne faut point avoir dans la statistique une confiance trop aveugle; elle dit rarement la vérité et toute la vérité. Tout dépend de la manière dont on procède.

Dans un rapport lu à l'Académie de médecine il y a plusieurs années, M. Andral a dit que sur trois cents malades environ, la grande majorité des guérisons avait été due à l'absence de tout traitement spécial. C'était là une bien grande preuve en faveur de l'expectation. J'avoue, pour ma part, que très-souvent je n'emploie pas autre chose; et cependant, lorsque je prescris la diète, le repos, des bains et quelques boissons délayantes ou émollientes; j'ai la prétention de faire quelque chose d'actif, car, pour moi, le traitement expectant est un traitement actif.

Traitement antiphlogistique. — Il est des cas sans doute où l'on doit recourir aux émissions sanguines; mais la médication antiphlogistique, qui à une certaine époque a fait tant de bruit dans le monde médical, est à peu près complétement abandonnée aujourd'hui, en tant que méthode générale de traitement. Non-seulement on préconisait les saignées, mais on indiquait encore d'avance le nombre de fois qu'il fallait ouvrir la veine. Or il faut des limites en toute chose, et de sages limites. A l'imitation de MM. Louis et Chomel, je suis très-réservé dans l'emploi des émissions sanguines.

Lorsque je saigne, c'est habituellement dans le premier septenaire de la maladie, et seulement quand il existe des phénomènes phlegmasiques très-prononcés, que la peau est chaude et colorée, que le pouls est fort, fréquent, que la réaction fébrile est manifeste, et que le sujet est jeune, d'une constitution robuste, et qu'il n'a été au préalable soumis à aucune cause de débilitation. Lorsque les huit premiers jours sont écoulés, je deviens plus avare encore du sang de mes malades, et je ne le répands qu'en présence d'une urgente indication.

Traitement évacuant. — Les auteurs des derniers siècles, et principalement Stoll, parlent des bons effets obtenus à l'aide des vomitifs et des purgatifs. Dans la maladie que nous appelons maintenant fièvre typhoïde, il se produisait une *âcreté des humeurs*, une *humeur peccante* qu'il fallait expulser à tout prix. Cette méthode a été en grand honneur pendant tout le dix-septième et une partie du dix-huitième siècle. Pinel est venu alors la battre en brèche, mais il faut bien le dire, elle tend aujourd'hui à reparaître et elle compte des partisans. Il est vrai d'ajouter que de nos jours encore la pléthore, l'anémie et divers autres états morbides établissent péremptoirement la possibilité d'une altération des fluides de l'économie, mais a-t-on des preuves bien certaines d'une modification pathologique de la bile et des fluides intestinaux? Je ne le pense pas.

Dans la fièvre typhoïde, il existe, d'après moi, une véritable intoxication qui retentit d'une façon directe et immédiate sur la masse totale du sang et en altère la composition chimique : l'analyse en fournit des preuves irrécusables. Cela étant, vous ne devez purger et faire vomir les malades que lorsque vous rencontrez des indications nettement accusées, des symptômes du côté du tube digestif, de la constipation surtout. M. Guersant père partageait cette manière de voir; il faisait un usage très-modéré des purgatifs et seulement vers la fin de la maladie.

M. Delarroque cependant, dans un mémoire couronné il y a une vingtaine d'années par l'Académie de Toulouse, s'est montré le chaleureux défenseur de la méthode évacuante. A l'époque de l'exhumation et de la vogue de ce traitement, voici ce qui m'arriva : je choisis douze malades présentant tous les caractères les mieux tranchés de la fièvre typhoïde, et je les purgeai; les douze guérirent. Un peu plus tard j'en pris douze autres, et je leur appliquai dans toute sa rigueur la médication de M. Delarroque; ils moururent tous les douze.

Ma conclusion, à propos des évacuants, est qu'il ne faut pas considérer les purgatifs et les vomitifs comme d'universelles panacées, comme de merveilleux spécifiques; il faut en régler sagement l'emploi et n'obéir qu'aux indications.

Traitement révulsif. — Les révulsifs ne constituent pas, à proprement parler, une médication spéciale. Néanmoins, toutes les fois que je voulais déterminer une réaction générale utile, je conseillais jadis l'application de vésicatoires. M. Louis a établi dans ses écrits qu'il était de toute nécessité de proscrire ces exutoires, qui, selon lui, n'ont aucune action favorable, augmentent la pyrexie, provoquent une espèce de fièvre artificielle qu'on pourrait appeler *fièvre de vésicatoire*, et donnent lieu à des eschares gangréneuses mortelles. Pour ce qui concerne les manifestations fébriles, j'affirme que cela n'arrive presque jamais. J'ai fait là-dessus un assez grand nombre d'expériences, et j'ai constaté que le pouls du malade restait le même après l'application du vésicatoire qu'auparavant; que souvent le chiffre des pulsations de la veille avait même baissé, et que l'accélération de la circulation ne se produisait que dans infiniment peu de cas. Quant à la production des eschares gangréneuses, j'avoue que cela est vrai; mais il y a quelques restrictions à faire, car toutes ne sont pas fatalement mortelles; bien mieux, elles peuvent, dans de rares occasions, amener une réaction utile.

Traitement par les toniques. — J'emploie les toniques quand il y a opportunité et que le sujet est débilité. Ainsi, en 1814 et en 1815, à l'époque des malheurs qui vinrent frapper la France, j'étais, quoique bien jeune encore, médecin à la Salpêtrière, et je me trouvai très-bien de l'usage des agents thérapeutiques reconstituants à l'égard des milliers de soldats que j'eus à soigner, l'hospice de la vieillesse (femmes) ayant été alors converti en hôpital militaire. La plupart de ces malheureux étaient en effet tombés dans un état d'épuisement extrême, par suite des épreuves physiques et morales auxquelles ils avaient été soumis; eh bien, le plus grand nombre guérit parfaitement.

Le traitement par les toniqu s rencontre aujourd'hui moins d'adhérents qu'autrefois. En général, vous ferez bien d'y avoir recours, soit dans le cas de grande débilité chez le malade, soit à la troisième période de l'affection typhoïde.

Outre ces cinq espèces principales de traitement, il existe encore une foule de moyens spéciaux qui ont été préconisés tour à tour.

Existe-t-il un spécifique pour guérir cette maladie? Oui, le

ÉTUDE SUR LA NOSTALGIE.

Quels maux ne guérit pas le ciel de la patrie!
(BIGNAN, *Poésies.*)

En même temps que la nature communique à l'homme le souffle de la vie, elle grave profondément dans son cœur un sentiment d'ineffaçable amour pour le pays qui le voit naître. Quel pieux souvenir que celui qui se rattache aux lieux témoins des jeux de notre enfance! Il faut qu'elles soient bien vivaces ces premières impressions reçues dans un âge tendre, pour que les plus belles contrées de l'univers ne puissent nous faire oublier le modeste hameau où nous ouvrîmes les yeux au jour. Arrachez l'homme voisin du pôle à ses montagnes de glace, et bientôt il languira. Transportez l'Africain sous notre zone tempérée, et il regrettera ses sables brûlants.

Si nous trouvons dans l'amour du pays natal une source de joies pures et douces, nous y puisons malheureusement aussi le germe d'une affection triste de l'âme, dont les caractères, en apparence fort légers, conduisent parfois à une fin prématurée : nous avons nommé la *nostalgie*, ou le *mal du pays*.

Dans la maladie qui nous occupe, le passé seul tient l'esprit en éveil. Les parents, les amis, les voisins, le vallon, la rivière et l'église du village sont successivement l'objet d'une pensée, d'un regret et d'une larme. Nous subissons tous le sort commun, à des degrés différents, il est vrai; mais il n'est personne qui soit affranchi de la mélancolique influence de ces sensations,

Tant de nos premiers ans l'habitude a de force!

Le mal du pays s'observe partout; sous les climats les plus disparates comme dans les saisons les plus dissemblables; il ne respecte ni le sexe ni l'âge. Le riche ou le pauvre, le sauvage ou l'homme civilisé, l'âme la mieux trempée ou la plus pusillanime deviennent sans pitié ses victimes.

Etablissons tout d'abord que la nostalgie ne reconnaît pas une cause unique, et que si dans la très-grande majorité des cas elle est provoquée par l'éloignement du sol natal, il ne s'ensuit pas qu'elle n'ait d'autres mobiles. Voyez plutôt ce tendre enfant qu'une nourrice mercenaire vient de rendre à sa famille; comme il se désole lorsqu'il voit s'éloigner, pour toujours peut-être, la femme qui lui a tenu lieu de mère, et comme il l'appelle par ses cris. Ses parents le comblent de caresses, mais il reste insensible et morne. Cet enfant-là est nostalgique.

L'homme qui, pendant de longues années, s'est exposé aux incessants périls de la navigation, n'ayant que le ciel pour abri, et devant lui que la perspective d'un horizon sans limites, que vient-il à regretter lorsque les progrès de l'âge l'obligent à jeter l'ancre pour la dernière fois? Oh! ce n'est pas le toit paternel, mais bien son bâtiment et la mer.

Ce soldat qui a vécu de la vie des camps, ce médecin dont les jours se sont écoulés à calmer la souffrance, cet artiste qui n'a jamais connu que palettes ou ciseaux, cet actif industriel, ce simple ouvrier enfin, que deviennent-ils quand le temps et les infirmités les condamnent au repos? Nostalgiques. Le changement d'habitudes, l'inaction, les loisirs de la retraite et l'ennui, sont de mauvais compagnons en général, et leur pernicieuse influence se fait bientôt sentir sur toutes les fonctions de l'économie. Une réaction sympathique du cerveau sur un viscère important arrive, et voici que la Parque a tranché le fil d'une existence devenue morose et pénible depuis qu'elle a goûté le bonheur.

A quel âge la nostalgie est-elle le plus à craindre? Dans l'âge des illusions, lorsque l'adolescent jette un pont d'or sur l'avenir, et que, sans scruter les profondeurs de l'abîme, il se dirige d'un pas sûr et la joie dans le cœur vers un monde inconnu où il est avide de paraître. Ici, c'est un jeune homme plein de candeur, élevé au sein d'une famille qu'il chérit, qui brusquement s'arrache aux baisers de sa mère en pleurs, pour venir étudier à Paris. Là, c'est un adolescent qu'un roulement de tambour appelle au service du pays, à la défense du drapeau national : il dit un adieu, quelquefois éternel, à ses vieux parents, à ses amis, à son amante, et il change, voici qui change de climat, de mœurs, de travaux, de genre de vie. Le vide qu'il éprouve, l'absence des impressions agréables qui réjouissaient sa jeune âme, sont loin de le soustraire aux tristes pensées, aux amers regrets d'avoir quitté sa première existence. Aussi, l'administration militaire, sur l'avis des hommes spéciaux, est-elle souvent obligée d'accorder des congés à la recrue nostalgique qui, sans cette paternelle mesure, aurait péniblement langui, semblable au végétal qui s'étiole quand on le transplante dans une terre étrangère.

La femme, malgré son exquise sensibilité, est moins exposée au mal du pays; les circonstances étiologiques sont plus rares chez elle. Elevée sous les yeux vigilants de ses parents, la jeune fille ne quitte en général sa famille que pour en fonder une nouvelle, et son cœur est bientôt rempli des nouveaux objets de sa tendresse.

La pénalité en vigueur chez les peuples anciens ou modernes a toujours regardé l'exil comme le plus terrible châtiment à infliger au coupable. Les Grecs firent souvent abus de l'ostracisme, et les compagnons d'infortune ne manquèrent point à Aristide et à Miltiade. Les Romains,

remède doit se trouver à côté du mal, et à l'affection spécifique la nature a dû opposer un agent spécifique. Quel est-il? L'expérience et les recherches d'un grand nombre de médecins ne sont point parvenues encore à le découvrir; en attendant, nous allons un peu à tâtons et nous essayons tout ce qui se présente.

On a proposé, comme moyens de traitement, l'acide carbonique et le charbon. J'ai prescrit l'eau de Seltz, comme léger stimulant, mais à peu près sans bénéfice. M. Chomel a voulu donner les chlorures *intus et extra*, mais le succès n'a pas répondu à l'attente. Dans la forme ataxique de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire pour moi dans la forme cérébrale, on a proposé le musc, le castoréum, le camphre, etc., etc. Je regarde le musc comme un corps inerte, et il n'agit pas plus que n'agit l'huile de foie de morue dans les maladies de poitrine; c'est là l'effet de ce sot préjugé qui tend à faire des médecins-épiciers et non pas des médecins-philosophes. Le castoréum et le camphre sont bien faits pour aller avec le musc.

Le sulfate de quinine a eu de nombreux partisans, et il en compte encore. Cependant, il y a une quinzaine d'années, M. Husson, alors médecin de l'Hôtel-Dieu, fit à l'Académie un rapport bien peu favorable à l'emploi de ce médicament. Je ne m'en sers jamais dans la fièvre typhoïde, excepté lorsque des symptômes de fièvre intermittente se montrent pendant la convalescence.

L'opium, vanté avec tant d'enthousiasme contre les hémorrhagies intestinales par les médecins anglais, peut quelquefois réussir. On doit même le prescrire dans ces circonstances, parce que là le moindre retard peut devenir mortel. L'opium, surtout d'après la manière dont on l'administre (une très-faible dose d'heure en heure), est d'ailleurs un remède assez innocent. Pour le dire en passant, j'ai vu un malade guérir d'une hémorrhagie intestinale par un lavement d'eau glacée.

Je pourrais multiplier à plaisir cette nomenclature de préparations médicamenteuses réputées souveraines, mais ce ne serait d'aucun bénéfice pour vous. L'important est que, dans un cas donné de fièvre typhoïde, vous puissiez adapter au malade et à la maladie le traitement qui vous paraîtra répondre le mieux aux indications : la nature fera le reste.

CLINIQUE DE MADAGASCAR. — M. J. Daullé.

Diagnostic différentiel de la fièvre pernicieuse ictérique et de la fièvre jaune.

Il existe à Madagascar une espèce particulière de fièvre bilieuse que nous n'avons rencontrée ni au Sénégal ni dans aucun point de la côte occidentale d'Afrique, et qui n'est pas décrite dans les auteurs. Cette fièvre a été tour à tour appelée dans le pays, *fièvre hémorrhagique, fièvre pernicieuse bilieuse, fièvre pernicieuse ictéro-hémorrhagique*, et plus improprement *fièvre jaune*. Mieux vaudrait lui donner, comme pour les autres fièvres, le nom du symptôme le plus caractéristique, celui qui ne manque jamais d'apparaître dès le début et qui souvent précède tous les autres : ce symptôme est l'ictère. Le nom d'ictéro-hémorrhagique, dont on se sert encore aujourd'hui pour la désigner, conviendrait, s'il ne faisait préjuger que cette affection est caractérisée par un flux de sang ou une hémorrhagie, accompagnant ou compliquant l'ictère, ce qui n'est rien moins que démontré.

Cette fièvre, qui est très-commune à Mayotte et à Nossi-Bé, revêt les trois formes de la fièvre paludéenne; on l'observe plus souvent intermittente que rémittente et plus rarement encore sous la forme continue. Sous chacune de ces trois formes, elle peut présenter divers degrés de gravité. Elle ne frappe jamais d'emblée l'Européen arrivant de France ou de la Réunion. On dirait qu'il faut, pour être apte à la contracter, avoir passé par la filière des accidents primitifs de l'intoxication miasmatique. Elle appartient exclusivement aux indigénisés, aux gens qui habitent Madagascar ou les îles environnantes depuis un certain temps (au moins un an). Nous ne l'avons vue qu'une seule fois survenir chez un militaire de la garnison; encore celui-ci avait-il fait à Mayotte un précédent séjour de quinze mois, séparé du dernier par onze mois passés à la Réunion.

Description. — Elle est assez souvent précédée de prodromes dans les douze ou vingt-quatre heures qui s'écoulent avant l'accès; c'est ordinairement un malaise général, de la courbature, un peu de céphalalgie, de légers frissons passagers ou des horripilations; déjà l'ictère est apparent aux conjonctives et aux ailes du nez, et enfin se manifeste le frisson initial, qui manque rarement, plus ou moins fort, plus ou moins prolongé, pendant lequel l'ictère se prononce de plus en plus et acquiert une teinte très-foncée. Au frisson succède l'engourdissement des membres, aux pieds et aux mains surtout; il y a des nausées, puis des vomissements bilieux très-abondants. Les hypochondres sont quelquefois, non constamment, le siége d'une vive douleur qui en s'étendant *fait ceinture*; céphalalgie générale ou pesanteur de tête; le pouls est fréquent, petit et concentré; la langue se couvre d'un enduit blanchâtre ou verdâtre, après les vomissements bilieux, sans rougeur ni à sa pointe ni sur ses bords.

Pendant ce premier stade, les urines coulent abondamment; elles ont une couleur rouge foncée qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle du vin de Malaga; rarement elles sont troubles, laissant sur le linge des taches d'un jaune ocreux ayant de l'analogie avec celles que l'on produit avec une décoction de tabac. Les émissions d'urine se répètent souvent et sont chaque fois abondantes; les vomissements se maintiennent, et sont fortement colorés par la bile; la céphalalgie augmente, le pouls prend de la dureté et devient très-fréquent; la peau devient sèche et chaude. L'épigastre est ordinairement le siége d'une douleur dont le malade se plaint sans cesse, surtout après chaque vomissement; souvent il survient de la diarrhée au moyen de laquelle est expulsée une énorme quantité de bile presque pure. Ordinairement, mais non toujours, le stade de chaleur est accompagné d'agitation, d'une soif ardente; mais l'ingestion des boissons détermine chaque fois le retour des vomissements. La respiration est précipitée, haletante; après sept ou huit inspirations semblables, il y en a une beaucoup plus large, faite en trois ou quatre temps, comme un sanglot; l'expiration de celle-ci est habituellement plaintive. Les urines à cette période sont moins abondantes, mais toujours très-foncées. Cet état se maintient le même pendant trois, quatre ou cinq heures, et si l'accès doit avoir une terminaison heureuse, la sueur se manifeste, très-abondante sur tout le corps, et communique au linge une coloration jaune très-marquée.

Si ce premier accès doit se terminer par la mort, ce qui est extrêmement rare, les symptômes vont en s'aggravant; les vomissements deviennent incessants, la diarrhée continue sans que le malade s'en aperçoive; l'agitation augmente, puis cesse tout à coup, et est remplacée par le coma. La mort ne tarde pas à arriver, et quelquefois avec une promptitude étonnante.

Pendant l'apyrexie, tous les symptômes disparaissent, excepté la transpiration qui reste abondante. L'ictère se maintient; mais si l'apyrexie dure pendant quelques heures (trois ou quatre seulement), les urines reprennent leur coloration normale ou elles n'ont plus que la teinte acajou des urines critiques, jusqu'à ce qu'un nouvel accès arrive; alors, au moment où apparaît le frisson, elles ont repris la couleur malaga, *caractéristique*, et les symptômes du premier accès reparaissent; le nombre des accès dépasse rarement trois. Le plus souvent il n'y en a que deux.

La couleur des urines, qui seule a valu à cette fièvre la qualification d'*hémorrhagique*, car il ne s'est jamais montré la moindre trace de sang, dans aucun des organes, ni dans aucune autre sécrétion, nous a toujours semblé devoir être attribuée moins au sang qu'à la bile, dont l'économie se montre saturée dans toutes ses parties. Il nous répugnerait peu d'admettre que la modification subie par le foie a pour résultat, en même temps que l'immense augmentation de la sécrétion biliaire, un changement portant sur les principes colorants de la bile qui, éliminée par les urines, leur donnerait cette teinte rougeâtre que l'on retrouve exactement au même degré dans la sérosité qui soulève l'épiderme des vésicatoires appliqués sur les membres, dans le cours de cette maladie; cependant, sur ces parties, on n'a jamais eu l'idée de voir autre chose qu'une suffusion biliaire excessivement prononcée. En effet, on n'y trouve rien qui ressemble aux taches de purpura, ni aux pétéchies, ni aux ecchymoses; au contraire, la peau est uniformément colorée en jaune safran foncé. Toutes les muqueuses des ouvertures naturelles sont intactes, sans le moindre boursouflement. Nous n'avons jamais vu une épistaxis se produire pendant la durée de l'affection, ni à sa suite. Dans les autopsies, nous n'avons non plus, malgré les recherches les plus attentives, pu rencontrer la plus légère trace d'exsudation sanguine; mais, au contraire, partout de la bile, colorant tous les liquides et tous les solides de l'économie.

Les recherches chimiques que nous avons pu faire, quoique insuffisantes, nous le reconnaissons très-bien, ne nous ont donné aussi que des résultats négatifs sur la prétendue présence du sang ou de son principe colorant dans les urines. Voici les épreuves auxquelles nous les avons soumises.

Dans des verres à expérience, après quatre heures, elles n'auraient pas fourni le moindre dépôt.

Une gouttelette, placée dans le champ d'un microscope grossissant de 80 diamètres, ne nous a fait découvrir ni globules ni trace de globules.

Par la chaleur à 70°, il s'est formé quelques grumeaux spongieux, d'un rouge brun, s'attachant au fond de la coupelle. Poussée jusqu'à l'ébullition, la chaleur n'a pas fait disparaître complétement la coloration rouge-brun caractéristique.

Concentrées par une évaporation lente, elles tachent le linge et le papier en jaune d'ocre.

L'urine, en partie décolorée par la chaleur, ne change pas de coloration par l'addition de potasse.

Réactifs. — Au moment de l'émission, réaction acide par le tournesol.

Par l'acide azotique, précipité blanc, jaunâtre, qui se réunit en grumeaux, si on agite avec une baguette de verre.

Par l'acide sulfurique, précipité moins abondant, de la même couleur que par l'acide azotique.

L'urine mêlée au noir animal et jetée sur un filtre, coule encore très-colorée.

Enfin, une dernière expérience, qui a une très-grande valeur selon nous, est la suivante : De la bile en grumeaux, prise dans la vésicule biliaire, telle qu'on la trouve dans toutes les autopsies des individus qui ont succombé à la fièvre pernicieuse ictérique, mise au fond d'un verre à expérience et délayée avec de l'urine physiologique, donne à celle-ci, lorsqu'elle a été ajoutée en quantité suffisante, une coloration identique avec l'urine émise pendant les paroxysmes. Une autre raison, qui nous portait à repousser la présence du sang dans ces urines, c'est la promptitude avec laquelle les forces reparaissent, lorsque la maladie a une terminaison favorable, alors que l'économie devrait être épuisée par les pertes de sang qui eussent été nécessaires pour colorer l'énorme quantité d'urine excrétée pendant la durée de l'affection.

Puis encore, comment pourrait s'expliquer la cessation de ces pertes pendant l'apyrexie et leur récidive en même temps que le frisson, autrement que par le retour du foie à ses fonctions physiologiques pendant l'apyrexie, et la réapparition du trouble de ces mêmes fonctions, lorsque l'accès revient?

Tout nous porte donc à croire que l'exagération de la sécrétion biliaire pendant les accès est la seule cause de la coloration

---

de leur côté, ne ménagèrent point les rigueurs du bannissement à des hommes du plus haut mérite. Qui ne connaît les stances nostalgiques du poëte le plus aimable que Rome ait jamais possédé, de celui qui connut et chanta si bien l'amour, d'Ovide enfin, qui s'écria un jour dans l'amertume de ses regrets :

> O quater, ô quoties non est numerare beatum!
> Non interdicta cui licet urbe frui.

Rien ne développe peut-être le mal du pays à un plus haut point que la détention. Un jour que nous visitions avec le plus grand soin l'immense établissement pénitentiaire de Clairvaux, nous nous souvenons d'avoir çà et là rencontré de jeunes prisonniers qui nous avouèrent en pleurant que le sévère régime de la maison n'entrait point pour eux en ligne de compte, mais que leur plus poignante torture était de vivre éloignés du clocher de leur village. Nos annales militaires contemporaines ne renferment-elles pas en effet la relation si curieuse du sauvetage du ponton *la Castille*, en 1810, de la part de cette grande et héroïque armée d'Espagne, qui, vaincue par les armes deux ans auparavant, après la capitulation de Baëlen, fut engloutie toute vivante dans d'étroites prisons, dans des pontons infects? La nostalgie fit périr plus de Français que la fièvre jaune. Aussi, pour éviter le supplice moral d'une telle fin, une poignée d'hommes énergiques s'arma-t-elle contre les gardes de la geôle. Un horrible massacre s'ensuivit, mais quelques-uns revirent le sol natal.

C'est encore la nostalgie qui un peu plus tard, et sous le gouvernement de la Restauration, vint décimer les rangs de cette armée d'officiers démissionnaires, connue sous le nom d'*expédition du Champ d'asile*, et que commandait le brave général Lallemand.

Tout ce qui rappelle d'heureux souvenirs suffit pour enfanter le mal du pays. Que l'on se souvienne plutôt de cet air de cornemuse joué par les bouviers dans les montagnes helvétiques et de l'effet magique que produisirent les rustiques accents du *Ranz des vaches* sur les soldats suisses. Il fallut défendre *sous peine de mort* de chanter, de siffler ou de jouer cet air sur aucun instrument, car il rappelait des sentiments trop tendres et déterminait une douleur très-vive, apaisée seulement par la désertion ou la mort volontaire.

> . . . . Voyez l'habitant des rochers helvétiques :
> A-t-il quitté ces lieux tourmentés par les vents,
> Hérissés de frimas, sillonnés de torrents?
> Dans les plus doux climats, dans leurs molles délices,
> Il regrette ses lacs, ses rocs, ses précipices.
>
> Delille.

Le tempérament bilieux est celui qui dispose le plus à la nostalgie, et aucune saison ne favorise davantage son développement que l'automne : la chute des feuilles, la nudité de la terre, le peu de temps que le soleil éclaire l'horizon, les pluies continuelles, les promptes vicissitudes atmosphériques et les froids humides fixent en effet notre esprit sur un ordre d'idées souvent mélancoliques. L'heure de la journée qui offre le plus de prise au retour de la pensée vers des objets aimés est celle du coucher du soleil, à cet instant où l'homme éprouve une espèce de lassitude toute particulière, un état de malaise et d'abandon indéfinissable.

A l'imitation de M. le docteur Musset (de Nantes), qui a écrit sur le mal du pays quelques lignes élégantes et bien senties, nous croyons qu'il faut admettre trois phases distinctes dans la nostalgie. Au premier degré de son affection morale, le malade est triste, inquiet, insouciant, taciturne et sombre; il éprouve des faiblesses et des lassitudes spontanées, répète à chaque instant le nom de ses proches, regarde la terre natale comme un lieu enchanté, et s'abandonne à des rêveries apathiques. Cette période de la nostalgie est la plus fréquente, et elle a inspiré d'éloquentes phrases à un célèbre voyageur, qui, parvenu au sommet du Vésuve, écrivit ce qui suit sur ses tablettes : « Quelle providence m'a conduit ici? Par quel hasard les tempêtes de l'Océan américain m'ont-elles jeté aux champs de Lavinie? Né sur les rochers de l'Armorique, le premier bruit qui a frappé mon oreille en venant au monde est celui de la mer : et sur combien de rivages n'ai-je pas vu depuis se briser les mêmes flots que je retrouve ici? Qui m'eût dit, il y a quelques années, que j'entendrais gémir, au tombeau de Scipion et de Virgile, les vagues qui se déroulaient à mes pieds sur les côtes de l'Angleterre et sur les grèves du Canada? Mon nom est dans la cabane du sauvage de la Floride; le voilà sur le livre de l'ermite du Vésuve : quand déposerai-je à la porte de mes pères le bâton et le manteau de voyageur!

> O patria, o divum domus Ilium!

» Que j'envie le sort de ceux qui n'ont jamais quitté leur patrie, et qui n'ont d'aventures à conter à personne ! »

Arrivé au deuxième degré, le malade a les yeux égarés, rouges et gonflés; il soupire et pleure involontairement. Son teint devient livide, l'appétit se perd, les digestions sont pénibles, les excrétions et les sécrétions se troublent, la transpiration diminue, la céphalalgie apparaît, et avec elle un sommeil tourmenté par des rêves retraçant toujours le charme inexprimable de la vie sous le toit paternel; la respiration est courte, la peau sèche, le pouls faible et lent. Des accidents fébriles se montrent vers le soir, les forces physiques disparaissent, l'amaigrissement est très-rapide et les facultés intellectuelles s'éteignent.

Enfin, dans le troisième degré, tous les symptômes s'aggravent : insomnie, stupeur, délire, prostration, diarrhée colliquative, fièvre ar-

de l'urine, que la bile ait été modifiée ou non dans ses principes colorants.

De nos recherches dans les autopsies, il résulte aussi que, lorsque la mort est la conséquence de la fièvre pernicieuse ictérique, elle peut s'expliquer, au moins en partie, par l'action toxique des principes excrémentitiels de la bile sur les centres nerveux, qui en sont imprégnés au même degré que tous les autres viscères, car nous n'avons jamais rencontré de lésions d'organes susceptibles de justifier cette terminaison.

On comprend difficilement comment cette affection peut avoir été confondue avec la fièvre jaune par des médecins qui ont pu observer les deux maladies. Sans parler de la spécificité de la fièvre jaune et du miasme particulier qui la produit, nous trouvons entre les deux maladies d'immenses différences, non-seulement dans leurs symptômes, mais encore dans leur marche, leur traitement, dans l'acclimatement qui préserve de l'une et est une condition indispensable pour que l'autre se manifeste. Il nous suffira, pour rendre leur dissemblance plus frappante, de mettre en regard quelques-uns des caractères distinctifs de ces deux affections.

FIÈVRE PERNICIEUSE ICTÉRIQUE.	FIÈVRE JAUNE.
Symptômes. Ictère, apparaît tout d'abord avec le premier accès, ne manque jamais, très-prononcé.	*Symptômes.* Ictère, apparaît seulement vers le troisième jour, manque si la guérison est prompte.
Céphalalgie. Totale, va croissant jusqu'à la fin de l'accès, manque quelquefois.	*Céphalalgie.* Sus-orbitaire, intense, gravative, cédant promptement aux premiers moyens de traitement.
Douleurs dans les hypochondres se prolongeant en arrière, faisant ceinture, peu intenses.	*Douleurs* des membres, dans les mollets surtout; douleur particulière des reins (coup de barre).
Vomissements bilieux constants, pendant presque toute la durée de chaque accès.	*Vomissements.* Ne surviennent que si la maladie est grave, après le troisième jour; d'abord gris, puis bruns, puis noirs comme de la suie.
Diarrhée bilieuse très-ordinairement.	*Constipation*, de règle.
Langue humide, enduit blanchâtre, n'est rouge ni à sa pointe ni sur ses bords.	*Langue* humide et chargée, rouge sur ses bords.
Urines rouges, brunes, couleur malaga, caractéristiques; très-abondantes.	*Urines* rouges, rares, c'est-à-dire émises en très-petites quantités.
Pouls petit et fréquent pendant le premier stade, plein pendant le stade de chaleur.	*Pouls* plein, régulier, pendant la première période, 108; mou, dépressible, sans fréquence pendant la seconde.
Marche. Accès intermittents avec apyrexie bien prononcée ou rémittents, très-rarement continus; l'accès dure au plus dix-huit heures. Après l'apyrexie, réapparition de symptômes semblables aux premiers.	*Marche.* Continue, et dure au moins trois jours si la maladie s'arrête. Nouvelle période, si elle suit son cours; abaissement de la température, apparition de l'ictère.
Traitement. Curable par les préparations de quinquina, méthode générale de traitement; jamais d'antiphlogistiques ni au début ni dans le cours.	*Traitement.* Antiphlogistiques au début. Les préparations de quinquina ne sont employées que dans les fièvres jaunes avec complication de fièvre paludéenne.
Acclimatement. Cause prédisposante la plus patente.	*Acclimatement.* Donne la sécurité.
Récidives. Très-communes, d'autant plus imminentes que la maladie s'est montrée plus souvent.	*Récidives.* Exception extraordinairement rare.

Est-il besoin de rien ajouter pour prouver l'immense différence qui existe entre ces deux maladies? Dans les cas de fièvre jaune sporadique ou lorsqu'elle est accompagnée de fièvre d'origine paludéenne, il est toujours facile de faire la part de l'une et de l'autre, et les différences entre la fièvre jaune sporadique et la fièvre pernicieuse ictérique restent encore nombreuses et tranchées.

On comprend que le traitement de la fièvre pernicieuse ictérique doit être celui des fièvres paludéennes dans toute son activité et son énergie, en y joignant les évacuants répétés pendant chaque accès.

ANÉVRISME CIRSOIDE DE L'ARTÈRE TEMPORALE

guéri par une seule injection de perchlorure de fer.

(Observation lue par M. le docteur Broca à la Société de chirurgie, séance du 23 décembre 1857; discussion qui a suivi cette lecture.)

M. Sn. P..., ancien négociant, âgé de cinquante-quatre ans, fit au mois de février 1857 une chute dans un escalier et se heurta violemment sur la rampe la région temporale gauche. Il éprouva sur le coup une douleur assez vive, qui du reste se dissipa assez promptement.

Au mois de juillet, pour la première fois, il découvrit dans le point qui avait été contusionné, à environ 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord supérieur de l'oreille gauche, une petite tumeur molle, indolente, perdue au milieu des cheveux, et à peine plus grosse qu'un pois. Il ne se souvient pas d'avoir trouvé alors de battement dans cette tumeur, mais il n'y en a pas cherché. Il supposait que c'était un abcès qui se formait à l'endroit du coup, et il le croyait d'autant plus aisément, que deux ans auparavant il avait eu derrière la partie postérieure et supérieure du sterno-mastoïdien un petit abcès ganglionnaire, qui, après être resté longtemps stationnaire, avait fini par s'ouvrir et par guérir. Il supposa donc que sa nouvelle tumeur était semblable à l'ancienne.

Au mois d'août il partit pour l'Italie, où il resta plus de deux mois, et où il ne consulta aucun homme de l'art. La tumeur cependant continuait à s'accroître, mais le malade ne s'en occupait guère, et continuait à croire qu'elle s'ouvrirait tôt ou tard.

Ce fut seulement à la fin d'octobre que M. Sn. P..., de retour à Paris, commença à s'inquiéter de sa tumeur, dans laquelle une nuit il entendit des battements. Le lendemain, en l'examinant avec la main, il sentit directement des pulsations, et, sur l'avis de plusieurs de ses amis, il alla aussitôt consulter un praticien, qui exerce la spécialité de guérir les loupes sans le secours du bistouri. Celui-ci déclara n'avoir jamais vu de loupes semblables, et prescrivit une friction inoffensive. Alors le malade s'adressa à M. le docteur G., qui diagnostiqua un anévrisme de l'artère temporale, et conseilla de traiter cette tumeur par la compression indirecte.

Sur l'avis de ce confrère, M. Matthieu construisit un ingénieux compresseur à deux pelotes dont l'axe comprimait l'artère temporale au-dessous du condyle de la mâchoire, tandis que l'autre atteignait le même vaisseau immédiatement au dessus de la tumeur. Il y avait entre les deux pelotes un écartement de 7 ou 8 centimètres. La pression était exercée par l'élasticité d'un demi-cercle d'acier qui supportait les deux pelotes.

Pendant qu'on construisait cet appareil, la tumeur fit des progrès assez rapides, et le malade, avant de se décider à se soumettre à la compression, voulut prendre d'autres avis. Il s'adressa à M. le docteur Déclat, qui émit des doutes sur l'efficacité du moyen proposé, et qui prit la peine de conduire le malade chez moi. La tumeur avait alors 6 centimètres de longueur sur une largeur maximum de 3 centimètres, et faisait un relief d'environ un centimètre. Elle était molle, indolente, réductible, et présentait de très-fortes pulsations. On n'y entendait qu'un très-faible bruit de souffle intermittent. Elle était retirée sur le trajet du tiers de l'artère temporale superficielle et était formée par les circonvolutions de ce vaisseau dilaté et replié plusieurs fois sur lui-même. Nous nous accordâmes, M. Déclat et moi, à diagnostiquer un anévrisme cirsoïde de l'artère temporale, et il m'a paru que la compression indirecte ne pourrait exercer sur cette affection aucune action durable. L'anévrisme cirsoïde, en effet, ne possède pas de sac; le sang y traverse les flexuosités d'une artère simplement allongée et dilatée, dont la membrane interne est à peu près saine. Les conditions qui favorisent dans les anévrismes sacciformes la coagulation spontanée de la fibrine faisant ici entièrement défaut, je proposai de provoquer uue coagulation artificielle au moyen d'une injection de perchlorure de fer. M. le docteur Déclat se rallia aussitôt à cette opinion. Mais le malade, avant de se soumettre à l'opération, manifesta le désir d'essayer la compression indirecte, qui fut effectivement appliquée quelques jours après, sous la direction de M. le docteur S...

Cette tentative fut faite pendant la seconde quinzaine de novembre. On appliqua le compresseur de M. Mathieu à plusieurs reprises. La compression diminuait les battements, sans les éteindre tout à fait, mais elle produisait au niveau des pelotes une douleur très-vive qui devenait promptement intolérable. Il fallait donc fréquemment enlever l'appareil, et malgré ces précautions l'épiderme ne tarda pas à s'entamer sous la pelote supérieure.

Au bout d'une quinzaine de jours environ, après plusieurs interruptions suivies de nouveaux essais, le malade renonça à la compression, et annonça à M. Déclat qu'il était décidé à se soumettre à l'injection. Je pratiquai cette opération le 6 décembre, avec le concours de M. Déclat et de M. Devalz, interne des hôpitaux.

La tumeur n'avait pas pris d'accroissement pendant la dernière quinzaine, mais l'épiderme était excorié dans une étendue d'environ un centimètre carré, au niveau du point comprimé par la pelote supérieure. L'excoriation empiétait même sur la partie supérieure de la tumeur. La pression en ce point était un peu douloureuse, mais il n'y avait pas d'inflammation véritable, et il me parut que cela ne suffisait pas pour constituer un centre indicateur.

La région étant préalablement rasée, M. Déclat comprima, avec ses deux pinces au-dessus et au-dessous de la tumeur, pour emprisonner une certaine quantité de sang dans l'artère dilatée. J'enfonçai le trocart de Pravaz à la partie moyenne de la tumeur, dans le point le plus saillant; mais quand je retirai le poinçon et que je fis lâcher la compression inférieure, le sang ne s'écoula point par la canule. Je supposai que j'avais traversé l'artère d'outre en outre; j'aurais pu, en retirant légèrement la canule, rentrer dans la cavité du vaisseau, mais j'aurais laissé sur la paroi opposée un trou qui aurait pu ouvrir passage au perchlorure présent dans le tissu cellulaire.

Je laissai donc la canule en place, et je fis à quelques millimètres de là, avec un second trocart, une nouvelle ponction. Un peu plus oblique cette fois, le sang artériel s'écoula dès que je retirai le poinçon. La seringue, chargée de perchlorure de fer à 30 degrés, fut rapidement vissée, et je fis aussitôt trois demi-tours pour chasser le sang contenu dans la canule, et pour le remplacer par du perchlorure, puis, invitant M. Déclat à reprendre exactement la compression inférieure, sans lâcher la supérieure, je tournai doucement la vis, de manière à faire pénétrer dans le vaisseau quatre gouttes de la solution coagulante.

Aussitôt, sans retirer la seringue, je malaxai la tumeur entre mes doigts, pour disséminer le perchlorure dans les flexuosités de l'artère, et pour donner ainsi plus de longueur au caillot. Au bout d'environ une minute, la tumeur me parut déjà prendre un peu de consistance; je cessai alors les manipulations, et j'attendis quelque temps pour laisser au caillot le temps de durcir. Dix minutes après l'injection, la masse coagulée était déjà très-dure, je retirai les deux canules, en faisant exécuter au piston de la seringue, suivant le précepte de M. Debruc, un demi-tour en arrière, afin d'empêcher le contact du perchlorure avec le tissu cellulaire. En même temps, M. Déclat cessa de comprimer l'artère. La tumeur était partout solide, et avait pour toujours cessé de battre.

Toutefois, afin de protéger le caillot contre le choc des ondes sanguines, je retirai l'une des pelotes de l'appareil de M. Matthieu, et j'établis avec l'autre pelote une compression méthodique sur le tronc de la temporale au-dessous de la tumeur. J'engageai le malade à conserver cette compression pendant une heure et demie. Mais, par suite d'un malentendu, la pelote resta en place pendant plus de trois heures, et produisit dans la dernière heure une douleur avec cris. Cette souffrance est presque la seule que M. Sn. ait éprouvée, car l'introduction du perchlorure dans le vaisseau n'avait produit qu'une cuisson légère et de courte durée.

L'opération avait été pratiquée à dix heures du matin. Le soir à huit heures, je trouvai M. Sn. assis à son bureau et écrivant. Je lui annonçai qu'il pouvait, s'il voulait, aller faire une promenade, mais il préféra garder la chambre jusqu'au lendemain.

Le second jour, il n'y avait absolument aucune réaction au niveau de la tumeur, qui était toujours très-ferme, et qui était à peine sensible à la pression. Le malade, enfin délivré des battements qui troublaient son sommeil, m'annonça qu'il avait bien dormi. Ce jour-là, il alla se promener sur le boulevard, et depuis lors la guérison ne s'est pas démentie. Aujourd'hui, on sent une masse indurée, tout à fait indolente, légèrement bosselée, qui occupe la place de l'anévrisme, mais qui forme à peine un léger relief au-dessus du niveau de la peau environnante. On sent battre légèrement l'artère temporale dans une étendue d'un demi-centimètre, entre le condyle de la mâchoire et l'extrémité inférieure de l'ancienne tumeur. Celle-ci ne présente plus la moindre pulsation.

M. GIRALDÈS profite de cette présentation pour rappeler qu'il a soutenu à plusieurs reprises, et en particulier à l'occasion d'un malade dont M. Robert a entretenu la Société, que les injections de perchlorure de fer sont peu dangereuses. L'observation du malade de M. Broca prouve leur efficacité. M. Giraldès ne pense pas qu'il soit indispensable d'exercer la compression pendant une heure, pour s'opposer à ce que le sang détruise le caillot. D'après des expériences qu'il a faites à Alfort avec M. Goubaux, il est autorisé à soutenir que le caillot est suffisamment solide après une compression de quelques minutes.

M. VERNEUIL est de ceux qui avaieut craint l'emploi du perchlorure de fer dans les cas d'anévrismes cirsoïdes. Il trouve le fait de M. Broca concluant, mais l'anévrisme était pourtant peu volumineux, et il n'oserait pas affirmer qu'on eût été aussi heureux, si la tumeur avait eu un volume plus considérable. A l'appui de cette opinion, il rappelle le fait de M. Ericksen, dans lequel un anévrisme cirsoïde du corps thyroïde fut traité par des injections de perchlorure de fer. Deux artères du volume de l'humérale, qui rampaient d'un côté de la tumeur, durent être liées préalablement, mais le chirurgien n'ayant pas pu les isoler, fut forcé de les étreindre par une suture. Dans la même séance, il piqua la tumeur en sept endroits différents, et y injecta près de deux grammes de perchlorure de fer. Huit jours après, deux ponctions nouvelles avec injections furent pratiquées. Ce ne fut qu'après cette seconde opération que la tumeur commença à diminuer.

Quelques jours plus tard, on fit encore quatre ponctions; mais cette fois, il y eut du frisson, de la fièvre, la peau devint jaune, le malade fut

---

dente, dépérissement effrayant. Le pauvre nostalgique rend bientôt son âme à Dieu, mais le dernier battement de son cœur a été un soupir pour l'objet de ses amours :

Et dulces moriens reminiscitur Argos.

L'anatomie pathologique est assez difficile à indiquer; plusieurs auteurs ont prétendu n'avoir jamais trouvé de lésions cadavériques, tandis que Percy et Broussais affirment avoir rencontré des traces non douteuses de phlegmasie dans la poitrine et le canal digestif, ainsi que des épanchements séreux dans les ventricules du cerveau. M. Boisseau a plus spécialement porté son attention sur l'état des méninges, et il a déclaré qu'elles étaient opaques, rouges et épaisses sur la portion de leur étendue qui recouvre la partie antérieure des hémisphères cérébraux. Nous n'avons ouvert qu'un seul nostalgique, et, soit défaut d'attention, soit qu'il n'y eût réellement rien de particulier, nous déclarons n'avoir pas trouvé dans l'autopsie la moindre altération appartenant à la pathologie.

Le diagnostic présente de sérieuses difficultés au premier degré, car le mal du pays ne se différencie alors de l'hypochondrie et de la mélancolie que par des nuances perceptibles seulement à un coup d'œil exercé. Au second et au troisième degré, personne n'y est trompé.

Le pronostic est très-variable et dépend beaucoup des causes qui ont déterminé cette maladie, parfois si meurtrière, lorsqu'elle règne épidémiquement dans les camps, les hôpitaux ou les prisons, par exemple.

Pour captiver la confiance de son malade, et pour espérer d'alléger ses souffrances, sinon de les guérir, il faut que le médecin possède l'art de lire dans le cœur du nostalgique. Cette brèche une fois ouverte, que de consolations vont pénétrer jusqu'à cette âme brisée par la douleur. L'homme qui souffre ne veut pas être heurté : il se révolte contre la raison, si elle se présente à lui avec un front haut, sévère et grondeur. Nous faisons assez pressentir par là que la science ne dirige pas tout son arsenal thérapeutique contre le mal du pays, mais qu'elle s'adresse à la bienveillance, à la bonté, à la fertile imagination, et à l'inépuisable dévouement de ses mandataires, pour relever le moral de l'affligé et faire rentrer dans son cœur une douce quiétude, avec l'espoir d'un prochain retour dans des foyers si regrettés.

Dans le traitement des affections de l'intelligence, les prêtres de l'ancienne Égypte ajoutaient aux moyens naturels fournis par l'hygiène tout ce qui est susceptible de produire d'agréables sensations : les jeux, les exercices, les danses, les chants, les sons les plus mélodieux, l'exposition d'images séduisantes. Ils avaient raison, aussi devons-nous faire comme eux.

Sur la fin du siècle dernier, le baron Desgenettes n'a-t-il pas su utiliser en Égypte les charmes de la musique pour distraire l'armée des Pyramides? Cette influence est si souveraine que les capitaines qui faisaient la traite n'avaient pas de plus sûr moyen pour dissiper la tristesse des noirs et empêcher leur révolte à bord, que de leur faire entendre de la musique.

Si les raisonnements, les consolations, les jeux, la gymnastique, le travail corporel et les ressources de l'hygiène ne triomphent pas des souffrances du nostalgique, le moyen infaillible de lui conserver la vie est de le rendre à son village, à sa mère, à sa maîtresse. Si la chose est impossible et que le mal fasse de rapides progrès, essayez les toniques et l'hydrothérapie, parlez sans cesse au malade des objets qu'il affectionne le plus, et vous sèmerez ainsi quelques fleurs sur les bords de sa tombe.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

privé de sommeil. Un abcès s'étant formé fut ouvert, et bientôt une amélioration sensible se déclara. Le volume de la tumeur avait diminué ainsi que les battements, lorsque le malade quitta l'hôpital à l'occasion d'une querelle qu'il avait eue avec un infirmier. M. Ericksen n'est pas content de ce fait, et il se prononce contre l'usage du perchlorure de fer.

M. BROCA admet que les caillots peuvent être solides avant une heure. Il pense toutefois qu'il est prudent de les protéger. Il ne sait pas ce qui serait arrivé, s'il avait cessé la compression au bout de quelques minutes. Cette pratique lui paraît moins prudente que celle à laquelle il a eu recours. Répondant à M. Verneuil, il ne voit aucune analogie entre l'opération qu'il a faite et celle de M. Ericksen. Le siége de l'anévrisme doit être pris en grande considération. Dans le fait qui vient d'être rapporté, l'anévrisme siégeait dans le corps thyroïde, dont la vascularité est très grande à l'état normal, et l'injection a été faite à peu près au hasard. Cette observation n'est donc pas concluante, et ne prouve rien contre l'efficacité du perchlorure de fer.

M. GIRALDÈS ne s'étonne pas de l'insuccès de M. Ericksen. Cet auteur qui, dans sa 2e édition, prétend que les injections de perchlorure de fer ne sont propres qu'à faire reculer la science, ne connaît pas cette question, puisqu'il a injecté non dans les veines, mais au hasard, et que la quantité de perchlorure de fer employée par lui est de deux grammes environ. M. Giraldès regarde comme inadmissible l'objection de M. Ericksen, reposant sur l'impossibilité de faire l'injection dans les vaisseaux. Comme M. Broca, il accorde une grande influence au siége de l'anévrisme et à la grande *vascularité* du corps thyroïde.

PLAIES SUPPURANTES. CHARBON.

M. Oporti a eu occasion de s'assurer des propriétés curatives du charbon de saule dans un cas de plaie rebelle succédant à des eschares du sacrum à la suite de la fièvre typhoïde. Il en saupoudrait d'abord la plaie extrêmement vaste, et recouvrait ensuite cette couche d'un linge enduit d'un onguent préparé en mélangeant un peu de poudre du même charbon dans de l'huile d'olives. Il obtint par là un changement prompt et satisfaisant, et reconnut même, par une contre-épreuve directe, à quel point cette application modifie avantageusement la surface suppurante; car en remplaçant de temps en temps ce topique par de la poudre de quinquina, il voyait le lendemain le pus exhalé *à litres*, tandis qu'après le pansement au charbon il n'en sortait qu'une ou deux cuillerées.

Pensant que le charbon réussit surtout comme absorbant, et que sa vertu sera, par conséquent, d'autant plus active que son état de division sera plus extrême, M. Oporti l'a remplacé par la composition suivante: 100 grammes de noir de fumée et 1 gramme d'extrait thébaïque, mêlés intimement, qu'on applique directement sur les plaies. C'est cette substance, contenant une petite quantité de créosote, qu'il emploie actuellement avec avantage.

Des résultats excellents ont déjà été obtenus par un bon nombre d'auteurs de l'emploi de la poudre de charbon végétal dans le traitement des plaies de mauvaise nature. Presque toujours, c'est du charbon de tilleul ou de saule que l'on s'est servi; nous croyons cependant que l'essence du bois d'où provient le charbon importe peu; c'est du moins ce que nous donne à penser un fait récent. Un ouvrier eut la main gauche et une partie de l'avant-bras écrasées entre un mur et un chariot. Il en résulta d'assez larges surfaces de gangrène à laquelle succéda une mauvaise et abondante suppuration. Nous eûmes recours, après avoir employé sans effet divers topiques, à des applications de charbon provenant de différentes essences de bois, et nous eûmes la satisfaction de voir bientôt les surfaces suppurantes prendre un excellent aspect et se cicatriser. (*Ann. méd. de la Flandre orientale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 janvier 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce et des travaux publics transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Gironde pendant l'année 1856 (commission des épidémies);

2° Une demande d'avis sur une proposition de M. le docteur Aulagnier, médecin principal des armées, relative à l'application pratique de la substance glaireuse contenue dans les eaux minérales sulfureuses (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Barude, médecin militaire, adresse une lettre sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des blennorrhagies aiguës et chroniques.

— M. Joseph Bonjean, pharmacien à Chambéry, adresse une note sur le benzoate et le silicate de soude. (Commissaires, MM. Ségalas, Guibourt.)

— M. le docteur Alex. Mayer prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. (Ce dépôt est accepté.)

— M. LAUGIER, président, remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'élevant à la présidence. Il voit dans la presque unanimité des suffrages qu'il a obtenus, cette double signification, d'honorer en lui la Faculté de médecine et la mémoire de son père, qui a été un des premiers présidents de l'Académie. Ce sera pour lui un précieux héritage, et en même temps un encouragement à remplir dignement les hautes fonctions qui lui ont été confiées.

Sur la proposition de M. le président, l'Académie vote des remerciments aux membres sortants du bureau.

M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite que la députation de l'Académie a été reçue aux Tuileries, à l'occasion du premier de l'an. La même députation avait été reçue la veille avec une bienveillance extrême par M. le ministre de l'instruction publique, qui a saisi avec empressement cette occasion d'assurer à l'Académie que son budget, réduit il y a quelques années, allait définitivement être rétabli à son chiffre d'autrefois.

RAPPORTS.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. ROBINET donne lecture, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, d'une série de rapports, dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Ablation des polypes fibreux de la matrice. — M. MARIE donne lecture d'un mémoire sur la possibilité d'enlever les polypes fibreux de la matrice avec la totalité de leur pédicule. L'auteur décrit ainsi son procédé:

« Introduction d'un spéculum bivalve; saisie du polype par la pince de Museux; abaissement d'Aetius; section circulaire du fourreau stipal aussi haut que possible; éradication par tractions obliques, rompant de la circonférence au centre les folioles d'attache interne, tandis que l'angle froncera en la repoussant la portion vivante de la gaîne. C'est ce que l'auteur appelle l'éradication du pédicule décortiqué. » (Commissaires: MM. Dubois, Huguier et Depaul.)

Du cyanure double de potassium et de cuivre; dosage de l'acide cyanhydrique. — M. H. BUIGNET donne lecture d'un mémoire sur le cyanure double de potassium et de cuivre, suivi d'un procédé nouveau pour doser l'acide cyanhydrique dans les liquides qui le renferment. Le procédé de M. Buignet est fondé sur les affinités comparées du cyanure de potassium et de l'ammoniaque à l'égard du cuivre; le jeu de ces affinités constitue un excellent moyen d'analyse quantitative.

« Supposons un liquide quelconque, une eau distillée, par exemple, renfermant une petite quantité d'acide cyanhydrique, telle que celle de laurier-cerise ou d'amandes amères; si on ajoute à ce liquide un excès d'ammoniaque, il est bien certain qu'une partie de l'alcali va saturer l'acide libre pour former avec lui du cyanhydrate d'ammoniaque, tandis que l'autre va demeurer au sein de la liqueur, conservant tous les caractères qui lui appartiennent dans son état de liberté. Si on ajoute alors à ce liquide complexe une solution normale et titrée de sulfate de cuivre, on verra se produire deux actions essentiellement distinctes: la première, caractérisée par la formation du cyanure double d'ammoniaque et de cuivre, aura pour effet de décolorer la solution à mesure qu'elle tombera dans la liqueur; la seconde, caractérisée par la formation du sulfate de cuivre ammoniacal, aura pour résultat contraire d'exalter la couleur de cette solution en y produisant le *bleu céleste*. On aura donc une démarcation très-nette et très-tranchée entre ces deux actions. Et comme celle qui se rapporte à l'ammoniaque libre ne pourra commencer à se manifester que quand l'autre se sera complétement épuisée, on comprend que l'apparition du bleu céleste, et sa permanence par l'agitation, constituera un excellent terme pour la mesure de l'acide cyanhydrique contenu dans le liquide éprouvé. » (Commissaires, MM. Poggiale, Chatin, Boudet.)

Placenta d'une grossesse triple. — M. le docteur Domerc présente un placenta provenant d'une femme primipare, ayant offert trois produits de la conception, dont un seul venu vivant.

Voici la relation du fait auquel se rattache cette présentation:

Dans la matinée du 20 décembre dernier, Mme N..., de Saint-Ouen, enceinte pour la première fois et arrivée à environ huit mois de grossesse, se sentant prise des premières douleurs et *perdant des eaux*, se rendit chez sa mère à Paris, rue du Val-de-Grâce, n° 15, pour y être accouchée.

Les douleurs se calmèrent cependant et ne se firent plus sentir que très-légères et à de longs intervalles pendant plus de trente-six heures.

Le 21 décembre enfin, vers onze heures du soir, les douleurs se réveillèrent vives et fréquentes, et environ six heures après Mme N... accouchait d'un enfant du sexe masculin, petit, chétif, à ossification imparfaite, mais contrastant bientôt par ses cris avec l'exiguïté et l'imperfection de sa personne.

Environ un quart d'heure après, l'extraction du placenta avait lieu avec la plus grande facilité.

L'existence d'un nouveau corps dans l'utérus ne tarda pas à devenir évidente, autant par la continuité des douleurs et des contractions utérines que par le volume encore exagéré de l'utérus, et surtout par le toucher. Aussi au bout d'environ dix minutes, quelques légères tractions aidant, un premier fœtus, encore adhérant par un cordon grêle, était expulsé, et bientôt après un placenta supportant deux poches, l'une ouverte et vide, l'au re encore entière, et contenant, avec un liquide trouble, un second fœtus.

Ce sont ces deux fœtus, avec leur placenta unique, que j'ai l'honneur de présenter à l'examen de l'Académie.

Le placenta est à peu près rond, et présente de 12 à 13 centimètres de diamètres; il est grêle, peu charnu, d'une même épaisseur de 5 à 6 millimètres dans presque toute son étendue. Sa surface interne est à peu près lisse et unie; sa surface externe irrégulière et d'un aspect charnu. Elle supportait quatre ou cinq caillots sanguins, denses, noirs, assez volumineux, lui adhérant assez fortement, et dont la formation paraissait remonter à une date bien antérieure à celle du travail de l'accouchement.

L'insertion des deux cordons a lieu à des distances différentes du placenta et sur les membranes.

L'âge des deux fœtus, quand ils ont succombé, était d'un peu plus de trois mois; cela paraît démontré par leur longueur d'environ 8 centimètres, par leur tête très-développée et les membres très-distincts, mais sans être encore terminés par des ongles, par le cordon enfin, ne contenant plus aucune partie de l'intestin.

Ces deux fœtus ont toujours présenté l'aspect de corps qui ont longtemps macéré dans un liquide à l'abri du contact de l'air. Ils paraissaient être l'un du sexe masculin, l'autre du sexe féminin.

Il y a quelque importance à remarquer que, tandis qu'un placenta existe pour les deux fœtus morts dans le cours de la gestation, l'enfant venu vivant, qui les a précédés, avait son placenta unique, fort bien organisé et d'un volume normal.

Serait-ce le cas de dire que ce dernier, c'est-à-dire celui qui est venu vivant, provient d'un seul ovule fécondé, ou dans les ovaires, ou dans les trompes, et que les deux fœtus sont le résultat d'un autre ovule contenant deux germes et fécondé en même temps ou tout au moins avant l'arrivée du premier dans l'utérus?

La disposition des poches, composées chacune d'une membrane unique, l'amnios, le chorion ensuite comme aux deux, et enfin un placenta unique, me confirment pleinement dans cette opinion.

Mais une question plus importante est celle qui consiste à se demander quelle a pu être la cause de la mort de ces deux fœtus. Serait-ce l'implantation des cordons ombilicaux sur les membranes? Un fait d'accouchement, à peu près du même genre, observé sur la fin de l'année 1853, sur Mme P..., rue de la Calandre, n° 24, me permet de répondre négativement. Cet accouchement était de deux enfants à terme; mais pour l'un d'eux, l'insertion du cordon avait lieu sur un point à peu près diamétralement opposé au placenta. L'enfant auquel il appartenait différait de l'autre par sa petitesse, il était plus faible et l'ossification était bien moins avancée.

Cette insertion anormale du cordon sur les membranes peut donc être considérée comme une condition défavorable à l'évolution de l'enfant, mais non comme une cause de mort avant terme.

Un renseignement fourni par la mère me paraît avoir au contraire, ici, pour expliquer la mort des deux fœtus dont je m'occupe, une véritable signification. Enceinte d'un peu plus de trois mois, elle fut tout à coup saisie d'une frayeur extrême, dont elle ressentit le triste effet sur sa santé pendant plusieurs jours.

C'est évidemment dans la perturbation qui fut jetée dans l'organisme au moment de cette frayeur, et dans le trouble qui dut en résulter dans les rapports déjà difficiles entre la mère et les deux fœtus, qu'il faut voir la cause de la mort de ces derniers. L'insertion vicieuse du cordon ne saurait être considérée ainsi que comme une cause prédisposante; l'enfant qui a survécu avec son placenta et son cordon normalement disposés, confirme du reste cette manière de voir.

Il est inutile d'ajouter que l'accouchement à huit mois de l'enfant vivant a dû être provoqué par la présence dans l'utérus des deux fœtus et de leur placenta, détaché probablement depuis quelque temps, comme les caillots anciens dont j'ai parlé tendaient à le démontrer.

L'hérédité étant bonne à vérifier quand il s'agit de grossesses gémellaires, les renseignements pris dans ce sens près de Mme N... et de sa famille ne m'ont cependant rien appris, si ce n'est qu'une belle fécondité semble généralement observée dans la parenté ascendante de cette famille (Commissaires: MM. Danyau, Cazeaux et Depaul.)

— La séance est levée à quatre heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Combes, membre de l'Institut, a été nommé vice-président du conseil d'hygiène et de salubrité pour l'année 1858.

M. Trébuchet, chef du service sanitaire à la préfecture de police, a été nommé secrétaire de ce conseil.

— Nous rétablissons ici le résultat complet du concours pour les prix de l'internat:

PREMIÈRE DIVISION. — M. Millard, *médaille d'or*; M. Guyon, *médaille d'argent*; MM. Bonfils et Lutron, 1re *mention honorable (ex æquo)*; MM. Blachez et Tamarelle-Mauriac, 2e *mention honorable (ex æquo)*.

DEUXIÈME DIVISION. — M. Heurtaux, *médaille d'argent*; M. Fournier (Eugène), *accessit*; M. Blondet, 2e *mention honorable*; MM. Bonnemaison et Jaccoud, 2me *mention honorable (ex æquo)*.

— La Société impériale de médecine de Lyon a procédé au renouvellement partiel de son bureau. M. le professeur Pétrequin a été élu vice-président en remplacement de M. Lecoq, qui passe à la présidence. MM. Foltz, professeur adjoint à l'Ecole de médecine, et Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'Ecole impériale vétérinaire, ont été élus secrétaires adjoints en remplacement de MM. Rollet et Lavirotte, arrivés au terme de leurs fonctions.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce que M. le docteur Garin, son rédacteur en chef, vient de résigner ses fonctions, qui passent entre les mains de M. le docteur Diday.

— La chirurgie de province vient de perdre un de ses représentants les plus distingués, M. Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, membre correspondant de la Société de chirurgie.

— M. le docteur Domenjon vient de mourir à Lyon, à l'âge de quatre-vingt-huit ans.

— La presse scientifique parisienne vient de s'enrichir d'un nouveau journal hebdomadaire, publié par M. le docteur L. Fleury, sous le titre de: *le Progrès*. Ce recueil, dont nous avons reçu hier le 1er numéro, débute ainsi:

« Ce n'est point *pour répondre à un besoin de notre époque* que nous avons fondé ce nouveau journal médical.

» C'est pour satisfaire l'un de nos désirs et pour réaliser l'une de nos convictions.

» Notre entreprise, le succès échéant, portera-t-elle profit à l'humanité, à la science, aux intérêts généraux de la société, aux intérêts particuliers et à la dignité de la profession médicale? — L'avenir en décidera. »

Le but spécial du journal est expliqué en ces termes: « Nous ne » chercherons pas à le dissimuler, notre journal est destiné à devenir » les *annales de l'hydrothérapie rationnelle.* »

Nous serons heureux de suivre M. Fleury sur ce terrain, et s'il publie des faits bien constatés de guérison par sa méthode, nous nous empresserons de les faire connaître à nos lecteurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la nature de quelques agents pour remédier aux accidents, suites de l'emploi de l'éthérisation, par M. le docteur PLOUVIEZ. Broch. in-8°, 28 pages. Bruxelles, impr. Tircher.

LE SOUS.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fracture des os maxillaires supérieurs.

Les fractures des os maxillaires supérieurs sont assez rares, et c'est probablement en raison de leur peu de fréquence, qu'elles n'ont été jusqu'à ce jour l'objet que d'études fort incomplètes. Aussi saisissons-nous avec empressement l'occasion d'en signaler un curieux exemple que nous avons observé au commencement de cette semaine dans les salles de chirurgie de la Charité. Le fait est d'autant plus remarquable que, malgré l'étendue de la fracture, son voisinage du cerveau, la violence du choc dont elle a été le résultat, le pronostic ne paraît pas devoir être grave; tout se réduira probablement à une affection locale dont la guérison ne se fera sans doute pas fort longtemps attendre, à moins qu'il ne survienne des complications qu'il n'est pas possible de prévoir aujourd'hui.

Il s'agit d'un garçon de chantier, âgé de trente et un ans, d'une forte et robuste constitution, qui entre à l'hôpital, la tête littéralement broyée; la face est couverte d'ecchymoses nombreuses et d'écorchures; les tissus sont tuméfiés; le nez est boursouflé, grandement élargi; les lèvres sont le siége de profondes divisions. Cet homme, interrogé, répond que vingt-quatre heures avant son admission, descendant une lourde charge de bois dans une cave, il a fait une chute sur la tête, et a roulé sans pouvoir se retenir l'espace de cinq à six marches.

Il n'a pas perdu connaissance un seul instant, a pu se relever seul et remonter l'escalier sans aide, n'éprouvant pas d'étourdissements ni de vertiges.

Après une chute de cette espèce, si le sujet n'est pas tué sur le coup, il peut du moins présenter de graves et sérieuses lésions, tout comme, dans les cas exceptionnellement heureux, il peut n'offrir que de simples contusions. Tout est possible, depuis la simple bosse sanguine, jusqu'aux fractures les plus complexes, aux luxations, etc. De ces dernières, il n'y en a pas la moindre trace; tous les os occupent leur place normale, et la mâchoire inférieure exécute bien ses mouvements, bien qu'avec difficulté, et non sans douleurs violentes. Disons sur-le-champ qu'il n'y a pas non plus de fracture du maxillaire inférieur.

Mais il n'en est pas de même des os qui composent la partie supérieure de la face.

Il existe d'abord une fracture des os propres du nez, non pas près de la racine du nez, où l'on n'observe pas non plus d'ecchymose; la solution de continuité des os est située plus près de la base de l'organe, et l'on remarque autour des yeux de larges ecchymoses.

Mais on constata un signe beaucoup plus fâcheux : en portant le doigt dans la bouche et pesant de bas en haut sur la mâchoire supérieure, M. Velpeau trouva une mobilité anormale d'arrière en avant et d'avant en arrière; il était également facile d'imprimer à la mâchoire en entier des mouvements de latéralité. Il n'était plus dès lors douteux pour personne qu'il n'y eût fracture de la mâchoire supérieure, laquelle était entièrement détachée du crâne, tout en formant un tout complet et sans disjonction entre eux des os qui la constituent.

Un fait assez singulier, c'est que dans la même salle est couché actuellement un autre malade, à peu près dans le même état, avec cette différence que de plus il présente une fracture de côtes.

Ces fractures de la mâchoire supérieure offrent un intérêt réel au point de vue principalement des complications qui les rendent souvent dangereuses et qui n'existent pas ici. Il est certes bien étonnant que deux hommes, tombés d'une certaine hauteur sur la tête ou sur la face, et qui se sont fait de larges fractures, n'aient pas perdu connaissance, n'aient offert aucun phénomène du côté du cerveau; pour des chutes bien moins graves en apparence, pour des chocs à peine sensibles, on a vu souvent survenir des symptômes d'ébranlement, de commotion du cerveau.

On peut dire que, dans ces cas, c'est précisément l'existence des fractures qui a préservé ces malades d'accidents cérébraux. Par la chute, augmentée du poids du corps, etc., une quantité donnée de mouvement est imprimée aux parties qui frappent le sol; si ce mouvement ne brise pas les os, ceux-ci font l'effet d'une tige rigide qui le transmet par voie de continuité aux organes internes; le cerveau éprouve une violente commotion, et ses fonctions sont troublées. S'il y a fracture, le mouvement se perd dans les solutions de continuité qu'il opère, se dissémine, et il n'en résulte aucun accident cérébral, d'où il suit, ce qui pourrait presque paraître un paradoxe, que ce que l'on a de mieux à désirer dans certaines chutes, c'est une ou plusieurs fractures.

Le traitement est des plus simples, et consiste dans le repos absolu des parties malades. Il est rare que les fractures de cette espèce ne guérissent pas seules, lorsque l'on fait observer au malade les conditions d'immobilité les plus rigoureuses, et l'on voit rarement aussi survenir des accidents résultant de la fracture elle-même.

Épidémie de congestion rachidienne (dix-neuf cas) sans aucune terminaison funeste.

Dans les derniers mois de 1856, éclatait dans l'hospice des Enfants-Trouvés de Niort une épidémie singulière, dont l'honorable et savant médecin en chef, M. Gauné, vient de publier une relation succincte. A l'affection dont furent atteintes les malades, l'auteur donne le nom de *congestion* et de *méningite céphalo-rachidienne*, curieuse, dit-il, par sa marche et sa terminaison; par sa marche, car les malades, une seule exceptée, n'ont rien éprouvé du côté de la tête; par sa terminaison, car tous les cas se sont terminés par la guérison, tandis que les auteurs s'accordent à regarder comme peu probable la guérison de la maladie que l'on a décrite sous le nom de *méningite cérébro-spinale épidémique*. Dans cette épidémie, qui a sévi exclusivement dans les salles de filles, on a compté dix-neuf malades, dix seulement atteintes de congestion rachidienne, neuf de véritable méningite.

Avant de présenter sur les caractères et la nature de la maladie observée par M. Gauné les quelques réflexions que nous a suggérées la lecture de son travail, et de lui faire quelques observations, commençons par donner en peu de mots le tableau résumé de l'épidémie, d'après l'auteur.

Les jeunes filles composant cette division de l'hospice sont au nombre de 65, et sont réunies dans trois dortoirs; elles ont de neuf à vingt et un ans; les plus âgées ont été prises les premières. — L'affection s'est déclarée subitement chez quelques-unes; chez d'autres, elle s'est annoncée par des fourmillements, des engourdissements dans les membres inférieurs, et par un malaise général, prodromes qui ne précédaient la maladie que de vingt-quatre à quarante-huit heures. Chez une seule, la tête s'est prise; il y a eu de la céphalalgie et du délire; chez toutes les autres, l'intelligence est restée libre; toutes ont perdu la faculté de se mouvoir; plusieurs ont éprouvé des douleurs vives dans les membres inférieurs, quelques-unes des fourmillements et des crampes; presque toutes des douleurs vives dans le rachis, douleurs qui étaient exaspérées chez plusieurs par le mouvement et par la pression; trois seulement ont présenté une roideur tétanique des muscles de la colonne vertébrale, assez prononcée pour offrir un véritable opisthotonos; deux autres ont offert cette roideur tétanique à un bien moindre degré. Presque toutes les malades ont eu la fièvre; chez quelques-unes, elle a été de peu de durée.

Les filles atteintes de méningite ont gardé le lit de cinquante à soixante-quinze jours, les autres, atteintes de congestion, de quinze à quarante jours. Le traitement a été principalement antiphlogistique : les saignées générales, toutes les fois qu'il a été possible de les pratiquer; les sangsues et les ventouses sur le rachis; à l'intérieur, les adoucissants, les purgatifs, et chez trois malades, le tartre stibié à haute dose. Les antispasmodiques ont été d'un grand secours pour calmer les douleurs : les bains ont été prescrits; mais la fatigue qu'éprouvaient les malades pour les y tenir les a fait ajourner, et on les a employés plus fréquemment pendant la convalescence.

Les causes de cette affection ont été, de la part de M. Gauné et de plusieurs de ses collègues de l'hôpital, l'objet des plus sérieuses recherches. Dans le régime, dans les conditions hygiéniques, dans les occupations des malades, on n'a rien trouvé qui pût en rendre compte, et l'on fut réduit à considérer comme cause de la

---

FEUILLETON.

Une nouvelle action de la lumière. — Les poissons électriques. — Le pain de dika. — Excentricités alimentaires. — Michel Montaigne et le docteur Payen. — L'année scientifique.

Un corps, après avoir été frappé par la lumière ou soumis à l'insolation, conserve-t-il dans l'obscurité quelque impression de cette lumière? Tel est le problème intéressant que M. Niepce de Saint-Victor a voulu résoudre par la photographie. Les expériences qu'il lui a fallu instituer dans ce but portent un cachet d'assez grand intérêt pour que nous nous en fassions l'écho.

Si on expose au soleil pendant un quart d'heure une gravure maintenue d'abord dans l'obscurité et dont une partie est recouverte par un écran, toute la partie libre laissera sur un papier sensible une empreinte en noir des parties blanches. Cet effet ne se produit pas si on n'a pas exposé au soleil la gravure qui est restée dans l'obscurité. Il existe en quelque sorte une saturation de lumière, et plus la gravure a été exposée à la lumière, puis maintenue en contact avec une feuille sensible, et plus intense sera la reproduction. Mais il ne faudrait cependant pas croire que le contact joue ici le rôle principal, car on peut placer la gravure à 3 millimètres du papier sensible, à un centimètre si les traits sont un peu gros, et le résultat sera le même.

L'interposition d'une lame entre le papier sensible et la gravure empêcherait la reproduction : les couleurs se reproduisent inégalement. Certaines encres anglaises seules donnent des images assez nettes.

M. Niepce de Saint-Victor a été encore plus loin. Après avoir exposé une gravure à la lumière pendant une heure, il l'applique sur un carton blanc qui pendant quelques jours est resté dans l'obscurité. Il abandonne ensuite ce carton au contact d'une gravure pendant vingt-quatre heures. Alors ce carton, mis en rapport avec une feuille sensible, donne une reproduction de la gravure, moins nette il est vrai que dans les premiers cas, mais encore visible.

Le blanc est la couleur qui se reproduit le mieux : les impressions diffèrent selon la nature chimique de la couleur.

Mais voici de bien plus curieuses expériences. Un tube de métal, fermé à une de ses extrémités, est tapissé à l'intérieur de papier ou de carton blanc. On l'expose, l'ouverture en avant, aux rayons solaires directs pendant une heure; après cette insolation, on applique cette ouverture sur une feuille sensible, et au bout de vingt-quatre heures la circonférence du tube a dessiné son image. Une gravure sur papier de Chine, interposée entre le tube et le papier sensible, sera elle-même reproduite.

Si après l'insolation on ferme hermétiquement le tube, celui-ci conservera indéfiniment sa faculté de radiation. C'est la mise en action de ce conte des *Mille et une Nuits*, où l'on voit un rayon de soleil enfermé dans une bouteille.

M. Niepce de Saint-Victor a continué ces expériences avec des corps fluorescents et phosphorescents.

Un dessin tracé sur une feuille de papier blanc avec une solution de sulfate de quinine, exposé au soleil et appliqué sur papier sensible, se reproduit en noir beaucoup plus intense que le papier blanc qui forme le fond du dessin. L'interposition d'une lame détruit cet effet.

L'exposition à la lumière est indispensable dans ce premier cas. Il n'en sera plus de même avec un dessin lumineux tracé au phosphore; l'impression sera très-rapide sur le papier sensible, pourvu qu'aucune lame n'ait été interposée.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce que ces expériences ont d'intéressant; il suffit de nommer celui qui les a dirigées pour être en droit d'affirmer qu'elles ne resteront pas longtemps sans porter leurs fruits. L'attention des physiciens une fois éveillée, un nouvel ordre d'applications de la lumière ne tardera pas à surgir. C'est, à notre avis, une simple question de temps.

— Un de nos confrères d'outre-Manche, M. le professeur Wilson, vient de se livrer à des recherches fort curieuses sur le rôle que l'électricité peut avoir joué dans la thérapeutique des anciens. Ce traitement, qu'on aurait pu croire encore assez nouveau parmi nous et dater de deux siècles au plus, était déjà employé avec succès par les médecins grecs. Il suffit, en effet, d'ouvrir Galien, Dioscoride, Asclépias, pour y trouver des traces de cette thérapeutique. La torpille et tous les poissons doués comme celui-ci d'un appareil à décharges électriques, rendaient déjà service dans le traitement des névralgies et des paralysies. Dioscoride parle d'un certain Gyllius, homme de grande probité et digne de toute confiance, qui lui avait assuré avoir recouvré l'usage de ses mains paralysées par les décharges du *Torpedo marina*. Si l'on continue cette étude chez d'autres peuples, on voit que les Egyptiens se servaient du *Malapterurus* du Nil. Ce poisson a même donné lieu à une quivoque de la part des commentateurs. Le mot *raab* désigne la foudre, et on avait cru trouver un rapprochement entre ce mot et le *malapterurus*, désigné dans le pays sous le nom de *r'a'ab*, c'est-à-dire poisson trembleur, qui cause un tremblement.

On trouve aussi le poisson électrique faisant fonction d'appareil médical chez les Abyssiniens, chez les Indiens de l'Amérique du Sud. Les

maladie épidémique les changements variés de température qui eurent lieu à cette époque.

Suivent quatre observations détaillées que nous ne reproduirons pas, parce qu'elles ne nous apprendraient rien de plus que l'analyse des symptômes ci-dessus énoncés. L'auteur les fait suivre de la réflexion suivante :

« Si j'ai donné avec les détails minutieux ces quatre observations prises sur dix-neuf, dit-il, c'est que jusqu'à présent nous n'avons vu dans nos annales médicales que des relations d'épidémies de méningite cérébro-spinale toujours très-meurtrières. Dans les dix-neuf cas que nous avons observés, nous pensons que la phlegmasie était bornée, pour dix-huit malades seulement, aux membranes de la moelle épinière, ce qui explique les succès que nous avons obtenus. »

Nous avons dit que nous avions quelques réflexions à faire sur le travail de M. Gauné. Nos réflexions ne porteront pas sur les observations elles-mêmes, considérées au point de vue de leur exactitude. La manière dont elles sont présentées et rédigées nous est un sûr garant que les malades ont été étudiées et examinées avec la plus scrupuleuse attention. C'est sur leur interprétation que nous voulons insister un moment.

Est-ce bien à une épidémie du même genre que toutes celles dont il a été jusqu'à présent question dans les auteurs qu'a eu affaire M. Gauné? Est-ce bien à une épidémie de *méningite cérébro-spinale* ou *céphalo-rachidienne* (car nous ne voyons pas une différence bien réelle entre ces deux expressions), affection le plus souvent encore à la période de congestion, que l'on doit rattacher ces dix-neuf faits? Nous ne le croyons pas, et voici les raisons sur lesquelles nous nous appuyons.

La maladie décrite sous le nom de *méningite cérébro-spinale épidémique* est caractérisée par deux ordres de phénomènes; phénomènes phlegmasiques du côté de l'axe cérébro-spinal; phénomènes typhoïdes, très-importants, très-graves, n'émanant nullement de l'influence des premiers, mais les primant et les dominant complétement. On sait qu'en dehors de l'opinion exclusivement *inflammatoire*, soutenue par C. Broussais, Faure-Villars, Maillot, Forget, etc., deux manières de voir se sont produites, formulées : l'une, par M. Michel Lévy, lequel n'y voit qu'une maladie pyogénique, à ranger à côté de la fièvre puerpérale et de la résorption purulente; l'autre, par M. Gaulthier de Claubry, et développée par M. Boudin, lesquels la considèrent comme une variété du typhus. Cette dernière opinion nous semble, d'après les faits, être celle qui se rapproche le plus de la vérité, si l'on s'en rapporte du moins à la symptomatologie, à la marche, au traitement et quelquefois au résultat de certaines autopsies cadavériques. Il est évident qu'il faut tenir compte de l'élément inflammatoire cérébro-spinal, qui donne une physionomie particulière à l'affection; mais cet élément secondaire ne change pas plus la nature de la maladie que la bronchite ne change la nature de la fièvre typhoïde, que l'inflammation dermique ne change celle de la variole, dont elle est un des phénomènes.

Eh bien, il nous semble que, si sous certains points de vue, elles ont quelques analogies entre elles, la méningite cérébro-spinale et la congestion rachidienne actuelle diffèrent essentiellement l'une de l'autre. Essayons de le démontrer.

Dans les prodromes comme dans les symptômes de l'épidémie de Niort, nous ne trouvons que des phénomènes inflammatoires plus ou moins violents; puis d'autres, symptomatiques des premiers ou purement sympathiques : fourmillements, crampes, douleurs; mais aucun de ces désordres généraux : courbature, malaises avec frissons, anorexie, abattement, vertiges, céphalalgie, nausées, etc., qui signalent le plus ordinairement le début de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Nous savons bien que, dans quelques-unes des épidémies, celle observée par M. Maillot, il n'est fait aucune mention des phénomènes typhoïdes; que dans celle de M. Corbin, les symptômes ont été souvent franchement inflammatoires; mais dans cette dernière, rappelons cependant que l'on note la pulvérulence des narines, l'aspect typhoïde, et à l'autopsie, la psorentérie et l'état piqueté des glandes de Peyer. Ici, rien de pareil; il n'y a, nous le répétons, que des signes de phlegmasie soit peu intense, soit plus avancée; première différence qui mérite d'être signalée.

Parlerons-nous de la terminaison de la maladie? Ici encore nous trouvons des différences radicales.

Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, la mortalité est effrayante; la moitié, les deux tiers, les trois cinquièmes et plus des malades succombent; à Niort, sur dix-neuf, pas une seule. Il est vrai, dit M. Gauné, que la maladie chez dix sujets ne passe pas la période de congestion; mais chez les neuf autres il y a eu, suivant l'auteur, *véritable méningite*, seconde différence plus essentielle peut-être encore que la première.

Dans l'étiologie, jusqu'ici fort obscure, nous trouvons quelques dissemblances encore, mais peut-être un peu moins tranchées. Une des plus remarquables est celle-ci, que la maladie se développe à Niort dans un hospice de filles, et que, jusqu'à présent, ce n'était que tout exceptionnellement que la méningite cérébro-spinale épidémique avait frappé des femmes; et encore a-t-il fallu, pour qu'il en fût ainsi, que ces femmes se trouvassent au milieu d'un foyer épidémique. A Niort, on n'a pu rapporter l'épidémie qu'à des variations de température; tandis que dans les autres épidémies, le froid n'a jamais été regardé que comme une cause prédisposante, susceptible de provoquer le développement de la maladie chez des individus habitant ou ayant habité un foyer de contagion.

Enfin, et comme raison la plus péremptoire sur laquelle nous puissions appuyer notre argumentation, le traitement qu'a presque exclusivement employé M. Gauné, et qui lui a du reste parfaitement réussi, c'a été les émissions sanguines locales et générales.

Or, de l'analyse des épidémies auxquelles nous avons fait allusion, résulte ceci, que les résultats funestes, dans les épidémies de méningite cérébro-spinale, ont été souvent en rapport avec l'abondance et la répétition des émissions sanguines. M. Tourdes les signale comme tout au moins inutiles. M. Chauffard abandonne leur emploi comme plus fâcheux qu'utile. Le tartre stibié, qui a réussi entre les mains de M. Gauné, n'avait, dans les autres épidémies, produit aucun résultat.

De tout ce que nous venons de dire, que résulte-t-il?

Comme nous le disions au commencement de cet article, nous n'attaquons en aucune façon l'exactitude et le mérite des observations du travail de M. Gauné; nous ne différons de lui que sous le rapport de l'interprétation, et au lieu de voir avec lui une épidémie de congestion et de méningite rachidienne, analogue, moins la gravité, aux épidémies de méningite cérébro-spinale, dont il les rapproche au commencement et à la fin de son article, nous considérons les faits qu'il a observés comme des exemples de méningo-myélite ou de congestion méningée de la moelle, *rhumatismale*, survenue probablement sous l'influence du froid, et dès lors, le peu de gravité de l'affection, à en juger par le nombre des terminaisons favorables, s'explique plus aisément.

TUMEURS SANGUINES RÉDUCTIBLES
de la voûte du crâne.

(Observations communiquées à la Société de chirurgie par M. le Dr Azam.)

Obs. I. — Choudel, âgé de vingt-deux ans, menuisier, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. Hirigoyen, le 11 novembre 1850.

Il porte dans le haut de la région frontale, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur de la dimension d'une grosse noix. Cette tumeur est irrégulièrement arrondie, sans changement de couleur à la peau; la fluctuation y est manifeste; si on la presse doucement avec la paume de la main, elle peut en deux ou trois minutes environ être complétement réduite; la peau reste flasque et vide. Cette peau étant très-mince et très-molle, on peut au travers d'elle reconnaître une dépression osseuse, irrégulièrement circulaire, à bords saillants et inégaux; le malade réduit lui-même sa tumeur avec facilité; elle disparaît quand il penche la tête en arrière, et reparaît quand il l'incline en avant. Choudel ne peut même pas conserver longtemps cette position, car elle s'accompagne de quelques vertiges.

Cette tumeur ne présente aucun bruit anormal, et on n'y peut percevoir le moindre battement. Il semble seulement qu'elle devient plus dure dans les grands mouvements respiratoires. J'ai cru percevoir un bruit de souffle obscur sur le trajet du sinus longitudinal supérieur, pendant que le malade réduisait violemment sa tumeur; mais quelques confrères qui ont examiné comme moi le malade ne l'ont pas entendu. Choudel n'éprouve ni dans la région ni dans la tumeur aucune douleur, et si ce n'étaient la difformité et les vertiges qui accompagnent la flexion de la tête en avant, il n'aurait nul souci de sa maladie.

Interrogé sur la cause, il rapporte qu'à l'âge de quinze ans il reçu un coup de pied de cheval dans la région frontale. Il ne perdit pas connaissance, et put même continuer à vaquer à ses occupations; quelques jours après seulement, il reconnut l'existence de cette tumeur, qui depuis a toujours été semblable à ce qu'elle est aujourd'hui.

Ce malade, qui veut guérir de cette infirmité, a déjà consulté un médecin. Une ponction exploratrice a été pratiquée, et il est sorti un jet de sang qui a été facilement arrêté.

Le 20 novembre, M. Hirigoyen la ponctionna avec une lancette; comme la première fois, il sort un jet de sang qui a tous les caractères du sang veineux ordinaire; un stylet introduit par l'ouverture trouve une dépression de l'os et quelques saillies inégales, mais le tissu osseux n'est pas à nu, une membrane mince et molle paraît le recouvrir. Il est impossible de découvrir un orifice de communication avec l'intérieur du crâne. Du reste, cette recherche ne pourrait être poussée trop loin sans danger. Cependant cette communication existe, car la quantité de sang qui s'écoule ne peut venir que d'une source considérable, probablement du sinus longitudinal supérieur. Cet écoulement est facilement arrêté, et l'ouverture faite à la peau se cicatrise rapidement sous l'influence d'une simple bandelette de diachylon.

La compression employée pendant une vingtaine de jours n'a donné aucun résultat, et Choudel a quitté l'hôpital dans le même état qu'à son entrée.

Je n'avais plus entendu parler de ce malade et je considérais ce fait comme un simple objet de curiosité sans analogue possible, lorsque M. Dufour lut le 15 novembre 1851 à la Société de biologie un mémoire sur une nouvelle variété de tumeur de la voûte du crâne, qu'il avait observée chez un invalide. Cette observation, d'une ressemblance frappante avec la mienne, se terminait par l'autopsie, et la communication de la poche sanguine extérieure avec le sinus longitudinal supérieur avait pu être ainsi clairement démontrée. Chargé de faire à la Société de médecine de Bordeaux un rapport sur le mémoire de M. Dufour, je rappelai l'observation de Choudel.

Les choses en étaient là, lorsqu'au mois de mars 1854, j'ai eu occasion d'observer un autre cas de cette singulière affection.

Obs. II. — Jeanne Tavernier (de Bourg-sur-Gironde), âgée de soixante ans, vient consulter le comité des consultations gratuites de la Société de médecine (en mars 1854) pour une tumeur qu'elle porte dans la région frontale.

Cette femme raconte qu'il y a environ dix-huit mois, étant à travailler aux champs, elle mit le pied sur un râteau; celui-ci ayant fait bascule, l'extrémité du manche la frappa au front avec une grande force. La douleur fut vive; mais il n'y eut pas de perte de connaissance. La contusion guérit par les moyens ordinaires, sans qu'il fût nécessaire d'appeler un médecin. Vingt à vingt-cinq jours après, la malade reconnut l'existence, au point même qui avait été contus, d'une tumeur molle, de la grosseur d'une petite noix, qui durcissait et augmentait de volume quand elle baissait la tête; du reste, pas de céphalalgie. Une compression lente faisait disparaître la tumeur.

N'éprouvant aucune douleur, elle n'avait pas consulté de médecin, lorsque, il y a cinq mois, la peau de cette tumeur ayant paru s'amincir et présenté une couleur violette, elle la montra à un médecin de Bourg, M. Gaignerot; celui-ci la ponctionna avec une lancette, et il en sortit

---

femmes de Calabar ont la coutume de plonger leurs enfants dans des bassins où sont renfermées des gymnotes et des torpilles. Les décharges de ces poissons, décharges souvent très-violentes, fortifieraient, à leur dire, la constitution de l'enfant.

— L'exposition des produits coloniaux renferme un curieux échantillon apporté du Gabon par un commissaire de la marine. C'est le pain de dika, qui semble promettre non-seulement un nouvel aliment, mais une substance oléagineuse propre à la fabrication des bougies et des savons, et même un succédané au beurre de cacao On nous permettra donc de donner quelques détails sur ce produit, qui se recommande à tant de titres à notre attention.

Le pain de dika est formé d'amandes grossièrement concassées et agglomérées par l'action d'une certaine température. Il présente la forme d'un cône tronqué, du poids de 3 kil. 500 environ; il est d'un gris brun marqueté de points blancs, onctueux au toucher, d'odeur intermédiaire entre le cacao torréfié et l'amande grillée; sa saveur est agréable, légèrement amère et astringente, analogue au cacao. Cette similitude frappe immédiatement ceux qui l'examinent.

L'arbre qui le produit s'appelle *oba* au Gabon. C'est un manguier (*Mangifera gabonensis*, Aubry-Lecomte), de la famille des térébinthacées, espèce non décrite auparavant. Il est extrêmement commun sur toute la côte d'Afrique, depuis Sierra-Leone jusqu'au Gabon. Son port diffère du *Mangifera indica*, et ressemble assez à celui de nos chênes; sa hauteur est de 15 à 20 mètres, son diamètre de 0m75 environ. Ses fleurs blanchâtres sont semblables à celles du *Mangifera indica*, mais les feuilles sont plus courtes et moins lancéolées; le fruit *iba*, est un drupe jaune, de la grosseur d'un œuf de cygne, comestible pour les naturels. Il contient un noyau aplati, tomenteux, renfermant une amande blanche, oléagineuse, agréable au goût, pourvue d'un épisperme rougeâtre. C'est avec cette amande que se prépare le *pain de dika*, qui, associé à d'autres aliments, forme une partie de la nourriture des naturels. Jusqu'à présent, il n'a servi qu'à cet usage : l'incurie des nègres est telle qu'une immense quantité de ces semences est laissée sur le sol, où les rats, très-communs dans les forêts du Gabon, s'en montrent si friands, qu'au bout de quelques jours tous les noyaux sont ouverts et les amandes dévorées par ces rongeurs. La récolte se fait en novembre et décembre; elle est des plus faciles.

Par une simple ébullition dans l'eau, ou par la chaleur et la pression, on extrait de 79 à 80 p. 0/0 de graisse solide de ce pain de dika. Cet oléagineux, en tout analogue au beurre de cacao par l'aspect, le goût, la solidité et l'odeur, fusible à 30 degrés, a été comparé à une cire par M. Victor de Luynes, dans une analyse sommaire; mais on l'a trouvé saponifiable Cette matière brûle avec une belle flamme blanche, sans odeur ni fumée, et presque sans résidu. Des bougies fabriquées avec ce produit brûlent avec un éclat bien supérieur à celui des plus beaux échantillons stéariques, seulement son degré très-bas de fusibilité nécessite l'enrobement par l'acide stéarique ou mieux son mélange avec l'acide sébacique, si ingénieusement extrait, dans ces derniers temps, de l'huile de ricin, par M. Bouis.

La ressemblance du pain de dika avec le cacao a donné l'idée d'en fabriquer du chocolat par son mélange avec le sucre et un aromate; le résultat est certainement encourageant. Ce chocolat, préparé au lait à la façon ordinaire, a été goûté avec plaisir par des personnes non prévenues. Ce sera le *chocolat des pauvres*; car le pain de dika, d'après son importateur, M. Aubry-Lecomte, peut valoir au Gabon de 60 à 75 cent. le kilogr.

— Nous venons de voir un aliment inconnu jusqu'ici parmi nous, et dont l'importation pourrait rendre quelques services. — Nous allons maintenant entrer sur un terrain tout à fait opposé. Après le plus ou moins d'utilité, l'excentricité portée à un degré plus ou moins élevé.

On se souvient des diverses théories alimentaires qui ont couru le monde depuis le commencement de ce siècle. Est-il besoin de rappeler les religieuses indignations des sociétés de tempérance, les faits et gestes des légumistes et des buveurs d'eau? Hier encore, ne venait-on pas gravement nous offrir le cheval non-seulement comme un aliment sain, ce qui est hors de toute contestation, mais encore comme un mets agréable? C'était le temps de l'hippophagie, et l'on vous racontait les dîners composés entièrement de la chair du plus noble des animaux. C'étaient bouillons délicieux, rôts exquis et côtelettes succulentes; on avait alors bien peu à faire pour surmonter son dégoût pour une viande inconnue. Mais que vont devenir les estomacs délicats et craintifs?

Il n'est pas que vous n'ayez encore lu ce livre charmant où l'un de nos plus grands historiens chante et célèbre l'Insecte. Vous l'avez entendu nous redire son instinct, sa vie, ses amours; mais vous avez vu aussi, dans des pages cruelles, l'éloquent écrivain nous persuader que l'insecte était un mets injustement méconnu. A peine il avait dit, que du nord au midi les fourmis demeuraient tremblantes dans leurs palais, et la mygale elle-même suspendait ses travaux ingénieux; car de toutes parts s'élevaient des rumeurs étranges, et l'on distinguait des voix demandant avec ardeur des galettes d'œuf de punaises d'eau, des bouillons de blatte et des soupes de hanneton.

Il n'est que trop vrai, chers confrères, l'hippophagie a fait son temps; aujourd'hui l'*entomophagie* commence. M. Michelet a donné l'éveil; et déjà on se rappelle avec un certain plaisir que Lalande trouvait un goût de noisette à la chenille, et que les sultanes de

une quantité de sang qui, d'après la malade, dépassait de beaucoup celle qu'elle paraissait devoir contenir. Un morceau de taffetas d'Angleterre suffit pour arrêter l'écoulement.

Désirant être guérie, elle vint consulter la Société de médecine.

A ce moment, la tumeur, située sur la ligne médiane près de la racine des cheveux, a le volume de la moitié d'une noix ordinaire; elle est molle et fluctuante; sa couleur est légèrement violacée; pas de battements, pas de bruit de souffle; elle ne donne pas aux doigts la sensation d'une poche remplie de liquide, mais plutôt celle d'un tissu spongieux renfermé dans une peau amincie; elle devient très-dure quand la malade baisse la tête: la persistance de cette position amène quelques vertiges. Si on la comprime soit avec les doigts, soit avec la paume de la main, elle se ramollit et diminue très-lentement; il est évident que le liquide disparaît et rentre dans le crâne. Après la réduction, il reste sous la peau un tissu mou qui empêche d'explorer nettement l'os et de reconnaître s'il présente des inégalités.

Je reconnus au premier coup d'œil la maladie curieuse que j'avais déjà observée, et je demandai que la malade vînt dans mon cabinet, où je pourrais l'étudier plus facilement et prendre son observation.

Après avoir fait incliner le malade en avant pour faire durcir la tumeur, je pratiquai une ponction avec le trocart explorateur; il sortit une petite quantité de sang ayant toute l'apparence du sang veineux ordinaire; en faisant faire à la canule des mouvements divers, je reconnus que cette tumeur n'était pas formée par une poche unique, mais par un tissu spongieux à larges aréoles: c'est ce qui explique la lenteur avec laquelle rentrait le liquide, qui avait en outre, pour retourner dans le crâne, à passer par un pertuis qui devait être fort étroit, pertuis que je n'ai pas pu découvrir. Je n'ai pas reconnu de rugosités osseuses, ni de dénudation du frontal.

Je transmis à cette femme les conseils du comité, qui étaient de se refuser à toute opération chirurgicale et de porter un bandeau sur le front pour comprimer légèrement sa tumeur. — Elle est partie pour son pays, et je n'en ai plus entendu parler. J'ai écrit à M. Gaignerot pour avoir des renseignements ultérieurs; s'ils ont quelque importance, je les transmettrai à la Société de chirurgie.

Le premier des malades dont j'ai rapporté l'observation, Choudel, que j'avais étudié en 1850, a été présenté à son tour à la Société de médecine, le 27 novembre 1854, par notre collègue M. le docteur Dupuy; nous avons reconnu qu'après trois ans la tumeur n'avait fait aucun progrès, et nous lui avons donné les mêmes conseils qu'à la femme Tavernier. Je n'ai pas eu l'occasion de le revoir, et j'ignore ce qu'il est devenu.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'extrême analogie qui existe entre ces deux observations et celle de M. Gustave Dufour: chez toutes, choc violent du crâne dans la région des sinus, fissure ou fracture démontrée ou probable, puis tumeur réductible contenant du sang veineux, vivant, en communication avec un réservoir sanguin considérable qui ne peut être que le sinus longitudinal supérieur.

M. Hutin a publié depuis, en 1854, une observation qui offre avec les précédentes une grande analogie, c'est l'histoire de l'invalide Kreps. Cette observation avait été présentée par lui à l'Académie de médecine, le 27 avril 1852. Je ne la rappellerai pas; qu'il me suffise de dire qu'il y a eu chez ce malade une cause du même genre, un coup de sabre; l'autopsie a démontré la perforation du sinus longitudinal supérieur par une esquille et la communication de ce conduit avec une tumeur extérieure par un pertuis osseux au travers du pariétal autrefois blessé.

Le nombre des faits observés, leurs caractères communs, leur importance, autorisent à penser qu'on peut légitimement aujourd'hui réclamer pour cette affection une place dans le cadre nosologique.

Le mode de formation de cette lésion serait intéressant à établir. Il peut être compris de deux manières.

Comme dans le cas de M. Dufour, et peut-être dans mes deux observations, il peut, à la suite d'une contusion violente de l'os ou d'une fracture peu étendue, se faire un travail obscur et lent d'ostéite raréfiante. Ce travail, portant sur le diploé et les tables osseuses, peut mettre en communication les canaux veineux, ou le sinus lui-même, avec une poche extérieure; les pertuis formés par ce travail peuvent être plus ou moins sinueux, plus ou moins larges; c'est ce qui explique la réductibilité plus ou moins rapide de la tumeur, et la difficulté de les rencontrer à l'exploration.

Le deuxième mode serait le suivant: dans des cas de fissure ou de fracture peu étendue de la région des sinus, la paroi adhérente de ceux-ci peut être déchirée, et par suite ces canaux veineux mis en communication directe avec le foyer de la fracture; alors le contact incessant du sang en circulation peut empêcher le travail de cicatrisation de la lésion osseuse et faciliter la formation de pertuis fistuleux, qui finissent par s'organiser et amènent le sang à l'extérieur au travers des os du crâne.

J'ai cherché à reproduire par des expériences ce qui peut être reproduit de ce genre de lésion. Sur des cadavres, j'ai produit au moyen d'un marteau de fer ou de bois des fractures du crâne dans la région des sinus. J'ai répété ces expériences un grand nombre de fois; je dois dire qu'en général, après avoir scié les os et détaché la dure-mère avec soin, je n'ai pas vu que la paroi supérieure du sinus, quoiqu'en contact avec la fracture, ait été déchirée; cette paroi et la dure-mère environnante étaient plutôt décollées dans une certaine étendue. Cependant, quoique je ne l'aie pas observée sur le cadavre, cette déchirure ne me paraît pas impossible. Dans un cas où il y avait fracture avec enfoncement peu marqué de la table externe, une longue esquille projetée en dedans avait déchiré la paroi supérieure du sinus longitudinal supérieur, reproduisant ainsi presque exactement le cas de M. Hutin.

En résumé, je pencherais plutôt pour la formation lente des pertuis par ostéite raréfiante ou absorption interstitielle, pertuis qui communiqueraient avec les sinus très-voisins par l'intermédiaire des canaux veineux du diploé, l'extrême ténacité de la paroi supérieure des sinus rendant plus probable son décollement que sa déchirure, du moins tant que la fracture en contact avec elle n'est pas accompagnée d'esquilles perforantes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 décembre 1857. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Absence congéniale de l'iris. Nystagmus. — M. HOUEL présente une petite fille de trois ans et demi, atteinte d'une affection congéniale qui a déjà à plusieurs reprises fixé l'attention de la Société. L'iris des deux côtés fait presque entièrement défaut; il ne se manifeste que sous la forme d'un petit anneau bleu extrêmement étroit en haut, en bas et en dedans. En dehors, cet anneau iridien est un peu plus large et plus facile à apercevoir. La même disposition se reproduit exactement à droite et à gauche.

La faculté visuelle n'est pas sensiblement altérée; mais les deux yeux sont le siége à la fois de mouvements continuels comme dans le nystagmus, et d'une déviation latérale, comme dans le strabisme double. Le strabisme n'existait pas dans l'origine; il s'en produit seulement depuis quelque temps; le nystagmus, au contraire qui était très-prononcé pendant les premiers mois de la vie, l'est beaucoup moins aujourd'hui.

Quant aux milieux de l'œil, contrairement à ce qu'on observe ordinairement en pareil cas, ils ont conservé leur transparence. On sait que l'absence congéniale de l'iris est presque toujours, au bout de quelques mois ou de quelques années, suivi de la formation d'une cataracte. M. Houel dit ne connaître qu'un seul cas où le malade ait conservé la vue jusqu'à vingt-cinq ans, et probablement plus tard. Le fait actuel est donc exceptionnel sous ce rapport.

Toutefois le présentateur, se demandant quelle est la cause du strabisme récent, émet la crainte que cette déviation ne soit due à l'affaiblissement de la vision de l'un des yeux. Y a-t-il à droite ou à gauche un commencement de cataracte? On n'aperçoit rien à l'œil nu, mais on n'a pas encore fait l'examen à l'aide de l'ophthalmoscope, et jusque-là on ne peut rien affirmer. Il faut dire aussi que la continuelle mobilité des yeux en rend l'examen assez difficile.

M. CHASSAIGNAC annonce que dans un cas de ce genre, où un nystagmus très prononcé empêchait tout à fait l'examen des yeux, il eut recours aux inhalations de chloroforme, qui firent cesser la contraction des muscles de l'œil pendant toute la durée du sommeil anesthésique.

M. LARREY insiste sur la rareté de cette affection. Il n'en a vu que 3 ou 4 cas dans les conseils de révision.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu. — M. GIRALDÈS, prenant la parole à l'occasion du procès-verbal, revient sur le traitement des anévrismes cirsoïdes du cuir chevelu par les injections de perchlorure de fer, rappelle la discussion qui a eu lieu il y a quelques mois à l'occasion d'un autre malade présenté par M. Robert, et demande ce qu'est devenu ce malade, à qui Dupuytren avait autrefois lié une carotide, et à qui tout récemment l'autre carotide a été liée par M. Robert.

M. HUGUIER, en l'absence de M. Robert, donne des renseignements sur le malade qu'il a observé à l'hôpital Beaujon dans le service de son collègue... A la suite de la ligature de la seconde carotide, il ne survint aucun accident immédiat; les ulcères du cuir chevelu cessèrent de fournir du sang, et se cicatrisèrent entièrement. La tumeur s'affaissa beaucoup, et la plaie du cou marcha rapidement vers la guérison. Le jour de la chute de la ligature, une petite hémorrhagie survint, mais elle fut facile à arrêter, et quatre jours après la plaie du cou se referma entièrement. On ne sentait plus de battements dans la tumeur.

Le malade était donc considéré comme guéri, lorsqu'il fut pris de diarrhée; on lui conseilla de sortir de l'hôpital, et il retourna chez lui.

Jusque-là tout était fort satisfaisant, mais un jour nous apprîmes que le malade venait de mourir chez lui subitement, emporté par une apoplexie foudroyante; cette cause de mort, chez un individu dont les deux carotides étaient imperméables, aurait eu besoin d'être vérifiée par l'autopsie; mais les parents du défunt s'y opposèrent.

M. BROCA ne s'étonne pas de ce genre de mort, qu'il avait signalé comme possible, lorsque M. Robert présenta son malade à la Société de chirurgie, et manifesta l'intention de lier la carotide primitive. Les accidents cérébraux sont déjà très-communs à la suite de la ligature d'une seule carotide; M. Norman Chevers, il y a douze ans, en a publié 15 cas, et aujourd'hui M. Broca en connaît 22. Tous ces malades ont succombé, à l'exception de deux. Le début des accidents, tantôt immédiat, tantôt plus tardif, tantôt brusque, tantôt graduel, s'effectue le plus souvent avant la fin de la première semaine; mais on l'a vu ne survenir qu'au bout de deux mois, et même de soixante-neuf jours.

Si la ligature d'une seule carotide fait craindre de pareils accidents, les craintes doivent être bien plus grandes encore lorsqu'il s'agit de lier la seconde carotide à un malade qui a déjà subi la ligature de la première. Quant à l'opposition qui paraît exister entre la cause et l'effet, c'est-à-dire entre la ligature des deux carotides et l'apoplexie, ou tout autre accident analogue, elle n'existe pas en réalité. Il ne faut pas oublier qu'après cette double ligature la circulation céphalique n'est plus entretenue qu'au moyen des deux vertébrales; le sang qui revient à la face, à la voûte du crâne, à la partie supérieure du cou, doit avant tout traverser les anastomoses intra-crâniennes qui existent entre les vertébrales et la carotide interne. Les artères de la base du cerveau subissent donc une dilatation énorme. Avec un pareil accroissement de la circulation cérébrale, il n'est pas étonnant que des congestions ou des épanchements aient de la tendance à se manifester dans l'encéphale.

M. Broca répète en terminant que la méthode d'Anel n'est qu'un palliatif impuissant dans le traitement des anévrismes cirsoïdes, et que la méthode par excellence en pareil cas est celle des injections coagulantes.

Fracture du crâne produite par le forceps. — M. VOILLEMIER rappelle que dans la dernière séance, à l'occasion d'un fait présenté par M. Danyau, et relatif à une fracture du crâne produite, pendant l'accouchement, par la pression de l'angle sacro-vertébral, il a annoncé à la Société qu'il possédait une pièce semblable. Il montre aujourd'hui cette pièce. C'est le crâne d'un enfant nouveau-né, dont le coronal est fracturé longitudinalement dans toute sa hauteur, à 3 ou 4 millimètres à droite de la suture encore membraneuse qui sépare les deux moitiés de cet os. Ce qui différencie surtout ce fait de celui de M. Danyau, c'est l'étiologie de l'accident, car dans le cas de M. Voillemier, la fracture a été produite par la pression du forceps.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Brodhurst, de Londres, qui a déjà envoyé plusieurs travaux à la Société, adresse les mémoires suivants:

On forcible extension and rupture of the uniting medium of partialy ankylosed surfaces. — On displacement of the scapula upwards through paralysis of the serratus magnus muscle and consequent retraction of the rhomboïdei, levator anguli scapulæ, and trapezius muscles. (M. Bouvier, rapporteur).

La Société reçoit en outre:

On the expediency of instituting an Academy of medicine in England, by James Arnott.

Le *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire*, 1855-1856.

---

l'Orient, pays voluptueux où l'amour cherche des contours arrondis, se font apporter des blaps; et, oisives dans les jardins, au bruit des eaux jaillissantes, puisent dans le succulent insecte une jouvence éternelle.

Vous criez horreur et dégoût, vous êtes bien difficiles! Écoutez donc M. Pouchet:

Tous les jours vous mangez des crevettes et des salicoques; sous le nom de cuisses de grenouilles, on vous sert le crapaud brun de la mare d'Auteuil. Les cossus, délices des voluptueux Romains, n'étaient, au dire de Latreille, que des larves de hanneton. Ouvrez un ouvrage sérieux, et vous verrez que MM. Mérat et Delens assurent qu'aujourd'hui même les Allemands mangent des vers à soie en friture. Nous ne vous dirons pas que Labillardière prétend que les femmes de la Nouvelle-Hollande ne peignent leurs enfants que pour manger leurs poux: c'est du domaine public.

Maintenant, nous vous demandons pardon de ces détails, surtout si la *Gazette* vous est arrivée à table. Mais vous êtes médecin, et notre devoir est de vous tenir au courant de tout ce qui se passe autour de vous. Ne soyez pas partisans de l'entomophagie, nous n'y ferons pas opposition, et cependant nous vous demanderons en terminant la différence qui peut exister, au point de vue du dégoût, entre une araignée frite, une limace visqueuse ou une chenille verte, et la glaire de l'*Ostrea edulis* et le mucus de l'*Helix pomatia*.

Où donc est votre délicatesse de goût?

— Parmi nos confrères, il en est plusieurs qui soutiennent glorieusement l'honneur littéraire du corps médical. A côté d'académiciens distingués, nous trouvons le savant auteur des *Études médicales des poëtes latins*, et surtout ce médecin dont la vie entière a été consacrée à la recherche de tous les documents se rattachant de près ou de loin au grand nom de Montaigne. Désormais M. le docteur Payen comptera au nombre des plus savants commentateurs de l'illustre auteur des *Essais*. Nous sommes heureux d'annoncer aujourd'hui que M. Payen met la dernière main à une édition de Montaigne, qui fera partie de la bibliothèque elzévirienne. Tous les amateurs de l'auteur périgourdin voudront posséder une édition qui sera, on peut l'assurer d'avance, riche de matériaux jusqu'ici restés dans l'ombre.

Notre distingué confrère, qui a étudié et qui connaît Montaigne mieux qu'homme du monde, a éclairé un grand nombre de points assez obscurs de l'auteur des *Essais*; mais, hélas! malgré tout son talent, quelques citations sont encore restées douteuses pour lui. On sait, en effet, que Montaigne, instruit comme on l'était alors, avait un peu la manie des citations. Mais il se servait souvent de tournures de phrases comme *on dit quelque part, un grand philosophe a dit, un prince illustre*, sans citer l'auteur, le philosophe ou le prince. De son temps, on était érudit, et ces citations n'embarrassaient peut-être pas; aujourd'hui l'érudition est moins répandue; les tendances de l'esprit ne sont plus les mêmes, et si on ne sait plus son Aristote comme au moyen âge, il est bien d'autres auteurs dans le cas d'Aristote. Bref, M. Payen, voulant se rendre compte de citations incomplètes, vient de publier une brochure dans laquelle il propose aux amateurs 109 citations à rétablir. Dans un journal spécial comme celui-ci, nous ne pouvons nous étendre sur un sujet tout à fait littéraire, et nous nous bornerons à signaler deux ou trois citations.

On lit au livre I, chap. 9 des *Essais*: « Un *ancien Père* dit que nous sommes mieux en la compagnie d'un chien connu qu'en celle d'un homme duquel le langage nous est inconnu. »

« Le jour de la mort, c'est le maître jour; c'est celui, dit *un ancien*, qui doit juger de toutes mes années passées. » (*Essais*, liv. I, c. 18.)

« Un *empereur* mourut de l'égratignure d'un peigne en se testonnant. » (*Essais*, liv. I, chap. 19.)

Quel est ce *Père*, cet *ancien* et cet *empereur*? Si quelques-uns de nos lecteurs pouvaient résoudre ces problèmes, le docteur Payen serait enchanté de recevoir leurs communications, rue Saint-Honoré, 145, et nous serions heureux d'y avoir pu contribuer par la publicité que nous donnons à ces *desiderata* littéraires.

— M. Figuier, le savant rédacteur de la *Revue scientifique* de la *Presse*, vient de faire paraître l'*Année scientifique de 1857*. Nous nous bornons aujourd'hui à annoncer l'apparition de ce livre, en nous réservant de vous en parler lorsqu'il nous aura été donné de lire ce deuxième volume d'une collection pour le succès de laquelle nous faisons les vœux les plus sincères.

D[r] E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Almanach général de médecine et de pharmacie pour la ville de Paris et le département de la Seine, publié par l'administration de l'*Union médicale*. 29e année, 1858. Paris, aux bureaux de l'*Union médicale*, faubourg Montmartre, 56; et chez les libraires du quartier de l'École-de-Médecine.

— **M. LARREY** dépose sur le bureau un mémoire de M. Simpson, intitulé : *Des médecins attachés aux armées romaines*, traduit par M. le docteur Buttura.

— **M. GIRALDÈS** expose ensuite sommairement les principaux mémoires contenus dans le tome XLIX[e] des *Medico-chirurgical Transactions* adressé par le conseil de la Société médico-chirurgicale de Londres.

Plaie de l'artère fémorale. Amputation. Mort. — **M. MARJOLIN** donne lecture d'une observation d'anévrisme faux primitif de l'artère crurale qui a nécessité l'amputation de la cuisse. Voici le résumé de cette observation adressée par M. Fleury, chirurgien en chef de l'hôpital de Clermont :

Dans la journée du 22 septembre 1857, le nommé Servois, âgé de 38 ans, étant occupé à couper de l'osier, s'enfonça son couteau à la partie interne et moyenne de la cuisse droite. Le sang sortit avec une telle abondance, que les blessés ayant à peine fait quelques pas, tomba et perdit connaissance. On le transporta chez lui dans une charrette, et là, comme l'hémorrhagie semblait arrêtée, on se contenta d'appliquer sur la blessure de la charpie trempée dans de l'eau salée. Le lendemain, le membre étant devenu douloureux et très-tuméfié, Servois se fit transporter à 8 kilomètres de chez lui, chez un médecin qui, reconnaissant la nature et la gravité de l'accident, l'engagea à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Malheureusement le malade ne suivit pas ce sage conseil et préféra appliquer autour de la plaie quelques sangsues et des cataplasmes émollients. Ce traitement, qui fut sans résultats, dura environ neuf jours, au bout desquels on essaya l'emploi des résolutifs; ce changement parut amener un peu de diminution dans le volume du membre; mais bientôt l'intensité des douleurs dut y faire renoncer, et ce fut alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital de Clermont, dans le service de M. Fleury, vingt-quatre jours après l'accident.

Lorsque notre collègue le vit, il constata à la partie antérieure et interne de la cuisse une tumeur très-volumineuse, s'étendant du genou jusqu'à environ six ou sept travers de doigt de l'arcade crurale. La peau était violacée; au toucher on sentait une rénitence et un mouvement d'expansion assez obscurs, mais en auscultant on percevait un bruit de souffle très-prononcé. La tumeur était du reste complétement indolente à la pression. La plaie, qui était petite, siégeait à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du membre. Le malade éprouvait dans la jambe des douleurs et des crampes tellement vives, qu'il ne pouvait reposer : son visage était pâle, son pouls très-faible et l'appétit nul.

Avant de recourir à une opération qui semblait devoir être très-compliquée, M. Fleury chercha par la position et l'emploi des résolutifs à diminuer l'engorgement du membre; mais l'ulcération qui commençait à se former autour de la plaie, et l'imminence d'une hémorrhagie annoncée par un suintement sanguinolent, le forcèrent à prendre un parti décisif.

Après avoir réfléchi aux inconvénients et aux avantages que chaque procédé pouvait offrir dans une circonstance aussi défavorable, M. Fleury se décida pour la ligature par le procédé de Scarpa.

Malheureusement notre collègue, qui avait bien songé à toutes les complications que pouvait présenter l'opération, devait être arrêté par des difficultés presque insurmontables.

La tumeur, en effet, avait fait des progrès considérables; il ne restait plus à la partie supérieure de la cuisse qu'un intervalle de quatre à cinq travers de doigt entre elle et le ligament de Fallope. Une incision de 9 centimètres fut pratiquée à la partie moyenne de cet espace, son extrémité supérieure était à 3 centimètres à peu près de l'arcade crurale; l'inférieure arrivait au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur. La peau, une couche assez épaisse de tissu cellulaire œdématié furent divisées, l'aponévrose mise à nu fut incisée sur une sonde cannelée, des fibres musculaires parurent à l'extérieur, mais elles n'avaient ni la forme ni la direction de celles du couturier. M. Fleury, ayant un peu prolongé l'angle inférieur de l'incision dans le but de se reconnaître au milieu de ces tissus, dont les rapports étaient modifiés par la tuméfaction du membre, à l'instant même la poche sanguine se rompit et des caillots de sang volumineux furent expulsés; puis à ceux-ci succéda du sang artériel, en telle quantité qu'à chaque instant une syncope dont les conséquences les plus graves pouvaient être la suite semblait imminente.

L'artère crurale fut immédiatement comprimée sur le corps du pubis et la tumeur largement ouverte. La main introduite dans son intérieur fit alors apprécier toute son étendue, en partie comblée par des caillots sanguins. La source de l'hémorrhagie ne pouvant être reconnue, M. Fleury craignit que des recherches plus longues ne fussent fatales au blessé et se décida à amputer la cuisse. L'opération ne présenta rien de particulier; les lèvres de la plaie furent réunies par des points de suture.

La faiblesse du malade était telle que pendant longtemps, de peur d'une syncope, il dut être maintenu dans une position complétement horizontale; enfin, peu à peu les forces revinrent, et il put prendre un peu de bouillon.

L'examen du membre malade fit voir que l'artère crurale avait été largement ouverte et porcée de part en part dans le sens de sa longueur.

La journée qui suivit l'opération offrit cela de particulier que les douleurs avaient un peu diminué. Le lendemain, l'aspect du moignon était satisfaisant, l'appareil imbibé d'une sérosité sanguinolente assez abondante. Le quatrième jour deux frissons violents se manifestèrent, et furent suivis d'un mouvement fébrile qui plongea le malade dans un abattement extrême. Ces symptômes allèrent en s'aggravant les deux jours qui suivirent, et le malade succomba le 29 octobre, sept jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva des abcès dans le foie et les poumons.

A la suite de cette observation, M. Fleury ajoute que l'année dernière il a encore observé l'infection purulente chez un blessé qui paraissait dans des conditions bien moins mauvaises. Il s'agissait d'un homme qui s'était ouvert l'artère crurale avec un couteau; on avait eu d'abord recours à des tamponnements répétés et à des cautérisations avec le fer rouge, sans pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie.

Lorsque notre collègue vit le malade pour la première fois, il y avait deux mois que l'accident avait eu lieu. La ligature fut faite par le procédé de Scarpa; l'opération sembla d'abord avoir un plein succès; puis, au bout de dix jours, le blessé, qui était un homme fort, âgé de quarante-cinq ans, succomba également à l'infection purulente.

Curabilité du cancer. — **M. FORGET** communique à la Société une note qui lui a été adressée par M. le docteur Ferrand (de Mer), relative à la curabilité du cancer. Voici un extrait de cette note :

..... « Je crois à la guérison du cancer, dit M. Ferrand, même du cancer de la bouche; je suis convaincu que si l'opération était toujours faite dans des conditions favorables, les succès seraient beaucoup plus nombreux.

» Autant j'approuve les opérations hâtives faites avant l'engorgement des ganglions du voisinage, autant je repousse avec énergie ces opérations hasardées qui compromettent l'art sans profit pour l'humanité. C'est dire que j'opère le cancer isolé, circonscrit, et que je ne touche jamais au cancer mal limité dont les racines ont déjà envahi les tissus voisins.

» Le 3 juin 1857, je fus appelé à Muides pour visiter la femme Parreau Boucher, âgée de quarante-huit ans. Cette femme porte sur le bord droit de la langue, à la partie moyenne, un petit champignon dur, saignant au toucher, qui a commencé à paraître il y a six mois environ. C'était, au début, dit la malade, une petite verrue qui a toujours augmenté; aujourd'hui cette tumeur est grosse comme une aveline, elle occasionne de la gêne et quelques douleurs lancinantes. Je l'enlève avec le bistouri, et je cautérise fortement avec le nitrate acide de mercure. Après l'ablation, j'incise la tumeur; son tissu est d'un blanc rosé, dur, lardacé, criant sous le scalpel.

» Un mois après, je revois la malade, qui me dit que son mal est revenu; je constate, en effet, qu'il a même pris du développement. Après m'être assuré que les ganglions sous-maxillaires sont sains, j'enlève avec les ciseaux à bec-de-lièvre non-seulement le champignon saillant, mais encore le noyau dur qui lui sert de base et qui pénètre dans le tissu de la langue.

» Une forte cautérisation avec le nitrate acide de mercure arrête l'hémorrhagie; je renouvelle cette cautérisation tous les deux jours pendant une semaine.

» La cicatrisation s'est opérée, et aujourd'hui le malade paraît guérie.

» Cette observation est de date trop récente pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y aura pas récidive; mais je ne perdrai pas cette femme de vue, et je ferai connaître plus tard à la Société le résultat définitif de cette opération.

» Le fait suivant, quoique touchant moins directement à la question, me semble aussi offrir quelque intérêt.

» Le 8 novembre 1851, j'ai été consulté par le nommé Legendre, atteint d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure. Le mal intéresse la lèvre toute entière; il dure depuis quelques années. Legendre a été soigné par une foule de guérisseurs de campagne; il a été opéré en 1850 par un médecin, qui n'a fait qu'ébarber le mal avec des ciseaux.

» Cet homme était dans la force de l'âge (quarante ans environ); il avait un beau teint, et jouissait d'une santé parfaite. Les ganglions sous-maxillaires étant sains, je me décidai à l'opérer.

» J'enlevai tout le mal avec le bistouri, en faisant une incision en V renversé partant des commissures labiales et se terminant au bas du menton, je réunis au moyen de la suture entortillée.

» Legendre guérit sans difformité; il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. L'opération date de six ans; il n'y a pas apparence de récidive. »

Tumeurs veineuses traumatiques de la voûte du crâne. — **M. VERNEUIL** communique deux faits envoyés à la Société par M. Azam, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Bordeaux, et relatif à une affection fort singulière dont M. Verneuil a eu déjà l'occasion de présenter un exemple à la Société. Il s'agit de ces tumeurs sanguines veineuses et réductibles qui se forment à la voûte du crâne par suite de chutes ou de contusions, et qui paraissent communiquer avec les sinus veineux de la dure-mère.

M. Verneuil fait précéder la lecture des deux observations de M. Azam d'un résumé de l'état actuel de la question, et de l'énumération des observations déjà connues.

Nous publions ici les deux observations de M. Azam. (Voir plus haut.)

M. LARREY a retrouvé dans ses notes un fait analogue à ceux-là. Il l'a communiqué à un élève, M. Dupont, qui a choisi ce sujet pour sa dissertation inaugurale.

M. HUGUIER, examinant les deux faits de M. Azam, trouve que le premier est assez concluant; mais le second lui paraît loin d'être démonstratif. Comment le choc d'un manche de râteau aurait-il pu produire une perforation du frontal, de manière à permettre au sang du sinus longitudinal supérieur de venir former sous les téguments du front une tumeur réductible? Ne paraît-il pas plus probable que la tumeur est due à la contusion et à la déchirure des veines de la région frontale? On voit dans l'observation qu'après avoir ponctionné la tumeur, on a vainement cherché avec l'extrémité du trocart l'existence d'une perforation ou d'une altération de l'os frontal. Ce renseignement ne s'accorde point du tout avec le diagnostic.

M. VERNEUIL maintient le diagnostic de M. Aran. Il se base d'abord sur ce qu'il existe déjà six observations très-semblables, dont une accompagnée d'autopsie (cas de M. L. Dufour). Qu'on n'ait pu sur le vivant constater la perforation de l'os, cela ne doit pas surprendre, puisque dans le cas de M. Dufour cette constatation a présenté beaucoup de difficulté au moment de l'autopsie. Les pertuis étaient très-étroits; il a fallu disséquer avec soin et laver à grande eau pour en démontrer l'existence. Quant à l'idée d'une tumeur érectile veineuse ordinaire, émise tout à l'heure par M. Huguier, M. Verneuil la rejette tout à fait, parce que les tumeurs érectiles *veineuses* sont congéniales et non point traumatiques, et parce qu'ici la ponction a retiré instantanément une quantité de sang considérable provenant évidemment d'une cavité spacieuse où le sang était collecté.

M. HUGUIER dit qu'il n'a pas voulu parler des tumeurs érectiles veineuses, auxquelles s'adresseraient effectivement les objections de M. Verneuil, mais d'une variété particulière de tumeurs sanguines constituées par une simple poche veineuse et formées par suite d'une action traumatique sur le trajet d'une veine, comme un anévrisme se forme sur le trajet d'une artère. M. Huguier a vu deux cas de ce genre, l'un à la joue, sur le trajet de la veine faciale; l'autre à l'épaule, sur le trajet de la veine céphalique, dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral. Il a présenté ce dernier fait à la Société de chirurgie.

M. CHASSAIGNAC rappelle que les diverticules veineux des sinus de la dure-mère faisant tumeur sous les téguments à travers une perforation des os du crâne, sont déjà connus depuis longtemps. M. Bérard aîné, lorsqu'il faisait des cours à l'Ecole pratique, il y a plus de vingt-cinq ans, parlait d'une jeune fille chez laquelle une semblable communication existait. Il y a d'autres faits semblables, et M. Chassaignac en a parlé en 1848 dans sa thèse de concours sur les tumeurs de la voûte du crâne.

Sur une objection de **M. DEGUISE** relative à l'autopsie citée par **M. VERNEUIL**, celui-ci demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 décembre 1857, M. Girardin, membre correspondant de l'Institut, directeur de l'École préparatoire des sciences et des lettres de Rouen, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Lille.

Par le même arrêté, M. Girardin est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Pasteur, appelé à d'autres fonctions.

— L'administration supérieure des bains d'Aix, en Savoie, vient de décider que le nom de *Despine* serait donné à l'une des nouvelles divisions de l'établissement thermal de cette ville, en souvenir de ce que M. Despine père, inspecteur honoraire, et M. Marc Despine ont fait pour porter cet établissement au degré de prospérité qu'il a atteint aujourd'hui.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JANVIER 1858.

Séance de l'Académie des Sicences.

L'Académie, dans sa première séance de janvier, a procédé à la nomination d'un vice-président pour l'année 1858, en remplacement de M. Despretz, qui passe de droit président. Le vice-président devait être choisi cette année parmi les membres des sections des sciences naturelles; les suffrages se sont portés sur M. de Sénarmont, de la section de minéralogie.

Conformément aux usages de l'Académie, le président sortant, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, a fait connaître avant de quitter le fauteuil, les changements arrivés parmi les membres dans le courant de l'année 1857. Il n'en est survenu aucun pendant cette année parmi les membres titulaires des sections de médecine et chirurgie et d'anatomie et zoologie. Mais chacune de ces sections a perdu un correspondant, M. Marshall-Hall, de la section de médecine et chirurgie, et le prince Charles Bonaparte, de la section d'anatomie et zoologie. L'Académie aura donc à nommer deux correspondants, un pour chacune de ces sections, dans le cours de la présente année.

Les membres titulaires élus dans les diverses sections pendant l'année 1857, sont : dans la section de minéralogie, M. Delafosse, en remplacement de M. Élie de Beaumont, élu secrétaire perpétuel ; M. le vicomte d'Archiac, en remplacement de M. Constant Prevost, et M. Ch. Sainte-Claire Deville, en remplacement de M. Dufrénoy ; dans la section de chimie, M. Frémy, en remplacement de M. le baron Thénard. Il y a une nomination à faire dans la section de mécanique, en remplacement de M. le baron Cauchy.

Nous avons la bonne fortune d'annoncer un nouvel ouvrage de M. Flourens. Le résumé qu'en a présenté lui-même le savant secrétaire perpétuel, et qui est reproduit dans le compte rendu de la séance, en fait connaître l'objet et l'esprit général. Nous espérons pouvoir être bientôt à même de faire apprécier à nos lecteurs les mérites de cette nouvelle œuvre.

Sauf une lettre de M. Sédillot, en réponse à une réclamation de priorité de M. Boinet, relative à l'opération de la thoracentèse, nous n'avons à signaler aucune communication qui intéresse les sciences médicales. — Dr Brochin.

Nous n'avions pu jusqu'à ce jour parler des obsèques de notre honorable confrère M. Baudens. Nous nous empressons de le faire aujourd'hui. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Daricau, intendant général, directeur de l'administration au ministère de la guerre; le général de division Daumas, sénateur, directeur des affaires de l'Algérie; Bégin, inspecteur président du conseil de santé, et Maillot, inspecteur membre du même conseil. Dans le cortége, on remarquait les maréchaux Canrobert, Magnan; le général du génie Berthois, le général Rulhière, ancien ministre, le général Delarue, président du comité d'état-major ; le général Lawœstine, le général Bourbaki, le comte de Montébello, le docteur H. Larrey, le docteur Rayer et d'autres célébrités militaires et scientifiques qui honoraient par leur présence la mémoire du défunt.

Le cercueil étant descendu dans le caveau, M. Maillot a retracé en ces termes la vie si utilement remplie du docteur Baudens :

Messieurs,

Je viens, au nom du conseil de santé des armées, vous retracer en quelques mots la vie active et dévouée de l'homme de bien que nous déposons dans cette tombe, de Lucien Baudens, né à Aire, le 3 avril 1804.

Des succès dans ses études universitaires avaient fait présager de bonne heure ceux plus sérieux et plus importants que, en 1825, la Faculté et l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg récompensaient par une double couronne chez le collégien devenu étudiant en médecine, et déjà chirurgien sous-aide. L'année suivante, un brillant concours lui méritait un premier prix à l'Ecole du Val-de-Grâce, où il avait pour maîtres deux hommes célèbres à des titres divers, Broussais et Gama.

C'est à dater de cette époque que se dessine la tendance toute chirurgicale de Baudens. Il a senti sa vocation se révéler à son esprit : il a entrevu sans doute la part de gloire qu'elle lui promettait, le bien qu'il pourrait y faire, le nom qu'il saurait s'y créer. Cette vie du chirurgien militaire, plus accidentée que celle du médecin, qui le fait compagnon plus intime du soldat, qui le mène tantôt au feu, tantôt au bivouac, qui un jour lui donne l'abondance, le lendemain la misère ; cette vie, dis-je, allait mieux à la trempe de son caractère, et il ne s'était pas trompé dans son choix, car personne plus que lui n'a réuni les qualités qui font le vrai chirurgien d'armée. Courage, activité, énergie, conception vive, exécution rapide, ressources extrêmes dans l'esprit pour vaincre les difficultés imprévues du champ de bataille, rien ne lui manquait. Sa belle physionomie inspirait la confiance aux malheureux blessés, sa parole affectueuse les consolait. Inaccessible à la crainte, il pratiquait ses opérations sous le feu de l'ennemi, lorsque les circonstances l'exigeaient, avec la même tranquillité d'âme que dans un hôpital.

Tel était déjà le chirurgien qui, en 1830, se révéla tout à coup à l'armée d'Afrique, où il resta pendant huit années consécutives, prenant part à toutes les expéditions. Les traditions des guerres de l'Empire n'existaient plus; notre génération n'avait pas assisté aux grandes luttes de cette mémorable époque; nous ne savions que par nos lectures ce qu'avaient fait nos devanciers. Le génie pratique de Baudens surmonta vite les obstacles qui provenaient de notre inexpérience, et son nom devint bientôt dans la jeune armée ce que fut celui de Percy, ce que fut celui de Larrey dans les armées impériales. Huit citations à l'ordre du jour entourent ce nom d'une auréole de gloire impérissable : Médéah, Mascara, Tlemcen, Teneah, Constantine, Milianah, Tægedempt, sont inscrits à jamais dans les fastes de la chirurgie militaire.

Au milieu de courses incessantes et de fatigues qui sembleraient devoir absorber toutes les forces de l'esprit et du corps, Baudens trouve le moyen de recueillir des matériaux précieux : il les coordonne, les vivifie, et en 1836 il publie sa *Clinique des plaies par armes à feu*.

Des brochures nombreuses, des articles multipliés dans les journaux scientifiques révèlent sans cesse et l'activité et l'esprit ingénieux de l'homme qui grandit à mesure que s'étend le vaste champ offert à son observation et à son expérience.

Tous ces titres avaient appelé l'attention du ministre sur Baudens, dont les éclatants services lui avaient déjà mérité la croix d'officier de la Légion d'honneur. Lors de la création de l'hôpital d'instruction d'Alger, il y fut nommé professeur; plus tard il aimait à rappeler qu'il avait eu la bonne fortune de rouvrir le premier en Afrique les cours de l'École arabe et de renouer la chaîne qui allait rattacher nos temps à ceux des Rhazès, des Albucaris et des Avicenne. Mais ce stage du professorat fut court, et en décembre 1837, Baudens fut envoyé à Lille en qualité de chirurgien en chef, 1er professeur; en 1842, il fut appelé à remplir les mêmes fonctions au Val-de-Grâce jusqu'en 1851 ; à cette époque il devint inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Pendant cette seconde période de sa vie professionnelle, Baudens resta ce que nous l'avons vu : toujours serviteur dévoué, toujours plein d'ardeur pour le travail. Sa plume ne se reposa pas, son esprit chercha toujours, et il rencontra souvent. Ses nombreux élèves le pressaient, l'entouraient, admiraient son talent d'opérateur, son diagnostic de praticien, se pénétraient de ses idées, les développaient dans les journaux ou dans leurs thèses pour le doctorat, et allaient les appliquer à leur tour dans ces plaines de l'Algérie où ils trouvaient à chaque instant les empreintes du passage de leur maître.

Je ne puis et ne veux discuter ici l'importance et le mérite des travaux que l'on doit à l'habile chirurgien dont nous déplorons la perte prématurée. Je me contenterai de dire que l'histoire, qui a déjà commencé pour lui, le placera parmi les hommes qui ont imprimé à leur art un progrès réel. L'Académie des sciences n'a-t-elle pas à l'avance sanctionné ce jugement en couronnant un de ses meilleurs travaux sur les amputations?

On aurait pu croire que, arrivé au grade de médecin inspecteur, commandeur de la Légion d'honneur et membre de plusieurs ordres étrangers, Baudens se donnerait au repos qu'il n'avait jamais connu, et qu'il se contenterait de prendre part aux délibérations du conseil. Il n'en fut rien. Il continua à publier des mémoires qui propageaient les doctrines qu'il avait professées dans les écoles et qui lui valurent l'honneur de figurer avec distinction parmi les candidats à l'Institut impérial de France.

Ses inspections annuelles le conduisirent plusieurs fois en Algérie, où chacun de ses voyages fut pour lui une espèce d'ovation, tant son souvenir y était resté vivace, tant ses anciens camarades aimaient à le revoir, tant ses élèves le recevaient avec joie. Mais chaque voyage aussi réveillait chez lui une funeste disposition aux maladies de ce pays qui avait été le berceau de sa gloire.

Sa forte constitution résistait néanmoins à ces chocs successifs et semblait ne plus en conserver de traces, lorsque, le 25 juillet 1855 il fut désigné pour inspecter le service de santé de la Corse, de l'Italie et de l'armée d'Orient. Il partit plein d'ardeur, plein de zèle, heureux de retrouver ses anciennes péripéties de la guerre, de vivre de la vie qui avait été si longtemps la sienne. Mais la scène va changer pour lui. Il aura moins de chirurgie à pratiquer que de mesures hygiéniques à conseiller et à prescrire, que de maladies à combattre, que d'hôpitaux à faire établir. Son esprit ne s'étonne de rien; son activité suffit à tout. Ce qu'il a fait, il l'a raconté avec simplicité dans des pages que vous connaissez tous, car tout le monde a voulu les lire et y chercher le

---

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE (1).

Douze jours nous suffirent pour nous rendre de la côte de Chine en vue des terres de Corée, sans que cette courte traversée, qui pour nous devait se terminer d'une manière si fatale, présentât aucun incident digne d'être rapporté. Nous rencontrâmes sur notre route l'île de Quelpaërt, terre mystérieuse et d'un abord menaçant, habitée, dit-on, par quelques pirates à moitié sauvages, qui attendent, pour les dépouiller sans pitié, les équipages conduits par les hasards de la navigation sur ces plages inhospitalières.

Le 10 août 1847 au matin, nous nous trouvions au milieu des îles nombreuses que l'on rencontre à l'entrée de la mer de Corée ; ce jour-là, le ciel était sombre, et l'horizon fortement engagé ; d'épais nuages bien noirs, poussés par un vent violent, et la mer qui commençait à grossir, nous faisaient craindre un de ces terribles typhons si fréquents dans les mers de la Chine, précisément à l'époque où nous nous trouvions. Notre commandant avait donc tout intérêt à rallier promptement la terre, afin d'atteindre la baie de Bazile, qui nous promettait un abri assuré contre la tempête. Par son ordre, la *Gloire* et la *Victorieuse* firent force de toile, mais le vent devint tellement violent, que nos basses voiles furent emportées, et la *Victorieuse*, qui naviguait à une petite distance de nous, faillit engager sous la violence des rafales. Cette première avarie faite à notre voilure fut promptement réparée, et nous continuâmes à louvoyer au milieu de cet archipel, rencontrant à chaque instant devant nous une île nouvelle et toujours inconnue. Les sondages opérés avec le plus grand soin par la corvette *la Victorieuse*, qui éclairait notre route, nous annonçaient que le fond diminuait rapidement ; ainsi, l'état du ciel, celui de la mer, la vue des terres que nous avions devant nous, l'aspect de cet archipel, dans lequel nous nous engagions de plus en plus, et dont l'hydrographie, faite en 1813 par les corvettes anglaises la *Lyra* et l'*Alceste*, n'offrait qu'une faible garantie, tout contribuait à rendre notre position très-grave ; le silence le plus profond s'établit bientôt à bord, et permit à la voix du commandant de se faire entendre, et aux ordres de s'exécuter avec précision et promptitude.

Pendant deux heures, nous continuâmes à lutter contre les éléments, espérant toujours découvrir le port que nous cherchions, mais rien ne se présentait à nous qu'une terre toujours menaçante sans une voile à l'horizon, sans un signal, sans un point de reconnaissance. Un instant, notre commandant, justement inquiet de l'incertitude de sa position, eut la pensée de reprendre le large, et d'aller en pleine mer attendre la fin du coup de vent. Si cette première idée avait reçu son exécution, nous évitions un terrible malheur, car la tempête ne souffla dans toute sa violence que pendant vingt-quatre heures au plus, et nous pouvions avec un vent moins agressif, venir chercher le mouillage de la baie de Bazile ; mais non, la fatalité avait décidé notre perte, et le signal de continuer à chasser en avant fut fait à la corvette *la Victorieuse* ; à peine cet ordre fut-il donné et compris de notre compagne, qu'une affreuse secousse, ressentie avec douleur par tous ceux qui se trouvaient à bord de la *Gloire*, accompagnée d'un bruit sourd, vint nous indiquer que nous étions échoués.

Brusquement arrêtée dans sa marche, notre frégate fit entendre partout un craquement épouvantable ; la mâture fouetta avec force, tout trembla convulsivement à bord de ce magnifique navire que l'on voyait quelques jours avant courir si facilement sur une mer moins agitée, et contre lequel maintenant les flots réunissaient toute leur fureur. Sous l'influence d'un dernier effort du vent et de la mer, la *Gloire* avança encore de quelques mètres, puis elle fit pour toujours son lit dans ce banc sur lequel elle venait de toucher : au moment où nous signalions notre accident à la *Victorieuse*, nous la vîmes tout à coup s'arrêter dans sa marche; elle venait de rencontrer le banc sur lequel nous nous étions échoués et que nous n'avions pas eu le temps de lui indiquer; nous fîmes immédiatement tout ce que les forces humaines peuvent imaginer, pour tâcher de sauver au moins l'un des deux bâtiments, mais tout fut inutile ; nos deux navires ne devaient plus se relever.

Il est dans la vie du marin de ces moments sublimes qui font de la carrière maritime la plus belle, la plus glorieuse qu'on puisse désirer. Sur une seule tête repose non-seulement l'honneur d'un pavillon, mais encore la vie de tout un équipage : *Maître après Dieu de son navire*, le commandant d'un vaisseau, d'une division, d'une escadre, peut seu

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 octobre, 10 et 26 novembre, 1er, 10 et 24 décembre 1857.

noms de ces médecins modestes et courageux qui ont bien mérité de l'armée au milieu des douloureuses épreuves qu'elle a dû traverser. Ce qu'il a fait, M. Scrive, le médecin en chef de l'armée d'Orient, nous l'apprend en termes trop dignes pour que je ne vous les répète pas : « Heureusement que vous êtes là, lui écrivait-il, et qu'avec l'entrain, » la fermeté et l'amour du bien quand même que je vous connais, vous » surmonterez les terribles difficultés que donne à notre état de guerre » un mal contagieux, et vous en triompherez. »

La tâche était grande, mais non au-dessus des forces morales de Baudens; les difficultés furent vaincues. Tant de préoccupations, tant de fatigues, tant de fléaux affrontés (la pourriture d'hôpital, le typhus, le choléra), avaient fini par ébranler sa santé. Il resta sourd à la voix de ses amis; il ne voulut prendre aucuns soins. Ce fut en vain que, à plusieurs reprises, il ressentit des douleurs abdominales; ce fut en vain que des troubles dans les fonctions digestives vinrent lui donner des avertissements salutaires. Il soutint la lutte jusqu'au bout, et il ne quitta l'armée d'Orient que lorsqu'il n'y eut plus de malades.

Rentré en France, tout le monde consacra plusieurs mois au repos. Baudens aurait dû faire de même; mais le désir de retourner en Afrique s'empara de lui, et il eut le fatal courage d'entreprendre une fois encore ce voyage qu'il avait déjà fait si souvent, mais à un âge où l'on ne connaît ni dangers ni fatigues. Il revint souffrant au mois de février dernier, et, depuis, sa santé ne fut jamais parfaite. Doué d'une énergie peu commune, il cacha son mal à tous, et lorsqu'il en parla, il y a quelques jours à peine, la science ne pouvait plus rien pour lui. Rien, en effet, n'a pu arrêter la marche foudroyante de sa maladie; ni le dévouement de ses médecins, ni les soins les plus tendres de sa famille, ni ceux de ses amis.

Sa mort fut, comme sa vie, digne, ferme, calme, chrétienne. Il mourut en sage, dans toute la plénitude de ses facultés intellectuelles, ne regrettant rien de la vie, rien que la femme digne de lui qu'il avait associée à son existence, rien que ses trois jeunes fils, qu'il élevait, comme il avait vécu, dans les sentiments de l'honneur et du devoir.

Après M. Maillot, M. Scrive a pris la parole en qualité d'ancien médecin en chef de l'armée d'Orient, pour retracer les services rendus par M. Baudens pendant l'épidémie typhique qui a signalé la dernière période de la campagne de Crimée.

Sa Majesté l'Empereur a daigné faire écrire à M[me] Baudens pour lui témoigner la part qu'il a pris au malheur qui l'a frappée.

Voici le texte de cette lettre :

Madame,

L'Empereur me donne l'ordre de vous exprimer tous les regrets que lui cause la mort du docteur Baudens. C'est une perte pour l'armée et pour la science que Sa Majesté ressent vivement, une perte bien plus grande encore pour vous et vos enfants. Aussi l'Empereur veut-il que je vous dise la part qu'il prend à votre douleur.

Veuillez agréer, etc. *Le général* comte DE MONTEBELLO,
Aide de camp de l'Empereur.

Ce témoignage du chef de l'État est un titre précieux qui prouve combien l'Empereur apprécie les services rendus au pays par l'homme de bien que nous regrettons.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUVIER.

Leçons sur les difformités du rachis.

III. Symptomatologie de la scoliose.

A. *Formes extérieures de la scoliose.* — La courbure latérale de l'épine se présente pendant la vie sous trois états ou à trois degrés différents, qui constituent, lorsque la déviation ne s'arrête pas dans sa marche, autant de périodes successives, savoir :

1° A l'état latent, *période latente ;*

2° A l'état de déviation visible, *période de déviation confirmée ;*

3° A l'état de déviation assez avancée pour produire une véritable gibbosité, *période de gibbosité.*

a. *Première période, état latent.* — Cette période se confond par des nuances insensibles avec la courbure latérale normale ; les apophyses épineuses sont sur une ligne droite, ou bien leur déviation est si peu sensible qu'on resterait dans le doute sur l'existence de la courbure si elle n'avait pas d'autres signes.

Comme je l'ai dit pour la courbure aortique, c'est la différence de saillie des deux côtés du dos, des deux côtés des lombes, qui seule permet de reconnaître la déviation.

Les épaules proéminent inégalement, et c'est la première chose qui attire l'attention des mères; l'épaule droite semble plus volumineuse, la gauche est comme affaissée. L'angle inférieur de l'omoplate est particulièrement soulevé et saillant du côté droit ; quelquefois pourtant c'est le contraire, lorsque, par exemple, la voussure costale inférieure gauche remonte jusque sous la partie inférieure de l'omoplate. D'autres fois, c'est la partie supérieure du scapulum qui est plus soulevée qu'à droite, parce que la saillie cervico-dorsale gauche descend un peu plus bas qu'à l'ordinaire.

L'épaule droite, outre qu'elle est plus saillante, est ordinairement un peu plus élevée que la gauche ; cependant cela est assez variable selon la proportion et l'importance relative des deux ou trois courbures du rachis, et aussi suivant les diverses attitudes du tronc.

La direction des omoplates diffère : la gauche est plus oblique que dans l'état naturel; son angle inférieur est relevé en dedans et se trouve souvent plus haut que l'angle inférieur de l'omoplate droite; il en est de même de l'angle interne.

Vus en avant, les moignons des deux épaules, les sillons qui les séparent de la poitrine, sont rarement parfaitement symétriques et présentent des irrégularités en rapport avec celles de la partie postérieure. La clavicule gauche est ordinairement plus saillante que la droite à son extrémité sternale.

On commence assez souvent à voir dans cette période des déformations de la région antérieure de la poitrine, notamment une saillie antéro-gauche, soit dans toute sa hauteur, soit à partir du sein gauche ou seulement au-dessous.

Le flanc droit est légèrement excavé, le gauche plus plein et plus droit. Cette disposition fait ressortir la saillie de la hanche droite et diminue celle de la hanche gauche.

Tous ces caractères de la difformité sont encore exagérés par les attitudes des sujets. Celles-ci sont de la déviation, qu'il faut distinguer des flexions qui ne sont pas accompagnées de déformation.

b. II[e] *Période.* — Les caractères extérieurs qui se sont montrés dans la première période s'exagèrent dans la deuxième; il s'y joint en outre la déviation visible des apophyses épineuses.

Cette déviation des apophyses présente les caractères de la courbure sigmoïde, en S vertical. L'effet de la torsion, qui masque les incurvations du rachis dans la première période, les atténue dans celle-ci, et ce n'est qu'en tenant compte de ce fait que l'on pourra juger avec quelque exactitude de la conformation de la colonne vertébrale par la seule direction des apophyses épineuses.

En même temps que les courbures se prononcent, les gibbosités, qui ne faisaient que poindre dans la première période, commencent à se dessiner peu à peu ; mais elles restent toujours arrondies; ce n'est qu'une voussure exagérée des côtes qui ne rend pas encore le thorax méconnaissable. Les dépressions correspondantes se creusent à proportion. De là plus d'irrégularité dans les deux côtés du tronc, plus d'inégalité dans la hauteur et la saillie des épaules, une plus grande disparate dans le *galbe* du torse à droite et à gauche. Dans la scoliose commune, ce galbe ressort à la hauteur du bras droit, qui le rencontre en se rapprochant du tronc; il est, au contraire, échancré à gauche, où le bras reste séparé du côté correspondant par un intervalle plus ou moins marqué. C'est l'inverse à la hauteur des lombes : le flanc gauche, saillant, est sur la même ligne que la hanche; le droit décrit, au contraire, une ligne concave fortement rentrée. Il y a compensation exacte dans ces inclinaisons opposées du tronc, comme dans les deux courbures qui les produisent; c'est là un des caractères qui distinguent cette période de la suivante.

Les déformations de la région thoracique antérieure sont plus constantes et plus prononcées dans cette deuxième période que dans la première. Toute la région antéro-gauche, dans la scoliose commune, est plus bombée; elle soulève le sein et le rend plus saillant. La partie inférieure de cette région est quelquefois saillante à droite, du côté de la convexité de la courbure dorsale, par l'influence de la courbure inférieure, à convexité gauche, sur la conformation des dernières côtes.

c. III[e] *période.* — Elle commence, dans la scoliose commune, au moment où la courbure dorsale, devenant prédominante, entraîne le tronc à droite et fait pencher sa partie inférieure dans ce sens. La difformité change alors d'aspect : l'inégalité des deux côtés du tronc s'accroît dans la région dorsale et diminue aux lombes; la région lombaire, en s'inclinant à droite, se porte sur la hanche correspondante, la couvre, la déborde, en même temps qu'elle s'éloigne de la hanche gauche, qu'elle laisse à découvert. Il résulte de là que le relief du flanc gauche disparaît, que la concavité du côté gauche se prolonge jusqu'au-dessus de la hanche, qui devient de plus en plus saillante ; à droite, au contraire, le flanc se relève et la hanche s'efface. Ce n'est qu'en arrière qu'il reste des traces de la saillie du côté gauche des lombes et de la dépression de leur côté droit. Toute la région inférieure du tronc, obliquement dirigée comme le rachis lui-même, n'est plus située d'aplomb sur le bassin, et l'équilibre n'est rétabli que par le retour de la région dorsale supérieure vers le côté gauche, par l'inclinaison de la région cervicale dans le même sens, et par l'abaissement du membre supérieur gauche. La tête revient un peu à droite pour limiter l'effet de cette seconde inflexion.

C'est dans cette troisième période que se montre la gibbosité proprement dite, formée aux dépens d'une grande partie du thorax, complétement défiguré.

Cette gibbosité, d'abord arrondie, puis de plus en plus anguleuse par suite de la flexion de l'angle des côtes, est tantôt globuleuse, ramassée, tantôt allongée en forme de côte de melon. L'épaule correspondante la couvre d'abord et en forme le point culminant. Cette bosse monte plus ou moins haut vers la région cervicale, qui peut s'y trouver en partie comprise. Dans d'autres cas, ce côté du cou est au contraire déprimé, et c'est le côté opposé à la gibbosité qui est saillant.

Les déformations thoraciques antérieures prennent le plus grand développement dans cette troisième période; c'est alors que se voient les dépressions profondes, circonscrites, au niveau des cartilages costaux, les saillies irrégulières de ces mêmes cartilages ou des côtes elles-mêmes, etc. C'est encore à la même époque que le sternum apparaît sous la forme d'une gibbosité médiane, comme dans la cyphose.

Je n'ai parlé que de la scoliose commune, à courbure dorsale principale procédant d'une courbure sigmoïde. Une courbure dorsale, primitivement simple, à laquelle s'ajouteraient plus tard des courbures secondaires, suivrait la même marche. Dans les autres formes de déviation, telles que la courbure lombaire ou lombo-dorsale principale, les scolioses à courbures dorsale et lombaire égales, la courbure cervico-dorsale principale, la troisième période ne se distingue de la deuxième que par le degré de la difformité, et surtout par les proportions et la forme des gibbosités.

Influence de la scoliose sur les fonctions.

La plupart des manifestations de la vie se ressentent de la conformation qu'entraîne la scoliose; de là de nouveaux traits à ajouter au tableau de cette affection, ceux qui dérivent des altérations fonctionnelles.

La première et la deuxième période n'apportent toutefois que peu de changements dans l'état des fonctions; ce n'est qu'au degré qui constitue la gibbosité proprement dite que ces modifications sont bien marquées.

Cependant quelques troubles fonctionnels ont souvent été rattachés à des déviations encore peu avancées. Levacher de la Feutrie dans le siècle dernier, Delpech dans celui-ci, ont dit avoir trouvé maintes fois dans des courbures de l'épine dont on ne s'était pas aperçu la cause d'accidents divers que rien n'avait pu calmer, tels que : douleur habituelle à l'épigastre ou dans un

---

comprendre toute la portée de sa mission; aussi c'est avec raison que ses volontés sont interprétées comme des ordres, et que ses ordres sont exécutés avec une ponctualité, une précision, une rapidité que l'on ne trouve nulle part ailleurs. Mais pour cet homme sur lequel tout doit retomber, que son équipage entoure de respect, auquel on obéit comme à Dieu, que de rudes moments à passer ! que de nuits sans sommeil, que d'inquiétudes, tant est grande la responsabilité du commandement! Combien de fois, dans une campagne de guerre, ne voit-on pas les éléments conspirer contre ce navire que nous suivons quittant le port, si beau, si majestueux, en apparence si insouciant au départ? La lutte est parfois trop rude pour les forces humaines, et, pour avoir été vaincu, on ne reste pas moins un noble combattant. A bord de la *Gloire* et de la *Victorieuse*, on lutta aussi avec courage; mais nous l'avons montré en commençant, tous les éléments étaient réunis contre nous, et nous avons été vaincus, parce que la puissance humaine a des limites.

Peu d'heures après notre échouage, d'énormes épaves vinrent flotter autour de nous et nous indiquèrent que notre frégate avait éprouvé de sérieuses avaries dans sa carène; la mer avait envahi la cale, et les pompes ramenaient du sable mêlé à l'eau.

Le conseil de guerre fut convoqué, et l'on reconnut à l'unanimité que le salut de la *Gloire* était désormais impossible. Il ne restait donc plus qu'à s'occuper du sauvetage de l'équipage et du matériel qu'on pourrait enlever aux flots. La mer avait rapidement baissé autour de nous par l'effet du flux et du reflux qui se font sentir avec force dans cet archipel, et quelques heures après notre naufrage nous n'avions plus que quatre pieds d'eau sous la quille. On profita de ce moment de calme dans lequel la marée basse nous laissait, pour visiter les bâtiments à l'extérieur ; il fut facile alors de reconnaître toute la gravité des avaries éprouvées par nos deux navires. Au flot, la *Gloire* éprouva de nouvelles secousses, dernières convulsions qui achevèrent de la démolir. A onze heures de la nuit, au moment de la pleine mer, l'eau était déjà à la hauteur de l'entre-pont, et menaçait de gagner nos chambres. Nous ne dormions pas; tous ceux qui n'étaient pas retenus sur le pont par le service étaient absorbés par les pensées de l'avenir. Vers deux heures du matin, on vint nous prévenir que le débarquement était décidé, et qu'au jour on commencerait à évacuer le navire pour aller chercher un refuge à terre. Les mesures les plus intelligentes furent prises immédiatement pour que tout se passât avec ordre; ce que l'on put sauver de biscuit fut immédiatement porté dans la batterie et déposé dans la chambre même du commandant: la question des vivres était la plus grave pour le moment, car nous ignorions les ressources que nous offrirait la terre que nous allions aborder.

Dès que le jour parut, un officier reçut l'ordre d'aller avec la compagnie de débarquement, choisir, parmi les îles de l'Archipel dans lequel nous nous étions si fatalement engagés, celle qui nous offrirait l'asile le plus avantageux ; nous devions, autant que possible, donner la préférence à une île inhabitée, à la condition cependant d'y trouver de l'eau douce et potable.

Faisant partie de la compagnie de débarquement, je quittai de grand matin la frégate, avec les malades et les mousses auxquels on songe tout d'abord dans ces tristes moments. En abandonnant pour toujours ce beau navire, qui était pour chacun de nous toute une patrie, je ne pus me défendre d'un sentiment de douleur que pourront seuls comprendre ceux qui se sont trouvés dans une pareille position ; et puis, savions-nous quel serait le dernier acte de ce drame maritime que nous venions de commencer sous d'aussi sombres auspices? D'après les indications de notre commandant, nous nous dirigeâmes vers une île d'assez belle apparence, placée à peu de distance du lieu où nous venions de faire naufrage; nous apprîmes depuis par les Coréens qu'elle s'appelait l'île de Ko-Koun-to.

Nous fûmes assez heureux pour rencontrer non loin du rivage une source d'eau douce assez abondante pour suffire aux besoins de nos deux équipages; cette première terre que nous venions d'accoster paraissait réunir toutes les conditions demandées par notre commandant; elle fut donc choisie pour recevoir les naufragés de *la Gloire* et de *la Victorieuse*. Nous vîmes bientôt arriver sur la même plage les malades et la compagnie de débarquement de notre compagne d'infortune, et l'île de Ko-Koun étant désormais destinée à nous servir de lieu de refuge, nous nous hâtâmes de chercher l'emplacement le plus commode pour établir notre camp et dresser quelques tentes. Pendant que nous nous occupions de tout disposer pour assurer notre position contre les agressions possibles des habitants des îles voisines, le reste de l'équipage laissé à bord continuait à dégager ce que l'on pouvait disputer à la mer.

Le coup de vent qui nous avait placés dans cette triste position, après

côté de la poitrine, accès d'asthme, toux, perte d'appétit, trouble des digestions, diarrhée, amaigrissement, lésions diverses de l'innervation, etc. Sans doute on fera bien de suivre la recommandation de ces auteurs, d'examiner la colonne vertébrale quand des symptômes insolites persistent sans cause connue; mais il m'a paru bien rarement démontré que les accidents de ce genre fussent réellement dus à la scoliose.

La respiration, la circulation sont les fonctions les plus compromises par les progrès de la scoliose.

Non-seulement la capacité des voies aériennes n'est point en rapport avec le volume total du corps, comme le montre l'anatomie pathologique, mais encore l'acte mécanique de la respiration est rendu imparfait par les changements survenus dans la direction, la forme, la mobilité des côtes, par la difficulté de l'abaissement du diaphragme, que les viscères abdominaux pressent de bas en haut avec plus de force que dans l'état naturel. L'inspiration est donc doublement insuffisante; elle n'introduit pas assez d'air pour les besoins de l'organisme. Les sujets y suppléent par une plus grande fréquence des inspirations qui rétablit à peu près l'équilibre fonctionnel dans l'état de repos. Mais au moindre mouvement actif, dans tout effort musculaire un peu prolongé, dans une marche rapide, dans la course, dans les efforts expiratoires ou vocaux, tels que le cri, le chant, etc., l'accélération de la respiration devient pénible; elle atteint des limites qu'elle ne peut franchir; l'anhélation est extrême, l'hématose incomplète. Ce n'est que par exception que l'on voit le contraire, comme chez un prêtre sexagénaire dont parle M. A. Séverin, et qu'une double bosse n'empêchait pas de chanter à merveille, comme chez un soldat bossu, cité par Ludwig, qui l'emportait souvent à la course sur ses compagnons d'armes, et dans cet autre exemple, dû au même auteur, d'un bossu qui donnait du cor avec une rare perfection.

Le caractère particulier des phénomènes respiratoires domine toute la physiologie des individus gibbeux. Il influe directement sur le cœur, dont les cavités droites se débarrassent avec peine du sang veineux qui y afflue; il influe médiatement sur le cours du sang dans les veines et les systèmes capillaires, que ce liquide distend plus aisément. De là une prédisposition aux hémorrhagies, aux hydropisies, à certaines congestions locales. C'est plutôt à cette cause de gêne dans la circulation pulmonaire qu'à la plus grande proximité du cœur et du cerveau, dont parle Morgagni, qu'on doit attribuer la facilité des congestions cérébrales, des apoplexies dans les fortes gibbosités.

Je ne redirai pas, avec un auteur moderne, qu'un des effets du manque d'oxygénation du sang est la prédominance de l'hydrogène et, par conséquent, de la graisse, qui envahirait les tissus et jusqu'aux os eux-mêmes. Je n'ai trouvé les os plus gras, dans la scoliose, que lorsque c'était un effet de l'atrophie osseuse causée par les progrès de l'âge.

L'amaigrissement général est, au contraire, un résultat ordinaire de la gibbosité, et il s'explique facilement par le mauvais état des fonctions nutritives.

Après la respiration, c'est l'action du cœur qui offre les plus grandes perturbations : tantôt ce ne sont que des troubles fonctionnels, tels que palpitations fréquentes, irrégularité dans le rhythme des contractions, disposition à la syncope; tantôt ce sont de véritables modifications de nutrition, des lésions organiques. Les maladies du cœur sont une des causes de mort les plus fréquentes dans la scoliose.

L'état habituel de la respiration et de la circulation, chez les sujets gibbeux, donne une physionomie spéciale à leurs affections thoraciques. La dyspnée, les phénomènes d'asphyxie sont provoqués, chez eux, par des maladies peu graves en elles-mêmes et, tout en ajoutant aux dangers qu'ils courent, sont souvent hors de proportion avec la bénignité réelle du mal. La compression des poumons et la gêne de leurs fonctions exposent particulièrement ces organes aux maladies congestives et inflammatoires, à l'asthme, à l'hémoptysie. Je n'ai pas vu toutefois que les bossus fussent plus sujets aux tubercules pulmonaires.

La percussion, l'auscultation donnent, dans la scoliose, des résultats qui tromperaient le praticien s'il n'en était prévenu d'avance. On trouve, à la percussion, une matité très-prononcée en arrière, dans une largeur variable, le long de la colonne vertébrale, du côté de la convexité de la courbure dorsale, c'est-à-dire au niveau de la gibbosité. En dehors, c'est le poumon privé d'air qui se trouve sous le doigt; en dedans, ce sont les corps vertébraux, que la torsion a portés dans ce point, et la matité y est plus absolue.

La percussion et l'auscultation du cœur le montrent moins couvert par le poumon gauche et plus rapproché des côtes. Il y a souvent une impulsion plus marquée, qui se fait sentir dans tout le demi-thorax gauche. Le cœur semble quelquefois, sous la main, aussi près de la paroi postérieure de la poitrine que de l'antérieure, parce que ces parois se sont singulièrement rapprochées. Delpech en cite un cas fort remarquable, qu'il a seulement eu le tort, je l'ai déjà dit, de rapporter à la lordose : c'était une scoliose dorsale gauche et lombaire droite, avec enfoncement du sternum et des cartilages des dernières vraies côtes gauches. Le malade a été délivré par un traitement orthopédique des accidents qu'il éprouvait du côté du cœur et des poumons. J'ai observé un cas semblable ; mais la jeune fille a succombé.

Divers auteurs, Delpech entre autres, ont parlé des lésions fonctionnelles de la moelle épinière ou même du cerveau chez les sujets gibbeux, d'engourdissements, de paralysies, de contractures des membres, de vertiges, de cécités, etc., auxquels ils seraient exposés. Ces accidents sont rares ; l'innervation n'est pas, en général, troublée directement par la déformation osseuse; nous en avons vu la raison dans l'anatomie pathologique. Au milieu des plus grands écarts de la conformation du rachis, on voit les membres inférieurs conserver leur motilité et leur sensibilité. Les faits contraires sont exceptionnels.

La compression des nerfs entre les vertèbres ou les côtes, le froissement des chairs par le tassement des os du tronc, donnent très-souvent lieu à des douleurs permanentes vers la base du thorax ou les crêtes iliaques, quelquefois à des névralgies le long du trajet des nerfs qui émergent des paires lombaires et sacrées ou de leurs plexus.

Il a beaucoup été question de la grande intelligence des bossus ; elle est presque proverbiale. Je crois leur réputation à cet égard un peu usurpée, abstraction faite de l'influence du rachitisme proprement dit. Je n'ai pas rencontré, parmi les nombreux cas que j'ai eus sous les yeux, une plus grande proportion d'intelligences supérieures que chez les sujets bien conformés. Je conviens qu'il y a eu quelques bossus célèbres, sans compter Ésope, dont la prétendue difformité est une fable des temps modernes ; mais les grands hommes ne sont pas plus communs dans cette classe d'individus que dans les autres. En revanche, il faut exonérer les bossus du caractère de méchanceté qu'on leur prête; il ne domine nullement chez eux. Il est seulement vrai de dire que leur position sociale développe au plus haut point leur malignité, lorsqu'ils en ont naturellement le germe.

Les viscères abdominaux souffrent moins dans leurs fonctions que les organes renfermés dans le thorax, sans doute à cause de l'extensibilité de la paroi antérieure de l'abdomen. Cependant la compression de l'estomac donne quelquefois lieu à la dyspepsie, à des vomissements; j'ai observé le cancer de cet organe dans quelques cas de gibbosité ; n'était-ce qu'une coïncidence ? En général, avec les progrès de l'âge et par l'augmentation de la difformité, le tube digestif se resserre; il est rare que les bossus âgés soient de gros mangeurs, et leur médiocre alimentation n'est pas une des moindres causes de leur maigreur.

Je n'ai pas remarqué de trouble fonctionnel résultant de la compression du foie, de la rate, des reins; des douleurs passagères ont été le seul effet apparent de cette compression.

Une tradition non moins ancienne que celle qui a trait au développement intellectuel, attribue une grande activité à l'appareil génital des individus difformes. C'est vraisemblablement ce qui a donné lieu autrefois à la fable de Priape, né très-contrefait, avec un pénis monstrueux, et chassé de Lampsaque par les maris à cause de ses succès auprès des femmes.

On voit, en effet, de singuliers développements des organes génitaux chez quelques sujets réduits par une difformité congéniale à un torse plus ou moins bien conformé, presque sans membres ; mais c'est là un ordre de faits différents de la scoliose. On n'observe pas, comme règle générale, cette prédominance de l'appareil génital dans la courbure latérale de l'épine.

La menstruation est retardée par les courbures assez considérables pour ralentir le développement général de la jeune fille. Les irrégularités dans les autres cas, ne paraissent pas liées à l'existence de la scoliose.

Rien n'est plus commun que la chlorose chez les filles atteintes de courbure de l'épine; il y a ici coïncidence de deux effets dépendants d'une même cause, d'un état constitutionnel.

Dugès et Delpech ont déjà fait justice d'une opinion suivant laquelle les femmes gibheuses seraient peu fécondes. La stérilité n'est pas même produite par les courbures lombaires, comme on l'a supposé d'après trop peu de faits et dans l'hypothèse erronée d'une influence générale de ces courbures sur les fonctions de la partie inférieure de la moelle ou des nerfs qui en émanent.

La gestation peut être rendue difficile par le peu de capacité de l'abdomen, par la saillie des vertèbres qui dévie ou incline l'utérus; mais ces accidents sont peu communs, et il n'est pas rare de voir des femmes gibbeuses enfanter, sans accidents, un plus ou moins grand nombre de fois, lorsque le bassin est à peu près régulier.

Il résulte de cet exposé que, malgré l'intégrité ou le peu de lésion de plusieurs fonctions, la scoliose d'un haut degré altère plus ou moins profondément les conditions les plus essentielles de la vie ; qu'en thèse générale, elle rend l'existence plus ou moins pénible, et tend à en abréger la durée. On voit assurément des bossus parvenir à la vieillesse la plus avancée, je vous en ai moi-même cité des exemples ; mais un bien plus grand nombre meurent encore jeunes. La vie moyenne est certainement plus courte dans la scoliose que chez les individus qui jouissent d'une conformation régulière. C'est ce qu'exprimait déjà ce passage du *Traité des articulations* d'Hippocrate : « Il est arrivé que plusieurs ont » porté sans peine et sans maladie leur gibbosité jusqu'à la vieil- » lesse ; cependant, même parmi ceux-là, peu ont dépassé » soixante ans, et la plupart n'y vont pas. « Et Galien ajoute judicieusement que ceux qui vieillissent le doivent à leur nature forte, à la douceur du mal et au régime de vie qu'ils observent.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

contre la métrorrhagie, l'inertie de la matrice et la rétention du placenta.

Par M. le docteur A. de Lignerolles.

La *Gazette des Hôpitaux* du 10 novembre dernier a reproduit un article du *Medical Times* qui pourrait faire croire à beaucoup de lecteurs que les injections intra-utérines opposées aux métrorrhagies constituent une médication nouvelle appartenant à M. S. Wray, et jusqu'alors inconnue en France. Il n'en est rien. Si je fais une réclamation à ce sujet, c'est moins pour revendiquer la priorité et la propriété de ce moyen thérapeutique que pour appeler de nouveau l'attention des médecins sur l'efficacité des injections froides dans l'utérus siége d'une hémorrhagie, et vulgariser le plus possible cette excellente pratique, d'un emploi facile et prompt, et par cela même parfaitement appropriée à des cas presque toujours urgents. Dès 1834, n° 114 de ce journal, j'en ai publié une observation. Il s'agissait d'une jeune femme demeurant rue Thévenot, atteinte d'une métrorrhagie fort grave, et qui fut promptement arrêtée par des injections froides dans la cavité utérine. Depuis cette époque je fais un fréquent usage de ces injections, et je les ai fait connaître à un grand nombre de confrères.

Les injections que pratique M. S. Wray pourraient bien n'être

---

avoir soufflé pendant quelques heures seulement dans toute sa force, s'était terminé par une pluie abondante, qui avait déterminé le calme de l'atmosphère et celui des flots. On se hâta de profiter de ce moment de repos pour sauver tout ce qu'il était possible de retirer des deux bâtiments échoués. Du biscuit en assez grande quantité, quelques barils de farine, un peu de viande salée et d'eau-de-vie furent après bien du travail amenés à terre. Pendant toute cette première journée, les commandants restèrent à bord pour présider à ces opérations si importantes pour tout le monde. On put sauver à grand'peine pour trois à quatre jours de vivres; le soir venu, la mer avait complétement envahi nos deux bâtiments; tout ce qu'ils renfermaient était pour le moment submergé, et quand vint la nuit, l'ordre fut donné à tout le monde d'évacuer les navires pour venir définitivement prendre possession de l'île sur laquelle nous étions appelés à vivre pendant un temps indéterminé. Cette première nuit passée à terre fut triste pour tout le monde. De ces six cents hommes qui composaient nos deux équipages réunis, bien peu trouvèrent un sommeil réparateur; la pluie tomba presque toute la nuit avec une abondance désespérante pour nous, qui n'avions pas eu le temps d'établir convenablement nos tentes, et le jour si impatiemment attendu dans ces tristes moments vint nous apporter un peu de calme et d'espérance en nous faisant entrevoir la possibilité de quitter un jour cette terre désolée. Mais je n'ai pas encore parlé des Coréens, et cependant nous avions bien besoin d'eux, maintenant que nous nous trouvions à peu près sans ressources dans un pays désert et complétement hostile aux étrangers.

A peine étions-nous sur l'île de Ko-Koun, que nous vîmes se diriger vers nous douze à quinze jonques très-grandes, chargées de monde; arrivés en face de la plage sur laquelle nous avions opéré notre débarquement, elles parurent s'arrêter; ceux qui les montaient firent alors entendre une musique véritablement infernale, car jamais sons aussi discordants n'étaient venus outrager les tympans d'hommes civilisés.

Que signifiaient ces cris, ces hurlements d'hommes armés se mêlant au bruit des instruments? Au premier abord, tout cela n'annonçait rien de bien pacifique : nous pensâmes que les Coréens faisaient entendre leur cri de guerre, soit pour s'exciter au combat, soit pour nous intimider; on jugea donc convenable de faire prendre les armes aux compagnies de débarquement, afin d'être prêtes à repousser vigoureusement toute attaque; mais à peine les Coréens virent-ils nos hommes rangés sur le rivage, à peine aperçurent-ils briller au soleil le poli de nos armes qu'immédiatement ils virèrent de bord, et firent force de rames pour s'éloigner de nous; on fut obligé d'armer une embarcation et de se mettre à leur poursuite. Dès qu'on put les atteindre, notre interprète leur fit connaître que nous étions des naufragés qu'un malheur avait jetés sur leurs côtes, mais que nous n'avions à leur égard aucune intention malveillante; le grand mandarin fut conduit à bord de la frégate auprès du commandant, qui les rassura de nouveau sur ses projets à venir. Ces pauvres habitants s'imaginaient que nous étions venus en Corée et que nous y avions coulé nos bâtiments afin de nous emparer de leurs îles, et d'envahir ensuite le continent. Nous eûmes bien de la peine à leur faire comprendre que nous étions venus dans ces parages uniquement pour rendre visite à leur Empereur et pour établir avec lui des relations amicales, et que nous quitterions leur pays dès que nous en aurions les moyens. Ils passèrent quelques heures à bord de la *Gloire* dans une grande admiration de tout ce qu'ils voyaient, et nous quittèrent vers le soir en nous promettant de venir nous revoir le lendemain sur notre île de Ko-Koun.

Pendant les premiers jours qui suivirent notre naufrage, le temps se maintint toujours très-beau, et nous permit de sauver encore des vivres pour plusieurs jours. A partir de ce moment, nous pouvions donc envisager notre position sans trop d'inquiétude. Nous avions des armes, des embarcations, puis le continent placé à 18 ou 20 milles de nous; au pis-aller, nous avions la perspective de venir en ennemis demander des vivres à l'empereur de la Corée s'il ne voulait pas consentir à nous en donner de bonne volonté.

Disons donc désormais un dernier adieu à cette belle frégate que les flots démolissent de jour en jour, qui à chaque marée disparaît dans le banc de sable sur lequel elle est venue s'échouer, et occupons-nous de l'île de Ko-Koun, devenue célèbre par le naufrage de la *Gloire* et de la *Victorieuse*.

C'est ce que nous ferons dans un prochain et dernier article.

Dr J. Lecoq.

que vaginales, par le procédé qu'il indique. La canule d'une seringue ne suffit pas pour pénétrer dans l'utérus, à moins qu'elle ne soit d'une longueur démesurée, ce qui en ferait un instrument particulier et incommode. Le procédé que j'ai fait connaître, il y a bientôt vingt-quatre ans, est plus certain et me paraît conserver sa supériorité. Il consiste à placer dans le col utérin une sonde ouverte à l'extrémité vésicale et qui reçoit la canule dans son extrémité libre. Si, au lieu d'une seringue, on emploie le clyso-pompe ou l'irrigateur du docteur Eguisier, l'injection se fait seule; il suffit de maintenir la sonde dans le museau de tanche. Le spéculum, utile lorsqu'il s'agit de leucorrhée utérine, n'est pas nécessaire dans les cas d'hémorrhagie.

Les injections intra-utérines sont encore très-utiles pour combattre l'inertie de la matrice, et peuvent remplacer le seigle ergoté. Il n'est peut-être pas d'agent qui excite plus énergiquement les contractions utérines, et qui provoque plus vivement les mouvements de l'enfant. Elles produisent ainsi un double effet qui hâte la terminaison de l'accouchement.

Une autre occasion d'employer avec avantage les injections se rencontre assez souvent dans la pratique, c'est la rétention du placenta. Avant d'introduire la main dans l'utérus, on devra toujours recourir aux injections intra-utérines, dont j'ai plusieurs fois constaté l'efficacité. Il importe de ne pas confondre ces injections avec celles qui ont été faites dans la veine ombilicale, selon le procédé de Mojon, connu depuis longtemps et remis en pratique par le docteur Hoffmann le 31 mars 1828 (*Journal des progrès*, t. IX, page 233.)

De cette note il résulte que M. S. Wray, qui ne lit pas nos journaux de médecine, n'est pas fondé à dire qu'on a oublié *le moyen le plus simple, le plus direct* de combattre les hémorrhagies utérines, et que les injections intra-utérines ne sont pas d'origine anglaise.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 janvier 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections des sciences naturelles.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 56,

M. de Senarmont obtient.	39 suffrages.
M. Pelouze.	12
M. Milne Edwards.	2
MM. Coste, Dumas, Duméril, chacun. . .	1

M. de Senarmont, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1858.

M. Despretz, vice-président pendant l'année 1857, passe aux fonctions de président.

Conformément aux prescriptions du règlement, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, président sortant, fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie, et fait connaître les changements arrivés parmi les membres depuis le 1er janvier 1857.

L'Académie aura à remplacer deux membres correspondants décédés dans le courant de l année, S. A. I. le prince Charles Bonaparte, de la section d'anatomie et zoologie, et M. Marshall-Hall, de la section de médecine et chirurgie.

— M. FLOURENS fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre : DE LA VIE ET DE L'INTELLIGENCE.

Je donne ici, dit M. Flourens, le résumé philosophique de deux de mes plus essentiels travaux : mes expériences sur le *système nerveux* et mes expériences sur la *formation des os*.

Dans mes expériences sur le *système nerveux*, le point capital est la séparation de la vie et de l'intelligence, et de toutes les *propriétés vitales* d'avec toutes les *propriétés intellectuelles*.

Et pour la première fois, cette séparation, cette analyse est certaine, car cette analyse est toute expérimentale.

Je sépare les *propriétés* par les *organes*.

J'appelle propriété distincte toute propriété qui réside dans un organe distinct. Je dis l'intelligence distincte de la vie, parce que l'intelligence réside dans un organe où ne réside pas la vie, et réciproquement la vie dans un organe où ne réside pas l'intelligence, parce que je puis ôter l'organe de l'intelligence, et l'intelligence par conséquent, sans toucher à la vie, sans ôter la vie, en laissant la vie tout entière.

Dans mes expériences sur la *formation des os*, je me suis donné ce grand problème, pour la première fois posé en physiologie : le rapport des *forces* et de la *matière* dans les corps vivants.

Ce n'est pas la *matière* qui vit : une *force* vit dans la *matière*, et la meut et l'agite et la renouvelle sans cesse :

Mens agitat molem et magno se corpore miscet.

Le grand secret de la vie est la permanence des *forces* et la mutation continuelle de la *matière*.

— M. SÉDILLOT adresse une réponse à une réclamation de priorité de M. le docteur Boinet, relative à l'opération de l'empyème. L'étendue de cette lettre ne nous permet pas de la publier *in extenso*. Il devra nous suffire de dire que M. Sédillot, après de nombreuses citations de textes empruntés à ses précédentes publications et aux publications de M. Boinet sur ce sujet, conclut que M. Boinet n'ayant rien produit de neuf sur la question des épanchements intra-thoraciques, n'a aucun droit de priorité à revendiquer.

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du prix Bréant, un mémoire sur le choléra-morbus portant le nom de l'auteur sous pli cacheté, et une lettre de M. Poznanski, accompagnant un opuscule ayant pour titre : *De la nature, du traitement et des préservatifs du choléra.*

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale un ouvrage de M. le docteur C. Allard, ayant pour titre : *Mission médicale dans la Tartarie-Dobroutcha.*

Fin de la séance du 28 décembre.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit l'extrait suivant d'une lettre adressée par M. NAUMANN, professeur de clinique médicale à Bonn, à l'occasion d'un volume qu'il vient de publier :

« Dans l'ouvrage que je vous prie de vouloir bien présenter en mon nom à l'Académie, j'ai essayé de démontrer que la nutrition des différents tissus de l'organisme animal ne s'opère que sous l'influence matérielle ou substantielle de la pulpe nerveuse, laquelle est dissoute (aux extrémités périphériques des fibrilles nerveuses) dans l'humidité interstitielle dont tous les tissus sont baignés. Le plasma transsudé des vaisseaux capillaires se trouve dans ce fluide aussi bien représenté que la matière qui a cessé de faire partie intégrante de différents tissus, laquelle y figure sous la forme de la fibrine (qui n'est aucunement destinée à servir la nutrition). La pulpe nerveuse, dissoute en se combinant à la matière albumineuse du plasma, donne à cette dernière les qualités nécessaires pour devenir partie intégrante de tissus jusqu'au terme où la substance nerveuse, à laquelle elle doit son organisation, perd ses qualités organisatrices faute de sa séparation des fibrilles nerveuses.

» Les conséquences principales de cette théorie sont les suivantes :

» La matière nerveuse ne se prépare que dans les différents centres nerveux (dans les cellules de ce système); toutes les fibrilles nerveuses ne sont que les voies par lesquelles la substance nerveuse croît et se propage lentement en partant des différents centres vers la périphérie. Arrivée à la dernière extrémité de ces fibrilles, la matière nerveuse se dissout dans le fluide interstitiel ou intercellulaire. Selon la richesse plus ou moins grande des fibrilles nerveuses dont les différents tissus sont pourvus, ceux-ci acquièrent des qualités histologiques plus ou moins élevées.

» J'ai essayé dans ce volume d'éclairer par la description de la pneumonie et de la phthisie pulmonaire (d'après les observations puisées dans la clinique médicale dont j'ai l'honneur d'être le chef) de quelle valeur cette théorie deviendra tant pour la pathologie que pour la thérapeutique.

» Si cette théorie, que je soumets au jugement de l'Académie, obtenait son approbation, ce serait pour moi un grand honneur et un puissant encouragement pour des recherches ultérieures. »

Efficacité de la camomille romaine contre les suppurations graves. — M. CLOQUET présente au nom de M. OZANAM la note suivante, relative à l'efficacité de la camomille romaine contre les suppurations.

La camomille romaine (*Anthemis nobilis*), dédaignée depuis longtemps par les thérapeutistes, n'est guère indiquée dans leurs traités de matières médicales que comme propre à soulager les maux d'estomac, les embarras gastriques, et rendre l'appétit. Lémery dit ses fleurs émollientes, digestives, carminatives, résolutives, adoucissantes et fortifiantes. Toutes ces propriétés sont bien vagues, et personne que je sache n'a reconnu la grande, la précieuse vertu de la camomille, qui est de prévenir les suppurations, de les empêcher quand le mal n'est pas trop avancé, ou bien encore de les tarir quand elles existent déjà depuis longtemps.

On administre pour cela le médicament à hautes doses, soit une infusion de 5,10 et même 30 grammes de fleurs pour un litre d'eau à boire dans la journée, et l'on en continue l'emploi jusqu'à la guérison complète. On peut, en outre, faire des applications locales du remède en recouvrant la partie malade de compresses imbibées. Elles soutiennent l'action médicamenteuse, mais n'en constituent pas l'effet principal, puisqu'elle se développe déjà parfaitement sans leur secours. Aussi faut-il considérer cette propriété de la camomille comme provenant d'une action générale sur l'économie et non comme le résultat d'une action locale.

Cette précieuse faculté de tarir les suppurations mérite d'être expérimentée sur une large échelle, car nous ne comptons en médecine bien peu de remèdes efficaces en pareils cas. La camomille à haute dose trouvera son indication dans la diathèse purulente des amputés, dans la fièvre puerpérale, dans les érysipèles phlegmoneux, partout enfin où l'on désire s'opposer à des suppurations trop abondantes ou trop prolongées. Parfois, comme dans la première observation, la guérison est précédée d'une aggravation passagère du mal; cette recrudescence, qui est un effet médicamenteux, ne doit point décourager, mais indique seulement qu'il faut modérer les doses, pour arriver à une guérison plus douce.

Sur un remède employé en Grèce contre la rage. — M. GUILLABERT, chirurgien de première classe de la marine, adresse la lettre suivante :

Le 28 août 1852, je reçus l'ordre de me transporter au couvent de Sainte-Marie Phaneromène, de l'*Ile de Salamine*, afin de recueillir des renseignements sur un *spécifique* contre la rage, auquel on accorde une grande confiance en Grèce. Ces renseignements ont été consignés dans un rapport qui a été textuellement reproduit à l'article *Cantharide* du second rapport sur les divers remèdes contre la rage, lu à l'Académie de médecine, le 27 mars 1855. Je me bornerai donc à rappeler ici qu'il s'agit de la cautérisation de la plaie avec l'huile bouillante, ainsi que de l'administration de 0,15 d'une poudre composée, à parties égales, avec les enveloppes corticales de la tige souterraine du *Synanchum erectum*, et un mylabre que je n'ai pu voir, mais que M. Laurent désigne comme étant le *Mylabris bimaculata*. M. le docteur Camescasse, alors médecin principal de la marine, à Smyrne, auquel je communiquai le traitement des moines de Salamine, fit parvenir à M. le ministre du commerce et l'insecte et sa plante.

Comme tous les spécifiques antirabiques n'ont jamais pu soutenir un examen sérieux, nous pensâmes, *à priori*, qu'il en serait de même de celui-ci. M. le docteur Roeser, premier médecin de LL. MM. Helléniques, qui nous avait d'abord manifesté la même opinion, ne tarda pas à changer d'avis, et, deux mois après, un événement malheureux lui fournissait l'occasion de commencer le contrôle scientifique du traitement dont M. Laurent a entendu raconter les heureux résultats. Comme M. le docteur Roeser avait été souvent appelé à conjurer des accidents causés par le traitement des moines de Salamine, tels que vomissements, dysurie, coliques, etc., il a cru devoir le modifier de la manière suivante : Après la cautérisation de la plaie par le fer rouge, ce praticien distingué choisit la cantharide officinale qu'il donne à la dose de 5 milligrammes, en augmentant progressivement jusqu'à apparition des symptômes d'irritation gastro-intestinale ou recto-vésicale. Quant au *Synanchum erectum*, dont l'action purgative est faible et fort variable, il l'administre en décoction à la dose de 12 grammes pour 1,000 grammes d'eau édulcorée.

L'auteur donne ensuite, avec l'autorisation du docteur Roeser, un résumé de ses expériences. Comme ces observations ont été données dans l'Annuaire de M. le professeur Bouchardat pour l'année 1857, nous ne le reproduirons point ici. Nous dirons seulement qu'elles ont rapport à trois hommes mordus par un chien enragé dans la propriété de Mme la duchesse de Plaisance, près d'Athènes. Un de ces hommes se contenta de laver d'eau pure sa plaie qui était assez légère. Il mourut de la rage le troisième jour de l'accident; l'autopsie en fut refusée. Les deux autres, auxquels quatre heures après l'accident on commença à appliquer le traitement modifié par le docteur Roeser, guérirent tous les deux. L'un à la vérité s'était soumis à la cautérisation des blessures, mais l'autre s'était refusé à cette opération. Plus de quatre mois après, ils furent revus par l'auteur de la lettre, leur guérison ne s'était pas démentie. Quoique trois observations, poursuit M. Guillabert, soient loin d'être suffisantes pour étayer une opinion et valider une médication, j'ai pensé cependant qu'elles pourraient attirer l'attention de l'Académie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le corps médical des hôpitaux de Paris vient de faire une nouvelle et regrettable perte. M. le docteur Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, a succombé à l'âge de quarante-cinq ans, après une courte maladie. M. Legendre, auteur de plusieurs ouvrages et mémoires très-estimés sur les maladies des enfants, était un des médecins les plus distingués des hôpitaux, un confrère aimé et estimé de tous. Il laisse d'unanimes regrets. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui 11 janvier, au milieu d'un grand concours de confrères. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Legroux, Boucher de la Ville-Jossy, Marjolin et Laboulbène.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un jeune élève distingué des hôpitaux, M. Suer, enlevé à l'âge de 22 ans à la suite d'une piqûre anatomique.

— MM. les chirurgiens de la marine Barat, Vielly et Barthe viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Nous avons rapporté il y a quelques jours le jugement porté par la *Gazette médicale de Strasbourg* sur l'avenir du projet d'association générale des médecins de France. Voici celui de la *Presse médicale belge* :

« Depuis quelque temps, il n'est bruit en France que de la formation d'une association médicale et de la réunion de toutes les associations particulières en une seule. Dès l'abord, il semblait que tout devait marcher à merveille; mais lorsque le calme fut rentré dans les esprits, lorsque l'on examina les choses d'un peu plus près, on reconnut qu'il y avait une foule de difficultés; des opinions se produisirent, et il arriva ce qui est arrivé jadis en Belgique, c'est que l'on finit par se diviser et ne plus s'entendre. Aujourd'hui, le projet d'association est fortement compromis: nous prévoyions ce résultat; c'est pourquoi nous n'avons pas cru devoir nous émouvoir en presence de cette agitation, que nous croyions bien ne devoir être que momentanée. Constituer une vaste association est sans doute une belle et grande idée, mais la réaliser est un rêve qui, nous le craignons bien, ne se traduira pas d'ici à longtemps en une bonne vérité. »

La *Presse médicale belge* a malheureusement raison : rien n'est plus difficile que de mener à bien une grande et belle idée; mais comme toutes les grandes idées ont eu de semblables difficultés à vaincre pour arriver à se produire, nous espérons bien que nos confrères de la Gironde ne se décourageront pas, et qu'ils persévéreront dans l'œuvre qu'ils ont entreprise.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1858 :

Président. — M. le comte Jaubert.
Vice-présidents. — MM. Brongniart, Duchartre, J. Gay, le comte de Noé.
Secrétaires. — MM. Cosson et de W. Schœnefeld.
Vice-secrétaires. — MM. Eug. Fournier et Léon Soubeiran.
Trésorier. — M. Fr. Delessert.
Archiviste. — M. de Bouis.
Membres du conseil. — MM. Baillon, Boisduval, Chatin, Decaisne, Germain de Saint-Pierre, Lasègue, Le Maout, Ménière, Moquin-Tandon, A. Passy, T. Puel, Weddell.

A NOS ABONNÉS.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de ces numéros est de 10 centimes.

A ceux de nos confrères qui n'ont commencé leur abonnement que dans le courant de 1857, nous pourrons fournir les mois qui leur manquent à raison de UN FRANC par mois.

Ceux qui désirent faire relier leur collection de l'année peuvent envoyer leurs numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Conformément à notre usage, nous continuons l'envoi du journal à ceux de nos confrères dont l'abonnement est expiré, et quoiqu'ils n'aient pas encore envoyé leur renouvellement. Ceux qui ne voudraient pas continuer leur souscription sont priés de nous en donner avis, ou tout au moins de rendre au facteur les numéros en inscrivant sur la bande le mot : REFUSÉ.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JANVIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Devergie sur l'herpès tonsurant des animaux, et un mémoire de M. Briquet sur la colique de plomb, ont rempli presque toute la séance. Le rapport de M. Devergie a pour objet un mémoire dont M. Reynal, chef de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort, a donné lecture à l'Académie dans l'une des séances du mois de juin dernier, sur la dartre tonsurante du cheval et du bœuf, et sa transmissibilité de ces animaux à l'homme. Nous ne présumions pas trop de l'importance du travail de M. Reynal, ni du zèle du rapporteur chargé de son examen, en disant à cette époque que la commission trouverait aisément dans ce mémoire un texte à des considérations intéressantes sur la question de la transmissibilité réciproque des maladies des animaux à l'homme, et d'une espèce animale à une autre, ainsi que sur la mutabilité que subissent leurs caractères dans ces diverses migrations. M. Devergie a saisi en effet cette occasion de développer ce point important de pathologie comparée, et il a soulevé en outre et discuté, dans son savant et compendieux rapport, une foule d'autres points de pathologie générale et de philosophie médicale qui se rattachent plus ou moins directement à ce sujet.

D'après une décision du bureau, que nous ne pouvons qu'approuver d'ailleurs, le rapport de M. Devergie a été immédiatement envoyé à l'impression, afin que les membres de l'Académie qui désireront prendre part à la discussion dont il va être l'objet puissent le lire à loisir. Cette circonstance ne nous a permis de reproduire qu'un très-court résumé de cet important travail, et elle nous met dans l'impossibilité d'en présenter aujourd'hui une appréciation suffisamment motivée. Mais ce n'est qu'un simple ajournement auquel nos lecteurs ne perdront rien.

Le mémoire lu par M. Briquet est, comme tout ce qui sort de la plume de cet habile praticien, un travail d'observation clinique et de médecine pratique. Dans la première partie, la seule qu'il ait pu lire dans cette séance, il s'est proposé de démontrer, — contrairement aux idées le plus généralement admises sur la nature de la colique de plomb, — que les douleurs abdominales des sujets en proie à l'intoxication saturnine ont pour siége, non les tuniques intestinales, comme le croient et l'enseignent la généralité des auteurs, mais bien les muscles qui constituent l'enceinte abdominale. L'auteur se propose, dans la seconde partie de son mémoire, d'exposer la méthode de traitement à laquelle l'a conduit cette donnée rationnelle sur la nature de cette affection. Nous aurons à revenir aussi sur l'ensemble de ce travail lorsque la lecture en sera terminée. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la dyspepsie.

Parmi les malades qui sont en ce moment dans les salles de notre service, vous avez pu en voir un certain nombre qui, tous les jours à la visite, se plaignent de troubles digestifs. Vous m'avez vu soumettre à l'essai plusieurs moyens thérapeutiques, et peut-être une accusation d'empirisme a-t-elle germé dans votre esprit : détrompez-vous. J'ai tâtonné, cela est vrai; mais si j'ai prescrit aux uns du bi-carbonate de soude, aux autres du bi-carbonate de soude, du carbonate de magnésie, du carbonate de chaux et de l'eau de Seltz; à ceux-ci du vin de quinquina, des macérations de quassia-amara ou de la noix vomique; à ceux-là, de l'opium ou de l'acide chlorhydrique, c'est que j'ai dû rechercher dans quels cas les uns ou les autres de ces médicaments étaient plus particulièrement indiqués, plus spécialement utiles. Cela dit, laissez-moi entrer dans quelques détails sur la dyspepsie; la question en vaut la peine.

Il est des circonstances où le médecin, armé de ses agents thérapeutiques, peut placer ses malades dans des conditions particulières d'accommodation, et imprimer, par exemple, à l'estomac, une coadaptation nécessaire à la régularité de ses actes. L'organisme s'arrange volontiers d'une impression nouvelle. L'homme, à coup sûr, n'est pas né sous le 50e degré de latitude; son corps, qui n'est protégé ni par des poils ni par des plumes, comme l'est celui des autres animaux, indique assez que le Créateur l'a placé, lorsqu'il l'a fait naître, sous un ciel assez clément pour qu'il pût se passer des vêtements qui, dans nos climats, sont indispensables à l'entretien de la vie. Lorsque la terre est devenue trop étroite pour lui, l'homme s'est dirigé vers d'autres régions; et, grâce à sa merveilleuse aptitude, il a fini par vivre sous le pôle après être parti des pays équatoriaux. Il en est de l'alimentation comme des variations climatériques. Du régime le plus élémentaire, consistant, pour les Hindous, en quelques faibles rations de riz, de lait et d'eau, l'homme est arrivé à la plantureuse table des peuples du Nord. Eh bien, ce qui s'applique aux individus, s'applique également aux organes.

Que se passe-t-il chez l'animal auquel on a pratiqué une fistule stomacale ? Il suffit, vous le savez, d'introduire un tube de verre dans l'estomac, d'exciter la muqueuse de cette poche, pour faire pleuvoir le suc gastrique en grande abondance. Sous l'influence de cette irritation, de cette impression transmise par les nerfs aux centres nerveux ganglionnaires, il se produit une sécrétion extra-physiologique d'un fluide parfaitement normal. Portez l'excitation à un plus haut degré, arrivez jusqu'à l'inflammation, et le suc gastrique ne coulera plus : la fistule donnera seulement issue à du mucus.

Ces perturbations se manifestent encore, indépendamment de toute excitation mécanique. Ayez de la fièvre, et que votre état pyrétique s'accompagne d'une certaine modification dans l'innervation, la sécrétion gastrique va se suspendre chez vous. M. Cl. Bernard en a répété mille fois l'expérience, en faisant à sa guise fébriciter des animaux.

Que l'estomac ne soit plus en rapport avec les nerfs cérébraux, avec l'encéphale; que le pneumogastrique subisse une section, et à l'instant même les glandes de Lieberkuhn seront impuissantes et inertes.

Si vous touchez, au contraire, les ganglions du système trisplanchnique qui fournissent des filets nerveux à l'estomac, il survient un phénomène d'un autre ordre : la sécrétion gastrique est plus abondante. Ainsi donc, les résultats diffèrent essentiellement, suivant que les troubles apportés dans le système nerveux ont pour siége le système encéphalo-rachidien ou le système ganglionnaire.

Nous constatons tous les jours chez l'homme l'influence considérable d'une émotion morale un peu vive, après le repas : une indigestion arrive, absolument comme après la section du pneumogastrique. Des préoccupations longtemps prolongées altèrent profondément les fonctions de l'estomac, et souvent la tristesse est mère de la dyspepsie. Souvenez-vous de ce détail étiologique; il pourra vous être singulièrement utile dans le traitement de l'affection, parfois si rebelle, qui va faire l'objet de plusieurs de nos conférences.

La sécrétion stomacale est aussi modifiée par les douleurs locales et les névralgies. De même que la névralgie de l'œil augmente les congestions, élève la température de l'organe de la vision et appelle le larmoiement; de même la névralgie de l'estomac entraîne des effets analogues, et exagère à ce point les sécrétions acides, qu'elles n'ont plus lieu seulement pendant le travail de la digestion, mais encore en dehors de lui.

La dyspepsie s'observe chez la plupart des sujets qui vont difficilement à la garde-robe. La constipation est-elle la cause ou l'effet de la dyspepsie ? Cela ne me paraît pas très-aisé à déterminer, car on conçoit également qu'un individu dyspeptique soit constipé, par le fait seul de son alimentation restreinte, et qu'il soit constipé par cela même qu'il est dyspeptique.

Si vous venez à irriter l'extrémité la plus inférieure du gros intestin, vous provoquez une diarrhée qui prend sa source dans l'iléon, l'impression anale ayant retenti jusque sur l'intestin grêle.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la compression élastique et de son emploi en médecine et en chirurgie, par M. Philippe BOURJEAURD, ancien chirurgien de la marine (1).

Par le mot *comprimer*, en chirurgie, on entend généralement trois choses qui ne sont que des nuances ou des variétés d'une même méthode, comprimer, contenir et soutenir; on comprime une tumeur, on contient une hernie, on soutient un varicocèle. Cette distinction est plus particulièrement importante à établir lorsqu'il s'agit d'appareils élastiques, qui réalisent mieux que tous les autres dans leurs moindres nuances et à tous les degrés, soit isolément, soit simultanément, les résultats que l'on attend de la compression. Or, c'est de ces appareils qu'a voulu, dans le travail dont il est ici question, s'occuper exclusivement M. Bourjeaurd, et il a dû bien définir, avant de s'en servir, chacune des expressions qui pourraient se rencontrer sous sa plume.

Suivant lui, si la compression, envisagée dans son acception la plus générale, n'est pas plus fréquemment employée et n'est pas suivie de plus de succès en médecine et en chirurgie, c'est que son application, pour être véritablement utile, disons plus, pour n'être pas nuisible, exige des conditions souvent difficiles à remplir, réclame une attention particulière et une étude spéciale que tous les médecins n'ont pas occasion de faire. Deux sortes de difficultés constituent les obstacles qui s'opposent aux progrès de cette branche de l'art; les unes tiennent à la nature même de la chose; les autres à l'imperfection des moyens matériels employés.

Ces prémisses posées, et personne n'en contestera l'exactitude, M. Bourjeaurd passe à l'étude et à l'appréciation des deux sortes de difficultés qu'il vient de signaler, et cherche à indiquer les moyens de les surmonter.

Primo non nocere est la première maxime qu'il s'agit d'observer d'une façon d'autant plus rigoureuse, que l'action opérée sur le corps de l'homme par l'introduction ou l'application à l'extérieur d'un modificateur quelconque, est p'us forte, plus continue, et de nature à produire des changements plus considérables dans l'état vital ou matériel des organes et des tissus. Or, c'est là le cas des agents mécaniques surtout, dont l'application a sur la sensibilité des parties vivantes, sur la trame des solides qui les composent, et sur le cours des liquides qui les parcourent, des effets immédiats, puissants, perceptibles à la vue et au toucher, et irrécusablement démontrés par les sensations du malade. C'est à l'examen des dangers qui peuvent résulter d'une compression mal faite, et à l'importance d'une application méthodique que l'auteur a consacré son premier chapitre.

Et cela le conduit tout naturellement à démontrer combien il est imprudent et irrationnel de confier à de simples ouvriers, à des personnes dépourvues de toutes connaissances médicales et chirurgicales, la fabrication d'appareils destinés à exercer sur l'organisme une action aussi énergique. On n'achète pas un bandage, un bas lacé, ou un suspensoir, comme un gilet ou un chapeau, et c'est souvent le peu d'importance que mettent les malades au choix de l'agent mécanique dont ils ont besoin, qui détermine ou des accidents irrémédiables, ou la production d'états organiques chroniques, qui nécessitent plus tard des opérations auxquelles il leur eût été facile de se soustraire, s'ils eussent demandé les conseils d'un médecin expérimenté.

Pour parer à ces inconvénients, qu'a fait M. Bourjeaurd ? Profondément versé dans la connaissance de la médecine et de la chirurgie, ancien praticien lui-même, il a voulu tenter, sans cesser d'être un savant, de fabriquer de ses mains, d'essayer sur les malades, puis de faire confectionner sous ses yeux, et d'après les principes qu'il avait jugés utiles, des appareils destinés à remplacer ceux dont il avait reconnu l'inefficacité.

La base de ses appareils, comme l'indique le titre de son travail, c'est le caoutchouc, cette merveilleuse substance, dont les industries les plus diverses ont fait depuis trente ans des applications innombrables et sans rivales. Il n'a pas cru déroger en descendant au rang d'ouvrier, guidé par le louable espoir d'être utile. Un pareil dévouement devait avoir sa récompense; il l'a obtenue, et M. Bourjeaurd a trouvé une combinaison nouvelle de tissu élastique qui remplit toutes les indications désirables.

Ce tissu se compose d'une trame de fils de caoutchouc, d'une extrême finesse et d'une égalité parfaite, entourés de fils de soie, de coton ou de laine. Ce tissu sort du métier sous la forme d'une bandelette ou ruban continu d'environ 1 centimètre de largeur. Ramenée sur elle-même et cousue sur ses bords, cette bandelette forme une étoffe solide, souple, douce au toucher, éminemment élastique. Il convient de remarquer que cette élasticité n'a lieu que dans un sens, celui de la longueur du ruban élémentaire. Ainsi dans un bas, par exemple, elle s'exerce exclusivement en travers, suivant la direction constante des fils de la bandelette génératrice qui, en s'enroulant autour du membre, décrit une spirale. Dans le sens de la hauteur, le tissu du bas est inextensible.

(1) In-8°, 1857. Paris, chez l'auteur, rue des Beaux-Arts, 11.

La preuve la plus évidente de la sympathie qui relie le rectum aux autres parties du tube digestif est celle-ci : un lavement administré immédiatement après le repas, donne lieu à une indigestion. S'agit-il d'un suppositoire qui, en définitive, n'est jamais introduit au delà de 4 ou 5 centimètres, eh bien, très-souvent il amène des résultats identiques à ceux du lavement. Il suffit tout au moins pour provoquer des exonérations alvines, d'abord solides et constituées par le bol excrémentitiel du gros intestin, puis demi-liquides et contenant des matières parties du cœcum ou des dernières portions de l'intestin grêle. Il existe donc une synergie d'action, en vertu de laquelle tout l'appareil musculaire du canal alimentaire s'harmonise avec celui du gros intestin.

Ces considérations vous conduisent à l'explication du fait que la constipation peut causer la dyspepsie : le rectum étant paresseux, son appareil musculaire se contracte mal, le reste du tube digestif ralentit ses mouvements, et les digestions deviennent difficiles. C'est le contraire de ce qui arrive pour la diarrhée. Les choses se passent si bien ainsi, qu'il est seulement nécessaire, chez quelques malades, d'appeler des garde-robes régulières, soit à l'aide de lavements, soit par des douches ascendantes, pour réveiller la synergie des contractions intestinales, pour guérir la dyspepsie.

Il est une infinité de circonstances où des douleurs *coliques* sont prises pour des douleurs *stomacales*. Le côlon transverse est, en effet, situé dans la région épigastrique, et se trouve en rapport de contiguïté avec l'estomac. Les souffrances que le malade ressent en ce point, il les rapporte invariablement à cet organe, et souvent, disons-le, l'erreur est partagée par le médecin. Il en est de même des douleurs hypochondriaques, alors qu'elles sont localisées dans le côlon ascendant et dans le côlon descendant : on les confond avec des phénomènes hépatiques ou spléniques, à cause du voisinage de ces parties du gros intestin avec la rate et le foie.

L'accumulation des matières stercorales chez les individus constipés a lieu dans le côlon transverse : celui-ci devient alors le siége d'un sentiment de plénitude et de surcharge dont on ne manque jamais d'accuser l'estomac, cependant innocent de la chose. En interrogeant les malades avec soin, vous ne tarderez pas à vous convaincre que ces douleurs coïncident non pas avec l'heure de la première digestion, mais avec sa période presque ultime. Si vous poursuivez attentivement votre examen, vous apprendrez que ces individus sont sujets à une constipation opiniâtre, assez souvent suivie de diarrhée, et de diarrhée accompagnée d'une excrétion muqueuse plus ou moins abondante, facile à reconnaître à ses petites bandes blanchâtres qui en ont parfois imposé pour des fragments de ver solitaire. Les malades finissent par avoir des colites, des névralgies intestinales, et sont réputés atteints d'affections de l'estomac, de dyspepsie, bien que la dyspepsie, dans le sens le plus général du mot, n'existe pas. Toutefois les colites peuvent consécutivement faire naître cette dernière maladie.

Les états morbides du foie entraînent de douloureuses dyspepsies. La glande hépatique a un rapport si immédiat avec l'estomac, et son rôle physiologique est d'une si grande importance dans la digestion, que l'on conçoit à merveille comment une maladie du foie peut retentir sur l'appareil gastrique et troubler le cours de ses actes. Les douleurs hépatiques, d'autre part, sont quelquefois prises pour des phénomènes gastralgiques, mais le diagnostic est facile à établir. Le malade ne rapporte ses souffrances qu'à la région de l'estomac, tandis que les investigations médicales découvrent qu'elles s'étendent dans tout l'hypochondre droit.

La matrice exerce sur l'estomac une influence non moins remarquable, et vous savez quelles perturbations digestives amène souvent la grossesse. Le vomissement en est l'expression la plus ordinaire, et il est parfois susceptible d'atteindre le degré le plus incoercible. Si l'on admet l'action manifeste sur le canal alimentaire de l'utérus physiologiquement modifié, on admettra également que l'organe de la gestation puisse agir de la même manière, lorsqu'il est sous le coup de lésions pathologiques : de là ces dyspepsies qui se développent à la suite de la leucorrhée et des principales affections des voies génératrices.

Les maladies des reins et d'autres encore sont dans le même cas.

Il m'a paru intéressant de vous parler de ces états dyspeptiques qui se rattachent à des troubles fonctionnels éloignés, à des atteintes organiques. Ces difficultés de la digestion se résument toujours en une exagération ou en une diminution dans l'activité des mouvements ou des sécrétions de l'estomac; il est essentiel d'établir les caractères qui différencient les affections symptomatiques ou sympathiques des affections idiopathiques : pour celles-ci, vous vous adresserez à l'estomac lui-même; pour celles-là, vous serez obligés de compter avec la cause éloignée, les phénomènes morbides momentanés et les lésions organiques. Sans cela, point de thérapeutique possible. Dr Legrand du Saulle.

DE L'INFLUENCE PATHOGÉNIQUE DE L'INSOMNIE.

Par M. le docteur E. Renaudin.

Les maladies ordinaires, les simples malaises, éprouvent des modifications notables dans leurs manifestations, suivant qu'elles sont ou non compliquées d'insomnie. Qui ne connaît l'influence du sommeil sur les affections nerveuses et même sur les maladies inflammatoires, où la médication opiacée produit souvent des résultats remarquables; qui n'a pas constaté les heureux effets du sommeil dans les affections du tube digestif? Et dans les principales lésions adynamiques on sait combien un peu de sommeil relève les forces et répare les perturbations fonctionnelles produites par la douleur. Chaque jour nous avons l'occasion d'observer combien un sommeil brusquement interrompu est préjudiciable à l'accomplissement des fonctions digestives, dont le dérangement n'a souvent pas d'autre cause. Ce phénomène se produit même assez fréquemment lorsque la durée normale du sommeil est abrégée par une forte contention intellectuelle ou par des préoccupations d'esprit, résultant de la surexcitation de tel ou tel sentiment. Ces affections varient avec l'âge, et plus le sujet est jeune, plus il a besoin de jouir d'un sommeil réparateur assez prolongé. On a vu des jeunes gens tomber dans le marasme, et succomber à la suite de la privation du sommeil. Quand la constitution est assez forte pour qu'on n'arrive pas à cette fâcheuse conséquence, il en résulte une excitation cérébrale sous l'influence de laquelle le retour du sommeil devient impossible sans l'intervention d'un agent thérapeutique.

Quand je pris, en 1842, la direction de l'asile d'aliénés de Fains, le système cellulaire y était encore en grand honneur, et les trente loges qui existaient dans chaque section réunissaient en deux étages superposés, dans un espace très-restreint, des individus qui pouvaient se livrer à tous les écarts de leur délire bruyant. Les cloisons étaient minces, et les cris sollicitant les cris, il en résultait un concert d'insomnie qui aggravait ou perpétuait le délire. Les loges ayant été détruites, cette agitation disparut, et parmi ces malades, plusieurs ont dû leur rétablissement au repos dont ils ont pu jouir dans un autre milieu. Mais avant que je fusse en mesure de réaliser cette importante amélioration, j'avais pu faire une observation qui présente un grand intérêt. Les infirmiers attachés à ce quartier de douleur ne tardaient pas, après leur admission, à perdre les qualités qui avaient déterminé notre choix. Leur caractère devenait difficile, leur irritabilité s'accroissait chaque jour, l'intelligence même déclinait graduellement; et chez quelques-uns, la stupidité imminente les rendait impropres au service et nécessitait leur renvoi, provoqué aussi quelquefois par une brutalité en complet désaccord avec leur caractère primitif. La privation du sommeil ou un sommeil fréquemment interrompu, avaient été le point de départ de ces modifications dans l'idiosyncrasie morale des sujets, qui, une fois sortis de l'asile, ne tardaient pas à revenir à leur état normal aussitôt qu'au dehors ils pouvaient goûter sans entraves les bienfaits d'un sommeil réparateur.

Quand je suis arrivé à Maréville, les mêmes faits se sont offerts à mon observation dans les quartiers cellulaires occupés par les agités, qui dans un court espace de temps faisaient une très-forte consommation d'infirmiers et d'infirmières. Tant que la réforme radicale de cette triste situation n'a pas été accomplie, les mutations ont dû être fréquentes, et peu de sujets ont pu résister à cette funeste influence de la privation du sommeil, qui dans quelques cas a eu des conséquences qui auraient pu devenir plus graves.

Une jeune infirmière était admise depuis peu dans l'asile, lorsque plusieurs nuits de suite la turbulence de quelques malades de sa division interrompit forcément son sommeil. N'osant pas avouer sa fatigue et réclamer quelques heures d'un repos dont elle avait bien besoin, elle vaquait au travail de la journée sans accuser aucun malaise. Quatre jours se passent ainsi, et le cinquième, dès le matin, cette jeune fille nous offre tous les caractères d'un accès de manie : état hallucinatoire, excitation assez marquée, propos incohérents, difficulté extrême à fixer son attention, besoin continuel de changer de place, inappétence, et par-dessus tout insomnie. Si cet état se fût continué pendant plusieurs jours, la maladie se serait acclimatée, et l'on se serait demandé en vain quelle pouvait être la cause d'une perturbation aussi soudaine; mais on reconnut immédiatement les véritables conditions pathogéniques, et l'administration d'une préparation opiacée dissipa promptement cet orage, qui à l'aide d'un repos de quelques jours ne laissa plus aucune trace.

Une autre infirmière n'a pu recouvrer le calme qu'en quittant l'asile, et il en a été dernièrement de même d'une troisième, dont l'insomnie reconnaissait pour cause, non pas l'agitation ambiante, mais un état anxieux consécutif à un sentiment de crainte qu'elle ne pouvait surmonter, quoiqu'on l'eût placée dans une division où les malades sont tout à fait inoffensives.

J'ai encore pu constater chez une jeune fille l'influence de la privation du sommeil sur la pathogénie du délire. Arrivée à cet âge où le besoin d'aimer se révèle avec d'autant plus d'énergie qu'il est vague et sans but, cette jeune personne éprouva quelques accidents hystériques qui finirent par aboutir à une agitation maniaque très-vive, surtout quand elle voyait passer un jeune homme ayant des traits de ressemblance avec l'idéal qu'elle s'était formé et qu'un état hallucinatoire, consécutif à l'insomnie, reproduisait sans cesse devant ses yeux. On ne vit d'abord que l'agitation sans en rechercher la cause, et au lieu de favoriser le retour du sommeil, on lui fit prendre à Plombières des bains prolongés qui firent passer son insomnie à l'état chronique. L'usage des opiacés, en ramenant le repos de la nuit, a produit une notable amélioration.

Quand elle peut dormir, les hallucinations disparaissent presque entièrement, mais l'insomnie, dès qu'elle se reproduit, réveille les conceptions délirantes dont elle ne se détache qu'avec peine.

Nous rencontrons encore la privation de sommeil comme élément primordial de ce marasme qui met fin à la vie de certains maniaques, qui n'ont pas d'autre lésion apparente qu'une déperdition graduelle des forces, une véritable inanition par défaut d'assimilation. Aussi remarquons-nous ordinairement l'innocuité de l'excitation la plus vive, quand le sommeil n'a pas perdu ses droits, et les dangers de la période de prostration sont d'autant

---

Ce ruban élastique se prête à toutes les combinaisons de distribution, de direction, de force qu'on veut donner à la compression, et à la confection de bandages de toute forme, de toute dimension, applicables à toutes les parties du corps. Par le mélange de bandelettes d'élasticité et de résistance inégales dans un appareil quelconque, on a le moyen de graduer avec la dernière précision l'action compressive et de la délimiter aux points voulus.

Ce que nous venons de dire suffira pour faire comprendre la haute supériorité du travail de M. Bourjeaurd sur les produits de l'art du bandagiste ordinaire.

Lisez et voyez : c'est par ce conseil à nos confrères que nous terminerons ce compte rendu, et nous sommes certain de n'être démenti par personne en disant que M. Bourjeaurd a rendu à la médecine et à la chirurgie un véritable et immense service en signalant les dangers du plus grand nombre des appareils ordinaires, en enseignant les moyens de les prévenir, et en indiquant surtout une méthode qui, entre les mains des hommes intelligents, dispense dans bien des cas d'avoir recours aux opérations souvent si douloureuses et si redoutables dans leurs conséquences. Dr J. Bodin.

Voyages littéraires sur les quais de Paris. Lettres à un bibliophile de province; par A. Fontaine de Resbecq (1).

Un bibliophile, déjà connu dans le monde des lettres, vient de publier un charmant petit livre sur le commerce et sur le trafic des vieux livres par les bouquinistes. — Ses pérégrinations chez les libraires ont été pour lui l'occasion de trouvailles bibliographiques intéressantes, mais par-dessus tout, elles lui ont donné l'idée de publier le récit de ses voyages sous forme de lettres à un ami de province qui, assurément, a dû être très-flatté de ce gracieux hommage.

En effet, ce livre est rempli de faits curieux et de charmantes anecdotes qui le font lire avec un véritable plaisir. On pourra s'en faire une idée par le récit de cet apologue à l'adresse des étudiants :

Un étudiant de la rue Racine vient chez un marchand de vieux livres lui demander s'il veut lui acheter quelques bouquins.

— Volontiers, lui dit-on, et le lendemain le bouquiniste était chez lui. Il n'y en avait pas lourd : une cinquantaine de volumes, mais avec cela deux grands diables d'in-folio, c'était un *Amyot Vascosan*.

— Ceux-là, dit l'étudiant, j'espère que vous m'en donnerez un bon prix.

— Je le voudrais bien, dis-je à ce jeune homme qui paraissait avoir besoin d'argent, mais aujourd'hui on ne veut plus de ces grands volumes, et puis ce sont les *Morales*, et il y a une traduction de M. Pierron, publiée chez M. Charpentier, qui est fort recherchée maintenant.

— Enfin, dit l'étudiant en laissant paraître une certaine émotion, faisant bien voir que le pauvre garçon avait compté sur la vente de ces deux gros volumes comme sur le morceau résistant de sa collection, voyez : ils sont parfaitement conservés, et c'est un bon livre, car mon père, en me le donnant, m'a dit : « Si jamais tu es découragé, si tu as fuis le travail, si tu as quelque embarras, lis Plutarque, tu trouveras toujours en lui un ami sûr, un conseiller dévoué, etc.... »

Le jeune homme n'avait pas achevé toute la phrase paternelle, ajouta le bouquiniste, qu'en continuant à feuilleter sa marchandise il trouva, espacés de pages en pages, des billets de 100 fr. jusqu'à dix au moins.

— Ah! s'écria-t-il en sautant de joie, voilà bien mon père!....

Puis, continua le bouquiniste, j'aperçus de grosses larmes dans ses yeux, car ce père si prévoyant il ne l'avait plus.

— Mon cher monsieur, me dit-il, je vous l'avoue, votre venue ici m'a procuré une bonne leçon. Entre nous, j'avais un peu oublié mes devoirs envers ma famille; j'ai fait des dettes.... Mais tout sera réparé dans une heure.

Pour vous, ajouta-t-il en me tendant la main, je ne veux pas que vous soyez venu pour rien; je garde mon cher Plutarque; mais tout le reste, ces romans, ces livres inutiles, que mon père ne m'eût certes pas donnés, prenez-les, ils sont à vous; qu'ils représentent pour aujourd'hui au moins une bonne action en devenant une cause de profit pour un brave homme.

Je doute, chers lecteurs, que dans vos jours de détresse vous interrogiez vos livres plutôt que vos banquiers; mais, en vous rappelant les recommandations de votre père à votre départ pour Paris, vous vous en tiendrez aux premiers pour n'avoir jamais à recourir aux seconds.

Tout ce livre, écrit avec goût, repose l'âme des préoccupations ordinaires de la vie; il annonce chez l'auteur des sentiments de bienveillance qui éclatent jusque dans son style et justifient ce mot de Buffon : Le style, c'est l'homme. E. B.

(1) Un vol. in-12, chez Durand, libraire.

---

plus grands, que la période d'excitation a été signalée par une insomnie plus opiniâtre. C'est ordinairement par l'insomnie que commencent les retours d'accès périodiques; un embarras gastrique en est le second temps, et, quand on observe avec attention les malades sujets à ces intermittences, on est quelquefois assez heureux pour faire avorter l'accès, ou pour en atténuer les principales manifestations. Nous remarquons encore que chez les malades à délire continu, c'est ordinairement aux insomnies intercurrentes qu'il faut attribuer certaines recrudescences dans l'expression ou l'extension des conceptions délirantes.

Avec un sommeil réparateur, la maladie se réduit à une sorte de virtualité abstraite, et pour ainsi dire théorique, qu'un régime régulier et des habitudes méthodiques parviennent à masquer dans nos asiles, où l'observateur superficiel arrive facilement à s'en laisser imposer par cette apparence. Le malade calme, doux et inoffensif, semble pouvoir être rendu impunément à la vie extérieure, quand on ne l'observe qu'à la surface; mais pour peu qu'on cherche à se rendre compte de la véritable situation de ces individus, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on a sous les yeux une sédation momentanée, dont une insomnie de quelques jours suffit pour faire perdre le bénéfice.

En général, quand une cause morale a été le point de départ de l'aliénation mentale, il est rare que l'insomnie n'ait pas joué un rôle important dans la pathogénie de l'affection, qui, préparée par l'élément psychique, ne s'est définitivement organisée que quand l'élément somatique a été de la partie par suite de la perturbation fonctionnelle résultant de l'insomnie.

ÉTUDES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

sur un cas de luxation ischiatique du fémur;

Par MM. B. Béraud, ex-prosecteur des hôpitaux, et Péan, interne des hôpitaux.

Depuis les recherches de quelques chirurgiens modernes, et principalement depuis les remarquables travaux de M. le professeur Malgaigne, l'histoire des luxations de la hanche a fait un grand pas. Mais tout en fixant la science sur plusieurs points débattus, M. Malgaigne signale des lacunes, et il ne manque pas de faire appel à de nouvelles observations.

Ayant eu occasion d'observer un cas de luxation de la hanche, nous l'avons étudié, et nous venons répondre autant qu'il est en nous aux quelques desiderata indiqués par le savant professeur de la Faculté.

Au mois de février 1856, on apporte dans mon cabinet le cadavre d'un homme fort, excessivement robuste, d'une musculature athlétique, parfaitement constitué. On l'avait injecté au suif pour l'étude des artères. Ses mains calleuses font croire qu'il avait exercé la profession de carrier. Il paraissait âgé de quarante à quarante-cinq ans; et son état d'embonpoint, la rigidité de ses muscles, tout nous porte à penser que la mort a été prompte, instantanée même.

Cet homme présentait une fracture de quatre côtes, une fracture de la colonne lombaire et une fracture de la cuisse un peu au-dessus de la partie moyenne; enfin une lésion de la hanche droite qui fixa surtout notre attention.

Voici le résultat de notre étude :

Position du membre luxé. — Après avoir séparé la partie du membre située au-dessous de la fracture, il nous resta les deux tiers supérieurs de la cuisse, et dans le moignon on voyait la surface inégale et oblique du fémur fracturé. Nous avons cru utile de nous débarrasser de tout ce qui était au-dessous de cette fracture, parce qu'elle ne pouvait servir à notre investigation à cause des modifications que la fracture avait imprimées aux rapports des parties.

Le moignon est porté dans la flexion sur le bassin à un point tel qu'il forme presque un angle droit avec le tronc.

La cuisse est en même temps dans l'adduction forcée; si on prolonge l'axe du fémur en bas suivant son axe, il viendra rencontrer le genou du côté opposé.

La déformation de la hanche est considérable : ainsi on voit en arrière une voussure n'existant point du côté sain. Le pli fessier n'est ni effacé, ni remonté, ni abaissé; mais le pli inguinal est plus profond.

Quand on cherche à imprimer des mouvements au membre luxé, on ne peut y arriver. Le fémur est très-solidement fixé.

La peau ne présente aucune lésion ni dans sa conformation ni dans sa structure; pas d'ecchymoses, pas de solution de continuité.

Tissu cellulaire sous-cutané. — Il est intact dans toute la partie qui correspond à la tête du fémur luxée, c'est-à-dire au niveau du bord inférieur du grand fessier.

Il n'en est pas de même au niveau de l'articulation sacro-iliaque et de la masse commune; là une forte ecchymose infiltre le tissu cellulaire, qui est toujours plus abondant en ce point, et dont la couche est destinée à masquer les insertions du grand fessier. Non-seulement cet épanchement sanguin est venu jusque sous la peau, mais il s'étend encore au-dessous des feuillets aponévrotiques qui recouvrent la face postérieure et inférieure de la masse commune; en bas, il descend en pointe vers le coccyx, et en dehors il contourne les insertions sacrées et iliaques du grand fessier.

L'injection artérielle, qui est assez pénétrante, n'a pas démontré l'existence de rupture d'artère volumineuse.

Grand fessier. — Quels sont les faisceaux de ce muscle qui recouvrent la tête du fémur luxé? Ce sont les fibres moyennes, mais surtout celles qui s'insèrent vers la partie inférieure de la crête sacrée.

Ces fibres ont une direction presque horizontale, tandis que leur direction normale est un peu oblique en bas. Si, pour se faire une idée de la déviation de ces fibres, on compare un membre bien conformé avec celui que nous examinons, on voit que les fibres inférieures du grand fessier ont bien un peu de tendance à se rapprocher de la ligne horizontale sur un sujet sain; mais cela n'a jamais lieu à un degré aussi prononcé que chez notre sujet.

Les fibres supérieures de ce muscle ou fibres sacro-iliaques, toutes celles enfin qui forment le bord supérieur du muscle, ont perdu leur direction oblique en dehors, ce qui s'explique par leur état de relâchement, état qui permet d'apercevoir tout entier à nu le sommet du grand trochanter. C'est encore à cause de ce changement de direction dans le bord supérieur du muscle grand fessier, que l'on voit de suite les insertions du moyen fessier sur le grand trochanter, insertions qui ne sont pas visibles quand les rapports ne sont pas changés.

Les fibres inférieures du grand fessier, c'est-à-dire celles qui du coccyx et du grand ligament sacro-sciatique vont en ligne droite s'insérer du coccyx à la ligne âpre du fémur, sont ramassées et attirées en avant et en haut vers leurs insertions au fémur. Il en résulte que ces fibres décrivent une courbure à concavité tournée en haut, et que le relief formé par ce bord est plus grand et situé sur un point plus élevé.

Les rapports du grand fessier ont subi des changements assez importants. Ainsi, dans l'état normal, le grand fessier recouvre une grande partie du moyen fessier, le grand trochanter, ainsi que les insertions à cette éminence des muscles moyen fessier et triceps fémoral. Mais, chez notre sujet, toutes ces insertions ne sont plus recouvertes, par suite du déplacement du grand fessier.

La tension du bord inférieur du muscle grand fessier permet d'apercevoir au-dessous de lui une partie des attaches ischiatiques des muscles biceps et demi-tendineux, dans une étendue plus grande qu'à l'état normal.

Si la dissection du grand fessier montre que ses autres rapports n'ont pas éprouvé de changements bien appréciables, nous devons dès maintenant signaler un rapport tout nouveau, résultat de la luxation; nous voulons parler de la tête du fémur, qui, après avoir traversé les couches profondes de la région, est venue se mettre en contact avec la face profonde du muscle grand fessier.

Il existe une ecchymose au-dessous du muscle grand fessier et occupant le tissu cellulaire qui environne la tête fémorale. Cette ecchymose s'étend en haut et en bas au-dessous du muscle; mais, fait digne d'attention, elle traverse les faisceaux du grand fessier, surtout dans sa partie supérieure, et c'est ainsi que s'établit la communication entre l'ecchymose sous-cutanée dont nous avons parlé et cette ecchymose sous-musculaire.

Moyen fessier. — Ses faisceaux ont éprouvé des modifications fort curieuses.

Les fibres antérieures de ce muscle sont à l'état normal dans une direction presque horizontale, et d'autant plus prononcée, qu'elles sont plus antérieures; elles deviennent même tout à fait horizontales quand on fléchit la cuisse sur le bassin.

Ici rien de semblable; non-seulement l'élévation du bord antérieur du grand trochanter a mis dans le relâchement complet les fibres qui lui arrivent de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'échancrure sous-jacente, mais encore elle les a redressées si bien que leur direction est devenue presque verticale.

Plus l'on se porte en arrière de ce muscle, plus le relâchement diminue, à tel point que les fibres les plus postérieures sont dans un état de tension permanente et complète.

Cet état du muscle se comprendra plus facilement quand nous aurons décrit le mouvement qu'a exécuté le fémur sur son axe longitudinal.

Les fibres moyennes du moyen fessier ont conservé leur direction verticale, mais il est curieux de voir que là ou elles réunissent leurs fibres postérieures au tendon, elles offrent une tendance à se déplisser comme les barbes d'une plume, sous l'influence de la traction en avant exercée par le grand trochanter.

Quant aux fibres postérieures de ce muscle, elles sont devenues encore plus horizontales qu'elles ne sont dans l'état normal.

Voici les rapports nouveaux que ce muscle nous a offerts. En avant, le tenseur du fascia-lata recouvre sa portion antérieure, mais dans une plus grande étendue.

Ses rapports avec les nerfs et les vaisseaux de la région ne sont pas changés.

Son bord postérieur est en rapport avec le bord supérieur du pyramidal; mais au lieu de rester en quelque sorte confondu avec ce dernier muscle, il s'en écarte de quelques millimètres dans toute son étendue.

En résumé, le muscle moyen fessier a subi un mouvement de torsion sur lui-même, de manière que ses fibres postérieures ont de la tendance à se porter en avant et en haut, tandis que ses fibres antérieures se portent en arrière et en bas.

Un épanchement sanguin assez abondant existe entre le pyramidal et le moyen fessier, principalement au niveau de leurs attaches trochantériennes.

Petit fessier. — Il est relâché. Au lieu d'être obliques en dehors, ses fibres deviennent partout verticales. Ce sont les fibres antérieures qui sont les moins tendues; c'est au point qu'elles forment une courbe concave en avant au lieu de descendre en ligne droite, d'avant en arrière, vers le grand trochanter. Ainsi, tandis que la longueur du bord antérieur du muscle est de 14 centimètres du côté opposé à la luxation, il est tellement ratatiné de l'autre côté que la distance qui mesure ses deux extrémités est réduite à 8 centimètres.

Il n'y a guère à noter qu'un peu d'éloignement que le tendon trochantérien affecte avec l'attache du pyramidal et une ecchymose assez forte autour de son attache inférieure qui remonte à sa face profonde jusqu'au-dessous du tendon réfléchi du droit antérieur.

Quant à ses rapports avec la partie supérieure et postérieure de la capsule, au lieu d'avoir une étendue de 6 centimètres, ils ont presque totalement disparu. Cela est dû au froncement de la capsule qui est comprimée en dedans du grand trochanter rapproché d'elle.

En résumé, il résulte de l'examen des trois muscles fessiers :

1° Que leurs faisceaux antérieurs et supérieurs sont relâchés, et que leur action sur le grand trochanter doit être nulle ou peu énergique.

2° Que les faisceaux postérieurs des mêmes muscles sont, au contraire, plus ou moins tendus, que cette tension est plus forte pour le grand fessier, un peu moins pour le moyen et plus faible pour le petit.

3° Enfin, si ces muscles se contractent, il est évident que les fibres tendues agiront les premières et avec plus d'énergie, et que dès lors le fémur sera porté en haut et en arrière d'une manière toute naturelle par suite de cette nouvelle disposition anatomique.

Pyramidal. — Mettons de côté les insertions pelviennes de ce muscle, qui n'offrent rien de particulier, pour fixer toute notre attention sur les fibres qui convergent vers le tendon d'insertion au trochanter : ces fibres sont allongées au point qu'elles portent de petites déchirures. Le muscle s'est aplati, il est devenu plus horizontal. Quant au tendon d'insertion, il offre une très-grande rigidité, il est remonté; de plus, le tissu cellulaire ambiant est baigné de sang.

La direction totale du muscle est telle qu'au lieu de former avec l'axe du fémur un angle presque droit, il se trouve lui-même dans l'axe du fémur luxé, axe qui dans le cas passerait par l'angle postérieur du bord supérieur du trochanter auquel il s'attache. Sur un cadavre non mutilé, tout bord supérieur du trochanter resterait encore au-dessous de cet axe, tandis qu'il est au-dessus.

Par suite de sa tension et de sa position, le muscle peut-il être mieux disposé pour retenir le grand trochanter dans son déplacement?

Ce changement dans les rapports met à découvert le tendon qui devrait être caché sous la portion inférieure du moyen fessier. Chacun sait encore que le jumeau supérieur doit passer au-dessous du tendon du pyramidal; or le jumeau est devenu parallèle au bord inférieur de ce muscle. Citons enfin une ecchymose à sa face profonde.

Obturateur interne. — Dans l'état normal, examiné seulement après sa sortie du bassin, ce muscle se porte horizontalement en dehors pour s'attacher à la partie postérieure du bord supérieur du grand trochanter; il recouvre la capsule articulaire et correspond à la réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de la tête fémorale. Sur notre sujet, ces rapports sont notablement modifiés. La direction n'est plus horizontale, le muscle décrit une courbe à concavité inférieure en contournant la sphère de la tête fémorale située immédiatement au-dessous de son bord inférieur. De plus, il est dans un état complet de relâchement.

Les *muscles jumeaux* intimement unis au muscle obturateur interne ont aussi éprouvé les mêmes modifications dans leurs rapports et leur direction.

Carré fémoral. — Sur un plan inférieur à tous les muscles précédents se trouve le carré crural, qui porte les plus graves lésions.

Les fibres de ce muscle ne sont plus horizontales, mais elles décrivent une courbe à concavité supérieure, surtout à la partie inférieure du muscle.

Elles sont déchirées dans une grande partie de leur étendue, et c'est cette déchirure qui doit nous arrêter un instant. Elle occupe les trois quarts du muscle à partir du bord supérieur. Elle siége vers l'insertion ischiatique du muscle, elle n'est pas verticale. Elle descend en bas et en dehors, si bien qu'elle se rapproche des insertions au fémur par sa partie inférieure. Elle est inégale, dentelée, le faisceau supérieur du fragment trochantérien est le plus long, le moyen est plus court d'un centimètre, et l'inférieur plus petit encore d'un centimètre. Il y a même une perte de substance correspondante au centre de la partie déchirée, et les lambeaux se trouvent appliqués sur la capsule. Que reste-t-il de tout notre muscle? un seul faisceau qui représente le quart inférieur. Cette partie musculaire embrasse dans une courbe à concavité supérieure, la tête et le col du fémur.

EMPOISONNEMENTS DUS A L'ACIDE ARSÉNIEUX,

et traités avec succès par l'eau-de-vie.

Par M. le docteur Delarue (de Bergerac).

Le 9 août 1845, à dix kilomètres de Bergerac, nous fûmes appelé à

donner nos soins à Mme X..., à son fils, à sa fille seconde, à la cuisinière et à un vigneron de la maison, tous atteints à la fois d'intoxication arsenicale.

Adultes ou adolescents, ces cinq malades, d'un tempérament à fond lymphatique, d'une constitution robuste, jouissaient ordinairement d'une bonne santé.

L'empoisonnement s'était produit la veille au soir, au moyen d'un gâteau préparé par mégarde avec un mélange de farine de maïs et d'acide arsénieux, qu'on destinait aux rats, en ce moment fort nombreux au logis.

Pendant la nuit, la substance toxique avait commencé à manifester ses effets.

A notre arrivée (midi), les patients, à peu de chose près, offraient les mêmes phénomènes, dont voici le tableau général : anxiété, faiblesse de tout le corps; membres endoloris; sentiment de chaleur brûlante le long du tube digestif, surtout au pharynx; épigastre très-sensible à la plus légère pression; vomissements fréquents, parfois de matières brunâtres; diarrhée bilieuse; urines rares; trémoussements nerveux; insomnie; ptyalisme; odeur métallique prononcée; soif ardente; horreur des aliments; pouls lent, petit, sans consistance; peau humide, notablement refroidie.

Saisissant avec empressement une occasion si belle d'appliquer les doctrines thérapeutiques de l'école italienne, nous prescrivîmes :

1° La diète; 2° le repos; 3° des boissons fraîches appropriées; 4° de l'eau-de-vie administrée pure, par cuillerées à café, de vingt-cinq minutes en vingt-cinq minutes aux deux sujets moins âgés, et de quart d'heure en quart d'heure aux trois autres.

Bientôt, *sous l'influence de ce traitement hypersthénisant*, tous les symptômes s'amendèrent.

Vers la fin du jour, l'amélioration étant à son comble, le remède fut entièrement supprimé.

Quoique prise à doses élevées (*de soixante à quatre-vingt-dix grammes environ par individu*), l'eau-de-vie, suivant nos prévisions, n'engendra aucun accident appréciable.

Le lendemain la guérison ne laissait absolument rien à désirer.

(*Revue de thérapeutique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 janvier 1858. — Présidence de M. Laugier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique demande l'expédition authentique de l'acte notarié de la donation faite en faveur de l'Académie par la famille de M. Amussat, afin de pouvoir soumettre cette donation au conseil d'Etat.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Jeannel et Monsel adressent une addition à leur mémoire sur l'émulsionnement par les liquides alcalins. (Commission déjà nommée.)

— M. Moura-Bourillon adresse un pli cacheté relatif au traitement curatif des hernies par un procédé nouveau. (Le dépôt est accepté.)

— M. Cornuel, ancien médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, sollicite le titre de membre associé ou de correspondant.

— **M. Velpeau** fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Luigi Ciniselli, chirurgien principal au grand hôpital de Crémone, d'un mémoire imprimé intitulé *De l'électro-puncture dans le traitement des anévrismes.*

— **M. le Président** annonce à l'Académie qu'il y a quatre vacances d'associés libres. Il y aura lieu, par conséquent, à nommer une commission de cinq membres pour proposer une liste de candidature.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploitation d'eaux minérales, dont les conclusions sont successivement adoptées sans discussion.

Dartre tonsurante des animaux. — M. Devergie, au nom d'une commission composée de MM. Leblanc, Bouley, Gibert, et Devergie, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Reynal, chef des travaux cliniques à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, ayant pour titre : *De la dartre tonsurante du cheval et du bœuf, contagieuse de ces animaux à l'homme.*

Voici en quels termes se termine le rapport de M. Devergie : il nous reste maintenant, messieurs, à résumer les mérites du travail de M. Reynal, qui, sous des formes modestes, a fait connaître les personnes qui l'auraient précédé dans l'étude de cette maladie.

Et d'abord, nous n'hésitons pas à le dire, aucun vétérinaire n'avait désigné ni décrit l'herpès tonsurant chez les animaux; les vétérinaires pouvaient connaître cette maladie, mais elle recevait la dénomination très-vague de dartre.

On trouve dans le *Journal des vétérinaires du Midi* (t. Ier, 1838.), sous le titre : *De la transmission de quelques maladies des animaux à l'homme*, plusieurs observations succinctes de M. Lavergne, dont quelques-unes paraissent se rattacher à l'affection dont il s'agit. On y cite des exemples de transmission du cheval et du chien à l'homme. On désigne ces maladies sous les noms de *gale* et de *dartre*. C'est par la physionomie que l'auteur donne à sa description, que l'on reconnaît l'herpès tonsurant.

Il existe aussi dans le même tome de ce journal des faits de *dartres sèches* observés dans l'espèce bovine par M. Carrère de la Bastide, avec communication à l'homme. Ce sont encore des faits d'*herpès tonsurant* très-succinctement relatés.

M. Vereyen a publié des observations analogues dans un mémoire qu'il a inséré dans le *Journal vétérinaire et agricole* de Belgique (1842); c'est encore sous les noms de gale et de dartre que se trouvent indiqués les exemples d'herpès tonsurant transmissibles des animaux aux animaux et de ceux-ci à l'homme.

Il faut arriver au mémoire que M. Letenneur a publié en 1852 pour retrouver l'herpès tonsurant parfaitement signalé dans l'espèce bovine avec sa transmission aux animaux et sa transmission à l'homme sous la forme d'*herpès circinné.*

Nous devons ajouter qu'en 1851 M. Cazenave avait fait voir à ses élèves un individu qui portait à la joue un herpès circinné, que le malade rattachait au fait d'avoir porté sur ses épaules un veau dartreux. (*Annales des maladies de la peau*, 1851).

Nous pensons que M. Reynal a, le premier, fait connaître la transmission de l'herpès tonsurant dans l'espèce chevaline et celle du cheval à l'homme.

Mais ce n'est là que le plus faible mérite de son travail. Ce qui en fait surtout l'importance, c'est d'avoir donné à cette espèce de dartre du cheval, du bœuf et du chien le nom de *dartre tondante*, de l'avoir distinguée des autres maladies de la peau; d'en avoir tracé l'histoire tant sous le rapport des causes, de la forme, de la marche, de la durée, que sous celui du traitement, et surtout d'en avoir donné une description qui ne laisse rien à désirer.

A ce point de vue le mémoire est tout à fait neuf; il est d'autant plus important, qu'il généralise l'herpès tonsurant chez les animaux et chez l'homme.

En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser à M. Reynal une lettre de remercîment pour la communication qu'il a faite,

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication.

— Après quelques explications échangées entre M. Moreau et M. Devergie sur les rapports et les différences qui existent entre l'herpès tonsurant et l'herpès circinné, M. le président propose, vu l'importance de ce rapport, d'ajourner la discussion à laquelle il pourra donner lieu jusqu'à ce qu'il ait été imprimé, et de voter sur les conclusions. L'Académie approuvant cette proposition, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Colique de plomb. — M. Briquet lit la première partie d'un mémoire sur la colique de plomb. S'il est, dit l'auteur, une maladie sur le siége de laquelle l'opinion médicale n'ait guère varié, c'est la colique de plomb. En tous les temps et en tous les lieux, elle s'est appelée colique. Elle a toujours été regardée comme siégeant dans le tube digestif. On a alternativement attribué la cause de la douleur au contact des molécules saturnines avec la muqueuse, à la distension du ventre par les gaz suite de la constipation, à la contusion de l'intestin par les matières fécales endurcies, à la phlegmasie du tube digestif, etc. Si toutes ces interprétations ont été si défectueuses et si peu satisfaisantes, c'est qu'elles ont eu pour but de donner la raison d'un fait qui n'existe pas; la douleur de la colique de plomb n'a son siége dans aucune des parties du tube digestif, elle réside dans les muscles des parois qui forment l'enceinte de l'abdomen.

Cette vérité avait été pressentie par quelques auteurs qui ont placé le siége de la colique de plomb soit dans la moelle épinière (Astruc, Laënnec, Barbier, d'Amiens), soit dans les nerfs rachidiens et grand sympathique (MM. Andral, Rauque, Grisolle, le professeur Giacomini, etc.)

Les muscles qui forment l'enceinte de la cavité de l'abdomen sont bien positivement le siége des douleurs de ventre qu'éprouvent les malades atteints de la colique de plomb, et ils n'ont pas d'autre douleur que celle-là. Telle est la proposition que M. Briquet tient à démontrer. En voici, dit-il, les preuves :

Si l'on pratique la palpation de l'abdomen chez les malades atteints de la colique de plomb en appuyant perpendiculairement, et sans trop presser, l'extrémité d'un ou de deux doigts, de manière à n'agir que sur la peau et sur le muscle subjacent, et à respecter les parties plus profondément situées, on provoque toujours et à l'instant même, en un ou plusieurs endroits, une douleur vive que le malade exprime par une contorsion ou par une plainte, et par sa figure qui prend aussitôt l'aspect qu'elle offre pendant un accès de la colique; et cette douleur est si vive, que le malade arrête ordinairement la main qui presse l'endroit douloureux. Cette pression n'intéresse en rien les parties contenues dans la cavité de l'abdomen, d'abord parce qu'elle est légère, et ensuite parce qu'elle donne le même résultat quand l'endroit douloureux correspond aux insertions des muscles sur les côtes, sur les rebords osseux du pubis et de la crête de l'os des îles, et aux masses musculaires du carré des lombes, et des faisceaux des muscles sacro-lombaire et long dorsal.

Ces points douloureux à la palpation correspondent toujours aux lieux où les malades éprouvent ce qu'ils appellent leur colique, avec une exactitude telle qu'il n'est pas une seule des douleurs de la colique de plomb qui soit sentie dans un autre endroit que celui où la palpation provoque de la douleur.

Le mouvement, soit actif, soit passif, des fibres musculaires des points endoloris, exaspère notablement la douleur; et cette douleur à son tour gêne la locomotion. Ainsi les malades ne respirent pas librement, ils ne peuvent pas faire de grandes inspirations; la toux et les efforts provoquent la douleur dans les points endoloris; les mouvements que nécessite l'action de changer de position dans le lit produisent également de la douleur, s'ils sont faits brusquement et sans prendre de précautions; l'habitude qu'on a de voir les malades dans leur lit fait que personne n'a signalé l'attitude que prennent les gens attaqués de la colique de plomb quand ils sont debout. Ces malades se tiennent constamment courbés en deux et ils ne peuvent pas se redresser. Si la douleur est dans les muscles droits de l'abdomen, ils se tiennent courbés en avant en soutenant leur ventre avec les mains; si elle est dans l'un des muscles obliques, ils se tiennent de côté. Dans les deux cas, quand on veut les redresser, ils jettent à l'instant même des cris indiquant une vive douleur.

On a beaucoup parlé du soulagement qu'éprouvent les malades lorsqu'ils se couchent sur le ventre, mais on n'a point ajouté que cette sorte de soulagement, qui est analogue à celui qu'éprouvent les rhumatisants au moment où ils viennent de prendre une position nouvelle, ne dure pas longtemps, et en réalité les malades atteints de colique de plomb se roulent et s'agitent incessamment dans leur lit sans pouvoir, comme cela arrive chez les rhumatisants, trouver une bonne position.

Les douleurs abdominales de la colique de plomb sont quelquefois accompagnées, ainsi que M. le docteur Beau l'a le premier constaté, d'un état soit d'hyperesthésie, soit d'anesthésie de la peau qui recouvre les muscles endoloris; or, la même chose se rencontre chez les hystériques, dont les muscles superficiels sont si fréquemment le siége non contesté de douleurs très-vives.

La constipation n'a absolument aucune influence appréciable sur les douleurs abdominales de la colique de plomb. Les malades, ainsi qu'on le verra plus loin, peuvent toujours être débarrassés de leurs douleurs, la constipation persistant au même degré que lors du début de la maladie.

Chez certains malades, les parois abdominales sont tellement douloureuses, qu'elles se tiennent dans une sorte d'état de contracture, duquel résulte la rétraction du ventre, qui était autrefois considéré comme l'attribut classique de la colique de plomb.

Si par un moyen thérapeutique, duquel il sera question plus loin, on fait brusquement et complétement cesser la douleur que la pression provoque dans le muscle endolori, à l'instant même tout sentiment douloureux cesse, il n'y a plus aucune souffrance ni locale ni générale, et si le malade n'a pas d'autres symptômes que la douleur et que le trouble des voies digestives, il ne se sent plus de mal, et toutes les fonctions se rétablissent promptement.

Enfin, et pour terminer la série de ses preuves, M. Briquet réfute l'assertion émise par M. Tanquerel, que le rhumatisme des parois abdominales ne trouble en aucune manière les fonctions digestives.

En résumé, sur 43 malades dont les observations forment la base de ce travail, les douleurs siégeaient dans les muscles droits 36 fois, dans les muscles des lombes et du bas des gouttières vertébrales 19 fois, et dans les muscles obliques 10 fois. Elles intéressaient plus souvent les parties supérieures et les parties inférieures des muscles que leur portion moyenne, comme elle le fait, probablement pour la même raison, dans le rhumatisme musculaire. Enfin, les muscles du côté droit de l'abdomen ont été aussi souvent atteints que ceux du côté gauche, ce qui offre une différence très-notable avec ce qui se voit dans l'hystérie, où les douleurs occupent de préférence le côté gauche du corps.

Pourquoi les muscles des parois abdominales sont-ils à peu près le siége exclusif de la douleur dans la colique de plomb? Peut-être le métal agit-il sur eux en vertu d'une action élective, comme il le fait pour les extenseurs des membres supérieurs. Peut-être aussi ces douleurs se développent-elles sous l'influence d'une excitation spéciale d'une portion du prolongement rachidien, comme le supposaient Astruc, Laënnec et Barbier. Toujours est-il que ce n'est pas un fait particulier à la colique de plomb; il est une maladie d'hystérie dans laquelle les douleurs se rencontrent comme étant l'un des principaux phénomènes. Or il est à présent bien constaté que ces douleurs qu'on avait toujours considérées comme siégeant soit dans les cordons nerveux, soit dans les viscères splanchniques, siégent presque exclusivement dans les muscles, et c'est précisément le siége de ces douleurs dans les muscles chez les hystériques qui m'a porté à le rechercher dans la colique de plomb, où je supposais d'avance que je le trouverais être le même.

Existe-t-il une loi sous l'empire de laquelle se produisent ces myosalgies? Peut-être résultent-elles des troubles des viscères contenus dans les cavités dont les muscles endoloris forment l'enceinte. Toujours est-il que, quelle que soit leur origine, elles peuvent plus tard exister indépendamment de tout trouble correspondant dans les viscères profonds, et qu'elles ont en quelque sorte acquis par leur durée le droit d'exister par elles-mêmes.

En cherchant à démontrer que les douleurs principales de la colique de plomb siégent dans les muscles abdominaux, je suis loin de prétendre que le tube digestif est à l'état normal dans cette maladie. A la vérité les recherches anatomiques n'ont jusqu'à présent montré l'existence d'aucune lésion constante, et la pression exercée sur le ventre dans les endroits autres que ceux où siégent les douleurs musculaires, ne provoque pas de douleur dans les organes situés plus profondément; néanmoins j'admets l'existence d'un trouble quelconque dans le tube digestif, mais je le crois borné à peu de chose, et je maintiens que dans les cas de colique simple non produite par l'ingestion directe du plomb dans les voies digestives, la lésion de ces premières voies n'est que secondaire et toujours subordonnée à d'autres lésions desquelles il faut que la thérapeutique s'occupe spécialement. Il résulte de là qu'on ne doit pas chercher dans une lésion des grands sympathiques la cause de tous les accidents produits par le plomb, et que l'on se trouve tout naturellement reporté à l'idée que ces divers symptômes correspondent plus probablement à un trouble d'une portion quelconque du prolongement rachidien.

M. Briquet examine ensuite la question du diagnostic différentiel. Ce dernier ordre de considérations le conduit à la deuxième partie de son travail, qui a trait à la thérapeutique. Mais, vu l'heure avancée, il demande à l'Académie la permission de renvoyer la lecture de cette deuxième partie à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le service chirurgical des hôpitaux de Toulouse :

M. Estévenet, chirurgien en chef de la Maternité, passe au même titre à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Dieulafoy, dont la durée du service est expirée;

M. Laforgue, chirurgien en chef de l'hospice de la Grave, passe à la Maternité;

M. Noguès, chirurgien-adjoint à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien en chef de l'hospice de la Grave. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

— Un de nos plus honorables confrères de province, M. Thomas (de Saint-Etienne), vient de mourir dans cette ville.

Le corps médical au complet, les communautés religieuses, les établissements de bienfaisance, le lycée, les ouvriers mineurs, un concours innombrable d'amis, avaient tenu à honneur d'accompagner à son dernier asile l'homme de bien, l'homme utile, toujours simple et modeste, le père dévoué qui porta sans faiblir le poids de la famille, le praticien usé dans l'accomplissement de sa tâche, la rude tâche de guérir ou de consoler.

Qu'il dorme en paix, arrivé au terme où nous allons tous! Pour lui aussi la justice contemporaine a été tardive et la vie s'est écoulée dans l'épreuve et le combat.

Dr B. Escoffier.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 6. — SAMEDI 16 JANVIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 6. — SAMEDI 16 JANVIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — La fièvre typhoïde et la grippe.

Il a été déjà plusieurs fois question dans cette revue de l'extrême fréquence des affections typhoïdes à Paris, pendant une grande partie de l'année qui vient de se terminer, et nous avons signalé notamment les caractères spéciaux qu'elles ont offerts dans certains hôpitaux où elles ont paru revêtir une physionomie épidémique particulière. Depuis cette époque les choses ont changé de face : la constitution médicale s'est complétement modifiée, les fièvres typhoïdes ont diminué de fréquence et ont perdu leur caractère épidémique, pour faire place à une autre affection, moins grave sans doute, mais qui n'en est pas moins remarquable par sa généralité ; nous voulons parler de la grippe. A la suite des brouillards du mois de décembre, la grippe s'est abattue sur Paris, à un tel point que, depuis un mois bientôt, il n'est pas de maison où elle n'ait fait invasion. Et une fois entrée dans une maison, rarement elle se borne à frapper un seul individu. Presque tous les membres de la famille payent successivement leur tribut. Une épidémie meurtrière, qui sévirait avec cette généralité, laisserait à peine un tiers ou un quart de la population debout. Heureusement, il ne s'agit que d'une affection très généralement bénigne de sa nature.

Cependant, cette bénignité n'est pas telle qu'on doive négliger toutes précautions et s'endormir dans une sécurité trop grande sur ses suites possibles. Il ne s'agit pas, en effet, de ces bronchites simples et de ces coryzas si communs à l'entrée de l'hiver, et auxquels on a donné depuis quelques années, par une extension abusive, le nom de grippe. Il s'agit bien réellement de la grippe épidémique telle qu'on l'a vue sévir avec une grande intensité à Paris en 1832, avant la grande épidémie de choléra, et plusieurs fois depuis ; c'est-à-dire de cette fièvre catarrhale dans laquelle la bronchite n'est qu'une des localisations les plus habituelles, et qui est principalement caractérisée par un état général de courbature, avec accélération du pouls, chaleur à la peau, céphalalgie intense, continue, gravative et persistante, état saburral des premières voies, et enfin un état général de prostration qui est en quelque sorte comme le caractère propre, le cachet de toute maladie épidémique. La durée moyenne de cette affection est d'un septénaire ; cependant, chez quelques personnes elle ne dure que trois ou quatre jours ; chez d'autres, elle se prolonge jusqu'à douze et quatorze jours.

Nous venons de dire que la bronchite est une des localisations les plus habituelles de la grippe, et nous ne disons pas qu'elle en est la localisation constante et caractéristique. Nous avons vu, en effet, quelques malades qui ont présenté tout l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer, et qui, au lieu d'une bronchite, avaient, les uns une angine, les autres l'état gastrique seulement.

Enfin, chez quelques-uns, l'affection a pris un caractère beaucoup plus grave ; elle s'est terminée par une pneumonie catarrhale qui a entraîné la mort. Nous avons vu plusieurs cas se terminer ainsi dans les hôpitaux ; et c'est à une complication de ce genre qu'a succombé le regrettable confrère dont nous avons récemment annoncé la mort à nos lecteurs, M. Legendre.

Le traitement de cette affection repose sur une indication principale et dominante, c'est celle des évacuants. La médication évacuante est presque constamment suivie d'un amendement sensible dans l'état général, et surtout de la diminution de la céphalalgie qui est le symptôme le plus pénible et le plus fatigant. Elle aide aussi à une plus prompte résolution de la bronchite et prévient l'engouement pulmonaire qui pourrait s'ensuivre. Mais de tous les agents de la médication évacuante, c'est l'éméto-cathartique surtout qui doit être préféré. Un gramme d'ipécacuanha associé à 5 centigrammes de tartre stibié, pour un adulte, et une dose un peu inférieure pour les jeunes gens et les enfants, constitue la médication principale, qui peut être avantageusement complétée par l'usage des boissons pectorales et des béchiques si généralement usités en pareils cas.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet si l'épidémie continue à sévir.

De quelques moyens de traitement de la fièvre typhoïde et en particulier de la médication stibiée.

En passant de la grippe à la fièvre typhoïde, nous ne faisons qu'un pas rétrograde ; nous passons de la constitution médicale présente à celle qui l'a immédiatement précédée. La fièvre typhoïde d'ailleurs a malheureusement toujours le triste privilége de l'actualité, car l'on ne cesse jamais d'avoir à compter avec elle, alors même qu'elle ne règne point épidémiquement. Le traitement de cette affection surtout est et doit être constamment pour nous un sujet de préoccupation, et nous croirions manquer à un devoir, si nous ne tenions nos lecteurs au courant de tous les essais, de toutes les tentatives de médication, ces tentatives ne fussent-elles que de vieilles méthodes restaurées. C'est ainsi que nous avons exposé il y a quelque temps la méthode de M. Worms du Gros-Caillou, adoptée et suivie par quelques-uns de ses anciens élèves, ainsi que le traitement spécial des congestions pulmonaires récemment préconisé par M. Béhier.

Nous allons aujourd'hui appeler l'attention sur la médication stibiée, modification et atténuation de la méthode rasorienne, dont un honorable praticien de Paris, M. le docteur Renouard, bien connu de nos lecteurs par plusieurs publications estimables, s'est constitué le chaud partisan.

Voici en quoi consiste cette méthode :

Prodromes et invasion. — Durant cette période, qui embrasse un espace de sept à dix jours, la maladie n'étant pas encore suffisamment caractérisée, M. Renouard s'en tient à la médecine expectante si aucun symptôme grave ne réclame des soins particuliers. Quelques boissons délayantes avec ou sans adjonction d'un léger purgatif, constituent alors la médication de cette période. Mais s'il existe quelque symptôme grave, tel qu'une violente céphalalgie, une bronchite capillaire ou une pneumonie, il traite ce symptôme ou cette maladie accessoire selon les règles ordinaires, par les évacuations sanguines, les révulsifs cutanés ou autres, etc.

Maladie confirmée. — Quels que soient les symptômes dominants, quelle que soit la forme de la maladie, dès qu'il est certain d'avoir affaire à la fièvre typhoïde, M. Renouard a recours à la médication suivante pour un sujet adulte :

Potion :	Eau distillée.	100 grammes.
	Tartre stibié.	15 ou 20 centigr.
	Sirop diacode.	25 grammes.
	Eau de fleurs d'oranger. . . .	5 grammes.

Prendre une cuillerée à soupe d'heure en heure, en s'abstenant de toute autre boisson pendant les quatre ou cinq premières heures, afin d'éviter le vomissement et de laisser une première quantité de sel d'antimoine passer dans les intestins et y être absorbé au moins en partie.

Quand la potion a été tolérée assez bien pendant les premières heures, on permet de donner au malade, pour calmer sa soif, une boisson agréable et fraîche, telle que la limonade tartrique ou citrique, la décoction de chiendent édulcorée avec un sirop acidule, ou une infusion pectorale gommée, selon l'indication.

La potion produit un bon effet lorsqu'elle ne provoque ni vomissements ni garde-robes, ou seulement quelques vomituritions et quelques selles. L'effet est encore assez favorable s'il n'y a que peu de vomissements et des selles fréquentes. Au contraire, si les vomissements sont réitérés et accompagnés de beaucoup d'efforts, l'usage de la potion est suspendu, ou on en éloigne les prises de trois ou quatre heures.

Quel que soit le résultat obtenu par la première potion, il est rare qu'une seconde potion pareille ne soit pas prescrite, soit immédiatement, soit après un repos d'un jour, en distançant les doses suivant l'indication, de manière à ne produire que peu ou point de vomissements. Presque toujours deux potions suffisent ; il n'a été nécessaire d'avoir recours à une troisième que dans très-peu de cas et après une suspension de quelques jours.

La céphalalgie est le symptôme qui disparaît ordinairement le premier. M. Renouard assure qu'elle n'a jamais ou presque jamais résisté à la première potion. Il permet de bonne heure quel-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, par M. le docteur BOUCHUT, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux (1).

Il y a des gens qui s'imaginent qu'à moins d'avoir des cheveux blancs on ne peut avoir de l'expérience en médecine, et qu'il est nécessaire d'être très-vieux pour se permettre d'écrire sur ce qui touche à la santé des hommes. Ce sont ceux-là qui ont inventé le célebre axiôme : *Vieux médecin, jeune chirurgien*, et qui n'ont à jeter à la face des travailleurs que l'exemple de Morgagni, lequel, dit-on, ne commença à écrire son traité *De sedibus et causis* que dans un âge très-avancé. Hâtons-nous de le dire : ceux qui soutiennent cette opinion sont dans l'erreur la plus complète ; il faut être jeune pour travailler, pour observer, pour écrire. Ce n'est pas que nous pensions que le premier venu, sortant des bancs de l'école, pourra, par cela seul qu'il est rempli de présomption et d'un grand amour de lui-même, jeter sur le papier et convertir en volume toutes les idées qui lui passeront par la cervelle ; qu'il sera capable, à l'aide d'une demi-douzaine de faits, de changer la face de la science, et déclarer absurdes les opinions de tous ceux qui l'ont précédé ; non. Mais nous affirmons que la plus grande partie des travaux sérieux, de ces travaux qui ont fait époque dans la science, sont l'œuvre d'hommes jeunes et dans toute la force de l'âge, dans toute l'ardeur des convictions. Vouloir attendre trop tard, c'est se résigner le plus souvent à ne développer que des doctrines empreintes de doute et de septicisme, conséquences inévitables de l'affaiblissement intellectuel, ou, en admettant que dans la vieillesse on ait conservé l'énergie et l'entier exercice de ses facultés morales, s'exposer, comme nous l'avons malheureusement vu plus d'une fois, à laisser inachevé le livre que l'on a commencé.

A notre époque d'ailleurs, les moyens d'instruction et d'étude sont tellement nombreux et perfectionnés, on peut tant voir en si peu de temps, et si facilement, que l'on conçoit que l'expérience vienne vite, pour peu qu'il s'agisse d'une tête bien organisée et douée du talent d'observation, d'analyse et de généralisation. Avec nos hôpitaux, nos cliniques, nos amphithéâtres, on voit plus en dix ans aujourd'hui que l'on ne voyait en trente ans autrefois. Que l'on ne s'étonne donc plus de voir les généralités les plus élevées de la science abordées, et avec succès, par les hommes de la jeune génération médicale, et que l'on ne crie pas à l'anathème parce que l'un d'eux aura osé publier un *Traité de pathologie générale* aussi complet que le comporte l'état actuel de nos connaissances.

Déjà connu dans le monde médical par plusieurs publications importantes, par un *Traité des maladies des enfants* arrivé à sa troisième édition, par un livre sur les signes de la mort et par de nombreux mémoires insérés dans les recueils périodiques, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, M. Bouchut n'a pas craint de tenter l'exposition de cette partie de la science médicale.

« Des vérités générales, dit-il, aujourd'hui tombées dans le domaine » public, et comprenant dans leur énoncé le nombre immense des faits » particuliers et analogues, ont survécu sans qu'on sache ce qu'il a » fallu de temps, de persévérance et de génie pour les découvrir. Ce » sont ces vérités que je me propose d'exposer à ceux qui débutent » dans la carrière médicale, non pas à titre de nouveauté ou de dé» couverte scientifique, mais comme des principes dont l'importance » est telle qu'ils doivent servir d'introduction à l'étude de la » science. »

Les traités de pathologie générale ne sont pas nombreux en France. Nous citerons ceux de MM. Chomel, Dubois (d'Amiens), Hardy et Béhier, et plus récemment de MM. Gintrac et Monneret. Dans ces dernières années, M. Andral avait, rompant avec les anciens errements, créé, pour ainsi dire, un nouvel enseignement pour la pathologie générale, en s'appliquant à déterminer par des recherches précises la nature des éléments matériels constitutifs de la maladie et la connaissance de ses éléments dynamiques, en exposant dans une autre partie les signes généraux de l'état morbide, et enfin en étudiant les différents groupes de maladies en général.

C'est à l'école de ce maître et sous son inspiration que M. Bouchut a entrepris son œuvre. Egalement éloigné du matérialisme systématique et du spiritualisme exagéré, résolu de faire la part de la matière et des forces qui l'animent, ne croyant pas que la vie soit un résultat, et la considérant, en effet, comme une force surajoutée à la matière, il a voulu montrer cette alliance et ses effets dans l'origine, le développement et la fin des maladies.

On le voit, M. Bouchut n'est ni franchement matérialiste ni exclusivement vitaliste ; il a cherché à éviter les deux excès qui ont si longtemps séparé les deux grandes écoles rivales du nord et du midi de la France. Est-ce là un des premiers symptômes de cette fusion que nous appelons de tous nos vœux entre Paris et Montpellier, et qui par la force des choses devra évidemment et nécessairement se faire dans un avenir plus ou moins éloigné ? Nous avons, il faut bien le dire, que que sujet de l'espérer.

(1) Un vol. in-8° de 1060 pages. J. B. Baillière et fils.

ques cuillerées de bouillon de poulet ou de bœuf, sans attendre que la fièvre ait disparu.

Telle est la médication préconisée par notre confrère. Il convient d'ajouter que, dans sa pensée, le tartre stibié n'est nullement dans cette circonstance un remède spécifique, qui s'attaque au principe de la maladie, à sa cause première, et qui soit capable, par conséquent, d'en prévenir ou d'en arrêter toutes les manifestations et tous les effets. La médication stibiée lui paraît seulement satisfaire à une indication des plus importantes : celle de prévenir ou de dissoudre les congestions viscérales qui accompagnent inévitablement la fièvre typhoïde et la rendent souvent mortelle.

Sur un ensemble de 36 observations, que M. Renouard cite à l'appui de cette méthode, il n'aurait eu, d'après sa déclaration, que deux décès. On sait trop combien il faut être circonspect dans les déductions à tirer de semblables statistiques. Aussi nous abstiendrons-nous de toute comparaison; et en faisant la part de la bénignité d'un certain nombre de cas, ainsi que celle de quelques erreurs possibles de diagnostic pour les maladies dout la marche a été enrayée dès le premier ou le deuxième septénaire, nous acceptons néanmoins ce résultat en masse comme très-satisfaisant. Il résulte en effet de la lecture des observations que dans presque tous les cas l'emploi de la médication dont il s'agit a été suivi d'une amélioration plus ou moins appréciable. Il importe de faire remarquer que l'efficacité de la médication n'a pas été proportionnelle à la quantité des évacuations; elle a été plutôt au contraire en raison inverse. Elle s'est montrée, en général, plus sensible dans les premiers jours qu'à une époque plus avancée de la maladie.

Nous ne reproduirons pas ici ces observations. Nous demandons la permission d'en rapporter une seulement, qui montre par les alternatives d'amendement et de recrudescence coïncidant avec l'administration, l'interruption et la reprise de la médication, l'influence incontestable que celle-ci a exercée sur la marche de la maladie et sur son heureuse terminaison.

Une jeune fille de quinze ans, habituellement d'une bonne santé, se présenta à la consultation de M. Renouard. Malade depuis cinq jours, se plaignant d'un mal de tête continu, d'inappétence, sa peau est brûlante, son pouls a 132. Elle n'a point eu de diarrhée, elle est plutôt constipée. L'examen des organes et des fonctions n'apprend rien de plus pour le moment. C'était le 7 août.

Le 10, huitième jour des prodromes et premier jour de la maladie, le mal de tête n'a point diminué et la faiblesse a augmenté. La malade, alitée depuis l'avant-veille, est assoupie, elle répond difficilement et lentement aux questions qu'on lui adresse. La langue est blanche et humide, la soif nulle; il y a même de la répulsion pour les boissons. Le ventre, médiocre ent météorisé, n'offre ni gargouillement ni sensibilité anormale. Une légère épistaxis a eu lieu ce matin. 108 pulsations d'une force moyenne. — Limonade tartrique, compresses d'oxycrat sur le front.

Deuxième jour, seconde épistaxis la veille au soir; même état. — Limonade tartrique, potion avec 10 centigrammes de tartre stibié.

Troisième jour, troisième épistaxis dans la journée. Les trois quarts de la potion ont été pris sans provoquer ni vomissement ni selle. 116 pulsations. Pas d'aggravation sensible. — Même traitement.

Quatrième jour. La malade a bu ce qui restait de la première potion et une seconde tout entière sans éprouver aucune évacuation, L'état général paraît le même, sauf diminution de la céphalalgie; la stupeur est un peu plus prononcée. Il existe un gonflement œdémateux des grandes lèvres, principalement de la droite, qu est légèrement excoriée. Une tache brune à la surface interne fait craindre la tendance à la gangrène. — Troisième potion.

Cinquième jour. La troisième potion est finie; pas d'évacuation. Une sueur abondante s'est déclarée dans la matinée, ainsi qu'une quatrième épistaxis plus forte que les précédentes et qui a été arrêtée en faisant tenir élevée la main du côté de la narine qui fournissait le sang. Rien de changé dans l'appareil digestif. L'assoupissement paraît un peu diminué; on a moins de peine à obtenir une réponse. Le pouls, beaucoup plus dépressible, est tombé à 88 pulsations; la chaleur de la peau est diminuée. De 39 degrés qu'elle avait les jours précédents, elle est tombée à 36.

Croyant la maladie jugée, M. Renouard suspend le traitement et se borne à prescrire 15 grammes d'huile de ricin.

Mais au bout de 48 heures, c'est-à-dire le septième jour, tous les symptômes ont repris leur intensité primitive. Le pouls est remonté à 116. Des sudamina presque imperceptibles se sont développés sur le cou et le haut de la poitrine. On revient à la potion stibiée avec 0,10 centigr.

Le huitième jour, même état; sept ou huit papules rouges acuminées se montrent éparses sur l'abdomen et à la base du thorax. — Potion avec 0,15 centigr., continuée les jours suivants.

Dès que la deuxième potion à dose plus élevée a été prise, tous les symptômes s'amendent, et cette fois pour ne plus cesser de décroître. Le pouls redescend à 100 et au-dessous, la température s'abaisse de nouveau, la peau devient fraîche et humide au toucher, l'œdème des grandes lèvres se résout, l'appétit reparaît.

Le douzième jour, la malade entre en convalescence. La guérison est complète le quinzième jour.

Tumeur syphilitique du sterno-mastoïdien.

Une jeune femme est entrée à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, portant dans la région latérale droite du cou une tumeur dont le diagnostic est d'un très-grand intérêt. Cette tumeur est située sur le trajet du muscle sterno-mastoïdien, dont elle occupe presque toute la longueur, s'étendant obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au sternum. Latéralement, elle dépasse un peu les deux bords du muscle en avant et en arrière. Elle est solide, dure même, et présente dans toute son étendue la même consistance. On ne perçoit en aucun point la moindre apparence de fluctuation, ni de battements. Elle jouit d'une certaine mobilité sur les plans musculaires profonds du cou; mais cette mobilité est subordonnée aux conditions que voici : dans l'attitude du repos et quand le muscle sterno-mastoïdien est relâché, on fait très-aisément mouvoir la tumeur à droite et à gauche; mais on remarque alors que le muscle sterno-mastoïdien est entraîné lui-même dans ces mouvements. Si, au contraire, on fait contracter ce muscle ou si on le fixe pendant qu'on cherche à déplacer la tumeur, celle-ci devient immobile. En un mot, il est aisé de se convaincre par cette double épreuve que la tumeur fait corps avec ce muscle. Le chef supérieur du muscle et le faisceau claviculaire seuls s'en détachent, mais les trois quarts environ du faisceau sterno-mastoïdien sont confondus avec et dans la tumeur. La peau qui la recouvre, sans paraître lui adhérer, est cependant moins mobile et glisse moins facilement que dans l'état normal. Dans une partie de son étendue, particulièrement en avant, elle est d'une rougeur érythémateuse, diffuse et assez mal limitée.

La malade ressent dans cette région des douleurs comme contusives, qui se manifestent par crises irrégulières, à des heures indéterminées, et indistinctement le jour comme la nuit. Une pression, même assez légère, provoque une assez vive sensibilité.

La seule influence que les organes principaux de cette région éprouvent dans leurs fonctions par le voisinage de cette tumeur, est un peu de raucité de la voix, raucité qui rappelle assez bien le timbre de voix des goitreux; la trachée paraît un peu déviée. Mais il n'en résulte aucun trouble notable dans la respiration. La déglutition n'est pas non plus sensiblement gênée.

Nous ne suivrons pas ici le professeur dans les savantes considérations de diagnostic différentiel qu'il a développées pour démontrer que cette tumeur ne pouvait être ni un cancer, ni une tumeur ganglionnaire, ni une tumeur hydatique, ni un anévrisme. Indépendamment des circonstances de forme, de mode de développement et de caractères locaux qui excluent ces diverses affections, il y a ici, en effet, des caractères directs et positifs qui permettent d'établir en quelque sorte d'emblée le diagnostic. Pour aller droit au but, on a affaire ici à une tumeur musculaire syphilitique.

Deux raisons principales justifient en quelque sorte *à priori* cette détermination. La première, c'est cette circonstance que la tumeur fait corps avec le muscle, qu'elle est formée aux dépens du muscle lui-même, ce qui est mis hors de doute par la simultanéité de la mobilité ou de l'immobilité du muscle et de la tumeur. La deuxième, c'est l'existence coïncidante chez cette malade des signes d'une affection syphilitique constitutionnelle. Cette femme porte, en effet, sur diverses parties du corps, et particulièrement sur les jambes, des traces nombreuses d'anciennes tumeurs et ulcérations, dont l'aspect ne peut laisser un instant de doute sur leur origine et leur nature. Elle a en outre des douleurs crâniennes, qui, bien qu'elles n'aient pas le caractère nocturne, n'en conservent pas moins leur valeur séméiologique. Enfin, elle se rappelle avoir eu, il y a quelques années, une éruption générale de roséole. Il ne manque dans cette série de commémoratifs qu'une seule chose, l'accident primitif. Mais on sait combien il est fréquent chez les femmes de voir l'accident primitif passer inaperçu et l'affection syphilitique ne se révéler que par les accidents consécutifs. Or ici, en fait de phénomènes consécutifs, rien ne manque.

Il y a longtemps que diverses altérations syphilitiques ont été signalées dans les muscles par les anciens syphiliographes; mais ce n'est que depuis quelques années seulement que les tumeurs syphilitiques musculaires ont été bien étudiées. On en trouve des exemples dans l'*Iconographie* de M. Ricord, dans le *Traité des maladies vénériennes* de Vidal (de Cassis); M. Nélaton en a plusieurs fois entretenu son auditoire à la Clinique dans des leçons que nous avons publiées.

Le travail le plus complet qui ait été fait sur cette matière, véritable travail *ex professo*, est le mémoire de M. le professeur Bouisson, de Montpellier, publié en 1846 dans la *Gazette médicale*. M. Bouisson a repris depuis l'étude de cet important sujet dans le beau recueil des mémoires qu'il vient de publier tout récemment sous le titre de *Tribut à la chirurgie*. On trouve dans le dernier mémoire de ce recueil plusieurs exemples de tumeurs syphilitiques musculaires, et entre autres un exemple de tumeur des muscles sterno-mastoïdiens qui offre, avec celui que nous venons de rapporter, la plus grande ressemblance. Ces deux faits s'éclairent trop bien l'un par l'autre pour que les lecteurs ne nous sachent gré de les rapprocher ici.

Dans le fait de M. Bouisson, il s'agit d'un homme de 55 ans qui, après avoir été affecté à plusieurs reprises d'accidents syphilitiques pour lesquels il n'avait subi aucun traitement général, vit survenir quelques années après des accidents consécutifs, entre autres une ulcération considérable au voile du palais et des douleurs ostéocopes qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. C'est pendant son séjour dans cet établissement et après quelques mois de traitement, qu'il s'aperçut du développement d'une tumeur sur la partie antérieure du cou, en même temps que des douleurs se réveillaient dans les os des membres. Cette tumeur s'étant

---

Le livre de M. Bouchut est divisé en trois grandes sections, absolument distinctes.

Dans la première, l'auteur expose les notions générales de la maladie et de sa nature, de ses causes envisagées dans ce qu'elles ont de plus élevé par rapport aux influences de l'air, des eaux et des lieux; de l'âge, du sexe, du tempérament et de la constitution, des professions, des idiosyncrasies et de l'hérédité, des poisons, des effluves et des virus, des endémies, de la contagion, des diathèses, aux éléments de la maladie et aux formes qu'elle présente, aux phénomènes de son évolution, enfin aux lois générales de la thérapeutique.

Cette partie se termine par un exposé critique fort bien fait des nomenclatures qui se sont succédé jusqu'à nos jours, et principalement de celles qui sont actuellement en usage. Pour M. Bouchut, il n'est pas possible d'établir de nomenclature parfaite et il n'en est pas encore. La science médicale, et beaucoup sont de son avis, ne lui paraît pas encore assez avancée pour arrêter dans un langage formel et précis les connaissances si imparfaites que nous avons sur la nature et sur le siége des maladies. Il préfère pour le moment les mots insignifiants et qui ne préjugent rien, représentant des groupes de phénomènes sur lesquels tout le monde est d'accord. Mais cependant, quand il s'agit de créer des dénominations nouvelles de faits anciens ou récents, il veut que l'on choisisse des mots construits avec soin, et indiquant autant que possible la cause, le siége organique ou la nature présumée des maladies.

La seconde partie renferme les faits généraux qui servent de base à la formation des principales classes morbides, fièvres, inflammations, hydropisies, etc. Il lui a paru impossible de laisser ces questions en dehors d'un ouvrage destiné à faire connaître les principes fondamentaux de la science. Il leur a donné de grands développements, et pour mieux les faire comprendre, il a placé, par une heureuse innovation, dans le texte de la classe des *nosorganies*, où se trouve l'anatomie pathologique générale, un grand nombre de planches où sont représentées les altérations élémentaires des tissus, telles que l'atrophie, l'hypertrophie, le cancer, le cancroïde, le tubercule, etc., d'après les beaux travaux de M. Lebert et d'après le dictionnaire de Nysten, refait par MM. Littré et Ch. Robin. Disons en passant que par ce mot de *nosorganies*, M. Bouchut entend toutes les maladies dans lesquelles se rencontre un élément anatomique morbide ou anormal appréciable.

Ce mot de nosorganie, abréviation évidente de nosorganopathie, a été construit, on le voit, d'après les mêmes données que les mots de la nomenclature de M. Piorry, à laquelle, tout en la blâmant parce qu'elle préjuge des choses que nous ne savons et ne pouvons savoir encore, M. Bouchut accorde cet éloge mérité, qu'elle est, jusqu'à présent, la seule logiquement construite depuis le commencement jusqu'à la fin.

La troisième et dernière partie, la plus importante à notre avis pour des commençants, mais qui cependant a dû être placée en dernier, renferme la séméiotique, l'exposé des signes fournis au diagnostic et au pronostic par l'examen des modifications de l'extérieur du corps et des troubles survenus dans l'exercice des fonctions. C'est là que l'on trouvera les signes fournis par l'habitude extérieure du corps, par l'examen des divers appareils respiratoires, circulatoires, digestifs, etc. L'auscultation et la percussion y occupent une large place, et l'on voit qu'avant de tracer leur histoire, l'auteur s'est mis au courant des théories et des procédés le plus récemment mis en lumière, non-seulement en France, mais encore à l'étranger, quelle que soit, du reste, leur valeur.

Et maintenant que nous avons, dans ce court aperçu, donné à nos lecteurs une idée suffisante de tout ce que renferme le livre de M. Bouchut, est-il nécessaire d'examiner quelques-unes des propositions établies et développées par l'auteur, comme par exemple, la définition de la maladie, formulée ainsi par M. Bouchut : *Les maladies sont des impressions transformées*, et plus loin: La maladie est un désordre des forces et des parties constituantes du corps nécessaires à l'exercice des fonctions ? Que nous servirait une dissertation sur ce sujet ?

Il est d'usage que ces grandes et obscures questions soient examinées en tête des livres de cette espèce; mais, à voir les dix ou douze définitions diverses de la *maladie* que rapporte l'auteur avant d'y substituer la sienne laquelle sera probablement combattue et réfutée par ceux qui le suivront, comme il a fait de celles de ses devanciers, on conviendra que c'est bien chose inutile. Nous renverrons au livre lui-même, nous contentant de dire que, si elle n'est pas meilleure, la définition de M. Bouchut n'est pas plus mauvaise que les autres, et que, du moment que l'on est d'accord sur la chose, sur ce fait, par exemple, que la pneumonie, la chorée, la chlorose, sont des maladies, peu importent, à notre avis, les questions de *logomachie*.

Ce que nous devons dire, et ce sur quoi nous devons insister, c'est que le *Traité de pathologie générale* de M. Bouchut est un des plus complets, si ce n'est même le plus complet et le plus pratique que nous connaissions; qu'il sera également lu avec le plus vif intérêt par ceux qui savent, et avec le plus grand profit par ceux qui ne savent pas encore et veulent savoir. Quel plus bel éloge pourrait-on faire que celui-ci? Si, de plus, nous ajoutons qu'il est correctement écrit, qu'il est clair et concis, qu'on le lit non-seulement sans peine, mais avec plaisir, nous aurons exprimé toute l'impression qui nous est restée de son examen consciencieux.

Dr A. FOUGART.

accrue au point de gêner la respiration, cet homme alla consulter M. Bouisson, qui constata ce qui suit :

La partie la plus volumineuse de la tumeur correspondait à la poignée du sternum, au niveau de l'insertion des muscles sterno-mastoïdiens; elle était dans ce point un peu bilobée, chaque lobe corrrespondant lui-même à l'extrémité inférieure des muscles désignés. L'extrémité supérieure de chaque lobe se prolongeait dans la direction du muscle sterno-mastoïdien à peu près jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Le muscle était triplé de volume de chaque côté, et faisait par conséquent un relief considérable. L'ensemble de la tumeur représentait une sorte de corde demi-elliptique renflée au point de jonction qui correspondait au sternum.

Cette tumeur était d'une dureté remarquable, surtout au niveau de son prolongement le long du cou; elle n'offrait, au reste, aucune trace de fluctuation ni de disposition lobulée. Aucun battement ne s'y faisait sentir, et la peau qui la recouvrait ne présentait ni adhérences ni coloration anormale. La portion libre des sterno-mastoïdiens était seule contractile; mais une roideur complète empêchait la contraction de la moitié inférieure de ces muscles, et cette disposition gênait les mouvements du cou. Peu de sensibilité, du reste, à la pression, et la douleur spontanée qui s'y manifestait n'était ni pulsative ni lancinante : c'était une douleur sourde, contusive. M. Bouisson prescrivit des frictions avec 4 grammes de pommade d'hydriodate de potasse et 30 centigrammes d'iodure de potassium, à prendre dans 120 grammes d'infusion de saponaire, un régime sobre et végétal, de la tisane et du sirop de salsepareille.

Huit jours après l'emploi de ce traitement, il existait déjà une amélioration sensible. La résolution de la tumeur avait commencé à s'opérer; l'iodure de potassium fut porté à la dose de 75 centigrammes par jour. Dès le vingtième jour, la tumeur avait diminué de moitié, et son décroissement suivit une proportion uniforme à mesure que l'influence spécifique et résolutive de l'iodure de potassium se prolongea. Un mois après le commencement de son administration, la portion sternale de la tumeur avait complétement disparu. Les muscles sterno-mastoïdiens avaient repris leur volume primitif, mais leur tiers inférieur était resté tellement dur qu'on aurait dit qu'un noyau osseux occupait le centre.

L'usage de l'iodure de potassium a été continué à la dose de 2 grammes par jour pendant un mois après la guérison de cette tumeur, et il ne s'est plus manifesté depuis aucun signe de récidive. Tous les autres symptômes de syphilis ont également disparu.

Ce qui est arrivé dans le cas de M. Bouisson arrivera, on peut le prédire d'une manière presque certaine, dans le fait de M. Nélaton, c'est-à-dire que sous l'influence de la médication appropriée on verra très-probablement la tumeur diminuer graduellement de volume et finir par disparaître complétement. Cette malade vient d'être mise à l'usage de l'iodure de potassium. Dans le cas où ce médicament ne paraîtrait pas agir efficacement au bout de quelque temps, on lui associera les mercuriaux. Nous avons déjà plusieurs fois eu l'occasion d'insister sur la nécessité de combiner ces deux agents, ou même de faire précéder l'administration de l'iodure de potassium d'une médication mercurielle lorsque les malades sont encore vierges de tout traitement spécifique, ce qui paraît être le cas de cette malade. Quel que soit le résultat de la médication, nous ne manquerons pas de le faire connaître.

Qu'arriverait-il, par contre, si cette tumeur était abandonnée à elle-même? L'expérience a déjà appris à le prévoir. M. Bouisson dans le travail cité, a parfaitement décrit les trois phases principales par lesquelles passent ces tumeurs.

Au premier degré, le muscle est le siége d'un gonflement résultant d'un épanchement plastique d'apparence grisâtre au milieu des faisceaux musculaires décolorés.

A un deuxième degré la matière épanchée se ramollit, le produit épanché se transforme en un liquide visqueux, filant, semblable à une solution de gomme; ou bien une inflammation aiguë s'en empare et se termine par une suppuration et par la destruction des fibres musculaires ramollies.

Enfin, dans un troisième degré, si la tumeur n'a point suppuré, elle s'indure et passe comme les périostoses par des phases successives d'organisation, qui la condulsent de l'état scléreux à l'état subcartilagineux, cartilagineux et osseux.

M. Nélaton a vu dans quelques cas ces tumeurs se ramollir, s'ulcérer, puis se vider en quelque sorte par l'expulsion spontanée d'une sorte de bourbillon central gangréneux.

Quoi qu'il en soit de ce mode de terminaison, dans le plus grand nombre des cas le muscle est détruit. C'en est assez pour faire sentir toute l'utilité du traitement et partant l'importance du diagnostic qui conduit à en poser les indications.

Plaie de cause extérieure compliquée de syphilis constitutionnelle. — Traitement par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium combinés. — Guérison.

Le fait suivant, observé dans le service de M. le professeur Piorry à la Charité, trouvera naturellement sa place ici, comme un nouvel exemple de l'influence qu'exerce la syphilis constitutionnelle sur la marche des plaies et des accidents traumatiques incidents, et de l'heureux effet de la combinaison des préparations mercurielles et iodiques, pour le traitement de ces complications.

Au n° 5 de la salle Saint-Charles est un jeune homme robuste, qui, en tombant de cheval, se fit une blessure à la hauteur de la tête du péroné gauche; le derme fut contus, excorié, et gangrené dans l'étendue d'une pièce de deux francs. L'os ne fut ni dénudé ni fracturé. Cette plaie, traitée par des bandelettes de diachylon, puis par des cataplasmes, le repos, la position élevée du membre, suppura et s'étendit.

Deux mois après l'accident, elle avait l'étendue d'une pièce de cinq francs; ses bords étalent taillés à pic et inégalement découpés; le fond était grisâtre.

La percussion pratiquée sur la malléole externe donnait un son sourd, un défaut d'élasticité qui contrastait avec la sonorité et l'élasticité de la malléole du côté opposé; l'os était donc malade. — S'y trouvait-il quelque esquille? L'apparence de la plaie conduisait à supposer l'existence d'une syphilis constitutionnelle.

L'interrogation apprit en effet que deux ans auparavant le malade avait contracté une urétrite et des chancres.

Un traitement interne avec l'iodure de potassium et le protoiodure de mercure fut prescrit. — 2 centigrammes de proto-iodure matin et soir, 1 gramme d'iodure de potassium trois fois par jour, et à d'autres heures que le protoiodure.

Quelques jours après, la plaie avait déjà un meilleur aspect et commençait à se cicatriser sur ses bords; huit jours plus tard, elle était diminuée de moitié, et, aujourd'hui, cinq semaines après, la guérison est parfaite. Il ne reste plus qu'à soutenir la cicatrice récente par des bandelettes de diachylon et un bandage roulé.

DE L'HÉMORRHAGIE DENTAIRE.

Par M. le docteur Paul Tondut (de Niort).

Les hémorrhagies consécutives à une extraction de dent sont bien rares et cèdent presque toujours aux procédés ordinaires. L'observation suivante prouve que souvent les moyens les plus simples sont ceux qui réussissent le mieux dans des cas difficiles.

Au mois de juillet dernier, un étudiant en médecine de mes amis se fit extraire la seconde grosse molaire de la mâchoire inférieure du côté droit, dont il souffrait depuis quelques jours. L'opération fut faite par le dentiste de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier, et ne donna lieu qu'à une légère perte de sang. Mais dans la nuit suivante, c'est-à-dire plus de douze heures après l'opération, le caillot obturateur qui s'était formé sortit, et il se manifesta une hémorrhagie assez abondante, qui persista pendant les trois jours suivants.

Le sujet, fort et vigoureux, présentait cependant les meilleures conditions, et aucun symptôme de l'état que certains auteurs désignent sous le nom de diathèse hémorrhagique.

D'après l'avis de M. le professeur Bouisson, on employa successivement, pour arrêter cette hémorrhagie, tous les astringents possibles, le gargarisme acidulé au ratanhia et au tannin, l'eau de Pagliari imbibant une boulette de coton mal maintenue dans le trou alvéolaire; la glace, qui fut appliquée en fragments sur le siége même du mal pendant toute une journée, mais inutilement.

Le perchlorure de fer, dont on espérait beaucoup, ne produisit pas l'effet désiré; il se forma un caillot qui diminua l'orifice; mais le sang continua à suinter entre le caillot et la gencive.

On était au quatrième jour après l'extraction dentaire, et l'hémorrhagie continuait toujours; le malade répugnait à employer la cautérisation douloureuse au fer rouge ou à l'acide chlorhydrique, dont parlait M. le professeur Dupré, quand je lui conseillai de recourir tout simplement à la compression directe et continue.

A cet effet, un large tampon de coton fut placé dans le trou alvéolaire et sur une partie de la gencive. J'appliquai dessus, pour en maintenir l'adhérence, une mince lame de fer-blanc garnie de linge, dont le dos correspondait à la mâchoire supérieure et dont les bords venaient serrer les deux côtés de la gencive inférieure. Ce petit appareil forçait le malade à tenir les arcades dentaires légèrement écartées; il fut maintenu adhérent pendant toute la quatrième nuit, et le lendemain cette hémorrhagie, qui gênait tant le malade et qui aurait pu, à la longue, produire des accidents sérieux, se trouva subitement arrêtée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 janvier 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Epispadias complet. — M. MARJOLIN présente un garçon âgé de douze ans environ, et présentant un vice de conformation assez rare. Toute la paroi supérieure du canal de l'urètre manque, de telle sorte qu'on peut voir la membrane muqueuse dans toute son étendue jusqu'au-dessous de la symphyse des pubis. En cet endroit, la peau, qui est à peine couverte de poils, forme une sorte d'arcade à concavité inférieure, puis se porte de chaque côté le long des corps caverneux jusqu'au frein; toute la portion de peau qui correspond au prépuce se trouve plissée, et en quelque sorte agglomérée au-dessous du gland.

Dans ce cas, qui diffère complétement de l'exstrophie vésicale, il y a ceci de remarquable :

1° C'est que la symphyse pubienne ne présente aucun écartement;

2° Le vérumontanum et l'ouverture des conduits éjaculateurs, qui habituellement, dans les cas d'exstrophie de vessie, occupent la fosse naviculaire, sont situés, suivant toute probabilité, à leur place normale. Une petite sonde d'enfant introduite dans le petit pertuis sous-pubien démontre que la vessie a une capacité assez grande. Lorsque l'enfant est debout, l'urine s'écoule involontairement; mais lorsqu'il est couché, l'urine peut être retenue toute une nuit dans la vessie.

Si on fait alors uriner l'enfant debout, on remarque que l'urine peut être retenue deux ou trois secondes, puis elle est projetée assez vivement en avant à 20 centimètres et plus du méat urinaire; seulement elle forme non un jet cylindrique, mais un jet irrégulier et en nappe. M. Marjolin pense que ce vice de conformation n'entraînant pas nécessairement l'impuissance, il serait inutile de vouloir tenter une opération autoplastique qui n'empêcherait d'ailleurs pas l'incontinence de l'urine. Il croit qu'il faut se contenter d'appliquer un appareil de compression, à cette seule fin d'empêcher l'enfant d'être mouillé lorsqu'il marche.

M. CHASSAIGNAC pense, contrairement à l'opinion du présentateur, que la division de l'urètre n'est pas complète, et que la partie postérieure de ce canal est bien conformée, comme cela a lieu, du reste, dans les cas où l'épispadias n'est pas compliqué d'exstrophie de la vessie. Il en conclut qu'une opération autoplastique pourrait rendre, jusqu'à un certain point, à la verge sa configuration et ses fonctions, et il invite M. Marjolin à exécuter cette opération.

M. MARJOLIN, d'une manière générale, est peu convaincu de l'utilité des opérations autoplastiques dans les cas de ce genre, et annonce que son intention est de laisser les choses dans l'état où elles sont.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le fait qu'il a communiqué dans la dernière séance au nom de M. Fleury (de Clermont), et demande à la Société, de la part de ce chirurgien, si avant d'en venir à l'amputation il n'aurait pas été préférable de placer une ligature sur le tronc de la crurale dans l'aine ou sur l'iliaque externe.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que la Société a déjà reçu bien des fois des demandes analogues, et qu'elle n'a pas pu se prononcer. Les indications dans les cas de ce genre découlent de l'examen direct des malades et ne peuvent être appréciées à distance.

CORRESPONDANCE.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que M. le docteur Chapel (de Saint-Malo), chirurgien en chef de l'hospice civil de cette ville, un des correspondants les plus zélés de la Société, a succombé le 19 décembre après une longue et douloureuse maladie, à l'âge de quarante-six ans.

M. LE PRÉSIDENT prie M. le secrétaire général de vouloir bien témoigner à la famille combien la Société s'associe à cette perte.

— M. DEBOUT fait hommage des tomes LII et LIII du *Bulletin général de thérapeutique*.

Tumeurs sanguines veineuses du crâne. — L'ordre du jour appellerait cette discussion, mais M. Verneuil, qui devait y prendre part, étant indisposé, la Société décide que la discussion sera renvoyée à la prochaine séance.

M. HUGUIER toutefois communique une observation qu'il a recueillie tout récemment et qui n'est peut-être pas sans analogie avec les faits en question. Il s'agit d'un petit garçon âgé de cinq à six ans, qui présente au niveau de l'angle de la mâchoire gauche une tumeur assez volumineuse, très semblable à celle que M. Marjolin a naguère montrée à la Société. Cette tumeur, du volume d'une orange mandarine, arrondie, réductible, partout souple, partout indolente, est recouverte d'une peau saine et sans changement de coloration. Lorsque l'enfant crie ou fait des efforts, la tumeur se gonfle et devient légèrement bleuâtre; le même résultat se manifeste lorsqu'on comprime la veine jugulaire externe à la partie inférieure du cou. La réduction est d'ailleurs facile, et alors, à travers les téguments flasques et amincis, on sent très-bien l'angle de la mâchoire. Cette tumeur est évidemment sanguine et veineuse, et elle est probablement située au confluent de la veine faciale et de la temporale avec la jugulaire externe.

M. CHASSAIGNAC demande si la tumeur ne fait pas saillie vers la cavité de la bouche.

M. HUGUIER répond que non.

RAPPORT.

Bandages herniaires. — M. FOLLIN lit le rapport suivant sur les bandages herniaires de M. Féron, de Theuville-aux-Maillots.

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Lenoir, Broca et moi, de vous rendre compte d'un travail présenté à la Société par M. Féron, médecin à Theuvelle. Ce travail a pour but de faire connaître un nouveau bandage inguinal, dont la pelote est fixée dans l'état de repos et mobile au moment des efforts.

Depuis longtemps déjà M. Féron essaye de construire des bandages herniaires plus puissants que les autres, selon lui, pour maintenir les hernies réduites. Ses premières tentatives à cet égard datent de l'époque où M. Belmas faisait ses recherches sur la cure radicale de la hernie, et il avait dès lors été surtout frappé d'un des plus grands défauts des bandages herniaires, l'inégalité de résistance de la pelote durant les efforts et les instants de repos. A partir de ce moment, M. Féron n'a point cessé de s'occuper de ces intéressantes questions, et son dernier essai dans ce genre est le présent bandage.

Je vais d'abord décrire les principales pièces de ce bandage : je dirai ensuite les résultats qui ont été obtenus sur plusieurs malades confiés à M. Féron par quelques chirurgiens.

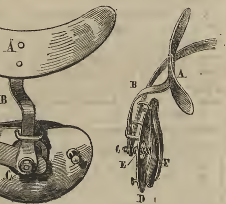
Le but que M. Féron cherche à atteindre à l'aide de son bandage, c'est de maintenir la hernie réduite avec d'autant plus de force qu'elle est plus sollicitée à s'échapper au dehors dans les différentes actions physiologiques, telles que la défécation, la toux, etc. Presque tous les bandages échappent à ce principe : que la pelote soit fixe ou mobile, que le ressort soit faible ou énergique, la force de contention de la hernie est toujours la même dans les efforts et dans les mouvements si variés du corps. Les bandagistes se sont donc fort peu préoccupés de construire des bandages de force proportionnelle à la tendance qu'a la hernie à sortir au dehors. Cependant quelques appareils ont été construits d'après ces idées, mais ils sont peu connus parmi nous et ne sont point entrés dans la pratique habituelle.

Ainsi en Angleterre, et d'après les indications de M. Teale, on a construit des bandages avec une spirale entre la pelote et le ressort. Cette addition a eu pour but d'augmenter la force de contention du bandage en proportion directe de l'effort exercé sur la spirale.

Notre collègue M. Gu rin nous a aussi parlé d'un bandage construit par M. Rive, et qui chercherait aussi à atteindre le même but; il s'agit ici d'un bandage composé d'une double pelote à bascule.

Il suffit, messieurs, de rappeler ces deux essais pour rester convaincu que l'idée sur laquelle repose le nouveau bandage de M. Féron n'est point une idée neuve, mais on ne peut s'empêcher de reconnaître aussi que cette idée est loin d'être vulgarisée parmi ceux qui construisent des bandages herniaires. On doit donc encourager les tentatives faites dans cette direction.

Je viens de rappeler le but que M. Féron a cherché à atteindre avec son bandage, je vais indiquer maintenant les principales pièces de cet instrument.



Il se compose :

1° D'un ressort d'acier G fixé au niveau de l'angle externe de la pelote à un pivot en fer C, qui est rivé sur la face antérieure de la pelote à sa partie moyenne. Ce pivot, dans ses premiers essais, était renfermé dans un tube de fer analogue à la garniture des serrures. Mais depuis lors, et pour éviter des frottements inutiles, M. Féron a supprimé ce tube de fer.

2° D'une pelote présentant dans son milieu le pivot en fer dont je viens de parler, et autour duquel est enroulée une forte spirale en fil de laiton, dite ressort à boudin E. Quand la spirale est dans son état d'extension, la pièce d'acier qui supporte le ressort se trouve élevée au-dessus de la pelote d'un demi-centimètre.

3° D'une plaque A en forme de croissant à l'une de ses extrémités, coudée dans son milieu et fixée à son autre extrémité entre le ressort et le bout antérieur du pivot en fer. M. Féron, depuis la présentation de son bandage à la Société de chirurgie, a fait subir à cette partie de son appareil d'importantes modifications. Il a supprimé, d'après les conseils de quelques chirurgiens, certaines pièces où s'exerçaient des frottements rudes, qui nuisaient à la précision des mouvements.

4° D'une plaque d'acier D qui sert de squelette à la pelote, et qui dans son milieu laisse passer le pivot en fer et le ressort à boudin.

5° Enfin, pour servir de point d'appui à la spirale en laiton, une plaque métallique, soutenue à son tour par une branche d'acier faisant ressort F.

Je n'insisterai point, messieurs, sur la différence qui existe entre l'ancien et le nouveau bandage de M. Féron ; cette différence ne modifie pas l'indication principale de cet appareil, indication que j'ai rappelée plus haut.

Le bandage est garni comme tous les bandages ordinaires ; seulement, on laisse libre sur la face antérieure de la pelote la spirale et la pièce d'acier qui d'un côté supporte le ressort, et de l'autre est montée sur la plaque en croissant, garnie elle-même en peau.

On applique ce bandage comme les autres brayers, et lorsque, la hernie réduite, la pelote repose bien sur le canal inguinal, la plaque en croissant s'applique sur le ventre.

Pour bien comprendre de suite le mécanisme de ce bandage, il faut rechercher comment il agit dans certains efforts, pendant lesquels les hernies ont une grande tendance à sortir, pendant l'acte de la défécation, par exemple, lorsque le tronc est incliné en avant, et les cuisses fléchies sur le bassin. La plaque abdominale appuie alors fortement sur le ventre, et comme la paroi abdominale est poussée en avant et devenue rigide, l'extrémité inférieure de cette plaque bascule sur la plaque munie du petit ressort en cuir. A son tour, ce ressort réagit et appuie sur la spirale qui communique la pression à la pelote.

Tous les changements qui se passent alors dans le bandage sont sous l'influence de l'effort abdominal, et ils aboutissent tous à donner à la pelote une résistance proportionnelle à l'intensité de l'effort. On pourrait presque dire que ce bandage fait en quelque sorte servir l'effort lui-même à neutraliser la fâcheuse influence qu'il peut avoir sur la reproduction de la hernie.

En résumé, ce qui caractérise surtout ce bandage, c'est la fixité de la pelote dans le sens latéral, et sa mobilité d'avant en arrière pendant les efforts.

Il faut ajouter que la compression exercée par ce bandage est douce et facile à supporter.

M. Féron, après avoir exposé dans son travail les avantages de son bandage, a demandé à la commission de lui fournir quelques malades sur lesquels il pourrait l'appliquer. MM. Lenoir, Demarquay et moi avons mis à la disposition de M. Féron quelques hernieux, et je dois dire de suite que notre choix a porté sur des hernies volumineuses et très-difficiles à contenir. Cependant les résultats ont été assez satisfaisants.

Je ne peux point passer en revue tous les malades auxquels M. Féron a fourni son bandage ; j'en choisirai seulement six.

M. Lenoir a confié à M. Féron un malade de son service, le nommé Lescun, âgé de cinquante-deux ans, qui depuis l'enfance était atteint d'une hernie très-volumineuse. Cette hernie n'avait pu être contenue par aucun bandage ; celui de M. Féron l'a parfaitement maintenue, et le malade, revu longtemps après, était toujours dans des conditions très-satisfaisantes.

M. Demarquay, faisant le service des hernieux au Bureau central, a donné à M. Féron trois malades chez lesquels des hernies assez volumineuses n'étaient que très-imparfaitement maintenues.

L'un avait une hernie du côté droit, hernie qui mesurait environ 30 centimètres au niveau de son collet. Cet homme, habitué du service des bandages au Bureau central, voyait sa hernie sortir presque toujours. Le bandage de M. Féron a été appliqué le 26 mai 1856 ; revu le 3 janvier 1858, il est dans un état d'amélioration très-grande, car la hernie n'est plus sortie depuis lors, et l'anneau inguinal externe est si rétréci, qu'on peut à peine y faire pénétrer l'extrémité de l'index.

Le second malade est un nommé Lefebvre, âgé de soixante-douze ans, que j'ai vu à plusieurs reprises depuis deux années, et chez lequel une hernie inguinale du côté droit, existant depuis une quarantaine d'années et très-volumineuse, a pu n'être maintenue que par le bandage dont je parle. Cet homme, qui visite les malades d'une société de secours mutuels, marche toute la journée, et se trouve aujourd'hui très-soulagé. Chez cet individu, le sac était très-grand et très-épais. Aussi trouve-t-on au-dessous du bandage une masse charnue qu'on pourrait tout d'abord prendre pour un reste de la hernie ; mais je me suis assuré qu'il ne s'agissait ici que des parois épaissies du sac herniaire.

Un troisième malade, âgé de soixante-neuf ans, demeurant rue de Bièvre, était atteint de deux hernies inguinales assez volumineuses pour mesurer 15 centimetres de circonférence au collet. Ces hernies ont été parfaitement maintenues. Le malade a été revu au bout de six mois ; mais plus tard il a été perdu de vue.

Un nommé Auguste, commissionnaire, rue du Four, atteint d'une vaste hernie du côté droit (35 centimètres), a pu, après l'application du bandage, reprendre l'exercice pénible de sa profession ; il a été revu plusieurs fois par votre rapporteur.

J'ai confié à M. Féron un malade que j'avais opéré à l'hôpital Saint-Antoine d'une hydrocèle de la tunique vaginale, et qui avait en même temps une hernie volumineuse du côté droit. Cette hernie n'était que très difficilement maintenue par les bandages de nos hôpitaux ; celui de M. Féron la maintient très-exactement et très-aisément depuis deux ans.

Il résulte de tout ceci que le bandage de M. Féron peut être d'une grande utilité pour maintenir certaines hernies volumineuses. Dans ces conditions, on ne saurait trop encourager ce médecin à poursuivre les recherches qu'il a déjà entreprises, et à perfectionner de plus en plus le bandage qu'il a soumis à l'examen de la Société de chirurgie.

En conséquence, je viens vous proposer :

1° De remercier M. Féron de son intéressante communication ;

2° D'insérer un extrait de son travail dans nos Bulletins.

M. MOREL trouve l'idée de M. Féron plus ingénieuse qu'exacte ; cette idée d'ailleurs n'est pas neuve, et plusieurs fois déjà on a cherché à obtenir la contention des hernies au moyen d'une pelote à bascule, disposée de telle sorte que l'expansion abdominale se transforme par le jeu d'un levier du premier genre en une pression exercée sur l'anneau. Or c'est là, suivant M. Morel, un mécanisme tout à fait illusoire. L'expansion abdominale tend à repousser en avant la plaque supérieure ; celle-ci se continue avec la pelote au moyen d'une branche qui ressemble à un bras de levier ; il y a donc tout ce qu'il faut pour faire un levier, mais il n'y a pas de point d'appui. Le levier, en effet, s'articule sur l'extrémité antérieure du ressort demi-circulaire du bandage ; le prétendu point d'appui est mobile, et, loin de servir pour la réflexion du mouvement ou pour la transformation de l'expansion en pression, il est repoussé en avant par l'expansion abdominale ; à chaque effort par conséquent il fuit d'arrière en avant, entraînant avec lui la pelote de pression. La construction du nouveau bandage repose donc sur un principe entièrement faux. Ici, comme dans tous les autres bandages à ressort élastique, c'est l'élasticité du ressort qui est le seul agent de la pression. Au reste, M. Morel est loin de contester les résultats avantageux annoncés par M. Follin ; il accepte à cet égard tout ce qu'a dit la commission, mais il attribue les bons effets qui ont été constatés à la qualité, à la solidité, à la précision, en un mot à la bonne construction des bandages employés, abstraction faite de leur mécanisme. Il est naturel, en effet, que l'inventeur n'ait mis à la disposition des commissaires que des bandages de qualité supérieure. M. Morel ajoute enfin que, pendant trois ans, il a fait le service des hernies au Bureau central, et qu'il n'a pas trouvé une seule hernie qu'il fût impossible de contenir au moyen d'un bandage bien fait.

M. FOLLIN répond que les bandages de M. Féron étaient au contraire assez mal construits dans l'origine, parce que ce médecin, arrivant à Paris où il ne connaissait personne, ne pouvait trouver d'ouvriers assez habiles pour mettre ses plans à exécution. Quant à l'objection de M. Morel relative à l'action du levier, elle est spécieuse, et ne peut être acceptée par ceux qui ont étudié le jeu du bandage en place. On voit alors de la manière la plus manifeste, à chaque effort du sujet, la plaque s'avancer, tandis que la pelote recule.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rappelle que ces pelotes à bascule existent depuis fort longtemps, notamment sur les ceintures des femmes. Il est vrai que la bascule est exécutée au moyen d'une clef.

M. FORGET demande au rapporteur si les observations qu'il a recueillies sont assez nombreuses, assez variées et assez concluantes pour lui permettre de donner une approbation aussi catégorique, chose toujours grave en pareille matière.

M. FOLLIN répond que, s'il a rapporté seulement six observations, c'est pour ne pas fatiguer la Société. Il a assisté à l'application des bandages de M. Féron sur vingt hernies choisies pour la plupart parmi les plus difficiles à maintenir. Les résultats immédiats ont été excellents dans tous les cas. Et de plus, sur dix malades qui ont été revus par lui au bout de quelque temps, les effets de l'application du bandage ont continué à être très-satisfaisants.

M. DEMARQUAY a vu quelques uns de ces malades ; plusieurs d'entre eux avaient des hernies presque incoercibles, que les bandages de M. Féron ont exactement maintenues. M. Demarquay ajoute, sur la question des leviers, qu'il a vu de ses propres yeux le mouvement de bascule s'effectuer pendant les efforts, et que ce fait pratique est supérieur aux raisonnements de M. Morel sur le point d'appui.

M. GUÉRIN rappelle qu'il a lui-même présenté à la Société, il y a quelques mois, un bandage de M. Rive exactement pareil dans son mécanisme à celui de M. Féron.

M. DEBOUT a vu dans le pays où M. Féron exerce la médecine plusieurs malades qui ont été complétement guéris de leurs hernies par l'application des nouveaux bandages. Il y a même quelques guérisons qui ont été obtenues sur des individus âgés de quarante ans. M. Féron d'ailleurs est l'ancien collaborateur de Belmas, et il y a une vingtaine d'années qu'il s'occupe sans relâche de la question des hernies.

La Société décide que des remercîments seront adressés à M. Féron pour sa communication ; que le travail de ce médecin sera déposé aux archives, et que le rapport de M. Follin sera inséré au *Bulletin*.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 31 décembre 1857, M. le docteur Poincaré est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Nancy.

— Par arrêté du même jour, M. Crolet est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de cette ville, en remplacement de M. Bergouhnioux, démissionnaire.

M. Noel est nommé préparateur de chimie près la même Faculté.

— Par arrêté du 6 janvier 1858, M. Morin, professeur de pharmacie et de toxicologie à l'École préparatoire de Rouen, est nommé directeur de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de la même ville, en remplacement de M. Girardin, appelé à d'autres fonctions.

M. Houzeau, préparateur du cours de chimie agricole au Conservatoire impérial des arts et métiers, est nommé professeur de chimie à l'École préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, en remplacement de M. Girardin.

— Un praticien honorable de Paris, M. le docteur Ducros (de Sixt), vient de mourir à l'âge de soixante-deux ans.

Considérations historiques, théoriques, pratiques et critiques sur la fièvre jaune (thèse inaugurale), par M. le docteur Carlos VALDÈS Y MARTINEZ. Montpellier, impr. Gelly, 1857.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JANVIER 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La méthode des fumigations pulmonaires, comme on disait autrefois, ou des inhalations, comme on dit aujourd'hui, n'est pas nouvelle, tant s'en faut. Celui qui aurait la prétention de la donner comme telle aurait à compter avec plus d'un réclamant, depuis Hippocrate et Galien jusqu'à Martin Solon, qui en a fait l'objet d'un travail important en 1834 sous le titre de méthode *atmiatrique*, en passant par Fernel, Bartholin, Willis, Baglivi, Mascagni, Double, Marc, et tant d'autres dont l'énumération seule remplirait une colonne; — et la description des appareils, depuis l'*arundo cava* du père de la médecine jusqu'au flacon de Woulf, celui de MM. Boulay, Gannal, Richard et Cottereau, et aux appareils tout récemment imaginés dans le même but par M. Snow et par M. Mandl, n'exigerait pas moins d'un numéro tout entier. — Mais la question n'est pas là. Dans le travail que M. Mayer a communiqué à l'Académie dans cette séance, sur les inhalations pulmonaires, il ne s'agit d'aucune prétention de ce genre.

De tous les appareils en usage jusqu'ici, en est-il qui remplissent suffisamment toutes les indications de la méthode et qui soient convenablement appropriés à l'inhalation des divers agents médicamenteux très-variés qu'il peut être utile de faire parvenir à la surface muqueuse pulmonaire? C'est là qu'est la question. M. Mayer, qui s'est livré à l'étude de ce point de thérapeutique, ne le pense pas, et c'est parce qu'aucun de ces appareils, jusqu'aux plus nouveaux, ne lui a paru répondre complétement au but qu'on s'en propose, qu'il en a imaginé un à son tour qu'il croit apte à remplir toutes les indications. Nous ne nous faisons ici que l'écho des prétentions de M. Mayer sans les juger, n'ayant point vu fonctionner son appareil et étant par conséquent dans l'impossibilité d'en apprécier les effets. Nous nous bornons à exprimer le désir que l'expérience vienne les justifier. Ce serait, en effet, un véritable service rendu à la thérapeutique.

Nous n'avons que peu de choses à dire des autres communications qui ont été faites dans cette séance. Nous signalerons seulement à l'attention de nos lecteurs un intéressant travail sur la tocologie hellénique présenté au nom de M. Delenda par M. Velpeau, et un ouvrage important de M. Giraud-Teulon sur plusieurs sujets de mécanique animale, destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Nous aurons prochainement à apprécier cet ouvrage.

Dr Brochin.

HOPITAUX DE PARIS.

Deux cas de chorée rebelle guéris par les exercices gymastiques.

Je donne ici les observations de deux cas de chorée qu'il m'a été permis d'observer pendant que j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital des Enfants Malades. Quelques particularités peu communes qu'ont présentées les deux malades, et surtout les circonstances qui se rattachent au traitement, m'ont engagé à publier leur histoire.

OBS. I. — Mlle Henriette P..., âgée de vingt ans, habite Paris, où elle exerce la profession de couturière.

Entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hardy, le 10 juin 1854, elle en est sortie le 14 mars 1855, parfaitement guérie d'une teigne faveuse du cuir chevelu et de deux énormes tumeurs strumeuses ulcérées, qui avaient pour siége les parties latérales du cou.

Au commencement de septembre, un jour que cette jeune fille travaillait dans son atelier, elle fut violemment impressionnée par la vue d'un rat, et tomba privée de connaissance. La malade ne recouvra le sentiment qu'au bout d'un quart d'heure environ ; elle était très-fatiguée, et resta dans cet état plusieurs jours de suite. C'est là tout ce que j'ai pu savoir sur cet accident. Quelque temps après, le 6 octobre, une attaque analogue à la précédente se manifesta, mais sans cause appréciable. Son invasion fut annoncée par un cri perçant; puis la malade tomba comme foudroyée, et fut prise de mouvements convulsifs qui s'accompagnèrent de l'émission par la bouche d'une écume légèrement sanguinolente. La perte de connaissance dura trois quarts d'heure. Au moment où la malade reprit l'usage de ses sens, elle était choréique.

Le 18 octobre, elle fut admise de nouveau dans la salle de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis; là elle épuisa, sans en retirer un soulagement notable, toute la médication anti-choréique. L'opium, la belladone, la valériane, la noix vomique, le fer, les bains simples et sulfureux, les douches d'eau froide, l'exercice du saut à la corde ne purent amener aucun changement dans l'état de cette jeune fille, qui sortit de Saint-Louis au commencement de mars 1856. Le 6 du même mois, elle fut admise à suivre, comme externe, les exercices gymnastiques de l'hôpital des Enfants.

Cette chorée était essentiellement constituée par un mouvement brusque et puissant de flexion du tronc sur les membres inférieurs, mouvement qui s'accompagnait quelquefois d'une détente dans l'articulation du genou, de telle sorte que la malade avait toute l'apparence d'une personne faisant un salut brusque et profond. Il existait une prédominance bien marquée de l'inclinaison du tronc vers la gauche. Quelquefois l'étendue du mouvement allait jusqu'à déterminer le contact des membres supérieurs avec le sol.

Les phénomènes convulsifs étaient séparés par des intervalles de dix minutes environ. Ils se manifestaient la nuit, mais avec moins de fréquence; toutefois ils troublaient le sommeil. Ils devenaient plus intenses sous l'influence de la musique. C'était là, du reste, la seule cause capable de les modifier. Ils ont été toujours bornés aux parties que nous avons indiquées; il n'y a jamais eu de mouvements dans la face, non plus que dans les membres supérieurs.

Après quelques séances de gymnastique, les mouvements primitifs furent remplacés par une chorée générale, mais avec un affaiblissement notable des convulsions. Bientôt une amélioration non douteuse se manifesta. Dès le 25 mars le sommeil était meilleur. Puis les autres symptômes diminuèrent peu à peu d'intensité, et le 1er juillet 1856 la guérison était solidement établie. Depuis cette époque, jusqu'au moment où cette observation a été publiée, la santé est restée bonne et il ne s'est manifesté aucun mouvement choréique.

Les exercices ordinaires de la gymnastique, unis aux frictions et au massage, furent pendant longtemps pratiqués deux fois par jour. On les a complétement abandonnés depuis le mois d'avril dernier.

OBS. II. — Mademoiselle H. C..., âgée de 24 ans, passementière, a eu dans son enfance la fièvre typhoïde, puis la rougeole. Les règles se sont montrées, pour la première fois, à l'âge de 16 ans et ont toujours été irrégulières; il y a eu souvent des intervalles de plusieurs mois entre deux époques menstruelles consécutives. Presque constamment la malade a été tourmentée par des symptômes de dyspepsie et surtout par une névralgie intercostale présentant un point très-douloureux dans le dos.

A l'âge de 10 ans et demi, se trouvant dans un bois près de la maison qu'elle habitait, elle subit une violente frayeur, rentra chez elle en courant, et tomba évanouie. A la suite de cet accident il survint une affection fébrile qui retint la malade au lit pendant quatre semaines environ, et pour laquelle on pratiqua plusieurs saignées.

Dix-huit mois après, cette jeune fille devint choréique. La maladie a présenté la plus grande analogie avec celle que nous avons décrite dans l'observation précédente. De tous les mouvements le plus accusé et le plus constant était une flexion saccadée et considérable du tronc sur les membres inférieurs; de plus, les cuisses fléchissaient sur les jambes. Les bras étaient de temps en temps portés avec violence en dedans, et les coudes venaient s'appliquer contre les parties latérales du thorax. Ce n'était que d'une manière tout à fait exceptionnelle que l'on voyait des mouvements désordonnés se manifester dans la face.

Les règles paraissent n'avoir jamais eu d'influence sur la maladie qui a été toujours uniforme. Si les phénomènes venaient à diminuer d'intensité pendant quelques jours, ils ne tardaient pas à reprendre leur marche habituelle.

La musique a constamment déterminé une aggravation momentanée des accidents. Il y a toujours eu une prédominance bien marquée des mouvements de flexion vers le côté gauche.

A l'âge de quatorze ans la malade entra pour la première fois à l'hôpital Necker. Elle y fit un séjour de deux mois, pendant lesquels elle prit des bains sulfureux, des pilules de strychnine et de l'eau de Spa. Il ne se manifesta aucune amélioration à la suite de ce traitement. Elle fut admise le 20 septembre 1854 à l'hôpital de Lariboisière dans le service de M. Pidoux, où on essaya inutilement l'hydrothérapie. Elle en sortit trois semaines après pour entrer dans la salle de M. Hardy à l'hôpital Saint-Louis. Là elle prit un grand nombre de bains, des médicaments internes dont elle ne peut pas spécifier la nature, et se livra pendant longtemps à l'exercice du saut de la corde.

Comme il n'était survenu aucune diminution dans les accidents, la malade quitta l'hôpital le 20 août 1855 pour rentrer dans sa famille.

Quelques mois après, sous l'influence d'une vive frayeur, la chorée devint beaucoup plus violente. L'impressionnabilité de la malade était excessive; le contact le plus léger, l'agitation la plus passagère, non-seulement provoquaient les convulsions, mais encore leur donnaient une rapidité et une force insolites.

C'est dans ces conditions que cette jeune fille fut admise dans le service de M. Bouneau, à l'hôpital des Enfants, le 1er décembre 1856. Quelques jours après elle commença les exercices gymnastiques, qui furent suivis avec une grande régularité. Chaque jour on pratiquait le massage et des frictions sur toute la surface cutanée.

Au début il se manifesta une grande fatigue, mais bientôt les forces revinrent, et dès le 15 décembre, les mouvements choréiques étaient beaucoup moins fréquents et moins intenses.

Le 18 décembre, après une aménorrhée de dix-huit mois, les règles se sont montrées. Pendant leur durée on a cru devoir interrompre les exercices gymnastiques, qui sont repris le 22.

Le 28, on commença à faire marcher la malade pendant une demi-heure chaque jour au son d'une trompette, dans le but de l'aguerrir contre la musique. Il se manifesta d'abord une agitation excessive qui ne tarda pas à se calmer.

Le 1er janvier, la malade quitta l'hôpital des Enfants pour entrer à l'hôpital Necker dans le service de M. N. Guillot. Elle continue à suivre comme externe les leçons de gymnastique.

Le 20, les règles se sont montrées et ont duré comme de coutume. Cette fois les exercices n'ont pas été interrompus.

L'état de la malade s'est considérablement amélioré depuis quelque temps. A partir du 26 janvier elle prend des leçons de danse.

Le 11 février, elle quitte l'hôpital Necker. Depuis plusieurs jours les mouvements choréiques ont complétement cessé, et l'état général est excellent.

Les exercices gymnastiques sont continués jusqu'au 11 avril. Depuis cette époque la guérison s'est maintenue intacte. La musique n'a plus l'influence fâcheuse qu'elle exerçait avant le traitement. Les règles se montrent tous les mois, et l'état général est très-satisfaisant.

Ces deux observations sont remarquables à plus d'un titre. Et tout d'abord on ne peut s'empêcher de reconnaître entre elles une grande analogie. La frayeur, cette cause si commune des névroses convulsives et en particulier de la chorée, a frappé nos deux malades, et nous ne doutons pas qu'elle n'ait joué le principal rôle dans la production des accidents.

Les mouvements choréiques, qui se sont montrés presque exclusivement chez la première de ces deux filles et d'une manière prédominante chez l'autre, consistaient, comme nous l'avons dit, dans une flexion du tronc sur les membres inférieurs. C'est là un point qui m'a paru digne d'être signalé d'une façon toute spéciale, car dans les auteurs je n'ai trouvé aucun fait semblable. Chez les choréiques, en effet, les mouvements convulsifs, presque toujours bornés aux membres et à la tête, ne sont que très-exceptionnellement limités au tronc.

Or, nous n'en doutons pas, chez Henriette P... les seuls muscles convulsés étaient ceux qui servent à la flexion du bassin sur les membres inférieurs. Le mouvement qui avait pour siége l'articulation du genou était une conséquence de celui qui se passait dans les articulations coxo-fémorales, puisqu'il ne se manifestait que lorsque ce dernier arrivait à sa limite extrême.

Pour en finir avec les accidents convulsifs, je ferai remarquer que, sous l'influence des exercices gymnastiques, la chorée, qui chez notre première malade était tout à fait localisée, s'est brusquement répandue dans tout le système locomoteur.

A partir de ce moment, une amélioration s'est manifestée. Il semble que la maladie se soit affaiblie par cette dispersion. Ce n'est pas là un fait isolé en pathologie, et, pour ne citer qu'un exemple, que quelques médecins ne trouveront peut-être pas trop éloigné de notre sujet, ne sait-on pas depuis longtemps que les rhumatismes mono-articulaires sont beaucoup plus tenaces que ceux qui sont disséminés dans une grande partie ou dans la totalité du système articulaire, et que si on triomphe des derniers par une médication appropriée, on échoue au contraire bien souvent contre les seconds ?

Quelle est la nature des deux attaques avec perte de connaissance dont fut atteinte Henriette P... ?

Le doute ne me semble pas permis. Si nous n'avons aucun détail précis sur la première, nous pouvons affirmer que la seconde est un accès d'épilepsie des mieux caractérisés.

Une épilepsie bornée à deux accès est chose rare, je le sais; aussi le fait m'a-t-il paru mériter une explication; voici celle que je propose.

N'oublions pas qu'après avoir subi la seconde attaque, notre malade était choréique. N'est-il pas permis de supposer que l'état morbide du cerveau, qui avait produit l'épilepsie, a déterminé la chorée, se révélant ainsi, sans changer peut-être de nature,

par deux manifestations de physionomie bien différente ? Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, le fait qui s'est produit chez la malade est digne d'attention, et nous autorise à rapprocher la chorée de l'épilepsie. On a déjà noté plus d'une fois l'existence de ces deux affections convulsives chez le même individu ; mais ici, leur parenté est mise hors de doute par le fait de la substitution immédiate et instantanée de l'une à l'autre.

J'arrive à la partie la plus importante du sujet, au fait pratique.

La chorée datait de douze ans et demi chez l'une de nos malades, et de six mois chez l'autre. Dans les deux cas, on avait épuisé les médications les plus usitées en pareille circonstance ; je veux parler surtout des antispasmodiques, des narcotiques, de la strychnine, des bains sulfureux. Ce sont les exercices gymnastiques, joints à un massage et à des frictions énergiques, qui ont triomphé de la chronicité et de la puissance de la maladie.

L'effet salutaire de ce dernier traitement s'est manifesté très-vite chez la deuxième malade, et le retour des règles, qui avaient disparu depuis dix-huit mois, a été le premier indice d'un état meilleur. Chez l'autre, l'amélioration s'est accomplie d'une manière plus lente, mais non moins efficace.

Les massages et les frictions, tels que les pratique l'habile directeur du gymnase de l'hôpital des Enfants, M. Laisné, auquel revient tout l'honneur de ces deux guérisons, n'ont pas médiocrement contribué à améliorer l'état de nos deux malades. Nous n'hésitons pas à recommander ces moyens comme secondant de la manière la plus efficace les exercices ordinaires de la gymnastique.

Nous avons été témoin l'année dernière, à l'hôpital des Enfants, d'une guérison obtenue à l'aide de ces manœuvres, qui, au début, furent employées d'une manière exclusive chez une fille de treize ans, choréique pour la troisième fois. Un état fébrile très-accusé, et un défaut absolu de sommeil, avaient fait porter sur l'état de cette jeune malade un pronostic des plus fâcheux.

Les frictions et les massages agissent tout à la fois sur les muscles et sur la peau, dont ils modifient d'une manière très-puissante la circulation et probablement aussi l'état nerveux. Mais il faut qu'ils soient pratiqués fréquemment, et avec une énergie capable de vaincre l'action musculaire qui engendre les mouvements désordonnés de la chorée. Dr Parrot.

HOPITAL DE CAYENNE. — M. Colson.

De la dyssenterie typhoïde.

Obs. I. — David, âgé de vingt-deux ans, malade depuis quatre jours seulement, entre à l'hôpital, présentant d'abord tous les symptômes d'une dyssenterie aiguë franche : selles fréquentes, incessantes, composées de sang et de mucosités, sans trace de bile ; douleurs abdominales, ténesme anal et vésical ; pas de fièvre. Mais bientôt les selles se sont modifiées ; tout en contenant encore quelques traces de sang, elles sont devenues très-liquides, d'un jaune verdâtre, analogue à une purée de pois très-fluide, excessivement fétides. En même temps, je percevais du gargouillement et de la douleur dans la fosse iliaque droite, et une éruption de taches rosées lenticulaires apparaissait sur la poitrine et les bras. Langue rouge, sèche ; pouls dur, fréquent ; peau chaude, sèche ; vomissements incessants, survenant dès que le malade avale une gorgée de liquide, et contre lesquels ont échoué longtemps tous les moyens employés.

Dix-huit jours après, un mieux sensible se déclare ; les vomissements ont enfin cédé ; la peau est moins sèche ; la langue s'humecte aussi ; le pouls est presque normal ; les selles sont bien moins fréquentes et ne contiennent plus de sang ; mais ce mieux dure peu, à cause de l'indocilité du malade, qui, après avoir mangé une grande quantité de goyaves, éprouve une rechute terrible aux suites de laquelle il succombe.

Autopsie. — Injection considérable et de nature franchement inflammatoire de la muqueuse de toute la région pylorique de l'estomac. Arborisations sur la muqueuse de tout l'intestin grêle, plus marquées dans certains points, mais ne manquant nulle part. Vers la fin de l'iléon, hypertrophie et rougeur de cinq follicules de Peyer. Les ganglions du mésentère qui leur correspondent sont aussi hypertrophiés et enflammés. La valvule iléo-cœcale est couverte, du côté de l'iléon, de follicules enflammés et ulcérés.

Les tuniques du gros intestin sont épaissies ; la muqueuse est d'une couleur rouge lie-de-vin et littéralement couverte d'ulcérations depuis le cœcum jusqu'à l'anus. Plusieurs de ces ulcérations intéressent toutes les tuniques, à l'exception de la péritonéale. Les désordres les plus profonds se remarquent à l'S iliaque du côlon. Le foie est sain ; la rate est notablement ramollie.

Obs. II. — Mazeau, âgé de quarante ans, est malade depuis cinq jours, et présente d'abord tous les symptômes d'une dyssenterie aiguë ; mais vers le onzième jour une éruption de taches rosées, lenticulaires, apparaît sur la poitrine, le cou et les bras. Gargouillement dans la fosse iliaque droite ; selles verdâtres, fétides, présentant quelques stries de sang ; vomissements incoercibles. Mort le troisième jour.

Autopsie. — Injection assez prononcée de la muqueuse de l'intestin grêle. Cinq plaques de Peyer sont hypertrophiées et enflammées ; la plus élevée se trouve à 0,50 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Une d'elles a deux travers de doigt de longueur. La valvule est couverte, du côté de l'iléon, de plaques profondément ulcérées.

Les altérations les plus graves se remarquent dans le gros intestin, dont les tuniques sont hypertrophiées. La muqueuse est d'un rouge foncé et couverte d'ulcérations innombrables, surtout dans l'S iliaque. Le foie ne présente rien de particulier.

Obs. III. — Chatellier, âgé de vingt-neuf ans, est malade depuis quatre jours et présente d'abord les symptômes d'une dyssenterie aiguë grave. Bientôt les traits s'altèrent. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Éruption de taches lenticulaires sur la poitrine, le cou et les bras. Langue sèche, couverte de fuliginosités, ainsi que les dents. Selles incessantes, liquides, verdâtres, mêlées de sang, très-fétides. Elles prennent, trois jours avant la mort, une couleur chocolat et une odeur gangréneuse très-marquée. Des vomissements que rien ne peut arrêter surviennent ; le malade tombe dans un état adynamique des plus profonds et ne tarde pas à s'éteindre.

Autopsie. — Injection de la muqueuse de l'intestin grêle dans toute son étendue. Depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'à 0,50 centimètres au-dessus d'elles, dix plaques de Peyer, dont une a quatre travers de doigt de longueur, sont hypertrophiées et enflammées. Les follicules de Brunner sont également hypertrophiés. Il en est de même des ganglions mésentériques qui correspondent à la fin de l'iléon. La valvule iléo-cœcale est couverte, du côté de l'iléon, de follicules profondément ulcérés.

La muqueuse du cœcum et du côlon ascendant, d'une teinte grisâtre, est ulcérée sur un grand nombre de points. Le côlon transverse et le côlon descendant sont d'un noir d'encre à l'extérieur ; leur muqueuse est épaissie, et lorsqu'on la râcle avec le scalpel, elle se transforme en bouillie, en putrilage exhalant une forte odeur de gangrène. Toutes les tuniques du gros intestin présentent en ces points un remarquable défaut de consistance ; il suffit d'exercer sur elles une traction très-légère pour les rompre toutes à la fois.

Obs. IV. — Godefroy, âgé de cinquante-quatre ans. Ce malade, après dix-huit jours d'une dyssenterie aiguë, est pris des mêmes complications que j'ai signalées dans les cas précédents ; il s'y joint cependant une parotidite droite. Etat profond d'adynamie et mort.

Autopsie. — L'estomac ne présente rien de particulier, si ce n'est un peu d'injection dans la région pylorique. L'intestin grêle paraît sain jusqu'à la fin de l'iléon ; mais à partir de 0,60 centimètres de la valvule iléo-cœcale, on remarque une injection, peu marquée du reste, et par plaques, de la muqueuse. Huit ou dix plaques de Peyer sont hypertrophiées et d'un rouge vineux ; la valvule iléo-cœcale est couverte, du côté de l'iléon, de follicules présentant la même coloration ; un seul est ulcéré. Quelques ganglions mésentériques présentent aussi des traces d'inflammation. La muqueuse du cœcum et du côlon ascendant n'est que très-légèrement enflammée, mais celle du côlon transverse est épaissie, d'une teinte gris foncé, et offre, par plaques, une injection intense et quelques ulcérations qui n'intéressent que la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux, et laissent voir à nu, dans leur fond, les fibres de la musculeuse. Les altérations les plus graves se trouvent à l'S iliaque et au rectum. Là, la muqueuse est d'un gris noirâtre, s'en va en bouillie lorsqu'on la râcle avec le dos du scalpel ; des ulcérations innombrables, à bords taillés à pic, intéressent, les unes la muqueuse seulement, d'autres la muqueuse et la musculeuse, et ne respectent que le péritoine. Les contours de ces ulcérations sont irréguliers ; il en est qui sont de forme allongée, et qui ont jusqu'à 2 centimètres d'étendue.

Trois autres malades succombèrent, et je pus constater les mêmes symptômes pendant la vie, les mêmes altérations après la mort. Sept autres guérirent.

Quelle a été la cause de cette petite épidémie ? Les hommes qui en ont été atteints étaient de nouveaux arrivés, et ils venaient de faire une longue traversée dans une batterie dont les sabords étaient fermés la nuit, et assez souvent le jour, à cause de l'état de la mer. C'étaient, en outre, des hommes d'une constitution déjà usée par le séjour dans les bagnes ou les prisons, par conséquent fort accessibles aux causes morbifiques. Arrivés à l'établissement pénitentiaire de l'Ilet-la-Mère, ils ont été mis dans des cases qui, bien que percées d'assez nombreux sabords, sont loin de réunir toutes les conditions hygiéniques convenables, car il m'est arrivé d'y être appelé la nuit, et j'ai toujours été fort incommodé par l'odeur infecte qu'on y percevait. Voilà pour moi les causes de la complication typhoïde.

Quant à la dyssenterie, je rappellerai que ces hommes n'étaient pas encore acclimatés, qu'ils travaillaient sous un soleil brûlant, et rentraient dans leurs cases le corps trempé de sueur. Ils se hâtaient de se débarrasser d'une partie de leurs vêtements, et de boire de l'eau froide en abondance ; leur camp se trouvant sur un plateau un peu élevé, ils y subissaient l'influence d'une brise permanente. Ajoutons que beaucoup couchaient la nuit le ventre découvert, entièrement nus, et plusieurs sur le sol même, en dehors de leurs cases. Ce sont là autant de causes de refroidissement auxquelles est due la production de la dyssenterie.

J'ai successivement séjourné dans plusieurs de nos colonies, la Réunion, Madagascar, la Martinique, la Guyane, et mon observation personnelle m'a conduit à n'admettre pour la dyssenterie qu'une seule cause déterminante, un brusque abaissement de température. On l'a pourtant attribuée à d'autres causes, à une chaleur excessive et continue, au miasme paludéen, par exemple. La première de ces causes prédispose au mal, mais ne le produit pas ; elle y prédispose en abattant, en prostrant les forces et en rendant ainsi l'organisme moins apte à résister aux causes morbifiques. Quant aux effluves des marais, c'est là, pour moi, comme les miasmes de provenance animale, une cause aggravante, un élément nouveau ajouté à la maladie, et qui lui donne un caractère de malignité qu'elle n'aurait pas si la cause déterminante, le refroidissement, eût existé seule.

On a encore accusé l'eau de certains lieux de produire la dyssenterie. Mais évidemment l'eau n'agit ici que lorsqu'elle est à une température trop basse par rapport à celle de nos organes.

Traitement. — A la dyssenterie simple, j'ai opposé l'ipéca à la brésilienne, à la dose de 4 à 8 grammes, le même marc servant pendant trois ou quatre jours de suite. Lorsqu'au bout de ce temps le sang n'avait pas disparu des selles, surtout lorsque celles-ci ne présentaient aucune trace de bile, le calomel, donné à la dose de 0,50 à 0,60 centigrammes en deux fois dans la journée, les avait ordinairement bien vite modifiées. Lorsque les coliques étaient violentes et les selles formées de sang presque pur, je négligeais l'ipéca, et j'avais d'emblée recours au calomel.

Les ventouses scarifiées sur le trajet du côlon, lorsque les coliques étaient très-vives, les demi-bains, les demi-lavements amylacés et laudanisés, les cataplasmes émollients placés sur le ventre, n'étaient pas négligés non plus.

En général, j'ai très-rarement employé l'opium, dans le traitement de la dyssenterie aiguë, autrement qu'en lavement. Je crois que ce médicament masque plutôt qu'il n'amende les symptômes de la dyssenterie, et qu'en diminuant le nombre des selles, il peut inspirer au malade comme au médecin une sécurité trompeuse. Cependant, contre les éléments douleur et spasme, l'opium jouit d'avantages incontestables, et chez les individus qui éprouvent des tranchées incessantes, chez lesquels le ventre est fortement rétracté, il me paraît formellement indiqué.

Quant aux pilules de Segond (ipéca, 0,40 centigr. ; calomel, 0,20 ; extrait gommeux d'opium, 0,05, pour 6 pilules à prendre dans la journée), je les ai souvent essayées, mais sans succès aucun, au début de l'affection du moins. Ce n'est que plus tard, lorsque les selles ne sont plus que demi-liquides, qu'elles m'ont paru avoir quelque effet salutaire.

Je n'ai jamais osé employer les astringents contre l'état aigu.

La saignée me paraît fort rarement indiquée dans la dyssenterie aiguë des pays chauds. D'ailleurs, la constitution appauvrie des malades que j'avais à traiter s'opposait à ce que je leur ouvrisse la veine.

Lorsque les symptômes typhoïdes apparaissaient, j'avais recours au sulfate de soude ou de magnésie administré tous les jours, depuis 10 jusqu'à 20 et 30 grammes. Les purgatifs salins sont ceux que je préfère à tous les autres dans le traitement des affections typhoïdes, parce que, sans irriter l'intestin, ils le nettoyent chaque jour et le débarrassent des matières septiques qui y sont excrétées ; matières qui, résorbées, produisent si souvent cette fièvre secondaire, cette véritable fièvre d'infection si propre à amener l'adynamie. Lorsque la maladie revêtait cette dernière forme, j'avais recours aussitôt aux toniques, à l'extrait de quinquina, au vin sucré, etc. Je satisfaisais, en un mot, à l'indication de soutenir et de relever les forces.

Dans deux cas, ne pouvant triompher des vomissements par tous les moyens qu'habituellement on dirige contre eux, je me suis servi avec un plein succès de la teinture d'iode, à la dose de vingt gouttes dans une potion administrée par cuillerées.

J'ai expérimenté un grand nombre de médicaments contre la dyssenterie chronique. L'écorce de simarouba, le tannin, l'extrait de ratanhia, le diascordium, ont été tour à tour employés contre cette forme rebelle. Je lui ai aussi opposé l'acétate de plomb cristallisé, donné en lavements depuis la dose de 50 centigrammes jusqu'à 2 et même 4 grammes, deux fois par jour. Je n'ai remarqué, dans aucun cas, les accidents saturnins, tant redoutés de certains médecins. Sous l'influence de cet agent, j'ai vu souvent les selles diminuer de fréquence, devenir plus consistantes, et se dépouiller peu à peu de cette sécrétion blanchâtre, d'apparence mucoso-purulente, que l'on remarque si souvent dans la dyssenterie chronique.

Dans quelques cas, j'ai eu aussi à me louer du sous-azotate de bismuth, donné depuis 2 jusqu'à 8 grammes, surtout lorsque les selles étaient accompagnées de cette sécrétion dont je viens de parler. J'ai obtenu par ce moyen une guérison que je regardais comme impossible.

Mais le médicament qui m'a le plus souvent réussi, c'est l'extrait de noix vomique à la dose de 2 à 5 centigrammes par jour, et administré sous forme pilulaire (1 centigramme par pilule). Souvent, très-souvent même, il a guéri des hommes qui en étaient à leur deuxième ou troisième rechute ; et, lorsqu'il n'a pas guéri, il a toujours modifié très-avantageusement les garde-robes. C'est pour moi un précieux médicament contre la forme chronique de la dyssenterie, et qui me paraît agir comme tonique, comme réveillant la vitalité émoussée, languissante, des tuniques intestinales.

Lorsque le sang reparaissait par stries dans les selles, je revenais à l'ipéca ou au calomel. J'ai bien souvent aussi employé, dans ces cas, le sulfate sodique à la dose de 15 à 20 grammes.

Toutefois, je dois le dire, car cela me semble capital dans le traitement de la dyssenterie chronique, si ces divers médicaments ont produit de bons effets, l'influence de chacun d'eux, pris isolément, m'a paru s'user au bout d'un certain temps, et ce n'est qu'en les substituant à propos les uns aux autres que j'ai pu arriver à des résultats tels qu'ils m'ont beaucoup surpris.

ÉTUDES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

sur un cas de luxation ischiatique du fémur (1) ;

Par MM. B. Béraud, ex-prosecteur des hôpitaux, et Péan, interne des hôpitaux.

Obturateur externe. — Immédiatement au-dessous de la portion rompue du carré fémoral et restée adhérente au grand trochanter, on voit le muscle obturateur externe qui est tout entier dans le relâchement.

Sa face externe est recouverte par les fibres supérieures du grand adducteur et par les inférieures du carré fémoral.

L'obturateur est déchiré, mais cette lésion porte sur les fibres

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 janvier.

inférieures à 3 centimètres en dehors de son insertion à la fosse ovalaire. Il existe d'autres déchirures à son bord inférieur, à un centimètre avant son insertion au tendon qui l'unit au trochanter : nous trouvons aussi des fibres rompues sur le bord supérieur. — La face externe apparaît intacte, tandis que les fibres du plan profond ont été lacérées dans leur milieu. Toutes les fibres ont subi, suivant leur longueur, un mouvement de torsion dans lequel les fibres supérieures deviennent superficielles et les inférieures profondes. En s'approchant de son tendon, ce muscle embrasse dans une concavité supérieure le col du fémur, au lieu de former une réflexion horizontale pour atteindre la cavité digitale du trochanter.

Psoas iliaque. — Rien de changé dans la portion intra-pelvienne de ce muscle.

Mais la portion extra-pelvienne, au lieu de diriger en bas verticalement, se porte immédiatement en arrière et cela d'une manière horizontale. Ce muscle a donc subi un mouvement d'enroulement autour du fémur qui a tourné sur lui-même suivant son axe longitudinal de dehors en dedans.

Il résulte de ce mouvement de rotation que le petit trochanter a entraîné le tendon du psoas iliaque en dehors de la ligne médiane.

La face profonde de cette portion du muscle psoas iliaque reste en rapport avec la partie interne de la capsule articulaire, mais le contact est moins intime, à cause de l'affaissement de celle-ci.

Pas n'est besoin d'ajouter que ce déplacement du muscle a pour résultat de tendre ses fibres qui, néanmoins, n'offrent pas de déchirures.

Pectiné. — Sa direction en dehors et en bas est changée ; ses fibres se portent bien en dehors, mais d'une manière plus prononcée, et, au lieu d'être verticales, elles semblent horizontales.

La portion fémorale de ce muscle s'enroule autour du fémur comme le muscle psoas iliaque.

Mais ses fibres sont dans un relâchement complet, ce qui s'explique tout naturellement, parce que le membre est dans une adduction forcée.

Muscles adducteurs. — Ces muscles ont subi des changements de direction et de rapports analogues à ceux que nous venons de mentionner pour le pectiné ; il est dès lors inutile d'en faire une description spéciale.

Artères. — Les artères fessières, ischiatiques, n'offraient aucune déchirure dans leurs troncs principaux, quelques ramifications très-ténues avaient seules pu produire l'épanchement sanguin que nous avons constaté dans les diverses couches de la région.

Nerfs sciatiques. — Le grand nerf sciatique se trouve refoulé en arrière, sur la tubérosité de l'ischion, tandis que par son bord antérieur, il est en rapport avec la tête du fémur appuyée sur lui et qui lui répond par le point où s'insère le ligament rond.

La face superficielle de ce nerf présente une infiltration qui correspond à la tête déplacée. Nul doute que la rupture de quelques branches de l'artère ischiatique en ait été la cause, car l'injection par les vaisseaux s'est frayé par leurs déchirures un passage dans le névrilème.

Il en est résulté une ecchymose dont l'étendue est de 3 centimètres.

— Le petit nerf sciatique est jeté en dehors du grand. Il est aussi en contact avec la tête fémorale, mais dans un espace très-limité.

De cette description il résulte que les deux nerfs sciatiques étaient manifestement soumis à une compression pendant la vie.

Capsule articulaire. — La capsule qui unit le fémur à la cavité cotyloïde présente une déchirure très-considérable dont nous allons faire connaître l'étendue, la direction, le siége et la forme.

Quelles sont donc les fibres envahies par la déchirure? Ce sont les postérieures. Or voici suivant quelle direction :

1° Au-dessus du petit trochanter une fente verticale, très-régulière, monte en arrière et parcourt les fibres de la capsule dans toute leur longueur. La lèvre antérieure de la division forme un faisceau épais et très-résistant.

2° Mais sur la lèvre postérieure apparaît une autre scissure perpendiculaire à la première, et dont la direction peut-être appelée transversale. Décrivons en deux mots son trajet. Examinée à son point de départ sur la fente verticale, elle est très-rapprochée des attaches de la capsule au fémur ; mais à mesure qu'elle se porte en arrière et en dehors, elle s'éloigne de ces attaches inférieures; si bien qu'à son autre extrémité, elle en est distante de plus d'un centimètre.

La réunion de ces deux déchirures fait comprendre pourquoi la capsule offre une partie de ses fibres qui n'est plus soutenue, nous parlons de cette portion très-angulaire dont le sommet est à l'union de la fente transversale avec la fente verticale et la base au pourtour de la cavité cotyloïde. Il est digne de remarque que ce sommet est découpé et flottant, et si nous cherchons à le déplisser, nous trouvons qu'il remplit une partie de la cavité articulaire devenue vide. C'est en effet par la déchirure demi-circulaire postérieure que cette tête a trouvé issue; or elle n'a pu entraîner dans son déplacement ce lambeau de la capsule devenue mobile, et voilà pourquoi ce lambeau occupe la cavité cotyloïde.

Là se borne la lésion de la capsule articulaire; car si nous jetons les yeux sur toute la portion antérieure de ce tissu ligamenteux, nous le trouvons intact; nous entendons parler de toutes les fibres nées du pourtour antérieur cotyloïdien et attachées d'autre part à la ligne rugueuse qui va du grand au petit trochanter, plus en dedans à la face inférieure du col, plus en dehors aux deux tiers antérieurs de la face supérieure de ce même col.

Cavité cotyloïde. — Elle ne renferme plus la tête fémorale et elle est en partie remplie par le fragment moyen de la capsule articulaire. En outre, nous y trouvons une assez notable quantité de synovie (une cuillerée à bouche environ) mélangée avec du sang. Du reste, il n'y a pas de fracture du bourrelet osseux, qui délimite cette cavité. On voit dans l'arrière-fond les débris du ligament rond déchiré à son point d'implantation sur la tête fémorale.

Fémur. — Pour donner de la précision et de la netteté à notre description, nous considérerons à part le corps et la tête de cet os.

Le corps du fémur, ainsi que nous l'avons déjà dit, est rompu vers son tiers inférieur. Cet os se présente dans une position fixe, on ne peut le déplacer qu'en employant une certaine force. Il ne se dirige plus en bas, mais en avant et en dedans.

Si l'on cherche à le porter en dehors, on ne peut le faire. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le corps du fémur a subi un mouvement de rotation de dehors en dedans, suivant son axe vertical. De ce mouvement il résulte que sa face antérieure est devenue interne et sa face externe antérieure.

La tête du fémur a subi un déplacement et contracté des rapports nouveaux qui vont fixer notre attention d'une manière toute spéciale.

La situation de cette éminence se trouve en arrière et en bas de la cavité cotyloïde, dans la rainure profonde qui sépare la tubérosité de l'ischion de cette cavité cotyloïdienne. Or, si l'on se rappelle la concavité en sens inverse formée par les fibres du jumeau inférieur, nous avons décrit l'anneau musculeux qui entoure les parties luxées. Par ce fait, la tête au milieu des parties molles repose en dedans sur ces fibres déchirées du carré, qui s'insèrent à la tubérosité ischiatique tandis que l'autre moitié des mêmes fibres, prenant attache à la ligne qui va du grand au petit trochanter, suffit à peine pour recouvrir le col du fémur dans sa nouvelle place; ainsi s'explique pourquoi la tête apparaissait nue et couchée sous le grand fessier.

Il résulte de cette disposition que la cavité cotyloïde est recouverte comme par un rideau passant au-devant d'elle :

1° Par le segment supérieur de la face antérieure de la tête fémorale ;

2° Par une partie du col fémoral ;

3° Enfin par la face antérieure du grand trochanter.

Il résulte encore que la tête s'est portée en arrière pendant que le grand trochanter s'est porté en dedans et rapproché de la ligne médiane, et le petit trochanter a passé en arrière.

Examinons maintenant les rapports et les distances qui séparent les éminences iliaques des éminences fémorales.

Si, dans l'état normal, on tire une ligne verticale partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on voit que cette ligne passe bien en avant du grand trochanter ; sur notre sujet elle passe immédiatement en avant de cette éminence, elle la touche.

Tels sont les caractères anatomiques offerts par cette luxation. Il est temps de chercher à déterminer quelle était sa nature. Or nous avions affaire à une luxation récente, traumatique; elle était fixe, et appartenait évidemment à la luxation ischiatique de M. Malgaigne. De plus, ses rapports avec la cavité cotyloïde nous ont montré qu'elle était complète ; et comme l'individu paraissait avoir succombé immédiatement après l'accident, on ne doit pas douter qu'elle ne fût primitive, c'est-à-dire qu'elle n'eût pas changé.

Nous avons voulu nous éclairer sur certains points douteux de cette variété de luxation.

Au point de vue de la symptomatologie, nous avons remarqué un caractère précieux pour la clinique. Tandis que dans l'état normal on voit que l'épine iliaque antérieure et supérieure se trouve à égale distance du grand trochanter et de l'épine du pubis, on constate, dans cette variété de luxation, que ces rapports sont modifiés, en ce sens que la tête fémorale s'est rapprochée de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Ainsi, sur cette pièce, nous avons trouvé les mesures suivantes :

Quand la luxation n'était pas réduite, il y avait de l'épine iliaque antérieure et supérieure :

Au grand trochanter.	0,10 centimètres.
A l'épine du pubis.	0,10 —

Quand nous réduisons la luxation, il y a de l'épine iliaque antérieure et supérieure

Au grand trochanter.	0,14 centimètres.
A l'épine du pubis.	0,16 —

Pour la réduction de cette variété de luxation, nous avons fait quelques expériences.

Quand nous exercions une simple traction horizontale sur le fémur (nous supposons le sujet dans le décubitus dorsal), nous ne pouvions pas déplacer le fémur, malgré une grande puissance. Cela se comprend facilement. La tête était retenue par le rebord cotyloïdien, par les muscles petit et moyen fessiers, par les pyramidal et obturateur interne surtout, et enfin par le bord supérieur du tiers inférieur du carré fémoral resté intact dans cette partie.

Aussi cette simple expérience nous porte à rejeter l'emploi de l'extension et de la contre-extension pour la réduction de ces sortes de luxations.

Quand nous cherchions à porter le fémur dans l'abduction, nous éprouvions les plus grandes difficultés, et nous ne pouvions y arriver. Plusieurs obstacles s'y opposaient. Nous comptions, en premier lieu, la fixité de la tête contre le rebord cotyloïdien. En effet, pour que l'abduction se produisît, il aurait fallu que la tête glissât; or cela n'était pas possible, à cause de son enclavement. En seconde ligne, les muscles psoas iliaque, pectiné, adducteurs, déjà distendus, produisaient le même résultat.

Pour ces motifs, nous serions disposé à accorder peu de confiance à l'abduction forcée comme moyen de réduction de la luxation ischiatique.

Il en est de même de la *flexion forcée*, quoique cette dernière méthode ait donné de beaux résultats entre les mains de M. Despretz. Il est vrai que ce chirurgien combine ce mouvement avec l'extension. Dans ces conditions, nous accepterions plus volontiers la méthode, car alors on prévient le passage de la luxation ischiatique à la luxation dans la fosse ovalaire ou en sous-cotyloïdienne.

Toutes les fois, en effet, que nous nous bornions à faire une flexion simple sans extension, la luxation se transformait, et la tête fémorale passait en dedans ou au-dessous de la cavité cotyloïde.

Le moyen de réduction qui nous a paru le plus simple consistait à imprimer un mouvement de rotation du fémur de dedans en dehors. Par suite de cette manœuvre, la tête fémorale exécutait un mouvement analogue ; elle glissait sur le rebord cotyloïdien et pénétrait facilement dans sa cavité en écartant les lambeaux de la capsule.

Plusieurs fois nous avons répété l'expérience, et toujours ces lambeaux étaient évités, non refoulés contre la cavité pour s'interposer entre elle et la tête fémorale, ce qui nous arrivait quand nous suivions une autre voie pour replacer la tête dans son acétabulum. Il est juste de dire qu'à ce mouvement de rotation nous ajoutions un léger mouvement de circumduction.

Voyons ce qui se passait alors. Les muscles psoas iliaque, pectiné et abducteurs étaient relâchés ; il n'y avait pas d'obstacle de ce côté, et peu à peu le petit trochanter reprenait sa position normale. Il ne pouvait pas y avoir obstacle du côté des muscles pyramidal, obturateur interne, fessiers, puisque ces muscles étaient relâchés dans la plus grande partie de leur étendue, ou bien se trouvaient dans l'axe de rotation du fémur. Aussi cette manœuvre nous réussissait toujours, et cela sans un développement de force bien considérable. Nous sommes donc suffisamment autorisé à admettre que, pour la luxation ischiatique, la rotation combinée avec une légère circumduction doivent être employées pour faire rentrer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, et que c'est là le moyen le plus simple, le plus facile et le plus expéditif.

SUR LES INJECTIONS IODÉES.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 6 de ce mois, M. le docteur Marjolin a présenté le fémur et l'os iliaque d'un enfant atteint de coxalgie. La tête fémorale est profondément érodée et déformée; les bords de la cavité cotyloïde sont entièrement détruits. Des abcès s'étaient produits, il y avait des fusées purulentes et des décollements étendus. Ces divers accidents n'avaient pu être conjurés par les injections d'iode.

A ce propos, M. Marjolin déclare qu'il a eu recours bien souvent aux injections iodées dans le traitement des affections du système osseux, et que, contrairement aux espérances que les publications modernes lui avaient fait concevoir, il n'a pas eu un seul succès à enregistrer.

Pour les abcès par congestion venant de la colonne vertébrale, il a d'abord perdu sept ou huit malades adultes. Arrivé alors dans un hôpital d'enfants, il a répété ses essais, et toujours avec le même résultat. Fidèle au principe de Boyer, il attendait toujours pour agir que l'abcès menaçât de s'ouvrir bientôt spontanément; il pratiquait alors la ponction et l'injection iodée, en suivant autant que possible les règles adoptées par M. Boinet. Il a repris les injections, tantôt au bout de trois jours, tantôt au bout de deux semaines. Tout cela a été inutile; les malades ont succombé sans aucune exception, et peut-être même quelques-uns sont-ils morts plus promptement que si on n'avait pas eu recours aux injections. On avait basé beaucoup d'espérances sur l'absorption d'iode continuelle et prolongée qui doit s'effectuer à la surface interne de la poche injectée; mais les expériences consignées dans la thèse de M. Titon prouvent qu'en pareil cas on ne trouve d'iode dans les urines que pendant deux ou trois jours, c'est-à-dire beaucoup moins longtemps que si on avait donné par les voies digestives une dose unique et peu élevée d'iode.

M. Marjolin ajoute qu'il ne s'est pas occupé seulement des abcès par congestion venus de la colonne vertébrale; qu'il a injecté l'iode également dans les articulations atteintes de tumeurs blanches suppurées et ouvertes, et que dans aucun cas, pas même lorsque l'arthrite occupait les doigts et les orteils, il n'a pu sauver le malade sans amputation ou sans résection. Il termine en demandant que la Société veuille bien discuter la question des injections iodées appliquées au traitement des suppurations chroniques qui dépendent d'une lésion du squelette.

M. DEMARQUAY partage entièrement l'opinion de M. Marjolin. Il a eu recours très-souvent à l'injection iodée dans les cas spécifiés par son collègue, et il n'a eu que des insuccès, quoiqu'il ait suivi exactement les préceptes tracés par M. Boinet.

M. CHASSAIGNAC rappelle que M. Pain, ancien interne des hôpitaux, a soutenu l'année dernière sa thèse inaugurale sur ce sujet, et qu'il en est arrivé aux mêmes conclusions que M. Marjolin.

M. FORGET pense au contraire que certaines affections osseuses, que certains abcès par congestion, même ceux qui viennent de la colonne

vertébrale, peuvent guérir à la faveur des injections iodées. Il connaît un enfant qui a conservé une gibbosité très-prononcée, mais qui depuis six ans est parfaitement guéri. Plusieurs vertèbres sont détruites ; il y a eu un vaste abcès où on a poussé de nombreuses injections d'iode. Mais il est vrai que cet enfant était dans des conditions hygiéniques excellentes, et bien meilleures en tous cas que celles où se trouvent les malades dans les hôpitaux d'enfants.

M. DEMARQUAY ne conteste pas la possibilité de la guérison du mal de Pott ; on guérit sans iode, et ce n'est même pas très-rare, témoin le grand nombre de bossus qu'on rencontre dans la rue. Toutes ces gibbosités antéro-postérieures sont le résultat du mal de Pott. Mais la question posée devant la Société est la suivante : Les injections iodées sont-elles de nature à faire cicatriser les lésions osseuses? C'est cette question que M. Demarquay croit pouvoir résoudre par la négation. Il y en a une seconde qu'il résoudra au contraire par l'affirmative : c'est de savoir si les injections iodées ont quelque utilité? Il pense que oui, et il emploie fréquemment ce moyen qui agit favorablement sur le pus.

M. LARREY n'a jamais été grand partisan des injections iodées. — Dans les discussions qui ont eu lieu précédemment devant la Société, il a été un de ceux qui ont manifesté le plus de doutes. Cela ne l'a pas empêché de recourir souvent à ce moyen, et il a presque constamment échoué. S'il lui est arrivé çà et là de constater un peu d'amélioration, il n'a jamais été convaincu que ce bénéfice fût dû aux injections d'iode plutôt qu'aux moxas, aux eaux thermales, aux médications internes qu'il employait en même temps. Et surtout, il n'a jamais trouvé que l'action locale de l'iode fût de nature à faire cicatriser les lésions osseuses. Il pense donc que le moment est venu de soumettre à une discussion approfondie cette importante question de pratique.

ÉRYSIPÈLE. — GLYCÉROLÉ D'ALUN ET DE PRÉCIPITÉ BLANC.

Les applications topiques de la glycérine, soit seule, soit comme excipient, soit à l'état de combinaison avec diverses autres substances médicamenteuses, s'étendent et se multiplient tous les jours. Parmi ces nombreuses combinaisons que les besoins journaliers de la pratique suscitent à l'esprit des praticiens, nous citerons la suivante, prénonisée par un honorable médecin belge, M. le docteur Anciaux. L'union de la glycérine avec l'alun et le précipité blanc lui a paru, dans un bon nombre de cas, pouvoir rendre d'utiles services dans le traitement de l'érysipèle et de quelques autres affections cutanées.

On sait déjà combien la glycérine seule est utile dans ces affections ; il a paru à M. Anciaux que son union à l'alun et au précipité blanc aidait puissamment sa vertu médicatrice. Voici comment il prescrit cette préparation :

Alun réduit en poudre impalpable. . .	30 grammes.
Précipité blanc.	1 —

Triturez ensemble ces deux substances jusqu'à mélange parfait ; introduisez dans un flacon et ajoutez :

Glycérine.	90 à 100 grammes.

Agitez le flacon jusqu'à ce que le mélange prenne la consistance d'un liquide crémeux. On renouvelle cette agitation toutes les fois qu'on se sert du médicament.

A l'aide de cette préparation, M. Anciaux dit avoir guéri quelques affections cutanées rebelles (eczémas) et des ulcères atoniques. (*Presse méd. belge.*)

HYDATIDES REJETÉES PAR LES VOMISSEMENTS.

Un peintre, marié depuis cinq à six mois, fréquemment dérangé du ventre, présentait une teinte ictérique. Une application de sangsues est faite, et un traitement antiphlogistique conseillé. Deux mois s'écoulent sans nouvelle médication, mais sans amélioration. Le malade maigrit ; des vomissements se déclarent et deviennent incessants. Il se plaint d'une douleur dans la région du foie ; la coloration jaune se prononce de plus en plus : perte complète d'appétit, constipation. Il n'y a point de tumeur cancéreuse à la région de l'estomac, mais une espèce de bombement qui part de l'appendice sternal, et occupe une circonférence de 15 à 20 centimètres. Cette partie est très-douloureuse ; on l'affaisse assez facilement. Les vomissements sont accompagnés de fièvre. Dans l'embarras du diagnostic, M. Vitrac conseille un cercle de vésicatoires saupoudrés de morphine et de l'huile de ricin. La constipation persiste.

Les choses en étaient là lorsque la femme du malade accourt, disant que son mari étouffe. Il se plaint de quelque chose qui lui remonte au gosier, et en présence de M. Vitrac il rejette par haut ou rend par les selles un certain nombre d'hydatides. Dans l'espace de quinze jours il en a rendu une cinquantaine ; les trois quarts ont été expulsés par l'anus. La guérison n'a pas tardé à venir. (*Union méd. de la Gironde.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 janvier 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une ampliation du décret impérial qui confirme la nomination de M. Ch. Sainte-Claire Deville à la place vacante, dans la section de minéralogie et de géologie, par suite du décès de M. Dufrénoy.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Ch. Sainte-Claire Deville vient prendre place parmi ses confrères.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet un supplément à un Mémoire sur le choléra-morbus, précédemment adressé de l'île Maurice pour le concours du legs Bréant, par M. Onésime Leroy (Compte rendu de la séance du 21 janvier 1856). (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

L'Académie renvoie à la même commission un supplément adressé par l'auteur d'un mémoire reçu dans la séance du 28 décembre 1857, et caractérisé par la même épigraphe : *Omnis enim qui petit...*

Inhalations médicamenteuses. — M. MAYER présente un mémoire sur les inhalations médicamenteuses à l'aide d'un appareil nouveau dans le traitement des maladies des voies respiratoires.

La médication qui fait l'objet de cette note, dit M. Mayer, n'est pas nouvelle, mais les applications qu'on en a faites jusqu'à ce jour ont été si restreintes, qu'elle n'a pu rendre à la pratique qu'une faible partie des services qu'il est permis d'en attendre... Il y a deux manières de considérer les inhalations médicamenteuses : comme traitement général et comme traitement local ; c'est de cette dernière seulement que je m'occuperai dans la présente note. Pour l'une et pour l'autre, d'ailleurs, une même cause me paraît en avoir restreint l'emploi : c'est la complication des appareils imaginés pour l'application de la méthode. Celui que je propose, et dont je mets un spécimen sous les yeux de l'Académie, est d'une simplicité extrême et cependant suffit parfaitement pour remplir les diverses indications particulières aux affections des bronches dont je m'occupe dans ce premier mémoire. Il est évident, par exemple, que pour la toux symptomatique de la phlogose, les inhalations devront être chaudes et émollientes ; que la toux spasmodique exige les inhalations sédatives et narcotiques ; la toux avec sécrétion fluide, les vapeurs balsamiques et résineuses à température élevée ; la toux avec expectoration visqueuse et dyspnée, les vapeurs stimulantes, vinaigrées, ammoniacales, généralement au degré de la température ambiante. Tout cela s'obtient aisément avec mon appareil qui consiste en un ballon de verre de la contenance de 100 grammes environ de liquide, portant à la partie supérieure une tubulure légèrement évasée par laquelle le médicament est introduit, et par laquelle s'introduit l'air extérieur. Un peu plus bas se détache un tuyau cylindrique également en verre, long de 30 à 40 centimètres et aplati horizontalement à son extrémité libre pour s'adapter à la conformation des lèvres. Avec cet appareil, que l'on tient à la main, et une simple veilleuse, dans le cas où les inhalations doivent être à une température supérieure à celle de l'air ambiant, on obtient aisément tout ce que donneraient des appareils plus compliqués, et la sensation de la main permettra d'apprécier le degré de chaleur, degré que l'on règle d'ailleurs en approchant ou éloignant le ballon de la source calorifique. (Commissaires, MM. Andral et J. Cloquet.)

— M. VELPEAU présente, au nom de l'auteur M. Guill. Delenda, une note intitulée : *Fragment d'une tocologie hellénique.*

Cette note doit faire partie d'un grand ouvrage que l'auteur se propose de publier sous le titre de *Médecine ethnographique*, ouvrage dans lequel il montrera les différences que présentent les mêmes maladies, suivant qu'on les observe en Grèce, en Turquie, en Italie, en France ou en Allemagne. La persistance de ces caractères ethnographiques pendant une longue suite de siècles ne peut être rendue plus évidente que par l'observation faite dans le pays où écrivait Hippocrate, des maladies décrites dans ses immortels ouvrages. Ainsi, aujourd'hui comme autrefois, le type intermittent apparaît en Grèce dans une foule d'affections diverses. Pouvant en choisir de nombreux exemples que lui eussent fournis ses observations, M. Delenda a voulu cette fois ne s'occuper que de l'état puerpéral, état qui, dans ce climat, prédispose singulièrement à toutes les variétés des fièvres paludéennes, et où le quinquina est employé avec avantage, même dans les cas où la périodicité est déjà obscure.

Le mémoire de M. Delenda est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Velpeau, Rayer.

— M. GIRAUD-TEULON, en présentant au concours, pour le prix de médecine et de chirurgie, l'ouvrage qu'il vient de publier sur la mécanique animale, y joint, pour se conformer à l'une des conditions imposées aux concurrents, un résumé sommaire des points de fait ou de doctrine qu'il considère comme neufs dans cette publication. (Renvoi à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. BILLIARD, de Corbigny, adresse un supplément à un mémoire sur l'ozone présenté à l'avant-dernière séance. L'auteur fait remarquer que, bien qu'il eût, dans de précédentes communications, considéré l'ozone atmosphérique par rapport aux développements des maladies épidémiques et particulièrement du choléra-morbus, dans son mémoire du 28 décembre 1857 il le considérait à un autre point de vue, de sorte que ce n'était point à la commission du prix Bréant qu'il avait l'intention de soumettre ce travail.

La nouvelle note de M. Billiard et le mémoire auquel elle se rattache sont envoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Becquerel et Pelouze.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE à Varsovie.

Voici ce qu'on nous écrit des frontières de Pologne :

« Au mois d'octobre dernier, il s'est opéré un changement important dans l'organisation médicale en Pologne. Depuis les événements de 1831 les universités de Varsovie et de Vilna avaient été fermées, et il ne restait à la jeunesse polonaise qui aurait voulu embrasser la carrière médicale, que la faible ressource de l'université de Cracovie. Bientôt cette ressource même a fini par lui être enlevée par l'annexion, en 1846, de la petite république de Cracovie à l'empire autrichien. Dès lors il n'y avait qu'un petit nombre de jeunes gens qui pussent se livrer à la carrière médicale, car il fallait pour cela faire à grands frais des voyages très-éloignés aux universités russes, à Saint-Pétersbourg, à Dorpat ou à Moscou. Il est résulté de cette déplorable mesure que la nouvelle génération médicale de Pologne menaçait d'être composée d'une foule de médiocrités.

» Le jeune empereur Alexandre II n'a pas tardé à sentir l'urgence d'une réforme à cet égard. Il a tenu à ce que Varsovie eût sa faculté de médecine, et il a déclaré, pendant sa dernière visite en cette ville, qu'il ne voulait pas quitter le royaume sans que son projet fût passé à l'état de fait accompli. Peu de semaines après eut lieu l'ouverture du nouvel établissement, sous la désignation d'*Académie impériale de médecine*. L'inauguration s'est faite avec beaucoup de solennité sous la présidence du prince Gorstchakoff, gouverneur du royaume de Pologne, qui a prononcé une allocution très-bienveillante en langue russe. Le docteur Kochanski, conseiller d'Etat et directeur général du service médical en Pologne, administrateur aussi éclairé qu'intelligent, a fait sentir, dans un discours qui a été très-applaudi, la portée de cette précieuse institution due à l'initiative généreuse du monarque lui-même. Quelques instants ont suffi pour faire monter à 200 le chiffre des inscriptions pour la médecine et la pharmacie.

» Jusqu'à présent on n'a encore nommé que des professeurs pour la première année d'études, c'est-à-dire pour des chaires de physique, de chimie, de botanique, d'histoire naturelle, d'anatomie et de pharmacie. La pénurie absolue de sujets capables d'occuper dignement les chaires des hautes études médicales, et particulièrement les chaires de clinique et de pathologie, offre pour le moment une difficulté sérieuse. Rien ne serait pourtant plus facile que de lever cette difficulté. Il suffirait pour cela de passer sur certaines préventions qui dans les circonstances actuelles n'ont plus de raison d'être et de faire appel aux sentiments nationaux de quelques médecins polonais, qui, après avoir émigré après les événements de 1831, ont su se distinguer par leurs travaux scientifiques à l'étranger. Espérons que le ministre actuel de l'instruction publique, le comte Mouchanoff, homme d'une intelligence remarquable, comprendra l'immense avantage d'une pareille mesure pour l'enseignement médical dans la nouvelle faculté. On est convaincu en Pologne que l'empereur Alexandre donnerait avec empressement sa sanction à une proposition faite dans ce sens. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Arnal, médecin par quartier de l'Empereur, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Maffei vient d'être nommé médecin par quartier de l'empereur, en remplacement de M. le docteur L. Fleury, nommé médecin consultant.

— M. le docteur P. Berthier, médecin chef interne de l'asile public d'aliénés d'Auxerre, vient d'être nommé médecin des asiles de Saint-Lazare et de la Madeleine, à Bourg (Ain).

— Le concours pour deux places d'aide d'anatomie, ouvert au mois de juillet dernier à la Faculté de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. L. Lefort et Liégeois.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris commencera le lundi 8 février prochain.

Le registre d'inscription sera fermé samedi 23 janvier.

—M. Nouvelon, nommé récemment pharmacien des hôpitaux, vient de succomber à une maladie dont il était atteint depuis longtemps.

— Notre savant confrère le docteur G. Borelli (de Turin), chirurgien à l'hôpital des Saints Maurice et Lazare, vient de fonder un journal d'ophthalmologie ; son premier article est du docteur C. Sperino. Nous faisons des vœux sincères pour le succès de cette publication, qui doit nous mettre au courant des progrès réalisés par l'ophthalmologie en Italie.

— La *Gazzetta medica toscana* change de titre et de format. Elle s'intitulera désormais *lo Sperimentale*, et paraîtra tous les mois, par livraisons de six feuilles in-8°.

— Le tribunal de commerce de Paris vient d'être appelé à se prononcer sur une question d'honoraires qui peut intéresser quelques-uns de nos lecteurs. Un de nos confrères avait donné des soins à un négociant qui lui devait pour ses honoraires la somme de 265 francs. Cette somme n'avait point été payée et était due depuis plus d'un an, lorsque le négociant tomba en faillite.

Le médecin se présenta alors avec les autres créanciers pour avoir sa part proportionnelle dans l'actif ; puis il se ravisa et prétendit devoir être considéré comme créancier privilégié, parce qu'il avait donné des soins à son client dans sa dernière maladie, c'est-à-dire dans celle qui avait précédé la faillite.

Le syndic repoussait cette prétention en soutenant que la loi accordait un privilége au médecin qui avait donné des soins à un malade dans sa dernière maladie, c'est-à-dire dans celle dont il était mort ; mais qu'ici le failli était vivant, et que ce n'était même que par une faveur spéciale qu'on n'invoquait pas la prescription, et qu'on admettait le docteur au partage de l'actif à l'égard des autres créanciers.

Nous n'avons pas besoin de dire que le tribunal a décidé dans ce sens, en déclarant que le législateur avait entendu par la dernière maladie celle qui avait été suivie de la mort.

— La concurrence faite par leurs belles compatriotes à nos confrères des Etats-Unis prend une véritable extension dans certains Etats. Sept dames, en effet, viennent de passer glorieusement leurs examens et de conquérir leurs diplômes de docteur à l'Ecole de médecine de Pensylvanie.

— Sur la demande de M. Adde Margras (de Nancy), M. le ministre de l'instruction publique et M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, viennent d'autoriser l'exposition de la statue de Jenner sous le péristyle de la Faculté de médecine de Paris.

On souscrit chez M. Gossart, notaire, rue Saint-Honoré, 217.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des plantes féculentes susceptibles de fournir de l'amidon à l'industrie et aux arts (thèse inaugurale), par M. Félix GANNAL, pharmacien de 1re classe. Broch. in-8°, 64 pages. Paris, impr. Thunot.

Éléments de philosophie médicale ou Théorie fondamentale de la science des faits médico-biologiques, par M. Ch. ARRÉAT, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume in-8° de 656 pages. Prix, 7 fr. 50 c. A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 JANVIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous nous attendions à une discussion en règle sur le rapport de M. Devergie. Le bureau avait pris ses mesures : le bulletin n'étant point encore prêt à paraître, M. le secrétaire avait eu l'attention de faire distribuer à chaque membre de l'Académie une épreuve du rapport de M. Devergie; mais toutes ces précautions ont été vaines comme notre attente. Les dermatologistes et les vétérinaires de l'Académie, dont il nous paraissait que les opinions étaient plus ou moins impliquées dans l'examen des points de doctrine soulevés dans le rapport, ont gardé le silence. Ce que voyant, M. Depaul, qui n'est ni dermatologue ni vétérinaire, et qui était par conséquent parfaitement désintéressé dans la question, a pris la parole pour réclamer au nom de M. Bazin la priorité d'une découverte dont M. Devergie, dans son rapport, a attribué l'honneur à un médecin de Berlin, M. Baeresprung. L'objet de la contestation est la découverte du trichophyton, champignon parasitaire qui serait commun à deux maladies considérées jusqu'ici comme différentes, l'herpès tonsurant et l'herpès circinné, et qui, à raison de cette circonstance, devraient désormais être considérées comme ayant une origine et une nature identiques.

Si nous avons bonne mémoire, il nous semble qu'avant M. Baeresprung, dont les recherches sont de 1855, avant même M. Bazin, dont les observations sur ce même sujet remontent, ainsi que l'a rappelé M. Depaul, à 1854, M. Gruby avait découvert et décrit en 1844 le champignon en question, de même que MM. Lebert et Ch. Robin, qui lui ont donné chacun un nom différent...... Mais M. Devergie s'est engagé à fournir dans la prochaine séance les preuves de l'exactitude de son dire à cet égard. Nous attendrons ce document pour fixer ce point d'histoire toute contemporaine.

M. Briquet a continué et terminé sa lecture sur la *colique de plomb*, nom qui désormais ne saurait plus convenir à cette affection, le travail de l'honorable médecin de la Charité ayant précisément pour objet de démontrer que ce n'est point une colique, mais une myosalgie spécifique qui fait tant souffrir les malheureux saturnisés.

L'objet de cette dernière partie de son travail est d'exposer les résultats d'une médication instituée en vue de cette nouvelle détermination du siége et de la cause des douleurs abdominales que ressentent les sujets empoisonnés par le plomb. Ce traitement est la faradisation ou *faradaysation*, comme dit M. Briquet. Nous donnons dans le compte rendu de la séance un résumé très-succinct de ce travail, nous réservant de reprendre dans le numéro prochain les faits cliniques qui en font la base.

La première partie de la séance a été occupée par la lecture d'un nouveau travail sur le pancréas de MM. Bérard et Colin, faite au nom de M. Bérard par M. Ségalas. Une discussion, et qui promet d'être assez vive, sera ouverte sur cet important sujet de physiologie dès que l'état de santé de M. Bérard, qui est dès à présent très-satisfaisant, lui permettra d'assister aux séances. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la dyspepsie (1).

Au commencement de ce siècle, la gastrite aiguë et la gastrite chronique vinrent bouleverser toutes les idées reçues en pathologie. Le chef célèbre de la médecine physiologique, exagérant les faits qu'il avait observés, faisant un retour pour ainsi dire vers Van Helmont, dont le principal archée siégeait au centre épigastrique, prétendit mettre en cause la muqueuse de l'estomac dans les affections les plus dissemblables du cadre nosologique, et voulut même que l'inflammation de cette membrane fût le point de départ de la plupart des phlegmasies. Vous n'êtes pas sans avoir ouï parler des combats scientifiques qui se livrèrent à cette époque, non plus que des luttes que cette doctrine eut à soutenir. Sans doute, Broussais est allé trop loin; mais, il faut bien le dire, les médecins d'aujourd'hui se laissent conduire à une exagération contraire, lorsqu'ils refusent d'accorder à la muqueuse gastrique la faculté des'enflammer. Pourquoi permettent-ils alors à l'inflammation de porter ses atteintes sur les membranes muqueuses, nasale, pharyngienne, trachéale, bronchique, utérine, vaginale, intestinale même? Comment, parce que Broussais a abusé de la gastrite, ils veulent que la tunique interne de l'estomac soit la seule respectée? En vérité, nous n'en faisons jamais d'autres : d'un mal nous tombons dans un pire,

In vitium ducit culpæ fuga si caret arte.

La gastrite existe donc, et certes elle a de bonnes raisons pour cela. Beaucoup plus fréquente à l'état chronique, elle est parfois voilée, mais elle demeure néanmoins, et elle appelle des troubles graves dans l'acte de la digestion.

Sous l'influence de cette inflammation, les mouvements des fibres musculaires de l'estomac ne sont plus réguliers, et les sécrétions ne se font plus que d'une manière anormale. Aussi, voyez-vous la dyspepsie s'accompagner d'inappétence, la langue se couvrir d'un enduit saburral, le malade trouver un goût amer à ses aliments, puis être pris après ses repas de nausées, d'éructations nidoreuses, de vomituritions, de vomissements.

Appliquez-vous à saisir la cause de cette forme de dyspepsie, et bientôt vous retrouverez, comme origine de la maladie, des symptômes et des signes qui se rattachent à une irritation permanente, à une gastrite chronique.

Il est une variété de dyspepsie dans laquelle l'inappétence est remplacée par la boulimie.

Le malade éprouve constamment une sensation de vide dans l'estomac. A peine a-t-il mangé que l'appétit se fait impérieusement sentir, et qu'il faut déférer à ce faux besoin. Eructations, flatuosités et constipation, sont, dans ce cas, des phénomènes exceptionnels; le plus souvent, il se déclare de la diarrhée. Vous allez de suite comprendre le motif de ce flux intestinal : pour que la fonction digestive s'accomplisse physiologiquement, il faut que chacune de ses phases s'effectue dans un temps donné; or, si l'estomac se contracte avec une trop grande énergie, le bol alimentaire sera chassé dans le duodénum plus rapidement qu'il ne doit l'être, et il ne se trouvera pas dans des conditions d'élaboration suffisante pour subir le travail de la seconde digestion. L'intestin, mis en rapport avec une sorte de corps étranger — si je peux me servir de cette expression — se hâtera de l'expulser, en déployant une activité de sécrétion et une contraction en dehors des lois normales. Il y a donc diarrhée et souvent lientérie.

Passons à une autre forme de la dyspepsie. Vous serez souvent consultés par des individus dont l'estomac se trouve distendu, après le repas, par une quantité considérable de gaz, à ce point qu'ils sont obligés de desserrer leurs vêtements. On vous a dit que ce phénomène tenait à une rapide fermentation des aliments féculents ingérés, ou bien à une abondante production d'acide carbonique résultant d'une fermentation dans la poche stomacale, analogue à celle du vin dans la cuve; mais ce n'est pas de cette façon que les choses se passent. Comme Graves l'a très-bien fait observer, si aux féculents vous substituez de la viande, et presque exclusivement de la viande, les gaz apparaîtront avec le même empressement. Or, direz-vous, dans ce cas, que les gaz sont un produit de fermentation? Il se passe là une sécrétion particulière, indépendante de la digestion des aliments. Chez des femmes hystériques, on voit quelquefois la tympanite se manifester en moins de dix minutes; on sent le ventre se gonfler sous la main. Assurément, vous n'expliquerez pas ce phénomène par la fermentation. Sous l'influence des troubles nerveux, il se fait une sécrétion gazeuse exagérée et qui rappelle ces sécrétions lacrymale, salivaire, rénale, ou tout autre dont les proportions sont souvent hors de limites.

Ces faits ont leur importance. En effet, si vous raisonnez comme raisonnent les chimistes, et si vous considérez l'estomac comme un creuset, vous devrez combattre l'acide carbonique en excès, qui résultera de la prétendue fermentation, par tous les moyens que vous donne la chimie; eh bien, je vous en préviens, vous n'arriverez à rien de sérieux.

Si vous agissez, au contraire, en véritables praticiens, et si vous prescrivez des bains, des affusions, quelques gouttes d'éther, ou tout autre moyen sur l'efficacité duquel l'expérience vous aura appris à compter, vous pourrez vous rendre maîtres des accidents. Nous reviendrons là-dessus à propos du traitement.

Dans certaines dyspepsies, les acides de l'estomac sont en quantité énorme, et les malades ont à peine terminé leurs repas, qu'ils sont assaillis par un grand nombre de renvois tellement acides que leurs dents en sont parfois agacées. Au n° 27 (*bis*) de la salle Saint-Bernard se trouvait récemment une jeune fille en proie à un malaise de cette nature. Prise de vomissements fréquents et se servant d'une cuvette de cuivre, comme dans tous les hôpitaux, elle produisait en un instant du lactate de cuivre, facile à reconnaître à sa couleur verte.

Les chimistes n'ont point manqué de rechercher la cause de cette acidité : c'est une transformation, ont-ils dit, de la glycose en alcool et de l'alcool en vinaigre. Malheureusement, l'explication tombe devant ce fait, que la production acide est souvent plus abondante lorsque l'alimentation a été exclusivement composée de viandes. Sans doute, le contraire a lieu dans beaucoup de cas, mais cela infirme-t-il les résultats de la première expérience? Non, les acides de l'estomac ne sont pas le fait d'une opération chimique; ils sont encore dus à une sécrétion particulière. Graves l'a dit en 1823, Berzélius l'a répété en 1830, cette acidité est principalement constituée par l'acide lactique, lequel est susceptible de se former dans des proportions considérables sous l'influence de l'action nerveuse et d'une excitation propre à la muqueuse gastrique.

Je viens de passer en revue avec vous différentes formes de la dyspepsie. Est-ce à dire pour cela que dans la pratique vous puissiez saisir aussi nettement toutes les nuances de la maladie? C'est souvent impossible. Pour vous rendre ma pensée, je suis bien obligé de réunir des faits, de formuler des assertions, de décrire des genres et des sous-genres, mais je ne peux rien exprimer d'absolu. La classification est chose très-simple en histoire naturelle, et pour n'en prendre qu'un exemple emprunté à la botanique, les espèces végétales se reconnaissent à des caractères différentiels très-tranchés : il n'en est plus de même en nosologie. Les maladies en général, et les dyspepsies en particulier, sont loin d'être toujours identiques à elles-mêmes; leurs manifestations se confondent, se croisent les unes avec les autres et reposent sur des données trop mobiles pour que je veuille poser ici les bases d'une classification immuable. Tenez-vous donc pour avertis, et lorsque, dans un cas rebelle, vous ne serez livrés qu'à vos seules inspirations, n'accusez pas trop tôt la thérapeutique si le succès ne répond pas promptement à votre attente, car vous en arriveriez bientôt à la négation de la médecine, et c'est le pire malheur qui puisse vous frapper dans l'exercice de votre art. En vous souvenant, au contraire, qu'une forme de la dyspepsie peut empiéter sur une autre et se produire concurremment avec elle, vous aurez recours à des médications mixtes que je ne tarderai pas à vous indiquer. Le découragement n'aura plus alors de prise sur vous.

La dyspepsie retentit sur l'économie tout entière, et M. le docteur Beau a le premier fixé l'attention des médecins sur l'influence considérable des digestions difficiles sur le système nerveux. Il a montré que la plupart des dyspeptiques se trouvaient dans des conditions d'anesthésie analogues à celles de beaucoup d'hystériques, et que l'insensibilité occupait tantôt les bras ou les mains, tantôt le visage. Je me suis livré devant vous à des expériences confirmatives, et vous m'avez vu pincer, piquer et trouer avec une aiguille certains points de la peau de mes malades sans qu'ils s'en aperçussent. Les autres parties de leur corps restaient parfaitement sensibles. Les facultés intellectuelles et morales éprouvent aussi quelques atteintes : l'état pénible de l'estomac entrave le travail, trouble l'exercice de la pensée et prépare à l'hypochondrie.

Ces diverses influences de la dyspepsie sur la santé générale ont les plus graves conséquences : l'irrégularité des digestions rend la nutrition incomplète, et la presque inanition qui résulte de cet état altère la composition du sang et plonge les malades dans la misère physiologique. Dr LEGRAND DU SAULLE.

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 janvier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Lombalgie (douleur lombaire). — Névralgies intercostales pouvant faire croire à des palpitations de cœur et donnant lieu à une fièvre d'accès irrégulière.

Au n° 1 de la salle Sainte-Anne est couchée une femme de cinquante-six ans, obèse, et qui, sans avoir jamais été soumise à l'action du froid humide, éprouve depuis une huitaine de jours une douleur vive et continue dans la région lombaire.

Pour avoir une idée exacte de l'état organique de cette région, et pour ne pas dénommer au hasard par le mot rhumatisme les souffrances qui y ont leur siége, il faut avant tout faire coucher les malades dans le décubitus abdominal, et placer sous le ventre un coussin qui fasse saillir les lombes.

Chez cette malade, la palpation des parties malades ne fait trouver que des douleurs vagues existant dans l'épaisseur des muscles lombo-sacrés, douleurs qui augmentent moins par la pression que par les mouvements.

Le plessimétrisme permet de constater un état normal du rachis, des os du bassin et des reins. On ne trouve donc ici aucune raison anatomique du mal.

Les causes dites physiologiques (qui du reste ne peuvent agir qu'organiquement) ne consistent pas dans l'action du froid humide, puisque cette malade affirme n'y avoir pas été exposée; il ne s'agit donc pas ici de l'entité rhumatisme.

Mais cette femme est obligée par sa profession de travailler assise et le corps penché fortement en avant; cette position lui est extrêmement pénible; de là un tiraillement habituel et une souffrance des muscles, des tendons, des ligaments et des nerfs de la région lombo-sacrée; de là un état moléculaire douloureux qui, s'étendant au loin dans le système nerveux, détermine les douleurs de tête, les crampes dans les membres que la malade éprouve quelquefois.

Du repos, des bains prolongés, des frictions alcooliques et surtout le massage pratiqué par des mains exercées sont les moyens prescrits, non pas contre l'*être* appelé rhumatisme, mais contre la souffrance organique causée par la position habituelle du corps.

Au lit n° 2 est une femme de trente-quatre ans, sèche, maigre, au teint basané. Elle se plaint d'éprouver de vives douleurs au creux de l'estomac, au côté gauche, à la région du cœur et dans le dos.

Si on l'examine avec soin, on constate d'abord que les téguments de l'hypochondre gauche sont couverts de cicatrices de vésicatoires, et on apprend que le mal est fort ancien. La palpation et la pression font découvrir l'existence de névralgies intercostales situées à gauche, à la hauteur du cœur et de la rate.

Le cœur, mesuré par l'organographisme, est petit; il a moins de 10 centimètres; l'auscultation n'y révèle aucun bruit anormal. Ce n'est donc pas une lésion organique du cœur qui a déterminé les palpitations éminemment douloureuses qu'éprouve fréquemment la malade. C'est la pointe du cœur qui, venant frapper un nerf intercostal endolori, éveille dans celui-ci une vive souffrance. Ces accidents sont très-fréquents, et faute de les avoir étudiés, beaucoup de médecins traitent comme des cardiopathies des névralgies intercostales de la nature de celles qui font le sujet principal de cette observation.

Cette même femme accuse le soir de la chaleur suivie de sueurs; et cependant la rate n'est pas augmentée de volume. Mais il existe chez elle une autre névralgie intercostale à la hauteur de la rate, et elle est si vive que le plessimétrisme pratiqué sur ce point est douloureux. Or, cela explique aisément l'existence d'une fièvre d'accès irrégulière, qui a presque toujours lieu dans de telles circonstances. Cette fièvre, qui ne cède pas à l'administration du sulfate de quinine, est dissipée en général par l'application d'un vésicatoire pansé avec le chlorhydrate de morphine.

En suivant les nerfs douloureux, et en dessinant leur trajet, on arrive à la première vertèbre dorsale, qui est saillante et très-sensible à la pression. La moelle rachidienne semble donc être le point de départ des douleurs.

Les ovaires et l'utérus ne donnent point de signes spéciaux de souffrance.

Comme la malade dont nous avons parlé précédemment, cette femme travaille à l'aiguille, la tête fortement penchée en avant. Il paraît, et de nombreux faits pourraient être cités à l'appui de cette assertion, que cette position est pour beaucoup dans le développement de ces névropathiss, résultats d'une lésion moléculaire de la moelle et des nerfs rachidiens qui se distribuent aux parois thoraciques et abdominales.

Mettant de côté les mots rhumatisme, hystérie, etc., etc., et tenant compte des considérations précédentes, M. Piorry prescrit des bains, un régime réparateur, une position telle que la tête ne soit pas habituellement fléchie en avant, et l'application sur les parties douloureuses de tout petits vésicatoires pansés matin et soir avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

Pommade de Hahn. Guérison.

M. le docteur Lesueur (de Vimoutiers) a publié dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale* cinq observations de méningite tuberculeuse qu'il a traitée par les frictions sur le cuir chevelu avec la pommade de Hahn. Sur ces cinq cas il a obtenu trois guérisons, ce qui est un succès considérable; car la méningite tuberculeuse est, comme on le sait, une affection à peu près constamment mortelle.

Le procédé de M. Hahn consiste à frictionner le cuir chevelu avec une pommade composée de 15 grammes de tartre stibié sur 30 grammes d'axonge. La formule indiquée par M. Lesueur, comme étant la pommade de Hahn, est composée différemment. Elle contient 1 gramme 50 centigr. d'huile de croton, et tartre stibié et axonge, de chaque 3 grammes. Les cas dans lesquels on l'a employée étaient, sinon des méningites tuberculeuses, au moins des méningites extrêmement graves, et il est difficile d'admettre que la guérison n'ait pas été la conséquence d'un traitement extrêmement énergique, adopté alors seulement qu'il semblait n'y avoir plus d'espoir de salut. On jugera de l'action du remède par le fait suivant :

Un enfant de deux ans, assez bien constitué, bien que délicat, est souffrant depuis dix jours; il mange peu. Depuis deux ou trois jours, il a eu des vomissements et garde le lit. Lorsque M. Lesueur est appelé pour la première fois, le 6 juin, il trouve cet enfant très-abattu; un rien l'agace et l'irrite; il ne veut rien prendre; la langue est blanche, le ventre un peu ballonné; le pouls dur et très-fréquent, la pupille est sensiblement rétrécie. On met des sangsues aux mollets et on prescrit le calomel. Les symptômes vont en s'aggravant; il survient des convulsions, le pouls est petit et irrégulier, cris aigus, agitation.

Le 8 juin, coma complet; teint livide, yeux tournés en haut. L'enfant est manifestement sans aucune connaissance; le pouls est à peine sensible, et il devient impossible d'en compter les battements.

Le petit malade semblait tout à fait sans ressources. Cependant M. Lesueur fit raser la tête avec soin et frictionner pendant cinq minutes le cuir chevelu avec la pommade de Hahn, en limitant cette friction à une zone de 5 centimètres de largeur qui couvre la région bregmatique, et qui s'étend de chaque côté jusqu'à la région temporale. Ces frictions sont renouvelées plusieurs fois dans la journée, et le soir on pouvait constater une rougeur assez marquée du cuir chevelu et l'apparition de quelques pustules.

Le 9 juin, il y avait quelque amélioration; on continue les frictions et on administre quatre paquets de calomel.

Le 10, l'amélioration se soutient, et cependant les yeux sont toujours convulsés; la cornée est terne, la pupille large, l'iris immobile.

Le 11, l'éruption de la tête est confluente; il existe de grosses pustules entourées d'une quantité innombrable de plus petites; dans quelques points le derme est violacé et paraît scarifié dans une certaine épaisseur. L'enfant a repris connaissance. Il reconnaît sa mère et son père. — Bouillon de veau et lait coupé.

Les jours suivants, le mieux continue.

A la fin du mois, la santé paraissait à peu près rétablie; toutefois il restait à la tête une plaie vraiment effrayante qui fournissait une suppuration extrêmement abondante. A la fin du mois d'août cette plaie n'était point encore cicatrisée.

Le mémoire de M. Lesueur contient quatre autres observations de ce genre, et, comme nous l'avons dit, la guérison a eu lieu trois fois. Sans doute nous n'oserions affirmer que tous ces malades fussent atteints de méningite tuberculeuse; mais, dans tous les cas, il existait chez eux une méningite des plus graves, et qu'une révulsion extrêmement énergique pouvait seule enrayer. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

DU CAMPHRE

dans l'empoisonnement par la strychnine,

Par M. le docteur G. W. Arnett.

Le 20 février 1857, je fus appelé en toute hâte pour visiter un nègre, âgé de vingt-huit ans, appartenant à M. R. C... N'ayant pour me rendre près de lui qu'une petite distance à parcourir, j'arrivai promptement au lit du malade, chez lequel je reconnus les symptômes suivants: Il est étendu dans son lit, sur le dos, le corps s'inclinant un peu à droite: la face et le corps sont couverts d'une sueur abondante; la physionomie exprime une vive douleur et une grande frayeur; la tête est renversée en arrière; les muscles du cou et du dos sont fortement contractés. Cette espèce d'opisthotonos ne dure que peu de temps; il disparaît graduellement. Le trismus est manifeste; il s'diminue, ce n'est que d'une manière incomplète, et pour se montrer de nouveau avec plus d'énergie. L'intelligence est intacte; il en est de même de la déglutition et des mouvements articulaires, tant qu'il n'y a pas de spasmes.

La gravité de l'affection ne me permit pas de prolonger mes observations. Deux moyens s'offraient à ma pensée pour combattre les accidents. J'avais lu dans le journal médical et chirurgical de la Nouvelle-Orléans que le camphre, en pareille occurrence, avait produit les plus heureux résultats; le second moyen dont je me proposais de faire usage si l'emploi du camphre ne répondait pas à mes espérances, c'était l'ingestion de substances adipeuses. Ma pensée, en ayant recours à ce remède, qu'on ne peut guère appeler ainsi, était de neutraliser l'effet de la strychnine, qui n'agit plus comme poison quand elle se trouve associée à des aliments gras; j'en concluais donc que les matières oléagineuses pouvaient détruire sa puissance toxique.

Comme le patient avait déjà vomi et que son maître y avait pourvu avant mon arrivée, je fis prendre immédiatement le camphre, et je pus de suite en constater les effets. Je prescrivis 2 onces de teinture préparée sur place en dissolvant le camphre dans du whiskey commun; j'en fis prendre à mon malade ce qu'il en voulut. Après un quart d'heure environ, la gravité des symptômes commença à diminuer; après un nouveau quart d'heure je lui donnai une seconde dose, qui détermina des résultats favorables encore plus marqués. Deux heures s'étaient à peine écoulées qu'il n'existait plus aucun symptôme alarmant.

Je revis ce garçon le jour suivant; il était convalescent; il se plaignait bien encore un peu d'un sentiment douloureux le long de l'épine dorsale et de tournoiement de tête; mais tout cela s'effaça dans les vingt-quatre heures suivantes, et sans laisser de traces.

Depuis ce jour, j'ai eu de nouveau occasion d'employer le camphre pour combattre l'action délétère de la strychnine, et avec les mêmes avantages que la première fois. Je me suis fait une règle, quand j'emploie la strychnine, d'élever les doses de ce médicament jusqu'à ce que les yeux du malade me paraissent plus brillants, jusqu'à ce qu'il y ait des contractions nerveuses évidentes, de la douleur au front, etc.; mais si ces symptômes dépassent la limite dans laquelle je désire les enfermer, j'appelle aussitôt le camphre à mon aide pour les dissiper, et je suis rarement trompé dans mon attente. J'espère que ce moyen sera désormais expérimenté par d'autres, et que les résultats de ces expériences seront publiés. J'ajoute qu'on doit l'employer largement, tout en proportionnant cependant la dose à la quantité de strychnine ingérée et à la violence des symptômes déterminés par cette ingestion.

(*Charlestown med. Journ. and Review.*)

APOPLEXIE NERVEUSE FOUDROYANTE.

Par M. le Dr V. Widal, médecin aide-major au 7e hussards.

Dans les premiers jours du mois de février 1855, je fus appelé sur les trois heures du soir, au quartier de cavalerie de Blidah, auprès d'un hussard nommé Vilain qui, me disait-on, venait de perdre subitement connaissance. Arrivé près du malade, je le trouvai parfaitement remis, causant avec ses camarades, et offrant, à part un peu d'hébétude dans la physionomie et quelque hésitation dans les réponses, tous les signes de la santé : teint de la face normal, pupille un peu dilatée, mouvements et sensibilité intacts, langue naturelle, point de trouble digestif, pouls plein, large, à 62 pulsations; rien d'anormal dans le poumon ni dans le cœur. Le malade, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution athlétique, me raconte qu'il s'est toujours bien porté jusqu'à ce jour, mais que depuis le matin, sans cause connue, il avait éprouvé une céphalalgie frontale assez supportable cependant pour qu'il pût continuer son service. Il n'est sous l'influence d'aucune impression morale, et n'a jamais eu d'accès épileptiques. Les renseignements fournis par ses camarades m'apprennent que Vilain est un homme d'un moral ferme, sobre, laborieux, qu'il a déjeuné de bon appétit le jour même, et que tout en causant avec eux, il avait perdu subitement connaissance et était tombé sur son lit en agitant convulsivement ses membres, accidents qui avaient cessé au bout de quelques minutes.

Vilain ne se souvient pas de ce qui lui est arrivé. Soudain, pendant que je l'interroge, je le vois se déplacer violemment et à plusieurs reprises sur son lit, un tremblement convulsif s'empare de ses membres, ses réponses cessent, et il perd complétement connaissance. La peau pincée en plusieurs endroits est insensible, les membres soulevés retombent comme une masse inerte, les yeux sont tournés en haut, la pupille resserrée, le teint de la face reste le même, la bouche est béante, sans trace d'écume; le pouls, un peu moins large et plus dur, ne bat que soixante fois par minute, la peau est sèche et conserve sa température. Au bout de cinq minutes, les tremblements cessent, le malade reprend peu à peu connaissance, et raconte qu'un *éblouissement* lui a passé devant les yeux.

En raison des antécédents de Vilain et de l'impossibilité d'attribuer à la syncope ou à l'épilepsie les symptômes observés, je crus avoir affaire à une de ces congestions cérébrales passagères qu'on observe assez souvent en Algérie, et qui parfois ne sont que le signe précurseur d'une maladie plus grave. En conséquence, je descendis à l'infirmerie pour prescrire à Vilain des applications froides sur la tête, des sinapismes aux mollets, et une potion antispasmodique. J'avais à peine descendu les escaliers qu'on me rappelle près du malade, qui venait d'être repris d'un accès semblable au précédent, et en revenant à son lit je le trouvai mort. Vingt minutes ne s'étaient pas écoulées depuis l'apparition du premier accès.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain, quinze heures après la mort et avec le plus grand soin, en présence des médecins de l'hôpital militaire de Blidah.

Le corps de Vilain est remarquable par la beauté de ses formes athlétiques, et par la ténacité et le développement extraordinaire du système musculaire. Le crâne ouvert avec soin laisse voir les méninges exemptes de toute trace d'irritation, d'injection et d'épanchement. Le cerveau, divisé en tous sens et dans toutes ses parties constituantes par des incisions faites avec les plus grandes précautions, ne présente aucune altération de consistance ni de coloration, aucun foyer ni infiltration et nul vestige de pointillé ou de sablé. Les ventricules renferment quelques gouttes de sérosité.

Le rachis et la moelle, examinés avec la même attention et dans toute leur étendue, donnent les mêmes résultats.

Le poumon est parfaitement sain, bien développé, crépitant; rien d'anormal dans le péricarde; cœur de volume et de consistance ordinaires, sans trace de caillots dans les ventricules, ni de lésion organique; rien non plus dans les gros vaisseaux.

L'estomac est vide et ne présente, ainsi que les intestins, aucune trace d'altération anatomique. Il en est de même de tous les organes abdominaux.

En présence des résultats négatifs de l'autopsie, et en raison surtout de l'état si parfaitement normal du cerveau et de ses enveloppes, il n'était plus possible d'expliquer par une congestion cérébrale les symptômes observés pendant la vie et encore moins la terminaison si rapidement funeste de la maladie. La nature des symptômes et l'inspection cadavérique excluaient aussi toute idée d'une syncope mortelle ou d'une attaque épileptique. D'un autre côté, l'état de la saison, l'absence de tout trouble digestif et circulatoire, la marche rapide et insolite de l'accès ne pouvaient faire penser à une fièvre pernicieuse, affection qui d'ailleurs laisse presque toujours les traces de congestion dans les organes cérébraux ou respiratoires. Donc, en raison de la prédominance exclusive des symptômes cérébraux et des indications négatives de

l'autopsie, nous nous croyons en droit, par voie d'exclusion, de qualifier du nom d'apoplexie nerveuse, la maladie à laquelle a succombé Vilain. C'est là un nouveau fait à ajouter aux cas peu nombreux d'une affection rejetée encore par beaucoup de médecins, mais qui doit conserver son nom, tant qu'on n'aura pu prouver par des moyens d'investigation plus puissants que ceux dont nous disposons, que la source du mal réside ailleurs que dans une perturbation purement nerveuse.

EXTRAIT DE SATURNE DE GOULARD ;

Mode de préparation; injection urétrale, pommade fondante; peaux de Saturne.

M. le docteur Despiney a appelé, dans la *Gazette médicale de Lyon*, l'attention de ses confrères sur l'extrait de Saturne de Goulard. Si l'on n'obtient plus aujourd'hui, avec cette préparation, les mêmes succès qu'autrefois, c'est que, suivant M. Despiney, l'extrait dont on fait usage, et qui se trouve formulé dans toutes les pharmacopées modernes, n'est pas celui de Goulard, dont voici la véritable préparation :

« Prenez autant de livres de litharge d'or que de pintes de vinaigre, mettez le tout ensemble dans un chaudron, et faites-le bouillir pendant une heure ou cinq quarts d'heure, en remuant toujours avec une spatule de bois ; ôtez ensuite le chaudron du feu, laissez reposer la matière et videz par inclination la liqueur qui surnagera le marc, et qu'on gardera dans un ou plusieurs flacons, pour s'en servir dans le besoin. »

M. Despiney assure avoir employé maintes fois l'extrait de Saturne ainsi préparé et en avoir obtenu des merveilles. Avec cet extrait de Goulard, ce médecin a vu guérir très-rapidement des kératites avec opacité énorme de la cornée, pustules, ulcérations que le nitrate d'argent avait été impuissant à modifier. Les malades se bornaient à prendre, d'après la méthode ancienne, des bains d'yeux quinze ou vingt fois par jour, dans de l'eau végéto-minérale assez faible pour ne causer presque aucune douleur.

Voici la formule d'une injection urétrale dont un pharmacien du midi fait un secret, et qui d'après le médecin de Lyon, jouirait d'une très-grande efficacité :

« Prenez une solution de sulfate de zinc dans de l'eau de rose (10 centigrammes pour 30 grammes) et fortement laudanisée.

» Remplissez la seringue à injection de ce liquide et ajoutez, au moment de vous en servir, une ou deux gouttes d'extrait de Goulard. »

Les blennorrhagies les plus anciennes et les plus rebelles sont ordinairement arrêtées en deux ou trois jours seulement. Il faut avoir soin de faire au moins quinze à vingt injections par jour, et de continuer des injections de précaution à la dose de cinq ou six pendant quinze à vingt jours et plus, pour éviter toute récidive.

On guérit aussi rapidement les ulcères, par exemple ceux du sacrum, en les touchant de temps en temps avec l'extrait de Saturne pur, ce qui produit une espèce de cautérisation, et pansant avec le cérat saturné.

Enfin, M. Despiney rappelle la composition d'une *pommade fondante contre les ankyloses* et des *peaux de Saturne*, toutes deux vivement recommandées par Goulard, et qui ont beaucoup contribué à établir la réputation dont il jouissait. Voici en quels termes Goulard lui-même a formulé ces préparations :

« *Pommade fondante contre les ankyloses.* Pour fondre l'épaississement de la synovie dans les articulations et dans les gaînes des tendons, pour guérir les plaies au voisinage des articulations, je fais une pommade qui a rendu des services réels. En voici la composition ;

» Prenez deux pintes d'eau qu'on mettra dans un pot de terre vernissé, ajoutez deux onces d'extrait de Saturne et dix-huit onces de savon ordinaire, coupé par tranches, et qu'on jettera dans le pot; mettez le tout sur un feu modéré; vous remuerez toujours la matière avec une spatule, jusqu'à ce que le savon soit fondu, vous ajouterez alors un gros de camphre, et, lorsqu'il sera fondu, vous retirerez le pot du feu et vous vous servirez de cette pommade de la manière suivante :

Prenez de la liqueur végéto-minérale, qu'on fera chauffer jusqu'à ce qu'elle soit plus que tiède; mettez-la ensuite dans un vase convenable à la partie affectée, qu'on fera tremper pendant un quart d'heure, en la frottant avec la main; outre les bains, on peut encore faire tomber cette liqueur en manière de douche sur la partie affectée; après le bain et la douche, on couvre la partie d'un linge chaud, et une heure après on la découvre pour appliquer la pommade dont on fait une onction, telle à peu près qu'on la fait avec l'onguent mercuriel; ensuite on a du papier qu'on froisse entre les mains et dont on couvre la partie frottée, et par-dessus on applique un linge chaud. On renouvelle cette opération une fois le jour et on continue jusqu'à la guérison, qui arrive ordinairement dans quinze ou vingt jours. Il faut avoir soin de ramollir avec l'eau végéto-minérale la pommade qui se sera épaissie dans le pot.

Composition des peaux de Saturne. — Prenez 12 livres de cire qu'on fera fondre dans une bassine; ajoutez trois livres et demie d'huile d'olive, et lorsque la cire sera fondue et mêlée avec l'huile, vous ajouterez huit onces d'extrait de Saturne, qu'on fera couler doucement en remuant toujours avec une spatule. Lorsque le mélange est fait, ajoutez deux gros de camphre, en remuant toujours jusqu'à ce qu'il soit fondu; tirez alors la bassine du feu, trempez des toiles médiocrement fines, etc., etc.

Au nombre des guérisons curieuses opérées par Goulard au moyen de son onguent, employé de la manière qu'il indique, et de ses peaux de Saturne, on peut citer deux cas de coxalgie avec luxation de la tête du fémur, raccourcissement du membre, guéris en peu de temps. L'une datait de quinze ans (1).

Une religieuse de Gênes fut aussi guérie d'une rétraction des tendons de la main droite, qui la mettait dans l'impossibilité de s'en servir depuis six ans; et ces cures furent tellement remarquées, que les Génois firent offrir à Goulard une forte pension s'il voulait se fixer dans leur ville.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

(1) Nous laissons à notre confrère la responsabilité de ces guérisons véritablement surprenantes; on nous permettra de conserver des doutes jusqu'à ce que des observations bien complètes et bien authentiques soient venues confirmer la valeur des moyens thérapeutiques qu'il préconise. A. J.

PANARIS ; MOYEN ABORTIF ; EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT.

M. Guinier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, vient de publier quelques observations sur une méthode abortive du panaris, qui, jusqu'à ce jour, lui a constamment réussi.

Lorsque la douleur est déclarée depuis quelques heures seulement, et qu'elle tend à devenir pulsative, ce médecin mouille légèrement toute la surface rouge et douloureuse, de manière à dépasser un peu les limites de la coloration rosée, et il promène lentement sur ce point un crayon de nitrate d'argent. L'opération doit être continuée une minute au moins, jusqu'à ce que l'épiderme prenne une coloration brunâtre. On laisse sécher sur place la gouttelette du liquide qui a servi à mouiller la surface cautérisée, et qui est devenue une solution concentrée de nitrate d'argent. Elle achève la cautérisation et consolide le succès de l'opération. La peau, fortement brunie, ne tarde pas, au bout de quelques heures, à prendre une belle teinte noire, comme charbonnée, et, à partir de ce moment, la guérison est définitive. Au bout de quelques jours, l'épiderme cautérisé s'écaille, et il ne reste aucune trace de la maladie.

Cette opération, pratiquée dès le début du panaris, en arrête immédiatement le développement sans causer de douleur, et les personnes sujettes à cette affection, qui une première fois ont constaté l'action bienfaisante du nitrate d'argent ainsi appliqué, ne manquent pas d'y recourir de nouveau, dès que la douleur annonce l'invasion d'un second panaris.

Il n'en est pas tout à fait ainsi quand le panaris dure depuis un certain temps et que la douleur est devenue pulsative. Immédiatement après la cautérisation, la douleur devient intolérable; mais au bout de quelques heures elle se calme et bientôt elle cesse tout à fait, à moins qu'il n'y ait un commencement de suppuration.

Dans ce dernier cas même, si la guérison n'est pas obtenue aussi rapidement, au moins le panaris est-il arrêté dans sa marche. La douleur devient beaucoup plus supportable, et il est certain que la guérison arrive beaucoup plus tôt. Dans tous les cas, cette cautérisation ne peut nuire, et il est permis de croire qu'elle convient dans toutes les périodes de la maladie. (*Bull. de Thér.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 janvier 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique, par une lettre en date du 16 janvier, invite l'Académie à assister au *Te Deum* le dimanche 17 à Notre-Dame.

— M. le ministre de l'intérieur écrit à l'Académie pour la prier de lui faire connaître les résultats de l'analyse de la graisse de porc livrée par les fournisseurs de la maison centrale de Limoges. (Commissaires, MM. Lecanu, Chevallier et O. Henry.)

— M. le ministre de la marine demande du vaccin pour la division de l'Indo-Chine.

— M. le ministre du commerce adresse :

1° Avec une caisse d'échantillon une demande d'avis sur l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale à Moingt (Loire) (commission des eaux minérales) ;

2° Une demande de rapport sur un nouveau modèle de suspensoir de l'invention de Mme Prodhomme (commissaire, M. Lagneau);

3° Un mémoire dans lequel M. Robert Landell, médecin anglais établi à Porto-Allegro, propose comme moyen curatif de la variole le vaccin pris intérieurement (commission de la vaccine);

4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère pendant l'année 1856;

5° Un rapport de M. le docteur C. Dauson, médecin des épidémies de l'arrondissement de Béthune, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Carvin en 1856 et 1857;

6° Un rapport de M. Max. Gestin, médecin des épidémies, à Quimper, sur une épidémie dyssentérique qui a régné dans cet arrondissement en 1887;

7° Le rapport final de M. le docteur Fourrier sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Audun-le-Romont (Moselle);

8° Un rapport de M. le docteur Prévost, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Hazebrouck, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans cette ville. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Mayer adresse une note sur les inhalations médicamenteuses à l'aide d'un appareil nouveau sur le traitement des maladies des voies respiratoires. (Commissaires : MM. Louis, Rostan et Michel Lévy.)

— M. Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols, adresse une note complémentaire de son mémoire sur le traitement et la guérison de l'endocardite rhumatismale par quelques eaux minérales. (Renvoyé à la commission nommée.)

— M. Poggiale, au nom de M. Féqueux, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Bone, dépose un mémoire contenant l'analyse de la source ferrugineuse de Hammam-Meskoutin. (Commission des eaux minérales.)

LECTURES.

Fonctions du pancréas. — M. SÉGALAS lit pour M. Bérard absent un nouveau travail de MM. BÉRARD ET COLIN sur le pancréas.

On se rappelle que M. Bérard a lu, il y a cinq mois, en son nom et au nom de son collaborateur, un mémoire sur l'extirpation du pancréas. A cette époque, aucun des animaux soumis à l'extirpation de cette glande n'avait été sacrifié. Ce que ces expériences vont prouver, disait alors M. Bérard, nous l'ignorons, mais elles nous paraissent instituées de manière à prouver quelque chose.

Revenant à l'époque où la question a été portée pour la première fois devant l'Académie, et où, dit-il, très-peu de personnes en France conservaient des doutes sur le rôle que M. Bernard faisait jouer au suc pancréatique, à l'exclusion de tout autre liquide dans la digestion et l'absorption des matières grasses, M. Bérard rappelle la conclusion conçue en ces termes, à laquelle l'avait conduit l'examen du premier mémoire de M. Colin :

Puisque chez un animal de l'espèce bovine, on peut, trois et même quatre jours après qu'on lui a divisé le conduit excréteur du pancréas et détourné le suc pancréatique au dehors, retirer du canal thoracique, en vingt-quatre heures, plus de quarante litres de chyle bien émulsionné, et dont l'éther extrait une notable quantité de graisse, le suc pancréatique, chez les animaux de cette espèce, n'est nécessaire ni pour l'absorption des corps gras ni pour la formation d'un chyle émulsionné.

Ces conclusions, qui datent déjà de six mois, ajoute M. Bérard, n'ont pas été attaquées. Mais on remarquera qu'elles ne comprenaient encore que les animaux de l'espèce bovine. MM. Bérard et Colin ont entrepris depuis une autre série d'expériences, non plus sur les ruminants, mais sur les carnivores.

Dans les expériences précédentes, on se le rappelle, 33 chiens avaient été sacrifiés lors du premier rapport; 17 avaient d'abord subi la ligature des deux conduits excréteurs du pancréas; puis, dans les 24 heures qui suivaient l'opération, on leur offrait un repas succulent. Mais ayant remarqué bientôt que quelques-uns de ces animaux refusaient de manger, que d'autres étaient pris de vomissements peu de temps après le repas, MM. Bérard et Colin se sont arrêtés à un autre système d'expériences, consistant à pousser directement de l'huile dans l'intestin grêle d'un chien auquel on avait préalablement lié les deux conduits pancréatiques, et à observer ensuite, après avoir sacrifié les animaux, si l'on ne trouverait pas un liquide blanc, émulsionné, dans les lymphatiques du mésentère. Seize chiens ont été sacrifiés de cette manière. Sur tous sans exception, on a trouvé du chyle blanc opaque dans le mésentère et même dans les parois de l'intestin.

Cependant on a objecté à ces expériences qu'il pouvait rester du suc pancréatique dans l'intestin.

C'est pour échapper à cette objection que MM. Bérard et Colin ont entrepris la dernière série d'expériences qui fait l'objet de ce nouveau travail.

Il ne s'agit plus ici, dit M. Bérard, d'animaux mis à mort le jour même où ont été interrompues les voies pancréatiques, mais d'animaux sacrifiés au milieu de la plus robuste santé, sept mois après la mutilation qu'ils ont eu à subir; d'animaux dont quelques-uns sont devenus seize fois aussi pesants qu'ils l'étaient le jour où ils ont été opérés. Suit la relation de ce qui a été observé sur deux palmipèdes, deux cochons et plusieurs chiens, tous opérés en mai ou en juin dernier, et sacrifiés tout récemment en présence des membres de la commission.

Après avoir exposé avec détail ces expériences, M. Bérard en résume les résultats en ces termes ;

Voilà donc parmi les animaux sacrifiés sous les yeux de la commission et examinés par elle, un chien, un cochon et un canard, chez lesquels tout commerce entre le pancréas et l'intestin est complètement détruit, trois animaux où il n'y a plus le moindre vestige de glande en connexion avec le duodénum. Ces animaux ont été conservés six mois, se sont développés à merveille et ont pris passablement de graisse. Nous pourrions ajouter que des personnes non prévenues n'auraient pas soupçonné pendant ce laps de temps chez ces victimes de l'expérimentation la perte d'un organe auquel on attache tant d'importance.

En embrassant d'un coup d'œil l'ensemble des expériences pour lesquelles nous avons réclamé le contrôle de l'Académie, vous voyez comment leurs résultats concordent, comment ils se prêtent un mutuel appui et se complètent les uns par les autres. Ainsi d'abord chez les ruminants nous avons obtenu sans l'intervention du suc pancréatique un chyle émulsionné comme dans les conditions normales; puis chez les chiens le même fait s'est reproduit, soit à la suite de la ligature des canaux du pancréas, soit après l'extirpation de cette glande. Enfin les choses se sont passées d'une manière encore identique chez le porc et les oiseaux palmipèdes.

Les enseignements qui découlent de ces recherches successives sur tant d'animaux sont donc bien opposées aux doctrines acceptées en physiologie depuis quelques années. Nous n'avons pas vu le déversement du suc pancréatique à l'extérieur, ou l'extirpation du pancréas s'opposer à l'absorption des graisses et à la formation du chyle blanc. Nous n'avons pas observé que ces opérations donnassent lieu à des selles graisseuses, au marasme, à la mort des animaux, à l'atrophie des villosités et à l'ulcération de la muqueuse intestinale.

Loin de là, nos vivisections nous ont montré que sans la participation du pancréas les matières grasses peuvent être digérées et absorbées; que dans ces conditions les animaux vivent fort bien, se développent régulièrement, prennent de l'embonpoint, n'ont pas de déjections graisseuses, et conservent une muqueuse digestive fort belle avec de magnifiques villosités.

Tous ces résultats d'expériences longtemps suivies et multipliées sur des types variés nous permettent, cette fois, de généraliser plus que par le passé, et de dire, sans trop de témérité, que *chez les herbivores ruminants, les carnassiers, chez le porc, qui est omnivore, et chez les oiseaux, le fluide pancréatique n'est nécessaire ni à la digestion, ni à l'absorption des matières grasses.*

Après cette lecture plusieurs membres demandent la parole. Mais sur l'observation de M. Ségalas, qu'il n'a point mission de défendre le travail de MM. Bérard et Colin, et considérant l'absence momentanée de M. Bérard, l'Académie passe outre, et il est décidé que le travail sera inséré au Bulletin avec indication des réserves faites sur les conclusions, jusqu'à ce que la présence de M. Bérard aux séances permette d'ouvrir la discussion.

Herpès tonsurant. — L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Devergie relatif à l'herpès tonsurant des animaux, dont une épreuve a été distribuée à tous les membres.

Aucun membre ne demandant la parole, M. Depaul se lève pour présenter la réclamation suivante :

M. DEPAUL. — Je n'entrerai pas dans les détails du rapport très-bien fait de M. Devergie. Mais il m'a semblé que l'honorable rapporteur s'était moins préoccupé du travail de M. Reynal, qu'il avait à examiner, que de certaines doctrines dermatologiques qu'il s'est attaché à combattre.

M. Devergie s'est surtout proposé, dans son rapport, d'établir que la dartre tonsurante, le favus et l'herpès circinné étaient des affections de même nature, reconnaissant pour origine commune l'existence d'un champignon, le tricophyton. Il a rapporté l'honneur de cette découverte à un médecin étranger. C'est là-dessus qu'il m'a paru utile, puisque personne n'a demandé la parole sur le fond du rapport, de présenter quelques observations. Je crois en effet devoir réclamer la priorité de cette découverte en faveur d'un de nos confrères qui s'occupe beaucoup des maladies de la peau, et qui leur a fait faire de véritables progrès, je veux parler de M. Bazin. M. Devergie a cité comme l'auteur de la découverte du trycophyton M. Baeresprung, en se fondant sur un mémoire publié par ce médecin en 1855. Or, M. Bazin avait déjà démontré l'existence de ce champignon en 1854, c'est-à-dire un an avant M. Baeresprung.

Voilà un premier point sur lequel je désirerais provoquer quelques explications de la part de notre collègue.

D'un autre côté, M. Devergie a dit que M. Reynal avait le premier reconnu et constaté la transmission de l'herpès tonsurant des animaux à l'homme; je crois encore qu'ici il n'a pas été rendu suffisamment justice aux travaux de M. Bazin, qui a cité une observation de ce genre de transmission avant que M. Reynal eût fait connaître à l'Académie les résultats de ses recherches sur ce sujet. Il me paraît donc que M. Bazin a été dépouillé encore ici au profit de M. Reynal, qui a d'ailleurs bien assez de titres pour pouvoir se passer de celui-là.

M. DEVERGIE. Ce serait un grand sujet de regret pour moi si je n'avais pas été sincère dans l'historique que j'ai fait de la découverte du champignon de l'herpès tonsurant. Il me serait difficile en ce moment de pouvoir répondre à M. Depaul par des dates précises. Mais je crois pouvoir être en mesure d'établir avec les textes en main que c'est bien réellement à M. Baeresprung qu'est due la découverte en question. Si l'Académie veut bien me le permettre, je lui lirai dans la prochaine séance une petite note sur le sujet de cette petite contestation.

M. Devergie aura la parole dans la prochaine séance.

Colique de plomb. — M. BRIQUET a la parole pour terminer la lecture commencée dans la précédente séance sur la colique de plomb. Cette seconde partie de son travail a pour objet la thérapeutique de cette affection.

L'observation clinique ayant constaté, dit l'auteur, que les douleurs de la colique de plomb siégeaient dans les muscles et non dans le tube digestif, que de plus ces douleurs se comportent comme le font les douleurs musculaires, qui ne sont pas la conséquence d'une inflammation, il s'ensuivait de toute nécessité qu'il y avait de grandes probabilités pour que le traitement qui convient à ces dernières hyperesthésies, dut réussir dans celle qui accompagne la maladie dite colique de plomb.

Il est maintenant bien constaté que la grande majorité des hyperesthésies des muscles et principalement les douleurs rhumatismales, ainsi que les douleurs hystériques, est très-notablement modifiée et même le plus souvent brusquement enlevée par la *faradaysation* de la peau qui recouvre ces muscles, c'est-à-dire par l'emploi des courants électriques par induction. Il était par conséquent tout naturel d'essayer l'effet de ces courants sur les douleurs musculaires de la colique de plomb.

Or c'est à ces essais qu'est consacrée la seconde partie de ce travail. Pour faire ces essais, M. Briquet s'est indifféremment servi soit de l'appareil de M. Duchenne, soit de celui de MM. Morin et Legendre.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les détails des observations cliniques qui sont la base de ce travail. Ces détails trouveront plus naturellement leur place dans la *Revue clinique* prochaine. Nous nous bornerons à dire ici seulement que la cessation des douleurs abdominales a été constamment et presque instantanément obtenue sur 42 malades soumis à cette pratique. Les douleurs sympathiques ont cessé aussi, ainsi que les divers troubles du tube digestif qui les accompagnent. La faradaysation agit, suivant M. Briquet, comme un révulsif. La douleur produite doit être très-vive. Elle doit être provoquée le plus près possible du lieu douloureux, et de préférence sur des parties très-sensibles. Enfin, la faradaysation n'est pas le spécifique de la colique de plomb, elle n'est qu'un moyen, mais un moyen puissant, presque infaillible d'enlever la douleur. On pourrait se borner à son emploi et négliger les autres moyens de traitement sans inconvénient dans les cas où il n'y a pas beaucoup de cachexie; mais dans les cas plus graves, où des accidents sérieux pourraient revenir après que la douleur aurait été enlevée, il sera toujours très-rationnel de faire le traitement spécial à l'intoxication saturnine. — Telles sont les propositions qui résument cette partie du travail de M. Briquet. (Commissaires, MM. Barth et Grisolle.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 septembre 1857.—Présidence de M. RAMON, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend une observation de M. le docteur Mérentié (de Marseille), relative à un cas de cyanose congénitale avec rétrécissement de l'artère pulmonaire chez un sujet de vingt-quatre ans. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 8 octobre.)

RAPPORT.

M. RAMON donne lecture d'un rapport sur un travail du docteur Mérentié (de Marseille) intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur quelques points de l'histoire du typhus* (*fièvre pétéchiale*), et sur la candidature de l'auteur au titre de membre correspondant. (Rapport favorable.)

M. MATTEI. Les travaux qui ont été publiés depuis la guerre d'Orient ont établi entre le typhus et la fièvre typhoïde une différence tellement tranchée que désormais on ne saurait confondre ces deux maladies.

Dans l'une, une infection, qui se propage à distance, produit une altération du sang qui se traduit par les pétéchies, les hémorrhagies des membranes muqueuses, et surtout par l'état de ce liquide après la mort. Ici les symptômes du côté du cerveau et de la poitrine sont consécutifs; rarement il y a des lésions anatomiques du côté des intestins; voilà les principaux caractères du typhus.

La fièvre typhoïde, au contraire, a pour siége anatomique les plaques de Peyer et les glandes de Brunner; mais dans la succession de ses périodes, cette fièvre peut acquérir presque tous les caractères du typhus, devenir même contagieuse comme lui. C'est là la raison qui a longtemps fait confondre la fièvre typhoïde avec le typhus.

La cause de cette confusion vient de ce que l'on a réuni dans la fièvre typhoïde deux choses très-distinctes; je veux parler de l'éruption intestinale et de l'empoisonnement général qui *souvent* en est la terminaison. Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit dans un mémoire sur ce sujet : il est important de distinguer la fièvre typhoïde de l'*état typhique*. Ce dernier se montre dans beaucoup de maladies dans lesquelles l'organisme est comme imprégné de substances délétères de nature organique en voie de décomposition. On l'observe dans les résorptions purulentes, dans les fièvres puerpérales, dans le typhus des armées, le choléra qui dépasse la période algide, l'influx paludéen grave, où la maladie prend le caractère de fièvre continue, dans l'intoxication par piqûres anatomiques; enfin, dans presque tous les cas de mort par suite d'inflammations locales aiguës.

La voie de l'intoxication peut être le poumon comme l'intestin, les veines ou les lymphatiques; les symptômes peuvent varier d'intensité, quelquefois même de caractères; mais la nature de la maladie elle-même reste toujours la même au fond : c'est une intoxication par des matières organiques en décomposition.

Cet état typhique n'existe pas au début de la fièvre typhoïde. C'est l'éruption intestinale qui constitue alors presque toute la maladie. La fréquence du pouls, la sensibilité du ventre, la diarrhée, le gargouillement iléo-cæcal et l'éruption des taches lenticulaires caractérisent la durée de cette période; s'il y a des phénomènes du côté du cerveau, ils sont alors sympathiques, comme ils le seraient dans une éruption de variole ou dans tout autre exanthème. Si la maladie est bien traitée, elle reste dans ces limites; mais de l'état de fièvre typhoïde elle peut aller à l'*état typhique*, et c'est alors que l'on voit les fuliginosités de la langue et des dents, la sécheresse de la peau, le décubitus dorsal, les soubresauts des tendons, l'hébétude, le délire; puis les hémorrhagies des muqueuses, les parotides, la gangrène, les pneumonies hypostatiques, etc.

Cette période de la fièvre typhoïde est celle de l'intoxication; c'est un véritable typhus, et il n'est pas étonnant qu'on ait souvent confondu ensemble ces deux maladies. La source principale de cet empoisonnement, c'est probablement la résorption des matières dans lesquelles baignent les ulcérations intestinales. La thérapeutique démontre ce fait, qui est pour moi d'une grande importance.

Lorsque dans la période éruptive on emploie sagement la méthode antiphlogistique, on est quelquefois fort utile au malade, et moi-même j'ai retiré parfois de véritables avantages des ventouses, des sangsues, des émollients; mais je n'ai pas encore vu arrêter immédiatement la maladie. L'éruption a peut-être été moindre. Les tissus enflammés ne se sont peut-être pas ulcérés. Ce qu'il y a de certain, c'est que la maladie a été simplifiée, et souvent l'état typhique ne s'est pas manifesté.

Ce dernier état n'arrive qu'à la période d'ulcération, et c'est alors que la méthode purgative a le plus grand succès pour prévenir l'empoisonnement. Les purgatifs balayent les matières à mesure qu'elles se reforment dans les intestins; s'il y en a une partie d'absorbable, on les neutralise assez facilement avec les préparations de quinquina et les bouillons administrés pendant toute la durée de la maladie.

Si j'ai aussi longuement insisté sur ce point, c'est que les distinctions que je viens d'établir n'ont été indiquées ni par M. Mérentié ni par les auteurs, et que je les crois essentielles pour faire connaître les liens qui rattachent le typhus et la fièvre typhoïde, et les motifs qui les ont si souvent fait confondre.

M. RAMON a cru que sa tâche devait se borner à donner à la Société un aperçu des idées de M. Mérentié. Les réflexions que M. Mattei vient d'exposer, ajoute-t-il, me conduisent naturellement a dire quelques mots sur son opinion et sur celle de M. Mérentié, touchant la différence si tranchée qui existerait selon eux entre le typhus et la fièvre typhoïde. Ils assignent à la fièvre typhoïde un *siége anatomique*, qu'ils placent dans les plaques de Peyer et dans les glandes de Brunner.

Quels sont les signes d'après lesquels on peut supposer la lésion de ces plaques et de ces glandes? De la diarrhée, des borborygmes et une douleur déterminée par la pression dans la fosse iliaque droite, signes qu'a fait connaître, il y a quarante et quelques années, le docteur Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, dans son *Traité de la fièvre entéro-mésentérique;* mais si fréquents qu'ils soient, ces signes sont loin d'exister d'une manière assez constante, pour que leur absence puisse être considérée par les praticiens comme un phénomène d'exception. — Les autopsies viennent encore assez souvent à l'appui de cette supposition : que chez les malades qui ont guéri, les boutons et ulcérations intestinales se seraient terminés par résolution ou cicatrisation; mais quand la maladie a été assez grave pour que mort s'ensuive, et qu'on ne trouve aucune altération de tissu ni aucune trace d'ulcération intestinale, et qu'enfin les malades ont été atteints isolément et sans avoir été soumis à aucune des causes qu'on sait être de nature à produire le typhus, dira-t-on qu'ils ont été affectés de cette maladie, ou, en d'autres termes, la fièvre typhoïde deviendra-t-elle alors le typhus?

Quant à ce qui est de la nature des taches dont M. Mérentié fait avec raison un signe pathognomonique du typhus, et que d'ailleurs on observe aussi dans la fièvre typhoïde, je suis loin de penser qu'elles doivent être considérées comme une affection éruptive, et encore moins qu'elles aient un caractère critique; une telle opinion supposerait qu'elles ont pour principe une surexcitation vitale que ne comporte pas la nature de la maladie, typhus ou fièvre typhoïde; elles ne me semblent constituer qu'un symptôme, et surtout un symptôme formidable; je partage entièrement sous ce rapport l'opinion de notre collègue M. Mattei, et je pense qu'elles ne peuvent être considérées que comme résultant d'hémorrhagies passives, de la nature des suffusions scorbutiques.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Épidémie de variole et de suette miliaire. — M. FOUCART lit un rapport sur un travail de M. le docteur A. Robert (de Strasbourg) sur une *épidémie de variole et de suette miliaire*, observée au Neuhof (banlieue de Strasbourg). Voir le résumé de ce travail dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 décembre 1857.

MM. Mérentié et A. Robert sont nommés membres correspondants.

— M. MATTEI lit un rapport sur un travail de M. le professeur Deroubaix (de Bruxelles), intitulé : *Des accidents qui peuvent être la suite des grandes opérations.*

Des remerciments sont votés à l'auteur pour l'envoi de ce remarquable mémoire.

Le secrétaire-adjoint : Dr JOSIAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Larrey, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous-directeur de ladite école, a été promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. le docteur Baudens, décédé.

— Un concours pour les places d'interne en pharmacie dans les hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 17 février. Le registre d'inscription sera fermé le lundi 1er février.

— Par un arrêté, M. le docteur Jacques Bonnet, médecin suppléant des prisons de Lyon, a été nommé médecin titulaire de la Maison de correction, en remplacement de M. le docteur Garin, démissionnaire.

— Le concours pour le majorat de l'Antiquaille, à Lyon, s'ouvrira le 25 de ce mois. Le jury de ce concours se compose de MM. les docteurs Valette, chirurgien-major de la Charité; Desgranges, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu; Boucbacourt, ancien chirurgien-major de la Charité; Diday, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille; Rodet, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille; Potton, ancien médecin de l'Antiquaille; Richard, professeur à l'Ecole de médecine; Brachet, professeur à l'Ecole de médecine; Gubian père, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu; Roy, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu; Bouchet, médecin de l'Hôtel-Dieu; Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Les candidats inscrits sont MM. les docteurs Gailleton, Ollier, Dron, Delore, Doyon, Garin (Calixte).

— Ont été nommés membres correspondants de la Société de médecine de Lyon, M. S. Pirondi, M. Chapelain (de Luxeuil) et M. Brodhurst.

— M. le docteur Pierre Pincoffs (de Dresde) vient d'être nommé chevalier des Saints-Maurice et Lazare, pour services rendus aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

— Une intéressante solennité a eu lieu à Arras le 27 décembre dernier, en présence de toutes les autorités de la ville. Il s'agissait de distribuer des médailles d'honneur aux médecins de bienfaisance du département du Pas-de-Calais. Elles ont été décernées, savoir :

Médailles d'or. — MM. Dauvin, médecin de bienfaisance à Saint-Pol; Ledru, *id.* à Avesne-le-Comte; Bacqueville, *id.* à Haillicourt; Dufour, *id.* à Dainville; Lens-Cappe, *id.* à Fruges; Alluin, *id.* à Tournehem.

Médailles d'argent. — MM. Cuisinier, médecin de bienfaisance à Guisne; Dartus, *id.* à Bertincourt; Duflos, *id.* à Houdain; Faucon, *id.* à Thérouanne; François, *id.* à Boiry; Ansart, *id.* à Aubigny sur la Scarpe.

Médailles de bronze. — MM. Flour, médecin de bienfaisance à Boulogne; Topart, *id.* à Beaumetz; Toulouse, *id.* à Loos; Duflégard, *id.* à Samer; Nicolle, *id.* à Huguelier; Mégis, *id.* à Campagne.

— M. le docteur Auzoux a ouvert dimanche 17 janvier, à une heure, son cours d'anatomie humaine et comparée. Ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure : 1° Conférences sur la leçon du dimanche; 2° expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions; 3° considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval et aux animaux domestiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude sur le développement et la structure des dents humaines; par M. Emile MAGITOT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien élève des hôpitaux et de l'Ecole pratique. 1 volume in-4° de 112 pages, avec 2 planches gravées. Paris, 1858. Prix : 3 fr. 50. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et des Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un mot sur les blessures reçues dans l'attentat du 14 janvier.

Tous nos lecteurs savent déjà par les nombreux détails donnés dans les journaux quotidiens, de quelle manière et au moyen de quels engins a été produit l'effroyable attentat du 14 janvier. On sait que les machines explosibles étaient constituées par une sorte de bombe piriforme, ayant à peu près le volume d'une grosse pomme de pin, dont elle rappelle aussi assez bien la forme. Ces bombes étaient formées de deux segments réunis l'un à l'autre par de longues vis d'acier ou de cuivre. La grosse extrémité, dont l'épaisseur était d'au moins 3 centimètres, et sur laquelle, à raison de son plus grand poids, devait porter nécessairement le choc, était munie d'un certain nombre de cheminées auxquelles étaient fixées des capsules fulminantes. Enfin, la cavité de ces bombes était remplie d'une poudre composée de fulminate de mercure, dont la force d'explosion est, dit-on, cinquante fois plus grande que celle de la poudre ordinaire.

Il est intéressant (nous ne parlons ici qu'au point de vue chirurgical) de savoir de quel genre de blessures a été suivie l'explosion de ces machines.

Voici les observations que M. Larrey a faites à ce sujet dans les hôpitaux militaires : nous les empruntons à la *Gazette hebdomadaire*. Les détails que nous pourrions y joindre d'après les blessures que nous avons vues nous-mêmes dans les hôpitaux civils, en ville et dans notre pratique particulière, ne feraient que confirmer sur presque tous les points ce qu'on va lire.

« Le fait général, c'est que la plupart des plaies sont petites et peu profondes. Le plus généralement, elles n'admettent pas une sonde de plus de 4 ou 5 millimètres de diamètre. Il en est même de si étroites qu'un petit stylet de trousse peut seul y pénétrer. Les unes s'arrêtent sous la peau; d'autres s'engagent sous les aponévroses ou s'enfoncent même jusque dans les muscles, mais ordinairement dans les couches superficielles. Presque toujours ces plaies n'ont qu'une ouverture; quelques-unes cependant en offrent deux séparées par des intervalles qui ne dépassent pas communément 5 ou 6 centimètres. Leur trajet d'une ouverture à l'autre est ordinairement direct; parfois cependant il contourne des surfaces résistantes, comme celle du tibia (chez un blessé auquel nous donnons des soins : un projectile, entré dans le gras de la jambe, a contourné le tibia et le péroné, et est venu se loger dans les muscles situés derrière cet os). Les trous d'entrée, aussi bien que les trous de sortie, sont inégaux, déchiquetés. » Les projectiles extraits des plaies, ainsi que ceux que l'on a recueillis en grand nombre dans les vêtements, sont généralement très-petits. C'est une sorte de mitraille produite par la fragmentation des parois de la bombe; ces fragments sont anguleux, irréguliers, à bords dentelés et presque tous très-petits.

» Une circonstance remarquable, c'est la multiplicité des blessures reçues par un même individu.

» M. Larrey en a compté 27 sur un militaire. Chez le plus grand nombre, ce sont surtout les membres inférieurs qui ont été atteints.

» Les plaies que nous venons de décrire ont été dans le premier moment très-peu douloureuses; mais au bout de quelques heures elles sont devenues assez sensibles, plus même que ne semble le comporter leur étendue (ce que M. Larrey explique par l'étroitesse du trajet)... Les hémorrhagies ont été, pour la plupart, insignifiantes. Jusqu'ici les parties lésées n'ont été le siége que d'inflammations légères, circonscrites, et la fièvre a été peu intense. »

Nous avons fait la remarque que sur aucun des blessés que nous avons vus, il n'y a eu cet état de stupeur ou d'agitation qui accompagne ordinairement les blessures par armes à feu reçues sur le champ de bataille.

Malheureusement, les effets de l'explosion n'ont pas toujours été aussi bénins. Quelques éclats volumineux, larges de plusieurs centimètres (nous en avons vu un qui pouvait représenter à peu près un cube de 3 centimètres de côté; il s'était heureusement arrêté dans les vêtements de l'un des agents de la police qui ont rendu tant de services dans cette circonstance), ou des éclats plus petits, mais ayant fait *balle*, ont produit des plaies considérables, toujours irrégulières et déchirées, à une seule ou à deux ouvertures, ayant traversé des membres de part en part, brisé des os ou atteint des viscères importants. C'est à des désordres de ce genre qu'ont succombé quelques victimes. Un sujet mort à l'hôpital Lariboisière portait un fragment volumineux dans l'abdomen. D'autres présentent en ce moment les accidents locaux et généraux qu'occasionnent d'ordinaire les projectiles de calibre. Nous avons vu à la maison municipale de Saint-Denis une pauvre jeune fille qui a reçu un de ces projectiles dans la poitrine, et un jeune homme qui a une fracture comminutive des deux os de la jambe produite par un de ces éclats. Ces cas graves sont heureusement de beaucoup les plus rares.

M. Larrey a émis, au sujet de cette double particularité de la grande quantité de blessures reçues par la plupart des individus et de leur bénignité relative, une opinion qui mérite d'être consignée ici.

Les meurtriers, suivant M. Larrey, auraient manqué leur but en voulant l'assurer davantage. Voici comment : « Le fulminate de mercure, dont la force d'explosion est telle qu'elle amène la perforation d'une planche sur laquelle on l'a déposée à l'air libre, a émietté, pour ainsi dire, la machine au lieu de la diviser en éclats. De là un plus grand nombre de blessures, mais aussi une gravité moindre de la plupart d'entre elles. »

Traitement de la colique de plomb par la faradisation.

Nous avons exposé sommairement dans les comptes rendus de l'Académie de médecine l'objet des nouvelles recherches entreprises par M. Briquet pour déterminer le siége de l'affection saturnine douloureuse désignée depuis un temps immémorial sous le nom de *colique* de plomb. On a vu que M. Briquet a établi sur des caractères et des preuves qui nous semblent très-dignes de considération, que la douleur dite colique de plomb n'a point son siége dans les tuniques musculeuses des intestins, comme on l'a généralement enseigné jusqu'ici, mais qu'elle réside dans l'enceinte musculaire de l'abdomen. C'est pour lui une hyperesthésie spéciale ou spécifique des muscles abdominaux.

La conséquence pratique qui ressortait immédiatement de cette détermination du siége et de la nature de la colique de plomb, était l'application aux muscles affectés des moyens de traitement dirigés jusqu'alors contre l'affection intestinale.

Le succès de l'excitation électro-cutanée dans le traitement de l'hyperesthésie a fourni à M. Briquet une indication toute naturelle et qu'il a très-heureusement saisie. C'est donc du traitement de la colique de plomb par la faradisation (1) qu'il va être question.

Voici les résultats de cette faradisation sur quarante-deux malades atteints de colique de plomb soit simple, soit accompagnée d'autres accidents saturnins, tels que la paralysie des extenseurs du bras, l'encéphalopathie avec délire, soit combinée avec des maladies telles que les altérations organiques de l'estomac, l'entérite subaiguë, la cyrrhose.

Les quatre cinquièmes des cas étaient des cas de colique simple.

Chez la moitié des malades l'intensité des douleurs avait été soit grande, soit très-grande, tandis que chez l'autre moitié elle avait été modérée; mais, quelle qu'ait été cette intensité des douleurs, chez tous ces malades il y avait toujours de l'insomnie à cause des douleurs, et de l'agitation continue; le tiers au moins des malades poussait des gémissements.

Tous ces malades ont été faradisés le lendemain de leur entrée à la Charité.

Les résultats directs de la faradisation ont été la disparition brusque des douleurs du ventre; constamment, et sans aucune exception, ces douleurs ont disparu complétement, et à l'instant même où l'on cessait la faradisation, quelles que fussent leur intensité et leur étendue. On pouvait alors pétrir avec les mains ce ventre qu'il était impossible de palper quelques minutes aupara-

(1) Nous disons faradisation et non *faradaysation*, comme l'a écrit M. Briquet, non qu'une expression nous semble meilleure que l'autre, mais parce que la première est déjà un peu consacrée par l'usage.

FEUILLETON.

Histoire de l'aluminium et de ses progrès.

On se rappelle avec quel enthousiasme fut accueillie la nouvelle de la découverte d'un nouveau métal, appelé à prendre place parmi les métaux utiles. Depuis ce moment, l'aluminium est resté livré aux recherches des chimistes, il s'est tenu modestement dans le laboratoire et dans l'usine sans trop faire parler de lui. Cependant M. Deville et les hommes de l'art cherchaient à l'appliquer à l'industrie. A quoi ont abouti tant de labeurs? C'est ce que nous allons voir, et en vertu de l'intérêt que présente l'aluminium, on nous permettra de nous étendre assez longuement sur cette histoire, surtout lorsqu'on saura que les historiens sont MM. Dumas et Deville eux-mêmes, et que l'historiographe est un savant rempli d'amour pour la science, M. Komarof.

L'aluminium est le métal de l'alumine. L'alumine se trouve en grande quantité dans toutes les argiles; certaines en renferment jusqu'à 78 0/0 de leur poids; or, 52 parties d'alumine contiennent 28 parties d'aluminium; par conséquent, il est des argiles qui fourniraient au besoin 30 0/0 d'aluminium. Les meilleurs minerais de fer en Angleterre ne rendent pas plus de 33 0/0 en métal. Ici, ce n'est pas la richesse du minerai qui fait défaut : l'obstacle est dans la difficulté de l'extraction. Le métal aluminium peut être fondu au rouge à l'air sans s'oxyder; plongé dans l'acide azotique, il ne s'oxyde pas davantage; chauffé au rouge-blanc dans un tube où l'on fait passer de la vapeur d'eau, il ne prend point l'oxygène à cette vapeur : le métal aluminium est donc un de ceux qui se rouillent le plus difficilement, mais aussi c'est un de ceux qui se déroulent avec le plus de difficulté. D'un autre côté, mis en présence du chlore, l'aluminium se transforme aisément en chlorure, et le chlorure ainsi formé se décompose tout aussi facilement.

Lorsqu'il s'est agi d'obtenir l'aluminium, la première idée qui dut se présenter fut de constituer un chlorure d'aluminium et de défaire ensuite ce même chlorure, afin d'isoler le métal. Rien n'est plus simple que de défaire un oxyde de fer ou de cuivre; le charbon avec la chaleur amène une prompte désoxydation; mais le charbon est impuissant lorsqu'il s'agit d'aluminium et de chlorures. Il fallait songer à un autre corps. Le potassium peut être employé dans les laboratoires; mais c'est une substance chère et peu maniable. Son plus près voisin, le sodium, pouvait remplir le même office; mais ce métal se payait autrefois jusqu'à 5,000 fr. le kilogramme; son emploi devenait impossible dans cette condition. Pour arriver à la fabrication industrielle de l'aluminium, M. Deville devait avant tout organiser la production économique du sodium. Le sodium est le métal du sel marin. Cinquante-huit kilogrammes de sel marin renferment 23 kilogr. de sodium et 35 de chlore; M. Deville est arrivé à obtenir la totalité du sodium contenu dans le sel marin. Pour cela il transformait d'abord le sel marin en carbonate de soude, le mélangeant avec du carbonate de chaux, et de la houille pulvérisée; il enfermait le tout dans un cylindre que l'on portait au rouge. Le sodium se produisait par une distillation aussi tranquille que celle de l'eau; il se produisait à peu de frais, sans aucun intermédiaire dispendieux.

Le deuxième problème consistait à transformer l'aluminium en chlorure d'aluminium. C'était encore une opération simple et peu coûteuse. Il suffisait de faire passer un courant de chlore à travers un mélange d'alumine et de charbon portés à une température rouge. Il se produisait de l'acide carbonique et du chlorure d'aluminium; le gaz s'en allait, le corps solide restait seul après la séparation. Il y avait là cependant une petite difficulté. Le chlorure d'aluminium est en effet un corps peu maniable. Mais ce chlorure est susceptible, en se combinant avec le sel marin, de se transformer en un chlorure double d'aluminium et de sodium, substance des plus faciles à manier. C'est ce procédé qu'a employé M. Deville. Autrefois, dans les laboratoires, on prenait les plus grandes précautions lorsqu'on mettait le potassium ou le sodium en contact avec quelque autre corps; on n'arrivait pas toujours à éviter des accidents dangereux pour les opérateurs. Aujourd'hui, on prend à la pelle le sodium et le chlorure double d'aluminium et de sodium pour les jeter dans un four à réverbère chauffé au rouge; on fait marcher à la fois sept ou huit fourneaux, et il ne s'est pas produit jusqu'à présent un seul accident.

En résumé, on ne rencontre aujourd'hui dans la fabrication de l'aluminium que des procédés très-simples et des ingrédients très-communs. Ces ingrédients sont : le charbon, l'argile, qui produit jusqu'à 30 pour 100 d'aluminium; le sel marin, qui produit jusqu'à 40 pour 100 de sodium; enfin le chlore, que l'on obtient avec de l'acide sulfurique, du sel marin et du peroxyde de manganèse. Ainsi donc, si l'aluminium ne devient pas un métal très-usuel, ce ne sera pas sa faute bien certainement. En quatre années, on a fait que l'aluminium peut être livré à 300 francs le kilogramme environ; le moment est venu pour l'industrie de s'occuper des applications. La présentation des recherches sur l'aluminium à l'Académie des sciences était un fait purement scientifique; la communication qui vient d'être faite à la Société d'Encouragement a surtout pour objet d'appeler l'attention sur ce qui reste à trouver au point de vue des applications et des procédés industriels.

vant, si légèrement que ce fût, sans faire jeter des cris ou sans provoquer une sorte de contraction convulsive; les malades faisaient des efforts de respiration; ils se levaient de leur lit, et pouvaient exécuter facilement toute espèce de mouvement sans éprouver la moindre douleur. A leur grande surprise, ils pouvaient marcher, se redresser, se courber en arrière, retourner à leur lit, sur lequel ils sautaient lestement sans éprouver le moindre malaise que l'espèce de stupeur qui suit la galvanisation quand elle est forte.

En même temps les douleurs sympathiques cessaient aussi, quoique plusieurs fois elles eussent été très-fortes. Aussi, chez deux malades qui avaient les orteils tellement douloureux qu'on ne pouvait les toucher et que le simple poids des draps du lit était péniblement supporté, les douleurs avaient si brusquement et si complétement cessé qu'on pouvait étendre et fléchir ces orteils avec la main sans occasionner la moindre sensation pénible, et que les malades pouvaient marcher.

Sur 24 malades, les douleurs ont été enlevées complétement aussitôt la première faradisation, et n'ont pas reparu depuis, et parmi eux plusieurs avaient une très-forte colique.

Sur 10 malades, les douleurs ont reparu, et n'ont cédé qu'à une seconde faradisation faite soit dans la soirée même, soit le lendemain, et chez un au bout de huit jours; parmi les malades qu'on a été obligé de faradiser deux fois, trois n'avaient subi la première électrisation que très-faiblement.

Un quatrième, qui avait des douleurs intenses dans toute la paroi abdominale, n'en avait laissé faradiser que la moitié supérieure, et il a fallu électriser le lendemain la moitié inférieure, qui était restée douloureuse. Chez trois on avait, comme moyen d'expérimentation, faradisé, chez l'un le dos, un peu douloureux, chez l'autre l'oreille, et chez le troisième le muscle lui-même. Enfin, chez trois, la douleur avait très-notablement diminué après la première opération, et l'on n'a eu besoin que d'une seconde faradisation assez faible. Aussi M. Briquet a-t-il la conviction que si la plupart de ces dix malades avaient été convenablement opérés, il en eût été peu chez qui une seconde faradisation eût été nécessaire, et, dans son opinion, la colique peut être enlevée, chez la très-grande majorité des malades, à la première faradisation.

Chez sept malades, les douleurs n'ont cédé qu'à une troisième faradisation : chez l'un d'eux on avait, comme essai, faradisé la peau de l'un des avant-bras frappé de paralysie saturnine; chez un autre, on n'avait faradisé que les muscles.

Enfin, chez un seul malade, les douleurs n'ont été complétement enlevées qu'à la quatrième faradisation.

Dans ces cas de récidives, jamais les douleurs n'ont reparu avant les deux premières heures de leur disparition; le plus ordinairement, leur réapparition n'avait lieu qu'au bout de cinq à sept heures. Aussi, quand la journée entière s'était passée sans qu'il revînt de douleur, on pouvait être certain que cette disparition était définitive.

On a mis habituellement un intervalle de vingt-quatre heures entre deux faradisations.

Une fois la douleur enlevée, les divers troubles morbides ont graduellement disparu; l'appétit est revenu très-promptement. En général, les malades ne sont restés qu'un ou deux jours aux bouillons et aux potages; le plus habituellement le troisième, ou au plus le quatrième jour, ils mangeaient une portion d'aliment.

Les vomissements, quand ils existaient auparavant, n'ont plus eu lieu que pendant un et quelquefois pendant deux jours après la faradisation.

Afin de déterminer autant qu'il était possible les rapports qui pouvaient exister entre les douleurs abdominales et la constipation, M. Briquet a pris note du temps qui s'était écoulé entre le moment où les douleurs avaient cessé et celui où les premières selles avaient paru, et il a trouvé que chez plus de la moitié des malades les selles n'avaient commencé à venir que quatre jours après la cessation des douleurs, d'où il s'est cru en droit d'induire :

1° Que ce n'est point à la rétention des matières fécales dans les intestins qu'il faut attribuer les douleurs de la colique de plomb;

2° Que ce n'est pas la douleur du ventre qui paralyse le tube digestif;

3° Enfin que les purgatifs ne sont pas des moyens qui guérissent la maladie en débarrassant le tube digestif des sels qu'il contient.

La faradisation n'a provoqué la fièvre chez aucun malade, elle ne l'a pas augmentée quand elle existait.

Le seul effet général produit par cette opération, a été une sorte de stupeur et d'affaissement durant quelques instants ou quelques heures sans autres troubles.

En général, après la disparition de la douleur de colique et de l'affaissement produit par la secousse électrique, les malades, au bout d'un ou deux jours, n'éprouvaient plus aucun malaise; ils se levaient, et, s'il n'y avait pas de complication, leur état cachectique se dissipait graduellement, sans troubles et sans souffrances autres que la faiblesse.

La durée du séjour des malades à l'hôpital a été de sept jours. C'est le chiffre des cas heureux de coliques traitées par les évacuants.

Le traitement médicamenteux a été fort simple : le premier jour un bain sulfureux qu'on répétait tous les deux jours. Chaque jour un ou deux litres de limonade, avec 1 ou 2 grammes d'acide sulfurique, une potion gommeuse contenant de 2 à 4 grammes de sulfate d'alumine, et une pilule de 5 centigrammes d'extrait aqueux d'opium; il n'a pas été administré un atome de substance purgative.

Quelques malades ont été simplement mis à la tisane de chiendent, et ils ont guéri comme les autres.

D'après M. Briquet le traitement qui a dû être utile pour dissiper l'état cachectique et pour aider à l'élimination, n'a eu aucune influence directe sur la disparition de la douleur chez les vingt-quatre malades qui ont été guéris par une première faradisation, puisque l'opération se faisait le premier jour et avant qu'ils eussent pris aucun médicament.

D'ailleurs, comme chez tous, la douleur disparaissait brusquement et à l'instant même de la faradisation.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les considérations théoriques par lesquelles M. Briquet cherche à expliquer le mode d'action de la faradisation. Il suffira de constater que l'influence exercée par les courants électriques paraît suivre les lois de la révulsion. Voici quelques faits qui semblent l'établir :

L'influence de la fadarisation sur la douleur qu'on veut enlever est d'autant plus grande, qu'elle s'exerce à la plus petite distance possible du lieu où siége cette douleur : aussi est-on à peu près sûr d'enlever toutes les douleurs non inflammatoires des muscles superficiels, en faradisant la portion de peau qui les recouvre.

Si, au contraire, la faradisation s'exerce loin du point douloureux, son influence est beaucoup plus faible. Aussi M. Briquet est-il d'avis qu'il faut constamment appliquer les brosses aux endroits du ventre où siége la douleur, et dans toute l'étendue de ce siége.

M. Briquet a étudié l'influence de la chloroformisation sur la faradisation des muscles de l'abdomen. Il a anesthésié quelques-uns de ses malades avant de les faradiser. A chaque coup de brosse on voyait les fibres des muscles voisins frémir et se contracter convulsivement. A son réveil, le malade était débarrassé de la colique aussi complétement et aussi sûrement que s'il eût perçu la douleur de l'opération.

La faradisation de la peau n'a, suivant lui, d'autre inconvénient que la douleur, qui est d'ailleurs excessivement vive. Il a répété et vu répéter cette opération un grand nombre de fois, et à part l'espèce de stupeur passagère qui lui succède, il n'a jamais rien observé de particulier après son emploi.

Enfin ce mode de traitement ne lui a pas paru exposer aux récidives plus que les autres. Sur les 43 malades, 3 seulement sont revenus au bout d'un laps d'un à deux mois, et tous après s'être remis à leurs travaux de peinture.

Encore quelques mots sur le siége et les lésions anatomo-pathologiques de la paralysie générale des aliénés et de la folie paralytique.

Dans la *Revue clinique* du 12 décembre dernier, en rapportant les résultats de nouvelles recherches cliniques de M. le docteur Linas sur quelques points de la paralysie générale des aliénés, nous avons cru devoir, dans un très-rapide exposé historique, rappeler quelques-uns des principaux travaux publiés sur la matière, et mettre en présence les dissidences de doctrine relatives à cette affection. Que cet historique eût été trouvé très-incomplet, nous n'aurions fait assurément aucune difficulté de le reconnaître, et à peine nous fussions-nous cru dans l'obligation de nous en justifier. Nous craindrions plutôt de nous exposer à un reproche d'une tout autre nature si, dans des articles de *Revue clinique*, nous empruntions à l'histoire de la science autre chose que ce qui est strictement nécessaire pour l'énoncé net et catégorique de l'état de la question scientifique ou du point de pratique dont il s'agit. Mais il n'en serait pas de même d'un reproche d'inexactitude, qui nous trouverait d'autant plus sensible que rien évidemment ne le justifierait, et qu'il ne saurait trouver la moindre atténuation ni dans la nature ni dans la brièveté obligée de ce genre d'articles. C'est cependant à un reproche de ce genre que nous avons à répondre.

Nous avons dit dans l'article en question : « La paralysie générale des aliénés, ou mieux l'aliénation paralytique, est-elle l'effet d'une inflammation méningo-encéphalique, comme le pensent MM. Bayle, Delaye, Calmeil, Parchappe, Archambault, etc., ou bien est-ce une affection purement nerveuse du cerveau, comme le prétendent MM. Lélut, Aubanel, Thore, etc. ? groupant ainsi autour des deux doctrines les noms des auteurs qui ont apporté le tribut de leurs recherches en faveur de l'une ou de l'autre, sans trop nous préoccuper des dissidences secondaires et des nuances d'opinion qui pouvaient les diviser à leur tour. Et plus loin, après l'exposé des recherches nécropsiques de M. Linas, nous ajoutions : « Ces altérations ne diffèrent en rien, comme on le voit, de celles qui ont été décrites par MM. Bayle, Calmeil et Parchappe. »

C'est sur ces deux passages qu'est fondé le reproche d'inexactitude que nous a publiquement adressé M. le docteur Parchappe au sein de la Société médico-psychologique, et dans une réclamation écrite qu'il a bien voulu formuler sur notre demande.

M. Parchappe, dont nous avions ainsi rapproché les travaux de ceux de MM. Bayle et Calmeil, comme les confirmant dans les faits essentiels qui ont trait à l'importante question du siége anatomique de la lésion caractéristique de cette affection, M. Parchappe repousse cette solidarité; il nous rappelle dans sa réclamation qu'en 1838, pour la première fois, et depuis à diverses époques, il a formulé une doctrine qui lui est propre sur la maladie désignée sous le nom de paralysie générale des aliénés, et que ses opinions sur ce point ne se confondent pas, comme nous l'avons donné à entendre, avec celles des autres aliénistes en général, et des deux auteurs en particulier que nous venons de citer.

Après cet aperçu si clair de M. Dumas, voici M. Deville qui va nous dire ses travaux, l'avenir et les qualités de son plus beau titre au fauteuil académique qui vient de lui être accordé :

Ce fut en 1827 que Wœhler, l'illustre chimiste de Gœttingue, découvrit l'aluminium et donna une méthode pour préparer ce corps; mais sa découverte laissait quelque chose à faire. M. Wœhler obtenait quelques globules, mais des matières étrangères masquaient leur véritable aspect. A cette époque, le sodium et le potassium coûtaient quelque chose comme 15 fr. le gramme. Il était donc impossible de voir encore quelque utilité industrielle dans la production de l'aluminium.

En cherchant théoriquement le protoxyde d'aluminium, M. Deville réussit à réunir en sphères, puis en lingots, les globules découverts par M. Wœhler. Lorsque le 14 août 1854, les premières expériences relatives à l'aluminium furent soumises à l'Académie des sciences, M. Dumas comprit tout l'intérêt qui pouvait se rapporter à ces recherches. L'Empereur ouvrit à M. Deville un crédit illimité sur les fonds de l'Etat. 30,000 fr. furent ainsi employés à des recherches dans l'usine de Javelle, et l'on parvint à produire le sodium dans des conditions inespérées de bon marché. Ce métal ne revenait plus qu'à 9 ou 10 fr. le kilogramme. Plus tard, travaillant avec ses propres ressources, et aidé de quelques amis dévoués, dans une petite usine de la barrrière de la Santé, à Paris, M. Deville perfectionna encore ces procédés d'extraction, de sorte que le sodium et le chlorure d'aluminium purent se fabriquer dans de vastes fours à la manière des produits habituels de la métallurgie.

Dans la question de l'aluminium, la fabrication du métal n'était pas encore la chose la plus difficile; il s'agissait d'introduire de vive force un métal nouveau dans les usages, et de lui créer une place entre le fer, le cuivre et l'argent. Rien n'est plus difficile à vaincre que les habitudes invétérées. Si le verre n'existait pas, s'il venait à être découvert aujourd'hui, il faudrait peut-être cinquante années pour l'introduire dans la consommation. Ce sont les fabricants, les ouvriers, particulièrement ceux des industries où on emploie des vases d'argent, où l'on craint l'hydrogène sulfuré, qui ont montré le plus d'empressement et d'intelligence pour la propagation de l'aluminium. Dans le principe, M. Deville avait eu peine à réunir 50 centigrammes de ce métal; aujourd'hui il en existe en approvisionnement plusieurs centaines de kilogr.

L'aluminium est presque aussi blanc que l'argent. C'est ce que l'on peut voir sur des échantillons fondus, ciselés, mis en couleur, et qui ont été placés sous les yeux de la Société d'Encouragement. La mise en couleur n'est pas moins nécessaire pour l'argent que pour l'aluminium. L'argent, s'il ne subissait pas cette opération, serait un métal fort laid. Il faut remarquer que l'on ne sait pas encore opérer d'une manière satisfaisante la mise en couleur de l'aluminium; les procédés employés pour l'argent ne lui sont pas applicables. Sous le rapport de l'éclat M. Deville reconnaît l'infériorité de l'aluminium. L'argent, après plusieurs réflexions successives, donne une lumière jaune; tout porte à croire que l'aluminium, dans les mêmes conditions, donnerait une lumière bleuâtre.

Quant aux autres propriétés physiques, l'aluminium offre plus d'élasticité que l'argent; il peut être étiré en fils aussi fins, plus fins même; sa ténacité est plus grande encore. Dans cette comparaison on oppose l'aluminium pur à l'argent allié; s'il s'agissait de l'argent pur, on le trouverait très-inférieur sous presque tous les rapports, même pour sa beauté, à l'aluminium pur. Les alliages d'aluminium n'ont pas encore été bien étudiés. Lorsque l'on aura trouvé les corps et les proportions qui conviennent le mieux pour ces alliages, l'industrie en tirera sans doute un parti très-avantageux. Il est inutile de répéter ce qui a été dit déjà tant de fois sur la légèreté extraordinaire de l'aluminium, quatre fois moins dense que l'argent; ce n'est jamais sans une véritable surprise que l'on soulève un gros lingot de ce métal, qui renverse toutes nos idées sur la pesanteur traditionnelle des métaux.

L'aluminium, exposé à l'air, jouit d'une inaltérabilité complète. Une lame a été laissée plus d'un an suspendue dans une cour; on n'y a remarqué aucune altération, aucun changement de poids. Ce métal est, sous ce rapport, bien supérieur à l'argent. Lorsque l'on veut produire des bijoux qui ne changent pas, on est obligé d'oxyder, c'est-à-dire de salir l'argent. Les objets ciselés, fabriqués depuis trois ans avec l'aluminium, ont conservé absolument le même ton. L'acide azotique n'agit pas sur l'aluminium, non plus que l'acide sulfurique. A Nancy, et dans plusieurs endroits de l'Allemagne, on se sert de piles voltaïques où l'aluminium remplace le platine, et qui durent infiniment plus longtemps. L'acide chlorhydrique attaque l'aluminium, mais lentement, quand le métal est pur. Les alcalis l'attaquent lorsqu'ils se trouvent dilués dans une grande quantité d'eau. Un mélange d'acide acétique et de sel marin attaque l'aluminium, mais moins vite assurément que l'argent. Si l'on fait bouillir longtemps de l'eau salée dans un vase d'aluminium, le chlorure de magnésium contenu dans le sel attaque toujours un peu le vase; mais le même fait se produirait s'il s'agissait d'un vase d'argent.

Une circonstance bien importante pour l'économie domestique, c'est que l'aluminium est le plus inoffensif de tous les métaux. En admettant que les vases de cuisine puissent en laisser dissoudre une petite quantité, aucun accident n'est à craindre, et c'est un avantage énorme que l'aluminium possède sur le cuivre; l'étain même n'est pas inoffensif. M. Deville a vécu plusieurs années en Franche-Comté, où l'on emploie à peu près exclusivement pour la cuisine des vases de fer. Il trouvait aux aliments un goût ferrugineux très-prononcé. D'un autre côté, les Franc-Comtois qui viennent à Paris trouvent à la cuisine parisienne un

Voici les textes sur lesquels notre honorable confrère fonde sa réclamation :

Dans un mémoire publié en 1838, sous ce titre : *Recherches sur l'encéphale, etc.*, et qui a spécialement pour objet l'étude des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale, on lit ce qui suit :

« De toute cette discussion de faits, il résulte qu'il existe une espèce de folie dans laquelle il y a lésion simultanée de l'intelligence et de la motilité, qui a une marche généralement aiguë, quoiqu'elle puisse passer à l'état chronique, qui a une terminaison constamment fâcheuse, et avec laquelle coexistent dans l'encéphale plusieurs altérations, parmi lesquelles il en est une constante et pathognomonique, le ramollissement de la couche corticale.

Dans le cours de la discussion des 43 faits étudiés dans ce mémoire, après avoir défini les caractères différentiels de la maladie, tirés des altérations encéphaliques, M. Parchappe dit (p. 146) : « Si l'on ajoute à ces caractères ceux qui peuvent être déduits de la nature des symptômes, la lésion constante et univoque de la motilité, de la marche de la maladie, sa durée plus longue que celle de la folie aiguë simple, sa terminaison nécessaire par la mort ; des circonstances qui favorisent son développement, le sexe masculin, l'âge viril, l'abus des boissons alcooliques ; on obtiendra un ensemble de caractères différentiels plus que suffisant pour fonder légitimement une espèce d'aliénation mentale distincte de toutes les autres, qu'on peut appeler folie paralytique. » Quant à mon opinion sur la nature pathologique du ramollissement de la couche corticale, ajoute M. Parchappe, il me suffit de citer le paragraphe suivant de la conclusion finale du mémoire :

» Dans la folie paralytique, altérations pathologiques caractéristiques de la phlegmasie, étendues à la plus grande partie de la couche corticale cérébrale, dont le ramollissement entraîne la diminution des forces musculaires, et de la difficulté des mouvements coordonnés par la volonté. » (pages 219 et 220.)

M. Parchappe a reproduit depuis les mêmes faits et les mêmes idées dans deux ouvrages publiés, l'un en 1841, sous le titre de *Traité de la folie*, et l'autre en 1856, sous le titre de *Mémoire sur le siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité*. On y voit notamment énoncé, à plusieurs reprises et sous plusieurs formes, ce fait, que la folie paralytique a pour caractère anatomo-pathologique essentiel le ramollissement de la couche corticale cérébrale, circonstance, par parenthèse, dont M. Parchappe a déduit la preuve pathologique de la réalité du rôle physiologique que joue la couche corticale du cerveau comme centre d'action des mouvements volontaires.

M. Parchappe tire de ces citations cette conclusion : qu'il a établi que la maladie désignée sous le nom de paralysie générale des aliénés constitue nosologiquement une espèce distincte, par ses causes, par ses symptômes, par son siége, par ses altérations anatomo-pathologiques, par sa marche ; qu'il a le premier donné un nom à cette espèce morbide, en l'appelant folie paralytique ; qu'il a affirmé que cette folie paralytique a pour siége la couche corticale cérébrale, et pour caractère anatomo-pathologique constant et pathognomonique le ramollissement de cette partie du cerveau ; enfin, qu'il a rapporté à la phlegmasie la nature anatomo-pathologique de cette altération.

M. Parchappe nous demande s'il n'y a pas là la formule d'une doctrine positive, complète de la paralysie générale des aliénés ; il nous demande, en outre, de vouloir bien reconnaître avec lui que cette doctrine lui appartient, et qu'elle diffère des doctrines adoptées par les aliénistes, et notamment par MM. Bayle et Calmeil, bien avant 1838, époque où il l'a pour la première fois formulée.

Il ne nous en coûte nullement de reconnaître, et nous nous plaisons à le proclamer bien haut, que M. Parchappe a exposé et développé avec tout le talent qui le caractérise, dans les ouvrages cités, et particulièrement dans ses remarquables *Recherches sur l'encéphale*, une doctrine complète, dont tous les points sont très-habilement et très-logiquement coordonnés. C'est là une concession qui est de notre part toute spontanée. Mais nous ne saurions pousser la condescendance aux prétentions de M. Parchappe jusqu'à lui concéder que cette doctrine lui appartient réellement et exclusivement en propre, et qu'elle diffère *essentiellement* comme il le prétend des doctrines adoptées par les aliénistes, et notamment par MM. Bayle et Calmeil, avant l'époque de la publication de son mémoire sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale.

Que trouvons-nous, en effet, dans la doctrine de M. Parchappe ? que le siége de la folie paralytique est dans la couche corticale cérébrale, et que cette affection a pour caractère anatomo-pathologique constant le ramollissement de cette couche corticale. Mais qu'avaient dit avant lui MM. Bayle et Calmeil ? Nous l'avons rappelé dans le numéro précité. Bien qu'il y eût une légère dissidence entre ces deux auteurs, on a vu qu'en définitive, pour l'un comme pour l'autre, la lésion caractéristique de la paralysie générale était une méningo-encéphalite superficielle. La dissidence, ainsi que nous l'avons fait remarquer, consistait en ce que « pour M. Bayle, la méningite serait primitive et l'encéphalite consécutive, tandis que ce serait le contraire qui aurait lieu pour M. Calmeil. » De sorte que, en précisant un peu les termes de ce rapprochement, nous serions bien conduits à admettre à la rigueur que la doctrine de M. Parchappe, qui n'admet pas la méningite comme point de départ, diffère de celle de M. Bayle, mais nous ne voyons pas très-distinctement en quoi elle diffère de celle de M. Calmeil. Ce que nous trouvons par contre de plus heureux pour la science dans ce rapprochement, en laissant de côté la question de savoir si la lésion est bornée à la substance corticale du cerveau, si elle envahit à la fois ou successivement le cerveau et ses enveloppes, et en ne considérant pour le moment que la lésion cérébrale admise par ces trois auteurs, c'est que M. Parchappe a joint aux observations de ses deux prédécesseurs l'important contingent de 322 observations de folie paralytique recueillies à l'asile de Saint-Yon, dans une période de treize années, et dans lesquelles il a constaté d'une manière constante l'existence du ramollissement de la couche corticale.

Mais, dira-t-on peut-être, le ramollissement de la couche corticale est-ce bien la même chose que l'inflammation ? On eût pu discuter peut-être là-dessus il y a quelques années, alors que dans un esprit de réaction contre l'abus manifeste du rôle que l'on faisait jouer à l'inflammation, on avait imaginé de désigner, sous le nom de ramollissement, ce que jusque-là on avait appelé inflammation, substituant ainsi l'un des caractères de la lésion au terme qui en exprime l'ensemble. Mais ce ne peut être évidemment là la pensée de M. Parchappe, qui rapporte très-explicitement le ramollissement à la phlegmasie.

Nous ne voudrions pas laisser croire qu'en donnant le nom de folie paralytique à la maladie que l'on avait désignée jusqu'alors sous les divers noms de paralysie générale des aliénés ou paralysie générale avec aliénation, ou aliénation paralytique, ou bien encore méningo-encéphalite, méningo-péri-encéphalite diffuse, etc., M. Parchappe se croirait fondé à dire qu'il a le premier établi l'existence d'une espèce nosologique nouvelle, et qu'il lui a donné son premier nom.

En résumé, la part qui nous paraît revenir à M. Parchappe dans la constitution scientifique de la maladie en question, est déjà assez belle. Voici, si nous ne nous trompons, en quoi elle consiste : il a confirmé par ses observations personnelles le fait général de l'existence d'une lésion encéphalique constante dans la paralysie générale des aliénés ; il a mieux précisé peut-être que ne l'avaient fait ses devanciers le siége dans lequel se circonscrit le plus habituellement cette lésion ; il en a tiré des déductions pathologiques et physiologiques d'un grand intérêt, et il a tracé enfin une histoire très-bien faite de cette affection.

Telle était notre opinion sur les travaux de M. Parchappe sur ce sujet, lorsque nous avons dans notre appréciation associé son nom à ceux de MM. Bayle et Calmeil, pour désigner les médecins aliénistes qui ont le plus activement concouru à établir la doctrine le plus généralement admise aujourd'hui sur la paralysie générale des aliénés. Cette opinion n'a point changé après la lecture de la réclamation de M. Parchappe. Nous y avons puisé seulement, ainsi que dans la lecture des ouvrages qui y sont mentionnés, de nouveaux motifs qui ne font que justifier et accroître la haute estime que nous avons toujours eue pour les œuvres de ce savant confrère. Nous laissons à nos lecteurs le soin de juger si cette appréciation est ou non inexacte. Quant à ceux qui ne se croiraient pas en mesure de se prononcer d'après ce qui précède, nous les renverrons au prochain numéro des *Annales médico-psychologiques*, où ils pourront lire la réclamation textuelle qui fait le sujet de cet article. — Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 janvier 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Tumeurs sanguines veineuses. — A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier donne de nouveaux renseignements sur l'enfant dont il a parlé dans la dernière séance, et qui présentait une tumeur à la partie supérieure du cou, derrière l'angle de la mâchoire. Il raconte que jeudi dernier, il a eu l'occasion de revoir cet enfant en présence de M. Morel, qui émit des doutes sur le diagnostic, et qui annonça qu'il s'agissait simplement d'un kyste. Une ponction fut faite séance tenante, et effectivement ce fut un liquide séreux, d'une couleur jaune-brunâtre très-peu foncée, qui s'écoula à travers la canule du trocart explorateur. Le diagnostic de M. Morel se trouvait par conséquent exact, et il fut décidé que M. Huguier traiterait ce kyste par la méthode de l'injection iodée. Dimanche dernier, l'enfant fut ramené à l'hôpital pour subir cette opération. Le liquide s'était à peine reproduit. La tumeur était flasque et très-peu remplie, de telle sorte qu'il était très-difficile d'y pénétrer méthodiquement avec le trocart. C'est pourquoi M. Huguier ayant fait concentrer le liquide en un point par des aides qui comprimaient la tumeur avec leurs mains, pratiqua en ce point une petite boutonnière avec un bistouri aigu. L'instrument retiré, le liquide s'écoula aussitôt, et immédiatement après le bec d'une petite seringue en verre pleine de solution iodée fut introduit dans l'ouverture. L'injection fut ainsi pratiquée sans le secours du trocart. Le lendemain, la tumeur était plus chaude et plus tendue, mais aujourd'hui, trois jours après l'injection, elle commence déjà à diminuer. L'enfant n'a eu ni fièvre ni aucun autre accident. Tout permet de compter sur un bon résultat.

M. Huguier, revenant sur le diagnostic inexact qu'il avait porté dans l'origine, insiste sur les deux caractères qui lui ont fait croire à l'existence d'une tumeur veineuse sanguine, savoir, d'une part, la réductibilité, et, d'autre part, l'augmentation de volume qui se manifestait dans les efforts, dans les cris, ou lorsqu'on comprimait la jugulaire externe à la partie inférieure du cou. Ces changements de volume s'expliquent sans doute en partie par l'existence d'un lacis veineux très-développé, sur lequel repose la face profonde de la poche, mais ils dépendent aussi de la région où était situé le kyste. La compression exercée avec la main, sans faire entièrement disparaître la tumeur, la réduisait en grande partie en la refoulant soit derrière la mâchoire, soit dans les interstices musculaires, soit vers le plancher de la bouche, puis lorsque l'enfant criait ou contractait ses muscles, la tumeur, refoulée en sens inverse, venait faire à l'extérieur une saillie plus considérable.

M. Morel insiste à son tour sur les conditions qui donnaient à la tumeur l'apparence de la réductibilité. Il rappelle d'ailleurs que déjà à plusieurs reprises, il a entretenu la Société de cette question de diagnostic. Le fait actuel est venu vérifier l'exactitude des caractères distinctifs indiqués précédemment par M. Morel, et reproduits tout à l'heure par M. Huguier.

M. Giraldès demande si le liquide extrait du kyste a été analysé par la chimie, ou examiné au microscope. M. Huguier répond que non.

— M. Verneuil prend ensuite la parole pour compléter l'observation qu'il a citée dans l'avant-dernière séance, d'après M. Gustave Dufour. C'est le seul cas où l'autopsie ait permis jusqu'ici de connaître la cause et la nature de ces tumeurs veineuses réductibles de la voûte du crâne, qui ont attiré depuis quelque temps l'attention de la Société. Le fait de M. Gustave Dufour a été publié *in extenso* dans le tome III des *Mémoires de la Société de biologie*, année 1851, page 155 à 163. M. Verneuil lit quelques passages de cette observation, et il résulte clairement de l'autopsie qu'il y avait réellement communication entre la cavité de la tumeur et celle du sinus longitudinal supérieur. Les liquides injectés et les gaz insufflés ont pu passer sans difficulté de l'une de ces cavités dans l'autre, à travers les pertuis nombreux dont était criblé l'os frontal, lequel du reste était singulièrement aminci au niveau de la tumeur.

Cette affection était positivement traumatique ; elle s'était développée assez rapidement à la suite d'un coup de crosse de fusil, reçu vers le milieu du front, pendant un assaut, cinquante ans avant la mort du sujet.

— M. Chassaignac communique la note suivante, extraite textuellement de sa thèse de concours *sur les tumeurs de la voûte du crâne*, soutenue en 1848. On y lit à la page 125 :

« Je crois avoir entendu rapporter par M. Bérard aîné, lorsqu'il faisait des cours d'anatomie, un exemple de dilatation variqueuse communiquant avec le sinus longitudinal supérieur, et qui se gonflait considérablement lorsque l'enfant faisait un effort ou poussait un cri. C'est là une variété de tumeurs dont nous trouvons peu d'exemples dans les

---

goût de poisson non moins caractéristique. Ce goût de poisson est le goût du protochlorure d'étain, et il devient très-sensible lorsque l'étamage est neuf. L'aluminium, qui pourrait être dissous dans la préparation des aliments, serait à l'état d'acétate d'alumine, et cet acétate, par l'ébullition, se décomposerait en acide acétique, et en alumine ou argile, deux substances également inoffensives ; la première du reste s'échapperait sous forme de vapeur.

Le point de fusion de l'aluminium est le rouge bien franc ; ce point est inférieur au point de fusion de l'argent. Mais le feu de cuisine le plus vif serait insuffisant pour fondre des vases d'aluminium. Ce métal est un de ceux dont la chaleur spécifique est la plus considérable. On fondrait plus vite trois kilogrammes d'argent qu'un seul kilogramme d'aluminium. L'aluminium une fois chaud, conserve très-longtemps sa température. Il faut plusieurs heures pour que des barreaux d'aluminium retirés de la lingotière puissent être tenus impunément dans les mains. L'aluminium se coupelle comme l'argent. On peut le couler à l'air sans aucune altération. Le métal dans cette opération présente l'apparence d'une matière un peu grasse.

Il a déjà été question de la sonorité de l'aluminium ; cette sonorité égale celle de l'argent. Le son est presque cristallin. L'aluminium peut être doré au moyen de la pile ; le ton bleuâtre de ce métal se marie bien avec celui de l'or. On approcherait peut-être par là de la solution du problème de l'ornementation or et argent. Ces deux métaux ne peuvent être associés, parce que l'argent noircit, tandis que l'or reste inaltéré.

Parmi les différents objets exposés par M. Deville, on remarque des tubes emboutis, fabriqués dans les usines d'Haudincourt, et qui sont destinés à la confection des lunettes d'approche ou de spectacle ; l'aluminium serait très-précieux pour cet emploi à cause de sa légèreté, et les instruments perdraient une partie du poids qui les rend incommodes. Nous avons vu encore une cuvette et un pot à eau dont les formes rappellent celles du moyen âge. Ces objets ont été fabriqués au tour et au marteau. Sous ce rapport, le travail est irréprochable ; mais les soudures sont encore imparfaites. On a dû employer l'étain, qui donne peu de solidité. Il y a là un progrès à faire ; c'est à l'industrie à le réaliser. En attendant, on rapporte les pièces avec des rivets, comme on faisait, il n'y a pas bien longtemps encore, pour l'orfévrerie d'argent. L'anse du vase est coulée creuse ; cela montre la facilité avec laquelle on peut travailler l'aluminium.

Pour les usages industriels on n'emploie pas encore l'aluminium pur. Malgré les perfectionnements apportés à la fabrication par M. Morin, le métal renferme toujours une petite proportion de cuivre. Du reste, l'alliage de cuivre avec l'aluminium fournit des bronzes susceptibles d'un emploi très-avantageux. Ces alliages se font dans des proportions variables. Celui qui a donné les meilleurs résultats contient 10 pour 100 d'aluminium. Il ressemble au fer par presque toutes les propriétés physiques, et peut être étiré en fils dont la ténacité dépasse la ténacité des fils de fer pur. Lorsqu'on aura déterminé le pouvoir conducteur de cet alliage au point de vue de l'électricité, il est très-probable que l'on songera à l'employer pour la fabrication des conducteurs destinés à la télégraphie électrique. Comme l'a fait remarquer M. Dumas, ces fils, à cause de leur légèreté, pourraient être très-précieux dans l'établissement des câbles sous-marins. Dr E. Renaud.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal ; par M. le docteur Al. Magne, chevalier de la Légion d'honneur. 2e édition. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

auteurs. Les deux cas suivants se rapportent peut-être à ce genre de tumeurs.

» Busch rencontra une tumeur sur la partie postérieure de la tête d'un enfant, mort probablement, dit il, plusieurs jours avant l'accouchement, et sur la tête duquel de violentes tractions faites avec le forceps avaient été nécessaires. Cette tumeur ayant été ouverte, on vit qu'elle contenait du sang veineux, et qu'elle communiquait avec le sinus longitudinal supérieur.

» Flint trouva sur l'occiput d'un enfant né depuis plusieurs jours une tumeur assez considérable. Il l'ouvrit. Elle contenait du sang veineux, qui s'écoula en si grande quantité que l'enfant périt d'hémorrhagie. Cette tumeur communiquait avec le sinus longitudinal. (Pigné, *Cephalæm.*, p. 21.) »

M. DEGUISE fait remarquer que les faits cités par M. Chassaignac diffèrent entièrement de ceux dont il a été question jusqu'ici devant la Société. Ceux-ci, en effet, sont relatifs à des tumeurs traumatiques, tandis que dans les trois cas de M. Chassaignac, ces tumeurs étaient congéniales.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau une notice sur le traitement des *nævi materni* vasculaires par l'inoculation vaccinale.

Ce travail m'avait été remis il y a quelques jours par mon ami, M. Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, dont nous déplorons la perte prématurée. Dans ce mémoire, notre excellent collègue avait passé en revue l'historique de cette intéressante question, et s'appuyant sur les faits que la science possède, et sur sa propre observation, il avait établi tout ce que l'inoculation vaccinale renferme d'avantages dans le traitement des nævi, et combien il est important d'y recourir avant toute autre méthode.

Sur la proposition de M. le président, le mémoire de M. Legendre sera déposé honorablement dans la bibliothèque de la Société.

— M. GIRALDÈS remet, de la part du conseil de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, les trois premiers fascicules du tome Ier de ses procès-verbaux pour l'année 1857.

M. Giraldès donne ensuite une courte analyse des principaux mémoires renfermés dans ce recueil, qui comprend une observation de tumeur myéloïde considérable du pouce, rapportée par M. Curling; un cas de déplacement de l'omoplate avec paralysie du grand dentelé, par M. le docteur B. Brodhurst, et deux faits rares, l'un de nœvus occupant le bras et la poitrine chez une jeune fille de dix-sept ans, et l'autre de luxation traumatique du genou, observés par M. docteur Richard Quain.

M. LE PRÉSIDENT prie M. le secrétaire général de remercier le conseil de la Société de ce nouvel envoi.

— M. DECÈS adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur les varices artificielles ou anévrysmes cirsoïdes.

Discussion sur les injections iodées dans le traitement des altérations osseuses ou articulaires et des abcès qui en dépendent. — M. BOINET déclare que, malgré les objections qui ont été formulées dans la dernière séance, il persiste à croire que les injections iodées peuvent amener la guérison des abcès par congestion symptomatiques des altérations de la colonne vertébrale. M. Marjolin a été malheureux, puisque tous ses malades ont succombé, mais ces insuccès, quelque nombreux qu'ils puissent être, ne sauraient faire oublier les succès que M. Boinet a obtenus.

A ce propos, M. Boinet cite l'observation de trois malades atteints d'abcès par congestion avec gibbosité vertébrale, et qui ont été guéris par les injections iodées; l'un de ces malades a été suivi par M. Bonvallet; l'autre par M. Barthelemy (de Saumur); le troisième, par MM. Gaston Dumont et Réal.

Ces résultats, continue M. Boinet, diffèrent beaucoup de ceux que M. Marjolin a obtenus. A quoi tient cette différence? Je l'attribue pour ma part aux conditions dans lesquelles se trouvaient les malades, les miens ayant été traités en ville, et ceux de M. Marjolin à l'hôpital. Le séjour prolongé à l'hôpital suffit à lui seul pour scrofuliser certains sujets, et par conséquent à plus forte raison pour entretenir des altérations osseuses, qui auraient pu guérir en bon air. M. Courtiade a vu à la maison de détention de Fontevreault les individus qui sont renfermés devenir tuberculeux et scrofuleux en quelque sorte sous ses yeux', tandis que ceux qu'on envoie aux travaux des colonies agricoles ne présentent rien de semblable. Les hôpitaux de Paris, quelque bien construits, quelque bien aérés qu'ils puissent être, offrent sous ce rapport des conditions très-défavorables pour les malades qui sont obligés d'y séjourner pendant longtemps. Je n'ignore pas que la plupart des malades, surtout les enfants, sont beaucoup mieux à tous égards à l'hôpital qu'ils ne seraient chez eux; mais il n'en résulte pas qu'ils y trouvent toutes les conditions nécessaires à leur guérison.

L'injection iodée n'agit pas sur la constitution; ses effets sont purement locaux. Quels sont ces effets? Pour en juger, prenons les cas les plus simples, où l'altération osseuse est superficielle et où l'abcès est largement ouvert. Ce qui se passe alors est l'image fidèle de ce qui se passe dans les abcès par congestion, suite de carie vertébrale; seulement dans ce dernier cas on ne voit pas les effets de l'application de l'iode, tandis que dans le premier cas on les aperçoit sans difficulté. Le premier effet du contact de la teinture d'iode sur la surface d'une plaie chronique, d'un ulcère ou d'un abcès froid, est la production d'une couche jaunâtre, sorte de vernis mince et sec qui doit être attribué à une coagulation pure et simple. Tant que ce vernis reste appliqué sur la plaie, la sécrétion purulente est arrêtée ou au moins très-notablement diminuée; cela dure environ deux jours; après quoi la couche de coagulum se détache, et la suppuration recommence. Une seconde application produit la répétition de ces phénomènes, et ainsi de suite.

Voilà pour les parties molles. Qu'observons-nous maintenant sur les os cariés? Des effets analogues, mais beaucoup plus lents. Le contact répété de l'iode déterge l'os, favorise à la longue la séparation des lamelles malades, et produit, comme dans les parties molles, une couche de coagulum sous laquelle la cicatrisation se fait peu à peu.

Ces phénomènes qu'on observe dans les caries superficielles se passent exactement de la même manière dans les abcès par congestion. Je laisse volontiers ces abcès devenir fistuleux; car, grâce aux injections d'iode, je ne crains ni l'infection putride, ni les autres inconvénients attribués à l'introduction de l'air dans les grands foyers purulents. Les accidents consécutifs à l'ouverture de l'abcès étant ainsi conjurés, j'attends que les injections réitérées aient modifié et amélioré l'altération osseuse. Certes, celle-ci est bien loin de toujours guérir. Si c'est une affection tuberculeuse, le traitement échoue, puisque la constitution est atteinte d'une diathèse générale et que la tuberculisation pulmonaire voue presque inévitablement les malades à la mort. Mais quand il n'y a qu'une simple carie, la guérison s'obtient souvent, pourvu qu'on fasse suivre au malade un traitement général tonique, une bonne hygiène et un régime convenable, afin de soutenir ses forces et de relever sa constitution.

Encore un mot sur l'application des injections iodées au traitement des coxalgies suppurées. M. Marjolin et quelques-uns de mes collègues ont dit n'avoir jamais réussi en pareil cas; je répondrai à cela que j'ai guéri par ce moyen, chez un individu âgé de trente-cinq ans, une coxalgie avec abcès fistuleux, datant déjà de cinq ou six années.

M. RICHARD. L'argumentation de M. Boinet me semble un peu trop théorique, et j'aimerais bien mieux qu'elle fût basée sur des faits. Je voudrais, par exemple, que M. Boinet ne se contentât pas de nous citer ses succès, mais qu'il prît la peine de dresser un relevé de tous les cas d'abcès par congestion où il a eu recours à l'injection iodée, et qu'il nous dît combien il a perdu de malades, car je ne doute pas qu'il n'en ait perdu beaucoup.

M. Boinet vient d'insister sur les mauvaises conditions hygiéniques où les malades se trouvent placés dans les hôpitaux, surtout dans les hôpitaux d'enfants, et c'est à cela qu'il attribue les insuccès dont se plaignent les chirurgiens de ces établissements; mais il oublie que c'est précisément à l'hôpital des Enfants que M. Bouvier a recueilli, en une seule année, six observations d'abcès par congestion, guéris sans le secours des injections iodées. Quant aux coxalgies j'ose dire qu'il est commun de les voir guérir chez les enfants, et quelques succès obtenus à la suite des injections iodées ne prouveraient pas grand chose. Quoi qu'il en soit, j'invite de nouveau M. Boinet à nous donner la statistique complète de ses succès et de ses revers dans le traitement des abcès par congestion.

M. GIRALDÈS. Les injections iodées sont un moyen adjuvant, et rien de plus. Les mêmes malades guériraient aussi bien ou même mieux, sans le secours des injections, si on les envoyait aux eaux minérales, si, par exemple, on leur faisait passer une ou deux saisons à Baréges. Je connais une jeune fille, âgée de vingt ans, qui avait une gibbosité lombaire avec deux abcès par congestion, ouverts l'un dans l'aine droite, l'autre dans l'aine gauche, et qui aujourd'hui, après deux saisons passées à Baréges, est complétement guérie, sauf la gibbosité, qui persistera toujours. Je puis également citer l'observation d'un ancien malade de Blandin, aujourd'hui auditeur au conseil d'État, qui dut à trois saisons des eaux de Baréges la guérison d'une coxalgie fort grave compliquée d'abcès et de fistules.

Je répète donc qu'à mes yeux l'iode n'est qu'un moyen adjuvant, et je crois pouvoir dire que c'est également l'opinion de M. Boinet, puisqu'il insiste taut sur l'influence des conditions hygiéniques et du traitement général.

M. GUERSANT. Il faut bien prendre garde d'attribuer à l'action de certaines méthodes de traitement des guérisons qui sont l'œuvre de la nature. C'est la scrofule qui est la cause des altérations osseuses et des abcès par congestion chez les enfants. Or personne n'ignore qu'à l'approche de l'adolescence la constitution de beaucoup d'enfants s'améliore, et que les accidents de la scrofule s'amendent alors d'une manière sensible ou guérissent même entièrement. C'est ainsi que je m'explique pourquoi on obtient, à la suite de traitements très-divers, des guérisons d'abcès par congestion ou de caries scrofuleuses chez les enfants de treize à seize ou dix-huit ans, tandis que les mêmes moyens échouent complétement chez les enfants de trois à quatre ans.

M. CAZEAUX. Il y a une circonstance qui m'a toujours rendu assez sceptique à l'égard des résultats attribués aux injections iodées. C'est que, dans la plupart des cas d'abcès par congestion, il est presque impossible que l'iode injecté arrive jusque sur les os. Cette remarque m'est venue en particulier en assistant à certaines autopsies, et en voyant des trajets tellement longs et tellement sinueux que l'injection n'avait vraiment aucune chance d'atteindre le squelette. Je pense donc que les guérisons dont parle M. Boinet ont été dues au traitement général qu'il a constamment mis en usage.

M. LARREY. L'argument que vient de présenter M. Cazeaux est précisément celui sur lequel j'ai le plus insisté il y a quelques années, lorsque cette même question a été discutée dans le sein de la Société. Les doutes que j'ai émis alors, je les conserve aujourd'hui, et je serais heureux que M. Boinet voulût bien nous donner des preuves cliniques à l'appui de la méthode qu'il préconise. Je l'invite surtout, dans le classement des faits qu'il nous présentera, à distinguer les cas où l'os malade est superficiel, de ceux où il est profond.

M. BROCA. Je crois que M. Boinet se fait quelque illusion sur le mode d'action des injections iodées, mais je ne saurais partager le scepticisme de quelques-uns de mes collègues sur les effets de ces injections. Ces effets dans beaucoup de cas m'ont paru excellents, et je puis citer en particulier l'observation d'un corroyeur âgé de vingt-cinq ans, nommé Gilbert Demonteix, que j'ai guéri à l'Hôtel-Dieu, au moyen d'une seule injection iodée, d'un volumineux abcès par congestion occupant à la fois la région iliaque, la région inguinale et la région fessière. Le début de cette affection remontait déjà à quatre années; mais pendant plus de trois ans le malade n'avait éprouvé que des douleurs lombaires assez vives, irradiées dans la fesse et dans la cuisse du côté gauche. Ce fut seulement au mois de janvier 1854 qu'une collection se montra dans la fosse iliaque. Dans les mois suivants, l'abcès s'accrut, gagna le pli de l'aine, contourna l'extrémité supérieure du fémur, et vint faire à la partie supérieure de la cuisse et à la partie inférieure de la fesse une saillie considérable. Le 1er septembre 1854, lorsque je pris le service de M. Laugier, je trouvai ce malade couché au n° 1 de la salle Sainte-Marthe. Huit cautères avaient successivement été appliqués sur la région lombaire; on avait prescrit l'iode à l'intérieur et en frictions. Ce traitement n'avait produit aucune amélioration; l'abcès, au contraire, tendait plutôt à s'accroître.

Le 13 septembre, je me décidai à pratiquer une injection iodée. Je retirai d'abord du foyer, au moyen d'un trocart ou d'une seringue à aspiration, plus d'un litre de pus, sans toutefois vider entièrement l'abcès; puis j'injectai deux tiers de litre de teinture d'iode étendue de deux parties d'eau. La moitié de cette injection environ fut laissée à demeure dans l'abcès. La tumeur, qui se trouvait ainsi notablement affaissée, se gonfla de nouveau les jours suivants; puis elle commença à diminuer. Vers le milieu d'octobre, elle était réduite environ à la moitié de son volume primitif; mais elle paraissait devoir rester stationnaire. Le 23 octobre, une ponction, qui ne fut pas suivie d'injection, me permit de retirer environ un demi-litre d'un liquide épais, visqueux, d'un jaune brunâtre. Dès lors la tumeur cessa pour toujours de présenter de la fluctuation. On sentait encore dans la fosse iliaque, dans le pli de l'aine et dans le pli de la fesse, un engorgement assez ferme et assez volumineux; mais peu à peu cet engorgement entra en résolution. Au milieu de novembre, la fesse avait repris son volume et sa forme normale; il y avait toujours dans l'aine et dans la fosse iliaque une induration assez prononcée, qui diminua rapidement, de telle sorte que le 15 janvier, jour où le malade quitta l'hôpital, la guérison était parfaite; il ne restait plus aucune trace de l'abcès. J'ai rencontré cet homme quelques mois après; il allait toujours très-bien, et avait repris sans inconvénients sa pénible profession.

Un succès aussi rapide obtenu dans un cas aussi grave, au moyen d'une seule injection d'iode, permet d'affirmer que ce moyen possède une efficacité réelle. Il me semble, en effet, évident qu'ici l'iode n'a pas été seulement un adjuvant, mais qu'il a été l'agent de la guérison. Faut-il en conclure que le contact de ce médicament ait suffi pour faire cicatriser en quelques semaines l'altération osseuse qui avait été la cause de l'abcès? Non, je suis convaincu au contraire que la maladie de l'os n'a subi aucune modification par l'iode, par la raison qu'elle était déjà guérie spontanément avant l'injection, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples. J'ai présenté à la Société anatomique, il y a plus de dix ans, des pièces qui m'avaient paru alors fort extraordinaires. C'était un vaste abcès par congestion, auquel le malade avait succombé, quoique la lésion de la colonne vertébrale fût entièrement cicatrisée. Le foyer purulent n'avait aucune connexion avec le squelette, et nous avions cru d'abord qu'il s'agissait d'un abcès formé primitivement dans le psoas; mais, en y regardant de plus près, nous trouvâmes sur les côtés de la colonne vertébrale lombaire les traces d'une carie cicatrisée et recouverte d'une épaisse couche de tissu fibreux accidentel qui séparait la surface de l'os de la partie supérieure de l'abcès. La carie avait guéri spontanément, et l'abcès avait ensuite fait périr le malade. Depuis lors j'ai fait cinq ou six autopsies semblables, et je suis convaincu que le malade dont je parlais tout à l'heure, et dont l'abcès a guéri, comme aurait pu le faire une hydrocèle, à la suite d'une seule injection d'iode, je suis convaincu, dis-je, que ce malade était déjà guéri de sa carie lorsque j'ai eu recours à l'injection.

Cette guérison spontanée de la carie, et de toutes les suppurations qui viennent du squelette, est en général considérée comme fort rare. On part de l'idée préconçue que toutes ces altérations osseuses dépendent d'une cause constitutionnelle, et dès lors on est disposé à croire qu'elles n'ont aucune tendance à guérir spontanément. C'est une grande exagération. La carie, comme la nécrose, comme les tubercules osseux, constitue quelquefois un mal entièrement local, et ces diverses affections peuvent se développer chez des individus robustes, *bien constitués*, exempts de toute diathèse. Pour les tubercules des os, cela a été dit depuis longtemps; c'est même cet exemple qu'on a opposé à M. Louis pour repousser la loi trop générale qu'il avait émise sur la répartition des tubercules dans les divers organes. Non-seulement la tuberculisation des os existe fréquemment chez des individus dont les poumons sont parfaitement sains, mais encore l'expérience a démontré que souvent la production tuberculeuse est localisée exclusivement dans une région très-circonscrite du squelette. Il en est de même de la carie, qui se montre assez souvent comme accident entièrement local chez des sujets très-bien constitués. Cela est vrai pour les caries vertébrales aussi bien que pour les caries des os superficiels, et celui qui s'en rapporterait à l'étiologie des livres classiques serait bien surpris de voir que dans les hôpitaux d'*adultes* la plupart des abcès par congestion se montrent chez des sujets dont la santé générale paraît d'ailleurs excellente.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 8 mars 1858, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à Paris, pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, du jeudi 4 février au jeudi 18 du même mois inclusivement, de midi à trois heures de relevée.

Le secrétaire général: Signé, L. DUBOST.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Annuaire des vétérinaires pour 1858 (1re année). Cet annuaire comprend, outre un grand nombre de renseignements utiles : 1° Un Agenda ou Calendrier; 2° la Liste de tous les vétérinaires civils et militaires; 3° un Aide-Mémoire de pharmacie et de matière médicale très-détaillé (500 formules environ, par M. CLÉMENT. Publié avec le concours de beaucoup de vétérinaires français et étrangers, par M. Vincent MAZURKIEWICZ, secrétaire du régisseur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort. En vente : à l'École d'Alfort, chez l'auteur; à Paris, chez Labé, libraire de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, place de l'École de Médecine.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 10. — MARDI 26 JANVIER 1858. — (31e ANNÉE.) — N° 10 — MARDI 26 JANVIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JANVIER 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Ce que nous avons à signaler dans la dernière séance de l'Académie des sciences est moins une communication qu'une promesse dont nous prenons acte. M. le docteur Guyon, dont M. Flourens a si justement loué à cette occasion le zèle scientifique et le dévouement professionnel, a annoncé à l'Académie qu'il était dans l'intention de lui soumettre le fruit de ses observations relatives à la fièvre jaune, pendant son séjour à Lisbonne. Il s'est borné pour le moment à mettre sous les yeux de l'Académie trois peintures destinées à donner une idée de la coloration particulière à la peau dans la fièvre jaune, et de la matière noire qui constitue un des phénomènes les plus remarquables de cette maladie. En attendant que M. Guyon nous fasse connaître les résultats de ses observations, qui ne peuvent manquer d'offrir un grand intérêt, nous publions plus loin quelques passages d'une relation de cette cruelle épidémie, d'après une traduction de la *Gazette médicale de Lisbonne.*

Nous faisons suivre le compte rendu de l'Académie des sciences d'un extrait du procès-verbal de la séance de la Société philomatique du 26 décembre, dans laquelle M. le docteur Hiffelsheim a lu un travail sur l'électrisation musculaire au point de vue théorique et pratique, qui nous a paru digne de tout l'intérêt de nos lecteurs. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Quelques particularités de la constitution épidémique régnante. — De la bronchite.

De curieuses circonstances pathologiques sont en ce moment présentées par l'épidémie. Une femme, couchée au n° 20 de la salle du Rosaire, est entrée dans notre service avec les symptômes d'une bronchite étendue et un point pneumonique à droite parfaitement caractérisé. La maladie suit une phase régulière, et la résolution arrive au bout de quatre jours. Seulement, au fur et à mesure que la pneumonie se résolvait d'un côté, il se manifestait un second point pneumonique de l'autre, et nous eûmes ainsi à combattre deux inflammations successives du parenchyme pulmonaire, l'une ayant remplacé l'autre.

Au n° 5 de la même salle, nous venons d'observer un cas de bronchite aiguë entée sur une bronchite chronique; un point pneumonique existait des deux côtés, mais il a quitté le sommet du poumon droit pour envahir la base.

En fait général, l'épidémie régnante présente un état bronchique (je laisse de côté les états généraux), puis des signes de la broncho-pneumonie, des preuves de phlogose du parenchyme pulmonaire sur un ou plusieurs points. L'influence de la constitution médicale est si grande qu'on la voit retentir d'une façon très-intense sur des fièvres typhoïdes à leur période finale.

Au n° 25, une femme venait d'avoir une variole grave. La fièvre éruptive avait parcouru toutes ses périodes, la convalescence ne se faisait point attendre et la réparation des fonctions plastiques, épuisées par la suppuration, s'effectuait progressivement, lorsque la malade prit une pneumonie dans son lit. Le cas n'est pas rare, sans doute, mais ici la phase suppurative était bien passée, les pustules étaient entièrement desséchées, et la pneumonie n'a été qu'une production épidémique.

Un grand nombre d'individus ont des affections étrangères à tout travail inflammatoire de la poitrine, puis au bout de quelques jours une broncho-pneumonie se déclare et l'influence de la constitution est subie.

Nous venons cependant de recevoir dans le service qui nous est confié une femme de cinquante-cinq ans, dont la pneumonie se traduit par ses formes les plus ordinaires. Sa profession est de manipuler les peaux de lapins au moyen d'agents mercuriaux, et cette circonstance n'est pas sans importance, car la malade est atteinte de tremblement spécifique. Cette femme a eu ses vêtements mouillés et l'inflammation du parenchyme pulmonaire qui en a été la conséquence est très-nettement caractérisée : toux, expectoration, état fébrile, teinte sub-ictérique à un léger degré, signes plessimétriques et stéthoscopiques, etc. Jusqu'à présent rien ne révèle que l'épidémie ait pu apporter dans le cours de la maladie la moindre modification, mais notre conviction est qu'il surgira dans la suite quelques phénomènes s'y rattachant directement.

Une vieille femme est également entrée ces jours-ci dans la salle du Rosaire. Nous avons constaté chez elle les signes immédiats de la bronchite chronique ; la percussion accusait une sonorité tympanique, et l'auscultation ne faisait pas percevoir le râle vésiculaire. La bronchite chronique se compliquait donc d'emphysème pulmonaire. La maladie, qui datait de cinq ans, a subi une exacerbation sous l'influence de la constitution régnante. A la stase habituelle de l'air dans les cellules du poumon et à l'expulsion incomplète de ce fluide, s'est ajouté un état général tout particulier et qui mérite une mention spéciale : les formes extérieures sont affaissées, les éminences osseuses font saillie, et l'avant-bras en est réduit à ses deux os. Cet état de débilité, de détérioration, enlève cette puissance qui nous permet de réagir et devient la cause de la terminaison si promptement mortelle des affections pulmonaires à un âge avancé. Qu'il survienne un état aigu, et la vie est suffoquée, parce qu'il n'y a point de forces organiques en réserve.

Au n° 52 de la salle des femmes est en ce moment couchée une malade qui ressentit, il y a trois semaines, les atteintes de l'épidémie, et qui, selon ses expressions, resta *fortement enrhumée de la poitrine pendant quinze jours.* Une fièvre intense s'allumant, elle a pris le chemin qui conduit à l'hôpital. Nous avons trouvé tous les symptômes les plus caractéristiques de la bronchite, du râle muqueux et sibilant depuis le sommet jusqu'à la base du poumon gauche, de la matité au côté droit, un peu de crépitation et de souffle tubaire, preuves évidentes que la phlogose avait envahi en ce point le parenchyme pulmonaire. Cette femme sera soumise à une émission sanguine, car nous avons l'habitude de faire ouvrir la veine des malades, dont l'état fébrile est disproportionné avec l'état local, surtout quand il n'existe point de causes préalables d'exténuation. Si le sujet est jeune et pléthorique, nous avons recours parfois à une nouvelle perte de sang. L'application de vésicatoires sur les parois de la poitrine, la chaleur du lit et la diète suffisent en général pour amener la décroissance des accidents inflammatoires locaux.

Dans les cas où un état pathologique de la poitrine dure depuis plusieurs années, s'accompagne d'emphysème pulmonaire à un haut degré et vient à être compliqué par la constitution médicale actuelle, comme chez la malade dont il était question tout à l'heure, le traitement doit être modifié. Les évacuants des premières voies, et le tartre stibié en particulier, réussissent bien au début; la médication simple donne ensuite tous les résultats désirables.

L'épidémie régnante fait des victimes, surtout parmi les individus qu'entourent de mauvaises conditions hygiéniques, parmi ceux que l'âge a déjà glacés, ou que des maladies antérieures ont considérablement affaiblis. Aussi depuis un mois la mortalité dans la ville de Paris s'est-elle accrue d'une façon très-sensible. C'est donc pour nous un devoir que de développer ici quelques considérations relatives aux phlogoses de l'arbre aérifère, et de vous indiquer comment il convient d'y remédier ; nous commencerons cette étude par l'histoire de la bronchite, la plus commune des affections qui sévissent en ce moment.

La phlogose de la muqueuse des voies aériennes n'est guère appelée *bronchite* que depuis une trentaine d'années. On se servait autrefois de l'expression de *catarrhe pulmonaire,* dénomination presque dogmatique et qui donne l'idée d'un flux abondant de liquide blanc, de matières muqueuses. Le mot catarrhe exprimait réellement la sécrétion exagérée de flegmes par les voies aériennes, devenues appareil de sécrétion par la présence des cryptes mucipares, et entraînait la pensée d'une lésion locale liée à un état pathologique général.

L'inflammation des bronches a pour symptômes la toux, la douleur, l'oppression, l'expectoration muqueuse plus ou moins altérée dans sa quantité et dans sa qualité, la diminution de l'appétit, et souvent la céphalalgie. A sa période d'invasion, quand la phlogose domine et qu'elle n'est pas encore transformée en diacrise active, la toux est sèche, pénible, quinteuse : un peu plus tard, elle devient humide, et l'expectoration est abondante. La douleur est un phénomène morbide, dont la production appartient au système nerveux, et qui varie beaucoup suivant la susceptibilité du sujet et ses idiosyncrasies. La source est dans l'impression pénible sur les bronches de l'entrée et de la sortie de l'air, et elle doit aussi son origine aux secousses de la toux et au degré d'accélération de la respiration. La douleur est en effet perçue dans la poitrine pendant la période ascensionnelle et pendant la période d'état, alors que l'évolution de la phlogose est stationnaire; mais elle décroît et disparaît dans la phase de déclin.

L'oppression, ou la nécessité pour le malade de faire pénétrer de l'air dans sa poitrine, sollicite de sa part des efforts musculaires variables selon l'étendue de la bronchite et l'abondance des crachats contenus dans les voies aériennes. Le matin, peu après le réveil, quand les tubes aérifères renferment les mucosités amoncelées pendant la nuit, la respiration est gênée, mais la dyspnée cesse au fur et à mesure que les tuyaux bronchiques se débarrassent.

Quand un état de phlogose se développe à la surface d'une couche musculaire ou rétractile, elle frappe de paralysie la couche placée sous la surface enflammée. Les physiologistes sont encore divisés sur la question de savoir si la couche de tissu élastique située sous les bronches peut exécuter des mouvements de contraction ou de rétraction. Chez les grands animaux, l'action contractile est incontestable ; elle apporte un obstacle à l'action exercée sur les parois aérifères, et devient une cause réelle d'oppression.

Au début de la maladie, l'expectoration est formée par l'expulsion d'une petite quantité de mucus diaphane, séreux, ramené avec une grande difficulté et parfois strié de sang. Après la période ascensionnelle, les crachats sont composés d'un mucus grisâtre, assez visqueux ; puis, lorsqu'arrive le déclin, les matières expectorées sont plus abondantes; elles s'agrandissent en globes, prennent un aspect verdâtre analogue à celui du pus : ce sont les crachats *cuits.*

Parmi les autres symptômes, nous noterons les horripilations, sinon le frisson, la grande sensibilité au froid, le malaise, le brisement des membres, la chaleur opiniâtre à la peau, l'élévation du pouls vers le soir et son ralentissement au matin. La considération de la fièvre est d'une immense valeur, car c'est par la persistance de l'état pyrétique que le médecin est averti de la probabilité d'une lésion organique dans le poumon, alors qu'on croyait seulement à une bronchite ordinaire. Ce n'est pas, à coup sûr, un symptôme dominant, pathognomonique ; mais on arrive à quelque chose de sûr lorsqu'on sait assembler en un seul faisceau toutes ces circonstances morbides.

Dans les phlogoses de l'arbre aérifère, les sécrétions cutanées ne sont pas les seules qui s'exaspèrent : les urines sont aqueuses, crues pendant l'état aigu, puis épaisses, troubles, charriant des matières muqueuses d'un blanc grisâtre, et souvent grasses. La sécrétion hépatique se modifie quelquefois, et elle se traduit alors par une diarrhée bilieuse.

Quand la bronchite obstrue les cellules du poumon, la respiration est difficile, douloureuse vers la base de la poitrine; la face est grippée, et les phénomènes d'altération de l'hématose deviennent dominants; l'anxiété, la fièvre et l'insomnie achèvent de constituer cette formidable variété de la maladie que l'on a appelée *bronchite capillaire* ou *bronchite suffocante,* et dans laquelle, comme caractère qui lui est propre, l'oppression subsiste après que la pyrexie est éteinte.

Dans la bronchite chronique, il n'y a point de phases distinctes; l'affection est continue et sujette à des exacerbations. La toux est assez facile, l'expectoration abondante, l'haleine courte; la douleur et la fièvre manquent, et cet état habituel peut persister pendant des mois, des années. Les retours à l'état aigu sont fréquents, et ils se reconnaissent à la toux sèche, à l'oppression, au manque d'expectoration, à un léger mouvement de fièvre et à une durée de six à douze jours. L'acuité de la bronchite cesse, et l'état chronique reparaît aussitôt.

La bronchite chronique épuise les malades, détermine un amaigrissement qui porte principalement sur les muscles des parois de la poitrine, qui finissent par être comme atrophiés, et prostre les forces. Pour apprécier cet état d'abattement, il faut tenir compte des conditions relatives à l'âge, à l'exécution des fonctions physiologiques et à la forme plus ou moins réfractaire de l'affection bronchique. Le nombre des cellules pulmonaires

diminue au fur et à mesure que le poids des années se fait sentir, et cette circonstance est d'une grande portée séméiologique; car elle est l'une des causes les plus immédiates de l'aggravation chez les vieillards de la dyspnée et de l'orthopnée.

A l'investigation cadavérique de la bronchite proprement dite, on trouve la muqueuse des voies aériennes injectée, rougie, ramollie, d'une couleur parfois brunâtre; une couche de mucus se trouve étendue sur les parois de la membrane enflammée. Ces lésions ne dépassent pas ordinairement les gros tuyaux; mais dans la bronchite capillaire elles existent dans les ramifications les plus ténues. Dans la bronchite chronique, la teinte de la muqueuse est communément violacée, ardoisée; elle est répartie en taches disséminées qui ressemblent à des lanières allongées, et les cellules pulmonaires offrent le phénomène anatomique de l'emphysème. Chez les vieillards, le tube aérifère présente des différences assez grandes au point de vue de son diamètre. Les bronches sont agrandies, dilatées, et on aperçoit sous la muqueuse des linéaments longitudinaux. Les dilatations sont moniliformes, analogues à des grains de chapelet; les bifurcations principales sont plus dilatées, et il s'y accumule parfois des couches de mucus condensé, presque demi-membraneux. Des concrétions fibrineuses se remarquent encore dans les ramifications de l'artère pulmonaire, où de petites plaques inflammatoires peuvent également se développer. L'hématose est souvent impossible à cause de l'obstruction de l'artère pulmonaire, et c'est là la cause fréquente de la terminaison funeste des maladies de la poitrine chez les vieillards.

Arrivons maintenant aux signes que fournit l'examen stéthoscopique. Lorsque les voies aériennes sont libres, les poumons sont souples, élastiques, compressibles et expansibles, les cellules perméables à l'air, petites et à minces parois; lorsque la surface des plèvres est lisse et leur cavité vide, dans l'état physiologique enfin, si l'on applique l'oreille sur la poitrine d'un homme qui respire, on entend un léger murmure comparé à celui d'un soufflet dont la soupape ne ferait aucun bruit, ou plutôt analogue à celui que produit une personne dormant d'un sommeil paisible ou poussant un profond soupir; c'est le bruit respiratoire normal, appelé aussi bruit vésiculaire, murmure vésiculaire. Doux et moelleux à l'oreille, il est beaucoup plus fort et plus prolongé quand la poitrine se dilate, plus faible et plus court quand elle se resserre; il peut donc se décomposer en deux bruits distincts, celui de l'inspiration et celui de l'expiration, tous deux continus, non saccadés. Perçu dans toute la poitrine, il a des caractères variables suivant les lieux où l'on écoute, suivant l'ampleur et la fréquence des inspirations, suivant l'âge et la constitution physique des individus. Dans la bronchite, le souffle est plus marqué, plus intense, et le stéthoscope transmet à l'oreille l'impression de l'air qui traverse un liquide visqueux; le bruit d'expansion vésiculaire se perçoit à peine dans les intervalles, encore est-il associé à ce râle muqueux humide. Le bruit soufflant, qui se rattache au mouvement d'expiration, augmente d'intensité, devient un bruit musical, ronflant, sibilant; la propriété de vibrer s'est modifiée dans les tubes aérifères, et les vibrations sont moins aiguës, plus graves. Le râle ronflant résulte des produits de l'affection inflammatoire, et indique un certain épaississement de la muqueuse, une modification survenue dans les parois de cette membrane. Laënnec, qui a le mieux décrit tous ces phénomènes d'auscultation, veut que l'on ait soin de faire tousser les malades, car si le rhuncus n'a pas été perçu en des points obscurs, il se rétablit aussitôt par les efforts de toux.

Lorsqu'on percute le thorax d'un homme en bonne santé, non pas de façon à surprendre les parois de la poitrine, mais lentement et en communiquant tout l'ébranlement, on perçoit un son. Dans la bronchite, le thorax sonne encore le creux; il n'y a point de matité, ce qui indique que les tubes restent perméables et que l'air continue à entrer en vibration. S'il existe de l'emphysème, la sonorité est augmentée, les cellules sont forcées mécaniquement par l'air, le poumon est plus spongieux, mais le fluide élastique s'y renouvelle moins bien, et c'est là la cause de la sonorité tympanique.

A l'état physiologique et pendant l'expiration, nous vidons progressivement l'air renfermé dans la poitrine, mais lorsque les cellules sont encombrées, il ne peut plus y avoir expulsion du gaz; l'expiration est alors dite *prolongée* et elle se fait en deux temps. Ce signe est pathognomonique, et c'est à lui seul que les vétérinaires reconnaissent la *pousse* des chevaux.

Les phénomènes révélés par l'exploration du thorax se rapportent à la production des différents râles; si l'on applique la main, on perçoit sous les doigts les vibrations sonores des râles, on peut en mesurer l'étendue et distinguer s'ils sont prolongés ou sibilants, car on sent frémir la poitrine. Ces phénomènes se modifient aux diverses périodes des bronchites. Lorsqu'il n'y a pas une production abondante de mucus, on n'entend qu'un rhuncus et à côté une sibilance plus ou moins prononcée; mais vienne la période ascensionnelle de la phlogose, et la présence du râle est plus franchement accusée. Dans la période d'état et pendant la phase de déclin de la maladie, on reconnaît facilement l'existence des matières muqueuses dans les tuyaux.

S'il s'agit d'une bronchite chronique, on a affaire à un rhuncus sibilant que l'on ne saurait mieux comparer qu'à une corde de basse en vibration. Quand les voies aérifères sont largement dilatées, on fait parler le malade, et la pectoriloquie joue un certain rôle dans les sons qu'il émet; elle peut devenir la cause immédiate d'une foule d'erreurs de diagnostic. Les signes fournis par l'auscultation et la palpation ne manquent dans aucun cas, et ils rappellent à l'esprit cette circonstance spéciale que la bronchite n'est point une maladie identique avec elle-même, mais qu'elle est un phénomène total à moments successifs, un acte. Du reste, à notre sens, les maladies ne sont que des fonctions anormales qui ont une durée indéterminée dans la vie des individus qu'elles affectent.

La vieillesse est une cause spéciale d'aggravation de la bronchite, d'abord par l'exténuation qui accompagne la période décroissante de la vie, ensuite par la diminution du nombre des cellules pulmonaires, enfin par cette atrophie sénile du poumon, le point de départ de la décrépitude. Lorsqu'il s'agit également de sujets chez lesquels la répétition des bronchites a été fréquente, on comprend que l'influence du mal soit beaucoup plus marquée, à cause des secousses si réitérées de la toux et des efforts d'expulsion du mucus des parties profondes de la poitrine. L'inflammation des produits des cryptes mucipares amène la déperdition des matières, lesquelles sont fournies par la circulation, et c'est ainsi qu'une bronchorrhée considérable détermine l'exténuation, le trouble de l'hématose et l'épuisement de l'organisme. Les appareils sécréteurs de l'économie étant susceptibles d'éprouver des altérations considérables, il s'ensuit un état diacritique dont la gravité est quelquefois extrême. D'ailleurs, toute phlogose est suivie de diacrise; la bronchite affecte une muqueuse richement pourvue de sécréteurs, et elle laisse à sa suite une sécrétion exagérée pendant un certain temps. L'état inflammatoire et l'état diacritique sont donc deux états pathologiques essentiellement différents.

Il est des conditions de l'économie où les altérations de sécrétions se produisent avec la plus grande facilité; ainsi, de deux individus qui contractent une bronchite le même jour, l'un expectorera une quantité très-abondante de mucus pendant quatre, cinq ou huit jours, et l'autre aura une excrétion muqueuse dont la prolongation peut avoir lieu pendant des semaines ou des mois entiers. L'auscultation, dans ce cas, rendra encore au diagnostic les plus signalés services.

Tous les auteurs sont unanimes à assigner les mêmes causes aux maladies de poitrine qui, en effet, sont le plus souvent dues à l'action sédative du froid sur les appareils excréteurs de la peau, le corps étant en sueur. Néanmoins, à côté de ces circonstances déterminantes extérieures, il faut placer des causes au moins prédisposantes et se rattachant aux personnes. Un individu se livre à des exercices forcés, séjourne dans une atmosphère sèche où le degré du calorique est très-élevé, l'exhalation de ses voies aériennes est augmentée, la muqueuse est hyperstimulée, et cet homme est, pour ainsi dire, placé aux portes de la phlogose, qui pour se déclarer n'attend que la perturbation des fonctions sécrétoires des appareils tégumentaires. Tel autre parle à haute voix, fait des efforts musculaires et se trouve dans des conditions de surexcitation: qu'il vienne à subir le froid, et il est directement conduit au développement d'un état phlegmasique des bronches. Un autre enfin fera usage de liqueurs alcooliques après un grand repas, moment où l'activité de respiration est habituellement surexcitée, et la réfrigération aura sur lui un résultat énergique. La prédisposition individuelle chez certains sujets est très-prononcée: à peine sont-ils soumis à un courant d'air froid, qu'ils sont affectés d'un rhume dont ils ont beaucoup de peine à se débarrasser. Cet état tient chez d'autres à l'hérédité, ou est le résultat de bronchites antérieures.

Après quelques autres considérations sur lesquelles il nous reste à fixer votre attention, nous vous parlerons dans la prochaine conférence des divers modes de traitement que l'on a successivement opposés aux phlogoses de l'arbre aérien.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE

qui a régné à Lisbonne pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1857.

Nous empruntons les détails suivants, sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné dernièrement à Lisbonne, à une relation publiée par M. le docteur Magalhaes Coutinho dans la *Gazette médicale de Lisbonne* et traduite par la *Gazette hebdomadaire* :

I. *Symptomatologie.* — Nous admettons trois périodes dans la maladie. Les symptômes sont en rapport avec chacune d'elles.

Première période (*période d'invasion*). — Des frissons violents annoncent presque toujours l'invasion de la maladie. Après quelques heures de durée, survient de la chaleur et de la céphalalgie, qui tantôt correspond à la région frontale, tantôt à la nuque, et parfois aux tempes ou au sommet de la tête. La céphalalgie susorbitaire est cependant la plus fréquente. Il y a des malades qui accusent une douleur qui de la partie postérieure du cou s'étend aux clavicules. Très-souvent les yeux sont douloureux, principalement quand le malade les tourne d'un côté quelconque; dans quelques cas, les conjonctives prennent une certaine rougeur, semblable à celle qui accompagne les fièvres éruptives: alors se dessinent plus ou moins injectés les vaisseaux superficiels de cette membrane.

L'impression de la lumière aux yeux est très-incommode, et elle concourt à augmenter les douleurs de tête. Les yeux sont presque toujours brillants, la face un peu colorée, l'expression du visage animée. Des douleurs analogues à celles que causent les contusions se déclarent par tout le corps, et les jambes sont fréquemment prises de crampes. C'est à la région lombaire que les douleurs deviennent plus persistantes et incommodes: ce sont elles qui dans la plus grande majorité des cas éveillent les plaintes du malade; celui-ci, obligé de rester dans l'immobilité, semble fixé à son lit. Langue humide, blanchâtre et large; inappétence; quelquefois des nausées, et même des vomissements de matières muqueuses ou bilieuses. Un mal de gorge accompagne quelquefois ces symptômes. Pas de flux de ventre. Dans des cas que nous croyons exceptionnels pour cette période, les urines sont déjà supprimées. Presque toujours, au contraire, elles sont plus abondantes, claires et ne donnent pas de précipité albumineux, lorsqu'elles sont traitées par l'acide nitrique. La peau au début est froide, plus tard elle devient chaude et humide.

Le pouls est fréquent, et en beaucoup de cas plein et résistant; parfois il y a de la somnolence, mais légère et inquiète; des appréhensions sinistres viennent de temps en temps troubler l'esprit du malade.

Deuxième période (période de transition). — Le tableau symptomatique que nous venons d'esquisser offre une rémission le deuxième ou troisième jour. Dans beaucoup de cas, la plupart des accidents se dissipent; le pouls rentre en ce moment ou un peu plus tard dans son rhythme normal; la température de la peau descend, la face devient moins rouge, parfois même elle est pâle, mais la langue reste dans le même état. Chez quelques malades, la première période se termine par une sueur copieuse, ce qui ferait croire à une crise favorable; mais bientôt après le passage à la période subséquente vient démentir le pronostic favorable. Les douleurs disparaissent presque toutes, excepté celles des reins, qui parfois continuent, bien que moins vives. On en observe aussi quelques-unes à l'épigastre et au bas-ventre. Au lieu de la céphalalgie qui tourmentait énormément les malades dans la première période, il reste une certaine défaillance cérébrale, avec étourdissements qui empêchent les sujets de se lever du lit. Le soulagement cependant leur semble grand, et ils arrivent même à se persuader qu'ils vont bien. Et en effet, l'analyse des symptômes ne peut pas faire supposer au médecin lui-même que la maladie doive continuer. Il est cependant un signe dont nous avons vérifié l'existence dans cette période de la maladie, et qui la caractérise: c'est la présence de l'albumine dans les urines. Si la maladie se termine dans la première période, l'albuminurie n'apparaît pas. Si cette période est constatée, c'est l'indice qu'on ne doit pas se fier à l'amélioration apparente que signale l'état général du malade.

La période que nous venons de décrire a deux ou trois jours de durée.

Troisième période (*période caractéristique*). — A l'exception du signe non équivoque que révèlent les urines, et qui se montre déjà dans la période précédente, aucun ne pouvait jusqu'à présent donner au médecin la conviction que la maladie par lui traitée était la fièvre jaune.

Mais à la période dont nous allons parler cessent tous les doutes, toutes les hésitations, au moins dans les cas où se déclarent le *vomito negro*, l'hémorrhagie par les différentes parties du corps, ainsi que la coloration ictérique. Le phénomène qui presque toujours ouvre la scène est l'épistaxis. Cependant on ne doit pas confondre avec cette épistaxis de la troisième période celle qui a lieu parfois pendant la période d'invasion et qui n'a pas la gravité de la précédente. L'épistaxis de la première période est un phénomène de pléthore; elle s'arrête spontanément, et presque toujours amène un soulagement à la douleur de tête. Si l'épistaxis de la troisième période s'arrête, c'est pour se reproduire ou pour être remplacée par quelque autre hémorrhagie, quand les deux accidents ne marchent pas ensemble. Le *vomito negro* survient souvent en même temps que la coloration jaune, laquelle se montre d'abord aux conjonctives, et s'étend ensuite à tout le corps. Lorsque le *vomito negro* et les hémorrhagies se répètent, les forces du malade tombent presque en un instant. Le pouls baisse prodigieusement, devient extrêmement lent et petit. Le vomissement est précédé par de l'anxiété, dans certains cas; dans d'autres il arrive sans aucun effort, de manière que les malades ne s'apercevraient pas de leur état sans l'impression de terreur que leur cause la couleur des matières vomies. C'est à partir de ce moment qu'un grand découragement s'observe chez le malade. La couleur des matières rejetées par le vomissement, ainsi que leur quantité, varient selon des circonstances accidentelles. Quelquefois ces matières sont plus noires et abondantes au commencement; d'autres fois c'est le contraire. Tantôt elles ont la couleur du marc de café, tantôt celle de l'encre; d'autres fois elles sont plus ou moins sanguinolentes. Très-souvent, bien que rarement, elles sont constituées par du sang pur.

Les hémorrhagies aussi bien que le *vomito negro* ont lieu très-souvent en grande abondance. Le sang sort par le nez, par la bouche, ou suinte des parois de cette cavité, des lèvres et de la langue, ou du pharynx, de l'œsophage et de la trachée; dans ce dernier cas il est amené par la toux et les crachements. Il en sort aussi par l'anus, et il y a des évacuations répétées de matières qui ont les mêmes caractères que celles du vomissement. Par les conjonctives, par l'oreille et par l'urèthre, nous avons aussi observé quelques hémorrhagies. La surface des vésicatoires, les ulcères anciens, enfin toute érosion de la peau ou des muqueuses peut être le siége de ces exsudations sanguines. Le corps se couvre de

pétéchies, qui parfois se réunissent et forment de larges ecchymoses.

La langue présente diverses altérations, principalement dans la période dont il s'agit en ce moment. Très-souvent elle est large, rouge aux bords, blanchâtre dans la partie antérieure et jaune au centre et à la base; parfois la couleur jaune devient plus foncée et ressemble à un résidu de tabac à priser : cette teinte se change presque toujours en couleur noire, analogue à la couleur de la matière du vomissement. Au toucher la langue est visqueuse; l'impression qu'elle donne est la même que si l'on passait le doigt sur des algues. Tel est du moins son état ordinaire dans la troisième période; mais dans quelques cas elle est sèche, tantôt dans toute son étendue, tantôt sur quelques parties. Un caractère très-fréquent, c'est une coloration rouge intense de toute la langue, qui présente une surface lisse et comme dénuée de papilles. Elle offre surtout cette disposition quand la maladie se prolonge. Dans beaucoup de cas, sa surface est crevassée, et alors les malades y accusent de la douleur et de la chaleur. D'autres fois elle est aride, rétractée et agitée par des mouvements convulsifs, qui la font dévier d'un côté quand la malade la tire. Chez quelques sujets elle a un aspect sale, qui dépend d'une couche plus ou moins concrète, laquelle, se détachant par parties, lui donne un aspect comme squameux. Lorsque la langue prend les apparences que nous venons d'indiquer, les dents deviennent fuligineuses.

Les dernières altérations que nous venons de décrire dans la langue correspondent ordinairement à des états typhoïdes, ataxiques et adynamiques, dont l'expression ne peut être méconnue, car elle se manifeste par tous les phénomènes qui sont propres à ces divers états. Le hoquet, l'anxiété précordiale, le ténesme vésical et la suppression des urines, les spasmes, les soubresauts de tendons, les convulsions cloniques, semblables à celles de l'éclampsie, le délire, l'apoplexie cérébrale et pulmonaire, sont des phénomènes de la troisième période, et par lesquels presque toujours se termine fatalement la maladie. Dans cette phase, on a déjà observé plusieurs fois un engorgement des glandes parotides. La marche de cette lésion n'a rien de particulier.

Le pouls, dans cette période, se déprime et se ralentit de plus en plus, au point d'être presque imperceptible. Ces phénomènes dans la circulation sont ordinairement d'accord avec les hémorrhagies; mais, même en l'absence de celles-ci, le pouls s'abaisse. Dans quelques cas il est irrégulier, intermittent; mais c'est lorsque les symptômes ataxiques prédominent, ou quand l'heure de l'agonie est proche. Très-souvent il se soutient d'abord sans présenter sensiblement les caractères que nous venons de rappeler, et puis il fuit tout à coup. Ce phénomène correspond alors à la production d'une hémorrhagie externe ou interne.

Quelques malades ont une soif vive et continue, et l'ingestion des boissons provoque le vomissement. Celui-ci est très-souvent inséparable de la troisième période de la maladie, et, alors même que les matières expulsées ne sont pas noires, il constitue par lui-même une complication très-dangereuse, parce qu'il rend impossible l'administration du traitement convenable.

Nous donnerons la suite de cette relation dans un prochain numéro.

FRACTURES INTRA-UTÉRINES;
violences extérieures; syphilis.

Un des derniers numéros du *British médical journal* contient deux exemples de fractures observées chez le fœtus, au moment de sa naissance et survenues évidemment pendant la grossesse.

Le premier est dû au docteur Francis Davies. Ce médecin déclare qu'il fut appelé pour voir une femme accouchée depuis deux jours. Six semaines environ avant sa délivrance, en franchissant une barrière dans la campagne, son pied avait glissé, et, dans sa chute, le ventre avait porté malheureusement sur la barrière elle-même. Pendant plusieurs jours elle éprouva dans l'abdomen un sentiment douloureux, comme si elle était piquée par la pointe d'un canif. Cependant elle continua de se bien porter et accoucha au terme ordinaire. En examinant l'enfant, M. Francies Davies reconnut une fracture de la cuisse avec raccourcissement de plus d'un pouce. L'enfant a grandi depuis ce temps et est aujourd'hui devenu homme. Son membre fracturé a subi un raccourcissement considérable.

L'autre observation est due à M. le docteur Murry. Il s'agit d'une femme âgée de vingt-six ans, d'une faible constitution, qui fut délivrée d'un premier enfant vers le septième mois de sa grossesse. Le fœtus, à sa naissance, présentait les particularités suivantes : l'humérus gauche était fracturé à sa partie moyenne; les os de l'avant-bras étaient sains, mais les doigts, qui étaient fort longs, se renversaient en arrière, surtout à leur extrémité. Le bras droit n'était point fracturé; il était rigide et ratatiné; les doigts et le pouce étaient unis entre eux. Le fémur gauche était fracturé dans son tiers supérieur; le membre du côté droit n'était point fracturé, mais il était ridé et rigide comme le bras du même côté, et le pied était revenu sur lui-même et courbé en forme d'arc.

On apprit que la mère n'avait éprouvé aucun accident pendant sa grossesse; mais elle était évidemment sous l'influence d'une affection syphilitique générale. Une éruption de nature spéciale s'étant développée peu de temps après la conception, un traitement anti-syphilitique avait été dirigé contre ces accidents, qui n'avaient pas tardé à se dissiper; mais la guérison n'avait été qu'apparente, puisqu'au moment de son accouchement elle portait des condylomes à l'anus et à la vulve. L'enfant ne vécut que quelques jours, et l'autopsie ne put en être faite.

(*Bulletin de méd. et chir. prat.*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 janvier 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Fièvre jaune. — M. GUYON adresse la note suivante sur la fièvre jaune de Lisbonne :

« Ayant observé pendant longtemps la fièvre jaune en Amérique, je n'avais pas eu encore l'occasion de l'étudier en Europe: cette occasion m'a été présentée par l'épidémie de Lisbonne, et je me suis hâté de la saisir. Je me suis donc rendu à Lisbonne pour observer la maladie qui l'affligeait. J'y débarquais le 16 novembre au matin, alors que l'épidémie se trouvait dans une phase de recrudescence, attribuée, à tort ou à raison, à deux nuits de tempêtes et de pluie qui venaient d'avoir lieu. A mon départ de Lisbonne, le 19 décembre, l'épidémie était à peu près terminée, et, depuis, toute la population s'est réunie, dans une cérémonie religieuse, pour célébrer la fin du fléau.

» Mes intentions sont de soumettre à l'Académie le fruit de mes observations pendant mon séjour à Lisbonne; en attendant que je sois en mesure de le faire, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie trois peintures numérotées 1, 2 et 3, représentant, savoir :

» Le n° 1, la tête d'un jeune homme de dix-huit à vingt ans, peinture faite quelques heures avant la mort;

» Le n° 2, le corps d'une jeune fille de dix-sept à dix-huit ans, peinture faite peu après la mort;

» Le n° 3, les viscères abdominaux d'une jeune femme également figurés dans la même peinture, la tête pendant la vie et le corps entier après la mort.

» Les nos 1 et 2 donnent une idée de la coloration particulière à la peau dans la fièvre jaune, et de la matière noire qui constitue un des phénomènes les plus remarquables de cette maladie.

» Le n° 3 a surtout pour objet de faire ressortir la coloration propre au foie dans la fièvre jaune, coloration qu'accompagne une dégénération graisseuse de cet organe. Cette dégénération, si peu explicable, vu la rapidité du mal, n'avait pas encore été signalée. C'est donc un fait nouveau acquis à la science par l'épidémie de Lisbonne. »

— L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'une commission de cinq membres chargée de proposer la question qui sera mise au concours pour le grand prix des sciences naturelles à décerner en 1859.

MM. Flourens, Milne-Edwards, Brongniart, Geoffroy Saint-Hilaire, Cl. Bernard, réunissent la majorité des suffrages.

L'Académie procède, également par voie de scrutin, à la nomination de la commission chargée de proposer la question pour le prix Bordin de 1859 (sciences naturelles). [Commissaires : MM. Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Duméril, Cl. Bernard et Brongniart.]

— M. BILLIARD envoie de Corbigny une nouvelle note ayant pour titre : *L'oxygène sécrété par les plantes n'est point de l'ozone: relations qui existent entre les phénomènes physiologiques appartenant aux plantes et les fièvres intermittentes endémiques.* (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Becquerel et Andral.)

SOCIÉTÉ PHILOMATIQUE DE PARIS.

Séance du 26 décembre 1857.

Théorie et pratique de l'électrisation musculaire à l'aide de courants intermittents. — M. RIFFELSHEIM communique sous ce titre un mémoire dont nous extrayons les passages suivants :

Les applications de l'électricité à l'étude de l'*action musculaire* et à la guérison de toutes ses *perturbations* pour qu'elles puissent se généraliser doivent être soumises à des règles fixes et permettant à chaque médecin d'y recourir, comme à la plus insignifiante opération. Tel est le but de ce travail. Nous nous proposons également de remonter à la source de cette pratique, et, après en avoir fixé la base scientifique, de montrer qu'il y a une *méthode rationnelle* d'appliquer l'électricité, dont la conception est pleinement sanctionnée par l'expérience.

Ainsi qu'on peut le deviner, puisqu'il ne s'agit que de muscles, il ne peut être question que du courant *interrompu*. Le courant voltaïque continu, de même que ce dernier, peut modifier l'action musculaire, mais il ne donne pas lieu aux phénomènes de la contraction et ne peut servir à l'étude de l'action musculaire.

Toutes les fois que l'on interrompt un courant électrique comprenant dans son circuit la cuisse dénudée d'une grenouille, une plus ou moins grande partie des muscles entre en contraction. Avec un courant suffisamment énergique, on obtient cet effet chez l'homme au travers de la peau. Cette propriété a été mise à profit pour étudier l'action de chaque muscle, c'est-à-dire son usage, et pour le lui rendre quand il l'a perdu.

Examinons cette pratique dans le procédé opératoire.

Etant donné un courant voltaïque interrompu ou un courant induit d'une intensité voulue, si l'on applique les électrodes sur la cuisse dénudée d'une grenouille, on remarque que la contraction des muscles sous-jacents varie beaucoup, selon la disposition des conducteurs.

Si l'un des conducteurs est placé sur le nerf moteur du muscle à contracter, l'autre conducteur sur le corps du muscle à peu de distance, on obtient une contraction bien plus énergique que si les deux conducteurs sont exclusivement placés sur le corps du muscle. En second lieu, si l'on place le conducteur du pôle négatif (zinc) sur le nerf, et celui du pôle positif (cuivre) sur le corps du muscle, on obtient un effet contractile bien supérieur à celui que donne la disposition inverse.

Généralement les nerfs que l'on peut atteindre ainsi superficiellement, et c'est le cas de la majorité des nerfs musculaires, se dirigent de telle sorte que le point nerveux à la portée du conducteur est central par rapport au corps du muscle, qui représente en chaque partie des ramifications périphériques du nerf.

Le courant qui va du cuivre au zinc, ou, sous une forme plus générale, du pôle positif au pôle négatif, marche donc d'un point périphérique quelconque vers un point central du nerf. Je ne fais usage que de batteries voltaïques à courant simplement interrompu; je n'ai donc à tenir compte d'aucune espèce de renversement du sens du courant. Toutefois, ainsi que pour le courant continu, il est à remarquer que le pôle négatif a un effet physico-chimique bien supérieur à celui du pôle positif. Quoique la réaction de la peau sous ce dernier soit franchement acide, aussi bien qu'elle est très-alcaline sous le pôle négatif, je ne pense pas devoir expliquer *chimiquement* la désorganisation qui survient lorsqu'il y a sur ces points, le négatif surtout, accumulation de *quantité*. Donc le courant inverse à la direction de l'incitation motrice a une aptitude contractile prédominante sur celle du courant direct, avec quelques réserves dont nous éclaircirons plus tard la portée.

Lorsque, en dehors du nerf moteur, on place les conducteurs indifféremment sur le corps du muscle, toutes choses égales, la contraction est bien plus faible, quoique localement au point d'application du pôle négatif l'effet soit toujours plus intense.

M. Duchenne avait remarqué, empiriquement, qu'il existe pour chaque muscle un point spécial où l'un des deux conducteurs détermine une contraction maxima. Ces points ont été trouvés par ce médecin à la suite d'une longue pratique; et dans sa pensée, c'est par cette voie seulement qu'on pouvait en acquérir la connaissance. L'erreur que renferme cette proposition m'a frappé, car il me semblait qu'il n'y avait qu'à connaître la topographie des nerfs pour être de prime-saut parfaitement initié à cette pratique. MM. Remak et Ziemssen, surtout le premier, ont protesté déjà contre les idées tout empiriques de notre compatriote; je désire démontrer mes observations par les principes physiologiques les plus certains.

L'auteur de l'*électrisation localisée* pensait que la *localisation* ne se fait bien qu'à la condition de placer les deux conducteurs sur le muscle ou le faisceau musculaire dont on veut étudier ou rétablir l'activité. Il est très-vrai qu'en tant que localisation, et lorsqu'il s'agit d'étudier la physiologie normale ou pathologique d'un muscle ou d'un faisceau, c'est le moyen le plus avantageux. Mais il y a un inconvénient très-grave : lorsqu'on électrise ainsi un faisceau et qu'on le fait agir aussi isolément que possible, on obtient une physiologie musculaire artificielle et qui apprend ce dont un faisceau est *capable*, mais nullement comment il agit naturellement, c'est-à-dire avec le concours synergique de tous les faisceaux et muscles qui interviennent régulièrement dans les divers actes de celui-ci.

Mais revenons à la localisation. Elle a été divisée par son promoteur en directe et indirecte.

Dans l'électrisation directe, nulle règle; on se place sur le muscle et on tâche de trouver si on peut le point d'élection, ce qui se réduit à une question de pratique et de routine.

Dans l'électrisation indirecte on se sert de troncs nerveux. Je conviens, sans peine, qu'il n'y a pas lieu d'en faire grand usage; en effet, on agit sur trop de muscles à la fois. Mais il n'est pas besoin, en général, de recourir au tronc, il suffit de s'adresser à une branche musculaire là où on peut l'atteindre. Sans doute aussi un muscle est assez souvent polybranchial, c'est-à-dire qu'il reçoit des branches de plusieurs sources; mais cette difficulté pour l'*exacte* localisation disparaît dans la thérapeutique, où il serait le plus souvent vain d'y recourir.

D'où a pu naître cette division de l'électrisation en *directe* et *indirecte*, à l'exclusion des nerfs ou par l'intermédiaire des nerfs?

En excluant l'intervention des nerfs, on montre assez que l'on croyait se servir de la contractilité, de l'action irritante de l'électricité à courant interrompu, sur la fibre musculaire. On localisait dans l'un des cas dans les muscles, dans l'autre cas dans un tronc nerveux. Les centres nerveux paraissaient inutiles dans les deux cas; c'est pourquoi on ne craint pas les courants énergiques. On a cependant observé des phénomènes généraux consécutifs à cette localisation, sur la circulation, les sécrétions, l'innervation, ce qui prouve combien peu on *évite les centres*. Nous allons montrer que ce sont les nerfs qui servent d'intermédiaire dans tous les cas et que par là s'expliquent tous les effets ocaux et génér aux.

Les nerfs sont pour nous tous les intermédiaires entre la volonté et l'action du muscle; cette action a pour condition la contraction; et si le muscle ne jouissait pas, dans ses éléments, de la propriété dite *contractilité*, très-certainement il n'y aurait aucun acte de contraction. Ainsi la condition fondamentale du phénomène, c'est la propriété inhérente à la fibre musculaire. — Puisqu'un électrode placé sur le nerf détermine une contraction plus forte que si les deux électrodes sont placés sur le muscle dans lequel il se distribue, il s'ensuit que le nerf moteur naturel est plus actif comme conducteur du stimulant artificiel, qu'alors que celui-ci est appliqué directement sur le muscle à contracter. Mais cela ne prouve rien ni pour ni contre cette espèce d'*autonomie* de la contractilité. Le nerf jouit de cette influence sur la fibre contractile, en tant que tissu vivant et vivant de la vie des nerfs.

Lorsqu'on applique les conducteurs sur le muscle, en évitant la branche principale, peut-on éviter les filets nombreux qui se distribuent au muscle? Non. Il s'agit donc de savoir si dans ce cas l'électricité agit sur la fibre musculaire directement, ou bien par l'intermédiaire des ramuscules nerveux. Vous avez déjà répondu, car si le nerf est inévitable, s'il est le meilleur conducteur sur le vivant, il ne peut rester étranger à cette contraction; il est donc fort douteux que même un petit excès d'électricité agisse directement sur la fibre musculaire.

Le muscle et le nerf sont dans une connexion des plus étroites. Le muscle doit pouvoir être (et il est) contractile par le nerf pour remplir cet usage. C'est la condition *sine quâ non*. En effet, il peut ne pas être contractile par l'électricité, sans pour cela être impropre à cet usage, reposant sur la contractilité. C'est une des découvertes de M. Duchenne, et que M. Meyer, à Berlin, a vérifié deux ans après le traitement électrique d'une paralysie saturnine. Ce fait se retrouverait dans les suites des paralysies traumatiques. Le muscle est contractile puisque le nerf moteur naturel peut le contracter. Dans le cas d'empoisonnement par le curare, il y a, en outre de celle-ci, cette autre particularité que le muscle ne peut être influencé par l'électricité que directement, et que l'animal, pas plus que l'électricité, ne peut agir sur le conducteur du

moteur naturel. Dans ces cas, il faut admettre que l'irritabilité ou la contractilité est directement manifestée par l'électricité. Mais de l'absence d'action de l'électricité sur un muscle, que conclure relativement à l'autonomie de la contractilité?—L'électricité est dans ces circonstances simplement un stimulant impuissant, et ne saurait rien juger. S'il est une particularité digne de notre attention, c'est cet autre fait, que l'électricité ait pu guérir la paralysie, sans contracter le muscle, qui est retombé sous la domination du nerf, tout en échappant à celle de l'électricité elle-même Personnellement ce fait m'a frappé, quand je l'ai rapproché de cette découverte inattendue dont j'ai rendu témoin M. Rayer, et de nombreux médecins français et étrangers, qui nous apprend qu'une paralysie, de quelque origine qu'elle soit, lorsqu'elle est curable, peut guérir par le courant voltaïque continu, faible et permanent sans secousse aucune.

Je me résume. Je pense, avec plusieurs physiologistes, que la contractilité, propriété de tissus, est à l'état normal mise en action par les nerfs, d'abord et surtout. Cependant, il peut arriver que les stimulants extérieurs aient de l'action sur cette propriété, alors que les nerfs n'en ont plus. C'est ce qui arrive pour le curare et pour les cadavres d'hommes et d'animaux. Cela prouve secondairement que le nerf conduit l'électricité, grâce à ses propriétés vitales.

Au point de vue pratique, il est aisé de prévoir que nous supprimons les mots *directe* et *indirecte* pour y substituer les mots d'électrisation *des branches* et *des filets* des nerfs. Nous engageons tous les médecins à se familiariser avec les planches d'anatomie qui montrent le point de pénétration des nerfs dans les muscles, lorsque la pénétration ne se fait pas par la profondeur, ce qui est la règle. Du moment que l'on a trouvé le point moteur, on peut agir avec un courant moins intense, comme le donne par exemple la batterie Pulvermacher avec son interrupteur, et surtout si l'on place le pôle négatif sur le point nerveux. Pour opérer avec le plus d'efficacité, il est très utile de passer une éponge d'eau liède simple ou un peu vinaigrée sur les parties à électriser; on obtient des contractions bien suffisantes, sans avoir à redouter ce que l'on a appelé de la réaction et qui n'est qu'une violente excitation des centres malades par des courants trop énergiques.

L'électrisation *directe* ou plus judicieusement *intra-musculaire*, selon M. Remak, nous paraît destinée aux études plus qu'à la pratique proprement dite. Obligé d'atteindre aux travers de la masse tous les filets ou rameaux un à un, parce qu'ils sont inévitables anatomiquement, le courant doit avoir une énorme tension, pour opérer la contraction totale, si aisée par les rameaux musculaires.

Indépendamment des nombreuses facilités dans la pratique, les batteries à courants moins énergiques offrent l'avantage de se prêter à des applications du courant voltaïque continu. Pour les études mêmes, ces appareils m'ont permis, grâce à leur modération, de rechercher comment se comporte le système nerveux malade soumis à l'influence de l'électricité, et son action sur les muscles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 14 janvier 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

M. BROCA continue en ces termes :

On a beaucoup exagéré le pronostic de la carie et des tubercules des os. Les tubercules guérissent très-souvent, et cela a lieu de deux manières : tantôt par absorption de la matière tuberculeuse ou par enkystement, et sans formation d'abcès ; ce mécanisme est possible même lorsque plusieurs corps vertébraux superposés sont creusés de cavités tuberculeuses; la guérison alors ne s'effectue qu'à la faveur d'un affaissement qui laisse une gibbosité médiane et postérieure. Personne n'ignore que c'est une terminaison assez commune du mal de Pott. Le second mécanisme nous intéresse davantage. La matière tuberculeuse se fait jour à l'extérieur de l'os, et provoque dans les parties molles la formation d'un abcès par congestion. L'injection iodée peut-elle en pareil cas exercer sur l'état de l'os une influence favorable? Nullement, car la cavité tuberculeuse de l'os est tapissée d'une membrane qui empêche le contact de l'iode avec le tissu osseux. Par cela seul que la matière tuberculeuse s'est portée en dehors de l'os, l'altération osseuse est déjà en voie de guérison spontanée. La lésion du squelette cesse dès lors d'influer sur la marche de l'abcès, et celui-ci constitue à lui seul presque toute la maladie locale. Quant à la carie, je ne nie pas qu'elle ne soit souvent entretenue par une diathèse ; mais cette altération, considérée en elle-même, est parfaitement curable. C'est surtout une question de temps; il faut quelquefois plusieurs mois, plusieurs années pour tarir la suppuration osseuse; mais les malades placés dans de bonnes conditions hygiéniques finissent le plus souvent par guérir sans opération lorsque le siége spécial de la carie ne fait naître aucune complication. Qui n'a vu guérir des caries superficielles de la main, du pied ou de la clavicule? Ces résultats heureux sont peut-être rares dans les hôpitaux où les malades ne peuvent sans inconvénient faire un séjour trop prolongé; mais en ville, et surtout à la campagne, j'ose dire que la guérison de ces caries sans opération, et même sans traitement local, est la règle la plus ordinaire; seulement ces guérisons exigent un temps fort long.

D'où vient donc que les caries vertébrales et les tubercules vertébraux compliqués d'abcès par congestion soient des affections à peu près constamment mortelles, puisqu'il n'y a dans leur nature aucune condition absolue d'incurabilité? C'est parce que leur siége dans une région profonde expose les malades à une complication extrêmement grave, je veux parler de l'abcès. Le pus des os superficiels s'ouvre aisément une issue vers l'extérieur sans produire de délabrements dans les parties molles; puis il se forme une fistule qui fournit une suppuration peu abondante; la vie des malades n'est pas menacée, et la guérison n'est plus qu'une question de temps. Le pus qui vient des os profonds, au contraire, s'accumule dans les tissus, et forme de vastes collections dont l'ouverture est toujours très-tardive. Tout le monde connaît les accidents formidables qui suivent cette ouverture et qui sont presque nécessairement suivis de mort. Ces accidents dépendent uniquement de l'abcès, et nullement de l'altération de l'os, et la preuve, c'est que quelquefois cette altération est déjà guérie naturellement lorsque les malades succombent. J'en ai tout à l'heure cité des exemples. La grande indication thérapeutique consiste donc à traiter l'abcès, qui menace directement et prochainement la vie, sans s'inquiéter de l'altération osseuse, dont l'importance n'est plus que secondaire, et dont la guérison spontanée s'effectuera tôt ou tard si on réussit à faire vivre les malades jusque-là.

Pour remplir cette indication, il n'est aucune méthode parmi celles qu'on connaît jusqu'ici qui soit préférable à celle des ponctions pratiquées le plus tôt possible, et suivies d'injection iodée. Sous ce rapport, je suis de l'avis de M. Boinet; je pense en outre, comme lui, qu'on doit soutenir la constitution au moyen d'un traitement tonique et d'une bonne hygiène; mais il y a un point sur lequel je ne puis m'accorder avec lui. Il pense que le contact de l'iode exerce une action locale favorable, en quelque sorte spécifique, sur le tissu de l'os altéré. Je considère cette action comme tout à fait illusoire. Il attribue à l'iode ce qui est le résultat du temps et d'un travail naturel. J'ai bien des fois essayé les injections et les applications d'iode sur les caries et sur les autres suppurations chroniques des os superficiels, jamais je n'en ai obtenu le moindre résultat. L'iode n'agit que sur les parois des abcès, en modérant la suppuration, en la modifiant, en conjurant les accidents d'infection putride ou d'épuisement, et en favorisant la rétraction de la poche. L'abcès finit par se transformer en un trajet fistuleux long et étroit qui fournit une petite quantité de pus, et qui dès lors ne menace plus la vie des malades. J'en ai vu deux exemples remarquables, l'un à l'Hôtel-Dieu en 1854, l'autre en 1856 à l'hôpital du Midi, où je faisais le service par intérim après la mort de notre collègue Vidal. Je ne sais si ces deux malades ont fini par guérir tout à fait, mais ce que je puis dire, c'est que les injections iodées avaient produit chez eux les résultats les plus favorables; que leur santé générale était excellente, que la suppuration était fort peu abondante, et que la largeur du trajet diminuait de jour en jour.

Mais quand il n'y a pas d'abcès, quand il s'agit seulement de traiter la maladie de l'os, l'iode, à mes yeux, ne constitue plus qu'un topique insignifiant.

Pour me résumer, je dirai donc :

1° Que les injections iodées n'exercent absolument aucune action sur l'état local des os malades;

2° Qu'elles exercent, au contraire, une action des plus favorables sur les parois des abcès par congestion, et que ce moyen, quoique fort douteux dans ses résultats, est préférable cependant à tous les autres moyens locaux qui ont été préconisés jusqu'ici.

M. CHASSAIGNAC. J'ai été et je suis encore partisan des injections iodées dans beaucoup de cas, et notamment dans le traitement des kystes, des hydrocèles et autres affections du même genre. Mais pour les maladies accompagnées de suppuration, l'iode, je l'avoue, ne m'inspire pas de confiance. J'y ai renoncé, en particulier, dans le traitement des abcès par congestion; et je crois que beaucoup de mes collègues des hôpitaux ont vu, comme moi, leurs espérances se dissiper. A l'hôpital, nous ne pouvons pas envoyer nos malades aux eaux minérales; les ressources de l'hygiène sont assez restreintes, et les abcès par congestion, de quelque manière qu'on les traite, se terminent presque inévitablement par la mort. Lorsque nous avons connu les résultats annoncés par M. Boinet, il n'est aucun de nous sans doute qui n'ait voulu essayer les injections iodées. Pour ma part, j'y ai eu recours assez souvent, et toujours sans résultat. Je dois même dire que plus d'une fois la marche de la maladie a paru accélérée, des accidents d'une gravité prochaine se sont manifestés, et il m'a paru que la vie des malades était abrégée par le traitement. C'est cela surtout qui m'a découragé. On cite des succès à l'appui de la méthode; mais cela ne suffit pas; il faut savoir si ces succès dépendent du hasard ou du traitement; et tant que M. Boinet n'aura pas donné de relevés numériques, tant qu'il n'aura pas dit quelle est la proportion des guérisons et la proportion des morts, je crois que la méthode qu'il préconise ne rencontrera guère de partisans.

M. MARJOLIN. Quand une maladie est fréquente et qu'elle est très-grave, il est naturel d'essayer les méthodes nouvelles, surtout lorsqu'elles sont préconisées par un homme comme M. Boinet. Voilà pourquoi j'ai cru pouvoir et devoir recourir aux injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Lorsque cette méthode s'est montrée pour la première fois, je faisais le service dans un hôpital d'adultes. J'y ai traité six ou sept malades, ils sont tous morts. J'avais pourtant suivi aussi exactement que je l'avais pu les préceptes formulés par M. Boinet. Ces insuccès n'ont pas suffi pour m'arrêter. Arrivé dans un hôpital d'enfants, où les suppurations chroniques des os et les abcès par congestion se montrent si fréquemment, j'ai de nouveau essayé les injections iodées, et je dois dire que je n'en ai jamais obtenu le moindre succès. Plusieurs fois même il m'a semblé que mes malades étaient morts plus vite que si la maladie avait été abandonnée à elle-même. Aujourd'hui je suis découragé; mais avant de renoncer à ce moyen, je viens demander à mes collègues s'ils ont été plus heureux que moi.

On disait tout à l'heure que l'hôpital était pour les malades un séjour nuisible. S'il en était ainsi, il faudrait fermer les hôpitaux. Mais non; les malades, surtout les enfants, s'y trouvent dans des conditions très-préférables à celles qu'ils rencontrent chez eux, et il arrive très-fréquemment que dans les quelques jours qui suivent leur entrée, leur santé générale s'améliore d'une manière notable.

M. Boinet vient d'insister sur la nécessité d'un traitement général. Je n'ai certes pas négligé cet ordre de moyens. J'ai donné l'iode à l'intérieur; je l'ai fait absorber par la peau sous forme de frictions d'iodure de potassium. Pour le dire en passant, j'ai donné la préférence à cette dernière préparation, parce qu'elle se laisse absorber par la peau, tandis que les pommades d'iodure de plomb, employées par beaucoup de praticiens, ne sont nullement absorbables par cette voie. En même temps, je le répète, j'employais les injections iodées, poussées, soit dans les foyers encore clos, soit dans les trajets fistuleux. Je dois dire que ce moyen s'est montré inoffensif, c'est-à-dire que je n'ai vu aucun accident grave en être la suite. Une ou deux fois seulement la ponction a été le point de départ d'une petite rougeur érysipélateuse qui n'a eu, du reste, aucune gravité. Ainsi, je puis dire que tout s'est passé d'une manière favorable sous le rapport de l'innocuité immédiate des opérations; et cependant je n'ai jamais obtenu une amélioration sérieuse, et finalement tous mes malades sont morts.

MM. Cazeaux et Larrey objectaient tout à l'heure que dans beaucoup de cas l'iode injecté dans les abcès par congestion ne peut arriver au contact de l'os. Je suis entièrement de leur avis. Je me souviens, entre autres, d'un enfant que j'ai montré à M. Verneuil, et chez lequel le pus d'un abcès de l'aine venait des premières vertèbres dorsales à travers un trajet étroit et sinueux. Il est évident que l'injection iodée ne pouvait remonter jusque-là.

M. Broca disait tout à l'heure qu'un tubercule osseux ouvert à l'extérieur est déjà en voie de guérison spontanée. J'en puis dire autant de certaines tumeurs blanches, et notamment de celles du coude et du genou, chez les enfants. C'est une chose digne de remarque, que lorsque les tumeurs blanches s'ulcèrent de bonne heure, avant que le gonflement soit considérable, elles ont quelque tendance à guérir. Au contraire, lorsqu'elles prennent un grand volume avant de s'ulcérer, il n'y a d'autre ressource que l'amputation. J'ai donc vu guérir plusieurs fois des tumeurs blanches ulcérées du coude et du genou; mais les applications locales d'iode n'ont paru exercer aucune influence sur ces guérisons.

Quant aux abcès par congestion, je répète que je n'en ai pu guérir un seul; et toutefois, avant de proscrire définitivement les injections iodées, je voudrais voir cette méthode appliquée par M. Boinet lui-même. Je lui propose donc de venir dans mon service, où je lui confierai des malades; et si cette proposition lui agrée, je demanderai à la Société de chirurgie de vouloir bien désigner une commission chargée de suivre avec nous les résultats du traitement.

— La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : P. Broca.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des élèves de la Faculté de Strasbourg est cette année de 96, savoir : pour le doctorat, 90; pour le grade d'officier de santé, 6.

En 1857, il y en avait 66 pour le doctorat, et 4 pour le grade d'officier de santé.

Il y a, en outre, 120 élèves militaires, dont 43 sont en cours d'inscriptions, et 77 en cours d'examens de fin d'études.

— M. Nonat. médecin de la Charité, agrégé de l'Ecole de médecine, continuera ses leçons cliniques les mardi, mercredi et samedi de chaque semaine. La leçon du mercredi sera spécialement consacrée aux maladies utérines. La visite des malades aura lieu à huit heures précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JANVIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Bizarrerie et caprice des hommes, voire même quand ces hommes sont des académiciens! Un rapport important est lu à l'Académie ; ce rapport implique des questions de pathologie comparée, de thérapeutique et des points de doctrine d'un très-grand intérêt. Tout semble indiquer qu'une discussion approfondie va surgir. On s'y attend en effet ; elle est annoncée à jour fixe. Le rapport est imprimé et distribué à l'avance. Le jour de la discussion arrive : personne ne prend la parole, et le président se voit obligé de passer à un autre sujet de l'ordre du jour. — Du rapport de M. Devergie, il semblait qu'il ne dût plus en être question que dans le Bulletin et dans les journaux qui s'étaient engagés à en publier quelques extraits; mais voici qu'à l'occasion d'une simple réclamation de priorité incidemment soulevée, l'action s'est engagée sur toute la ligne.

M. Bouchardat, au nom du microscope, MM. Trousseau et Gibert, au nom de la pathologie, M. Michel Lévy, au nom de l'histoire, sont venus successivement soumettre à l'Académie leurs tardifs scrupules sur les divers points du rapport qui ont trait à chacun de ces sujets. Et nous ne sommes pas au bout ; la médecine vétérinaire, dans la personne de M. Leblanc, a retenu la parole pour la prochaine séance. Et qui nous dit qu'après l'accueil assez cavalier qu'a reçu le manifeste de M. Bouchardat en faveur du microscope, les quelques micrographes que renferme l'Académie ne voudront pas relever cet instrument de ce nouvel échec, et le défendre à la fois contre les suspicions du rapporteur à l'égard de son utilité pratique, et les récusations formelles de MM. Trousseau et Gibert!

Mais l'Académie eût-elle quelque appréhension de laisser engager la discussion sur ce terrain, et abandonnât-elle la question de l'utilité de l'intervention du microscope dans la détermination des espèces morbides dermatologiques, il lui resterait encore un assez vaste champ à parcourir. La question soulevée par M. Trousseau, sur les conditions morbides antérieures nécessaires pour le développement du parasitisme, suffirait à elle seule pour défrayer une longue discussion.

Nous saisissons cette occasion pour placer ici sous les yeux de nos lecteurs quelques courts extraits du rapport de M. Devergie, qui ont servi jusqu'ici, ou qui pourront servir ultérieurement de texte à la discussion.

On se rappelle que M. Reynal, dans son mémoire, s'est proposé principalement pour but de démontrer la contagion de l'herpès tonsurant des animaux à l'homme ; de manière à témoigner, dit M. le rapporteur, par un fait nouveau, des rapports étroits qui existent entre la pathologie de l'homme et des animaux. Il résulte, en effet, des recherches récentes de M. Reynal et des faits précédemment exposés par M. Letenneur (de Nantes) dans un remarquable travail sur l'*herpès tonsurant* publié en 1852, que l'herpès tonsurant, transmis du cheval ou du bœuf à l'homme, développe chez celui-ci, sur les parties dépourvues de cheveux et de poils, un herpès circinné. D'où cette conséquence que l'herpès circinné et l'herpès tonsurant seraient identiques. C'est là la première question que M. Devergie examine. Se demandant si c'est là la même maladie ou une transformation d'un état morbide en un état morbide nouveau, il s'exprime en ces termes :

« En 1850 (*Traité des maladies du cuir chevelu*), M. Cazenave, qui avait d'abord professé une doctrine opposée, regarde les deux maladies comme étant identiques.

» Un mémoire publié en 1855 par M. Baerensprung, dans les *Annales de l'hôpital de la Charité* et de quelques autres établissements de clinique médicale et chirurgicale de Berlin, a eu pour objet de démontrer que les deux maladies étaient de même nature, et que la différence d'aspect provenait de la présence ou de l'absence de cheveux et de poils à la surface de la peau. Il a fait voir que dans les deux formes on retrouvait le champignon parasitaire, le trichophyton tonsurant. Il a montré que l'herpès tonsurant du cuir chevelu pouvait être à cheval, moitié sur une partie de peau tapissée de cheveux, moitié sur une partie de peau qui en était dépourvue; que la partie supérieure de l'herpès offrait alors cet état de tonsure que l'on observe dans l'herpès tonsurant, et que la moitié inférieure représentait la moitié d'un cercle d'herpès circinné, avec son centre dégagé et sa circonférence surélevée en bourrelet vésiculeux. Depuis cette époque, où l'attention a été principalement appelée sur ces faits, nous avons eu occasion de voir ces phénomènes parfaitement dessinés, notamment à la racine des cheveux de la partie postérieure du cou.

» Ainsi donc, le changement d'aspect de l'affection paraîtrait dépendre de la différence d'état de la peau au cuir chevelu, où elle est pourvue de poils, et sur le corps, où ceux-ci n'existent qu'à l'état rudimentaire.

» La conséquence serait celle-ci : c'est que, partout où existent des cheveux et des poils, l'herpès tonsurant doit présenter la physionomie de la teigne tondante, et que, partout où la peau est glabre, l'herpès doit être excentrique et circiné.

» Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et cette circonstance tend à prouver que, malgré les recherches micrographiques récentes, la science n'a pas dit son dernier mot à ce sujet.

» Dans son mémoire sur l'herpès tonsurant, M. Letenneur s'énonce ainsi : « Il est une particularité que je n'ai vue indiquée » nulle part et qui depuis longtemps a fixé mon attention, c'est que » l'herpès circinné apparaît souvent sur le scrotum et dans l'aisselle » *sans détruire les poils*, comme le fait l'herpès tonsurant à l'égard » des cheveux. Dernièrement, ajoute-t-il, j'ai observé un nouvel » exemple de cette affection à l'Hôtel-Dieu de Nantes; la plaque, » qui avait les dimensions d'une pièce de cinq francs, existait » dans le sillon fémoro-scrotal, et, sur toute la surface de cette » plaque, les poils étaient *aussi forts*, *aussi nombreux* qu'en » dehors du cercle vésiculeux. »

» Voilà donc deux formes d'herpès, l'une qui produit la *tonsure*, l'autre qui n'a *aucune action sur les poils*.

» Ce n'est pas tout : la première a quelquefois une durée tellement longue qu'elle se limite par une année; l'autre se juge en un espace de temps tellement court que les auteurs lui assignent une durée d'un, deux ou trois septénaires, limite que nous avons signalée, il est vrai, comme étant trop restreinte. Or, la forme aiguë se rattache surtout à l'herpès circinné et la forme chronique à l'herpès tonsurant.

» Nous devons déclarer que cette opinion de MM. Letenneur et Malherbe, sur l'existence possible de deux variétés d'herpès à l'état simple, nous paraît pouvoir être fondée, d'après notre propre observation. Il nous est souvent arrivé de voir à la barbe, par exemple, deux sortes d'herpès, l'une représentant l'herpès tonsurant de la tête, elle est plus rare; l'autre figurant l'herpès circinné, *sans cassure* de poils; elle est beaucoup plus commune; et il y a quelques semaines, nous avions dans nos salles trois malades atteints de cette dernière sorte d'herpès. Chez un malade, la plaque bordait la lèvre inférieure et gagnait le menton; chez l'autre, il existait cinq à six plaques d'herpès circinné, moitié sur les joues, moitié dans la barbe. L'une de celles-ci avait l'étendue d'une pièce de 1 franc, et il était facile de voir le cercle de sa circonférence parfaitement dessiné, en même temps que les poils du centre étaient entièrement conservés. L'examen microscopique nous démontra l'existence du trichophyton chez le premier malade; mais, chez le second, nous n'avons trouvé que quelques rares spores douteuses et des traces de l'enroulement que nous avons fait connaître comme précédant le développement du trichophyton. Chez le troisième malade, on voyait une plaque d'herpès de chaque côté dans la barbe, et l'une de ces plaques seulement avait des apparences de tonsure coïncidant avec l'existence du trichophyton; tandis que l'autre, plus large, se présentait avec la conservation des poils.

» Ajoutons que, de tout temps, on a guéri avec facilité l'herpès circinné, et qu'il n'en a jamais été de même de l'herpès tonsurant.

Nous avons parlé jusqu'à présent d'herpès simple, tonsurant ou circinné ; mais dès la première édition de notre *Traité sur les maladies de la peau*, après avoir insisté sur la nécessité de ne donner le nom d'herpès qu'aux maladies à la circonférence desquelles il existe un bourrelet, nous avons fait connaître ses formes composées avec l'eczéma, le lichen, le pemphigus, le psoriasis, le rupia, le sycosis et le lupus, formes composées tout aussi primitives que les formes simples. Or, jusqu'à présent, nous n'avons pu constater la présence du champignon parasitaire que dans deux espèces, l'herpès lichénoïde et l'herpès psoriasiforme; encore n'est-ce que dans quelques cas particuliers.

» Toutes ces circonstances réunies ne viendraient-elles pas à l'appui de l'opinion émise par M. Letenneur, et ne contribueraient-elles pas à modifier les idées si exclusives des médecins micrographes, ainsi que leurs doctrines si absolues, en prouvant que l'herpès peut exister avec ou sans champignon, et que celui-ci, au lieu d'être considéré *toujours* comme cause primitive, pourrait bien dans un grand nombre de cas n'être qu'un accident, qu'un épiphénomène ?...

» D'après le tableau succinct que nous venons de faire de l'herpès tonsurant chez les animaux, ajoute plus loin M. le rapporteur, il est impossible de méconnaître la similitude parfaite qui existe entre cette affection et ce que l'on observe chez l'homme.

» La dartre tonsurante décrite par M. Raynal n'est donc autre chose que la teigne tondante de Mahon, la porrigine tonsurante d'Alibert, et l'herpès tonsurant de M. Cazenave.

» Même mode de développement et à la même époque de la vie; mêmes symptômes, même marche et même terminaison.

» Il ne manque à cette description que les caractères micrographiques admis aujourd'hui par tout le monde, c'est-à-dire la constatation du champignon que l'on a désigné sous le nom de trichophyton.

» Votre commission a tenu à combler cette lacune. Ses résultats sont, sous ce rapport, aussi complets que possible.

» Quand on s'adresse à un herpès dont la surface n'a pas été surexcitée, qui est sèche, dépourvue de produits purulents ou graisseux, et qu'on enlève des lamelles épidermiques, on voit au microscope un nombre assez considérable de spores, tantôt disséminées, tantôt agglomérées, etc.

» Ainsi se complète l'assimilation des deux maladies chez les animaux et chez l'homme. Et, soit qu'elle conserve le nom d'herpès ou celui de teigne ou de dartre, la qualification de tonsurant ou de tonsurante, expression née de l'analogie avec la tonsure, servira toujours à distinguer cette maladie de la peau d'avec toute autre affection. »

Là se termine la partie du rapport de M. Devergie qui a trait au premier point : savoir l'assimilation parfaite de l'herpès tonsurant chez l'homme et chez les animaux. Quant à l'identité de l'herpès tonsurant et de l'herpès circinné, on a vu ce qu'en pense M. le rapporteur. Resterait maintenant à exposer son opinion sur la valeur étiologique de l'existence du trichophyton et de l'importance de l'exploration microscopique au point de vue du diagnostic et du traitement. Nous reproduirons cette dernière partie du rapport dans notre prochain article sur ce sujet. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Du régime alimentaire dans la phthisie.

Les idées d'autrefois sur l'origine de la phthisie ne sont plus que poussière ; elles ont été remplacées par des vues plus saines, et probablement plus durables, puisqu'elles semblent approcher davantage de la vérité. Considérée pendant longtemps comme une maladie locale, la tuberculisation pulmonaire passe aujourd'hui pour une affection générale, une diathèse dont les éléments circulent avec nos humeurs, et se fixent dans les poumons quand ils y sont appelés par une cause favorable à cette localisation.

Le germe des tubercules étant admis, sinon démontré, on s'est mis conséquemment en quête des moyens propres à le neutraliser ou à le détruire. Le régime alimentaire, le plus énergique des modificateurs de l'organisme, a été particulièrement recherché comme l'agent thérapeutique le mieux en rapport avec les conditions de la maladie. M. Am. Latour, qui s'est en quelque sorte approprié cette question de diététique, a formulé tout récemment les règles d'après lesquelles doit être gouverné l'emploi des aliments, soit en vue de la prophylaxie, soit en vue du traitement curatif de la tuberculisation. Notre honorable confrère, préoccupé sans doute des analogies de nature qui paraissent exister entre la scrofule et la phthisie, a pensé que le régime tonique convient autant à l'une qu'à l'autre de ces deux affections. Aussi, les po-

tages gras, la viande de bœuf et de mouton rôtie ou grillée, le vin vieux de Bordeaux, le lait de chèvre salé, composent-ils la base et les limites du régime qu'il prescrit aux poitrinaires.

M. Latour laisse facilement deviner l'espoir qu'il met dans cette méthode curative, bien qu'il ne la préconise qu'avec une certaine réserve. M. Rufz, plus osé, conseille aux tuberculeux de *bien vivre;* il leur recommande de quitter le bonnet, la robe de chambre et surtout le lit. « Allez, venez, dit-il, à pied, à cheval, comme vous pourrez, mais allez. » De pareilles hardiesses ne se justifient que par le succès, et des succès panachés, paraît-il, n'auraient point manqué à M. Rufz, qui en rapporte deux exemples vraiment surprenants.

Le docteur Noverre, reconnu tuberculeux, étant allé chercher aux Antilles un climat chaud, y fut envahi par la clientèle, et obligé, selon la coutume du pays, de rester à cheval soir et matin, exposé alternativement à un soleil de 45°, à des pluies diluviennes, en un mot aux transitions les plus extrêmes de l'état atmosphérique. Pendant toute la durée de son séjour en Amérique, M. Noverre vécut bien, buvant des meilleurs vins, guérit de sa phthisie, et succomba à la dysenterie vingt-cinq ans après son arrivée à la Martinique.

M. Bidault, autre médecin français, condamné comme poitrinaire par les professeurs de la Faculté de Paris, se rendit également aux Antilles dans l'espoir d'y rétablir sa santé. M. Bidault enchérit encore sur son compatriote Noverre dans sa manière de vivre : il adopta toutes les distractions des insulaires, le jeu, la table, le cheval, le tabac, etc.; il passait des semaines entières sans se coucher, buvait au moins une carafe de madère tous les jours. Comment finit cet intrépide *viveur?* M. Rufz ne le dit pas.

De telles excentricités de régime de la part de sujets tuberculeux ne resteraient certainement pas impunies en France; je doute que, même aux Antilles, elles soient autre chose qu'une gageure de désespéré risquant un coup de partie. Ce mode de traitement n'est pas précisément, j'en conviens, dans la forme de celui que propose M. Latour, mais il n'en représente pas moins l'idée fondamentale, idée combattue par les auteurs, qui n'admettent pas que l'alimentation tonique convient également à tous les poitrinaires.

Le régime des côtelettes et du vin généreux, dit M. Bricheteau, peut sans doute être prescrit à certaines personnes prédisposées aux tubercules pulmonaires; mais il faut toutefois que chez ces personnes les voies digestives en bon état soient douées d'une certaine énergie. « Nous ne trouverons jamais d'expressions assez fortes, ajoute-t-il, pour censurer la conduite des médecins qui ne craignent point de conseiller des aliments substantiels, toniques, excitants, à de pauvres tuberculeux qui peuvent à peine digérer du lait et du bouillon, et qui sont épuisés par une diarrhée colliquative. Parmi les malades qui se sont malheureusement trouvés dans ce cas, nous pourrions citer un ingénieur qui avait exécuté de telles prescriptions avec un courage héroïque, et chez lequel l'état du tube digestif avait été tellement empiré par ce traitement meurtrier, qu'il nous paraissait succomber à une tuberculisation hâtive des intestins plutôt qu'au ramollissement des tubercules du poumon. »

Cette citation révèle dans M. Bricheteau, comme on voit, une répulsion décidée pour le système de l'alimentation énergique dans les cas de phthisie confirmée.

M. Andral, dans ses additions au *Traité de Laënnec*, s'exprime ainsi, à propos du traitement de la phthisie : « Il est des individus chez lesquels il y a surtout à combattre une disposition à l'inflammation, qui deviendrait, si elle prenait domicile, une cause occasionnelle active de tuberculisation; chez ceux-là, des moyens très-doux, les antiphlogistiques employés avec une certaine mesure, sont le meilleur traitement à mettre en usage; chez ceux-là encore, *la diète lactée est utile.* Il est d'autres individus chez lesquels des indications toutes différentes se présentent à remplir : chez eux, une médication purement débilitante serait éminemment nuisible; ils se trouveraient très-mal des saignées, qui au contraire, à la condition qu'elles ne sont pas trop répétées, sont avantageuses chez les premiers. Chez eux, *la diète lactée est contre-indiquée;* et, si on les y soumet, on est bientôt obligé d'y renoncer, parce qu'elle leur va mal et que le moment arrive bientôt où ils ne peuvent plus la supporter. »

Ainsi, suivant les judicieuses remarques de M. Andral, deux états morbides propres à la phthisie gouvernent absolument le choix des aliments à prescrire dans le traitement de cette affection; c'est-à-dire qu'il faut éviter avec une égale circonspection, l'hyposthème et la stimulation. Loin d'être une et invariable dans ses moyens, la thérapeutique des tubercules offre donc de sérieuses difficultés à cause des variétés d'application qu'elle comporte. Toute autre conduite serait en opposition avec les faits observés, avec ce que l'on sait de positif sur l'origine et la marche des tubercules. Aussi, malgré une sincère déférence pour les lumières de M. Latour, nous ne pouvons pas croire que l'alimentation énergique et le lait au chlorure de sodium soient les meilleurs moyens d'améliorer le sort de tous les phthisiques.

La méthode dite tonique, considérée comme base absolue du traitement de la phthisie, n'est pas nouvelle; elle fut recommandée autrefois par Morton, Portal, Raullin, etc., mais seulement pour certains cas particuliers. Cette méthode peut, sans nul doute, devenir profitable aux sujets cachectiques ou scrofuleux, à ceux qui sont nés de parents tuberculeux et dont il importe de changer la constitution, à ceux enfin chez lesquels une première poussée est imminente. Cette *règle cyclique*, appliquée avec discernement, suffit quelquefois à elle seule pour modifier les qualités de l'organisme, car l'aliment est pour l'homme ce que le sol est pour le végétal; c'est de là que dérive leur prospérité ou leur dégradation. Malheureusement il arrive fréquemment chez les individus porteurs de tubercules, que les instruments de cette rénovation sont, pour une cause ou pour une autre, hors d'état de fonctionner.

On sait en effet que la membrane muqueuse de l'estomac, associée au travail morbide qui ruine les poumons, peut être amincie ou hypertrophiée, ulcérée ou ramollie, et qu'il résulte de ces altérations une dyspepsie réfractaire à tous les régimes, même à celui des aliments et des breuvages excitants. Des désordres analogues envahissent l'intestin et lui confèrent le même degré d'inaptitude fonctionnelle : toute alimentation devient, dans ce cas, une cause de diarrhée et de dépérissement. La phthisie peut être apyrétique, le plus souvent elle s'accompagne de fièvre et quelquefois d'hémoptysie, car la cause qui engendre les tubercules dans le poumon crée en même temps autour d'eux un travail phlegmasique, qui s'étend à d'autres organes, lesquels s'irritent, se congestionnent et s'enflamment. La coutume alors est de combattre l'élément inflammatoire local et sympathique par un régime doux. Agir de la sorte, c'est suivant M. Latour faire fausse route. La bonne voie consiste-t-elle donc à incendier les malades en les gorgeant de bouillon, de viande, de vin? Que l'on donne de tout cela aux scrofuleux, ils trouveront dans ces substances les matériaux d'une transformation plastique, et de plus une stimulation propre à prévenir ou à dissiper les engorgements ganglionnaires, de même que la prédominance des fluides blancs qui constituent cette cachexie. En un mot, il est utile de chauffer les scrofuleux, tandis que les poitrinaires en général ont besoin d'un régime réfrigérant.

Aux éléments toniques et excitants, M. Latour joint, dans le traitement de la phthisie, le lait salé qu'il prescrit à très-haute dose. Il nous semble bien difficile d'associer ainsi deux régimes opposés, car ils doivent se quereller dans l'estomac des malades. Mais passons outre à cette contradiction, et voyons quels peuvent être pour les phthisiques les avantages de la diète lactée et particulièrement du lait au chlorure de sodium.

Par sa composition, le lait est un aliment complet. Il subvient, en effet, aux besoins de toutes les fonctions; il digère et s'assimile sans accélérer le pouls, sans augmenter la caloricité naturelle, sans stimuler aucun organe, excepté le rein. C'est donc à bon droit que l'on considère le lait comme un aliment adoucissant; et à ce titre, il est parfaitement convenable aux individus nerveux ou sanguins, aux victimes émaciées des passions, des stimulants et de la tuberculisation. On l'a vu souvent corriger l'irritabilité gastrique, ainsi que les intempéries de la fièvre hectique qui accompagnent l'évolution tuberculeuse. Toutefois, il faut se souvenir à propos que le lait est antipathique à un certain nombre de personnes, qu'il répugne à la plupart des sujets bilieux, chez lesquels il se digère mal; que les nombreuses altérations que subit ce breuvage le rendent impropre à l'alimentation des phthisiques étiolés des grandes villes.

Quant au choix à faire entre les différentes espèces de lait, je le considère comme une pure affaire de fantaisie.

Le chlorure de sodium ajoute-t-il réellement aux propriétés du lait dans la thérapeutique de la phthisie? M. Latour l'affirme; M. Louis en doute, et moi aussi.

« J'ai donné le sel marin, dit M. Louis, à tous les malades reçus dans ma division à l'Hôtel-Dieu, et dans aucun cas je n'ai observé d'effet appréciable sur l'exercice des fonctions, aucun changement, aucune amélioration qu'il fût possible d'attribuer au chlorure de sodium. J'ajoute que ces malades ont été, pour la plupart, nourris de viandes rôties presque exclusivement, ou autant que leur estomac pouvait les supporter. »

S'il est vrai, comme on donne à l'entendre, que le sel marin est un dissolvant de la matière tuberculeuse, les habitants du littoral, les soldats et les marins, soumis à l'usage des salaisons, devraient être épargnés par la phthisie. On sait que malheureusement il n'en est pas ainsi.

Je n'éprouve ni enthousiasme ni mépris hautain pour les découvertes que je n'ai pas vérifiées. Placé entre des témoignages contradictoires sur la vertu spécifique du lait salé, j'attends de faits nouveaux l'affirmation de l'efficacité de ce breuvage. Quant à l'alimentation énergique, à l'intempérance, je doute qu'en dehors de certaines indications exceptionnelles, ce régime puisse être profitable à d'autres qu'aux tuberculeux suspects de la Martinique.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Accouchement laborieux. Double obstacle produit par une stricture de l'utérus à sa partie moyenne et une exostose du bassin. Version pratiquée avec succès malgré d'excessives difficultés.

Par M. le Dr Bergeret, de Saint-Léger-sur-Dheune.

Le 21 août, je fus appelé par un honorable confrère, M. le docteur Ricard, pour l'assister dans un accouchement laborieux des plus pénibles et des plus difficiles, ainsi qu'on en pourra juger par la relation suivante :

La patiente est une femme brune, âgée de trente-quatre ans, d'une santé des plus robustes; elle était à sa sixième couche. Tous ses enfants sont morts en naissant, moins un seul, qui est âgé de cinq ans.

Le mercredi 19, dès le matin, cette femme éprouva les premières douleurs; le soir les douleurs devinrent plus fortes; on alla chercher la sage-femme, qui le lendemain, à cinq heures du matin, fut rendue à la ferme.

La sage-femme perça l'amnios, et les eaux en s'écoulant entraînèrent une anse du cordon qu'elle ne put pas réduire. N'ayant pu sentir aucune partie du fœtus, elle donna du seigle ergoté.

A midi, ne voyant toujours rien se présenter, la sage-femme envoya chercher un médecin. A trois heures de l'après-midi, douze heures environ après la rupture de la poche des eaux, le médecin constata une présentation de l'épaule droite, attendit une heure et demie ou deux heures, et voyant que rien ne marchait, fit continuer l'ergot parce que la femme n'accusait pas de douleurs. Il se retira, en disant à la sage-femme que si l'accouchement ne se faisait pas seul pendant la nuit, on allât chercher M. Ricard.

A onze heures du soir, M. Ricard fut appelé. L'enfant présentait l'épaule droite; la main droite et tout l'avant-bras étaient hors de la vulve; la tête était dans la fosse iliaque droite (céphalo-iliaque droite).

Cet habile praticien suspendit immédiatement le seigle; mais il fit d'inutiles efforts pendant plusieurs heures pour délivrer cette femme.

Le 21, à quatre heures du matin, les deux mains sortaient de la vulve. Dans l'intervalle très-court des contractions, la main droite descendait un peu plus que la gauche; mais pendant les contractions les mains remontaient un peu et sortaient d'une égale longueur hors de la vulve. C'était le thorax du fœtus qui se présentait actuellement. La tête était au-dessus de la fosse iliaque droite, et s'élevait à chaque contraction.

M. Ricard voulait prendre un parti extrême; mais, craignant les résultats d'une grave opération, il me fit appeler, en l'absence du premier médecin, et mes efforts, réunis à ceux de M. Ricard, triomphèrent, comme on va le voir, de grands obstacles.

A six heures du matin, j'étais à la ferme, vingt-cinq heures après la rupture de la poche des eaux. M. Ricard me fit part de ses perplexités. Je vous ai fait appeler, me dit-il, pour que nous terminions l'accouchement le plus difficile que j'aie rencontré jusqu'à ce jour. Primitivement, poursuivit-il, c'était une présentation de l'épaule droite; mais à la suite de tractions exercées sur la main gauche plusieurs fois saisie en introduisant la main dans la matrice, c'est le sternum et le thorax qu'on rencontre dans l'excavation. Il y a en outre une exostose qui occupe le côté gauche du corps de la première vertèbre sacrée. Je vous ai envoyé chercher pour prendre votre avis; mais pour moi il ne reste plus qu'à mutiler l'enfant, qui est mort depuis longtemps.

Je voulus examiner l'état des choses avant de donner mon avis.

J'introduisis la main droite en supination, je reconnus l'exostose, mais elle me parut moins proéminente qu'à M. Ricard; le diamètre antéro-supérieur n'était pas sensiblement rétréci. J'enfonçai davantage la main, en me servant du bras droit comme conducteur, pour arriver au plan latéral du fœtus, le suivre et aller à la recherche des pieds. La main et quelques centimètres de l'avant-bras avaient à peine disparu, qu'il me fut impossible d'aller plus loin. Je m'assurai par un petit mouvement du bras droit du fœtus que j'avais la main sur son épaule droite; j'avançai sur le milieu de son dos, je sentis les apophyses épineuses; mon indicateur porté à gauche de la mère sentait le dos du fœtus remonter brusquement. A peine si je pouvais parcourir cinq ou six centimètres de l'étendue de son dos, que j'étais immédiatement arrêté par la face postérieure de son cou. Je glissai ma main sur le dos du fœtus; en appuyant sur les épaules je faisais sortir, à volonté, l'une des mains plus que l'autre de la vulve; les épaules n'étaient pas retenues par un plan résistant. Je cherchai alors la tête, je ne pus pas la trouver. Je saisis le cou entre mon indicateur et mon médius, ce cou me parut démesurément long : il y avait probablement quelques luxations produites à la suite des tractions exercées sur les bras. Je remontai mon indicateur le long du cou en suivant les apophyses cervicales, je fus immédiatement arrêté par la face postérieure du corps du fœtus Je m'aperçus alors que la face postérienre du cou et la partie supérieure de la face postérieure des lombes du fœtus se touchaient, et que ces parties étaient fortement pressées les unes contre les autres. Je cherchai inutilement la tête avec mes doigts promenés dans toutes les directions, j'en étais partout séparé par une membrane épaisse. Ainsi, je ne pouvais toucher ni les membres pelviens ni la tête du fœtus. Je ne pouvais me rendre compte de cette position.

L'idée me vint que l'utérus présentait la forme d'une *gourde;* que dans le renflement supérieur se trouvaient la tête, le bassin et les membres pelviens, et que dans l'inférieur se trouvaient le thorax et les bras. J'avais déjà vu deux fois des placentas enchatonnés à la suite de l'administration du seigle ergoté (M. Béhier, de l'hôpital Beaujon, mon savant maître, publiera certainement un de ces cas dans son livre sur les maladies des femmes en couches). Je repris le cou du fœtus entre mes doigts. Je demandai à M. Ricard s'il avait pu toucher la tête; il me répondit l'avoir manifestement touchée, ainsi que les cuisses et les organes génitaux. La sage-femme me fit la même réponse. Je leur fis observer que je touchais aussi la tête, mais au travers d'une membrane épaisse qui me paraissait formée par un double repli de l'utérus. Je fis part de ma supposition à M. Ricard.

Je glissai mon doigt indicateur dans l'espace où la striction était moindre, entre le cou, les lombes et l'anneau formé par l'utérus. Quand la première phalange de mon doigt eut franchi ce détroit, je reconnus de suite l'exactitude de mon diagnostic. La stricture utérine formait une sorte de corde qui passait sous le menton du fœtus et sur son ventre à l'insertion du cordon.

M. Ricard, à qui je fis part de l'état des choses, doutait tellement que nous pussions faire l'accouchement, qu'il me proposa de nouveau de détronquer le fœtus. Mais nous n'avions pas d'instruments, et quand bien même nous eussions extrait le tronc, nous n'aurions pu extraire ni la tête ni le délivre.

La femme, épuisée, voulait absolument qu'on la laissât mourir tranquille. Ma main droite était dans la matrice depuis une demi-heure, et c'était la trente ou quarantième fois que des mains étaient introduites. J'étais très-fatigué, mais je vis bien que si j'avais retiré la main, la

partie était perdue, car cette femme n'aurait jamais consenti à de nouvelles tentatives. J'usai de tout ce que j'avais de forces musculaires pour franchir ce passage. Après dix minutes, mes doigts et une grande partie de ma main, moins mon pouce, étaient dans le renflement supérieur. Je sentais très-bien la tête, M. Ricard la fixant, et m'en servant comme de point d'appui, je finis par introduire le pouce et toute la main. Les pieds étaient fortement appliqués sur le sommet de l'occipital, je les sentais très-bien ; mais ma main était tellement pressée que je ne pus jamais les saisir. Je dus la retirer sans rien entraîner, mais auparavant je relevai le courage de la patiente en lui disant que j'allais la délivrer bientôt, de vouloir bien seulement que je saisisse les pieds de son enfant avec mon autre main.

Après avoir sorti la main droite, j'introduisis la main gauche ; mais arrivé à la stricture, il fallut recommencer la lutte contre l'utérus. Je l'ai en quelque sorte lassé, et j'ai pu arriver facilement aux pieds ; néanmoins, mon poignet était tellement serré que je remuais difficilement les doigts. Je dus enfoncer le bras jusqu'au delà du coude, pour passer au-dessus des pieds et pouvoir les saisir commodément. Les pieds saisis, je cherchai à les entraîner, mais il me fut impossible de franchir la stricture de l'utérus. Je cherchai à n'entraîner que le pied droit, même impossibilité. Alors M. Ricard me passa un morceau de bois (osier) qu'il fendit, il prit un lacs arrangé en nœud coulant dans la fente, je conduisis le morceau de bois sur mon bras jusqu'à ma main ; mais celle-ci était tellement serrée, que je ne pus jamais passer le nœud coulant sur le pied. M. Ricard me passa enfin le crochet qui termine la branche du forceps ; je l'appliquai au jarret de la jambe droite, et tirant sur le forceps, je maintins la jambe fléchie jusqu'à la stricture de la matrice ; le genou s'y engagea, je sortis la main et je priai mon confrère d'extraire ce membre, de tirer en toute confiance, car l'extrémité libre du crochet regardait le tronc du fœtus, il l'amena sans difficulté. Nous essayâmes de terminer l'accouchement avec ce membre, mais ce fut impossible. M. Ricard alla à la recherche de l'autre pied, mais les forces musculaires lui manquèrent.

J'introduisis de nouveau la main gauche dans l'utérus, la stricture était infiniment moins résistante, la matrice était lasse. Je voulus accrocher le jarret gauche comme je venais de le faire pour le droit, mais outre que j'éprouvais des difficultés, je craignais cette fois de blesser l'utérus dans sa partie rétrécie. Je ne pouvais pas passer avec ma main fermée et remplie du pied de l'enfant. J'introduisis alors profondément mon indicateur dans l'anus largement ouvert, saisissant les fesses à pleine main et poussant avec mon avant-bras, autant que possible, le reste du fœtus dans la fosse iliaque droite, je sentis la structure céder. Le fœtus qui était si fortement plié en avant fit *avec bruit* un mouvement que je comparerai à celui du dos d'un chat surpris par un chien. La version était faite, le fœtus fut extrait en quelques secondes avec la plus grande facilité.

La tête était restée dans l'excavation ; le bras gauche qu'on n'avait pas lié vint se croiser derrière la nuque dans le mouvement de dos de chat, mais l'extraction de ce bras et celle de la tête ne demandèrent pas cinq secondes.

Ce fœtus, dont je n'ai connu le *sexe masculin* qu'après l'accouchement, était énorme: il pesait près de quatre kilogrammes. Il portait sur la partie supérieure et antérieure du cou, sur la paroi abdominale, sur les régions hépatique et splénique une ligne ecchymotique d'un centimètre et demi à deux centimètres de large.

La tête, qui était très-grosse, qui n'avait subi aucune pression contre les os du bassin, présentait le plus gros volume possible, cependant elle est passée en quelques secondes, par conséquent l'exostose n'a pas été un obstacle à cet accouchement. Ce qui en a fait toute la difficulté, c'est la stricture médiane de l'utérus.

Quelle a été la cause de cette stricture? Est-ce le seigle ergoté? Je laisse aux lecteurs le soin de faire leurs réflexions à cet égard, ainsi que sur d'autres points de cette observation, qui me paraît de quelque utilité pratique.

Cette femme se porte très-bien aujourd'hui, et s'occupe depuis plus d'un mois des travaux des champs.

FIÈVRE ATAXIQUE GUÉRIE PAR LA MÉTHODE RÉFRIGÉRANTE,

Par M. le docteur Hiard (de Mugron).

Irma T..., âgée de quatre ans, bien constituée, a depuis dix jours un peu de fièvre nocturne avec sommeil agité. Il y a chez elle inquiétude et toux laryngée. Elle accuse une douleur épigastrique.

Le 17 courant, elle s'alite avec céphalalgie et fièvre intense.

Le 18, nous sommes pour la première fois appelé à lui donner nos soins. Pouls fort, précipité, peau chaude et aride ; ventre gros, tendu, quoique indolent ; langue blanche et humide ; un peu d'engouement bronchique, toux assez semblable à celle qui signale l'invasion du croup ; somnolence, pâleur du visage, surtout au pourtour du nez et des lèvres ; regard un peu fixe et étonné ; urines rares. — Saignée de 75 gram. environ ; tisane et lavements émollients ; diète absolue.

Le lendemain 19, la journée se passe un peu mieux. Le soir, vers sept heures, fièvre moindre que la veille. (Nouvelle saignée comme la première.) Quelques heures après, redoublement fébrile ; nuit très-agitée.

Le 20 au matin, la fièvre avait décliné. — Un demi-gramme de sulfate de quinine ; le soir, un vésicatoire si l'accès fébrile prend de l'intensité.

Le 21 au matin, après une nuit très-mauvaise, pâleur livide de la face, trois taches lenticulaires typhiques sur le front ; regard étonné et languissant ; moins d'engouement bronchique. L'exagération de la température vitale se soutient au même degré ; mais, que nous eussions d'abord bien ou mal observé, la caloricité est plus manifeste *aux pieds et aux mains*, qui offrent une sorte d'empâtement et d'intumescence. Pouls plus précipité, mais un peu moins résistant qu'au début ; incohérence d'idées ; ventre toujours rénitent. Des lavements émollients n'ont pas donné d'évacuation. (Demi-verre d'eau froide immédiatement après le lavement froid, puis, encore après le lavement, autre demi-verre d'eau froide.) Dans l'espace de cinq minutes, une moiteur se déclare, le pouls reprend à peu près son rhythme normal. Au bout de dix minutes, selle copieuse. Le soir, sueur générale, apyrexie, souplesse de l'abdomen, chaleur normale, figure bonne. — Demi-bille de chocolat.

Le lendemain, convalescence. (Bouillon.) Aujourd'hui il n'existe plus qu'un peu de toux, mais elle n'offre plus rien de croupal, et la malade est confiée aux petits soins domestiques.

Les symptômes morbides qu'a présentés Irma T..., constituent pour nous une fièvre ataxique particulière *caractérisée par la chaleur exagérée des pieds et des mains*. Cette ataxie amène constamment la mort par congestion du cerveau et des poumons vers le dixième jour, si après une ou deux saignées préalables, on n'a point recours soit aux douches d'eau tiède sur l'abdomen, soit à la réfrigération par l'eau froide en boisson et en lavement. Cette méthode n'a jamais échoué entre nos mains, et étonne par la promptitude du résultat.

La température vitale, comme le disait Récamier, est donc souvent un fait plus important dans un état morbide qu'une lésion organique déterminée. Et le désordre seul de la température vitale est capable, *sans lésion organique*, d'amener la mort. Car enfin, dans le tableau que nous venons d'exposer, il n'y avait pas évidemment lésion organique, au moins majeure, puisque d'un état désespéré, suivant notre appréciation, la malade est entrée immédiatement en convalescence. Le cas que nous venons de signaler ne se présente pas si rarement (du moins dans nos contrées), que tout médecin ne puisse tous les ans en saisir quelques exemples. Il nous a donc paru utile de consigner les résultats de notre expérience, tant pour arracher quelques patients à une mort certaine que pour les conséquences qui découlent de nos observations.

HYDROCÈLE DES NOUVEAU-NÉS.

Section sous-cutanée de la tunique vaginale.

Le docteur Linhart, de Vienne, préconise cette méthode. Voici comment il conseille d'opérer. On enfonce à plat dans un pli fait à la peau du scrotum, entre celle-ci et la poche, un ténotome fin, concave et tranchant dans sa concavité. L'incision de la poche se fait dans une étendue de deux à quatre centimètres. Le sérum se répand ainsi dans les bourses, où son absorption est prompte, et l'oblitération de la cavité séreuse se fait d'une manière rapide et sûre. (*OEsterr. Zeitschr. f. Kinderkrankh.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 janvier 1858. — Présidence de M. Laugier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet à l'Académie une lettre par laquelle il accuse réception d'une communication relative à la statistique des causes de décès.

— Le même ministre transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Cressan, sur une épidémie de dysenterie qui a régné pendant l'année 1857 dans la commune de Bourgd'hem (Creuse) ;

2° Un rapport de M. le docteur Dabesque, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant l'année 1857 dans la commune de Xintrailles (Lot-et-Garonne) ;

3° Un rapport de M. le docteur Bouchet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lyon, sur l'état de la santé publique de cette ville pendant l'année 1857 (commission des épidémies) ;

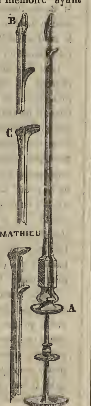
4° Une demande d'avis et d'analyse relative à une source minérale dite la Pauline du Pestrin, située sur le territoire de la commune de Meyras (Ardèche), un rapport de M. le docteur A. Barrié, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Delattre (de Ménars) transmet un mémoire ayant pour titre : *Recherches chimiques et médicales sur les huiles de foie de poisson.* (Commissaires : MM. Grisolle, Soubeiran et Devergie.)

— M. le docteur Philipeaux (de Lyon) adresse une note intitulée *Remarques sur le traitement des luxations complètes de la rotule en dehors.* (Commissaires : MM. Robert et Malgaigne.)

— M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un perfectionnement qu'il a apporté dans la construction du brise-pierre urétral, dans le but d'en faciliter l'introduction dans l'urètre obstrué par un calcul.



Lorsqu'on veut briser un calcul engagé dans l'urètre, il arrive le plus souvent que la première branche ne peut franchir le calcul et vient heurter contre lui ; M. Mathieu a plusieurs fois entendu M. Nélaton se plaindre de ces difficultés, et c'est d'après ses indications qu'il est arrivé à les faire disparaître en partie par le mécanisme suivant :

On introduit la première branche, complétement rectiligne ; grâce à cette condition, elle peut franchir le calcul. L'autre branche présente la disposition ordinaire. Quand la première branche a franchi le calcul, on redresse son extrémité par le mécanisme de la curette articulée de M. V. Le Roy-d'Etiolles, en tournant l'écrou du brise-pierre.

La figure A représente l'instrument tel qu'il doit être disposé au moment de son introduction ; de même la figure B. La figure C représente l'instrument rétabli pour former le brise-pierre fermé après le redressement de l'extrémité mobile. La dernière figure le représente ouvert, également après le redressement.

— M. Anatole Roux informe l'Académie qu'il lui fait hommage du buste de Ph. Roux son père.

— M. le docteur H. Lespiau, médecin militaire, adresse une observation ayant pour titre : *Prodromes tétaniques enrayés par le traitement chirurgical.* (M. Larrey, commissaire.)

— M. Carathéodory (de Constantinople) adresse une lettre par laquelle il prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats au titre d'associé étranger. (Future commission des correspondants.)

Causes de la paralysie faciale. — M. le docteur Landouzy (de Reims) adresse une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture. Cette lettre, relative au rapport de M. Roche, sur le mémoire de M. Deleau, est conçue en ces termes :

A l'occasion du rapport lu dernièrement par M. Roche, plusieurs membres de l'Académie ont fait valoir d'excellentes raisons, et mieux encore, d'excellentes observations contre l'opinion de M. Deleau, qui regarde l'otite comme cause presque exclusive de la paralysie du nerf facial.

Permettez-moi d'ajouter à ces arguments un fait de pathologie expérimentale facile à vérifier, et que je me proposais depuis longtemps de communiquer à l'Académie, car il confirme mes conclusions sur le mécanisme de l'exaltation de l'ouïe dans l'hémiplégie faciale.

Je rappellerai d'abord que sur dix cas d'hémiplégie faciale récente et indépendante de toute affection cérébrale, il y a neuf fois exaltation évidente de l'ouïe. C'est là un fait que j'ai mis le premier en lumière, et sur lequel tous les observateurs sont d'accord aujourd'hui. Si cette exaltation ne se produit pas sous l'influence des bruits ordinaires, elle devient toujours manifeste (dans la première huitaine) sous l'influence de la simple détonation d'une capsule fulminante. Or, si derrière un malade affecté d'exaltation de l'ouïe symptomatique de l'hémiplégie faciale, vous tirez un coup de pistolet, la détonation produit une sensation douloureuse dans l'oreille du côté paralysé, sans en produire du côté sain.

Si maintenant vous pratiquez l'électrisation comme on le fait dans les hémiplégies rebelles, c'est-à-dire en portant un pôle vers le trou stylo-mastoïdien, et l'autre sur les muscles paralysés, les détonations ne seront pas perçues plus fortement d'un côté que de l'autre.

Mais que le circuit électrique soit interrompu et qu'une détonation se fasse entendre, et aussitôt vous verrez le patient porter vivement la main à l'oreille paralysée et se plaindre d'un retentissement douloureux dans cette région.

Cette expérience, dont j'ai rendu maintes fois témoins les élèves de la clinique et plusieurs de mes confrères, donne constamment les résultats les plus catégoriques.

En effet, l'électricité remplace ici l'influx nerveux. Tant que le tympan se trouve dominé par le muscle électrisé, les sons se modèrent par le fait même de la tension de la membrane. Dès que l'électrisation cesse, la membrane se trouvant dans l'état de relâchement, les vibrations deviennent plus fortes et l'ouïe s'exalte, comme les beaux travaux de Savart l'expliquent, et comme les inductions physiologiques de notre savant collègue Longet devaient le faire supposer.

L'expérimentation directe confirme, on le voit, l'hypothèse que je donnais comme la plus probable lors de ma communication à l'Académie, à savoir que l'exaltation de l'ouïe est due à la paralysie du muscle interne du marteau, ou, en d'autres termes, du nerf moteur tympanique.

La paralysie et les effets de la paralysie cessent sous l'influence de l'électrisation, pour reparaître et cesser de nouveau quelques secondes après, et pour ainsi dire au commandement de l'expérimentateur. L'otite doit donc être mise complétement hors de cause dans la pathogénie de l'hémiplégie faciale.

— M. le Président informe l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre un rapport de M. Michel Lévy sur les candidats à une place vacante d'associé libre.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. Boudet, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel relatif à diverses demandes d'autorisation de fabrication d'eaux minérales. Les conclusions sont adoptées.

M. Boudet, au nom de la même commission, lit un deuxième rapport sur un travail de M. le docteur Aulagnier, ancien médecin principal des armées, ayant pour titre : *Utilité de l'application pratique de la substance glaireuse (glairine ou barégine) contenue dans les eaux minérales sulfureuses.* « La nature de ces matières, dit M. le rapporteur en terminant, est trop peu connue encore pour que leur application thérapeutique puisse être l'objet d'une étude officielle. C'est à l'initiative individuelle qu'il appartient de dissiper d'abord l'obscurité qui règne encore sur la plupart des questions qui se rattachent à ces substances... »

La commission, toutefois, rend hommage à la pensée qui a inspiré la proposition du docteur Aulagnier, et elle propose à l'Académie de s'associer à ces vœux en demandant l'insertion dans la circulaire d'envoi du dernier rapport général d'un paragraphe particulier sur l'opportunité d'une étude suivie au point de vue médical de la barégine et plus spécialement encore des sulfuraires dont l'iode paraît être un des éléments constants, et en priant M. le ministre de vouloir bien faire recueillir aux sources de Baréges et Bagnères-de-Luchon, d'Amélie-les-Bains et d'Olette et d'adresser à son laboratoire des quantités assez considérables de barégine et de sulfuraire pour qu'elles puissent y être l'objet d'une étude approfondie. (Adopté.)

DISCUSSION.

Herpès tonsurant. — L'ordre du jour appelle à la tribune M. Devergie pour sa réponse à l'interpellation de M. Depaul (voir la dernière séance).

M. Devergie, à l'aide de textes empruntés à dix publications de M. Bazin et de M. Baerensprung, maintient contre la réclamation de M. Depaul l'assertion qu'il a émise relativement à la priorité de la découverte du trichophyton dans l'herpès tonsurant, savoir, que cette priorité appartient au médecin de Berlin. N'ayant pas sous les yeux

les textes cités, il nous est impossible de reproduire cette argumentation.

La parole est à M. Bouchardat.

M. BOUCHARDAT. Depuis longtemps je prépare un travail sur le parasitisme végétal dans ses rapports avec l'hygiène. Dans ce travail, qui n'est que la rédaction de quatre leçons que j'ai professées en 1854, j'étudie les parasites végétaux dans les conditions diverses où ils peuvent nuire à l'homme. Dans une première série, je range les végétaux microscopiques qui attaquent et détruisent nos productions les plus utiles; dans la seconde ceux qui, en s'implantant sur l'homme, y déterminent des maladies spéciales, et dans la troisième enfin ceux qui, associés à l'alimentation de chaque jour, peuvent causer des maladies chroniques très-redoutables. Voici des planches lithographiées depuis plus de quatre ans qui représentent ces principaux parasites.

Mon cadre est beaucoup plus large que celui compris dans le rapport de M. Devergie. Aujourd'hui je ne veux m'attacher qu'à une phrase de celui-ci; mais je suis d'avis qu'elle résume bien les pensées dominantes du rapporteur : « Permettez-moi, dit-il, de porter devant l'Académie les doctrines nouvelles sur les recherches micrographiques en ce qui concerne les maladies de la peau, et de montrer l'influence fâcheuse qu'elles tendent à exercer sur l'étiologie de ces maladies, partant sur leur thérapeutique. »

Je commencerai par dire que tout est loin d'être connu sur le développement, les transformations, la nature spécifique même des végétaux parasites qui s'attaquent à l'homme; j'admettrai encore que deux conditions peuvent se présenter : Dans la première, et aucun observateur ne peut le nier aujourd'hui, le végétal parasite est *cause de la maladie;* dans la seconde, il n'est que complication, épiphénomène morbide si vous voulez. Ecartons cette seconde condition, encore mal étudiée.

En nous bornant aux faits certains, bien constatés par tous ceux qui, sans prévention aucune, ont voulu et ont su se servir du microscope, nous dirons : Pour les maladies de la peau, *déterminées par les parasites végétaux*, la science ne date que du jour où l'on a découvert, décrit ces êtres microscopiques, étudié leur condition d'existence, en leur rapportant les désordres si variés qu'ils déterminent.

Sous les rapports de l'étiologie, de la prophylaxie, les découvertes nouvelles n'ont-elles pas substitué la lumière aux ténèbres? Ne sait-on pas aujourd'hui de la manière la plus positive comment ces maladies se transmettent, comment et pourquoi elles persistent avec tant d'opiniâtreté?

Il reste quelque chose, beaucoup à faire, si vous le voulez, sous le rapport de la thérapeutique; mais attendez, nous ne marchons plus en aveugle, le microscope nous a montré les ennemis que nous avions à combattre, et nous avons plus de chances de les atteindre, maintenant que nous pouvons les observer.

Ce n'est pas tout que de connaître, de décrire ces parasites végétaux, il faut savoir leurs conditions d'existence, il faut chercher à modifier l'économie pour que ces conditions d'existence soient détruites. J'ai la confiance qu'on arrivera plus vite et plus sûrement au but en suivant cette voie qu'en cherchant des remèdes pour combattre le *vice dartreux*.

Que M. Devergie me permette d'emprunter un exemple aux maladies de la peau, pour montrer que peu à peu la thérapeutique se modifie et arrive à la perfection, quand l'étiologie repose sur une base certaine.

Pendant une longue suite d'années, le sarcopte de la gale fut oublié, perdu; rien de mieux alors pour beaucoup de praticiens que de combattre le *vice galeux* par des frictions mercurielles, qui après dix jours faisaient sûrement justice de l'animal, mais indirectement après avoir déterminé chez le patient un commencement d'intoxication hydrargyrique. Aujourd'hui que l'on sait que la chose principale est de se débarrasser de l'acarus, un bain savonneux, des frictions rudes avec une pommade inoffensive, font justice en une heure d'une maladie qui, il y a vingt ans, était l'effroi des familles.

Quelque chose d'analogue arrivera pour les maladies déterminées par les parasites végétaux; en attendant, je tenais à dire devant l'Académie que dans ma pensée les découvertes et les études qui se rapportent aux végétaux parasites déterminant des maladies de la peau, ont éclairé l'étiologie et la prophylaxie de ces affections d'une manière aussi vive qu'inattendue, et que c'est dans les voies qui nous ont été ouvertes par ces recherches, que j'aperçois pour la thérapeutique le progrès, la perfection.

M. TROUSSEAU. Je viens d'entendre M. Bouchardat faire la glorification du microscope. Je croyais, je l'avoue, qu'il avait reçu dans cette enceinte des coups assez violents pour qu'il ne dût pas de quelque temps y reparaître. Si le microscope a rendu des services, ce n'est assurément pas pour les maladies de la peau et pour leur thérapeutique.

Cette remarque, faite en passant au sujet de ce que vient de dire à l'instant M. Bouchardat, je passe au rapport de M. Devergie.

Il y a dans ce rapport une phrase qui mérite d'être relevée. M. Reynal, a dit M. Devergie, a montré qu'il y avait dans l'herpès tonsurant des phénomènes précurseurs, des symptômes d'affection générale, et que ce n'était que plus ou moins longtemps après ces prodromes que l'herpès se manifestait. C'est contre cette opinion que je veux m'élever.

Toutes les fois qu'on essaye d'inoculer une maladie parasitaire à des animaux, voici ce qu'on observe : Si l'on prend dans un troupeau de moutons les animaux les plus sains et les plus vigoureux et qu'on les inocule, cette inoculation restera le plus souvent sans résultat, les animaux parasites transportés périront ou ne développeront aucun phénomène; il n'y aura pas trace d'inoculation. Au contraire, si vous inoculez un animal chétif, déjà malade, l'inoculation prendra chez lui avec une merveilleuse facilité, et il deviendra gravement malade.

Si maintenant vous voulez transporter l'étude de ce phénomène dans les espèces végétales, vous allez voir que les choses s'y passent exactement de la même manière, que ce n'est que lorsque les végétaux sont déjà malades qu'ils se laissent facilement envahir par les parasites. Prenez un cerisier vigoureux, vous n'y verrez jamais de parasites; mais si par hasard ce cerisier vient à être envahi dans ses racines par des larves de banneton, vous verrez aussitôt de nouveaux parasites se développer dans l'écorce.

Je conclus de ces faits et de nombre d'autres que je pourrais citer, que MM. Reynal et Devergie ont regardé à tort comme des prodromes les phénomènes qu'ils ont constatés avant le développement des effets directs de l'inoculation du parasite. Ce qu'ils ont pris pour des prodromes était l'existence d'une maladie antérieure qui avait déjà débilité l'organisme et avait accru sa *réceptivité*. Je demande pardon pour cette expression barbare.

Le muguet vient-il chez des enfants en bonne santé? Jamais. Mais qu'un enfant soit en proie à une maladie chronique, à une longue suppuration qui le mine, vous verrez alors le muguet se développer.

Il ne faut donc pas, je le répète, attribuer à des prodromes ce qui est le fait d'un état morbide antérieur.

M. GIBERT. J'applaudis aux idées que vient d'émettre M. Trousseau, et qui sont celles de tous les médecins expérimentés. M. Bouchardat a choisi un exemple malheureux en citant la gale à l'appui de ce qu'il voulait démontrer. Ce n'est point la découverte de l'acarus qui a mis sur la voie du traitement de cette affection. C'est une grande erreur. C'est un médecin hollandais, qui ne connaissait ni le microscope ni le parasite en question, qui a trouvé le remède de la gale.

M. Gibert fait remarquer, en outre, que M. Moreau dans l'avant-dernière séance a présenté quelques réflexions très-justes relatives à l'origine commune de l'herpès circiné et de l'herpès tonsurant, auxquelles M. Devergie n'a répondu que d'une manière incomplète et évasive.

M. MICHEL LÉVY. Il est très-vrai que le traitement expéditif de la gale est déjà très-ancien. Il me plaît d'avoir à en restituer l'invention à un chirurgien militaire. Le chirurgien Helmerich, ayant beaucoup de galeux à traiter, imagina le premier, en effet, de leur faire subir un traitement qui pût les guérir généralement en trois ou quatre jours, et quelquefois même en vingt-quatre heures. Mais préoccupé qu'il était de l'idée de diathèse, de vice psorique, Helmerich redoutait les effets de cette guérison rapide, et ce fut alors qu'il imagina de joindre au traitement externe par les frictions, auquel a été attaché son nom, un traitement interne.

Plus tard, Percy, dans un rapport trop peu connu et qui est plein de faits intéressants, déclare parfaitement vraies les allégations d'Helmerich, et constate que jamais la guérison par ce traitement ne met plus de trois ou quatre jours à se produire, quelquefois même vingt-quatre seulement, le plus souvent trente-six heures. Mais cela prouve-t-il, comme le dit M. Gibert, que la maladie ne dépend pas de l'acarus?... (**M. GIBERT.** Je n'ai pas dit cela...) Il me semble, s'il y a une maladie que l'on invoque à tort contre le parasitisme, que c'est bien assurément la gale.

Permettez-moi, puisque je suis sur ce sujet, de vous faire connaître la mesure qui a été adoptée dans l'armée sur mon initiative. Jusque dans ces derniers temps les militaires galeux admis soit dans les hôpitaux militaires, soit dans les hôpitaux civils, y faisaient généralement un séjour de quinze, vingt, trente, quarante jours même. Dans un de nos grands hôpitaux militaires ils y demeuraient communément trente jours. Admettons pour moyenne seize jours. Voilà donc des hommes qui pour une simple gale coûtaient chacun à l'État seize journées d'hôpital. Eh bien, depuis cinq ou six ans que j'ai introduit l'usage du nouveau traitement dans l'armée, tous les militaires sont traités dans les infirmeries et guéris en vingt-quatre heures. On suit entièrement à cet égard, et avec les plus grands avantages, les errements de l'hôpital Saint-Louis. Eh bien, j'ai le devoir de le dire, toutes les fois que ce traitement est appliqué avec précision, avec exactitude, que les frictions sont générales et qu'elles sont suffisamment rudes et prolongées, les hommes sortent de là complétement guéris, et on n'a jamais constaté ni contagion nouvelle ni reliquats de la maladie.

M. DEVERGIE Non certes, ce n'est pas le microscope qui a conduit au traitement de la gale en deux jours, en vingt-quatre heures et même en quelques heures, comme cela se fait aujourd'hui. On a dit que le microscope, en faisant connaître l'existence de l'acarus, avait dirigé la thérapeutique; c'est une erreur: la preuve, c'est qu'on faisait ce traitement avant de faire usage du microscope, ainsi que vient de le rappeler M. Michel Lévy et comme cela résulte de la pratique d'Helmerich, dont nous devons la connaissance à M. Burdin. Mais il est juste d'ajouter aussi qu'à cette époque nous avions le traitement d'Alibert, celui de Dupuytren avec le sulfure de potasse, et qu'avec ces traitements on guérissait alors la gale à peu près aussi bien qu'aujourd'hui. Si on avait renoncé à cette pratique et si on avait fini par l'oublier, cela tient à une circonstance particulière, très-indépendante du microscope.

A l'époque où M. Bazin est entré à l'hôpital Saint-Louis, voici ce qui se passait généralement dans cet établissement :

Les médecins chargés du traitement des galeux, ayant un très-grand nombre de malades à soigner, fatigués en quelque sorte de faire faire tous les jours des frictions générales sur tout le corps, avaient fini par ne plus prescrire que des frictions bornées aux mains. C'est alors que M. Bazin, frappé des inconvénients de cette méthode qui prolongeait indéfiniment le traitement, a eu l'heureuse idée de remettre en vigueur la méthode d'Helmerich. Le microscope, comme on le voit, n'est pour rien dans tout cela.

Ceci me conduit naturellement à répondre quelques mots à M. Bouchardat. M. Bouchardat a dit que, en ce qui concerne la gale et les maladies de la peau en général, la science n'existe que depuis qu'on connaît les parasites. Cela est très-grave. La science ne se compose pas uniquement de la découverte de quelques faits qui peuvent éclairer, il est vrai, quelques points de pathologie ou d'étiologie; c'est la thérapeutique surtout qui nous intéresse. Or, je le demande, en quoi le microscope a-t-il modifié ou fait avancer la thérapeutique des maladies de la peau? L'épilation! c'est le hasard qui y a conduit; le microscope n'a fait en cela que confirmer l'expérience empirique, et il n'y a rien ajouté : il n'a donné aucun moyen de plus. Est-ce que dans le traitement de la gale les préparations sulfureuses, les pommades à base de cuivre, l'huile de cade, le turbith minéral, et tant d'autres moyens que je pourrais citer, et qui la guérissent tous, sont venus du microscope? Cet instrument ne nous a rien appris là-dessus.

Un mot maintenant sur ce que vient de dire M. Trousseau. Ce que nous considérons comme prodromes, dit M. Trousseau, n'est autre chose qu'une maladie générale antérieure. Tout ce qu'il a dit à cet égard est très-juste, mais cela s'applique aux végétaux et à quelques animaux peut-être, mais non point à l'homme. Je puis l'affirmer du moins pour quelques parasites et en particulier pour le sarcopte de la gale. Il faut, contrairement à ce que M. Trousseau vient de dire, pour que l'homme contracte la gale, qu'il soit bien portant; et lorsqu'un sujet, atteint de la gale, vient à contracter une maladie grave, sa gale disparaît ordinairement, et elle ne revient que lorsque la maladie grave, intercurrente, est guérie ou près de guérir. Le retour de la gale est même, dans ce cas, un indice certain du retour à la santé. Il en est de même pour quelques autres maladies parasitaires et pour la plupart des maladies de la peau en général. Je sais très-bien que chez certains animaux les choses ne se passent pas ainsi, mais il ne faudrait en rien conclure pour ce qui a lieu chez l'homme.

MM. Leblanc et Moreau demandent la parole. Mais, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

A cinq heures moins un quart l'Académie se forme en comité secret.

M. le docteur Le Roy-d'Etiolles nous prie d'insérer la lettre suivante.

Monsieur le rédacteur,

Quoiqu'il se soit écoulé plus d'un mois depuis la publication d'un article dans lequel vous avez parlé, sans le nommer, d'un chirurgien lithotritiste exclu des séances de l'Académie de médecine, je me vois forcé de vous prier de dire qu'il ne s'agit pas de moi. La vérité s'est fait jour à Paris parmi les médecins, malgré votre réticence; mais en province et à l'étranger il n'en est pas de même. On y a trop bien gardé le souvenir de plaisanteries échappées à ma jeunesse à l'endroit de cette même Académie, que je révère, d'où il résulte que des trois noms entre lesquels flottent les suppositions, c'est sur le mien que s'arrête le plus grand nombre.

En Belgique, par exemple, où j'étais il y a peu de jours, un journal a cru ne commettre qu'une simple indiscrétion et non une calomnie en intercalant une L... à la reproduction des articles des journaux de médecine de Paris. Vous comprendrez d'après cela que ma réclamation est juste, et j'espère que vous y ferez droit.

Agréez, etc. LE ROY-D'ETIOLLES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'administration de l'assistance publique vient d'être autorisée par le conseil municipal de Paris à construire à Forge-les-Bois (Seine-et-Oise) un hôpital destiné à recevoir cent enfants scrofuleux des hôpitaux de la capitale.

— Par arrêté de M. le préfet de Saône-et-Loire, des médailles d'honneur ont été décernées à MM. les médecins cantonaux dont les noms suivent :

Médailles d'or. — MM. Cosseret, à Digoin, et Loydreau, à Chagny.

Médailles d'argent. — MM. Simyan, à Cluny, et Sordet, à Ourou.

Médailles de bronze. — MM. Carion, à Autun; Bidault, à Conches-les-Mines; Py, à Cuisery; Guillemaut, à Louhans, et Derymon, à Joncy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Meslier, né à Saint-Julien de Vouvante (Loire-Inférieure); *De la gangrène des poumons.*

Lala, né à Siguinie (Aveyron); *Essai sur les déplacements de l'utérus.*

De Rayas, né à Port-au-Prince (île de Cuba); *De la fissure à l'anus et de son traitement.*

Bonnet, né à Coutances (Manche); *Quelques points de science : Observations sur la vaccine. Procédé d'analyse des os. Observations sur les anesthésiques. Réflexions sur la glycogénie.*

Pasteur, né à Genève (Suisse), *De quelques points de la pathologie du cœur.*

Nous prions instamment nos abonnés de joindre leur dernière bande imprimée à toutes les réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous envoyer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Principes de mécanique animale, ou Étude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés, par M. le docteur F. GIRAUD-TEULON, ancien élève de l'École polytechnique. Un vol. in-8º de 484 pages, accompagné de 65 figures intercalées dans le texte. Prix, 7 fr. 50 c. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris. Ce recueil paraît par fascicules de 7 à 8 feuilles d'impression, en janvier et juillet de chaque année. Quatre fascicules forment un volume. On ne souscrit que pour un an (2 fascicules). Le fascicule deuxième, juillet 1857, in-8º de 130 pages, est en vente. Prix, 5 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

De la folie sympathique, provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'uterus et de ses annexes, par M. le docteur AZAM, médecin adjoint de l'Asile de femmes aliénées de Bordeaux. A Paris, chez J. B. Baillière et fils.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 12. — SAMEDI 30 JANVIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 12. — SAMEDI 30 JANVIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du régime diététique dans la fièvre typhoïde.

Les idées théoriques que l'on se fait de la nature des maladies fébriles, suivant les doctrines régnantes, n'influent pas seulement sur le traitement ; c'est encore, et surtout, le régime diététique qui en éprouve le contre-coup. Nous avons vu, de Pinel à nos jours, se produire à cet égard toutes les exagérations imaginables, depuis l'abstinence la plus rigoureuse et la plus absolue, jusqu'à l'abus le plus irrationnel et le plus téméraire de l'alimentation quand même. Ainsi, il y a une vingtaine d'années, on regardait l'estomac comme un organe tellement susceptible, qu'on évitait, dans les maladies, les moindres doses d'aliments, dans la crainte de l'enflammer.

Ces idées, très-peu accréditées aujourd'hui à Paris, n'ont peut-être pas perdu partout encore le prestige dont avait su les entourer l'auteur de la doctrine physiologique. Hâtons-nous d'ajouter que les praticiens sages et expérimentés de tous lieux ont toujours su éviter de semblables écarts. L'expérience pratique, éclairée par une sage interprétation des instincts des malades, finit toujours par faire justice des erreurs ou des exagérations de la théorie, et par trouver, ne fût-ce que par des tâtonnements, cette ligne moyenne de la prudence et de la modération dont le médecin ne devrait jamais s'écarter. Mais avant que l'expérience personnelle ait parlé, qu'est-ce qui guidera le jeune praticien? D'après quelles règles dirigera-t-il sa conduite? Où trouvera-t-il sur ce point des préceptes précis et nettement formulés?

Nous allons essayer de le leur dire, mais après leur avoir exposé sur ce sujet l'état actuel de la science représenté par les opinions d'un grand nombre de médecins des hôpitaux de Paris.

Voici ce que nous pourrions appeler la profession de foi des membres de la Société médicale des hôpitaux, formulée dans l'une des séances de cette Société, à l'occasion des diverses communications sur la fièvre typhoïde dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

C'est d'abord M. Barth qui engage l'action en ces termes : « Longtemps, dit l'honorable médecin de Beaujon, on a suivi une marche fâcheuse, la diète; puis on a voulu, au contraire, aller trop loin et alimenter fortement. Si la diète est trop absolue, il y a impossibilité de digérer plus tard ; si, au contraire, les aliments sont donnés trop tôt, il survient des accidents : c'est pour moi le résultat d'une expérience attentive. La difficulté est de bien saisir le moment auquel il faut prescrire des aliments solides... L'anatomie pathologique montre que lorsque la fièvre a disparu, les ulcérations sont souvent incomplétement cicatrisées, surtout dans les cas de décollement de la muqueuse rendant la cicatrisation difficile, ce qui explique les perforations tardives... D'un autre côté, ajoute M. Barth, il nous arrive souvent d'être appelés auprès de malades que l'on a tenus à une diète trop sévère, et dont l'estomac n'est plus apte à recevoir des aliments; la fièvre s'allume, on supprime le peu d'aliments que l'on donnait, des accidents graves se déclarent et les malades périssent. »

On connaît sur ce point les idées et la pratique de M. Trousseau ; il ne sera pas inutile, néanmoins, de les rappeler ici; d'autant plus qu'ayant cru voir un reproche indirect à son adresse dans les quelques mots de M. Barth touchant les médecins qui donnent à manger *fortement*, le professeur de l'Hôtel-Dieu a cru devoir profiter de cette circonstance pour formuler nettement ses préceptes sur ce point important de pratique :

« J'adopte, a dit M. Trousseau, ce que vient de dire M. Barth, sauf sur un point (celui auquel nous venons de faire allusion). Je crois, pour mon compte, que les malades doivent être alimentés dans la fièvre typhoïde, afin de modifier l'économie dans un sens favorable à l'affection. Mais si j'exige qu'ils mangent chaque jour deux potages, par exemple, je suis très-sévère à la fin du troisième septénaire, et je regarde alors une forte nutrition comme périlleuse, et j'insiste sur la nécessité de ne donner que des féculents légers. La convalescence mérite aussi une attention scrupuleuse, et je suis de ceux qui donnent le moins d'aliments dans la période de décours de la maladie. »

Aux yeux de M. Blache la diète absolue est la plus funeste manière de traiter la fièvre typhoïde chez les enfants, et l'on doit leur donner quelques aliments légers, même malgré eux.

Dès le début, le pouls fût-il à 120 pulsations par minute, il nourrit les enfants, car la fièvre tombe quelquefois, dit-il, à partir du lendemain. Les féculents les plus légers, tels que les panades passées, lui paraissent les aliments les plus convenables. Mais en énonçant ce principe, M. Blache déclare qu'il en est pour lui tout autrement à la période de décours; il recommande dans ce cas une grande sévérité.

M. Guérard pense que beaucoup de médecins s'effrayent trop de la consistance des aliments dans la fièvre typhoïde. Il a vu plusieurs cas dans lesquels l'alimentation solide a amélioré manifestement l'état des malades. Il a vu notamment une fois le bouillon produire du dégoût et même des vomissements qui ont cessé par l'ingestion d'aliments plus compacts.

M. Barthez, partageant d'ailleurs l'avis de ses collègues sur l'alimentation, dit avoir remarqué que les enfants alimentés dans la période peu avancée n'éprouvent pas de faim exagérée, de *fringales* dans la convalescence; cette alimentation lui paraît, par suite, prévenir les accidents de cette convalescence, et permet de suivre dans le régime une marche graduelle.

M. Aran va plus loin sur ce point que la plupart de ses collègues. A cette question : Doit-on alimenter dans les premiers jours de la fièvre typhoïde ?

Il répond que cela ne fait de doute pour personne ; que Stock, en Allemagne, Bennet, en Angleterre, donnent du bouillon dès le premier jour et passent très-rapidement à une alimentation solide; que dans le service de M. Gendrin, à la Pitié, on donne du bouillon à tous les malades, et que telle est aussi sa manière d'agir; ajoutant qu'il est notoire que là où les malades sont alimentés, la convalescence est plus rapide et la mort moins fréquente.

Enfin, M. Cahen, ajoutant aux témoignages de l'expérience pratique invoqués par ses collègues ceux de la science, montre que les expériences physiologiques et l'observation médicale concordent parfaitement pour démontrer les inconvénients d'une diète rigoureuse dans la fièvre typhoïde. On sait, en effet, que M. Chausit, dans ses belles recherches sur l'inanitiation, a constaté que pendant la diète absolue le corps perd, par vingt-quatre heures, 42 millièmes de son poids initial, et que la mort arrive fatalement quand la perte totale s'élève à 4 dixièmes du poids primitif, degré d'émaciation que peuvent certainement atteindre quelques malades dans la fièvre typhoïde lorsqu'ils sont soumis à une diète rigoureuse.

Jusqu'ici, nous ne voyons dans l'expression des opinions émises que des partisans avoués de l'alimentation dans le cours de la fièvre ; de partisans de la diète absolue, point. Mais qu'entendent nos savants confrères par alimentation, de quel genre d'alimentation s'agit-il, et quand, à quelle époque de la maladie convient-il de la prescrire? Est-ce dès le début de la maladie, pendant toute sa durée, y compris sa période d'augment; est-ce seulement dans sa période d'état ou dans son déclin? Voilà ce qui ne ressort pas encore clairement de tout ce qui vient d'être dit. Ce défaut de précision, qui permettrait une aussi grande latitude au choix du mode d'alimentation et du moment opportun pour la commencer, ôterait au précepte que l'on voudrait déduire de ce concert d'opinions, une grande partie de sa valeur. Or, arrivé à ce point de précision, commencent les dissidences.

C'est M. Bouchut d'abord qui pose le premier nettement cette question : A quelle époque faut-il recourir à l'alimentation, et quelles sont les indications de la diététique dans la fièvre continue? Pour lui, dans les sept ou huit jours du début de la pyrexie, les boissons délayantes suffisent, et à l'époque de l'apparition des taches rosées ou en cas d'adynamie, les bouillons lui paraissent indiqués. C'est plus tard à la fin du second septénaire, qu'il faut ordonner les potages, lorsque la langue se nettoie et que le pouls perd de sa fréquence.

C'est exactement aussi l'opinion soutenue alors par M. Legendre, dont la science déplore la perte récente, et par M. Legroux, qui lui a donné des développements que l'on nous saura gré de reproduire ici :

M. Legroux s'élève de toutes ses convictions pratiques contre l'usage de l'alimentation prématurée. « Quand le malade est en proie à une fièvre ardente, dit-il; quand il s'affaisse sous le poids de la courbature et de la céphalalgie; quand il a la langue chargée, la bouche amère, de l'inappétence et du dégoût pour les substances alimentaires; quand il est dévoré par la soif, que l'épigastre est douloureux à la pression ; l'ingestion des bouillons ou de tout autre aliment augmente le malaise épigastrique, la soif, la fièvre, la céphalalgie. Je ne puis croire que cette aggravation de symptômes, fût-elle passagère, ne soit pas préjudiciable au malade. »

.... Pour alimenter, ajoute plus loin M. Legroux, j'ai l'habitude d'attendre que la fièvre soit modérée, la langue moins chargée,

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE (1).

L'île de Ko-Koun fait partie d'un vaste archipel qui précède la presqu'île de Corée, et lui sert en quelque sorte de défense du côté de la mer ; elle est située à 20 milles environ de la terre ferme, que l'on distingue vaguement à l'horizon quand l'atmosphère est dégagée de vapeurs ; elle peut avoir 5 à 6 milles de circonférence ; quelques pieds de terre recouvrent imparfaitement des rochers de granit ; aussi la végétation y est complétement atrophiée. Le chêne y pousse, mais les plus grands n'atteignent pas une hauteur de deux mètres ; il existe dans la partie centrale de l'île un vaste marais, et à une petite distance de là, une source d'eau douce que nous fûmes heureux de trouver pour les besoins de nos équipages ; pas d'oiseaux, pas d'habitants; quelques reptiles seulement osent habiter cette terre ignorée.

Puisque nous apercevons devant nous la Corée, que nous n'avons plus l'espoir de visiter depuis la perte de nos bâtiments, on nous pardonnera au moins de rapporter ce que nous ont appris les récits des missionnaires qui ont pu pénétrer dans l'intérieur de ce pays, encore si complétement inconnu des nations européennes. Nous avions à bord de la *Gloire*, avant notre naufrage, un prêtre coréen et un missionnaire français, le père Maistre, que nous devions déposer sur le littoral de la Corée, d'où il devait plus tard pénétrer dans l'intérieur de l'empire, pour répandre au loin les dogmes de la religion chrétienne. Bien des fois déjà le père Maistre avait cherché à pénétrer en Corée; mais toujours reconnu comme missionnaire français, il avait été expulsé par ordre de l'empereur; c'est lui qui nous a fourni une partie des renseignements que nous avons pu recueillir sur cette partie de l'Asie orientale.

En Corée est un petit empire dont la population ne doit guère s'élever à plus de 10 millions d'habitants; elle est située au nord de la Chine, dont elle est séparée par la Mandchourie et par d'immenses forêts qui lui forment comme une barrière naturelle contre les attaques des autres peuples; elle se gouverne par elle-même, mais l'empereur reconnaît la souveraineté de la Chine, et tous les ans il envoie des ambassadeurs à la cour de Pékin, une fois pour y chercher le calendrier, une autre fois pour porter des présents à l'empereur du Céleste-Empire.

L'empereur de la Corée a une autorité absolue sur tout son peuple; quand il veut se débarrasser d'un de ses ministres, il lui envoie l'ordre de se tuer, et le ministre se tue.

En Corée, les villes ne sont composées que de cabanes en terre, très-sales à l'extérieur, mais bien plus encore à l'intérieur; ces cases n'ont qu'un seul rez-de-chaussée. La toiture est en paille de riz ; les mandarins et les nobles de l'empire se permettent seuls le luxe de la tuile. Les temples des idoles sont un peu plus richement construits, mais ils sont loin d'approcher des pagodes chinoises.

Le Coréen est d'une taille un peu supérieure à celle du Chinois : il a la tête à peu près ronde, le nez est petit, légèrement épaté; le sourcil est un peu relevé; les cheveux généralement d'un beau noir; il ne se rase jamais la tête; beaucoup sont sans barbe, ou n'en ont qu'à la lèvre supérieure et au menton; les hommes portent leurs cheveux réunis en grosse touffe au sommet de la tête; les enfants ont une tresse pendante, et trois jours seulement avant leur mariage ils acquièrent le droit de se coiffer comme leurs pères. Le Coréen a la physionomie douce, ou peut-être ceux qui venaient nous visiter sur notre île affectaient-ils devant nous un air de timidité qui provenait probablement de la crainte que nous leur inspirions. Chaque fois qu'un mandarin important devait venir nous voir, il nous faisait prier de le bien recevoir, et surtout de ne lui faire aucun mal; quand ils parlaient de nous, ils nous appelaient toujours les hommes terribles.

Le Coréen paraît vigoureux, et aime volontiers le travail; il est grand parleur, crie toujours bien haut, et ment sans le moindre scrupule; nous avons eu plus d'une fois l'occasion de voir qu'il est assez peu disposé à respecter la propriété d'autrui; il aime la musique, ou mieux le bruit discordant des instruments en cuivre.

Les femmes ne poussent pas la coquetterie jusqu'à se briser les pieds pour plaire à leurs maîtres. Les gens de la classe inférieure sont un peu sous la pression tyrannique de l'Empereur; les premiers Coréens qui accostèrent notre île se seraient très-promptement familiarisés avec

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 17 octobre, 10 et 26 novembre, 1er, 10 et 24 décembre 1857, et 12 janvier 1858.

qu'il y ait moins de dégoût pour les aliments, ce qui arrive ordinairement vers la fin du premier ou au commencement du deuxième septénaire... Les bouillons de viande blanche bien préparés lui ont toujours paru ce qu'il y avait de mieux à prescrire dès le principe.

Nous venons de reproduire sommairement, mais le plus fidèlement qu'il nous a été possible, les diverses opinions qui ont été émises au sein de la Société médicale des hôpitaux sur cette importante question de la diététique des fièvres graves. En résumant cette discussion, il en ressort ceci : c'est que pour tous nos confrères sans exception, la diète absolue, rigoureuse dans la fièvre typhoïde est dangereuse, et qu'il est utile d'alimenter les malades, non pas seulement dans la convalescence, mais avant l'entrée en convalescence. Voilà un fait capital bien établi ; il n'y a entre eux à cet égard aucune dissidence. Quant à l'époque où il convient de commencer l'alimentation, les uns veulent que ce soit dès le début même de l'affection et pendant toute sa durée, les autres à partir seulement du septième ou huitième jour, c'est-à-dire vers la fin du premier ou le commencement du deuxième septénaire.

A l'égard de la première opinion, il nous semble qu'il doit y avoir un malentendu. Est-ce au début réel de l'affection qu'on entend prescrire l'alimentation, ou bien dès le jour que les malades entrent à l'hôpital ? Mais on sait qu'ils y entrent rarement au début de leur affection, que ce n'est le plus souvent qu'après cinq, six, sept jours de maladie qu'ils vont y réclamer un lit. Les médecins qui nourrissent les malades dès ce moment s'écartent donc peu en réalité de la manière de faire des autres. Et dans les cas où les malades ont pu être traités dès le début, n'arrive-t-il pas presque constamment qu'ils refusent d'eux-mêmes les aliments qu'on leur offre, ne fût-ce que des bouillons légers, ainsi qu'un des partisans les plus prononcés de l'alimentation prématurée en a fait l'aveu.

Nous pensons donc que la pratique la mieux fondée et la plus conforme aux vrais principes de physiologie pathologique et aux données les plus saines de l'expérience est celle qui consiste à ne prescrire en général l'alimentation, et une alimentation légère, qu'après le premier septénaire ; sauf à modifier cette prescription suivant une foule de circonstances, dont le praticien peut seul être juge, telles que les habitudes et les instincts du malade, son âge, le degré de l'affection, et enfin les circonstances de lieux et de climat.

Pour arriver à ce résultat était-il nécessaire de tant discuter et d'en appeler à des expérimentations nouvelles ? Non. Il aurait suffi de s'abstraire un peu des préoccupations, des idées systématiques qui ont pesé si longtemps sur la pratique médicale, et de se rappeler simplement les vieilles traditions médicales. Ouvrez les ouvrages de tous les grands praticiens, d'Hippocrate à Sydenham, et vous trouverez partout les règles du régime et de la diététique des fièvres graves et de toutes les pyrexies aiguës formulées on ne peut plus nettement et d'après les principes que nous venons d'énoncer. C'est ce que M. Bouchut a rappelé à cette occasion, avec autant de sens que d'à-propos.

Que si l'on venait dire qu'Hippocrate n'a pas connu la fièvre typhoïde et que ses prescriptions s'appliquaient à d'autres maladies, nous dirions que c'est une misérable équivoque ! Nous ne ferions à cet égard qu'une seule restriction, dictée par la connaissance des phénomènes, ignorés alors, qui se passent dans l'intestin pendant le troisième septénaire ; c'est celle qui consiste à recommander une surveillance plus active et une réserve plus grande dans l'alimentation à cette époque de la maladie qu'à toute autre.

Cependant cette discussion aura eu son utilité, ne fût-ce qu'en rappelant l'attention des praticiens sur des préceptes très-simples en eux-mêmes et très-connus, mais qu'on a eu le tort d'oublier ou de méconnaître pendant une longue série d'années, et qu'on méconnaît même encore à présent, soit qu'on reste en deçà des sages limites fixées par les anciens, soit qu'on les dépasse.

Fièvre typhoïde simulant au début une fièvre intermittente. — Considérations cliniques sur les prétendues transformations morbides.

Pendant que régnait, en ville comme dans les hôpitaux, cette constitution typhoïde qui a appelé depuis quelque temps notre attention sur cette affection et nous a fourni le texte des articles que nous avons consacrés au traitement et au régime de cette maladie, il se passait dans le service de la clinique de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, un fait qui nous semble mériter d'être rappelé, moins peut-être pour l'intérêt qu'il pourra offrir par lui-même que pour les considérations cliniques auxquelles il a donné lieu de la part du professeur. Voici ce fait en deux mots :

Une femme est entrée à la clinique, se plaignant à la première visite d'avoir une fièvre intermittente tierce, et elle racontait que depuis le début de sa maladie, qui remontait à une dizaine de jours environ, elle avait des accès revenant tous les jours vers quatre heures du soir, avec frissons suivis de chaleur et sueur ; qu'après deux ou trois jours durant lesquels les choses s'étaient ainsi passées, les accès avaient un peu changé de caractère ; ils continuaient à revenir tous les jours, mais plus forts un jour que l'autre, présentant ainsi en apparence au moins le caractère de la fièvre intermittente double tierce. La veille encore, ajoutait-elle, elle avait eu ses frissons ordinaires. Toutefois, le soir-même de ce premier jour de séjour à l'hôpital, l'accès ne parut point ; il manqua également le lendemain. La fièvre, à dater de ce moment, devint franchement continue, et la maladie se déroula d'une manière régulière, en présentant successivement tous les caractères de la fièvre typhoïde ou putride comme l'appelle communément M. Trousseau.

Ce fait, assez simple en apparence, soulève une question de nosologie importante. Y a-t-il eu ici succession de deux maladies ou transformation d'une maladie en une autre, d'une fièvre intermittente double tierce, par exemple, en une affection typhoïde ? ou bien est-ce depuis le début jusqu'à la fin la même maladie, dont la première période aurait simulé par quelques-uns de ses caractères les plus saillants la fièvre intermittente ?

Tous ceux qui ont lu les auteurs du dix-septième et du dix-huitième siècle savent que ces auteurs admettent dans un grand nombre de circonstances, sous l'influence d'une médication intempestive, la transformation d'une fièvre intermittente en fièvre continue. C'est surtout depuis l'introduction du quinquina dans la thérapeutique des fièvres qu'on voit revenir souvent cette opinion. Aussi Sydenham, Morton, Stoll et presque tous les grands praticiens de cette époque, proclament très-haut que si l'on donne prématurément le quinquina dans le traitement de la fièvre intermittente, on s'expose à voir la maladie, d'intermittente, devenir continue et se transformer en fièvre putride.

M. Trousseau a fait remarquer à cette occasion à ses élèves que ces sortes de transformations admises par les anciens n'étaient que le fait d'une confusion ou d'une erreur de diagnostic, la nature exanthémateuse spécifique de l'affection typhoïde ne permettant d'admettre qu'aucune autre affection puisse se transformer en fièvre typhoïde pas plus que celle-ci ne peut se transformer en une autre.

La fièvre intermittente, en effet, ainsi que l'a rappelé M. Trousseau, ne devient jamais une fièvre continue et particulièrement une fièvre typhoïde ; mais une fièvre typhoïde peut dans quelques circonstances se manifester au début sous les formes et avec les caractères apparents d'une fièvre intermittente ou rémittente. Et ici c'est le cas d'insister, comme l'a fait le professeur, sur l'importance qu'il y a à tenir compte de la spécificité des maladies. Ainsi à l'aide de cette donnée et d'une connaissance plus exacte des caractères propres à chaque espèce morbide, on en est arrivé à pouvoir reconnaître et distinguer les affections palustres proprement dites des affections intermittentes qui peuvent plus ou moins les simuler, l'intermittence n'étant ni exclusivement propre ni essentiellement liée aux affections paludéennes.

Lorsque dès le début d'une maladie, dit M. Trousseau, nous trouvons une céphalalgie avec un pouls mou, avec de l'insomnie, quelques saignements de nez, de la tendance à la diarrhée, du gargouillement de la fosse iliaque droite, quand même ce malade aurait des accidents intermittents revenant tous les jours à la même heure, nous nous tenons sur la réserve et nous attendons.

Les jours se passent, la fièvre semble être nettement intermittente pendant deux, trois, quatre jours ; puis le sixième ou le septième jour, la maladie, de tierce qu'elle était, devient double tierce, ce qui s'approche déjà davantage de la fièvre continue ou tout au moins de la continue rémittente ; puis les jours suivants, elle est plus franchement rémittente, et enfin un beau jour elle devient complétement continue. C'est précisément là l'histoire de la malade dont il vient d'être question.

Au contraire, a-t-on affaire à une véritable fièvre intermittente palustre, elle va se révéler les quatre, cinq, six premiers jours par des accidents aigus et rémittents, et quelquefois continus, comme les médecins d'Afrique en rapportent de si fréquents exemples, et puis après un certain nombre de jours la fièvre va devenir intermittente de la manière la plus nette.

Ainsi, d'une part, une fièvre intermittente, bien qu'ayant au début la forme continue, tend, à mesure qu'elle progresse, à prendre les caractères propres à l'intermittence, tandis qu'au contraire la fièvre putride ou typhoïde, qui prend quelquefois à son origine la forme intermittente, tend, à mesure qu'elle se développe, à revêtir les allures de la fièvre continue. Ce n'est donc pas une fièvre qui se change en une autre, mais c'est une fièvre parfaitement identique à elle-même d'un bout à l'autre de sa marche, qui peut dans ses diverses périodes affecter des types différents. Si bien que, si un individu ayant une fièvre typhoïde avec des phénomènes fébriles intermittents jusqu'au neuvième jour vient à succomber vers le dixième ou le onzième jour à quelque complication accidentelle, on trouvera à l'autopsie la lésion intestinale caractéristique du dixième ou onzième jour, et non point celle du troisième ou du quatrième jour. De même, si l'affection a été continue vers son début et que plus tard elle soit devenue intermittente, on pourra s'assurer dès les premiers jours par la palpation et la plessimétrie de l'existence d'un engorgement de la rate, qui pourra mettre sur la voie de sa véritable nature.

Il y a, il est vrai, une petite restriction à faire à cet égard. La rate est plus ou moins engorgée dès le début dans les deux affections. Ce peut donc être là l'objet d'une petite difficulté dans le diagnostic. Mais cette difficulté ne tarde pas à être levée en suivant pendant quelques jours la marche de l'affection. En effet, l'engorgement de la rate diminue à mesure qu'on avance dans la fièvre typhoïde, ou tout au moins il reste stationnaire, tandis qu'il augmente au contraire dans la fièvre paludéenne.

Lors donc qu'on se trouve en présence d'une affection fébrile rémittente ou intermittente au début, que l'on a cru devoir traiter à raison de cette circonstance par le quinquina, et que cette affection devient continue, et revêt par ses progrès naturels tous les caractères de la fièvre putride ou typhoïde, il ne faut pas accuser le quinquina de cette transformation comme le faisaient les anciens auteurs. Il faut reconnaître franchement qu'on s'est mépris, et qu'on a traité comme fièvre intermittente une fièvre qui, livrée à elle-même, eût fini par prendre plus tard les allures de la fièvre continue typhoïde, comme elle les a pris après et malgré l'administration du quinquina.

Par contre ceux qui prétendraient qu'avec du quinquina ils sont parvenus à résoudre les allures d'une fièvre typhoïde, et à la convertir en une fièvre intermittente, auraient tout simplement commis une erreur de diagnostic en sens inverse ; ils avaient eu affaire dès le principe à une de ces fièvres paludéennes pseudo-continues, et dont les débuts leur en ont imposé pour une fièvre continue franche.

On peut aisément se convaincre de la vérité de ce principe de l'immutabilité des espèces morbides, en voyant ce qui se passe dans les épidémies. Qu'au milieu d'une épidémie de fièvre typhoïde régnant dans un pays où il n'y a point d'élément paludéen, on rencontre quelques-uns de ces cas de fièvre rémittente simulant plus ou moins l'intermittence, on aura en vain recours au quinquina, on ne parviendra jamais à résoudre ces affections en intermittentes franches. Et réciproquement que des cas de fièvre continue ou pseudo-continue viennent à se montrer au sein de populations soumises à l'infection paludéenne, quoi qu'on fasse, la maladie qui semblait affecter le type continu au début, finira tôt ou tard par revêtir la forme intermittente tierce, double tierce ou quarte qui lui est naturelle.

De la rétrocession du travail de l'accouchement.

On trouve dans les anciens traités d'accouchement, sous les titres de *fausses eaux*, de *faux travail*, des exemples de cas ou le travail, commencé pendant le cours de la grossesse, s'est tout à coup suspendu pour ne reprendre et se terminer qu'au terme normal de l'accouchement. Ces faits, dont la plupart des auteurs modernes paraissent avoir dédaigné de s'occuper, soit qu'ils les aient considérés comme apocryphes ou mal observés, soit qu'ils ne leur aient point reconnu d'importance, sont cependant réels et d'une importance pratique incontestable. On en jugera par les observations suivantes rapportées par M. le docteur Charrier, chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de

---

nos marins s'ils n'avaient pas eu à craindre la colère de leur Empereur, qui, sous les peines les plus sévères, leur interdit tous rapports volontaires avec les étrangers ; il leur était bien défendu surtout, sous peine de mort, de rien accepter de nous.

Le costume des Coréens est assez curieux pour que nous en parlions. Le chapeau est la coiffure adoptée par les hommes ; ses bords sont d'une largeur démesurée ; il est fait en bambou très fin, tressé comme une natte à larges mailles ; la cuve a la forme d'un cône tronqué ; elle est destinée à recevoir le chignon relevé sur le sommet de la tête ; en temps de pluie, ils portent un immense chapeau de paille, fort léger, qui les abrite assez bien ; s'ils doivent travailler par de fortes averses, ils revêtent encore un manteau de paille, et avec cela ils reçoivent sans crainte une pluie de plusieurs heures. Le pantalon est très-large, flottant du bas ; ils portent, en outre, une longue robe, qui part du cou et ne s'arrête qu'au bas de la jambe, un peu au-dessus du pantalon ; cette robe est ornée de chaque côté de deux manches énormes qui laissent passer les bras, mais qui servent en même temps de poches. Pour donner une idée de leur dimension, disons que plusieurs fois nous avons surpris ces bons habitants de la Corée faisant disparaître avec plus ou moins d'adresse dans la profondeur de leurs manches soit une bouteille, soit un grand verre à patte que nous laissions sur nos tables, ce qui prouve, comme je l'ai dit plus haut, que les Coréens n'ont pas précisément de l'aversion pour le vol.

Leurs chaussures sont en paille, quelquefois en ficelle : ce sont plutôt des pantoufles que des souliers ; ils sont à bouts pointus, un peu relevés, et présentent une ouverture pour laisser sortir le pouce. Jamais ils n'entrent dans un appartement avec leurs chaussures ; ils les déposent à la porte avant d'entrer.

Les hommes en deuil ne sortent que la figure complétement voilée ; ils portent, au lieu d'un chapeau, une véritable toiture de paille qui leur cache tout le visage. Celui qui est en deuil est pour les autres comme un homme mort ; il ne voit plus la société ; à peine peut-il se permettre de regarder le ciel ; les habits même pour les riches doivent être très-grossiers ; quand il sort, il doit toujours cacher ses traits sous un voile épais ; il est dispensé de répondre quand on l'interroge. Si un noble en deuil rencontre un mandarin, il doit se réfugier dans une maison pour ne pas être exposé à lui parler, s'il vient à lui adresser la parole. Tuer un animal, quand on est dans cette position, est un crime, quand bien même il s'agirait d'un animal dangereux. Quand un Coréen en deuil est en voyage, il se retire toujours seul dans une chambre, et refuse toute communication avec qui que ce soit. C'est à l'aide de ces singuliers usages que nos missionnaires parviennent quelquefois à pénétrer dans l'intérieur de l'Empire. Il y a aussi des règles pour pleurer les morts ; les sanglots et les larmes doivent éclater trois fois par jour, à des heures indiquées ; dans les grandes circonstances, tous les parents et amis du défunt sont invités à prendre part aux lamentations, et cela uniquement pour faire plus de bruit. Le Coréen a une démarche d'une gravité remarquable, augmentée encore par la sévérité de son costume ; il tient toujours d'une main sa longue pipe et son sac à tabac, de l'autre un éventail, fait ordinairement de bambou et d'une feuille de papier très-épais et huilé.

Le Dr Lecoq.

Paris, dans un petit mémoire très-bien fait, inséré dans le dernier cahier des *Archives générales de médecine*.

Une femme de vingt-quatre ans, couturière, grosse de son cinquième enfant, entre à la clinique d'accouchement (service de M. P. Dubois) le 27 janvier 1857, se disant enceinte de huit mois et en proie depuis le matin aux douleurs de l'enfantement. A la visite du soir, M. Charrier trouve en effet le col entièrement effacé, la dilatation du col grande comme une pièce de 5 francs; l'orifice est souple et dilatable; on sent à la main l'utérus se durcir. La patiente se couche et s'endort; les douleurs la réveillent à dix heures du soir et se répètent toutes les dix minutes.

A onze heures du soir, écoulement d'eau assez considérable qui peut être évalué à un verre. Jusqu'à quatre heures du matin les douleurs continuent; mais à partir de ce moment les contractions cessent, et permettent le retour du sommeil.

Le lendemain, à huit heures du matin, une nouvelle exploration faite par MM. Dubois et Charrier fait reconnaître que la dilatation est moins considérable que la veille; on la compare à une pièce de 2 fr. A quatre heures et demie, l'orifice est épaissi, souple encore et revenu sur lui-même, et les douleurs n'ont point reparu.

Le troisième jour, à huit heures du matin, nouvel examen: le col s'est reformé, et l'orifice interne permet seulement l'introduction de l'extrémité de la phalange unguéale de l'index.

La grossesse continua sans encombre jusqu'au 15 février, époque à laquelle cette femme accoucha d'un enfant à terme, bien constitué. M. Dubois examina les membranes, et ne trouva aucune fissure, aucune ouverture; le placenta était normal.

L'accouchement avait donc eu lieu vingt-un jours après le début du travail.

Un second cas, tout à fait semblable au précédent, a été observé depuis par M. Charrier, en ville. Une jeune femme de vingt ans, enceinte de sept mois et demi, est prise tout à coup de douleurs lombaires assez vives. Cette femme avait déjà eu deux hémorrhagies pendant le cours de sa grossesse. M. Charrier, appelé auprès d'elle, redoutant le retour d'un semblable accident, prescrit le repos horizontal absolu et des lavements narcotiques. (C'était le 18 septembre 1857.) Le 19, les douleurs augmentant, la jeune femme est examinée: le col est complétement effacé et dilaté comme une pièce de 2 fr.; — on augmente la dose de laudanum dans les lavements et on prescrit en outre 5 centigr. d'extrait gommeux d'opium. A onze heures les douleurs se sont éloignées; le 20, à une heure du matin, il s'écoule par le vagin quelques mucosités filantes. La femme s'endort jusqu'à six heures du matin.

Le 21, l'opium est continué. Les douleurs n'ont pas reparu; l'orifice s'épaissit, se rétracte, le col se reforme, et cette femme n'accouche que le 20 octobre, c'est-à-dire trente-deux jours après le début du travail.

M. Charrier ayant procédé à un examen dans l'intervalle de ces deux époques (le 10 octobre), a constaté que l'orifice interne était fermé, mais l'orifice externe était béant, mou, infundibuliforme, comme chez une multipare au huitième mois de la grossesse. (Cette femme était primipare.) Ni les membranes ni le placenta ne présentèrent rien d'anormal; le placenta n'était pas situé près de l'orifice, comme l'auraient pu faire supposer les hémorrhagies qui avaient eu lieu pendant la grossesse; aucune trace d'apoplexie ne fut remarquée dans les cotylédons placentaires.

M. Charrier rapporte dans son travail deux autres observations semblables recueillies l'une, en 1854, à la Maternité et l'autre en ville, en 1856. Dans le premier cas, le début du travail a lieu à sept mois et demi, après deux jours d'écoulement glaireux; au bout de trois jours, le col, aminci et entr'ouvert, se reforme, et l'accouchement ne s'opère que trente-cinq jours après le début du travail. Dans le deuxième cas, début du travail à huit mois, rétrocession dès le lendemain, accouchement vingt-deux jours après.

Ainsi voilà quatre faits recueillis en moins de deux ans par un seul observateur, où l'on a pu suivre très-distinctement du septième au huitième mois de la grossesse toutes les phases initiales du travail de la parturition jusqu'à une dilatation assez considérable, puis la rétrocession du travail jusqu'à la formation nouvelle du col, et, comme résultat final, la continuation de la grossesse jusqu'à terme.

Si nous en jugeons par ces quatre faits, auxquels nous en pourrions joindre deux analogues observés par nous-même il y a quelques années, mais dont nos souvenirs ne pourraient plus nous retracer les détails d'une manière assez précise pour les reproduire ici, les cas de suspension ou de rétrocession du travail ne seraient peut-être pas aussi rares que tendrait à le faire penser le silence que gardent à cet égard la plupart des traités modernes d'accouchement. Ce sont là cependant des faits qui ont une importance pratique réelle, et dont la connaissance conduit à des indications thérapeutiques précieuses. Il en découle en effet ce précepte que M. Charrier en a fait ressortir avec une grande justesse: c'est que chaque fois qu'une femme aura perdu des glaires ou des liquides en plus ou moins grande quantité avant d'être à terme, le médecin devra toujours agir comme si le travail pouvait être enrayé et suspendu, malgré l'effacement du col et la dilatation commencée, malgré les contractions utérines; et il pourra y parvenir en effet le plus souvent, ainsi qu'en témoignent les faits précités, au moins tant que la rupture des membranes n'aura pas été constatée d'une manière certaine, en prescrivant le repos horizontal et les narcotiques, l'opium surtout, ce sédatif par excellence de l'utérus.

EMPLOI D'UN LINIMENT DE CHLOROFORME

dans les brûlures.

Ce n'est peut-être pas chose absolument nouvelle que l'emploi du chloroforme en applications sur les parties brûlées: l'éther, et même l'éter chlorhydrique chloré ont été aussi employés avec succès dans ces circonstances: il n'en est pas moins bon de rappeler les bons effets que les médecins peuvent se promettre de ces applications des anesthésiques au traitement de la brûlure. Le fait rapporté par M. Bargiacchi paraît du reste assez concluant: il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, d'une forte constitution, qui était tombé dans une chaudière d'eau bouillante et dont les membres inférieurs avaient éprouvé de violentes brûlures.

Depuis ce moment, douleurs atroces dans les jambes, pouls extrêmement petit, soif ardente, soubresauts dans les tendons, menaces de syncope. Sous l'influence d'une potion excitante et d'applications externes d'huile de foie de morue, le malade se trouva mieux; deux saignées lui furent encore pratiquées avec avantages, mais les douleurs persistaient intenses dans les jambes.

M. Bargiacchi prescrivit un liniment au laudanum et à l'huile de foie de morue; pas de soulagement. Remplaçant alors le laudanum par le chloroforme, il obtint un soulagement immédiat, que l'on put maintenir avec les mêmes moyens jusqu'à guérison complète. (*Journal de conn. médic.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 janvier 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépose sur le bureau un mémoire sur *les paralysies traumatiques*, question mise au concours par la Société pour 1858. Ce mémoire porte pour devise: *Les faits sont les meilleurs arguments.*

— M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant de la Société, adresse une observation intitulée *Etat cirsoïde des artères de l'avant-bras compliqué de phlébectasie artérielle.* Ce travail sera lu dans une des prochaines séances.

Discussion sur les injections iodées dans le traitement des altérations osseuses ou articulaires, et des abcès qui en dépendent.

M. VERNEUIL. La plupart de ceux qui ont parlé jusqu'ici dans cette discussion ont fait une part trop restreinte à l'action locale de la teinture d'iode. Cette préparation est un modificateur puissant dont l'action pénètre profondément dans les tissus, même à travers des téguments intacts. Il suffit d'en badigeonner la peau qui recouvre certains abcès froids pour faire résorber le pus et refermer le foyer.

Lorsque je remplaçais M. Guersant à l'hôpital des Enfants, j'ai ainsi guéri sans ouverture un vaste abcès de la cuisse. Chaque matin j'étalais à la surface de l'abcès une couche de teinture d'iode; au bout de trois semaines la collection était résorbée, et la guérison était parfaite. Ce fait n'est pas isolé; on en pourrait citer beaucoup d'autres analogues. M. Richard nous parlait, dans la dernière séance, de plusieurs enfants dont les abcès par congestion ont guéri sans injection iodée dans le service de M. Bouvier; mais il a oublié de dire que quelques-uns de ces enfants ont été traités par les applications locales de teinture d'iode sur la peau.

Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit relativement à la modification favorable que l'injection iodée fait subir aux parois des abcès froids; mais je dois dire qu'à mes yeux le contact direct de l'iode sur les os malades possède une efficacité bien réelle.

Il y a quelques mois, pendant que je remplaçais M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Eugénie, j'ai traité avec le plus grand succès, par les applications de teinture d'iode, une petite fille atteinte de tumeur blanche du coude suppurée et ulcérée. L'iode, étalé chaque matin au moyen d'un pinceau tout autour de l'articulation, pénétrait dans les ouvertures et parvenait jusqu'au squelette. Une amélioration très-rapide a suivi ce traitement, et l'enfant était presque guérie lorsque M. Marjolin a repris son service.

Quelques semaines plus tard, à l'Hôtel-Dieu, le même moyen m'a donné sur un individu adulte un succès tout aussi remarquable. Il s'agissait encore d'une tumeur blanche du coude; la suppuration, déjà ancienne, avait donné lieu à la formation de plusieurs fistules au fond desquelles le stylet atteignait directement le tissu osseux. On sentait à travers les téguments une épaisse couche de fongosités articulaires. J'eus recours encore aux applications quotidiennes de teinture d'iode sur tout le pourtour de l'articulation. Déjà au bout de quatre ou cinq jours les fongosités s'étaient notablement affaissées; la peau, moins distendue, présentait des plis manifestes. Dix jours plus tard on ne sentait plus les os au fond des fistules, et après cinq semaines de traitement le malade a pu sortir guéri de l'hôpital.

Il me paraît certain que dans ces cas et dans plusieurs autres que je pourrais citer, le contact direct de l'iode sur les os malades a eu des effets très avantageux. Sous ce rapport, par conséquent, je partage l'opinion de M. Boinet.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je viens répondre à une objection théorique qui n'est pas neuve, et qui s'est reproduite plusieurs fois pendant le cours de cette discussion. On conteste que le liquide iodé injecté dans un abcès par congestion puisse arriver au contact de la lésion osseuse. Je ne vois pas ce qui pourrait l'en empêcher. Si on ne vidait pas l'abcès avant de pratiquer l'injection, le mélange de ce liquide avec le pus pourrait, à la rigueur, être insuffisant; mais ce n'est pas ainsi qu'on procède. On retire par la ponction tout le pus qu'on peut expulser soit par la pression, soit à la faveur d'une position déclive; puis on remplace ce liquide par une solution iodée, qui pendant quelques minutes remplit presque entièrement la poche. L'iode, par conséquent, va partout où était le pus; et il doit pénétrer jusqu'à l'os, pourvu qu'on en injecte une quantité suffisante. La pénétration de l'iode jusque sur la lésion osseuse ne peut donc pas être mise en doute lorsqu'on pousse l'injection dans un foyer clos. Restent les cas où l'abcès est fistuleux et où le liquide injecté peut refluer à l'extérieur, entre les bords de l'ouverture et la canule de la seringue; mais il suffit alors de donner au malade une position convenable pour que la pesanteur se charge de conduire la teinture d'iode jusqu'au fond du trajet, c'est-à-dire jusque sur l'os. On dit que le trajet est quelquefois très-étroit en certains points; mais s'il est assez large pour laisser descendre le pus, il l'est assez pour laisser remonter l'injection. Lorsque je faisais le service aux Enfants-Trouvés, j'avais un malade qui avait deux abcès par congestion ouverts, l'un dans le pli de l'aine, l'autre dans la région lombaire. Ces deux abcès venaient de la même vertèbre, et communiquaient au niveau de l'altération de l'os. Le liquide injecté dans l'une des ouvertures revenait bientôt par l'autre, et passait par conséquent sur l'os. Cette expérience est supérieure à tous les raisonnements.

M. BOINET. Je répondrai successivement aux diverses objections qui m'ont été présentées. M. Richard m'a invité à faire connaître ici les résultats que j'ai obtenus. Je viens répondre à cet appel. Voici donc le résumé de mes observations:

1° *Abcès par congestion chez un enfant, occupant l'une des fosses iliaques, et descendant au-dessous du ligament de Fallope.* — J'ai traité cet abcès par les injections iodées; guérison. Trois ans et demi après, un autre abcès se montra dans la fosse iliaque, du côté opposé. Le malade entra en 1853 dans le service de M. Guersant; j'ignore quel traitement on lui fit subir, mais je sais qu'il ne tarda pas à succomber.

2° *Coxalgie compliquée d'abcès et de fistules, chez un habitant de Dreux, aujourd'hui âgé de trente-cinq ans.* — L'affection était déjà fort ancienne; elle avait commencé à l'âge de treize ans. Le malade avait été traité inutilement par plusieurs chirurgiens, notamment par Antoine Dubois et par Roux. Pendant deux ans, il avait gardé le lit, sans aucune amélioration. Roux avait considéré ce cas comme mortel. Le malade vint alors s'adresser à moi; je le traitai par les injections iodées. Guérison complète qui ne s'est pas démentie.

3° *Abcès par congestion symptomatique d'une carie du bassin, chez un charpentier de la Villette.* — Le malade entra à la Charité dans le service de M. Velpeau, qui m'autorisa à le traiter par les injections iodées; guérison. L'observation a été recueillie par M. Boureau, interne du service.

4° *Abcès symptomatique d'une carie du sacrum, chez une jeune fille que j'ai opérée en 1847, et qui est aujourd'hui âgée de quarante ans.* — C'était mon premier cas d'injection iodée dans le traitement des abcès par congestion. La guérison persiste toujours.

5° *Coxalgie chez un nommé Vénec,* que j'ai traité conjointement avec M. Hupier. — On avait conseillé à ce malade de ne pas se laisser opérer. Je l'ai soumis aux injections iodées; il a été guéri en huit mois. Il est mort phthisique l'année dernière, mais la coxalgie était toujours bien guérie.

6° *Homme âgé de vingt-sept ans, atteint d'abcès lombaire symptomatique d'une carie vertébrale.* — J'ai pensé que le pus venait d'une apophyse transverse. Injections iodées, guérison. Ce malade m'avait été adressé par M. Barthélemy (de Saumur), qui a assisté au traitement.

7° *Abcès par congestion chez une jeune fille.* — Injections iodées, guérison (malade suivie par M. Janin).

8° *Jeune fille de dix-sept ans. Vaste abcès par congestion venant de la colonne vertébrale, et descendant jusqu'au milieu de la cuisse.* — Injections iodées, guérison. La malade m'avait été adressée par MM. Ameuilhe et Janin. Elle est aujourd'hui mariée, mère de famille, et sa santé est excellente.

9° et 10° Deux malades, un homme et une femme, traités par moi dans le service de M. Huguier, et guéris tous les deux.

11° Homme traité par moi dans le service de M. Huguier. Peu de temps après le début du traitement, ce malade s'ennuya à l'hôpital et exigea sa sortie. Je ne sais ce qu'il est devenu.

12° *Enfant de quatorze ans. Gibbosité lombaire considérable occupant trois ou quatre vertèbres; trois abcès par congestion, l'un dans la fosse iliaque droite, les deux autres dans la région lombaire.* — J'ai traité ces trois abcès par les injections iodées, guérison complète, sauf la gibbosité, qui persiste. MM. Real et Gaston Dumont, qui m'avaient adressé cet enfant, ont été témoins de la cure.

13° *Deux abcès par congestion venant de la colonne vertébrale,* chez une jeune fille de Saint-Germain, que j'ai traitée avec M. Lamare. — Injections iodées dans les deux abcès, guérison.

14° *Abcès du dos symptomatique d'une carie vertébrale,* sur un malade qui m'a été adressé par MM. Delaunay et Bonvallet. — Injections iodées. Le malade est aujourd'hui presque guéri, mais il reste encore plusieurs trajets fistuleux, qui fournissent peu de pus.

A ces faits, qui sont tirés de ma pratique, j'en puis ajouter trois autres, qui m'ont été communiqués par M. Leclerc (de Saint-Germain). MM. Notta, Philippeaux et Thierry, ont publié des succès analogues; on en trouve d'autres dans les *Annales de médecine de Gand* et dans le *Moniteur des hôpitaux.*

Telle est la réponse que je puis faire à la demande de M. Richard. Notre collègue pense que j'ai dû avoir plus de revers que de succès. Je suis heureux de pouvoir lui dire que sa supposition est inexacte, car je n'ai perdu qu'un petit nombre de malades. On m'a opposé deux faits qui se sont passés à l'hôpital Beaujon, et qu'on a interprétés d'une manière défavorable. Je dois les rétablir. Il s'agit de deux malades du service de M. Robert. L'un d'eux avait un abcès par congestion; je lui fis deux injections iodées. Un jour, il demanda une permission de sortir qui lui fut accordée; il commit sans doute quelque imprudence, car il rentra bientôt avec une pleurésie dont il mourut. Cette mort est en quelque sorte accidentelle. L'autre malade avait également un abcès par congestion de la fosse iliaque et du pli de l'aine. Il fut d'abord admis à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, qui m'invita à diriger le traitement. J'eus recours aux injections iodées; le résultat fut des

plus favorables ; au bout d'environ trois mois, il ne restait qu'une petite pustule, et je cessai dès lors de faire des injections.

La guérison de ce malade me paraissait assurée, lorsqu'il commit un acte d'insubordination qui le fit chasser de l'hôpital 171 jours après son entrée, et 68 jours après la dernière injection. Il alla alors se faire recevoir à l'hôpital Beaujon ; il passa plus de deux mois dans le service de M. Barth, qui ne fit aucun traitement local. Renvoyé au bout de ce temps et n'ayant pas d'asile, il alla trois jours de suite au bureau central, et obtint enfin un billet pour le service de M. Robert. Là, on constata, le jour de son entrée, qu'il existait dans la région inguinale autour de la fistule, des plaques gangréneuses. Je ne sais ce que ce malade est devenu ensuite.

On m'a objecté ce fait comme un exemple d'accidents gangréneux déterminés par le contact de l'iode, accusation bien légère, car lorsque la gangrène s'est manifestée, il y avait plus de quatre mois et demi qu'on n'avait fait chez cet homme aucune application d'iode.

Je répondrai maintenant à une autre objection. Suivant M. Giraldès, l'injection iodée n'est qu'un adjuvant. Je suis de son avis, mais j'ajoute que c'est le meilleur des adjuvants et que ce moyen local, combiné à un traitement général tonique, constitue la meilleure des méthodes connues, c'est à-dire celle qui donne le plus de guérisons.

M. Guersant a dit avec raison qu'à l'approche de la puberté la constitution de beaucoup de scrofuleux s'améliore. Mais il s'est mépris en attribuant à cette cause les guérisons que j'attribue à l'emploi des injections iodées. Je lui ferai remarquer d'abord que les trois quarts de mes succès ont été obtenus sur des sujets âgés de plus de vingt ans. Je crois, en outre, qu'il n'a pas tenu compte de toutes les conditions qui concourent à rendre les guérisons d'abcès par congestion plus fréquentes chez les sujets âgés de quatorze à quinze ans, qu'elles ne le sont sur les enfants plus jeunes, ceux-ci gardant plus exactement le repos auquel on les condamne ; tandis que ceux-là sont moins obéissants, et quoi qu'on fasse, ils quittent souvent leur lit. Pour le dire à ce propos, on a grand tort de croire que les malades atteints d'abcès par congestion symptomatique d'une altération de la colonne vertébrale doivent rester constamment au lit. Il faut au contraire les faire lever et leur faire prendre un peu d'exercice, sans cela la constitution se détériore de plus en plus. Le traitement en effet est fort long, il dure des mois et des années. Deux ans de séjour au lit, c'est toujours grave, surtout dans les hôpitaux. J'insiste donc sur la nécessité de faire prendre aux malades de l'exercice, et même de l'exercice en plein air.

On m'a souvent objecté que l'iode poussé dans les abcès par congestion ne pénètre pas jusque sur les os. Cette objection m'étonne beaucoup. M. Morel l'a réfutée tout à l'heure ; je me rallie à tout ce qu'il a dit. On a prétendu encore que la teinture d'iode coagule le pus, et que lorsque le trajet est étroit, le coagulum peut être assez volumineux pour former un bouchon qui arrête l'injection. C'est de la théorie pure, et personne n'a fourni la moindre preuve. L'expérience prouve au contraire que, sur le cadavre, l'iode injecté soit dans les abcès, soit dans les trajets fistuleux, arrive jusque sur l'os. Sur le vivant la constatation est encore possible dans certains cas, lorsque, par exemple, il existe plusieurs fistules comme chez le malade de M. Morel-Lavallée, et que l'injection poussée par l'une des ouvertures revient par toutes les autres, en passant par l'os altéré. Je crois donc que cette objection est suffisamment réfutée.

Je remercie M. Broca de l'appui qu'il m'a prêté. Quoiqu'il interprète autrement que moi l'action des injections iodées, il en admet l'efficacité. Il la prouve par des faits qui lui sont propres; c'est là le point essentiel. Il y a toutefois dans son argumentation quelque chose qui mérite une réponse. « Je comprends, dit-il, l'action de l'iode sur les parois des ab- » cès par congestion, mais je ne comprends pas que ce médicament » puisse agir sur le tissu osseux. » J'avoue que je ne me rends pas bien compte de cette distinction. La teinture d'iode, appliquée sur la peau trois jours de suite, fait tomber l'épiderme et détermine même parfois un suintement de sang, et vous ne voulez pas qu'une substance aussi active puisse modifier l'état des tissus osseux? D'ailleurs, lorsqu'on agit sur des os superficiels, on voit que le contact de l'iode active la vitalité des os, les déterge et les fait cicatriser. Pareille chose doit donc se passer sur les os plus profonds qui entretiennent des abcès par congestion.

Il y a quelques années, lorsqu'on a discuté ici la question qui nous occupe aujourd'hui, on a émis des craintes sur la gravité des accidents qui devaient, disait-on, se produire à la suite des injections iodées. Je vois avec plaisir que ces craintes sont dissipées aujourd'hui. M. Marjolin lui-même vous a dit qu'il a fait beaucoup d'injections, et qu'il n'a eu aucun accident sérieux. Je ne connais qu'un seul cas où l'injection iodée ait été suivie de phénomènes graves qu'on a attribués à un empoisonnement par l'iode. Le cas appartient à M. Nélaton, et j'avoue que je me demande si c'est bien l'iode qui a été la cause des accidents et si ceux-ci ne dépendaient pas de quelque autre circonstance inconnue. En effet, j'ai fait des injections iodées par centaines: je n'ai jamais vu rien de pareil; j'ai laissé bien souvent plus de 150 grammes de teinture d'iode à demeure dans les abcès; c'est par milliers peut-être qu'on compte les cas où des opérations analogues ou semblables ont été faites par d'autres chirurgiens, et le cas de M. Nélaton est presque ici le seul où l'on ait cru assister à des phénomènes d'intoxication par l'iode.

Il ne faut pas confondre, en effet, avec cette prétendue intoxication, cette espèce d'ivresse qui porte le nom d'*iodisme*, qui se manifeste quelquefois au bout de dix à quinze heures chez les individus soumis à l'injection iodée, et qui se dissipe toujours spontanément après avoir duré quelques heures. Un goût d'iode dans la bouche, un peu de ptyalime et un certain malaise, voilà tout ce que j'ai observé, et ces légers symptômes n'ont jamais duré plus d'un jour.

M. VERNEUIL. Puisque M. Boinet vient de parler des accidents attribués aux injections d'iode, je prierai M. Chassaignac de nous donner quelques explications sur ceux qu'il a observés. Un de ses élèves m'a présenté dans le temps le fémur d'un individu qui avait succombé promptement à la suite d'une seule injection poussée dans un abcès froid de la cuisse. C'est peut-être ce fait qui a laissé à M. Chassaignac une impression défavorable.

M. CHASSAIGNAC. Je ne me souviens pas de ce fait. J'ai une fois perdu un malade qui avait dans la cuisse un énorme foyer purulent largement ouvert; j'avais badigeonné avec de la teinture d'iode l'intérieur de cet abcès, mais ce n'est pas à cette application locale que j'ai cru devoir attribuer la mort, dont l'étendue et la nature de l'abcès donnaient une explication suffisante. Quand j'ai parlé d'accidents d'une gravité prochaine observés à la suite des injections iodées dans les abcès par congestion, je voulais parler de l'inflammation de la poche qui s'observe quelquefois et de l'infection putride qui se manifeste souvent après deux ou trois injections. C'est à cause de cela que maintenant, chez les malades de l'hôpital, je n'ose plus traiter les abcès par congestion par les injections iodées.

M. MARJOLIN. Je me félicite d'avoir soulevé cette discussion et d'avoir entendu les explications de M. Boinet. Mais je dois dire que, malgré les nombreux succès invoqués par notre collègue, je ne suis pas encore convaincu. Les abcès symptomatiques des lésions du squelette sont tellement communs, et la méthode des injections iodées est tellement répandue, que M. Boinet aurait certainement trouvé ici plus d'appui qu'il n'en a trouvé, si cette méthode était aussi bonne qu'il le croit.

Personne, je pense, ne conteste l'efficacité de l'iode contre certains accidents produits par la suppuration ; mais les applications iodées font-elles guérir la carie et les autres altérations du tissu osseux? Voilà la question que j'ai posée devant la Société, et à laquelle je crois pouvoir encore répondre par la négative.

J'ai appliqué la teinture d'iode sur les caries de la main. Je l'ai fait avec beaucoup de persévérance ; je n'ai pu obtenir aucune guérison. Quelquefois j'ai ainsi provoqué des exfoliations, mais au-dessous des lamelles éliminées la carie continuait comme auparavant.

Lorsque je considère que dans des cas analogues, sans avoir recours à l'iode, j'ai réussi par d'autres moyens, tels que les bains sulfureux, je suis conduit à nier l'efficacité de la méthode que préconise M. Boinet.

Notre collègue insiste sur la nécessité de faire lever et marcher les individus atteints d'abcès par congestion suite de carie vertébrale. Mais cela est souvent tout à fait impossible. On sait d'ailleurs que l'immobilité donne quelquefois de très-bons résultats. M. Bonnet (de Lyon) prescrit précisément de tenir couchés sur le ventre les malades chez lesquels la colonne vertébrale cariée ou tuberculeuse présente un commencement de gibbosité. Cette méthode lui a bien réussi. Je l'ai plusieurs fois mise en usage, et je m'en suis bien trouvé.

M. Boinet continue à se montrer peu satisfait de l'hygiène des hôpitaux, et il considère le séjour prolongé dans les salles comme une condition très-fâcheuse. Cela est vrai en partie; mais je dois lui dire qu'à la belle saison, je fais habituellement transporter en plein air les petits malades avec leurs lits, et je les y laisse chaque jour pendant plusieurs heures.

M. Marjolin ajoute qu'il conserve ses premiers doutes sur la pénétration de l'injection iodée jusque sur la surface des os altérés. Pour que l'iode allât jusque-là, il faudrait en injecter une quantité énorme lorsque l'abcès est volumineux, et ce ne serait pas sans inconvénient. Il termine en invitant de nouveau M. Boinet à venir traiter des malades dans son service.

M. FORGET. M. Marjolin n'ayant eu que des insuccès, il en accuse l'impuissance des injections iodées; mais peut-être n'a-t-il pas fait tout ce qu'il fallait pour arriver à la guérison. Il nous a dit qu'il ouvrait les abcès le plus tard possible, suivant le précepte de Boyer. Ce précepte était bon à une autre époque, mais on doit l'abandonner maintenant que la méthode des injections a démontré la curabilité des abcès par congestion. Plus le foyer est vaste, et plus il est difficile à guérir. Il faut donc agir de bonne heure au lieu d'attendre le dernier moment.

M. Boinet nous a cité beaucoup de succès; mais je voudrais qu'il établît des catégories, et, par exemple, qu'il nous donnât spécialement le relevé des guérisons qu'il a obtenues dans les cas d'abcès par congestion venus d'une lésion de la colonne vertébrale. Quant à moi, je suis partisan des injections iodées, et je leur attribue plusieurs succès que j'ai obtenus, entre autres le suivant, qui est fort remarquable.

Il s'agissait d'un enfant atteint d'un abcès par congestion qui pouvait passer pour un type du genre. Il y avait des fourmillements dans les membres inférieurs, et quelques autres phénomènes dépendant d'un léger degré de méningite rachidienne. Il y avait une gibbosité lombaire très-apparente; nous avons trouvé dans le pus de petits séquestres; jamais par conséquent le diagnostic ne fut plus certain. M. Robert avait vu ce pauvre enfant, et l'avait considéré comme voué à la mort. Je l'ai opéré en présence de M. Piorry. Je fis d'abord une ponction avec le trocart; mais le pus renfermait des grumeaux qui obstruaient la canule, et je dus me résoudre à faire une ouverture au bistouri. J'ai poussé ensuite dans cette ouverture des injections multipliées. Chaque jour on analysait le pus, et dès que ce liquide cessait de donner les réactions de l'iode, on poussait une nouvelle injection. L'enfant a été envoyé à la campagne; il a pris une grande quantité d'huile de foie de morue, de phosphate de chaux et d'iodure de potassium. Finalement il a guéri, mais il est resté gibbeux. Le traitement a duré deux ans et demi. L'iode dans ce cas arrivait-il jusque sur les os malades? Je n'en sais rien; ce que je sais, c'est que l'enfant a été guéri.

Voici un fait d'un autre genre, mais tout aussi encourageant : Une jeune fille était atteinte depuis environ cinq ans d'une scapulalgie suppurée avec un grand nombre de trajets fistuleux autour de l'épaule. Le stylet rencontrait partout des os malades; la tête de l'humérus, l'omoplate, la clavicule, la première côte étaient cariées à la fois. Le foyer était énorme, et une sonde en gomme élastique y disparaissait entièrement. La jeune fille n'avait pas eu ses règles depuis vingt-cinq mois; la santé générale était fort délabrée, et notre collègue M. Michon porta le pronostic le plus fâcheux. Eh bien, grâce à des injections iodées répétées presque chaque jour, cette malade est aujourd'hui parfaitement guérie. La tête de l'humérus s'est séparée, et j'ai dû en faire l'extraction. Quelle a été ici l'action de l'iode? Il a séché le foyer, diminué la suppuration, empêché les accidents de putridité. Je ne prétends pas qu'il ait fait cicatriser les os, j'attribue cet heureux résultat au traitement général; mais je suis convaincu que sans les injections iodées, cette jeune fille serait morte depuis longtemps.

Parmi les arguments qu'on a fait valoir pour prouver que l'iode n'arrive pas jusque sur les os, il en est un que je crois devoir réfuter. On dit que l'iode faisait coaguler le pus, et formait ainsi des bouchons solides qui oblitéraient en certains points les trajets fistuleux. Mais cet inconvénient est propre à la teinture alcoolique, et il n'existe plus lorsqu'on choisit de préférence, comme je le fais toujours, la solution aqueuse d'iode.

(La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Enchondrome du doigt. — M. VOILLEMIER présente une tumeur qu'il croit être de la nature des enchondromes. Elle avait pour siége la face interne du doigt médius d'un cocher âgé de quarante ans. Cet homme raconte qu'il l'avait dès l'âge de douze ans, qu'elle augmentait très-lentement. Arrivée à la grosseur d'une noisette, elle resta stationnaire. C'est seulement depuis deux ans qu'elle a pris le développement qu'elle a aujourd'hui : elle est du volume d'une grosse noix. Cette tumeur n'était pas adhérente à la peau ; mais elle paraissait l'être aux parties profondes. Pourtant il a été assez facile de la détacher du périoste, sur lequel elle reposait, sans mettre l'os à nu ni ouvrir l'articulation de la première phalange avec la seconde. Elle a tout à fait la forme d'un petit cerveau, légèrement concave à sa face profonde, convexe dans sa partie libre. Sur cette convexité, sont des circonvolutions assez profondes pour permettre de séparer en partie ses différents lobes. Elle est ferme, élastique, d'une couleur opaline, presque transparente dans certains points. Dans d'autres, elle est d'un blanc mat comme du cartilage. A sa partie postérieure, il y a un petit prolongement dur, inégal, formé par la substance calcaire. A tous ces caractères, M. Voillemier pense reconnaître un enchondrome. La pièce est remise à M. Broca, qui veut bien se charger d'en faire l'examen microscopique.

(Dans la séance suivante, à l'occasion du procès-verbal, M. Broca a communiqué les résultats de l'examen microscopique. La tumeur est constituée par du tissu cartilagineux à peu près pur, et les parties calcaires sont des ossifications véritables.)

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire, P. BROCA.

Nous appelons tout l'intérêt de nos confrères sur la position malheureuse de deux de nos honorables confrères que la maladie réduit en ce moment à l'impossibilité de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Une souscription est ouverte en leur faveur dans les bureaux du journal. Le montant des souscriptions que nos bienveillants confrères voudront bien nous faire parvenir, sera versé par parties égales dans les deux familles que nous recommandons à leur sollicitude.

La *Gazette des Hôpitaux* s'inscrit pour 40 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 18 janvier sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon :

1° Professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Groslambert, qui n'a pas accepté, M. Druhen aîné, actuellement titulaire de la chaire de pathologie externe ;

2° Professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Druhen aîné, M. le docteur Monnot, professeur adjoint ;

3° Professeur adjoint pour la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Monnot, M. le docteur Chenerrier, actuellement suppléant;

4° Professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. le docteur Druhen jeune.

M. le docteur Druhen jeune conservera dans cette nouvelle position les fonctions de chef des travaux anatomiques qu'il occupe déjà.

— Par arrêté du 20 janvier, M. Boucher, professeur suppléant à l'École préparatoire de Dijon, est nommé professeur adjoint de la chaire de clinique interne à la même école, en remplacement de M. Morlot, qui a été nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— Par arrêté du 18 janvier, M. le Dr Bellamy est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Sarzeau.

M. Josse est nommé préparateur de physique à ladite Faculté.

— L'assemblée générale annuelle de l'association des médecins du département de la Seine aura lieu dimanche, 31 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Paul Dubois.

Cette assemblée a pour objet le tirage au sort de la moitié de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions ; la lecture du compte rendu de l'année 1857 par le secrétaire général et l'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un trésorier (les cinq années d'exercice prescrites par les statuts étant expirées.)

— On voit en ce moment sous le vestibule de la Faculté de médecine la statue en plâtre de Jenner, due au ciseau de M. Eugène Paul. Jenner, ce bienfaiteur de l'humanité, est représenté debout.

A ses pieds sont inscrits les mots France et Angleterre; il observe et médite sur sa découverte; il tient sa lancette dans sa main droite; son bras gauche repose sur quelques volumes, lesquels sont supportés par une colonne antique brisée. Sur la face, et près du genou, sont gravés le serpent et la coupe, emblème de la prudence; enfin, sous les livres et sur le côté de cette colonne, se déroule une feuille de papier sur laquelle est la figure d'une vache, cause de sa découverte.

M. Eugène Paul a fidèlement suivi la tradition en conservant à Jenner son costume simple et national. Les mœurs et les goûts champêtres de l'illustre médecin interdisaient à l'artiste l'étiquette de fantaisie dont on abuse trop souvent dans la statuaire, surtout quand il s'agit de rappeler un caractère spécial et bien tranché.

Malgré sa simplicité, ce personnage respire la dignité, l'élégance, qu'on peut exiger en pareil cas, et surtout le naturel qui font de cette œuvre une chose supérieure.

La figure surtout est digne de remarque. Le costume du commencement de notre siècle, si désavantageux parfois, est adroitement ajusté, et nous semble une difficulté vaincue.

Une souscription est ouverte chez M. Gossart, notaire, rue Saint-Honoré, 217, pour subvenir aux frais de la fonte de cette statue qui sera érigée à Boulogne-sur-Mer, où furent inoculés les premiers enfants.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 14. — JEUDI 4 FÉVRIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 14. — JEUDI 4 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 FÉVRIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Beaucoup de nos lecteurs qui savent à quelle haute réputation et à quel degré d'autorité en médecine s'est élevé le nom de M. Littré, s'étonneront peut-être en apprenant aujourd'hui que le nom de ce savant ne figurait point jusqu'à présent dans l'Annuaire de l'Académie de médecine. Il y figurera désormais, grâce à la bonne inspiration de la commission des associés libres, qui l'a placé en tête de la liste de candidature présentée dans le dernier comité secret. L'Académie avait à choisir, pour remplir une place vacante d'associé libre, entre M. Littré, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire et M. Trébuchet, l'auteur d'ouvrages nombreux et très-justement estimés d'hygiène publique et de jurisprudence médicale.

M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, par un de ces actes qui honorent à la fois et celui qui l'accomplit et celui qui en est l'objet, s'est désisté de sa candidature en présence de celle de M. Littré, exprimant ainsi par là en faveur du savant traducteur d'Hippocrate un vote que l'Académie presque tout entière devait sanctionner. M. Littré a été nommé en effet par 63 membres sur 73 votants, deux seulement s'étant abstenus et 8 ayant persisté à voter pour leur candidat de prédilection, malgré leur désistement (M. Trébuchet s'était également désisté devant ses deux éminents compétiteurs). M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, que l'Académie revendique à tant de titres, n'aura pas longtemps à attendre. Une nouvelle élection doit avoir lieu mardi prochain pour une seconde place vacante d'associé libre. Sa nomination n'aura été retardée que de huit jours. Quant à M. Trébuchet, l'Académie ne manquera certainement pas la première occasion de reconnaître en l'accueillant dans son sein les nombreux et importants services qu'il a rendus et qu'il rend encore journellement à la médecine.

Pendant que les urnes couraient autour des banquettes pour recueillir les votes, M. Felix Voisin a lu un très-intéressant travail ayant pour objet de démontrer l'identité des causes du suicide, du crime et de l'aliénation mentale. Nous aurions trop de choses à dire sur ce sujet pour l'aborder en ce moment. Nous renvoyons donc nos réflexions, ainsi que l'analyse du travail de M. Voisin, à un autre numéro.

L'Académie a repris après l'élection la suite de la discussion sur le rapport de M. Devergie. Elle a principalement porté sur la proposition émise dans l'une des précédentes séances par M. Trousseau, savoir que les parasites se développent en général beaucoup plus facilement sur des sujets malades ou affaiblis, que sur des sujets sains. Cette proposition a été combattue par M. Leblanc ; mais, il faut le dire, M. Leblanc a pris dans un sens absolu ce que M. Trousseau n'avait dit ou entendu dire qu'au relatif ; de sorte que les faits invoqués contre cette proposition, tout en conservant au fond toute leur valeur, ont perdu un peu de leur poids comme objection. Très-peu affaiblies par conséquent par cette argumentation, les idées de M. Trousseau ont reçu d'un autre côté l'appui de faits précis et nombreux, apportés par M. Bouley. Nous ne savons si la discussion continuera sur ce point ; nous désirerions vivement qu'elle n'en restât pas là, car c'est, en même temps qu'une des questions de pathologie générale les plus intéressantes, un sujet dont l'élucidation pourrait avoir une heureuse influence sur la direction de la thérapeutique des affections cutanées, ainsi que de toutes les affections parasitaires.

La question du microscope est à peu près restée dans l'ombre aujourd'hui. Nous n'en reproduisons pas moins l'extrait du rapport de M. Devergie qui y est relatif, d'autant plus qu'il traite en même temps de quelques-uns des points sur lesquels nous venons d'appeler l'attention.

Voici cet extrait :

« Aux yeux des micrographes, toute maladie cutanée parasitaire est une maladie tout entière de cause externe, et, comme ces maladies sont très-nombreuses, il en doit résulter une modification très-notable dans la pratique médicale ; il devra suffire, en effet, de détruire le parasite pour guérir la maladie de la peau. C'est, suivant ces médecins, dans ces sortes d'affections que l'axiome *Sublata causa, tollitur effectus*, trouve son application la plus vraie.

» Quant à la pratique, elle est fort simple : arracher les cheveux ou les poils là où il en existe et sur lesquels germent le plus souvent les champignons ; appliquer, sous forme de lotions ou de pommades, des agents parasiticides telles que les préparations mercurielles, l'huile de cade et le soufre à divers états ; telle est la thérapeutique ramenée à sa plus simple expression.

» Avec ces moyens si simples, on peut guérir : 1° les variétés de teigne ; 2° l'herpès tonsurant ou teigne tonsurante du cuir chevelu ; 3° l'herpès tonsurant de la barbe ; 4° l'herpès circinné de la figure et des diverses parties du corps ; 5° le *porrigo decalvans ;* 6° les diverses formes de sycosis (mentagre), sycosis tuberculeux, sycosis pustuleux ; 7° l'*impetigo pilaris*, l'impetigo sycosiforme de la lèvre supérieure et du menton ; 8° le *pityriasis alba* de la barbe ; 9° le *pityriasis versicolor* (taches hépatiques, chloasma, vitiligo) ; 10° l'herpès squameux ou psoriasiforme ; 11° le lichen eczémateux nummulaire ; 12° l'herpès iris ; 13° la plique.

» Toutes ces maladies, qui ont leur siége au cuir chevelu, dans la barbe, à la figure, sur les membres ou sur le tronc, constituent, comme on peut le voir, une certaine portion de l'ensemble des maladies cutanées.

» Trois champignons, l'achorion schœnleinii, le trichophyton Malmsten et le microsporon de M. Gruby, qui comprend les variétés de microsporon, mentagrophyte et de microsporon furfur, constituent les parasites que l'on peut rencontrer, mais que l'on ne rencontre pas toujours dans ces diverses affections ; encore leur existence n'est-elle pas admise par tous les micrographes.

» C'est ainsi que M. Ch. Robin n'admet pas le microsporon mentagrophyte que M. Gruby a trouvé dans la mentagre. MM. Bazin et Deffis admettent pour cette année, après en avoir nié l'existence les années précédentes, que le microsporon mentagrophyte peut être regardé, contrairement à ce que pense M. Ch. Robin, comme un champignon spécial ; mais que ce n'est pas une espèce à part, c'est bien plus probablement le trichophyton dégénéré dont les spores sont devenues plus petites. Il en est de même pour le *porrigo decalvans*, où les uns, avec M. Gruby, regardent le champignon comme étant le microsporon Audouini, tandis que d'autres, avec Malmstein, appellent ce champignon *trichophyton decalvans* et *trichomica decalvans*. Il n'y a donc pas unanimité à cet égard.

» Tels sont les faits matériels. Voici les théories qui constituent la base de la doctrine nouvelle :

» 1° Tout champignon ne peut vivre qu'aux dépens de produits animaux plus ou moins azotés. Son développement rapide est en raison de l'abondance de ces principes.

» 2° Il ne peut se développer de champignon sur un tissu parfaitement sain ; il faut que les fluides sécrétés ou que la peau elle-même soient dans de mauvaises conditions de vie pour que le champignon déposé par contact ou transmis par l'air ambiant vienne à germer.

» 3° Le développement et la transmission des maladies parasitaires s'effectuent au moyen des spores, qui sont les organes reproducteurs des champignons.

» 4° Lorsqu'une maladie parasitaire vient à se développer sans aucun contact préalable avec une personne déjà affectée, avec des vêtements, avec des instruments ou ustensiles de toilette, c'est que les spores disséminées dans l'air ambiant se sont déposées sur la partie du corps où la maladie s'est manifestée ; de sorte qu'une affection parasitaire de ce genre ne *saurait être spontanée*, et que la production du *cryptogame ne saurait être consécutive à la maladie*.

» 5° Pour que des spores déposées par contact immédiat ou par accident viennent à germer, il faut qu'elles trouvent un sol dans certaines conditions favorables à leur développement.

» 6° Une fois à l'état de germination sur une surface donnée du corps, ces spores peuvent y faire naître des *érythèmes*, des *vésicules*, des *papules*, des *pustules*, des *tubercules*, c'est-à-dire tous les désordres pathologiques qui avaient servi de base à la classification des maladies de la peau d'après la méthode de Plenk, modifiée par Willan.

» Ainsi qu'on peut le voir, dans cette théorie, le parasite joue le rôle : 1° de cause ; 2° de symptôme ; 3° de lésion.

» C'est toute la maladie, et la thérapeutique proposée est tout à fait en rapport avec la théorie. *Telle était la théorie jusqu'à cette année.*

» Mais on a compris bientôt que de pareilles doctrines étaient bien sèches en présence du passé sur les maladies de la peau, et on a modifié la théorie.

» On admet qu'il existe des *maladies* parasitaires et des *affections* parasitaires, ce qui n'est pas la même chose.

» Il suffit d'une condition donnée de terrain pour permettre le développement d'une affection parasitaire.

» Dans la maladie parasitaire, au contraire, il y a : 1° un parasite ; 2° une condition donnée de terrain qui lui permet de se développer ; 3° une aptitude générale de l'économie à la manifestation de l'affection parasitaire locale.

» Cette cause interne, que l'on désigne sous le nom d'aptitude, n'est pas la même chose que la condition de terrain.

» La maladie parasitaire peut donc être considérée comme la résultante de ces deux forces : *force interne*, l'aptitude ; *force externe*, le parasite.

» Sans le parasite, l'aptitude ne saurait se manifester, pas plus que l'affection parasitaire.

» C'est le parasite qui manifeste l'aptitude, de sorte que, dans ce que l'on nomme la maladie parasitaire, le parasite ne peut rien sans l'aptitude de l'organisme, et sans le parasite, cette aptitude reste stérile.

» Un exemple fera peut-être mieux comprendre cette théorie, dans laquelle la répétition des mots gêne tant soit peu à son intelligence.

» Un individu a des *acarus* sur une partie du corps ; ces acares y vivent, y tracent des sillons *sans qu'il se manifeste d'éruption galeuse ; cet individu n'a pas la gale*, selon la théorie : il n'a qu'une affection parasitaire, et non pas une maladie parasitaire.

» Il peut cependant donner la gale à deux, quatre, six personnes, en leur transmettant des acarus par contact, à la condition que ces personnes auront en elles, à l'*état de germe*, l'aptitude à l'évolution galeuse.

» Ainsi ce sujet, qui n'avait pas la gale, a pu donner la gale à cent personnes. Il y a plus, il peut vivre avec les acarus, qui se multiplient sur son corps, *sans avoir la gale*, aux yeux des micrographes et des médecins auxquels je fais allusion, et comme il n'a pas l'*aptitude*, il n'aura jamais la gale, *tout galeux qu'il est réellement.*

» Chose remarquable, si, sans avoir au préalable trouvé d'acares, on se permettait d'affirmer aujourd'hui qu'un individu chez lequel l'évolution galeuse est complète, est réellement atteint de la gale, on s'empresserait de mettre le fait en doute, parce qu'on n'aurait pas constaté la présence de l'insecte, et c'est ce qui est arrivé.

» Eh bien, au fond de tout cela, qu'y a-t-il ? Une théorie dans laquelle les mots seuls ont été changés. Qu'est-ce, en effet, que la condition de terrain, si ce n'est une organisation de peau soumise à des conditions de tempérament et de vitalité, que tout le monde regarde comme constituant une prédisposition morbide cutanée ?

» Qu'est-ce que cette aptitude, inconnue des micrographes comme de tous ceux qui les ont précédés, si ce n'est ce que l'on nommait autrefois le virus dartreux, ce que l'on a nommé ensuite la diathèse ou l'inconnu des dartres ? Seulement ce qui sépare entièrement les micrographes de la généralité des médecins, c'est que ces derniers admettent qu'en dehors des parasites la moindre cause déterminante externe peut manifester l'explosion de la diathèse, et que la ténacité, la durée prolongée, ainsi que les récidives des maladies de la peau, sont le plus souvent dues à cette cause.

» Mais là où est le danger, c'est que lorsque l'on arrive au but final : la thérapeutique, l'aptitude est oubliée, ainsi que la condition de terrain et de sol, et les micrographes ne s'occupent que du cryptogame. Ainsi, d'une part, les lésions physiques qui servent aujourd'hui à établir le diagnostic le plus exact des maladies de la peau, et qui les ont fait sortir d'un véritable chaos, ne sont plus que des épiphénomènes. D'une autre part, la conséquence pour la science et la pratique médicale, c'est la transformation finale en affection de cause externe, d'états morbides que l'on rattachait, dans certaines circonstances, soit à un tempérament donné

qu'il y avait lieu de modifier, soit à une lésion d'organe interne qu'il fallait guérir avant tout, au risque de voir reparaître la maladie de la peau peu de temps après sa guérison ; soit enfin à un état général que nous ne pouvons pas déterminer, mais que l'expérience nous apprend à combattre à l'aide de certaines médications plus ou moins puissantes.

» C'est mettre la médecine des topiques à la place de la médecine générale et raisonnée ; c'est ce que nous appelons enfin faire rétrograder la science au lieu de la faire avancer. » — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Beau.

Observation de croup. — Trachéotomie. — Mort six semaines après l'opération, consécutivement à l'extraction de la canule.

(Observation recueillie par M. Blachez, interne du service.)

Les succès se comptent en trachéotomie. Le médecin appelé auprès d'un enfant affecté de croup n'a recours à cette ressource ultime qu'après avoir épuisé les moyens les plus énergiques de la thérapeutique médicale. Cependant lorsque l'opération a été heureusement pratiquée, quand tous les symptômes d'asphyxie se sont complétement dissipés, lorsqu'après plusieurs jours la fièvre est tombée et que le petit malade a repris ses forces sous l'influence d'une alimentation réparatrice, on peut, sans être taxé de présomption, compter sur un succès. L'extension de la diphthérite, la bronchite pseudo-membraneuse ou même la simple bronchite entravant l'hématose par l'abondance des mucosités sécrétées, enfin l'épuisement du malade, constituent en effet les complications les plus contraires à la réussite de l'opération, et quand on a eu le bonheur de les éviter, il semble qu'on n'ait plus désormais qu'à surveiller une convalescence. On aurait tort cependant de regarder le succès comme assuré, tant que la canule n'a pas été retirée. Voici un fait qui prouve qu'un enfant, six semaines après l'opération et dans l'état de santé le plus favorable possible, peut encore succomber, au moment où la canule est retirée, à des accidents que rien ne devait faire prévoir, et sur lesquels on n'a pas, je crois, suffisamment attiré jusqu'ici l'attention des observateurs. C'est l'objet que je me propose en publiant l'observation suivante :

André (Félix), âgé de deux ans et demi, est apporté le 18 août 1857 à la consultation de l'hôpital. Il présente tous les symptômes du croup confirmé. C'est un enfant très-vigoureux. Il a été nourri par sa mère et n'a jamais eu de maladie grave. Depuis cinq jours il tousse et se plaint de mal de gorge. La voix est éteinte depuis hier.

La face est pâle et présente cet air d'inquiétude intelligente, si remarquable chez les plus jeunes enfants affectés de croup. Les lèvres sont bleuâtres, les yeux injectés. La région sous-maxillaire est peu engorgée. On y sent cependant des ganglions légèrement hypertrophiés. La voix est complétement éteinte. La toux a ce timbre caractéristique qui lui a fait donner le nom de toux *rentrée*, *toux croupale*. La respiration est précipitée et accompagnée de râles laryngés. L'examen du pharynx montre les amygdales recouvertes de plaques blanchâtres et adhérentes.

On constate à l'auscultation une respiration incomplète et qui ne s'entend qu'au tiers supérieur de la poitrine. Le pouls est à 140 ; la peau chaude.

On prescrit une potion avec 0 50 de poudre d'ipécacuanha et 0 2 de tartre stibié à prendre par cuillerées. Après le vomitif, potion avec chlorate de potasse 4 grammes. Séance tenante le pharynx est profondément cautérisé avec une solution au tiers de nitrate d'argent. — Quatre sangsues à la région sous-maxillaire.

18 dans la soirée. — Une heure après l'application des sangsues, l'écoulement du sang a été arrêté avec l'amadou. L'état du petit malade n'est pas sensiblement aggravé. Les vomissements composés presque exclusivement de matières pituiteuses, contiennent quelques débris flottants de pseudo-membranes molles, mais cependant assez résistantes pour être facilement distinguées de mucosités épaisses. La respiration est toujours gênée ; mais il semble que la face est un peu moins congestionnée. On prescrit un deuxième vomitif à la suite duquel le petit malade tombe dans un état de somnolence fréquemment interrompue par des accès de dyspnée.

19. — Pas d'amélioration. La dyspnée est la même ; la face congestionnée, la respiration très-incomplète. Le pouls est toujours à 140. — Nouveau vomitif ; continuer le chlorate de potasse.

20. — L'asphyxie est plus prononcée. La respiration semble à certains moments complétement suspendue ; la face s'injecte alors fortement et l'enfant se cramponne à son lit. On entend toujours la respiration aux deux sommets ; mais à gauche le murmure respiratoire est très-affaibli. M. Beau juge la trachéotomie indispensable s'il n'y a pas d'amélioration dans la journée. Il prescrit en attendant un nouveau vomitif. A onze heures la dyspnée devient de plus en plus considérable, et je pratique la trachéotomie.

L'enfant était fort gras, le cou très-court et j'eus beaucoup de peine à arriver sur la trachée et à introduire la canule, bien que j'eusse pris la précaution d'implanter un tenaculum sous le cartilage cricoïde, ainsi que le recommande M. Chassaignac.

Les suites de la trachéotomie ne présentèrent rien de particulier. Tous les signes de l'asphyxie, violemment exaspérés au moment de l'opération, se dissipèrent peu à peu. L'enfant eut plusieurs accès de suffocation pendant lesquels il rejeta une grande quantité d'écume sanguinolente par l'ouverture de la canule. Toutes les heures une petite éponge montée sur baleine la débarrassait des mucosités qui pouvaient l'obstruer. Le soir la respiration était libre et complète.

Le lendemain et les jours suivants, il y eut une fièvre assez vive. Cette fièvre tomba au bout de quatre jours, et on commença à alimenter le petit malade, qui du reste avait pris du bouillon dès le soir de l'opération.

Aucun phénomène notable ne se présenta. La respiration se faisait parfaitement bien ; et à plusieurs reprises M. Beau nous fit remarquer le timbre particulier que donnait aux bruits respiratoires le passage de l'air à travers l'orifice métallique de la canule. Par cet orifice sortait, dans les efforts de toux, une grande quantité d'écume bronchique mêlée de mucus concret. Nous n'avons pas trouvé de fausses membranes proprement dites dans les matières rejetées par la canule. Les flocons de mucus, bien que présentant toute l'apparence de débris diphthéritiques, n'avaient pas la résistance et la ténacité qui distinguent ces derniers. J'insiste sur cette circonstance qui prouve l'absence des fausses membranes dans toute la partie du tube aérien placée au-dessous de l'ouverture trachéale, et explique, si je ne me trompe, le succès immédiat consécutif à l'opération.

Huit jours après, l'enfant mangeait avec appétit, commençait à se lever, et bientôt il passait sa journée à jouer dans la salle.

Au bout de quinze jours on songea à retirer la canule. Plusieurs fois par jour il en sortait quelques mucosités que l'enfant expulsait vigoureusement par quelques efforts de toux. Quand on appliquait le doigt sur l'ouverture, il y avait suffocation. Je pensai que probablement la trachée était à très-peu près remplie par la canule, et que l'excédant du calibre était comblé par le mucus. Naturellement alors l'air arrivant par le larynx ne pouvait passer entre la trachée et l'instrument. On retira la canule ; immédiatement survint un violent accès de suffocation. Les bourgeons charnus s'appliquaient sur l'ouverture ; il y avait asphyxie imminente. On se hâta de replacer la canule. Ce petit incident n'eut pas de suites.

La santé de l'enfant était d'ailleurs excellente. Il jouait toute la journée dans la salle ou dans le jardin, et montait les trois étages sans difficulté. Rien ne faisait supposer qu'il y eût encore quelque produit diphthéritique dans le larynx. Le pharynx était parfaitement net. Quoi qu'il en soit, il fallut se résigner à laisser la canule.

Sur ces entrefaites, l'enfant contracta une légère bronchite en descendant au jardin un jour de mauvais temps. Râles sibilants, un peu de fièvre. Huit jours après, la santé était de nouveau excellente.

Le jeudi 1er octobre, six semaines après l'opération, je me décidai à tenter de nouveau l'extraction de la canule. Depuis plus de quinze jours on avait négligé de la nettoyer en démontant le tube intérieur. Le calibre devait en être à peu près obstrué par les mucosités. Cependant, quand on voulait boucher l'ouverture, l'enfant suffoquait. Au reste, dès que l'on touchait à sa canule, il s'effrayait, s'agitait, et était pris de dyspnée. Il soufflait quelques mucosités écumeuses et redevenait tranquille.

Pour éviter ces crises nerveuses, je dis à la mère, qui le soignait depuis son entrée à l'hôpital, de retirer elle-même la canule doucement et sans le prévenir, et comme si elle voulait simplement en nettoyer les cordons. J'étais du reste attentif à quelque distance et tout prêt à intervenir en cas d'accident.

La canule fut adroitement retirée. L'enfant eut l'air un peu étonné. Deux ou trois inspirations difficiles eurent lieu. Puis la respiration se rétablit facilement. J'auscultai la poitrine, l'air arrivait partout. La plaie de la trachée était complétement bouchée par les bourgeons qui s'appliquaient contre elle. A plusieurs reprises l'enfant, qui avait repris ses jeux, fit entendre quelques paroles pour demander un jouet qu'on lui avait promis s'il ne se mettait pas en colère. L'air traversait donc librement le larynx. Toutefois une certaine quantité entrait en sifflant par la trachée à travers la soupape incomplète formée par les bourgeons charnus.

Pendant la journée, je vins à chaque instant m'assurer que tout allait bien. L'enfant avait mangé avec appétit. Il essayait de parler, et prononçait quelques mots. Il jouait dans la salle selon son habitude. Je recommandai qu'au moindre accès de dyspnée on vînt aussitôt me prévenir.

A quatre heures du soir, on vint en effet me dire que l'enfant étouffait. Il s'était pincé le doigt dans une porte. Il avait été pris d'un accès de colère. La face s'était cyanosée. Il était tombé roide.

Un de mes collègues, M. Moilin, interne à l'hôpital des Enfants, se trouvait là en ce moment. Nous montons à la hâte l'étage qui nous séparait de la salle, et nous trouvons l'enfant mourant et asphyxié sur les bras de sa mère.

A l'instant même, à l'aide d'un bistouri boutonné, l'ouverture trachéale est largement agrandie. Nous essayons l'insufflation, la respiration artificielle. L'enfant était mort. Tout cela s'était certainement passé en moins de trois minutes. Nous continuons encore nos soins pendant quelque temps, mais tout mouvement du cœur avait cessé. A chaque insufflation une écume abondante arrivait à l'orifice trachéal. Tout était inutile.

L'autopsie fut faite quarante-huit heures après la mort.

On constate un peu de rougeur de la muqueuse de la trachée et des premières bronches. Quantité médiocre d'écume largement aérée. Pas de mucosités assez consistantes pour oblitérer le calibre des bronches. Poumons parfaitement sains, crépitants, à peine congestionnés tout à fait en arrière et en bas.

Le larynx, détaché en masse avec la base de la langue et la trachée, fut d'abord examiné intact. M. Gosselin, qui assistait à l'autopsie, nous fit remarquer au premier abord un rétrécissement notable de la glotte. Une pince à disséquer introduite fermée entre les deux cordes vocales inférieures pouvait à peine les écarter. On n'aurait certainement pas pu y faire passer de champ une petite lentille. En examinant plus attentivement la glotte, on reconnut que ce rétrécissement tenait au rapprochement forcé de la base des cartilages arythénoïdes. En ouvrant le larynx par sa partie postérieure, il fut facile de constater à ce niveau un épaississement de la muqueuse fortement adhérente, et sa transformation en une sorte de tissu fibreux et rigide qui devait évidemment gêner le jeu des cartilages. Cette muqueuse présentait, en un mot, toute l'apparence du tissu cicatriciel. Les petites articulations crico-arythénoïdiennes paraissaient manifestement gonflées. Il est probable qu'elles avaient participé à l'inflammation générale du larynx. Quoi qu'il en soit, à ce niveau la glotte était rétrécie et non dilatable.

Nulle trace de fausses membranes à la surface de la muqueuse du larynx ou des bronches.

Le cerveau était ferme, à peine piqueté.

Cette lésion explique-t-elle la mort subite? Il est certain que la glotte, si rétrécie qu'elle fût, pouvait encore donner à l'air un libre passage. Mais que, sous l'influence d'un accès de colère ou de toute autre émotion vive (ce qui a eu lieu en effet), il survint un spasme glottique, et immédiatement tout passage était intercepté, avec d'autant plus de facilité que la glotte était déjà considérablement étroite.

Quant à l'ouverture trachéale, elle était au moment de la mort presque complétement bouchée par les bourgeons charnus. Il eût été impossible de réintroduire la canule sans dilater préalablement l'orifice par une nouvelle incision. Les adhérences qui s'étaient formées entre la peau, les tissus sous-jacents et la trachée avaient pour ainsi dire soulevé celle-ci, et confondu les deux boutonnières à peine séparées par un très-court trajet. La réintroduction de la canule après un léger débridement n'eût donc pas rencontré de difficultés.

Comment cependant s'expliquer la rapidité avec laquelle cet enfant a succombé? D'après les renseignements qu'on m'a donnés, il venait de tomber quand on m'a prévenu. Il n'a pas fallu une minute pour aller chercher les instruments, et certes l'enfant n'est pas resté trois minutes sans secours, et cependant tout était terminé quand on débrida la trachée.

Je ne crois pas qu'on ait jusqu'ici noté des accidents aussi promptement mortels à la suite de l'extraction de la canule. Si pareilles circonstances se présentaient de nouveau, je me garderais bien de m'éloigner de l'enfant au moins pendant vingt-quatre heures. Il est évident que si la trachée avait été débridée au moment de l'accident, nous n'aurions pas eu à déplorer un résultat aussi triste qu'inattendu.

NOTE SUR LA CAUTÉRISATION

considérée comme moyen curatif des accidents qui surviennent à la suite des piqûres anatomiques.

Par M. le docteur R. Philipeaux (de Lyon).

Lorsque des accidents se manifestent à la suite de piqûres anatomiques, et que l'inflammation qui s'empare alors des vaisseaux tend à revêtir un caractère putride et à se propager vers le tronc de manière à donner consécutivement naissance à des phlegmons et à des accidents généraux qui compromettent la vie, quelle doit être la conduite du chirurgien ?

Si nous consultons ces auteurs, nous trouvons de grandes divergences d'opinions par rapport à ce qu'il faut faire. La plupart conseillent de traiter ces inflammations spécifiques par la méthode antiphlogistique. Ils vantent, à cet effet, l'application de cataplasmes émollients, de sangsues, les frictions mercurielles associées à un traitement contro-stimulant ou tonique, suivant la période plus ou moins avancée de la maladie. Quelques-uns ont recours aux dérivatifs sur le tube intestinal et aux révulsifs appliqués, sous forme de vésicatoires, sur la tumeur. Ces traitements, qui peuvent trouver leur utile application dans les cas où l'inflammation a une tendance à se localiser dans le lieu où elle a débuté, sont insuffisants lorsque le mal, revêtant un caractère putride, tend à s'étendre et à se propager de la circonférence au centre.

La cautérisation inhérente, préconisée par M. le professeur Bonnet, de Lyon (1), est le plus sûr moyen de conjurer le mal. On verra, par les observations que nous allons citer, que cette méthode de traitement est supérieure à toutes les autres, puisqu'elle arrête la maladie dans sa marche progressive, la fixe dans le lieu qu'elle occupe, et la rendant ainsi toute locale, lui enlève son danger.

Mais pour pratiquer la cautérisation dans des cas de cette nature, il ne faut pas se contenter d'appliquer le fer rouge légèrement sur la plaie et sur la peau qui recouvre les veines et les vaisseaux lymphatiques malades ; il faut cautériser profondément la plaie, et ne pas craindre, s'il est nécessaire, d'inciser les tissus avoisinants malades, afin d'atteindre avec le fer rouge les veines et les vaisseaux lymphatiques affectés.

Attaché pendant plusieurs années à un hôpital où cette méthode de traitement est devenue pour ainsi dire la règle de conduite pour le chirurgien, nous avons eu bien souvent l'occasion de constater par nous-même toute l'efficacité de cette cautérisation destructive. Toutefois nous ne rapporterons ici que les observations qui nous paraissent devoir porter plus de conviction dans l'esprit des lecteurs. Comme cette méthode a été pratiquée dans les cas qui vont suivre, lorsque le membre atteint de piqûre anatomique était déjà tuméfié dans tous les sens et que des lignes rouges s'étendaient sur le trajet des lymphatiques et des veines de la plaie à une partie plus ou moins rapprochée du tronc ; que la fièvre était allumée ; en un mot, que les accidents étaient déclarés et se présentaient formidables ; comme l'amélioration a été constamment immédiate et la guérison prompte, ces observations nous paraissent avoir une assez grande valeur pour nous dispenser d'en rapporter d'autres.

Obs. I. — *Inflammation des veines superficielles et des vaisseaux lymphatiques du membre inférieur à la suite d'une piqûre faite avec un instrument chargé de matière putride. — Emploi du cautère actuel. — Disparition rapide de tous les accidents.*

Le 15 septembre 1839, M. Pommiès, interne des hôpitaux de Lyon, aujourd'hui médecin distingué de l'Hôtel-Dieu, faisant l'autopsie d'un

(1) Mémoire sur la cautérisation, comme moyen de prévenir et de guérir la phlébite, etc. ; *Gazette médicale*, 1843.

cadavre en putréfaction, se laissa tomber sur le dos du pied un scalpel imprégné de matière putride. La piqûre fût légère; mais dès le lendemain elle devint le point de départ d'accidents inflammatoires qui firent des progrès rapides. Quarante-huit heures après l'accident, lorsque M. Bonnet vit M. Pommiès pour la première fois, le pied, la jambe et la totalité de la cuisse étaient le siége d'un gonflement œdémateux très-considérable; des lignes d'un rouge livide et dessinées sur les faces internes et postérieures du membre, marquaient jusqu'au milieu de la cuisse le trajet des veines et des vaisseaux lymphatiques. Les ganglions situés au-dessous du pli de l'aine étaient augmentés de volume.

Ces symptômes locaux étaient accompagnés d'une fièvre brûlante, d'une soif très-vive, et de cette altération des traits de la face qui annonce les fièvres graves; des accidents aussi terribles développés en moins de quarante-huit heures, car les douleurs n'avaient commencé que dans la soirée du premier jour, lui inspirèrent les plus sérieuses inquiétudes, et il ne vit d'autre moyen qu'une cautérisation puissante pour fixer et arrêter dans son cours une maladie qui s'était étendue si rapidement du pied à la jambe et à la cuisse, et qui faisait craindre pour la vie du malade. Il cautérisa alors profondément avec un fer rouge pointu le lieu de la piqûre, et il passa des cautères cultellaires sur toutes les lignes d'un rouge livide qui existaient sur le dos du pied et à la partie interne de la jambe et de la cuisse.

N'ayant pas alors la conviction que l'emploi du feu fût suffisant, il fit appliquer 40 sangsues au pli de l'aine, et il revint le lendemain à l'emploi du même moyen. Cette combinaison peut jeter des doutes sur l'interprétation des causes qui influèrent sur le résultat.

Quoi qu'il en soit, la douleur, le gonflement et la fièvre diminuèrent le jour même de la cautérisation, et deux jours après qu'elle eut été pratiquée, le gonflement du membre inférieur était complétement dissipé, le sommeil et l'appétit revenus; il ne restait plus qu'une brûlure simple qui guérit, en suivant ses phases ordinaires.

Obs. II. — *Inflammation des veines et des vaisseaux lymphatiques à la suite d'une piqûre faite avec un instrument chargé de matière putride. — Cautérisation avec le fer rouge. — Guérison prompte.*

Au mois de janvier 1841, M. Eugène Bonnet, interne des hôpitaux de Lyon, aujourd'hui médecin à Jujurieux, se fit, en disséquant, une légère piqûre à la paume de la main droite; le lendemain, des douleurs assez vives se firent sentir dans la main. Le troisième jour, un petit abcès s'était formé dans le lieu de la piqûre. La main, l'avant-bras et le bras étaient légèrement tuméfiés; des lignes rougeâtres et douloureuses s'étendaient le long de la face antérieure de l'avant-bras et de la partie interne du bras jusqu'au creux de l'aisselle, les ganglions lymphatiques de cette partie commençaient à s'engorger; du reste, la santé générale n'était pas notablement altérée, et le malade pouvait se lever. Craignant, toutefois, que les accidents ne prissent plus de gravité, M. Bonnet fit, comme chez M. Pommiès, la cautérisation inhérente et profonde dans le lieu de la piqûre, et la cautérisation transcurrente sur les lignes rouges de l'avant-bras et de la partie interne du bras. Il n'employa aucun autre traitement. Quelques instants après la cautérisation, les douleurs, très vives auparavant, se dissipèrent presque entièrement. Le lendemain elles avaient cessé, et le troisième jour le gonflement de la main et de l'avant bras n'existait plus; la maladie était réduite à une légère brûlure, qui guérit promptement.

Obs. III. — *Inflammation des veines et des vaisseaux lymphatiques à la suite d'une piqûre faite avec un instrument chargé de matière putride. — Cautérisation avec le fer rouge. — Guérison complète.*

Le 15 novembre 1841, M. Chiara, interne des hôpitaux de Lyon, aujourd'hui médecin à Méribel, disséquant un cadavre en putréfaction, se piqua le doigt annulaire; il ne commença à souffrir vivement des suites de cette piqûre que le troisième jour.

Dans la nuit du troisième au quatrième jour, il eut une fièvre ardente, une soif très-vive et une insomnie complète; il éprouva des douleurs intenses dans la main et l'avant bras. Lorsque M. Bonnet le vit au commencement du quatrième jour, son membre supérieur offrait les mêmes altérations que celles que j'ai décrites dans les deux observations précédentes. Les lignes rougeâtres le long des vaisseaux lymphatiques s'étendaient jusqu'au creux de l'aisselle; la marche du mal était si rapide que cette teinte rouge, qui à sept heures et demie du matin s'arrêtait au coude, avait atteint le creux de l'aisselle une heure et demie plus tard. Il pratiqua la cautérisation inhérente sur le lieu de la piqûre, et transcurrente sur l'avant-bras et sur le bras, comme dans les cas précédents. Les douleurs changèrent de nature immédiatement; la nuit fut bonne.

Le lendemain, la douleur avait presque complétement disparu, ainsi que le gonflement, et le troisième jour après la cautérisation tout le mal se réduisait à une brûlure superficielle.

Obs. IV. — Le 20 janvier 1843, M. Bruny, étudiant en médecine, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital de Saint-Etienne, vint consulter M. Bonnet. Trois jours auparavant, il s'était piqué avec un scalpel le dos de la main; cette partie était le siége d'un gonflement œdémateux très-considérable et très-douloureux; la partie inférieure de l'avant-bras était le siége des mêmes douleurs. Il pratiqua immédiatement la cautérisation profonde de la partie piquée avec un fer rouge.

Trois jours après, le malade revint; le gonflement et la douleur n'avaient pas diminué; il attribua l'insuccès de la cautérisation à ce qu'il n'avait pas promené le fer rouge, comme dans les cas précédents, le long des parties enflammées. Il fit cette cautérisation transcurrente en la portant jusqu'au jaune doré. Le gonflement et la douleur commencèrent à diminuer le jour même et disparurent rapidement.

La cautérisation, comme on a pu en juger par les observations précédentes, mérite de prendre le premier rang parmi les moyens curatifs capables de triompher des accidents qui surviennent à la suite des piqûres anatomiques.

Pourquoi cette pratique, qui donne de si beaux résultats, n'est-elle pas ailleurs aussi suivie que dans les hôpitaux de Lyon? Pourquoi les ouvrages classiques continuent-ils à conseiller l'application des cataplasmes et des sangsues pour vaincre ces redoutables inflammations spécifiques? Pourquoi faut-il avoir à déplorer chaque année dans les écoles des mutilations ou des morts qu'une médication plus énergique aurait sans doute prévenues?

CAS REMARQUABLE D'ÉCLAMPSIE.

Par M. le docteur Puget, médecin à la Roche (Piémont).

Il est peu de praticiens en obstétrique qui ne sachent à quels imminents périls sont exposées les femmes atteintes d'éclampsie intense au terme de leurs couches, surtout quand la parturition ne peut point s'effectuer par les seuls efforts de la nature. Une expérience de plus de quarante ans m'a toujours démontré que les femmes, dans ces occurrences, avant le vingtième accès ordinairement, succombent victimes ou d'une congestion cérébrale ou d'une asphyxie pulmonaire, et l'enfant alors est comme voué à une mort certaine.

Ne serait-ce pas le cas en pareilles circonstances de procéder immédiatement à l'accouchement provoqué ou forcé? Ce moyen me semble rationnel et incontestable.

Voici un exemple qui paraît le démontrer d'une manière péremptoire:

Au 9 juillet dernier, sur l'une des hautes collines de Thorens-Sales, la femme de Mieusset-Chappoz, âgée de quarante-cinq ans, grande, blonde et d'une très-forte constitution, déjà mère de neuf enfants tous vivants, à la fin de son neuvième mois de grossesse, était en proie depuis vingt-quatre heures à d'affreuses convulsions éclamptiques, à paroxysmes intermittents, et suivies d'une espèce de torpeur d'où rien ne pouvait la sortir. Chez elle pas la moindre appréciation de sa situation actuelle; point de paroles articulées; efforts spasmodiques épouvantables, où trois personnes fortes pouvaient à peine la contenir; face cyanosée et vultueuse; bouche sanguinolente par suite de nombreuses morsures sur la langue et les lèvres. Je pratiquai une copieuse saignée, qui fut suivie d'une faible syncope. Des frictions oléo-ammoniacales furent faites sur les extrémités pelviennes, en même temps que des réfrigérants étaient renouvelés sur le front.

Le mari, m'assurant que sa femme devait certainement être au terme de sa grossesse, si déjà ce terme n'était passé, je crus devoir pratiquer le toucher. Les parties externes de la génération étaient souples et flexibles; le col de l'utérus, quoique participant à cet état, n'offrait néanmoins nulle dilatation. Ma situation alors me parut assez embarrassante, d'autant plus que je me trouvais là, de nuit, à plus de deux lieues de mon domicile et de tous confrères à consulter. D'ailleurs, me dit-on, le prêtre qui n'a pu qu'à peine administrer l'extrême-onction à la malade, vient de s'en aller tout effrayé!!! Je me trouvais donc seul en face d'un cas bien épineux. J'en fis part à la famille, déjà tout éplorée. Tous, instruits de cette fâcheuse circonstance et assistés de deux voisins sensés que j'avais également convoqués; tous comprenant aisément le danger que couraient et la mère et l'enfant, m'enhardirent pour la prompte délivrance artificielle de cette infortunée.

Vu l'occlusion presque absolue du col utérin, le doigt index ne put d'abord le franchir qu'avec une certaine difficulté. Cependant, après quelques prudentes tentatives, cet organe se dilata et permit enfin l'introduction d'abord des deux doigts, puis de toute la main dans la matrice. J'y rompis la poche des eaux; et, à la faveur de l'absence de toute contractilité utérine, je pus aisément saisir les pieds, que j'amenai successivement au dehors, ainsi que le reste du corps, à l'exception de la tête. Ce dernier et malencontreux incident, qui, malgré des précautions, survient encore trop souvent, nécessita l'introduction du doigt dans la bouche de l'enfant pour favoriser et compléter la manœuvre.

Qu'on me permette, par digression, de signaler ici l'introduction d'un et parfois même de deux doigts dans l'orifice buccal de l'enfant, comme moyen d'une haute portée et d'une ressource immense pour (au moyen de tractions bien ménagées) terminer l'accouchement par les pieds. Pour mon compte, je puis affirmer que dans maintes circonstances analogues, ce moyen, avec les précautions requises, m'a toujours été d'un avantage inappréciable. Et je suis fort étonné que, dans les cours d'obstétrique *ex professo*, on ne recommande pas expressément ce précieux expédient.

Pendant toute l'opération, qui ne se prolongea pas au delà de vingt minutes, la femme Mieusset ne cessa qu'à de courts intervalles d'exécuter de violentes contorsions, toujours accompagnées de certains cris affreux et inarticulés. De telles dispositions ne pouvaient que nous inspirer les plus vives craintes pour les jours de l'enfant; cependant; je dois le dire, un peu contre mon attente et surtout au désappointement de cette famille déjà fort nombreuse, du moins à son avis, jamais nouveau-né ne parut plus vigoureux et plus plein de vie. Il avait été ondoyé sur le premier pied qui avait paru; mais, après sa naissance, ses vagissements retentissants annoncèrent bientôt à tous les assistants qu'on pouvait à volonté le descendre de la montagne dans l'église pour y faire procéder aux cérémonies ordinaires.

La mère, après avoir été presque aussitôt débarrassée de l'arrière-faix, fut convenablement replacée dans son lit. Les convulsions ne reparurent presque plus, et, après quelques heures de calme, la connaissance commença à reparaître. Les pertes furent modérées, et rien d'insolite ne vint troubler son rétablissement, qui en moins de huit jours fut des plus complets.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 février 1858. — Présidence de M. Laugier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté après une réclamation de M. Depaul, à laquelle il est fait droit.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Doubs pendant l'année 1856

2° Le rapport de M. le docteur Raymond, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montauban, sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans cet arrondissement;

3° Dix sept rapports de M. le docteur Débée, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur les épidémies qui y ont régné en 1857;

4° Le rapport final de M. Prévost, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Hazebrouck, sur une épidémie de fièvres muqueuses qui a régné dans la commune de Neuf-Berquin en 1857;

5° Un rapport de M. le docteur Chantreuil, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Cambrai, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Pommereuil (commission des épidémies);

6° Un rapport de M. le docteur Privat, médecin inspecteur des eaux minérales de la Malou, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Hardouin, pharmacien à Paris, adresse un mémoire sur l'iodoforme et quelques préparations à base d'iodoforme comme succédanés des préparations iodurées. (Commissaires: MM. Chatin, Caventou et Bouchardat.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture de deux lettres, l'une de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, et la seconde de M. Trébuchet, toutes deux relatives à leur candidature au titre d'associé libre.

M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, après avoir remercié la commission de l'avoir porté sur la liste des candidats, s'exprime en ces termes:

Permettez-moi de joindre à l'expression de mes sentiments reconnaissants celle des vœux que je fais pour que toutes les voix se portent sur mon très-savant confrère M. Littré. Le traducteur d'Hippocrate appartient à de bien meilleurs titres que moi à l'Académie de médecine, et je prie instamment les membres qui m'honorent de leur bienveillance de vouloir bien me permettre de me retirer en cette circonstance.

— M. Trébuchet déclare également dans sa lettre se désister de sa candidature en présence de celle de ses éminents compétiteurs.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre associé libre.

La liste de candidature présentée dans le comité secret de la dernière séance, porte les noms de MM. Littré, Is. Geoffroy Saint Hilaire et Trébuchet. (On vient de voir que MM. Is. Geoffroy Saint-Hilaire et Trébuchet se désistent de leur candidature.)

Le nombre de membres votants est de 73.

M. Littré obtient	63 voix.
M. Geoffroy Saint-Hilaire	5
M. Trebuchet	3
Billets blancs	2

M. Littré ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé libre de l'Académie.

LECTURES.

M. F. Voisin lit un mémoire ayant pour titre: *Identité des causes de suicide, du crime et de l'aliénation mentale.* Nous publierons des extraits de ce travail dans un prochain numéro.

DISCUSSION.

Herpès tonsurant. — L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Devergie relatif à l'herpès tonsurant. La parole est à M. Moreau.

M. Moreau, à propos de ce qu'a dit M. Michel Lévy dans la précédente séance, rappelle que Galès, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, découvrit le premier en 1814 l'acarus de la gale, et que c'est à dater de cette découverte, oubliée depuis, qu'ont été instituées plusieurs médications qui avaient pour objet de tuer l'acarus et d'abréger la durée du traitement de cette affection, telles que les fumigations d'acide sulfureux, les bains sulfureux, les lotions avec la staphysaigre, etc.

M. Leblanc. Dans la dernière séance M. Trousseau a reproché à la commission chargée de rendre compte du travail de M. Reynal, d'avoir dit que dans tous les cas l'apparition de la dartre tondante était précédée de prodromes. Il a été dit dans le rapport que l'herpès tonsurant pouvait se développer chez des animaux bien portants, et cette remarque, qui infirmait l'opinion de M. Reynal, était la conséquence de nombreuses observations faites par un membre de votre commission qui avait eu l'occasion de constater très-souvent l'existence de l'herpès tonsurant chez des chevaux, des bœufs et des chiens dont la santé paraissait être d'ailleurs la plus brillante. M. le docteur Lemaistre, de Limoges, qui vient de publier une note sur les *anders* (c'est ainsi qu'on nomme l'herpès tonsurant dans le Limousin), dit aussi que cette maladie n'offre pas de symptômes généraux, et que les bœufs qui en sont atteints ne dépérissent point. Je soutiens que cela est au moins vrai pour les animaux qui contractent l'herpès par contagion, et je suis convaincu qu'il en est souvent de même chez des animaux qui n'ont point eu de rapports avec des malades.

M. Trousseau, qui a émis une opinion absolue relativement au développement des parasites végétaux et animaux (M. Troussau fait un signe de dénégation), penserait-il que l'un des caractères essentiels de la dartre tondante n'est pas la présence d'un cryptogame? Voudrait-il dire que dans certains cas, dans ceux où l'animal atteint d'herpès paraît jouir d'une bonne santé d'ailleurs, la maladie doit toujours exister sans champignons?

M. Trousseau. Je n'ai pas dit cela.

M. Leblanc. Cela n'est pas. Les poils, les débris de poils, que la commission a examinés au microscope, provenaient de chevaux de quatre à sept ans en très-brillante santé, ayant un embonpoint marqué, et cependant les commissaires y ont vu une très-grande quantité de spores de trichophyton à leur extérieur et à leur intérieur.

J'admets très-volontiers que les parasites pullulent bien mieux chez des individus, végétaux ou animaux, chétifs, mais je suis certain que ces parasites vivent et pullulent aussi chez des individus très-bien portants. Les exemples cités par M. Devergie et par M. Reynal prouvent évidemment que la condition d'un état morbide général n'est pas indispensable au développement des maladies parasitaires, puisqu'une maladie intercurrente générale pourrait être considérée comme un moyen de guérison d'une maladie cutanée parasitaire.

M. Devergie pense qu'il en est tout autrement chez les animaux, et que ces derniers ne deviennent galeux que lorsqu'ils sont maigres, que lorsque leur santé est altérée d'une manière quelconque, ou quand ils sont mal nourris. J'ai constaté très-fréquemment le contraire. J'ai vu très-souvent devenir galeux des chevaux et des chiens en très-bonne santé du reste et convenablement nourris. Cela arrive surtout dans les grandes réunions d'animaux, où la contagion est facile. Là M. Trousseau pourrait se convaincre que le sarcopte de la gale peut très-bien vivre, et vivre longtemps, chez des animaux forts et vigoureux.

Je n'en suis pas moins d'avis qu'il existe beaucoup de maladies de la peau qui ont des relations intimes avec un état morbide de l'économie entière, et qu'on ne réussit bien à les combattre que par des indications générales; mais je suis convaincu, d'un autre côté, que dans maintes circonstances où l'un des caractères constants de la maladie est la présence des parasites, soit végétaux, soit animaux, cette maladie peut être purement locale, surtout à son début. Ce qui le prouve jusqu'à la dernière évidence, c'est, par exemple, la guérison de la gale en quelques beures pour ainsi dire; c'est aussi la guérison spontanée de l'herpès tonsurant chez la plupart des animaux.

Quand des symptômes généraux, tels que ceux qu'a indiqués M. Reynal, comme la tristesse de l'animal, le dégoût pour ses aliments, une grande fatigue après un léger travail, un dépérissement général, coexistent avec les symptômes de l'herpès tonsurant, avec ceux de la gale ou de quelques autres maladies parasitaires, ils ne sont souvent que la conséquence du développement des parasites. Cela me paraît surtout parfaitement démontré quand la maladie cutanée avec parasites est la suite du contact d'un animal malade avec un animal regardé comme parfaitement sain par tout le monde.

Ainsi tous les jours les vétérinaires constatent que des chevaux, des chiens, pleins de santé, mis en rapport avec des chevaux et des chiens galeux, gagnent la gale et dépérissent après un certain temps, s'ils ne sont pas traités convenablement. J'ai vu aussi des chiens bien portants que l'on faisait cohabiter avec des chiens couverts de poux, devenir dans un tel état de maigreur qu'ils finissaient par mourir.

Ce qui arrive pour les animaux arrive aussi pour les végétaux; M. A. Latour en a fourni la preuve en citant deux faits remarquables dans le numéro du 28 janvier de l'*Union médicale*. Ainsi il dit : « Pour quelques variétés de rosiers, c'est sur les sujets les plus vigoureux et toujours en pleine floraison qu'apparaît le parasite. » Il rappelle ensuite le développement de l'oïdium sur des raisins qui donnaient la plus belle espérance et qui ne tardaient pas à flétrir. Enfin, pour revenir au sujet qui a motivé la discussion engagée aujourd'hui dans l'Académie, tous les observateurs n'ont-ils pas constaté que l'herpès tonsurant apparaissait le plus ordinairement chez les jeunes animaux, notamment chez les veaux vigoureux, bien portants, allaités et bien alimentés par des vaches atteintes du même herpès?

M. Leblanc termine en disant que c'est avec le secours du microscope qu'il a pu faire cette démonstration; que le microscope est un auxiliaire nécessaire qui, comme tant d'autres, n'est certainement pas toujours infaillible, mais qu'il ne faut pas pour cela dédaigner.

M. H. BOULEY. M. Trousseau a fait appel à l'opinion des vétérinaires au sujet de la question en débat; je m'empresse pour ma part d'apporter quelques preuves à l'appui de sa thèse.

M. Trousseau a soutenu cette thèse que les animaux parasites ont en général plus de prédilection pour les animaux déjà malades ou affaiblis que pour les animaux bien portants; car je ne crois pas que M. Trousseau ait dit, comme M. Leblanc le lui fait dire, que les parasites ne peuvent se développer que sur des animaux malades (M. Trousseau fait un signe d'assentiment). La question ainsi posée, je suis de l'avis de M. Trousseau, et voici sur quels faits je me fonde.

La gale ne se développe en général sur les moutons soit à l'état enzootique, soit à l'état épizootique, que lorsque ces animaux se trouvent placés dans des conditions hygiéniques mauvaises. Qu'un troupeau soit dans de bonnes conditions d'hygiène, si on introduit au milieu de lui des animaux galeux, quelques animaux sans doute pourront contracter la gale, mais la maladie s'arrêtera promptement, elle n'envahira pas tout le troupeau ou ne l'atteindra que faiblement.

Le chien peut assurément contracter la gale étant en bonne santé, mais il la contracte bien plus facilement lorsqu'il est malade. Voyez ce qui se passe dans ce que l'on appelle vulgairement *la maladie des chiens*, faute de la bien connaître; dès que ces animaux en sont atteints, à un certain degré ils ne tardent pas à se couvrir de gale.

Il en est de même du cheval. Mettez un cheval entier dans un local bien fermé et isolé de tout contact suspect; que cet animal vienne à être pris d'une maladie grave, vous verrez bientôt se développer chez lui la gale. Et cependant il n'a pu la contracter d'aucun autre animal; elle s'est développée spontanément et uniquement sous l'influence de l'épuisement produit par une grave maladie.

Ce que je viens de dire de la gale est également vrai pour d'autres maladies parasitaires. Ainsi on voit se former spontanément des douves dans le foie des moutons malades. Il en est de même chez le veau. Il existe chez ces animaux une épizootie de bronchite que l'on appelle à cause de cela bronchite vermineuse, dans laquelle on voit les bronches se couvrir de vers. Or, on ne voit jamais ces vers se développer dans les bronches des veaux sains et placés dans de bonnes conditions d'hygiène, à moins de contagion.

Les maladies parasitaires peuvent donc se développer spontanément chez les animaux déjà malades ou épuisés. Voilà un premier point que je tenais à établir.

M. Trousseau disait, en outre, dans la dernière séance, qu'il y avait chez les individus bien portants une telle puissance de résistance qu'il était possible que les parasites transportés ou inoculés ne prissent point sur eux. Eh bien, voici encore des faits à l'appui de cette proposition.

M. Delafont, dans le mémoire qu'il a lu en 1857 sur la gale, a insisté sur ce fait, que la gale ne se développe presque jamais sur des moutons bien portants. Il a essayé plusieurs fois de l'inoculer dans ces conditions sans y parvenir. Quant, au contraire, les moutons étaient malades ou souffrants, la gale inoculée prenait de suite.

Voilà un fait qui est démonstratif. Je ne dis pas que j'admets entièrement et sans restriction ces faits-là; je sais trop que l'expérience de demain peut contredire ce que celle d'hier a démontré; mais ils me semblent du moins devoir être pris en sérieuse considération.

Enfin, je rappellerai un autre fait qui mérite également, sous un autre point de vue, d'être signalé à votre attention. M. Hertwig (de Berlin) a pris du liquide recueilli dans une vésicule de gale; il a constaté au microscope que ce liquide ne contenait point d'œufs de sarcopte; il l'a inoculé, et cette inoculation a donné lieu au développement de la gale. Le microscope a-t-il trompé M. Hertwig? Je l'ignore. Je livre le fait tel quel à l'appréciation de l'Académie.

M. DEPAUL. Je demande à l'Académie la permission de répondre aux reproches immérités qui m'ont été adressés par M. Devergie, et de lui prouver que les deux observations faites par moi à l'occasion de son rapport n'ont pas été abordées dans sa réponse.

M. Depaul commence par se plaindre que M. Devergie ait tronqué la lettre qu'il lui avait adressée au sujet du procès-verbal de la précédente séance, et qu'il n'en ait lu que la première partie, laissant croire ainsi que lui, M. Depaul, avait refusé de bien préciser l'objet de ses observations et de lui indiquer les sources auxquelles il pourrait puiser pour établir un contrôle, tandis que tel était précisément l'objet de la seconde partie de la lettre que M. Devergie a cru devoir passer sous silence. Voici en quels termes M. Depaul s'exprimait dans cette partie de sa lettre qui n'a pas été lue.

« Mais il en est autrement pour les pièces justificatives dont vous me demandez l'indication. Ouvrez le travail de M. Bazin publié en 1854 dans la *Gazette des Hôpitaux* et intitulé : *Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face*, et vous y trouverez, j'espère, la preuve que c'est à ce collègue et non pas à M. de Baerensprung qu'est due la découverte du trichophyton dans l'herpès circinné.

» Dans un autre travail de M. Bazin ayant pour titre : *Recherches sur la nature et le traitement des teignes* (1853), vous verrez *que ce même trichophyton a été signalé dans l'herpès tonsurant des chevaux, et qu'ainsi s'est trouvée expliquée la contagion qui s'exerce de cet animal à l'homme*.

» Voilà, mon cher collègue, qui suffira, j'espère, etc. »

Vous serez sans doute comme moi quelque peu étonnés, ajoute M. Depaul, que M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, auteur d'un savant traité sur les maladies de la peau, ait eu besoin de recourir à moi pour savoir où il pourrait trouver les opinions de son collègue M. Bazin. Cependant, vous venez de le voir, je me suis rendu à toutes ses exigences, et je me croyais en droit d'espérer qu'il voudrait bien répondre catégoriquement à mes deux objections. Puisqu'il n'en a pas été ainsi, je demande la permission de prouver que tout ce que j'avais dit dans une précédente séance est d'une complète exactitude.

L'herpès tonsurant des chevaux avait été observée par MM. Bazin et Deffis dès 1852, et surtout signalé dans un travail écrit en 1853 sur la nature et le traitement des teignes. M. Bazin y annonce positivement que le microscope leur a fait découvrir dans cette affection le trichophyton tonsurant.

A cette allégation bien précise, ce me semble, qu'a répondu M. Devergie? Que les sujets des observations mentionnées dans le mémoire de M. Bazin publié en 1853 avaient été vus avant par M. Reynal, et envoyés par lui à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Mais je suis autorisé à répondre que MM. Deffis et Bazin n'ont pas l'honneur de connaître M. Reynal, et que le gendarme dont il a été parlé ne s'est pas présenté comme venant de sa part. Mais, d'ailleurs, où donc M. Reynal a-t-il écrit qu'il eût découvert un champignon avant les recherches si positives de M. Bazin? Nulle part. J'ai déjà eu occasion de le dire, en matière scientifique les questions de priorité ne se jugent que par les publications, et rien dans cette circonstance n'autorise les suppositions de M. Devergie.

Cette première partie de la question bien jugée, je passe à la seconde, c'est-à-dire à l'identité de l'herpès circinné et de l'herpès tonsurant, dont M. Devergie persiste à attribuer la découverte à M. Baerensprung. Je vais me contenter de démontrer une dernière fois l'erreur de notre collègue; mais je n'irai pas plus loin, et je laisserai à d'autres le soin d'en trouver la cause.

Dès le commencement de l'année 1854, c'est-à-dire près de deux ans avant que parût à Berlin le travail du médecin allemand, M. Bazin, dans une brochure intitulée *Considérations sur la mentagre et les teignes de la face*, avait constaté l'existence du trichophyton tonsurant dans l'herpès circinné. (Suivent des citations extraites du mémoire cité.)

Il est bien vrai, ajoute M. Depaul, qu'à cette époque notre confrère admettait, et c'est ce que fait encore aujourd'hui M. Devergie, qui lui en fait un reproche cependant, un herpès circinné non parasitaire; mais cela ne prouve en aucune façon que M. Bazin n'ait pas établi l'identité de nature de l'herpès circinné et de l'herpès tonsurant.

Ce savant confrère a été encore plus loin. Il a démontré depuis par l'observation clinique que dans beaucoup de cas l'herpès circinné, le pityriasis alba et le sycosis n'étaient que trois périodes successives d'un même état morbide.

Mais du moins M. de Baeresprung, dont le travail n'a été publié qu'à la fin de l'année 1855, et analysé en 1856 dans la *Gazette hebdomadaire*, a-t-il formulé des opinions plus nettes, plus affirmatives que celles de M. Bazin. On pourrait le croire après avoir entendu M. Devergie; mais il n'en est rien, et j'ai tout lieu de penser que notre collègue s'en est laissé imposer par la grosseur du mémoire et par les belles planches qu'il renferme. Ou je me trompe fort, ou la langue allemande ne lui est pas plus familière qu'à moi, et alors, je vous le demande, que peut prouver cette simple exhibition qui vous a été faite dans la dernière séance? Absolument rien contre le fait que j'ai avancé, et qui reste ainsi encore avec toute sa valeur.

M. DEVERGIE demande à répondre immédiatement à M. Depaul, seulement en ce qui concerne l'objet de la réclamation relative au procès-verbal de la précédente séance. La réclamation de M. Depaul a été mentionnée dans le procès-verbal de ce jour, par conséquent il a été donné pleine satisfaction à M. Depaul à cet égard.

— Vu l'heure avancée, l'Académie devant se former en comité secret avant cinq heures, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATIONS.

M. HOUEL présente en son nom et celui de M. le docteur Arnault (de la Chapelle-Saint-Denis) un fœtus monstrueux de la famille des *Pseudencéphaliens* et appartenant au genre *nosencéphale*.

— L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

En publiant la seconde liste des hommes bienveillants qui ont joint leurs offrandes à la nôtre pour secourir des infortunes confraternelles aussi profondes qu'imméritées, nous devons faire remarquer que celles qui viennent des départements sont toutes conçues dans des termes qui témoignent un vif désir de voir s'organiser une association générale de secours mutuels. — « Pour mon compte, nous écrit M. Besnard, » j'approuve fort une souscription, mais une association de secours » mutuels serait bien préférable. Par cette institution, la dignité individuelle serait sauvegardée. »

MM. V. Besnard, à Joué.	3 fr.
L. Palanchon, à Cuisery.	3
Adde-Margras (de Nancy), à Paris.	10
Martin, à Tonneins.	10
Sommes reçues précédemment.	85
Total.	111 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la promotion de M. Laveran aux fonctions de sous-directeur de l'École de médecine militaire, M. Legouest, agrégé, chargé du cours de médecine opératoire, a été nommé professeur de clinique chirurgicale et du cours des blessures de guerre.

— Le concours pour une place d'agrégé en médecine à l'École du Val-de-Grâce (vacante par suite du décès de M. Félix Jacquot) vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Dujardin, médecin-major, ancien chef de clinique au Val-de Grâce.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 15. — SAMEDI 6 FÉVRIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 15. — SAMEDI 6 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale régnante. — La grippe.

Après ce que nous avons dit dans une précédente *Revue clinique*, après ce qu'a dit M. Gendrin sur le même sujet dans une leçon clinique publiée dans le numéro du 16 janvier nous aurions peu de chose à ajouter sur l'épidémie de grippe qui a sévi avec tant d'intensité sur la population de Paris, si ce n'est que de toutes parts elle nous paraît être entrée en voie de décroissance rapide. Mais Paris n'a pas été seul à ressentir les effets de la constitution atmosphérique de ces deux derniers mois. Des lettres reçues de divers points de la province nous apprennent que cette influence a été générale, et qu'elle s'est appesantie sur presque toute la France; mais nous n'avons eu jusqu'ici de détails précis à cet égard que de trois points seulement, de Lyon, de Strasbourg et de Condé (Nord); — de Lyon, par un compte rendu des maladies régnantes de M. le docteur Girin, qui nous apprend que la maladie a envahi tout le midi de la France avec la même ntensité et les mêmes caractères; — de Strasbourg, par un article inséré dans la *Gazette médicale* de cette ville par M. le professeur Forget, qui au sujet des cas de grippe assez nombreux dont il est témoin en ce moment, dit-il, a saisi cette occasion pour tracer une histoire clinique complète et très-bien faite de cette affection, d'après les épidémies de 1831 et 1837, avec lesquelles l'épidémie actuelle ne lui paraît différer en rien; — de Condé, par une relation qui nous est adressée par M. le docteur Florent Bourgogne, et que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs, toutes réserves faites bien entendu sur les idées émises par notre confrère et dont nous lui laissons la responsabilité, ainsi que sur la valeur du traitement qu'il préconise. Cela dit, nous laissons parler notre confrère.

Épidémie de grippe de Condé.

Une épidémie de grippe d'un caractère tout particulier sévit depuis deux mois environ dans la plupart des départements de la France.

Ce n'est plus cette affection bénigne dont quelques médicaments simples avaient promptement raison, mais bien une maladie dont la gravité jette la désolation dans un assez grand nombre de localités. Pourquoi donc cette différence si tranchée dans les symptômes et leurs funestes résultats? Cette explication nous paraît aisée à donner.

En faisant appel aux souvenirs des plus anciens habitants de notre pays, aucun d'eux ne peut citer une année qui ait été aussi exceptionnelle sous le rapport de l'élévation de température et de la sécheresse que celle qui vient de s'écouler.

Les rivières (1), les étangs, les marais, furent mis à sec, et ces eaux, transformées alors en vapeurs méphitiques, allèrent se perdre dans les airs, où elles restèrent en suspension.

Il était facile alors de prévoir que si un hiver rigoureux ne venait modifier avantageusement l'état de notre atmosphère, l'homme, dont l'organisme était épuisé par des transpirations de chaque jour, serait en butte tôt ou tard aux atteintes de ces agents miasmatiques. En effet, la fièvre typhoïde, les érysipèles, la grippe, la coqueluche, l'angine couenneuse, etc., viurent brusquement s'abattre sur nos populations.

Cet hiver, que nous appelions de tous nos vœux, nous a fait défaut jusqu'aujourd'hui; et à part quelques journées où le thermomètre s'est abaissé jusqu'à 8 ou 10 degrés centigrades, nous avons été enveloppés de brouillards épais à travers lesquels les rayons du soleil avaient de la peine à se frayer un passage. Ces vapeurs apparaissaient le plus ordinairement vers les trois heures de l'après-midi, et elles ressemblaient à celles que vomissent les cheminées des locomotives de chemins de fer. Le voyageur qui s'y trouvait soudainement exposé était obligé de fermer la bouche, tellement la muqueuse de cet organe était surexcitée par cet agent pernicieux. Il semblait que des vapeurs sulfureuses pénétrant dans les voies respiratoires y produisaient la suffocation.

Jetons un coup d'œil maintenant sur les symptômes du mal.

D'abord courbature générale, frissons erratiques, tintements d'oreilles accompagnés de claquements dans cet organe; coryza, chatouillements à la gorge accompagnés de sécheresse, petite toux sèche, pas d'expectoration, anorexie, perte d'appétit. La nuit venue, fièvre, pouls large et ondulé, peu ou pas de sommeil, insomnie, cauchemars, bouche pâteuse; accès de toux souvent répétés.

Si le lit n'est pas gardé, et que l'on continue imprudemment à vaquer à ses affaires et à braver l'influence atmosphérique, ces symptômes semblent en partie se taire pendant la journée; mais dès que la fatigue vous force à gagner le lit, les titillations de la gorge recommencent; de petits râles se font entendre dans le larynx et la trachée, qui sont bientôt suivis de bruits musicaux dont les sons varient. L'irritation arrivée à son comble provoque une toux saccadée, déchirante, dont la durée est plus ou moins longue. Sous l'influence de ces efforts, la tête se congestionne, la face devient vultueuse, les yeux sont larmoyants; on ne peut rester couché ni sur le côté gauche, ni sur le côté droit, sans qu'aussitôt la lutte recommence; la position dorsale, la tête posée sur un oreiller élevée, est la seule tolérable. Ce n'est que vers le matin, quand l'organisme est harassé de fatigue, qu'on peut goûter un repos bien incomplet.

Le lendemain, les traits de la face portent l'empreinte des tourments que l'on a endurés pendant la nuit, et il faut plus que de l'énergie pour se livrer à ses travaux.

Dans tout le pourtour du tronc, là où existent les attaches aponévrotiques du diaphragme, il se montre des points douloureux, qu'exaspèrent la marche, la toux ou des contractions musculaires un peu énergiques; tantôt on constate leur présence entre les deux épaules ou à l'un des angles inférieurs des omoplates, etc.

Les selles sont assez souvent liquides, d'un aspect jaunâtre et huileux, comme celles que l'on observe dans les fièvres typhoïdes. La journée se passe à expectorer des crachats blanchâtres, collants, d'une saveur fétide, salés, crachats qui se succèdent sans interruption, et dont l'expulsion exige des efforts tellement violents qu'il arrive parfois que les urines sont rendues involontairement.

A cette série de symptômes s'en joignent d'autres dont la gravité est beaucoup plus grande, je veux parler de la suffocation amenée par les mucosités que les bronches et la trachée ne peuvent plus rejeter, et des symptômes typhoïdes dont la cause réside toujours dans l'empoisonnement primitif du sang; si le médecin n'en prévient pas immédiatement le développement par une médication tonique, le malade s'éteint peu à peu dans le marasme, et la mort ne tarde pas à se présenter.

J'ai eu souvent l'occasion de constater du côté des poumons des désordres qui simulaient à s'y méprendre ceux que l'on signale habituellement quand ces organes sont sous l'influence d'une maladie grave.

Quant aux autres manifestations qui se montrent encore dans le cours de l'épidémie qui nous occupe, elles sont trop connues de mes confrères pour que je m'y appesantisse davantage : j'ai du reste hâte d'arriver au traitement abortif, qui est le principal but de cette note.

Le tannate de quinine, expérimenté par mon père (1) dans le traitement abortif du choléra indien, est devenu entre nos mains un médicament tellement certain que c'est à peine si je comprends l'hésitation qu'ont mise à l'adopter la plupart des praticiens.

Dès que les prodromes de la grippe se présentent, je fais avaler au malade, vers deux heures de l'après-midi, 60 à 70 centigrammes de tannate de quinine divisés en trois paquets, tenus chacun en suspension dans une cuiller à bouche de café sucré, et pris à un quart d'heure d'intervalle. Cette dose est répétée pendant trois jours au moins : pour les enfants, elle sera de 15, 25, 30 centigrammes.

Quelques tasses de tisane de lichen tiède édulcorée avec un mélange de sirop d'écorces d'orange, de Tolu et de quinquina complètent le traitement.

Je tiens essentiellement à ce que la chambre où l'on se couche soit convenablement chauffée. L'alimentation sera bonne, et on devra faire usage de quelques verres de bordeaux.

Si le malade, ayant négligé ces prodromes, est pris de fièvre, de pesanteur de tête, de gêne extrême dans la respiration, je pratique une saignée proportionnée à l'âge et aux forces. Tisane de gruau tiède, repos au lit, sirop de mou de veau, cataplasmes de farine de lin sur la poitrine.

Dès que les symptômes fébriles se sont apaisés, je balaye l'état saburral des voies digestives à l'aide d'un purgatif (limonade de Rogé), et j'administre ensuite quelques cuillerées d'un looch kermétisé pour faciliter l'expectoration des mucosités que les bronches et la trachée sont impuissantes à rejeter, et j'arrive immédiatement à l'administration du tannate de quinine et à une alimentation tonique.

S'il existe quelques points douloureux le long du conduit aérien, j'y promène quelques mouches de Milan, qui ont bientôt triomphé de cette complication incommode.

Je me trouve bien, quand la grippe a disparu, de faire prendre chaque jour pendant un certain temps quelques tasses d'une infusion à froid de quinquina édulcorée avec le sirop d'écorces d'oranges amères.

Tel est, suivant moi, le véritable traitement de cette fièvre à type pernicieux qu'on appelle vulgairement la grippe.

Emploi du bromure de potassium dans le traitement de la spermatorrhée.

On doit à MM. Puche et Huette la connaissance de l'action stupéfiante que le bromure de potassium exerce sur les organes génitaux de l'homme. Il résulte, en effet, des recherches publiées en 1850 par ces deux médecins, que le bromure de potassium a la propriété d'éteindre les érections physiologiques chez les hommes les plus vigoureux, et de faire persister l'impuissance même plusieurs jours après la cessation de l'emploi du médicament.

La connaissance de ces faits devait naturellement conduire à l'idée d'utiliser au profit de la thérapeutique cette singulière propriété du bromure de potassium. C'est effectivement ce qui a eu lieu. Un médecin russe, M. le docteur Thielmann, a expérimenté en 1851 ce sel avec succès pour combattre les érections morbides qui accompagnent la blennorrhagie et dans les cas de pollutions nocturnes. De nouveaux essais ont été faits depuis dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, et les résultats paraissent avoir été également satisfaisants. On en jugera, du reste, par l'exposé rapide des faits suivants, recueillis par un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Binet, et publiés récemment dans l'*Union médicale*, à laquelle nous les empruntons.

Un homme de trente-sept ans entra dans le service de M. Pidoux, à l'hôpital Lariboisière, se plaignant d'un flux hémorrhoïdal; mais en interrogeant le malade, on apprit que depuis l'âge de vingt ans, à la suite d'excès sexuels, il était atteint de pertes séminales involontaires. Au début, les pertes se renouvelaient tous les trois ou quatre jours, et parfois à plusieurs reprises dans la même nuit. Bientôt elles devinrent quotidiennes, et le malade remarqua alors que son sperme était altéré dans sa couleur et dans sa consistance. Cet homme, primitivement robuste et dont la santé pendant longtemps avait peu souffert de ces pertes réitérées, finit par perdre ses forces; sa mémoire et son intelligence se sont affaiblies, son caractère gai et courageux est devenu sombre et pusillanime. A son entrée à l'hôpital il a la face morne, sans expression, pâle et amaigrie. Ses yeux sont caves, ternes, cernés, les pupilles dilatées; le corps est amaigri, les membres émaciés; la démarche est lente et trainante. L'appétit est bon; mais les digestions sont difficiles; constipation habituelle. Chaque effort de défécation amène l'issue d'une quantité plus ou moins considérable de sperme. Rien, du reste, de particulier à signaler dans l'état des organes génitaux; point de rétrécissement, point d'engorgement prostatique ni de sensibilité anormale dans cette région.

A diverses époques, on avait tenté la guérison de ce malade

(1) Ce qui contribua puissamment dans le canton de Condé à imprimer à ces miasmes un caractère plus pernicieux, c'est que les eaux de nos canaux reçurent chaque jour les résidus infects des sucreries, qui firent périr une immense quantité de poissons. Ceux-ci ne tardaient pas à se putréfier, et l'odeur qu'ils exhalaient était tellement nauséabonde, que les riverains en furent très-sérieusement incommodés.

(1) *De l'insuffisance des moyens employés jusqu'aujourd'hui contre le choléra asiatique, avec l'exposition d'une méthode nouvelle pour traiter cette maladie* (août 1857), par Bourgogne père; et un grand nombre d'autres opuscules sur le même sujet, publiés en 1854, 1855 et 1856, par le même auteur.

sans aucun résultat. M. Binet, chargé du service en l'absence de son chef M. Pidoux, eut l'idée d'essayer le bromure de potassium, et le prescrivit à la dose de 1 gramme dans 120 grammes de julep gommeux. La nuit précédente, le malade avait eu trois pertes, accompagnées comme de coutume de demi-érection, et provoquées par des rêves lascifs. Les jours suivants les pertes continuèrent, mais elles tombèrent à une par nuit.

C'était le 16 août que le traitement avait été commencé. Le 23, la dose de bromure fut portée à 1 gr. 50.

Le 24, pour la première fois depuis bien des années, le malade a reposé sans accident et n'a pas rendu de sperme en allant à la selle.

Le 31, une perte, la seule depuis le 24; même traitement.

Le 18 septembre, le malade n'a pas eu de perte depuis dix-huit jours; l'embonpoint commence à renaître; les muscles reprennent leur volume; les forces reparaissent, l'intelligence est plus vive, la face plus animée, la pupille est normale. Il a des érections le matin, mais sans éjaculation. Il sort de l'hôpital, avec l'engagement de continuer encore le bromure.

Le deuxième malade dont M. Binet rapporte l'histoire, a été traité à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod. C'est un homme âgé de quarante-cinq ans, grand, fort, d'apparence robuste, mais lymphatique. Il est atteint de pertes séminales depuis quelques années; il en a 2, 3 et jusqu'à 5 par nuit, le plus souvent sans érection; il lui est arrivé aussi de perdre du sperme pendant la défécation ou à la fin de la miction. Cet homme a plutôt engraissé que maigri; mais il est hypochondriaque au plus haut point; il est sans énergie et ne se préoccupe que de son alimentation. On remarque parfois de l'incohérence dans ses idées.

M. Monod prescrivit l'emploi des toniques, des ferrugineux et des lotions froides répétées; sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora, mais les pertes continuèrent. Ce malade était entré au mois d'octobre; dans la seconde semaine de novembre, on associa au traitement précédent le bromure de potassium, à la dose de 0,50 centigr., et peu après de 1 gramme dans un julep. Ce traitement fut continué pendant quinze jours; les pertes furent moins abondantes; et lorsqu'à la fin de novembre, le malade fut obligé de quitter la Maison de santé, il avait pu passer trois nuits de suite sans accidents, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus d'une année.

M. Binet rapporte enfin une troisième observation qui lui a été communiquée par M. Morin, et dans laquelle il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans en proie depuis dix-huit mois environ à des pollutions nocturnes répétées. Ce jeune homme était tombé en peu de temps dans un état de maigreur et d'émaciation extrêmes, et dans une mélancolie profonde; il était réduit au dernier degré de marasme, lorsque M. Morin consulté lui prescrivit l'usage du bromure de potassium : 20 grammes dans 300 grammes d'eau, une cuillerée à bouche de cette solution tous les matins. Les pertes cessèrent très-promptement. Il y eut une légère rechute, la dose du médicament ayant été par erreur très affaiblie; mais à la reprise d'une troisième dose tout accident disparut.

Tout en reconnaissant ce qu'il y a de concluant dans ces observations à l'égard de l'action, immédiate et très-heureuse dans ces circonstances, du bromure de potassium sur l'état des fonctions génitales, nous ne pouvons nous empêcher de faire quelques réserves sur la durée de ces effets et la persistance de la guérison, dont ces observations ne donnent malheureusement pas une preuve suffisante. Nous ne pouvons non plus nous défendre entièrement d'une crainte qui a déjà été très-justement exprimée à cette même occasion par notre confrère, M. le docteur Debout. Nous voulons parler des effets ultérieurs de cette médication sur les fonctions génitales, déjà si compromises par l'affection même qu'elle a pour objet de combattre, et dont l'aveuir nous semble gravement menacé, si l'action spéciale attribuée à cet agent est réellement telle qu'on l'annonce, et que cela semble résulter en effet de ces observations même.

Il y a là, ce nous semble, matière à réflexion, et surtout utilité de s'informer autant que cela sera possible des suites éloignées qu'aura pu avoir cette médication chez les sujets qui l'ont déjà subie, avant de s'aventurer témérairement dans de nouvelles expériences.

Tumeur hypertrophique et inflammatoire des seins chez un jeune homme de dix-huit ans. Guérison par les résolutifs.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de M. Velpeau, à la Charité, un de ces cas assez rares de tumeur mammaire chez l'homme, dont M. Velpeau a tracé l'histoire dans son beau *Traité des maladies du sein*. C'était un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution assez chétive, et dont le développement n'est pas en rapport avec l'âge. Il portait aux deux seins une tumeur dure, constituée par ce degré d'inflammation chronique avec hypertrophie de la glande mammaire rudimentaire, que M. Velpeau a si bien décrite dans l'ouvrage que nous venons de citer sous le nom d'*indurations*. Nous ne saurions mieux faire, pour retracer à l'esprit du lecteur les principaux traits de cette affection, que de les emprunter à quelques passages de ce livre :

« Une induration avec hypertrophie légèrement irritative de la mamelle, dit M. Velpeau, se voit assez souvent avant la puberté, chez la jeune fille comme chez le jeune garçon. Je l'ai principalement rencontrée vers l'âge de quinze ans, quelquefois à dix et à douze ans, quelquefois aussi à seize et à dix-huit ans, mais toujours chez des sujets dont le système ou les fonctions sexuels étaient encore mal établis (c'était le cas du jeune malade en question). Ce genre d'affection se rencontre dans la pratique sous deux formes assez tranchées : à l'état aigu, à l'état chronique... »

C'est de ce dernier état qu'il s'agit chez notre malade; nous laissons par conséquent de côté ce que dit M. Velpeau de l'état aigu, qui n'est en définitive que la première phase du phlegmon proprement dit de la mamelle.

« A l'état chronique, le mal ne diffère guère de l'induration aigue que par l'absence de douleur, de sensibilité, de coloration inflammatoire. La mamelle est alors dure, inégale, épaissie, mobile; il faut exercer sur elle une pression assez forte pour amener de la douleur... »

Sous cette forme l'induration de la mamelle ressemble assez bien au premier aspect à un squirrhe; et plus d'une fois il est arrivé que des opérations inutiles aient été pratiquées ou des traitements institués en vue de cette fausse donnée diagnostique, d'où cette persuasion restée dans l'esprit de quelques praticiens qu'ils avaient guéri des squirrhes par des traitements topiques. C'est l'un des mérites de M. Velpeau d'avoir réduit ces prétentions et ces appréciations à leur juste valeur, en faisant connaître ces sortes d'indurations et en exposant leurs caractères diagnostiques de manière à rendre désormais toute confusion à peu près impossible. « En pareil cas, dit-il, la mamelle est ordinairement prise en totalité; la tumeur se distingue du squirrhe en ce qu'elle n'adhère point à la peau et ne tend nullement à entraîner les téguments par rétraction; en ce qu'elle est élastique et un peu flexible, au lieu d'être ligneuse et incoercible. »

Enfin, et c'est là leur caractère clinique essentiel, ces indurations cèdent le plus habituellement en peu de semaines aux médications antiphlogistiques ordinaires. Quelques applications de sangsues en petit nombre, répétées deux ou trois fois à huit jours d'intervalle autour de la tuméfaction; quelques purgatifs; des tisanes amères; de simples topiques, tels que des cataplasmes de farine de lin dans de l'eau de guimauve, de l'eau de Goulard ou de gros vin rouge; dans les cas les plus rebelles, des frictions avec l'onguent mercuriel ou la pommade d'iodure de plomb; enfin, de larges vésicatoires volants vers la fin, si ces moyens n'avaient pas suffi à amener la résolution complète de la tumeur; tel est l'ensemble des moyens qu'emploie en pareil cas M. Velpeau et qui manquent rarement leur effet.

Chez le jeune malade qui fait le sujet de cet article, on a appliqué au début des sangsues, puis on a eu recours aux frictions résolutives, et en dernier lieu aux vésicatoires volants. En quelques semaines la résolution des deux tumeurs a été obtenue.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Nouveau procédé pour la guérison des luxations des vertèbres de la région cervicale (1).

Par le docteur Missoux (de Fournols).

Le 16 septembre 1831, une petite fille de neuf ans, placée sur le derrière d'un tombereau à bascule, se balançait pendant qu'un petit garçon à cheval sur le timon faisait contre-poids. Ce dernier quitta brusquement la place, et la jeune Marie Claustre tomba de telle sorte que le corps entier fit sur le cou un mouvement de culbute qui ne fut pas suivi en totalité par la tête.

Comme cela arrive souvent dans les campagnes et quelquefois dans les villes, le renoueur précéda le médecin; heureusement que le curé de la paroisse de Bertignat put soustraire la petite malade aux imprudentes manœuvres de l'empirique campagnard, qui, sans nul doute, eussent causé la mort.

Lorsque je fus appelé, je trouvai la malade la tête renversée en arrière, la face tournée vers le ciel, et le menton porté en haut. Il existait une saillie considérable à la partie antérieure du cou, et une dépression profonde à la partie postérieure, au-dessus de la septième vertèbre cervicale, dont l'apophyse épineuse était très-saillante, enfin paralysie générale de toutes les parties inférieures, accompagnée de gêne extrême dans la respiration.

Cet ensemble de symptômes d'une part, et de l'autre l'absence de crépitation, avec immobilité de la tête fortement renversée en arrière et paraissant invariablement fixée dans sa nouvelle position, me firent croire à une luxation de la sixième vertèbre sur la septième. La tête directement renversée en arrière et n'inclinant d'aucun côté, son immobilité complète, étaient autant de circonstances indiquant que la luxation était constituée par le déplacement de deux apophyses articulaires. Si elle avait eu lieu d'un seul côté, la tête eût été inclinée du côté luxé, et la face tournée en sens opposé; telle est du moins l'opinion de Boyer et de Sanson.

Un déplacement pareil est généralement regardé par tous les chirurgiens comme un accident mortel, et c'est à peine s'ils osent conseiller surtout quelques tentatives de réduction. En présence d'un cas aussi grave, je fis le raisonnement suivant : la contraction musculaire et la tension des ligaments sont les principaux obstacles à la réduction; ramener la tête à sa rectitude naturelle en opérant une extension forcée peut amener la mort, il vaut mieux obtenir le redressement sans violence, d'une manière lente et insensible, fatiguer les muscles et les ligaments postérieurs par une puissance constante et permanente, en agissant en sens inverse des forces qui ont produit cette double luxation.

L'enfant fut alors placée sur une large planche; une pièce de bois carrée assez élevée servait d'oreiller : le tout fut recouvert d'une enveloppe contenant de la balle d'avoine. La petite malade y fut installée avec précaution, couchée sur le dos, l'occiput portant sur le chevet dur et élevé dont il vient d'être parlé. Dans cette position, il n'y avait que le bassin et la tête qui dussent porter; la partie supérieure du tronc et les épaules, qui ne touchaient à rien, devaient, par leur pesanteur, tendre et redresser le cou en allongeant les muscles et les ligaments, tandis que la résistance sous l'occiput ramenait peu à peu la tête en place.

Bientôt ma prévision se réalisa et fut couronnée du plus heureux succès : la tête commença à remonter, et les signes de compression disparaissaient insensiblement, si bien qu'après une heure et demie la tête était revenue sans aucun accident à sa rectitude naturelle, et que la sensibilité, la vue, la parole, le mouvement étaient restitués à l'enfant, qui ne se plaignit plus que d'un fourmillement général.

Les soins consécutifs se sont bornés à tenir la malade couchée pendant un mois. En 1844, cette fille, qui avait alors vingt-trois ans, se portait à merveille, et n'a conservé de ce grave accident qu'un certain craquement dans la région cervicale lorsqu'elle place un fardeau sur sa tête.

(1) Cette observation a été communiquée à la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LOMMELET.

Hypertrophie considérable de la prostate; hématurie; obturation de l'urèthre : mort.

Par M. le Dr A. Joire, médecin de l'asile d'aliénés de Lommelet (Lille).

Auguste D..., entré dans l'asile le 22 juin 1834, à l'âge de trente-trois ans, est un maniaque imbécile, occupé d'ordinaire de travaux manuels. Taille moyenne, constitution robuste, tempérament sanguin et lymphatique; bonne santé habituelle. Il y a deux ans (1855), séjour de quelques semaines à l'infirmerie, par suite d'hématurie survenue sans nulle douleur du côté des voies urinaires. Le retour des urines à leur condition normale lui a permis de reprendre bientôt le cours de ses travaux aux champs.

Le 24 mai 1857, D... est pris tout à coup d'une rétention complète d'urine. Le cathétérisme est long et difficile; le canal de l'urèthre est libre jusqu'au niveau du col de la vessie, mais là se trouve un obstacle que je n'ai pu franchir qu'après bien des tâtonnements. Une sonde en caoutchouc est laissée à demeure dans le canal; l'urine, d'abord sanguinolente, redevient naturelle, puis trouble et noirâtre. — Saignée, bains de siége, injections émollientes et narcotiques, eau de Sedlitz.

Le 31, le malade, d'une grande indocilité, parvient presque chaque jour à se débarrasser de la sonde; l'évacuation spontanée de l'urine est impossible, et le cathétérisme, qui doit être renouvelé souvent, est parfois assez facile, et exige souvent de longs tâtonnements.

Le 3 juin, les difficultés du cathétérisme s'accroissent, une sonde ordinaire pénètre tout entière et sans efforts dans l'urèthre; mais il ne s'écoule au lieu d'urine que du sang épais et en partie coagulé. L'usage de sondes d'un très-gros calibre permet d'arriver plus facilement jusqu'à la vessie; des injections émollientes en font sortir de nombreux caillots sanguins. La sonde est maintenue à demeure, et les injections continuées fréquemment.

Le 5, depuis trois jours paroxysmes fébriles vers le soir; le malade se débilite progressivement et succombe aujourd'hui.

Autopsie. — Je ne consignerai ici que les altérations observées du côté des organes génito-urinaires. Le volume de la vessie est peu considérable; je constate entre la paroi postérieure de celle-ci et le rectum une tumeur du volume d'un poing d'adulte, qui ne peut être autre chose que la prostate considérablement hypertrophiée : le tissu en est très dense, comme lardacé, et présente à l'intérieur un aspect évidemment glandulaire. La vessie contient une grande quantité de sang noirâtre et de détritus de caillots d'une odeur fétide. Ses parois sont très-denses et épaisses, sa surface interne d'un rouge sombre et grisâtre. J'aperçois au niveau de l'orifice interne de l'urèthre une tumeur allongée, un peu rétrécie à sa base, du volume d'un gros marron d'un rouge noirâtre et d'un tissu assez mou. Le canal de l'urèthre ne s'ouvre dans la vessie qu'après avoir traversé la partie supérieure de cette tumeur. Plusieurs fausses routes ont été creusées par la sonde à travers son tissu, qui paraît, à son extrémité libre, formé de fongosités mollasses. Cette tumeur incisée paraît formée d'un tissu cellulo fibreux élastique, d'un blanc rosé. Elle ne peut être à mes yeux que le développement hypertrophique du lobule interne de la vessie, considéré par quelques anatomistes comme le lobe moyen de la prostate.

Les uretères n'ont subi aucune dilatation et n'offrent nulles traces de lésions.

Les reins sont volumineux; leur tissu est ramolli et le siége d'une forte congestion sanguine. Les bassinets contiennent du pus en quantité assez notable; la membrane muqueuse qui les tapisse est d'une teinte rouge sombre.

Remarques. — L'hypertrophie de la prostate n'est pas chose si commune qu'on doive laisser passer inaperçus les faits dans lesquels cette altération s'est présentée à un degré considérable; aussi celui-ci m'a-t-il paru digne de quelque attention au double point de vue de la forme de la lésion et des difficultés du cathétérisme qui en ont été la suite.

L'allongement du canal de l'urèthre est la conséquence ordinaire de l'hypertrophie de la prostate; cette élongation, qui avait atteint des proportions considérables, explique suffisamment comment une sonde de longueur ordinaire arrivait à peine dans la vessie. L'hypertrophie avait encore déterminé une déviation du canal de l'urèthre; celui-ci suivait la direction de la face antérieure de la glande, qui, légèrement bombée, lui donnait une courbure convexe en avant. Une remarque importante que ce fait m'a permis de confirmer, c'est l'absence complète de rétrécissement de l'urèthre dans sa portion prostatique. Le développement transversal de la glande aurait bien pu aplatir dans le même sens les parois du conduit et faire obstacle au parcours de la sonde; mais nul empêchement n'existait là, et les sondes du plus gros

calibre y trouvaient une voie facile. C'était à l'orifice même du col de la vessie que siégeait l'obstacle invincible au cours des urines.

Constatons d'abord la coïncidence de l'hypertrophie de la prostate avec le développement énorme de l'opercule désigné sous le nom de luette vésicale et décrit par quelques auteurs comme dépendant de la glande dont ils font le lobe moyen. Ce n'est pas la première fois d'ailleurs que cette hypertrophie simultanée est signalée. Ce fait serait-il confirmatif de l'idée que ce sont là deux parties d'un même organe? Cependant leur structure est tout à fait différente; le tissu de la tumeur intra-vésicale, examiné avec attention, ne m'a présenté dans aucun point l'aspect glandulaire.

C'était donc dans la présence de cette tumeur qu'était l'obstacle à la miction. L'orifice interne de l'urèthre s'ouvrait dans son épaisseur près de sa surface antérieure. Le trajet du canal dans une partie de sa longueur vient expliquer une des circonstances du cathétérisme. Lorsque la sonde, engagée presque tout entière dans l'urèthre, ne laissait pas couler une goutte d'urine, le bec se trouvait dans l'épaisseur de la tumeur, dont le tissu mou et fongueux s'était déchiré dans plusieurs points, et telle était l'origine du sang coagulé qui venait alors obstruer la sonde; ce n'est que quand celle-ci avait traversé la tumeur que le cours de l'urine pouvait avoir lieu.

La structure de cette tumeur offre l'aspect d'un tissu fibreux et élastique d'un blanc rosé. La direction des fibres est longitudinale; mais en s'approchant de l'extrémité libre, elles se recourbent en formant des anses qui à leur base se perdent pour la plupart en rayonnant sur les parois vésicales; tandis que les plus antérieures se portent sur les côtés et au-devant de l'orifice uréthral, auquel elles forment une sorte de sphincter. On ne peut donc pas méconnaître que ce soit le développement hypertrophique de la luette vésicale qui constitue la tumeur dont il s'agit.

Cette tumeur, une *valvule du col de la vessie*, je l'ai dit, empêchait complétement le cours des urines; et lorsque, à plusieurs reprises, l'indocilité du malade avait déplacé la sonde maintenue à demeure, aucune évacuation n'avait plus lieu.

L'hypertrophie de la prostate et de la tumeur intra-vésicale avait évidemment une origine fort ancienne; cependant ce n'est que douze à quatorze jours avant la mort que la rétention complète d'urine se manifeste. Mes souvenirs m'ont rappelé que ce sujet, habituellement occupé dans l'asile, avait reçu, il y a deux ans, les soins de l'infirmerie pendant quelques semaines pour une hématurie abondante advenue sans douleur, et qui s'est dissipée sous l'action d'une simple médication émolliente.

Cette fois c'est à un travail phlegmasique développé du côté de la muqueuse vésicale qu'il faut rapporter l'apparition subite des derniers phénomènes morbides.

Il était impossible, à mes yeux, de reconnaître pendant la vie le véritable obstacle à l'évacuation spontanée des urines, à moins toutefois que l'hypertrophie de la prostate n'ait fait soupçonner un travail identique du côté du col vésical. Mais en admettant même que la cause réelle ait été reconnue, quelle ressource thérapeutique eût pu être invoquée avec quelque espoir de succès? L'idée d'une opération pratiquée sur une pareille tumeur n'eût guère pu être rationnellement abordée; des scarifications n'eussent amené peut-être d'autres résultats qu'une hémorrhagie. Je n'aurais pu concevoir l'idée de l'excision d'une pareille tumeur, pas plus que je ne conçois les opérations analogues sur des tumeurs d'un volume infiniment moindre, dont le résultat est trop souvent fatal. On suppose d'ailleurs, pour préconiser une pareille pratique, la fonction valvulaire de la luette vésicale.

Le fait actuel, pas plus que plusieurs autres qui ont été observés, ne confirme cette idée. Ce tubercule, situé derrière l'orifice de l'urèthre, peut bien être le point de départ, comme je l'ai fait remarquer, de fibres musculaires qui passent sur les côtés de l'extrémité du canal pour se rendre dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la vessie; mais je ne l'ai jamais vu d'une mobilité suffisante pour servir d'opercule à l'orifice uréthral, et toujours, sur le cadavre, il paraît d'une assez grande densité et fait dans la cavité vésicale une saillie directe et immobile. La seule médication qui me semblerait dans un fait de ce genre entourée de quelque chance d'efficacité, bien faible cependant, serait l'emploi des astringents énergiques portés par des injections à la surface interne de la vessie, après toutefois qu'un traitement antiphlogistique eût amené la cessation complete du travail phlegmasique de la muqueuse vésicale.

DE LA DOUBLE INFLUENCE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE sur la production de l'aliénation mentale et sur sa guérison.

Par M. SCHLAGER.

M. le docteur Schlager, deuxième médecin à l'asile d'aliénés de Vienne (Autriche), se croit autorisé à regarder la fièvre typhoïde comme une des conditions étiologiques les plus actives de l'aliénation mentale. Dans un travail étendu, il traite: 1° de l'apparition de l'aliénation mentale simultanément avec le début ou les progrès de la fièvre typhoïde, soit pendant la période de *congestion cérébrale*, soit pendant celle d'*infiltration*, c'est-à-dire dans la période d'accroissement ou celle de décroissance; 2° de l'apparition de l'aliénation mentale par l'effet d'une disposition à des affections cérébrales idiopathiques ou sympathiques produite par une fièvre typhoïde antérieure, et 3° de l'apparition de la fièvre typhoïde chez les aliénés, et de son influence sur eux.

L'auteur a observé 17 cas de typhomanie, dont 6 prirent un développement tel, soit pour l'intensité des phénomènes, soit pour leur durée, que les malades durent être confiés à un établissement d'aliénés. 13 de ces cas eurent lieu pendant une épidémie de fièvre typhoïde, 4 étaient sporadiques. Neuf fois on observa l'exanthème typhique. Dans la majorité des cas, le délire était précédé de prodromes, tels qu'une sensation de fatigue, du malaise, de la tristesse, de la stupeur plus ou moins prononcée, alternant avec de l'agitation, et aboutissant enfin à une excitation cérébrale violente, qui presque toujours s'exaspérait vers le soir. Dans 10 cas, cet accroissement eut lieu entre le septième et le quatorzième jour; dans 7 cas, entre le quatorzième et le vingt et unième, en sorte qu'il coïncidait à peu près avec le stade de la congestion ou avec celui de l'infiltration cérébrale commençante. A l'exception d'un seul malade, l'agitation était chez tous caractérisée par l'anxiété, entretenue par des sensations organiques (9 cas), notamment celle d'un poids à la région épigastrique, avec dyspnée, bronchite et météorisme considérable (5 cas), d'une pénible chaleur intérieure, surtout dans la cavité buccale et pharyngienne, avec sécheresse de la langue et des lèvres (3 cas); enfin, dans un cas d'hallucination de l'odorat.

Huit malades étaient en proie à des illusions et des hallucinations pénibles, appartenant presque exclusivement aux hallucinations de la vue. Il mérite d'être noté que ces images paraissaient généralement sur des nuances foncées, autant du moins qu'on pouvait le conclure des renseignements souvent incohérents fournis par les malades: tels étaient des points ou des globes noirs, des crêpes enveloppant les objets, des corps humains noirs (5 fois). Les hallucinations de l'ouïe consistaient en tintements, et chez deux malades, en airs mélodieux. Un degré plus ou moins marqué de surdité était presque général; l'odorat n'était affecté qu'une fois.

Le délire se rapportait presque généralement (16 fois) à des idées de persécution, qui se modifiaient selon le caractère et la position sociale des malades. Des cris, des implorations de secours, des tentatives de fuir, parfois devenues dangereuses (3 fois), se succédaient sans cesse. Avec cette excitation, l'expression de la physionomie, qui restait presque constamment celle de la stupeur, formait un contraste curieux. Tous ces phénomènes disparurent avec les autres symptômes de la fièvre typhoïde. Dans quatre cas ils se prolongeaient au delà de ce terme; dans cinq, ils étaient suivis d'un degré de stupeur prononcée. La durée la plus courte de la typhomanie a été de quatre jours, la plus longue de trente-cinq, la moyenne de treize. Quoiqu'elle constitue un phénomène grave, elle admet cependant un pronostic relativement favorable, car sur les dix-sept cas observés, trois seulement furent mortels. Dans ces derniers, le cerveau n'offrait ni hyperémie ni anémie; le volume de la rate était augmenté; les plaques de Peyer étaient tuméfiées, et, dans un cas, couvertes d'eschares brunâtres.

Quoique le pronostic de la typhomanie ne soit pas défavorable, relativement à la terminaison de la fièvre typhoïde, il le devient néanmoins beaucoup, dit M. Schlager, par la disposition aux affections cérébrales qu'elle détermine et laisse souvent encore longtemps après elle. C'est surtout le groupe de symptômes désignés du nom de *melancholia stupida*, ou de *mélancolie aiguë*, qui mérite l'attention des praticiens; car, dans ces maladies, il est souvent difficile de reconnaître l'existence d'une fièvre typhoïde, lorsque celle-ci n'est pas fortement caractérisée, et il est arrivé plus d'une fois que, dans des cas apparents de mélancolie aiguë, terminés par la mort, l'autopsie a révélé des altérations typhiques très-avancées dans le tube intestinal et les glandes mésentériques. L'auteur cite deux observations de ce genre; la mort eut lieu au treizième et au dix-septième jour. C'est surtout la forme de la fièvre typhoïde appelée en Allemagne *typhus ambulatorius*, qui peut être confondue avec de prétendues aliénations mentales.

Les anomalies psychiques, qui surviennent pendant le stade de décroissance de la fièvre typhoïde, constituent un autre ordre de phénomènes. Dans 8 cas, elles revêtaient la forme de la mélancolie avec anxiété; dans 3, celle de la *melancholia stupida*; dans 2, celle de l'imbécillité (*aphrenia*). Cinq malades cherchaient à se soustraire, par des tentatives de suicide, aux inexprimables angoisses auxquelles ils étaient en proie. La mélancolie admet ici généralement un pronostic favorable; un régime tonique, le quinquina, combiné parfois avec les ferrugineux, sont indiqués.

Y a-t-il des circonstances qui prédisposent particulièrement, soit à la typhomanie, soit aux affections mentales dépressives? Tout en reconnaissant que son expérience est jusqu'à ce jour insuffisante pour répondre pertinemment à cette question, M. Schlager présume cependant que le caractère propre à chaque épidémie, ainsi que la constitution de chaque malade, ne doivent pas être sans action sur le développement de l'une ou de l'autre de ces complications.

L'auteur a eu occasion d'observer onze fois la fièvre typhoïde chez des aliénés traités dans l'hospice auquel il est attaché; quatre de ces malades étaient atteints de manie furieuse, les autres de mélancolie. Mais ce qui est surtout intéressant, c'est que six d'entre eux furent guéris de l'aliénation mentale sous l'influence de la fièvre typhoïde, après avoir passé par un état de stupeur complète; trois furent plus tard atteints de phthisie pulmonaire.

Le docteur Schlager est disposé à croire que c'est l'anémie cérébrale, peut-être même une altération spéciale de la masse du sang, propre à la fièvre typhoïde, qui a fait cesser l'hyperémie de l'encéphale, cause de l'aliénation mentale.

(*OEsterreich. Zeitschr. f. pract. Heilk.*)

LUXATION EN ARRIÈRE de la deuxième phalange du médius sur la première;

Par M. le Dr A. ROUGET, médecin à Levier (Doubs).

Le 5 décembre dernier, M. Guyon, propriétaire à l'Abergement du Navois, vint réclamer mes conseils. Cet homme, déjà âgé, portait à sa cave un panier de légumes; il fit un faux pas et tomba à la renverse dans l'escalier. La main droite avait supporté en grande partie le poids du corps, et il se plaignait d'une douleur très-vive au médius, qu'il lui était impossible de mouvoir. Il y avait douze heures que cet accident était survenu, lorsque j'examinai le blessé et reconnus les lésions suivantes:

Le médius droit, raccourci, ne dépasse plus le bout des doigts indicateur et annulaire. L'articulation phalango-phalangienne est déformée. La face dorsale présente une dépression marquée, et plus bas une saillie correspondant à la tête de la deuxième phalange. A la face palmaire est une saillie formée par l'extrémité antérieure de la première phalange, et au-dessous de cette saillie on voit une dépression plus petite que celle de la face dorsale. Le doigt, légèrement fléchi, est incliné du côté de l'indicateur. Les mouvements de l'articulation sont impossibles, et la douleur s'exaspère lorsqu'on cherche à fléchir ou à étendre le doigt. Le médius ne peut être allongé. Ces lésions étaient caractéristiques d'une luxation en arrière.

Quant au procédé à employer pour la réduction, celui du professeur Gerdy me parut préférable, et je n'eus qu'à me féliciter de l'avoir adopté. Grâce à lui, la réduction fut des plus faciles et presque instantanée.

J'embrassai à pleine main le médius luxé, en ayant soin d'appliquer les indicateurs sur la tête de la première phalange et les pouces sur celle de la seconde. Ces doigts agissant en sens inverse, les extrémités articulaires glissèrent l'une sur l'autre, jusqu'à ce qu'arrivées au contact le médius se fléchit brusquement et la luxation fut réduite.

Je maintins le doigt luxé dans l'immobilité au moyen de deux petites attelles latérale et palmaire, et d'un bandage roulé. Je prescrivis des fomentations avec l'eau-de-vie camphrée, et cinq jours après la guérison était parfaite.

Je ne saurais trop recommander à mes confrères, le cas échéant, l'emploi d'un procédé qui m'a été aussi avantageux.

(*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

POUDRE ET PAPIER FUMIGATOIRES DE BOUTIGNY (D'ÉVREUX).

Prenez: Bi-sulfate de potasse. . 1 Eq. (55, 69).
Azotate de potasse. . . 1 Eq. (44, 31).
Peroxyde de manganèse, q. s. pour noircir le mélange.

On pulvérise grossièrement chaque substance; ensuite on les mêle avec soin.

Lorsqu'on veut procéder aux fumigations, on fait chauffer, au petit rouge, une pelle à feu, une brique, un creuset, etc., et on y projette quelques grammes de poudre, et tout aussitôt d'abondantes vapeurs d'acide azotique, hypo-azotique, etc., se dégagent. M. Boutigny a imaginé un petit fourneau à main, en fonte, pour cette fumigation; nous l'avons trouvé très-commode. Il a quelque ressemblance avec une longue pipe, dont le tuyau serait emmanché dans une poignée de bois.

La poudre fumigatoire de M. Boutigny, par sa couleur et sa saveur, ne peut être confondue avec aucune des substances qui servent à l'alimentation de l'homme; son innocuité permet de l'introduire sans danger dans toutes les demeures, et nous croyons qu'elle peut rendre des services dans tous les cas où l'on croira devoir recourir aux fumigations nitriques (1).

Après la fumigation, M. Boutigny brûle un petit feuillet de papier qui dégage une odeur des plus agréables. Ce papier est préparé comme il suit: on fait dissoudre une partie de nitrate et deux de sucre dans six parties d'eau; on plonge du papier non collé dans cette solution et on fait sécher. (*Répert. de pharm.*)

DRAGÉES DE GOUDRON; MODE DE PRÉPARATION.

L'eau de goudron est la seule forme sous laquelle on a l'habitude d'administrer cette substance, et encore ne peut-on faire prendre aux malades que de faibles quantités du médicament; très-souvent même il arrive que leur répugnance pour cette préparation rend cette médication impossible ou en limite l'emploi et prive le médecin d'une ressource puissante. Les auteurs et les praticiens sont tous d'accord sur les propriétés thérapeutiques de cet agent; ils lui ont reconnu une spécificité d'action et une utilité incontestable, mais il manquait, pour rendre l'administration de ce médicament facile et pour en généraliser l'usage, une forme pharmaceutique commode qui conservât au goudron toutes ses qualités. C'est dans le but de combler cette lacune que j'ai entrepris un grand nombre d'essais, et je crois être arrivé à un

(1) Les médecins connaissent les effets salutaires qu'on obtient par l'évaporation de petites quantités d'acide azotique (et non de chlore, dont les effets sont souvent fâcheux), ou par la combustion du soufre, c'est-à-dire par des matières qui détruisent les gaz nuisibles ou qui en arrêtent l'état de décomposition. (Liebig. *Lettres sur la chimie* (28e lettre).

résultat utile. Je mélange à froid le goudron de Norvége avec 1/15 de son poids de magnésie et laisse ces substances en contact pendant quinze jours, à la température de la cave. Au bout de ce temps, le mélange, devenu parfaitement maniable, peut être mis sous la forme de dragées, forme sous laquelle il est supporté sans aucune répugnance par les malades. On peut aromatiser le sucre qui sert à les enrober, et masquer ainsi la faible odeur du goudron qu'elles laissent dégager.

Quelques praticiens de Bordeaux, qui ont expérimenté ces dragées, y ont fait ajouter les uns du fer, les autres du quinquina, et l'on comprend combien il est facile d'y faire telle ou telle addition qui sera jugée utile. *(Bull. de Thérap.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 janvier 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur du gland. — M. FORGET présente un malade chez lequel une tumeur s'est développée dans l'épaisseur du gland. Cette tumeur, dont le volume égale celui d'une grosse noisette, présente une forme globuleuse, assez régulièrement sphérique; elle est située dans l'épaisseur du tissu du gland, en avant du conduit urétral, dont elle refoule la paroi antérieure en faisant légèrement saillie vers la fosse naviculaire, de telle sorte qu'elle gêne quelque peu l'excrétion des urines. Elle est dure, résistante et indolente. La muqueuse du gland et celle de l'urètre sont d'ailleurs simplement soulevées, et ne sont le siége d'aucune altération. Les ganglions inguinaux ne présentent aucune trace d'engorgement.

Le malade a eu il y a cinq ans et demi un chancre suivi d'infection constitutionnelle et d'accidents secondaires, qui ont cédé à un traitement régulier. Il n'a jamais eu d'accidents tertiaires d'aucune sorte. La tumeur s'est montrée il y a un peu plus de deux ans. Elle était alors peu volumineuse, et est restée longtemps stationnaire; mais depuis quelques mois elle prend de l'accroissement.

M. Forget est porté à croire que la syphilis n'est point la cause de cette tumeur. Il penserait plutôt qu'il s'agit d'une production accidentelle de la nature des cancroïdes. Toutefois, avant de proposer une opération, il est disposé à essayer le traitement des accidents tertiaires de la syphilis.

M. BOINET trouve que la tumeur ressemble beaucoup à une gomme syphilitique, tout en reconnaissant que le gland est un siége fort insolite pour une tumeur de cette nature.

M. HUGUIER partage l'opinion de M. Boinet. Il trouve quelque ressemblance entre les caractères de cette tumeur et ceux que présentent les corps pireux interstitiels développés dans l'épaisseur du col de l'utérus; mais le diagnostic d'une gomme syphilitique paraît beaucoup plus probable.

M. FORGET demande à M. Broca s'il a vu des cancroïdes de la verge débuter ainsi.

M. BROCA répond que non.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Fractures du col du fémur. — A l'occasion du procès-verbal, M. HOUEL montre de nouveau les pièces présentées par M. Dumas dans l'avant-dernière séance. Après avoir insisté sur l'état des os du crâne, il donne la note suivante sur la fracture extra-capsulaire du col du fémur, dont l'existence avait d'abord paru douteuse, mais dont une coupe verticale a démontré la réalité.

« La pièce de fracture du col du fémur offre aussi un grand intérêt et une certaine difficulté même pour la détermination du siége de la solution de continuité. Le col est raccourci, il n'a guère qu'un centimètre de longueur; il est abaissé au-dessous du sommet du grand trochanter. Sur cette pièce, il existe à l'union de la tête fémorale avec le col, une lamelle osseuse formée de tissu compact, obliquement dirigée de bas en haut et de dehors en dedans, qui pourrait être prise pour un cal, et ferait croire à l'existence d'une fracture intra-capsulaire consolidée; mais l'examen d'un assez grand nombre de pièces déposées dans le musée Dupuytren m'a démontré que cette disposition s'observait normalement sur cet os chez les individus avancés en âge.

» Prévenu de cette disposition, j'ai recherché avec soin la trace de la fracture qui est mentionnée dans l'observation de M. Dumas, et je n'ai pas tardé à me convaincre qu'elle était *extra-capsulaire*, que le col avait penché comme cela a lieu le plus souvent dans le grand trochanter qu'il a fait éclater. En effet, en examinant la face externe de cette saillie osseuse, on la trouve déformée, aplatie, inégale et élargie, et même comme on peut le voir sur cette pièce, on peut encore suivre dans le tissu spongieux du grand trochanter la trace du col, qui est en grande partie effacée comme cela s'observe dans le tissu spongieux des os. »

M. GOSSELIN pense comme M. Houel, que la disposition du tissu osseux sur la coupe du col fémoral suffit pour établir l'existence d'une ancienne fracture extra-capsulaire parfaitement consolidée; pourtant si on s'était borné à examiner la conformation extérieure de l'os, et si on n'avait pas connu les antécédents du sujet, on aurait presque certainement méconnu la fracture, parce qu'il se produit très souvent sur le col du fémur, par les progrès de l'âge, des déformations tout à fait semblables à celle qui existe sur la pièce actuelle. Un trait de scie ne suffit même pas toujours pour lever tous les doutes des personnes qui n'ont pas approfondi la question.

Ce fait, continue M. Gosselin, renferme un enseignement qui ne doit pas être perdu. On a longtemps discuté, et on discute encore, sur la fréquence relative des fractures intra-capsulaires et des fractures extra-capsulaires. Si on ne consultait que le relevé des autopsies publiées, ou des pièces déposées dans les musées, on trouverait certainement que les fractures intra-capsulaires sont les plus communes. Ce serait cependant une erreur. Les fractures intra-capsulaires laissent après elles des lésions qu'il est impossible de méconnaître; tandis que beaucoup de fractures extra-capsulaires consolidées échappent à l'attention des anatomo-pathologistes. Depuis que M. Gosselin tient compte de cette particularité, et qu'il examine plus complétement les lésions et les déformations du col du fémur, il a trouvé, contrairement aux relevés numériques, que les fractures extra-capsulaires sont beaucoup plus communes que les autres.

M. HOUEL ne partage pas l'opinion de son collègue. Il n'a pas seulement consulté les pièces du musée Dupuytren. Il a suivi exactement les séances de la Société anatomique, et la prédominance des fractures intra-capsulaires lui paraît parfaitement établie.

Quant aux nombreuses pièces déposées dans le musée, M. Gosselin a tort de n'en pas faire plus de cas. Il s'est laissé influencer sans doute par une assertion inexacte de M. Nélaton. Ce professeur a avancé que la plupart des fractures du col du fémur qui existent dans les collections de la Faculté provenaient de l'époque où Dupuytren et A. Cooper discutaient sur la possibilité de la consolidation des fractures intra-capsulaires. S'il en était ainsi, on comprendrait qu'on eût choisi de préférence les pièces de fractures intra-capsulaires. Mais il se trouve précisément que presque toutes les pièces du musée sont postérieures à l'époque de Dupuytren.

M. GOSSELIN fait remarquer que M. Houel n'a point répondu à son objection. On ne dépose dans le musée et on ne présente à la Société anatomique, sous le titre de fractures du col du fémur, que les pièces sur lesquelles l'existence d'une fracture a été constatée. Or la plupart des fractures extra-capsulaires consolidées sont méconnues à l'autopsie et ne peuvent dès lors figurer ni dans les musées ni dans les bulletins de la Société anatomique.

M. RICHARD rappelle que les fractures extra-capsulaires offrent à peu près constamment la même disposition; l'os se trouve divisé en trois fragments, et le col pénètre dans le grand trochanter. Cette pénétration favorise beaucoup la consolidation, mais rend quelquefois le diagnostic difficile.

M. HOUEL déclare à son tour qu'il n'a pas vu un seul exemple de fracture extra-capsulaire sans pénétration du col dans le grand trochanter. Cette pénétration est habituellement directe, comme cela a eu lieu sur la pièce de M. Dumas; mais quand la fracture est oblique, la pénétration n'a lieu qu'en arrière et les fragments se trouvent écartés à leur partie antérieure. M. Laugier, qui a indiqué cette disposition, en a tiré parti pour le diagnostic.

M. CLOQUET rappelle qu'il y a plus de quarante ans, de 1814 à 1817, il a déposé dans les collections de la Faculté plus de trente pièces sur lesquelles on peut étudier les diverses variétés de fracture du col du fémur. Il a insisté à cette époque sur le phénomène de la pénétration, qui était alors peu connu, sur l'exagération de volume du grand trochanter, qui permet de reconnaître cette pénétration pendant la vie, et sur le travail de consolidation qui donne lieu à une sorte d'hypertrophie de l'os. La pénétration présente d'ailleurs plusieurs variétés. mais elle n'existe pas dans toutes les fractures extra-capsulaires. Au reste, les observations de M. Cloquet ne s'accordent pas avec l'opinion de M. Gosselin; car les fractures intra-capsulaires se sont toujours montrées à lui bien plus souvent que les autres.

M. HUGUIER pense que cette question de fréquence relative n'a pas l'importance qu'on lui donne. Les fractures intra-capsulaires sont aussi rares que les fractures extra-capsulaires. Presque toutes les fractures sont à la fois intra et extra-capsulaires. Cela tient à la disposition de la capsule fibreuse qui s'insère obliquement autour du col du fémur, et qui descend beaucoup plus bas en avant qu'en arrière. Ces fractures mixtes se consolident rarement. Presque toujours c'est une substance fibreuse qui se produit à la place du col, non-seulement entre les fragments, mais encore autour d'eux, en formant une capsule accidentelle qui au bout de quelques mois simule la capsule normale. C'est pour cela qu'à l'autopsie on croit que la fracture est intra-capsulaire, tandis qu'elle est mixte en réalité. Ces faits, qui sont les plus connus de tous, ont fait admettre à tort la prédominance des fractures intra-capsulaires.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

De la saignée dans la grossesse, par M. le docteur Silbert (d'Aix).

De l'irrigation continue appliquée au traitement de l'ophthalmie, par M. le docteur Chandelux.

Des paralysies des membres inférieurs, par M. le docteur R. Le Roy d'Étiolles.

Études sur la gravelle, du même.

— M. LARREY offre à la Société un livre de M. le docteur Goffres, médecin principal de l'armée, ancien professeur de chirurgie dans les hôpitaux militaires d'instruction. Cet ouvrage, intitulé *Précis iconographique des bandages, pansements et appareils*, est accompagné d'un grand nombre de planches fort bien dessinées d'après nature; il a coûté beaucoup de temps et de travail à l'auteur, qui a exposé, analysé avec soin tout ce que l'histoire et les progrès de la chirurgie offrent d'utile sur l'application des bandages et appareils.

M. Larrey fait hommage à la Société de l'atlas du *Traité des fractures et des luxations*, par M. Malgaigne; de l'atlas supplémentaire des hernies, par Scarpa; de la planche du nerf grand sympathique, par M. Manec, et d'une planche sur la fracture du col du fémur, par M. Brulatour.

— L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination des commissions chargées des rapports sur les prix de 1857.

Sont nommés commissaires pour le prix de la Société : MM. Lenoir, Richet et Larrey.

Sont nommés commissaires pour le prix Duval : MM. Cullerier, Giraldès, Verneuil, Houel et Gosselin.

(Nous donnerons dans le prochain numéro la suite de la discussion sur les injections iodées, qui a eu lieu dans cette séance.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — M. GOSSELIN présente de la part de M. le docteur Lizé, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu du Mans, une fracture du fémur au quart inférieur, avec complication de fracture intercondylienne. Voici le résumé de cette observation :

Homme, trente-quatre ans; chute dans un fossé de 2 mètres de profondeur, le 16 mars 1855, produisant une fracture du fémur droit à trois travers de doigt au-dessus des condyles. Cette fracture présentait une double complication: d'une part, le fragment supérieur, terminé en pointe, faisait issue à travers les chairs, à la partie antérieure de la cuisse; d'une autre part, les deux condyles fémoraux étaient mobiles l'un sur l'autre, ce qui était l'indice d'une fracture verticale pénétrant dans l'articulation. Les deux parties du fragment inférieur étaient renversées en arrière et faisaient saillie dans le creux du jarret.

Après des efforts infructueux de réduction, M. Janin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Mans, fut obligé de pratiquer la résection du fragment supérieur. La réduction fut alors obtenue. Le membre fut placé dans l'appareil à extension de Desault. De graves accidents, une inflammation diffuse et une suppuration disséminée sur plusieurs points se manifestèrent bientôt. Il fallut pratiquer des ouvertures au jarret, à la cuisse, et jusqu'au niveau du grand trochanter. L'amputation, proposée à plusieurs reprises, fut enfin acceptée par le malade; mais elle fut inutile, et la mort survint le 22 mai 1855, environ deux mois après l'accident.

Autopsie du membre amputé. — La capsule de l'articulation du genou est presque entièrement détruite, ainsi que les cartilages d'encroûtement des condyles du fémur et de la rotule. On trouve encore dans l'articulation quelques débris des cartilages semi-lunaires, de vastes fusées purulentes partant du foyer de la fracture, remontant entre les muscles et à la surface du fémur, jusqu'au-dessous du point où l'amputation de la cuisse a été pratiquée. Le périoste du fémur est presque partout détruit, et le pus repose directement sur le tissu osseux. La jambe est également infiltrée de pus, et le jarret est entièrement ravagé par la suppuration.

Les fragments du fémur ont été desséchés après macération. M. Gosselin, au nom de M. Lizé, place ces pièces sous les yeux de la Société. Il y a d'abord sur la partie inférieure de la diaphyse du fémur un trait de fracture très-oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et présentant la plus grande ressemblance avec ces fractures en coin dont il a été si souvent question devant la Société. La pointe du fragment supérieur est située en avant; elle est assez aiguë; c'est elle qui a perforé la peau. En outre, un trait de fracture à peu près vertical, séparant les deux condyles, s'étend de l'échancrure intercondylienne jusqu'au sommet de l'angle rentrant que le trait de la fracture forme sur le fragment inférieur. En rapprochant ces trois fragments l'un de l'autre, on est autorisé à penser que la fracture verticale a été produite par la pointe du fragment supérieur du fémur, agissant sur le fragment inférieur et le faisant éclater à la manière d'un coin.

Blessures par les grenades fulminantes du 14 janvier. — M. VOILLEMIER présente deux fragments de crâne provenant de deux individus blessés par les éclats des grenades fulminantes dans la soirée du 14 janvier.

C'est d'abord le coronal du nommé Riquier, qui est mort presque sur le coup, frappé en même temps à la cuisse, au ventre et à la tête. Cet os a été traversé de part en part sur la ligne médiane, entre les deux arcades sourcilières. La table externe est coupée nettement, et présente une ouverture assez régulièrement ronde, de six millimètres de diamètre; la table interne est comme déchirée dans une étendue plus que double. Le corps étranger n'a pas été retrouvé dans le cerveau; il s'était probablement perdu dans les sinus de la face, à laquelle on ne devait point toucher.

L'autre pièce est la moitié gauche du coronal d'un garde de Paris qui est arrivé mourant à l'hôpital. L'os a été perforé d'outre en outre. Comme sur la première pièce, l'ouverture de la table externe est assez nette, irrégulièrement ovalaire, ayant six millimètres dans sa plus grande longueur et quatre dans sa plus grande largeur. La table interne a été brisée très-irrégulièrement, comme soulevée et déchirée en écailles, dont plusieurs ont été retrouvées à plus d'un centimètre dans la substance cérébrale. La perte de substance de la table interne est quatre fois plus grande que celle de l'autre table. Le seul corps étranger, retrouvé à quatre centimètres de profondeur dans la substance cérébrale, était gros comme une tête d'épingle.

M. Voillemier montre encore un morceau de grenade, gros comme un œuf de pigeon, à forme pyramidale, irrégulièrement triangulaire et portant sur chaque arête des angles les restes d'un pas de vis. Ce fragment, qu'il a extrait de la cuisse d'un marchand de journaux par une contre-ouverture, est le plus gros qu'il ait trouvé. Tous les autres projectiles qu'il a retirés des plaies sont très-petits, aplatis, irrégulièrement quadrilatères; aussi les blessures sont-elles, en général, moins graves qu'on n'aurait pu le craindre. Leur petit volume et leur forme aplatie étaient des obstacles à ce qu'ils pénétrassent profondément, à moins d'être lancés par une très-grande force. Cette extrême division des grenades lui a semblé tenir uniquement à la matière grossière peu homogène dont elles sont faites.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 26 janvier, M. Adrian est nommé préparateur d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par décision du conseil de l'Académie, M. le docteur Axenfeld vient d'être nommé bibliothécaire adjoint de l'Académie de médecine.

— Le concours ouvert à Lyon pour la place de chirurgien-major de l'hôpital de l'Antiquaille s'est terminé par la nomination de M. Gailleton.

— Les membres du jury du concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie, et du concours pour l'internat sont :

Pour le concours des prix, MM. Chatin, Hébert et Tassart, *juges titulaires*; M. Regnauld, *suppléant*.

Pour l'internat, MM. Hottot, Desnoit, Fermond, Fordos et Lutz, *juges titulaires*; M. Roussel, *suppléant*.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 17. — JEUDI 11 FÉVRIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 17. — JEUDI 11 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 FÉVRIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un intéressant travail de M. le docteur Bertillon sur la statistique de la mortalité des nouveau-nés. Un résultat inattendu, jusqu'ici inexplicable, et qui à cause de cela paraîtra peut-être mériter vérification, ressort de ce travail, savoir : que dans le cours de la première année d'existence, la mortalité des mâles est constamment plus forte que celle des filles. Nos lecteurs trouveront au compte rendu les principaux éléments de l'étude de M. Bertillon.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur le rapport de M. Devergie, relatif à l'herpès tonsurant de l'homme et des animaux. Sollicité par les objections et les observations dont son rapport a été l'objet, M. Devergie a repris en sous-œuvre, dans une argumentation qui est un travail complétement nouveau, les questions relatives à la doctrine du parasitisme née des recherches microscopiques, et à l'influence que cette doctrine tend à exercer de nos jours sur la manière d'envisager et de traiter les maladies cutanées. Quelques-unes des idées émises intercurremment, dans le cours de ce travail, sur la génération spontanée, ont donné lieu à quelques courtes et très-judicieuses réflexions de M. Guérard sur cette importante question de physiologie générale. La nouvelle communication de M. Devergie soulève trop de points et trop de questions pour qu'il nous soit possible de les aborder aujourd'hui ; elle n'est point terminée d'ailleurs ; nous attendrons donc la fin de cette discussion, pour tâcher d'en faire ressortir les résultats pratiques essentiels.

Entre ces deux lectures, l'Académie a procédé au scrutin qui a appelé M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire à siéger dans son sein en qualité d'associé libre. C'est l'acquit d'une vieille dette envers l'un des représentants les plus éminents des sciences naturelles. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Cas remarquables de douleurs dans les nerfs rachidiens du dos avec diminution de l'action nerveuse du bras du même côté. Douleur musculaire sous-sternale.

Au n° 1 de la salle Saint-Charles est un homme de trente ans, dont l'apparence de santé ne laisse rien à désirer. Il se plaint de ressentir dans l'épaule une vive douleur qui dure depuis plusieurs semaines, et indique avec un seul doigt le siége précis de cette douleur entre l'épaule et le rachis. En effet, si on porte le scapulum tout à fait en dehors, on ne cause pas au malade de sensation pénible, tandis qu'il suffit de palper les espaces intercostaux correspondants aux deuxième et troisième côtes pour donner lieu à une souffrance aiguë. En dessinant avec le crayon les points douloureux, on suit un trajet qui, contournant l'épaule, passe au côté interne du bras pour arriver jusqu'à l'extrémité du membre. C'est plutôt un sentiment constant d'engourdissement, de crampe, qu'une véritable douleur; la main est devenue plus faible et ne peut serrer que médiocrement.

Le rachis percuté avec soin ne présente aucune modification.

Le siége du mal est évidemment dans deux nerfs intercostaux et dans des rameaux nerveux communiquant avec le plexus brachial.

Un examen rapide et inattentif aurait fait rapporter ces accidents au rhumatisme. Le malade ne se souvient pas d'avoir été exposé à l'action du froid humide; la douleur s'est déclarée à la suite d'une maladie de l'appareil respiratoire qui existe depuis un mois; de violents accès de toux ont lieu et augmentent la douleur. Donc, à la suite de quelque contraction musculaire et de quelque tiraillement des nerfs malades du rachis, il est survenu une altération moléculaire quelconque qui occasionne la douleur.

Maintenant, quelle est la cause organique de la toux chez cet homme athlétique, au teint coloré, et si bien portant en apparence? On ne la trouve que trop! Si l'auscultation ne donne pas de résultats inquiétants, le plessimétrisme, surtout pendant l'expiration forcée, permet de constater une matité très-marquée au poumon gauche (du côté opposé au siége de la douleur) et dans la hauteur de 5 centimètres. Les crachats, en grande partie muqueux, contiennent des stries opaques, grisâtres, phymoïdes. Cet homme, à coup sûr, n'est pas phthisique dans l'acception rigoureuse du mot, il n'est point amaigri, mais il est tuberculeux; il a des tubercules dans les poumons ou au moins dans le poumon gauche.

Il ne s'agit pas, d'après ce qui précède, de traiter une douleur rhumatismale, mais une névralgie chez un sujet tuberculeux. On prescrit au malade les inspirations d'iode, l'iodure de potassium à l'intérieur et des applications réitérées sur le trajet des nerfs malades de petits vésicatoires pansés matin et soir avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Par une de ces bizarreries de pratique que l'on ne s'explique pas, ce fait que l'on ne rencontre pas souvent se trouve répété en quelque sorte chez un second malade, au n° 4. Mais ici la douleur existe principalement au niveau du muscle sous-épineux ; elle semble avoir cet organe pour siége, et s'irradie aussi vers le plexus brachial et le bras du même côté. Elle n'est en rien en rapport avec la cause humidité froide, et dans ce cas, comme dans le précédent, la plèvre est exempte de phlegmasie, d'adhérences, etc., etc.

Ici il n'y a pas de complication tuberculeuse, et les efforts musculaires auxquels le malade s'est livré ont encore été les seules circonstances qui ont donné lieu aux accidents. Le repos de la partie endolorie et les petits vésicatoires avec la morphine sont ici les seuls moyens qui doivent être prescrits.

Mais voici qu'un ouvrier bitumier espagnol, âgé de trente-cinq ans, exécutant habituellement des mouvements de bras continus et énergiques, se plaint d'éprouver vers la partie moyenne du sternum une douleur vive. Cette douleur offre ceci de particulier, qu'elle existe quand le malade porte la tête en arrière et qu'elle cesse dans l'attitude contraire ; de telle sorte que, depuis qu'il souffre, cet homme a pris l'habitude de tenir la tête fortement fléchie.

Le cœur a son volume ordinaire ; ses bruits sont normaux. La peau est saine. Le sternum donne partout, au plessimétrisme, le caractère de sécheresse et de sonorité qui lui est propre. A la pression, aucun point douloureux ne trahit de névralgie ; les gros vaisseaux, percutés et dessinés, n'offrent aucun indice de maladie.

Il ne s'agit donc ici que d'une *douleur* du muscle triangulaire du sternum, dont les fibres, malades à la suite d'efforts du bras, souffrent lorsque la tête les tiraille en se redressant.

Le traitement ne diffère pas de celui qui a été prescrit dans les cas précédents.

Quand l'analyse étiologique est faite avec soin, on trouve 9 fois sur 10 la raison anatomique et physiologique d'une douleur cliniquement constatée. Tel qui admet dans un cas obscur un rhumatisme, le fait presque toujours parce qu'il n'explore pas convenablement le malade. C'est là une manière de faire tout à fait condamnable, et qui a été souvent pernicieuse pour des médecins qui se traitaient comme rhumatisants sans se faire examiner.

Le malade du n° 1 présentait aussi un singulier phénomène. Lorsque l'épaule douloureuse était portée brusquement en dehors, on entendait et on percevait par le tact une sorte de crépitation sèche et d'une nature toute spéciale. Il n'y avait, du reste, aucun indice d'une maladie des os ou des parties molles. Tout porte à croire que ce bruit était dû au frottement du scapulum contre les côtes ou à quelque faisceau musculaire qui, en se contractant, passait brusquement sur le bord interne de l'omoplate.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LA PÉDÉRASTIE.

> On peut dire que dans Paris la pédérastie est l'école à laquelle se forment les plus habiles et les plus audacieux criminels. (Le baron A. DE SAINT-DIDIER.)

C'est bien mériter de la science et de la morale publique, que de venir dans la presse scientifique éclairer les médecins et les légistes sur des actes d'infâme turpitude qui malheureusement tendent à se répandre de plus en plus dans les grands centres de population. A M. le docteur Ambroise Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est dû l'honneur d'avoir récemment soulevé l'épais voile qui dérobait encore à nos yeux le triste spectacle de la prostitution sodomite; d'avoir mis en scène et flétri avec cette haute autorité qui lui est propre, les habitudes ignobles d'une association de misérables, et surtout d'avoir, de l'examen physique de 205 individus et d'une série de douze observations prises par lui au Dépôt de la préfecture de police, déduit des faits complétement nouveaux et d'un intérêt saisissant sur la déformation du pénis chez ceux qui se livrent à la pédérastie active. Les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (janvier 1858) viennent de publier cet important travail, et nous devons dire tout d'abord, avant d'en donner ici un résumé à nos lecteurs, que s'il a fallu à M. Tardieu un grand courage, un profond respect pour la vérité et tout son amour pour la science pour ne pas reculer d'horreur devant l'énumération de tant de passions abjectes, nous avons besoin à notre tour d'être animé de la conviction que nous faisons une œuvre utile à nos confrères, pour suivre l'auteur sur le nouveau terrain qu'il vient de défricher. Cela dit, entrons dans cette boue.

Après une courte introduction sur l'historique et la définition de son sujet, M. Tardieu reproduit un fait de jurisprudence, consacré par plusieurs arrêts de la cour de cassation, à savoir : que le crime d'attentat à la pudeur peut exister de la part d'un mari se livrant envers sa femme à des actes contraires à la foi légitime du mariage, s'ils ont été accomplis avec violence physique ; puis il rappelle les souillures dont les jeunes garçons de huit à douze ans sont souvent victimes, soit à la suite de promesses coupables, soit comme conséquence de cette promiscuité qui règne dans les plus pauvres réduits des grandes villes. Après ces préliminaires, l'auteur établit que la prostitution pédéraste a pris dans l'ombre un accroissement presque incroyable, et a reçu une organisation destinée surtout à favoriser l'industrie désignée sous le nom de *chantage*.

Du chantage. — Des escrocs spéculant sur la dégradation de certains individus, attirent ces derniers dans des piéges, sous le prétexte de favoriser l'assouvissement de leurs passions secrètes, et là ils les rançonnent sans peine. Le chantage est donc un vol d'une espèce particulière. A côté de ces hommes mis d'ordinaire avec recherche, « on trouve de jeunes garçons, corrompus et » perdus par eux, qui sont à leurs gages, qu'ils enrôlent, qu'ils » dominent et qu'ils désignent dans leur effrayant cynisme » comme les outils dont ils se servent pour attirer leurs dupes » et saisir leurs victimes. Ces misérables enfants, détournés quel- » quefois du travail honnête de l'atelier, plus souvent ramassés » dans la boue des carrefours et dans l'oisiveté des mauvais lieux, » sont lancés chaque soir dans des endroits déserts et bien connus » où ils savent *lever* facilement leur triste proie. Lorsqu'ils ont » réussi à se faire accoster, les individus avec qui ils marchent » se présentent tout à coup, et usurpant la qualité et le langage » d'agents de police chargés de faire respecter la morale outragée, » finissent par se faire payer leur indulgence. »

M. Tardieu ajoute qu'on ne saurait se figurer jusqu'à quel point a été poussée la criminelle industrie du vol à la pédérastie. Dans un procès où fut compromis un homme très-haut placé l'un des révélateurs s'écria devant la justice : « Ce n'est pas cin- » quante mille francs, c'est plus de cent mille francs qu'il a » donnés; cela dure depuis trente ans, on se le repassait; il a » donné ainsi à des individus qui sont morts et à d'autres qui » sont retirés des affaires. »

Le chantage n'est donc pas seulement livré aux hasards d'une rencontre, mais il s'exploite encore à domicile, et une riche capture devient bientôt l'origine de la fortune d'une *clientèle*.

De la prostitution pédéraste. — Le concert des deux prostitutions, féminine et pédéraste, est assez fréquent. Certaines maîtresses de maison réunissent chez elles les deux sexes ; et une fille de mauvaise vie déclarait dans une enquête que les deux tiers des hommes qui se présentaient chez elle y venaient uniquement pour lui demander des petits garçons. Une autre a raconté qu'elle rencontrait souvent sur la voie publique des jeunes gens qui provoquaient comme elle des hommes à la débauche, et avec qui elle et ses camarades avaient le tort de rire et de plaisanter habituellement. « Ils viennent toujours, ajoutait elle, demander » aux femmes de les recevoir avec les hommes qu'ils accostent, » parce qu'ils ne savent où aller. » Un jeune garçon qui s'est fait un nom dans cette hideuse phalange, a été, au moment de son

arrestation, trouvé porteur d'une carte de fille publique. — Un procès récent a fait connaître l'ignoble complicité de deux époux, dont l'un (qui le croirait?) offrait sa femme à de jeunes garçons en récompense des infâmes jouissances qu'il leur demandait lui-même!

Il est un point sur lequel insiste M. Tardieu, comme conséquence terrible des rapports contre nature, c'est le danger auquel ils exposent. Les exemples d'assassinats commis sur les pédérastes ne sont pas très-rares ; et les circonstances dans lesquelles ils se produisent ont cela de caractéristique, que la victime va d'elle-même en quelque sorte au-devant du meurtrier. Pour ne citer que les crimes qui ont ému Paris, les assassinats de Tessié en 1838, de Ward en 1844, de Benoît et de Bérard en 1856, de Bivel et de Letellier en 1857, ont révélé avec éclat la fin cruelle à laquelle peuvent être réservés ceux qui ne peuvent trouver que dans l'écume du monde le plus vil ces liaisons inavouées auxquelles ils vont demander la satisfaction de leurs monstrueux désirs.

Chez un certain nombre des pédérastes, la débauche ne connaît ni frein ni limites, et l'on trouve sur leur corps avili l'empreinte du double rôle auquel ils se prêtent tour à tour. Voici du reste comment M. Tardieu a réparti les 205 cas de sodomie qu'il a eu à examiner :

Habitudes exclusivement passives. . . .	99
Habitudes exclusivement actives.	18
Habitudes à la fois actives et passives. . .	71
Habitudes non caractérisées.	17
	205

De l'extérieur des pédérastes. — Les jeunes gens que flétrit le nom de *tantes* ont les cheveux frisés, le teint fardé, le cou découvert, la taille serrée de manière à faire saillir les formes, les doigts, les oreilles, la poitrine chargés de bijoux ; toute leur personne exhale l'odeur des parfums les plus pénétrants. Ils ont à la main un mouchoir, des fleurs, ou quelque travail d'aiguille.

Des troubles généraux de la santé chez les pédérastes. — « J'ai pu juger par moi-même dans trop de circonstances, dit M. Tardieu, de l'aspect misérable, de la constitution appauvrie et de la pâleur maladive des prostitués pédérastes. J'ai trop bien reconnu la justesse sinistre de cette expression de *casse-poitrine*, réservée à quelques-uns d'entre eux, pour méconnaître que cet abus de jouissances honteuses mine et détruit la santé. J'en ai vu que l'épuisement des forces physiques et intellectuelles a conduits à la phthisie pulmonaire, à la paralysie et à la folie. »

Signes spéciaux de certaines habitudes obscènes se rattachant à la pédérastie. — Ne voulant rien omettre de ce qui peut servir à reconnaître les diverses formes de la sodomie et les moindres traces qui peuvent les mettre en évidence, l'auteur a mentionné la conformation particulière que peut offrir la bouche de certains individus qui descendent aux plus abjectes complaisances. C'est ainsi qu'il a noté de la manière la plus positive, chez deux d'entre eux, une bouche de travers, des dents très-courtes, des lèvres épaisses, renversées, déformées, complétement en rapport avec l'usage infâme auquel elles servaient.

Des signes d'habitudes actives de pédérastie. — Personne ne sera tenté de nier l'importance de cet ordre nouveau de recherches, car les signes des habitudes actives sont absolument ignorés et n'ont même pas été soupçonnés par les auteurs anciens ou modernes. Sur les 205 individus que M. Tardieu a examinés, il a trouvé 88 fois les signes que nous allons décrire, 70 fois réunis à ceux qui sont propres aux habitudes passives, 18 fois isolés et constituant l'unique trace du vice.

Les *dimensions* du pénis chez les individus qui se livrent activement à la sodomie sont ou très-grêles ou très-volumineuses; la gracilité est la règle générale, la grosseur la rare exception; mais, dans tous les cas, les dimensions sont excessives dans un sens ou dans l'autre, hors l'état d'érection, bien entendu.

Quant à la *forme*, elle a quelque chose de beaucoup plus remarquable et de vraiment caractéristique. Lorsque le membre viril est petit et grêle, il va en s'amincissant considérablement depuis la base jusqu'à l'extrémité, qui est très-effilée, et rappelle tout à fait le *canum more*. C'est là la forme la plus ordinaire, celle qui avait frappé les yeux expérimentés de cette fille publique qui, dans sa description concernant un individu qui voulait exiger qu'elle se soumît à des actes de sodomie, signalait d'elle-même au magistrat : « Un membre très-mince, grêle, évidé par le bout. »

Quand, au contraire, le pénis est très-volumineux, ce n'est plus la totalité de l'organe qui subit un amincissement graduel de la racine à l'extrémité ; c'est le gland, qui, étranglé à sa base, s'allonge quelquefois démesurément, de manière à donner l'idée du museau de certains animaux. De plus, la verge, dans sa longueur, est tordue sur elle-même, de telle sorte que le méat urinaire, au lieu de regarder directement en avant et en bas, se dirige obliquement à droite ou à gauche. Cette torsion et ce changement de direction de l'organe sont quelquefois portés très-loin, et paraissent d'autant plus marqués que ses dimensions sont plus considérables.

« Il est encore une autre forme particulière que peut affecter le pénis, et qui se rencontre plus spécialement chez les individus adonnés à la masturbation. Celle-là est bien connue, et notre excellent confrère M. Jacquemin, s'il ne l'a pas découverte, l'a certainement rendue vulgaire dans les prisons, ou je l'ai observée un très-grand nombre de fois. On peut la désigner sous le nom de pénis en massue : elle consiste en effet en un renflement globuleux de l'extrémité de la verge dont le gland est élargi et comme aplati.

» Tels sont les différents caractères que peut fournir l'examen du membre viril chez les pédérastes. Quelque nouveaux qu'ils soient, quelque inattendus ou incertains qu'ils puissent paraître, je crois qu'il est facile d'en donner une explication qui en fera mieux saisir la réalité et la véritable portée.

» Parmi ces déformations du pénis, les unes, telles que l'amincissement, l'étranglement et l'élongation du gland, répondent très-exactement à la disposition infundibuliforme de l'anus sur lequel elles se moulent en quelque sorte ; de même que la torsion et le changement de direction de la verge s'expliquent par la résistance de l'orifice anal proportionnée au volume du membre et exigeant pour l'intromission une sorte de mouvement de vis ou de tire-bouchon qui, à la longue, s'imprime sur l'organe tout entier. Rien ne doit surprendre du reste dans cette modification de la forme d'un organe sous l'influence d'une compression répétée et d'une habitude invétérée. »

Après cette description, M. Tardieu relate douze observations comprenant l'examen de vingt individus, énumère particulièrement les signes propres aux habitudes actives de pédérastie, décrit les formes de syphilis communiquée par des actes contre-nature, et rapporte deux cas d'assassinat commis par des sodomistes.

Des signes d'habitudes passives de pédérastie. — Les signes caractéristiques de la pédérastie passive sont : le développement excessif des fesses, la déformation infundibuliforme de l'anus, le relâchement du sphincter, l'effacement des plis, les crêtes et caroncules du pourtour de l'anus, la dilatation extrême de l'orifice anal, l'incontinence des matières, les ulcérations, les rhagades, les hémorrhoïdes, les fistules, la blennorrhagie rectale, la syphilis, les corps étrangers introduits dans l'anus.

Quant à *l'attentat récent*, il a des caractères très-tranchés, suivant le degré de violence employée, le volume des parties, la jeunesse de la victime et l'absence d'habitudes vicieuses antérieures. Il n'est guère possible de les méconnaître.

L'auteur a certainement apporté un grand soin dans cette partie de son mémoire, mais les faits qu'il signale étant déjà connus en très-grande partie par tous les médecins, nous nous abstiendrons de les développer ici, nous réservant surtout de mettre en relief le côté original et complétement nouveau de la question.

De l'examen des pédérastes. — A part les protestations hypocrites et les tergiversations de quelques-uns, la plupart se soumettent sans difficulté, et d'eux-mêmes en quelque sorte à l'examen.

Cependant un moyen bien connu des sodomites, et par lequel ils s'efforcent de dissimuler les traces caractéristiques de leur infamie, consiste à contracter fortement les fesses. Ils peuvent ainsi faire qu'au premier abord il soit très-difficile de les écarter, et empêcher l'infundibulum et le relâchement du sphincter de devenir apparents ; mais il suffit ou de les faire brusquement changer de position ou de les faire mettre à genoux sur le bord d'une chaise dans une situation gênante, ou simplement de prolonger l'examen de manière à fatiguer les muscles contractés, pour triompher de cette supercherie grossière. De même, dans les cas où la disposition infundibuliforme est peu marquée ou même fait défaut, si l'on veut apprécier le relâchement du sphincter, il ne faut pas se borner à examiner du regard la conformation de l'orifice anal où il peut exister encore un mince anneau contractile. L'introduction du doigt est nécessaire, et montre derrière cet obstacle, — dont elle permet d'apprécier le peu de résistance, — une dilatation parfois excessive de la partie inférieure du rectum. Enfin, dans d'autres cas, un seul coup d'œil suffira pour reconnaître l'élargissement et l'incontinence du trou béant que forme l'ouverture de l'anus souvent souillée par des matières intestinales, et dans laquelle se trouvent souvent engagés des débris solides d'excréments que le sphincter est impuissant à retenir.

Ici on aurait pu demander à l'auteur si certains états pathologiques du rectum ou de l'anus, si certaines opérations pratiquées sur ces parties, si la fistule opérée par excision, si la fissure traitée par la dilatation forcée, si les tumeurs hémorrhoïdales détruites par le feu ne peuvent pas en imposer à l'observateur? A cette objection prévue d'avance, M. Tardieu répond que les sujets visités ne manquent jamais de se prévaloir de ces motifs d'excuses; que c'est d'ailleurs un devoir pour le médecin légiste de rechercher si la forme des cicatrices, si leur siége, leur étendue, peuvent en faire reconnaître exactement la nature. « La coïncidence possible de semblables infirmités avec des habitudes de pédérastie complique la question, et le plus souvent on sera réduit à admettre une probabilité sans pouvoir arriver à une conclusion formelle. »

Des traces de violences. — On ne rencontre guère des traces de violences que sur les femmes ou les jeunes enfants, filles ou garçons, victimes d'odieux attentats. L'inflammation, la rougeur, la chaleur, le prurit douloureux, l'ecchymose, l'excoriation et la déchirure de l'anus, la contusion et l'irritation des parties sexuelles, et notamment de l'urètre, ainsi que la gêne de la marche, l'agitation, la fièvre même qui en dérivent, ne peuvent laisser de doutes. L'expert doit en outre établir le rapprochement et la comparaison des désordres observés chez le plaignant avec le volume des organes de l'inculpé, sur lequel il recherchera toujours les traces d'habitudes de pédérastie, tant actives que passives. Si une affection vénérienne a été la conséquence de l'attentat, on aura à en suivre le développement, la marche et les différentes phases.

Questions médico-légales relatives à la pédérastie. — 1° *Existe-t-il des traces d'habitudes de pédérastie?* — Les résultats des constatations du médecin sur les pédérastes sont de trois ordres : A. négatives, B. caractéristiques d'habitudes actives, C. caractéristiques d'habitudes passives.

A. Lorsque aucune trace matérielle ne laisse subsister le moindre doute dans l'esprit et dans la conscience de l'expert, il doit nettement formuler des conclusions négatives. Cependant, si l'examen direct des organes ne lève pas tout motif de suspicion, si le médecin craint d'être contredit par des faits avérés, par des témoignages constants, parfois même par les preuves accablantes d'un flagrant délit, une réserve est non-seulement permise, mais nécessaire. Il faut, après avoir signalé l'absence de traces de pédérastie, dire formellement qu'il est possible que, chez certains individus, ces habitudes vicieuses existent sans avoir laissé leur empreinte dans la conformation physique.

B. Les signes des habitudes actives, pour être nouvellement constatés, n'en devront pas moins être d'une assez grande valeur. L'expert tiendra compte à la fois du volume naturel et de la conformation normale du membre viril, aussi bien que des changements qui ont pu survenir, soit dans sa dimension, soit dans sa forme. Il ne faut pas oublier qu'au pénis grêle répondent l'amincissement graduel et la terminaison effilée; et au pénis volumineux, la torsion du membre sur lui-même, le changement de direction du méat urinaire, et l'élongation avec étranglement du gland à sa base.

C. Les signes des habitudes passives ne se réduisent pas seulement au caractère isolé et unique de l'anus infundibuliforme ; ils constituent un ensemble, et si tous ne sont pas d'une égale portée, ils en acquièrent une considérable par leur réunion.

2° *La syphilis a-t-elle pu être communiquée par le fait de la sodomie?* Il n'est pas rare de trouver, d'une part, au bord de l'anus ou à l'entrée du rectum, soit chez un homme, soit chez une femme, un chancre très-caractérisé, et, d'autre part, sur l'individu inculpé, l'ulcère spécifique dans un point exactement correspondant de l'extrémité de la verge. De tels faits ont d'autant plus de valeur que les circonstances dans lesquelles, chez l'adulte, un accident primitif se développe à l'anus sans qu'il y ait eu de rapprochement contre nature, sont, on en conviendra, tout exceptionnelles. L'expert pourra donc, sans trop s'avancer, conclure alors non-seulement à la possibilité, mais encore à la probabilité de la contagion par le fait d'actes de sodomie.

3° *L'assassinat a-t-il été précédé ou favorisé par des actes contre nature?* Au point de vue spécial qui nous occupe, il y a nécessité d'examiner le cadavre de la victime et la personne du meurtrier.

Pour le premier, on peut tenir compte de la position dans laquelle le corps a été trouvé. Presque toujours il sera couché au lit, ou, s'il y a eu lutte, précipité à terre près du lit, nu ou à peine vêtu. « Le médecin appelé au premier moment à constater l'état du cadavre de Ricbeux, faisait remarquer qu'il était étendu sur le côté, dans la position de l'hermaphrodite antique, situation dans laquelle il s'offrait aux approches immondes de l'assassin qui lui avait coupé la gorge. Letellier, en chemise, avait roulé de son lit à terre, et s'était meurtri les genoux et les jambes en se débattant sous l'étreinte de Pascal qui l'étranglait. Leur cadavre porte souvent aussi la trace de violences dirigées spécialement sur les organes génitaux. J'ai trouvé chez Bivel et chez Letellier des ecchymoses profondes des bourses ; de ses attouchements obscènes, le meurtrier pédéraste fait une blessure terrible. »

Quant à l'assassin, il fera le plus ordinairement partie de ce monde abject où se recrute la prostitution pédéraste et que flétrit le nom de *tante*. Aussi présente-t-il presque toujours au plus haut degré les signes les plus tranchés de la sodomie passive, et il sera facile de le reconnaître au portrait qui en a été tracé.

Appréciation des moyens de défense allégués par les pédérastes. — La plupart commencent par nier; quelques-uns protestent, feignent de ne pas comprendre ou s'indignent d'être soupçonnés. Il n'est pas rare d'en rencontrer aussi parmi les plus compromis qui affectent d'aller au-devant de l'examen de l'homme de l'art ; ils prennent soin seulement de l'avertir qu'il ne devra pas s'étonner de les trouver « *faits autrement que les autres*, » et ils inventent cent motifs imaginaires pour expliquer les désordres que leurs organes doivent offrir à l'expert. « L'un se dit anciennement opéré de tumeurs hémorrhoïdaires, de fistule; l'autre a eu les cuisses démises : il est obligé pour éviter des gerçures de se faire des onctions qui ont pu élargir l'anus. Un troisième est sujet à une irritation locale qui l'oblige à de fréquents bains de siége, à l'usage de remèdes quotidiens qui auraient pu amener un relâchement. » Est-il nécessaire de dire le cas que l'on doit faire de pareilles allégations, et d'indiquer comment le médecin légiste pourra en faire justice, soit qu'elles n'aient absolument aucun prétexte, soit qu'elles reposent sur quelque circonstance particulière, telle qu'une opération ancienne ou une infirmité réelle, dont il sera facile de faire la part et d'apprécier le caractère et la véritable origine?

« Il est aussi une prétention très-ordinaire chez les pédérastes et sous laquelle ils s'efforcent de dissimuler leur goût dépravé : c'est l'amour des femmes. Les uns allèguent leur état de légitime mariage, les autres se donnent des maîtresses : ils ne manquent

pas d'énumérer avec affectation les maladies qu'ils ont gagnées avec des femmes. Mais ces justifications vaines, engendrées par la croyance très-générale que les rapports sexuels sont incompatibles avec les habitudes contre nature, tombent devant les faits nombreux et constants qui nous ont montré ce vice honteux chez des hommes mariés et chez des individus associés à des femmes de mauvaise vie. »

Nous en avons fini avec l'analyse du travail de M. Tardieu. Nous avons tâché, au risque d'être un peu long, de n'omettre aucun des faits intéressants que cet ingénieux et savant observateur a consignés. Dans sa pénible étude, il n'a reculé devant aucun trait de la dégradation morale, et il s'est mis à la recherche de la vérité avec une résolution et un dévouement qui l'honorent. Plusieurs passages de cet article auront sans doute soulevé le dégoût; mais que nos lecteurs veuillent bien se rappeler cette expression heureusement si pleine de vérité : *La science est comme le feu, elle purifie tout ce qu'elle touche.*

Dr Legrand du Saulle.

CAS REMARQUABLE D'IMPERFORATION DE L'HYMEN (1).

Par M. le docteur Caillat.

Au mois de novembre 1856, je me trouvais à Bucharest, et je fus consulté pour une jeune fille de quinze ans qu'on m'avait présentée quatorze mois auparavant, et qui depuis plusieurs années éprouvait à des intervalles éloignés et irréguliers des douleurs abdominales accompagnées d'un sentiment de tiraillement vers les lombes, de plénitude et de pesanteur dans les membres pelviens; les joues de la malade étaient colorées, il n'y avait jamais eu de palpitations, les règles n'avaient point encore paru. La santé du reste se maintenait bonne. Plus tard se manifesta un gonflement du ventre qui finit par devenir considérable, et qui pendant trois mois se compliqua de fièvres intermittentes. Un traitement rationnel fut alors employé.

L'examen de la malade fait reconnaître une tumeur globuleuse s'élevant presque jusqu'au niveau de l'ombilic, se contractant sous la pression de la main, et qui paraît être l'utérus. L'inspection des parties génitales externes présente une imperforation complète de l'hymen. L'opération proposée fut rejetée par la jeune malade; mais, après un violent accès de colique et de fièvre intermittente, elle consentit à la perforation de la membrane hyméniale, qui fut pratiquée par une incision en arc de cercle à concavité supérieure, dont les deux extrémités se rendaient sur les côtés du méat urinaire et dont la convexité avait pour tangente fictive le diamètre transversal de la membrane incisée dans sa moitié supérieure.

Cette opération fut couronnée d'un plein succès; un flot de sang homogène épais, inodore et d'un rouge brunâtre, jaillit aussitôt; il s'en écoula deux litres environ. La matrice et le ventre revinrent peu à peu à leur état normal. Quinze jours après eut lieu une évacuation menstruelle normale sans douleur et sans accès de fièvre, et bientôt la santé se rétablit sous l'influence d'une bonne alimentation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 février 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Var pendant l'année 1857;

2° Le rapport final de M. le docteur Ollivier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Barcelonnette (Basses-Alpes), sur une épidémie de fièvre adynamique qui a régné dans quelques communes de cet arrondissement;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Vienne pendant l'année 1857 (commission des épidémies);

4° Un rapport de M. le docteur Peyrecave, médecin inspecteur des eaux minérales de Barbotan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 (commission des eaux minérales);

5° Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets ou nouveaux (commission des remèdes secrets).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. ROBINET transmet une lettre de M. Ludovic Leschaut, instituteur primaire à Montgeron (Seine-et-Oise), relative à une plante nouvelle qu'il a rapportée de Californie, et qui passe, dans ce pays et au Mexique, pour avoir la propriété d'arrêter les effets de la morsure des serpents. (Commissaires, MM. Chatin et Guibourt.)

— M. le docteur Bang (de Copenhague) envoie un exemplaire d'un mémoire imprimé sur les eaux minérales de Hjemme.

— M. POGGIALE fait hommage à l'Académie de son *Traité d'analyse chimique par la méthode des volumes.*

— M. CLOQUET dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Lucien Corvisart, intitulé : *Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés; expériences parallèles sur la digestion gastrique et intestinale.* (Commissaires : MM. Longet, Ségalas et Bouchardat.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans le sein de l'Académie par suite de la mort de M. Amussat. Une commission sera nommée dans la prochaine séance, pour désigner la section à laquelle devra appartenir la prochaine nomination.

— M. DEPAUL donne lecture d'une lettre de M. Bazin, dans laquelle ce médecin déclare ne pouvoir laisser passer sans protestation un rapport à l'Académie « où l'on tronque ses écrits, où on lui fait dire ce qu'il n'a » pas dit, où l'on traduit inexactement le sens de ses paroles, où l'on dénature ses opinions souvent en se les appropriant... » etc. L'auteur appuie cette protestation de la citation de quelques passages du rapport de M. Devergie.

Brise-pierre uréthral. — M. Charrière père écrit à l'Académie pour rappeler à l'attention des chirurgiens un instrument qu'il a fabriqué en 1832 pour M. le docteur Dubowisky, président de l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg, représenté dans la planche 54, figure 60, du grand ouvrage de MM. Bourgery et Jacob. Il se compose d'une curette articulée, munie d'une coulisse, dans laquelle glisse une canule à la manière de la branche mâle des brise-pierres. Dans cette canule glisse une tige d'acier arrondie par un bout et terminée de l'autre par une fraise. Une fois la curette engagée derrière le calcul, on fait saillir la partie articulée; puis, avec la tige contenue dans la canule, on maintient le calcul fixé, de telle sorte qu'on peut le diviser par la pression; si la percussion est nécessaire à la fragmentation du calcul, on retient la tige métallique; le corps étranger est maintenu entre l'extrémité de la curette et l'extrémité de la canule, qui est en acier fraisé, et on frappe sur l'autre extrémité, qui est également en acier.

Enfin, si on veut détruire le fragment par l'usure, on retourne la tige métallique et on présente au calcul son extrémité fraisée, et il suffit de tourner la tige dans la canule pour obtenir l'usure du calcul sans fatiguer l'articulation de la curette.

L'instrument peut être introduit de deux manières : 1° on engage la curette puis on fait glisser toutes les parties qui constituent comme la branche mâle de ce nouveau brise-pierre; 2° si l'urèthre est suffisamment large, il est préférable d'introduire l'instrument tout entier, et il ne faut pas craindre que les saillies ne mettent obstacle à son introduction, puisque la tige métallique est arrondie et qu'on peut toujours la disposer de telle sorte que toutes les parties ne forment qu'un plan à bords mousses avec l'extrémité de la curette, ainsi qu'on le voit sur la figure (*a*).

M. Charrière père présente en outre à la savante Compagnie un instrument de lithotritie uréthrale récemment imaginé par son fils.

Lorsque l'on exerce une pression sur l'extrémité de la curette, tout l'effet est supporté par la charnière et le stylet, de sorte qu'on a toujours à craindre que l'instrument ne vienne à se briser. Pour éviter toute espèce d'accidents, mon fils, dit M. Charrière, a articulé la curette en sens inverse, de sorte que quand elle est redressée et qu'elle a à supporter la pression ou la percussion, elle trouve un point d'appui solide sur les deux saillies qui se trouvent de chaque côté de l'articulation.

L'instrument est terminé par un bec fixe arrondi pour faciliter l'introduction (C et D).

Cette disposition, appliquée à l'instrument de M. Mirault (d'Angers), le rend beaucoup plus puissant et plus solide, puisque ainsi les deux curettes trouvent en dehors de leur charnière un point d'appui extrêmement solide.

LECTURES.

Étude statistique sur les nouveau-nés. — M. BERTILLON lit sous ce titre un travail dans lequel il s'est proposé d'étudier la mortalité en France et sa distribution suivant les sexes, les âges et les départements. C'est surtout sur les dépouillements de l'état civil de 1840-49, dus à M. Heuschling, qu'il fonde son travail.

Il ne s'est encore occupé que de la distribution de la mortalité des nouveau-nés dans la première année de leur vie. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° *Distribution selon les départements.* — Dans une période de dix ans, il y a eu en France environ 9 millions 700 mille naissances et un million et demi de décès dans la première année d'âge.

Rapportant seulement les rapports des nombres, on trouve pour la France entière, que 1,000 nouveau-nés vivants sont déjà réduits à 840 *survivants* à l'âge d'un an révolu. Autour de cette valeur moyenne se groupent avec une régularité remarquable les valeurs de même ordre de chaque département : la moitié de ces départements sont compris autour de la valeur moyenne dans l'intervalle assez resserré de 860 à 820 survivants à un an; les autres départements ont des valeurs extrêmes.

Ces rapports sont si bien le fait des qualités locales, que non-seulement ils sont le résultat d'une moyenne de dix années, mais ils se retrouvent chaque année avec de faibles oscillations.

La statistique des causes de décès, si le vœu de l'Académie vient à être accompli, permettra de pénétrer plus avant dans la recherche des causes.

Cependant, si dès aujourd'hui on étudie comment se groupent géographiquement les treize départements qui offrent la mortalité la plus rapide du premier âge, on voit avec étonnement qu'ils sont rangés en un seul groupe autour du département de la Seine, qui lui-même n'en fait pas partie.

Si pour se mettre en garde contre les causes d'erreur qui viendraient de l'envoi en nourrice, on ajoute aux 13 départements celui de la Seine, on trouve que ce groupe de 14 départements offre encore une moyenne très-défavorable à l'enfance, puisque, sur 1,000 nouveau-nés vivants, 799 seulement arrivent à un an d'âge, tandis que le reste de la France en a pu élever 852.

Si au lieu des rapports, on donne en nombre rond les chiffres absolus, on trouve que la circonscription indiquée compte annuellement 173 mille naissances et 35 mille décès de 0 à 1 an; mais si la mortalité était ici la même que celle du reste de la France, ce même nombre de naissances ne donnerait lieu qu'à 26 mille décès; c'est donc un excédant de 9 mille décès qu'on paye annuellement et comme indûment à la mort.

Comment s'expliquer, dit M. Bertillon, une aggravation si manifeste de la mortalité de l'enfance si régulièrement répartie dans des départements salubres, où les autres âges de la vie ne sont nullement frappés dans une proportion exagérée, et dont quelques-uns au contraire, comme le département de l'Eure, sont remarquables par la vitalité des autres âges?

M. Bertillon ne voit que deux causes qui puissent expliquer ces faits :

1° Le grand nombre d'enfants naturels sur lesquels pèse, on le sait déjà, une mortalité aggravée;

2° L'envoi des enfants en nourrice.

Mais, quelque part que l'on accorde à la première cause, elle ne saurait expliquer qu'un supplément de 3 mille décès environ.

La plus grande part de l'excédant paraît donc devoir être attribuée à l'usage immoral où sont les mères d'abandonner leurs enfants, à un âge si tendre, si faible, à une surveillance étrangère.

« Si ce point de vue est vraisemblable, ajoute M. Bertillon, si cet accroissement considérable des décès de la première enfance (plus du tiers) est dû à cet usage pernicieux, combien serait utile un complément d'enquête statistique qui permettrait de prouver aux mères, et surtout aux pères de famille, combien il est faux et dangereux de croire que l'amour et les soins maternels si nécessaires au nouveau-né sont marchandise que l'on peut acheter pour un peu d'or! L'œuvre que l'éloquence de J. J. Rousseau a commencée, la statistique, plus éloquente encore, pourrait la continuer avec une autorité bien autrement imposante. »

2° *Distribution selon les sexes.* — Dans la seconde partie de ses recherches, M. Bertillon, après avoir étudié la distribution de la mortalité des nouveau-nés sur le sol français, s'est demandé si à ce premier âge il y avait une différence notable entre la mortalité des sexes.

Les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de l'enfance paraissent unanimes. M. Barrier enseigne que la différence du sexe n'a pas d'importance chez les enfants, que la plus grande analogie paraît exister entre les maladies des garçons et celles des filles. M. Bouchut, MM. Barthez et Rilliet, dans leurs généralités, ne jettent pas même un regard sur la différence des sexes. La physiologie elle-même apprend à considérer le nouveau-né comme un être chez lequel l'influence sexuelle est nulle; les organes spéciaux à peine formés sont une force en puissance, mais en léthargie pour bien des années. Ainsi tant de siècles d'observation, tant d'habiles observateurs sont unanimes.

Sous l'influence de ces autorités, le statisticien doit-il donc s'abstenir et porter ailleurs une investigation qui serait sans fruit sur un point déjà jugé?

M. Bertillon ne le croit pas, car l'observation individuelle ou clinique, particulièrement employée en médecine, ne parvient à saisir que les perturbations assez énergiques pour masquer les différences individuelles, et un nombre considérable d'influences générales lui échappent et ne se découvrent que par l'observation sur les faits groupés.

Nous croyons, dit M. Bertillon, et nous espérons le faire voir de plus en plus par la succession de nos recherches, que les études physiologique et pathologique qui n'ont pour champ d'observation que l'individu isolé sont incomplètes, et que quelque précieuses qu'elles soient, elles laissent beaucoup à faire à la méthode statistique.

M. Bertillon a recherché par la statistique si le sexe ne révèle pas son influence dès le premier âge, et il a trouvé que 1,000 naissances féminines amènent 858 filles à un an d'âge, tandis que 1,000 naissances masculines n'y amènent que 828 garçons. Sous une autre forme et en nombre rond, sur 100 enfants de chaque sexe et de 0 à 1 an d'âge, il succombe annuellement 20 garçons et 16 filles, soit le cinquième des garçons et seulement le sixième des filles! Cette loi est si constante, qu'elle se vérifie et pour la France entière et pour chacun des départements pris isolément, avec de très-faibles oscillations.

M. Bertillon l'a encore retrouvée dans tous les États de l'Europe que les documents statistiques lui ont permis d'étudier, tels la Suède, la Belgique, la Hollande, l'Angleterre, le canton de Genève, la Prusse, la Bavière, le Piémont. Il l'a retrouvée au siècle passé comme au nôtre.

« Quelle que soit la mortalité de la première année de la vie, qu'elle n'enlève qu'un dixième des naissances ou en moissonne près de la moitié, la mortalité des mâles reste constamment plus forte que celle des filles et dans un rapport qui s'éloigne peu de 5 à 6 décès masculins contre 4 à 5 féminins. » Telle est la loi physiologique qui ressort de ces recherches.

« Comment, s'écrie M. Bertillon, une différence si marquée, si constante, a-t-elle complétement échappé aux plus habiles cliniciens de l'enfance? C'est que l'influence que nous avons signalée, quoique si manifeste par la méthode statistique, est trop faible pour être appréciée par l'observation clinique. »

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Villermé, Mêlier et Guérard.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre associé libre.

Le nombre des votants est de 71.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire obtient . . . 65 voix.
M. Trébuchet. . . . . 6 »

En conséquence, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire est proclamé membre associé libre de l'Académie.

DISCUSSION.

Herpès tonsurant. — L'Académie reprend la discussion sur l'herpès tonsurant. La parole est à M. Devergie.

M. DEVERGIE, répondant à M. Depaul, dit que dans l'argumentation de son collègue chaque page contient une erreur. Contrairement à ce qu'avance M. Depaul, M. Bazin n'est pour rien dans la question de l'identité établie entre l'herpès circinné et l'herpès tonsurant; or c'était là la question principale dont il était traité dans le rapport. Loin que M. Bazin ait rien à prétendre à cet égard, il avait, jusqu'au moment où la question a été soulevée, soutenu justement le contraire, et il s'est même élevé contre M. Letenneur lorsque celui-ci a cherché le premier à établir cette identité. Il en est de même en ce qui concerne la découverte du trichophyton, qui avait été signalée par M. Baerensprung un an avant l'époque où M. Bazin en a parlé pour la première fois. Les citations de M. Depaul n'ont point détruit ce fait.

Abordant ensuite la question du parasitisme, M. Devergie s'exprime en ces termes :

(1) Cette observation a été communiquée à la Société impériale de médecine de Marseille.

Dans mon rapport sur l'herpès tonsurant, j'ai saisi l'occasion qui m'était offerte de poser devant l'Académie les doctrines récentes des micrographes, en ce qui concerne les maladies de la peau. Sans discuter ces doctrines, je me suis borné à dire qu'elles tendaient à exercer une influence fâcheuse sur la thérapeutique des affections cutanées, au lieu de la mettre en progrès.

Aujourd'hui je me propose de jeter un coup d'œil sur ces doctrines, de voir sur quels faits elles reposent, jusqu'à quel point elles sont justifiées par l'observation et la pratique médicale.

M. Devergie commence par reconnaître que la micrographie a rendu un véritable service à la science en faisant connaître des productions organiques parasitaires dont on ignorait complètement l'existence; et il ajoute que si la micrographie s'était arrêtée là, c'est-à-dire à l'observation, si elle avait déduit de ses recherches les conséquences directes qui peuvent en découler, il n'aurait jamais formulé aucune opposition. Mais du champ de l'observation elle est arrivée à créer des doctrines prématurées, et c'est contre le danger qui s'y rattache qu'il s'est élevé dans ce rapport.

Après cette déclaration, M. Devergie, passant à l'examen de ces doctrines, les apprécie comme il suit :

Ces doctrines se résument ainsi :

Un champignon ne peut pas végéter sur un tissu parfaitement sain; il lui faut un sol favorable à son développement.

Le champignon développe et propage la maladie.

Une maladie à parasite ne peut pas se développer spontanément.

Une fois développé, le champignon peut faire naître à la peau des érythèmes, des vésicules, des papules, des tubercules, c'est-à-dire toutes les formes pathologiques connues.

Ces doctrines étaient déjà assez ambitieuses, on les a rendues plus ambitieuses encore et l'on a dit :

Il existe des affections parasitaires;

Il existe des maladies parasitaires;

L'affection parasitaire se compose :

1° Du champignon parasite, — cause;

2° De l'état morbide cutané qu'il développe, — effet.

Dans la maladie parasitaire on trouve :

1° Le champignon, — cause;

2° L'altération de la peau, — effet;

3° La manifestation de l'aptitude générale à la maladie que le champignon a mise en évidence.

Ainsi, non-seulement le parasite est cause de la maladie, mais il est en même temps symptôme ou phénomène vital morbide, puisqu'il développe la lésion locale; de plus, il devient cause déterminante de ce que nous nommons la cause générale, la diathèse, puisqu'il la développe, la met à jour, et que sans lui elle ne se manifesterait pas.

Le champignon est donc toute la maladie, et dès lors il est rationnel d'admettre, non pas des maladies avec parasites, mais bien des maladies essentiellement parasitaires.

Et comme la cause, c'est-à-dire le parasite, est le point de départ de l'affection, le parasite détruit, la maladie est guérie.

J'ai dit de ces doctrines, continue M. Devergie, qu'elles tendaient à faire rétrograder la pratique médicale, et c'est ce que je m'attacherai à prouver. Mais auparavant je veux rechercher si elles sont fondées, sur quels faits elles s'appuient. Voici à cet égard la succession probable des faits :

Les parasites animaux étant connus, on a découvert les parasites végétaux, inconnus jusqu'alors; et dès lors on a institué les parasites à l'état de cause morbide. C'était une conséquence naturelle de leur germination et de leur fécondité.

Plus tard on a vu que ces spores se représentaient sur des individus qui avaient été en contact avec des sujets atteints de la même affection parasitaire, et dès lors on a dit : Non-seulement le parasite est la cause, mais encore il est toute la maladie; car il a fait naître l'éruption. Mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que le contact des spores avec la peau ne développait pas constamment l'affection. Et dès lors est née l'idée d'un sol favorable ou défavorable à la fécondation du parasite.

Enfin, poursuivant les recherches, retrouvant accidentellement le même parasite dans des maladies de la peau de formes diverses, on a conçu la pensée d'établir des périodes de développement à certains parasites, le trichophyton par exemple, suivant la forme éruptive que l'on observait.

Sous cette succession d'idées le parasite a absorbé la forme et le fond de la maladie; et la maladie dite parasitaire a été créée : ce qu'il faut bien distinguer de la maladie avec parasites.

Ceci posé, j'appellerai d'abord votre attention sur une hypothèse qui est pour ainsi dire la base de tout l'édifice et avec laquelle on répond à tout : je veux parler de cette nécessité d'un sol favorable à la fécondation et au développement des parasites.

Une maladie parasitaire, ce qui est synonyme de maladie contagieuse, n'a-t-elle pas été transmise d'un individu à un autre individu? C'est, répondra-t-on, que les spores ou les œufs n'ont pas trouvé chez ce sujet un sol favorable à la fécondation; de sorte que l'on invoque en vain une série de faits parfaitement observés pour démontrer que des maladies parasitaires peuvent n'être pas contagieuses; on vous répond par la qualité du sol.

On va plus loin et l'on avance ce fait que pour qu'une maladie parasitaire puisse être transmise, il faut que le sujet soit malade.

Or vous avez entendu MM. Leblanc, Trousseau et Bouley vous déclarer que rien n'était plus faux que cette assertion, que les maladies parasitaires pouvaient être contractées dans l'état sain comme dans l'état de maladie. De nombreux exemples vous ont été cités à l'appui de cette proposition, de sorte qu'il faudrait retrancher de la doctrine la condition du sol qui y joue un très-grand rôle.

Il est une autre assertion qu'il nous faut attaquer; c'est la suivante :

Une maladie parasitaire ne peut pas se développer spontanément, il faut le *contact d'un parasite*, soit que ce parasite provienne d'attouchements avec une partie malade, ou avec des vêtements, des linges chargés de parasites.

Que s'il n'y a pas eu transport direct des spores d'un individu affecté de maladie parasitaire, avec l'individu chez lequel la maladie se développe, c'est que des spores existaient dans l'air, dans l'atmosphère, et qu'ils sont venus se déposer sur la partie aujourd'hui malade. Ces idées sont en rapport, je le crois, avec les idées que professent aujourd'hui la généralité des naturalistes, et les expériences si belles qui ont été faites sur les vers intestinaux semblent les faire reposer sur une base assez solide pour ne pouvoir pas être ébranlée.

Mais M. Bouley nous a déclaré que si l'on met un cheval très-bien portant dans un local fermé et isolé de tout contact suspect; si cet animal vient à être pris d'une maladie grave, on voit bientôt se développer chez lui la gale, et cependant il n'a pas pu la contracter d'un autre animal.

D'un autre côté, M. Huzard a lu à la Société d'encouragement un mémoire sur l'*oïdium tuckeri*, dans lequel il démontre qu'en considérant ce champignon comme la cause de la maladie de la vigne, cette hypothèse conduit forcément à la naissance récente d'une nouvelle mucédinée, ou au problème de la formation de nouveaux êtres organisés, problème contesté aujourd'hui, quoiqu'il ait encore en sa faveur l'opinion de naturalistes de grande valeur.

A côté de ces faits, il est des exemples de maladies pédiculaires qui me paraissent devoir venir à l'appui de cette hypothèse, et sans invoquer les cas extraordinaires de ce genre que les anciens nous ont laissés dans la science, j'invoquerai ceux que j'ai été à même d'observer.

Ici M. Devergie cite plusieurs exemples, entre autres celui d'un boulanger établi en province, qui était en proie depuis plusieurs années à une affection pédiculaire, dont il ne put jamais parvenir à se débarrasser. Or, ce n'était pas un ouvrier; il était à la tête d'un commerce; sa maladie lui était à charge, il s'entourait autant que possible de soins et de propreté. Il n'avait d'ailleurs transmis son affection à aucun de ceux qui l'entouraient.

Sans nous adresser aux exemples si communs qui sont tous les jours sous nos yeux dans les hôpitaux, où nous avons affaire à des hommes qui réunissent autour d'eux la misère, la malpropreté et les privations de tous genres, qui de nous n'a pas été frappé de cette production de myriades de poux en vingt-quatre ou quarante-huit heures chez de très-jeunes personnes en proie à des fièvres graves depuis un mois, cinq semaines, et qui sont précurseurs d'une convalescence assurée, alors que la vie était depuis longtemps en danger! Il faut donc admettre que ces enfants, qui durant leur jeune âge et avant la maladie grave à laquelle ils étaient en proie, se trouvaient entourés de soins de propreté la plus minutieuse, portaient depuis un temps indéfini des œufs qui tout à coup sont arrivés à l'état d'éclosion.

Enfin, sans vouloir remonter à la création de toute chose, il faut bien reconnaître que l'homme n'est pas né avec des parasites animaux et végétaux, qu'ils ont dû se manifester dans certaines conditions de misère, de privations, de malpropreté et de débauche, et que, s'ils se sont produits une fois, ils ont pu se produire de nouveau sous l'influence de certaines conditions générales et spéciales que nous n'avons pu spécifier.

Tel a été l'*oïdium*, qui, prenant naissance sur un cep de vigne dans une serre chaude d'Angleterre, s'est bientôt montré dans un grand nombre d'autres serres, puis dans des champs de vigne, puis en France, en Allemagne et dans d'autres pays, et qui en définitive a peu à peu disparu, à l'instar d'une épidémie, alors que, si la théorie micrographique était fondée, la maladie aurait dû s'étendre et se multiplier à l'infini par la multiplicité des spores qu'elle développait au fur et à mesure qu'elle prenait de l'accroissement.

Concluons néanmoins qu'il existe sur ces faits un voile encore impénétrable, et ne soyons pas aussi affirmatifs que les micrographes, qui déclarent hardiment qu'une maladie parasitaire ne saurait se développer spontanément, et que s'il n'y a pas eu transmission directe des spores, ces spores existaient dans l'air ambiant, et qu'elles sont venues se fixer sur la partie affectée pour y germer et y développer l'état morbide.

Voici maintenant un rôle que l'on fait jouer aux parasites végétaux et animaux : une fois développé, le parasite fait naître à la peau des érythèmes, des vésicules, des papules, des tubercules, des squames, c'est-à-dire toutes les formes pathologiques qui caractérisent les maladies cutanées.

M. Devergie examine ici les deux ordres de faits qui ont probablement servi de base, suivant lui, à cette proposition, l'un pris dans la gale, le second dans la contagion de l'herpès circiné, et il montre que pour la gale, dont il existe, comme on sait, trois espèces très-tranchées, les motifs qui ont pu servir de base à cette proposition ne sont nullement concluants.

Quant aux motifs tirés de la contagion de l'herpès circinné, ils auraient plus de valeur à un certain point de vue. Lorsqu'un herpès circinné est transmis d'un individu à un autre, il paraît certain que cette contagion s'opère au moyen du parasite de cet herpès, le trichophyton. Or, ce parasite ne végète pas sur la peau sans qu'il s'y produise de traces de sa présence. Il se forme un état érythémateux ou vésiculeux avec rougeur et légère turgescence de la peau à forme circinnée ultérieure. Il est donc rationnel de dire que le champignon parasitaire peut développer de l'érythème et des vésicules, et constituer une affection parasitaire toute de cause externe. Mais nous demandons si cette éruption est de même nature que l'éruption érythémateuse ou vésiculeuse non parasitaire; si, par exemple, on peut la comparer à l'éruption vésiculeuse de l'eczéma, et si c'est un motif de faire table rase d'une méthode qui a introduit dans l'histoire des maladies de la peau un diagnostic tellement précis, tellement exact, qu'il dépasse, je n'hésite pas à le dire, le degré de certitude acquis pour les maladies chirurgicales.

Mais on a été bien plus loin, continue M. Devergie; on a fait jouer au trichophyton un rôle bien plus considérable encore. Il pourrait à lui seul développer des érythèmes, des vésicules, des pustules, des tubercules et des squames... C'est avec ces idées, ajoute-t-il, que l'on prétend détruire cette classification anatomique de Willan, qui a rendu un si grand service à la science, non-seulement en permettant de distinguer les maladies de peau entre elles, mais encore en conduisant à rattacher ces formes morbides variées à des conditions de tempérament, de constitution tellement dessinées, qu'elles deviennent cause du développement et de la persistance des affections de la peau, et qu'il y a lieu de diriger vers ces états morbides des agents thérapeutiques ayant pour but de modifier ces dispositions organiques, etc.

Nous n'hésitons donc pas à le dire, les micrographes ont encore été trop loin sous ce rapport, et les faits acquis à cet égard sont trop peu nombreux pour renverser un édifice qui a ouvert à la thérapeutique des voies nouvelles et sûres.

J'aborde maintenant un autre point de doctrine.

« Toutes les maladies parasitaires doivent être considérées comme contagieuses, et la contagion s'opère au moyen des parasites. » Ceci est complètement inexact. Toutes les maladies parasitaires ne sont pas contagieuses, et cependant si le parasite est toute la maladie, il faut nécessairement que les maladies le soient. Ce qui est seul vrai, c'est que les affections parasitaires peuvent devenir contagieuses au moyen du parasite qu'elles présentent.

Parmi les maladies parasitaires contagieuses, on peut citer celles qui sont à parasites animaux; sous ce rapport il n'y a aucun doute. Mais il n'en est pas de même des maladies avec parasites végétaux. Si la teigne et l'herpès tonsurant sont deux maladies contagieuses, il n'en est plus de même du *porrigo decalvans* et de la mentagre, de l'impetigo sycosiforme et du pityriasis versicolor. C'est ce que M. Devergie s'attache à démontrer par des exemples. Puis il termine en ces termes :

Toutefois il existe d'autres doctrines plus prétentieuses encore. Elles datent d'hier, c'est-à-dire de l'année 1857. Celles-là tendent à faire rétrograder l'art de guérir et à nous reporter au dix-huitième siècle.

Permettez-moi de chercher à vous prouver leur peu de fondement en invoquant des faits de pratique médicale, et de remettre ce sujet à la séance prochaine.

M. GUÉRARD présente quelques objections portant : sur la génération spontanée des parasites animaux ou végétaux; sur la facile production de certaines maladies par l'inoculation du parasite chez l'animal sain; sur la dégénérescence ou l'aggravation des accidents, quand on néglige d'enlever le parasite, et sur la guérison immédiate, quand on l'enlève de bonne heure.

On ne saurait admettre aujourd'hui, dit M. Guérard, la génération spontanée de *corps organisés*, bien qu'on puisse facilement obtenir des produits appelés organiques (l'urée, par exemple) par les seules réactions de corps inorganiques ou minéraux.

L'air est le véhicule des germes, sporules ou ovules; aussi quand il est chauffé au rouge, mis en contact avec l'acide sulfurique concentré, ou simplement tamisé à travers du coton, il devient impropre à la production d'infusoires avec les décoctions ou infusions végétales. Tout le monde sait d'ailleurs qu'on trouve dans la nature des masses énormes, des montagnes constituées par des débris d'infusoires, tels que l'émeri, la pierre siliceuse. On en rencontre aussi dans la poussière de nos logements.

L'un des arguments qui me paraissent les plus concluants contre la génération spontanée, c'est que les parasites animaux et végétaux sont pourvus d'organes de reproduction; or ces organes seraient superflus, si ces parasites pouvaient être engendrés par rapprochement direct de leurs principes médiats, ou, en d'autres termes, par génération *spontanée*.

Enfin ne sait-on pas que la vitalité persiste très-longtemps et même indéfiniment chez des êtres même très-haut placés dans l'échelle? témoin le blé trouvé dans les pyramides d'Égypte. Il en est de même *à fortiori* pour les organismes inférieurs, comme les *sporules* d'oïdium, le *rotifère* du sable des gouttières, etc.; je ferai remarquer à cette occasion que l'*oïdium* de la vigne n'est pas une maladie nouvelle, comme beaucoup de personnes semblent le croire; il est décrit dans Pline.

En ce qui concerne l'aggravation des accidents, quand on n'enlève pas immédiatement le parasite, cela tient à l'irritation locale que détermine sa présence, et qui est l'origine de ces éruptions secondaires dues à l'*acarus*.

La *chique* ou *pulex penetrans* peut amener des accidents tels, que l'amputation du membre devient quelquefois inévitable.

Je rappellerai aussi que l'extraction immédiate de l'acarus ou de la chique fait cesser aussitôt tous les accidents, et que la guérison est complète.

M. HUZARD trouve que M. Devergie n'a pas rendu d'une manière tout à fait exacte ce qu'il a dit à propos de l'oïdium. Il est à cet égard de l'avis de M. Guérard; il ne croit pas à la génération spontanée... L'oïdium, dans la maladie de la vigne, a été un effet et non une cause, et c'est à l'existence de cette maladie qu'a été dû l'immense développement de l'oïdium; mais il n'en suit pas qu'il considère ce développement comme spontané, ainsi que cela semblerait résulter de la citation de M. Devergie.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine. La séance est levée à cinq heures.

M. le docteur Delpech, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être chargé de la suppléance de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu. M. Delpech a commencé son cours hier mardi; il le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre leur dernière bande imprimée à toutes les réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous envoyer.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hématocèle rétro-utérine.

Depuis plusieurs années l'attention des praticiens a été appelée sur une affection qui, sans être fréquente, se présente assez souvent encore à l'observation ; nous voulons parler de l'*hématocèle rétro-utérine*.

Cette singulière affection a été l'objet de travaux fort importants, parmi lesquels nous signalerons un mémoire de M. Bernutz *sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel*, et dans lequel nous trouvons une observation bien complète d'hématocèle rétro-utérine, la première peut-être qui ait été présentée avec tous les caractères d'exactitude désirables pour tracer l'histoire de la maladie. Mais ce sont surtout les leçons cliniques de M. Nélaton qui ont le plus puissamment contribué à vulgariser cette affection ; nous avons déjà dans ce recueil exposé les doctrines de l'éminent professeur (1).

Nous ne reviendrons pas sur ces faits, non plus que sur ceux qui sont consignés dans les thèses de MM. Viguès, Fenerly, Engelhart (de Strasbourg) ; nous nous proposons d'examiner ici les points nouveaux qui ont été étudiés avec le plus grand soin par M. Auguste Voisin dans sa thèse inaugurale.

L'hématocèle rétro-utérine n'est pas une maladie nouvelle, c'est-à-dire observée seulement de nos jours, ainsi qu'on serait porté à le croire en étudiant la plupart des mémoires publiés sur ce sujet. M. Voisin nous a parfaitement démontré qu'Hippocrate avait vu cette affection ; on trouve, en effet, dans son 4e livre des *Epidémies*, § 38, l'observation suivante : « La servante que je vis portait à droite une dureté très-considérable, mais qui n'était guère douloureuse ; le ventre était gros et tendu. Cette femme ne ressemblait pas à une hydropique. Du reste, elle avait de l'embonpoint, n'avait guère de dyspnée, mais était *décolorée* ; ses règles n'avaient pas paru depuis sept ans ; elle fut prise de *dysenterie*, sans ténesme..... Les règles revinrent, la dureté dans le ventre disparut, et la femme prit bonne couleur. »

Le siége de la tumeur a soulevé une discussion assez importante. Quelques auteurs indiquent deux espèces d'hématocèle : dans l'une, l'épanchement sanguin se ferait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; dans l'autre, le sang se logerait dans le cul-de-sac recto-vésical de la membrane séreuse. M. Voisin n'admet que la dernière espèce ; et il se fonde d'abord sur la rapidité avec laquelle se développent certaines tumeurs qui, dans l'espace de vingt-quatre heures, arrivent jusqu'à la région ombilicale.

Puis, étudiant avec soin les causes de la maladie, M. Voisin se demande comment la ponte spontanée, la rupture d'un kyste sanguin de l'ovaire, la rupture d'une des veines ovariques variqueuses, etc., pourraient déterminer un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, alors qu'il existe une cavité toute prête pour recevoir le sang, alors que le sang peut s'écouler facilement hors de ses vaisseaux, et qu'en raison de la mobilité des intestins et du défaut d'adhérences, rien ne vient mettre obstacle à l'épanchement sanguin.

Partant de ce point, M. Voisin élargit peut-être un peu trop le cadre des hématocèles rétro-utérines, puisqu'il considère comme cause de la maladie toutes les ruptures vasculaires de la cavité abdominale. Il est possible qu'un certain nombre d'épanchements sanguins puissent descendre dans la cavité du petit bassin et se loger en arrière de l'utérus ; mais tous les épanchements sont loin de se comporter ainsi : il en est un certain nombre qui sont limités dans un point de l'abdomen, et malgré les caractères symptomatologiques de l'hématocèle rétro-utérine qui sont identiques avec ceux de la péritonite hémorrhagique, nous croyons qu'il faut faire une distinction entre les épanchements qui viennent des lésions vasculaires de la cavité abdominale et ceux qui sont liés à un état morbide des organes internes de la génération. Nous sommes loin cependant d'improuver cette généralisation, nous partageons, en partie, l'opinion de M. Voisin ; mais nous renversons sa proposition, c'est-à-dire que nous considérons l'hématocèle rétro-utérine comme une des formes de l'épanchement de sang dans la cavité du péritoine.

Il est une cause sur laquelle les auteurs n'ont pas assez insisté. Il résulte d'un examen attentif des faits que l'affection qui nous occupe se montrerait souvent chez les femmes à menstruation très-abondante et après des excès de coït, surtout vers la fin des règles. M. Voisin a insisté avec raison sur ce point qui n'est pas un des moins intéressants de cette affection.

Le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine n'est pas toujours extrêmement simple ; il est cependant des symptômes qui peuvent facilement mettre le praticien sur la voie. Il existe outre les symptômes généraux, sur lesquels nous ne nous arrêterons pas, quelques caractères assez remarquables. On constate par le toucher vaginal une tumeur de consistance variable, diminuant fort souvent après les époques menstruelles, et donnant au toucher la sensation de battements artériels coïncidant avec des battements intra-pelviens. Nous avons dit que la consistance de la tumeur était variable. Ce point nous semble de la plus haute importance pour le pronostic de la maladie. En effet, M. Voisin a remarqué que les tumeurs molles, diffluentes, avaient peu de tendance à la résorption, tandis que la disparition était infiniment plus fréquente lorsque la tumeur était dure, résistante ; aussi n'est-il pas très-rare de voir, même après la guérison, persister un noyau d'induration qui ne disparaît souvent qu'après un temps fort long.

Un accident assez singulier de l'hématocèle est la dysenterie ; Hippocrate l'avait signalée, chez la malade dont nous avons dit quelques mots au commencement de cet article ; M. Voisin l'a observée deux fois, et deux fois il a constaté que l'affection dysentérique paraissait concourir à la guérison. Peut-être pourrait-on croire que, dans ce cas, la tumeur est venue s'ouvrir dans le rectum ; mais alors le sang rendu par l'anus serait noir, couleur de suie, comme celui des hématocèles, tandis qu'au contraire le flux dysentérique conserve ses caractères normaux. D'ailleurs, chez une malade qui succomba à un phlegmon gangréneux de la fesse, il n'y avait pas de communication entre le rectum et la tumeur hématique.

Il est une affection dont l'histoire n'a été présentée d'une manière complète que depuis peu de temps seulement : les abcès consécutifs aux phlegmons périu-térins, qui peuvent être confondus avec l'hématocèle rétro-utérine, et on comprend qu'il doit en être souvent ainsi. En effet, comme l'a démontré M. Bernutz, il y a identité de siége dans ces deux affections : le pus s'accumule en arrière de l'utérus entre cet organe et le rectum, et il serait possible de rapprocher ces deux maladies par la synonymie, en désignant cette espèce d'abcès sous le nom de *pyocèle rétro-utérine*. Il n'y aurait, dans ce cas, que la marche de la maladie et les antécédents qui pussent aider à formuler un diagnostic rigoureux. Quant aux tumeurs rétro-utérines qui peuvent simuler l'hématocèle, telles que ces kystes signalés par M. P. Dubois et M. Charcot, et qui, tombant dans la cavité du petit bassin, vont se placer en arrière de l'utérus, il nous suffit de les signaler à l'attention. Nous dirons la même chose de la rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse, des tumeurs fibreuses ramollies, etc.

Le sang contenu dans la tumeur hématique n'avait pas jusqu'à présent été examiné au microscope. M. Heurtaux a comblé cette lacune, il a trouvé :

1° Des gouttes huileuses blanchâtres ou jaunâtres ;

2° Des cellules sphériques intactes ou brisées en fragments irréguliers, surchargés de globules de graisse (globules de Gluge) ; ils ont de 0m,010 à 0m,025 ;

3° Quelques fragments amorphes d'hématoïdine ;

4° Deux cristaux quadrilatères, dont l'un était terminé d'un côté par un sommet dièdre, et qui paraissait être du phosphate ammoniaco-magnésien ;

5° Quelques globules sanguins déformés, encore bien colorés ;

6° Enfin, un assez grand nombre de petites masses noires, de forme anguleuse, ayant des dimensions très-variables, résultant de l'altération de la masse colorante du sang.

La question du traitement de l'hématocèle rétro-utérine est encore controversée ; naguère encore la ponction par le vagin était regardée comme le seul remède à cette affection ; mais en face des revers nombreux que l'on a eu à déplorer, puisque trois malades sur huit ont succombé, en présence des accidents d'intoxication putride si souvent funestes, les chirurgiens ont cru devoir réserver la ponction pour les cas où la douleur était excessive, la tumeur molle et volumineuse. M. Voisin rejette complétement la ponction, se fondant sur deux faits en apparence des plus graves, et où la ponction semblait formellement indiquée et qui ont été suivis de guérison sans opération. C'est un point qu'il se réserve d'ailleurs d'examiner à nouveau.

La thèse de M. Voisin ne contient pas moins de quarante-six observations, dont quatre seulement ont trait à des affections qui simulaient l'hématocèle rétro-utérine ; c'est assez dire qu

(1) Voyez *Gazette des Hôpitaux*, 1851, pages 61, 573, 578 et 581 ; 1852, pages 45 et 66 ; 1853, pages 403 et 612.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France ; par le docteur Félix ROUBAUD (1).

Le titre IV de la loi du 19 ventôse an XI contient deux articles ainsi conçus :

« Art. 24. Les docteurs ou officiers de santé reçus suivant les formes établies seront tenus de présenter, dans le délai d'un mois, après la fixation de leur domicile, les diplômes qu'ils auront obtenus, au greffe du tribunal de première instance et au bureau de la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel ces docteurs et officiers de santé voudront s'établir.

» Les commissaires du gouvernement près les tribunaux de première instance (maintenant les procureurs impériaux) dresseront les listes des médecins et chirurgiens anciennement reçus ; de ceux qui sont établis depuis dix ans sans réception, et des docteurs et officiers de santé nouvellement reçus, suivant les formes de la présente loi, et enregistrés au greffe de ces tribunaux : ils adresseront, en fructidor (septembre) de chaque année, copie certifiée de ces listes au ministre de la justice.

» Art. 26. Les sous-préfets adresseront l'extrait de l'enregistrement des anciennes lettres de réception, des anciens certificats et des nouveaux diplômes, dont il vient d'être parlé, aux préfets, qui dresseront et publieront les listes de tous les médecins et chirurgiens anciennement reçus, des docteurs et officiers de santé domiciliés dans l'étendue de leurs départements. Ces listes seront adressées par les préfets au ministre de l'intérieur, dans le dernier mois de chaque année. »

Jusqu'en 1847, le second de ces deux articles était complétement tombé en désuétude, et cela d'une manière si générale et si absolue, que, lorsque pour des besoins législatifs (la présentation à la chambre des pairs de la loi sur la médecine), M. de Salvandy, alors ministre de l'instruction publique, ordonna le recensement de tous les médecins, officiers de santé et pharmaciens, ce premier travail fut sous tous les rapports défectueux à tel point que l'on ne put en tirer la moindre donnée statistique.

Cependant, ce fut sur cette première base que M. Roubaud fonda son Annuaire. Prévoyant bien que, les besoins législatifs une fois passés, on retomberait aussitôt dans la même incurie, il voulut sauver du naufrage ce premier travail, quelque mauvais qu'il fût.

L'œuvre était pourtant digne de quelque intérêt, comme le prouve la discussion devant la chambre des Pairs, discussion pendant laquelle M. Cousin assurait, à la tribune, qu'il existait au moins 15,000 officiers de santé, et que les détruire serait rendre impossible le service médical en France. A cette assertion le ministre ne sut que répondre, et c'est pour avoir des données sur le chiffre total et comparatif des docteurs et des officiers de santé que fut fait le recensement de 1847. Les événements politiques empêchèrent de donner aucune suite au projet de loi de M. de Salvandy ; mais notre confrère et ami M. Roubaud s'empara du document, qui, sans lui, eût été peut-être perdu pour le public et pour l'administration.

Sentant combien ce premier recensement était incomplet et fautif, et combien de changements ne peuvent manquer de s'opérer chaque année dans une profession dont les membres se déplacent avec une incroyable facilité, par cela seul qu'ils portent avec eux leur industrie, M. Roubaud s'occupa tout d'abord à établir des correspondants dans tous les arrondissements ; plus tard, il put les limiter aux chefs-lieux des départements.

Mais ce ne fut qu'après six années de travaux non interrompus, pendant lesquelles il améliorait et complétait constamment son Annuaire, qu'il crut pouvoir, sans témérité, dresser une *statistique* du corps médical et pharmaceutique de la France entière, la première qui ait été publiée, avec des déductions exactes sur la répartition des médecins et des pharmaciens sur notre territoire. On se rappelle que les résultats auxquels l'auteur arriva logiquement étaient presque tous en opposition flagrante avec les idées ayant généralement cours, et n'étonnèrent pas moins le public que l'administration elle-même.

Celle-ci s'émut de ces recherches, et apercevant dans les lois nouvelles formulées par M. Roubaud sur la répartition des médecins et

(1) 10e année. 1858. Un vol. in-18 de 446 p.

les conclusions de ce travail sont établies d'après les bases les plus sérieuses. Treize observations ont été prises par M. Voisin lui-même ; six ont été recueillies dans le service de M. Oulmont, dont nous avons depuis bien longtemps su apprécier le talent et l'esprit judicieux ; ce sont les observations 2, 3, 40, 41, et celles qui sont consignées aux pages 60 et 64 de sa thèse. — Dr A. Jamain.

Convulsions et spasmes épileptiformes traités et guéris par la belladone.

Une femme se présentait un de ces jours derniers à l'Hôtel-Dieu avec son fils, enfant de quatre ans et demi, nommé Charles-Spartacus L... Elle venait remercier M. Trousseau de la guérison de son fils. Voici dans quelles circonstances et de quelle manière avait eu lieu la cure qui motivait ce témoignage de reconnaissance.

Dès sa naissance, cet enfant avait été en proie à des convulsions qui, légères et rares d'abord, devinrent vers l'âge de six mois très-violentes, et se répétèrent jusqu'à sept ou huit fois dans les vingt-quatre heures. La mère raconte ainsi la forme de l'accès : Le petit malade était tout à coup pris de mouvements rapides et violents des membres, il poussait des cris ; sa face devenait rouge, violacée ; il tombait à terre roide et immobile, couvert d'une pâleur mortelle ; peu à peu il reprenait connaissance.

Pendant deux ans la femme L... épuisa inutilement, on le pense bien, toutes les recettes de bonnes femmes contre ces accidents ; ceux-ci, se répétant, se rapprochant, augmentant de plus en plus, l'enfant fut conduit à la consultation de M. Trousseau, qui conseilla l'administration de la belladone à doses croissantes.

On en donna d'abord tous les matins, pendant un mois, une pilule de 0,01 centigramme d'extrait ; le mois suivant, la dose fut élevée à 2 centigrammes donnés du même coup ; le troisième mois, l'enfant prenait de la même manière 3 centigrammes d'extrait de belladone.

Les accidents avaient diminué dès le second mois ; avant la fin du troisième ils avaient complétement cédé. Cependant la médication fut continuée pendant encore une huitaine de jours ; elle ne fut suspendue définitivement qu'en raison de quelques troubles survenus du côté de la vue et de la tête. Mais depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans, le petit malade est tout à fait guéri.

Il était intéressant, après avoir constaté cette guérison durable, de rechercher les antécédents héréditaires ou consanguins de cet enfant, d'autant plus qu'on savait déjà qu'une petite sœur, prise dès sa naissance des mêmes accidents, y avait succombé à l'âge de dix-huit mois ; qu'une autre sœur, aujourd'hui âgée de neuf ans, avait également eu pendant trois ou quatre années des convulsions dont elle guérit spontanément.

Or voici le résultat de ces recherches :

Le père et la mère de Charles sont grands, vigoureux, et n'ont jamais eu d'accès épileptiques ; ils ne connaissent pas d'aliénés dans leur famille. Toutefois, la femme L... raconte que depuis six mois elle est en proie à des rêves, à des cauchemars épouvantables, à la suite desquels elle se réveille fatiguée et tout en sueur.

Il est à regretter que ces détails ne soient pas plus complets. Quoi qu'il en soit, il est permis de croire que les accidents nocturnes qu'éprouve cette femme ont quelque rapport avec l'épilepsie.

A côté de ce fait, en voici un autre qui présente avec le premier sinon une identité absolue, du moins une grande analogie. Nous le tenons de M. le docteur Blondeau, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu nous le communiquer.

Il s'agit d'un jeune garçon devant avoir aujourd'hui quatre ans environ, auquel M. Blondeau a été appelé il y a deux ans à donner des soins. A l'époque de la dentition, cet enfant fut atteint d'une affection eczémateuse occupant principalement le visage, et qui persista opiniâtrément jusque vers l'âge de deux ans. Il éprouvait en même temps des accidents nerveux bizarres qui effrayaient beaucoup sa famille par leur forme et la fréquence de leur retour. A l'occasion de la plus petite contrariété, alors même qu'il était encore dans les langes, l'enfant était pris d'accès de suffocation. Il poussait des cris violents, sa face devenait rouge, sa tête se renversait en arrière, puis à la rougeur presque violette de la face succédait une pâleur générale, la respiration était suspendue, le petit malade restait quelques secondes sans connaissance, puis tout rentrait bientôt peu à peu dans l'ordre.

Ces accidents augmentaient et se rapprochèrent à mesure que l'enfant grandit et marcha. La circonstance la plus légère en apparence, une peur, une contrariété, suffisaient pour en amener le retour. Le petit malade poussait de grands cris, sa face devenait rouge, violette, son corps se roidissait en arrière, sans que jamais on n'observât le moindre mouvement convulsif clonique ; puis la respiration se suspendait, l'enfant était sans voix, devenait pâle et tombait en syncope ; il sortait de cet état rapidement pour reprendre ses jeux et ses allures ordinaires.

M. Blondeau conseilla l'usage de la belladone suivant la méthode de M. Trousseau, dont il engagea d'ailleurs les parents à prendre conseil. Ce traitement fut approuvé, M. Trousseau ayant jugé les accidents de nature épileptiforme. Après plusieurs mois de ce traitement, qui consista dans l'administration du valérianate d'atropine à faibles doses, l'enfant guérit de ces accidents, qui depuis plus de dix-huit mois n'ont pas reparu. Il n'existe d'ailleurs dans ses antécédents de famille rien de remarquable qui puisse se rapporter à l'épilepsie ou aux convulsions. Sa petite sœur, qui a maintenant deux ans, n'a jamais rien présenté d'analogue.

Ces deux faits nous ont paru dignes d'être rapportés, car ils fournissent l'occasion d'appeler l'attention des praticiens sur une médication d'une incontestable utilité dans certains cas d'accidents épileptiques. On ne doit pas oublier que depuis longtemps Greding, Leuret, MM. Bretonneau et Ricord, avaient obtenu sinon des guérisons, du moins de notables améliorations dans l'épilepsie confirmée ; on ne doit pas oublier surtout que les deux Münch avaient vu quelques exemples de complète guérison chez des individus devenus épileptiques à la suite d'une frayeur, d'une suppression de règles. Ces faits sont cités par M. Trousseau dans son *Traité de thérapeutique*, et il ne se passe pas d'années qu'il n'en ait quelques-uns de nouveaux à signaler.

Des pansements laudanisés dans le traitement de certaines affections utérines.

Nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs des utiles effets des applications du gaz acide carbonique et d'autres agents anesthésiques sur le col utérin, dans les affections douloureuses de cet organe. C'est un moyen qui reste acquis à la thérapeutique de ces maladies, mais qui n'exclut point l'emploi topique des narcotiques, l'action de ces deux ordres d'agents n'étant la même ni pour la durée, ni pour l'intensité, et ne répondant d'ailleurs pas exactement aux mêmes indications. Là où il est surtout nécessaire de prolonger l'effet thérapeutique, les topiques narcotiques, et en particulier l'opium et ses préparations, sont préférables à l'acide carbonique et au chloroforme, dont l'effet sédatif est plus marqué, mais aussi beaucoup plus fugace. Mais l'un des obstacles qui s'opposent à ce qu'on ait plus souvent recours à l'emploi topique des narcotiques et notamment du laudanum, c'est la difficulté de le maintenir appliqué pendant un temps convenable.

La pression exercée par les organes pelviens sur le vagin tendant à en effacer constamment la cavité et à expulser les corps qui y sont contenus, les femmes ne peuvent que difficilement garder le laudanum dans les parties génitales. En présence de cette difficulté, et après bien des tâtonnements, M. Aran, qui s'était proposé de combattre les troubles de la sensibilité utérine par l'application du laudanum de Sydenham, y est parvenu par un mode de pansement qui consiste à faire absorber le laudanum dans le vagin, par une poudre inerte, et à y abandonner cette poudre passée à l'état de magma laudanisé. Voici quel est le mode de pansement qu'il a mis en œuvre et les résultats qu'il en a obtenus, d'après une note communiquée au *Bulletin de thérapeutique*.

Le col étant mis à nu à l'aide d'un spéculum bi ou trivalve, on laisse couler au fond de l'instrument de 30 à 50 gouttes de laudanum de Sydenham, et quelquefois même davantage, suivant l'intensité des douleurs. Après avoir mis le col et le fond du vagin en contact avec le liquide, en ouvrant et fermant alternativement le spéculum, on jette dans le fond de l'instrument, avec une cuiller ou une spatule, quelques grammes d'amidon en morceaux ou d'amidon en poudre, afin d'absorber le laudanum. En quelques secondes, surtout quand on emploie l'amidon en morceaux, le laudanum a disparu, et il ne reste plus qu'à retirer le spéculum en abandonnant dans le vagin le magma amidonné et laudanisé. Pour cela on soutient à mesure l'amidon placé dans le vagin, soit avec un gros pinceau de charpie, soit avec une grosse boulette de charpie ou de coton, qu'on laisse même à l'entrée de la vulve, si la largeur de celle-ci fait craindre que l'amidon ne tombe aussitôt que la malade sera debout.

M. Aran convient qu'il n'était pas sans inquiétude la première fois qu'il a laissé ainsi dans le vagin une quantité aussi considérable de laudanum ; mais l'expérience lui a montré, assure-t-il, qu'il n'y a pas à se préoccuper des accidents d'intoxication que peut produire le laudanum introduit par cette voie dans l'économie. Non-seulement il a constaté que l'absorption se fait très-lentement, — il a fallu une heure et quelquefois trois ou quatre pour que les premiers effets calmants se manifestassent, — mais encore M. Aran dit avoir pu reconnaître chez des femmes qui ne faisaient pas d'injections d'une manière régulière, la présence du laudanum dans le magma amidonné deux et trois jours après son introduction. C'est à peine si dans deux ou trois cas les femmes ont accusé une grande envie de dormir, et une seule malade a présenté des vomissements avec somnolence ; le laudanum n'a donné lieu dans aucun cas à ces troubles de la digestion qui en rendent l'emploi par la bouche si difficile.

Ainsi maintenu dans le vagin, le laudanum est peu à peu délayé par les mucosités vaginales ou utérines, et il tombe, soit avec l'amidon, soit entraîné par les mucosités, dans un espace de temps qui peut être de plusieurs jours. Dans les cas où il est nécessaire de revenir à cette application plusieurs fois, soit tous les deux jours, soit tous les jours, les malades doivent faire des lavages à grande eau pour débarrasser le vagin du magma qui y est encore contenu.

Voici dans quels cas M. Aran dit avoir retiré de bons effets de ce mode de pansement.

Il l'a employé avec succès, dit-il, depuis plusieurs mois, à la fin des affections utérines d'origine inflammatoire, alors que le catarrhe utérin et les ulcérations, rougeurs, etc., ont disparu, et que les malades conservent encore un état d'hypéresthésie douloureuse de l'utérus et des parties génitales. Mais c'est surtout contre les hyperesthésies douloureuses qui accompagnent quelquefois les déviations utérines ou les adhérences morbides contractées par l'utérus avec les organes renfermés dans le bassin, dans ces cas désignés sous le nom de cellulite chronique du petit bassin, avec inflammation chronique de l'ovaire et de la trompe, que ces pansements lui ont semblé rendre des services en éteignant la sensibilité et la douleur morbidement exaltée.

Une autre circonstance morbide qui a paru à notre confrère remarquablement modifiée par ces pansements laudanisés, c'est cet état particulier d'hystéralgie très-fréquent chez les femmes d'un certain âge, et qu'il considère comme lié chez quelques-unes d'elles à la formation de petits corps fibreux : quelques pansements laudanisés tempèrent en quelques jours la sensibilité et la douleur, et les malades passent d'un état de malaise et de souffrance extrême à un état de bien-être remarquable.

---

des pharmaciens sur le territoire un sujet intéressant de méditations, elle comprit toute la portée de l'article 26 de la loi de ventôse. Dans l'espoir d'arriver, par les fonctionnaires dont elle dispose, à des résultats plus complets que ceux obtenus par un travailleur isolé, et n'ayant que son travail et une volonté de fer, elle ordonna aux préfets de se conformer à la loi de ventôse, et de publier *régulièrement* les listes nominales des médecins et des pharmaciens de chaque département.

L'administration ne réclama pas un recensement annuel, comme le veut la loi de ventôse, elle se contenta du mot *régulièrement*. Aussi qu'est-il arrivé ? Quelques départements publient chaque année leurs tableaux, c'est le petit nombre ; d'autres se contentent d'un supplément annuel, très-écourté ; d'autres ne publient leurs tableaux qu'à des périodes plus ou moins éloignées, qui tous les trois, qui tous les quatre ans ; d'autres enfin ne publient rien du tout, donnant pour raison que les conseils du département n'ont pas alloué de fonds pour cet objet.

Les départements du Rhône et des Bouches-du-Rhône, par exemple, n'ont jamais rien publié. La Gironde a fait son premier recensement l'an dernier ; on y remarque l'absence de plusieurs des professeurs à l'École de médecine de Bordeaux. La Haute-Garonne a fait son premier recensement cette année.

Il faut donc en revenir au travail de M. Roubaud, qui chaque année reçoit les mutations de tous les départements. Ce travail tend d'ailleurs à s'améliorer chaque jour par la détermination qu'a prise l'an dernier son auteur d'acheter le matériel de son livre et de conserver ainsi sa composition. Par ce moyen, la correction d'un nom mal écrit n'est plus exposée à se perdre, et les fautes typographiques, presque inévitables dans un pareil travail, deviendront de moins en moins nombreuses.

Depuis qu'il est en possession des documents de l'*Annuaire*, M. Roubaud a publié quatre statistiques : deux pour la France entière, deux pour Paris. Nous croyons savoir que M. Roubaud est dans l'intention de refaire ces statistiques tous les cinq ans, afin de se conformer au recensement quinquennal de la population entière de la France. Sa dernière statistique est de l'an dernier.

L'*Annuaire* ne contient pas seulement la liste des médecins et pharmaciens de la France divisée par départements, arrondissements, cantons et communes ; il consacre à la législation médicale et pharmaceutique une large place ; et donne intégralement toutes les lois et tous les décrets qui régissent l'enseignement et l'exercice des deux professions, éclaircissant par des notes les points litigieux de cette législation.

Enfin, il donne les places et les noms des titulaires ressortissant de tous les ministères, tant à Paris que dans les départements, et offre ainsi le cadre complet de tout ce qui touche aux deux professions.

Annuaire des Vétérindires pour 1858, par M. Vincent MAZURKIEWICZ, secrétaire à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort. (1re année).

Puisque nous parlons d'annuaires, profitons de l'occasion pour signaler un nouveau petit livre du même genre, mais destiné spécialement aux vétérinaires, auxquels nous croyons qu'il sera d'une grande utilité. Cet annuaire comprend, outre l'*agenda* divisé par jours, les Écoles vétérinaires avec leur personnel et leur organisation, les Écoles d'agriculture, les listes des vétérinaires civils et militaires, les tableaux des marchés aux animaux, etc. ; enfin les établissements vétérinaires étrangers et la législation vétérinaire.

Nous devons attirer l'attention sur deux articles de M. Raynal, relatifs l'un au *titre de vétérinaire*, l'autre à la *vente par les vétérinaires des médicaments destinés aux animaux*, et un aide-mémoire, recueil de plus de trois cents formules, par M. Clément. L'*Annuaire* se termine par un prix courant des substances employées en médecine vétérinaire, des instruments les plus usités, et un catalogue des ouvrages de médecine vétérinaire. Nous le croyons appelé un grand succès.

Dr A. FOUCART.

The medical Profession in Great-Britain and Ireland, with an account of the medical organization of France, Italy, Germany and America, by Edwin LEE, M.-D. — Part I. General remarks ; Foreign medical orgaoization. — Part. II. British medical organization. First division : Historical Notices of the Colleges of Physicians and Surgeons Medical Institutions of Great-Britain and Ireland. London, John Churchill, New-Burlington street, 1857. — 2 broch. in-8, 300 p. — Paris, J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

TRAITEMENT DE LA DARTRE TONSURANTE

du cheval et du bœuf;

Par M. LEVRAT, vétérinaire, à Lausanne.

A l'occasion du travail que M. Raynal, chef du service de clinique à l'Ecole d'Alfort, a communiqué à l'Académie impériale de médecine, sur la dartre tonsurante du cheval et du bœuf, M. Levrat vient d'indiquer, dans l'*Echo médical de Neufchâtel*, le traitement qu'il emploie contre cette maladie, et qu'il divise en interne et en externe.

Traitement interne.

Fleur de soufre.	onces.	5
Sulfure d'antimoine.	»	4
Gaïac en poudre. / Poudre de dextrine, } ãã.	»	2 (1)
Carbonate d'ammoniac.	»	1
Acide arsénieux.	drachme.	1

Mêlez très-exactement dans un mortier et divisez en sept paquets.

Mode d'administration. — Un paquet le matin à jeun, dans un picotin de son légèrement mouillé.

Traitement externe.

Axonge.	onces.	6
Chlorure d'oxyde de sodium.	»	1

Mêlez le tout dans un mortier de marbre, puis ajoutez :

Huile de cade.	onces.	2
Onguent mercuriel.	»	1
Fleur de soufre.	»	4

Mêlez le tout, et frictionnez avec cette pommade les parties atteintes deux fois par jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 février 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

RAPPORT.

M. GOSSELIN lit un rapport sur un travail de M. Gillebert-d'Hercourt, intitulé : *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incurvation vertebrale dans le traitement de la maladie de Pott.*

Messieurs,

Qu'il nous soit permis de constater d'abord que le titre seul du travail de M. Gillebert-d'Hercourt indique un progres, ou du moins un effort dans une direction nouvelle imprimée depuis quelques années à nos études sur la maladie de la colonne vertébrale connue sous le nom de mal de Pott. Vous le savez, les travaux des contemporains et de tous les auteurs qui ont été nos prédécesseurs et nos maîtres ont eu surtout pour objet l'anatomie pathologique. Tous avaient accepté la symptomatologie si bien tracée par Pott; tous avaient adhéré sans discussion, disons-le, même sans examen, à son opinion sur la valeur des cautères comme moyen thérapeutique. On ne se préoccupait plus que de connaître les lésions anatomiques dont Pott ne s'était point occupé, et toute l'attention pendant de longues années a été concentrée sur la question de savoir si l'affaissement du rachis était dû à une altération des disques intervertébraux ou des vertèbres; si la lésion de ces dernières était une carie ou une affection tuberculeuse; si cette affection tuberculeuse était infiltrée ou enkystée. Ces recherches sur les morts ont peut-être un peu fait oublier les vivants. On ne s'est plus occupé beaucoup de thérapeutique, et l'opinion des auteurs qui attribuent le mal à une tuberculisation s'étant accréditée d'une part, tandis que, d'une autre part, la doctrine fatale et erronée de M. Louis sur la tuberculisation multiple prenait faveur, la plupart des chirurgiens en étaient venus à considérer le mal de Pott comme une maladie qui pouvait à la rigueur laisser vivre les sujets avec une difformité irrémédiable, mais qui le plus souvent les vouait à une mort certaine, surtout lorsqu'il y aurait des abcès par congestion. M. J. Guérin a, selon nous, rendu un vrai service à la science lorsqu'il est venu, dans son rapport de 1841, citer des exemples de guérison de carie vertebrale avec abcès par congestion. Qu'il ait exagéré les avantages du procédé dont il se proposait alors de faire valoir l'importance, nous ne le contestons pas. Mais c'était à cette époque un grand fait que de montrer des guérisons, et chacun de vous se rappelle avec quelle incrédulité il fut accueilli, tant était devenue générale l'opinion sur l'impuissance de l'art, opinion qu'on croyait assise sur une base solide, celle de l'anatomie pathologique. Quand un peu plus tard, M. le professeur Piorry vint insister dans ses leçons cliniques sur l'utilité du phosphate de chaux dans le traitement du mal vertébral, il eut quelque peine à convaincre les chirurgiens, et votre rapporteur est peut-être le seul parmi les membres de la Société qui ait accepté et préconisé à son tour ce mode de traitement. Quand enfin notre collègue M. Boinet a cité des exemples de guérison à la suite des injections iodées dans le traitement d'abcès par congestion accompagnant le mal de Pott, il n'a pas manqué, non plus, et la dernière discussion l'a bien montré, de faire naître aussi l'incrédulité.

Notre intention n'est pas de faire prévaloir ce mode de traitement, dont nous n'avons pas à nous louer, et que nous réservons pour quelques cas exceptionnels; mais nous considérons encore comme une chose utile et bonne d'avoir cité de nouveaux exemples de guérison. Il faut bien, en définitive, si tant d'observations apportent des succès, que la maladie vertébrale, même dans ses formes les plus graves, ne soit pas aussi fatalement désastreuse que l'avaient fait croire les investigations anatomo-pathologiques, ou bien il faut, et c'est ce que nous rechercherons tout à l'heure, que quelque malentendu se soit glissé dans la science sur ce sujet.

(1) La poudre de dextrine est prescrite ici pour modifier l'action de l'arsenic sur la muqueuse gastro-intestinale.

Le travail de M. Gillebert-d'Hercourt est donc fait dans la même direction que ceux de MM. J. Guérin, Boinet et Piorry. Il laisse tout à fait de côté les caractères anatomiques et la nature intime des lésions pour ne s'occuper que du traitement et prouver par de nouveaux faits la possibilité de la guérison. Seulement l'auteur ne s'occupe pas spécialement des abcès par congestion comme l'ont fait MM. Guérin et Boinet, ni de la réparation de la perte de substance comme l'a fait M. Piorry, et comme l'a fait aussi sur une grande échelle M. Gensoul (de Lyon), en administrant, au lieu du phosphate neutre de chaux, le phosphate double de fer et de chaux. Il s'adresse surtout à l'incurvation elle-même. Il veut l'arrêter dans sa marche, la diminuer, l'effacer même, et dans ce but il recommande le repos horizontal longtemps prolongé sur un appareil de son invention, qui consiste d'abord en un coussin dur, à plan supérieur, incliné de la tête aux pieds, légèrement convexe dans la partie qui doit soutenir les régions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale, et déprimé à la réunion du premier et du second cinquièmes, afin que le plan destiné à la tête soit au-dessous de celui qui recevra le dos. L'auteur fait, en outre, pratiquer sur le coussin, au niveau du point qui doit correspondre à la gibbosité, un trou d'une capacité suffisante, et il comble ce trou par un ballon en caoutchouc rempli d'air, qui dépasse la surface du coussin. La gibbosité est reçue sur ce ballon élastique, dont la pression ne saurait être assez forte pour escharifier la peau. Il va sans dire que si deux gibbosités existaient, deux trous seraient faits sur le coussin, et deux ballons de caoutchouc y seraient ajoutés.

A l'appui de ce mode de traitement, l'auteur apporte deux faits : le premier est relatif à un enfant de quatre ans, qui avait depuis six mois une gibbosité au niveau des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, avec faiblesse des membres inférieurs et sans abcès par congestion. Il fut couché le 16 juillet 1856 sur le matelas et y resta jusqu'au 24 avril, environ neuf mois, mais avec quelques interruptions pendant les trois derniers mois pour faire des promenades à l'aide du char vertical et à béquilles. Lorsque l'enfant a été repris par sa famille, la gibbosité avait notablement diminué, les jambes étaient plus fortes, et l'état général beaucoup plus satisfaisant.

Dans la seconde observation, il est question d'un enfant de cinq ans et demi, qui avait depuis au moins huit mois deux gibbosités, l'une à la région lombaire, l'autre à la région dorsale, avec un abcès par congestion dans la fosse iliaque droite. A partir du 10 septembre 1856, cet enfant fut soumis au décubitus prolongé avec deux ballons de caoutchouc, correspondant chacun à une des gibbosités. L'usage du char à béquilles pendant une demi-heure par jour est commencé le 10 mars; mais à part le temps nécessaire pour cet exercice, le décubitus dorsal est continué jusqu'au 24 juillet (en tout dix mois). A cette époque, dit M. Gillebert, les traces des anciennes gibbosités ne se décèlent que par deux points très-circonscrits, faisant l'un et l'autre saillie d'un demi-centimètre au-dessus des parties voisines.

L'auteur indique lui-même qu'il a, en préconisant ce mode de traitement, deux intentions : celle d'immobiliser et celle de redresser peu à peu. Il convient que la première n'est pas nouvelle, et a été réalisée avant lui par Delpech, MM. Bonnet (de Lyon) et Ferdinand Martin. Mais il rappelle que malgré les efforts de ces auteurs, le plus grand nombre des chirurgiens n'ont pas adopté ni conseillé le repos prolongé dans le traitement de cette maladie. A ce point de vue, M. Gillebert-d'Hercourt, s'il n'a pas absolument le mérite de l'invention, a du moins celui de trancher nettement une question indécise et de se placer franchement dans le camp opposé à celui des auteurs nombreux, qui, à l'exemple de Boyer, Sanson, Ollivier (d'Angers), MM. Nélaton et Bouvier, veulent que les malades marchent de temps en temps avec des tuteurs ou des soutiens, au lieu de rester continuellement dans la position horizontale. Quant à la seconde intention, celle d'obtenir par son appareil un redressement lent et gradué, elle n'a, je crois, été formulée jusqu'à ce jour par aucun praticien, si ce n'est peut-être par ceux qui avant Pott soumettaient ces sortes de gibbosités comme les autres à des traitements mécaniques irrationnels et violents. Pour rester dans les limites du travail de M. Gillebert-d'Hercourt, nous devons donc examiner ces deux questions : L'auteur prouve-t-il, en effet, que l'immobilité prolongée dans la position horizontale est favorable dans le traitement du mal de Pott? Prouve-t-il, d'autre part, qu'il a obtenu un redressement?

1° La lecture des observations autoriserait tout d'abord à répondre affirmativement à la première question, car les malades soumis au décubitus horizontal paraissent avoir repris assez promptement les forces et l'embonpoint qu'ils avaient perdus. Mais pourtant nous devons nous demander s'il ne faut pas faire aussi la part des changements hygiéniques et des autres moyens de traitement dans ces améliorations. En effet, ces deux enfants, outre qu'ils ont trouvé dans l'établissement de M. Gillebert une aération et peut-être une nourriture meilleures que celles dont ils disposaient chez leurs parents, ont été soumis aux bains d'air condensé, à l'huile de foie de morue, au sirop de kina, à l'iodure de fer, aux frictions sur les membres avec le liniment de Rosen, au massage. N'est-il pas permis d'admettre que, quand bien même on eût permis aux malades de faire quelques exercices, de se livrer à quelques jeux à plat ventre, l'ensemble de ces moyens aurait pu conduire à un résultat semblable à celui qu'indique M. Gillebert? C'est ce que penseront probablement les partisans du repos et de l'exercice combinés. Cependant votre rapporteur, en émettant ces doutes, se gardera bien de jeter une défaveur trop grande sur l'immobilité prolongée dans le traitement du mal vertébral; il la croit utile, l'a employée et l'emploiera encore. Mais son devoir est de déclarer que son opinion à cet égard ne peut s'appuyer sur des arguments convaincants, les malades qu'il a observés ayant été, comme ceux de M. Gillebert, soumis à des conditions favorables qui, chez d'autres malades non soumis à l'immobilité, ont paru également suivies d'un bon résultat.

Il y a d'ailleurs dans cette question de l'immobilité prolongée une difficulté pratique que M. Gillebert n'a pas abordée, celle de savoir à quelle époque elle doit être commencée, et à quelle époque elle doit finir. Il nous dit bien que les deux enfants, aussitôt qu'ils ont été confiés à ses soins, ont été soumis au repos absolu; mais la maladie datait de plusieurs mois. Si M. Gillebert avait été appelé dès le debut, aurait-il de suite eu recours à ce moyen, aurait-il attendu surtout que la gibbosité fût prononcée? De même, on voit qu'au bout de quelques mois l'exercice modéré a été permis, puis qu'il a été permis de plus en plus; mais on ne voit pas quelles ont été les indications de ce changement dans le traitement, pourquoi on a choisi plutôt le cinquième mois que le sixième, le septième, le douzième : c'est, selon nous, Messieurs, la difficulté de donner à ce point de pratique un certain degré de précision, qui a contribué à tenir les esprits incertains. En définitive, cette maladie, quoi qu'on fasse, doit toujours passer par trois périodes au moins, toutes d'une certaine durée : une première, caractérisée par la douleur, sans affaissement des vertèbres, et pendant laquelle l'ostéite et l'arthrite sont en voie d'évolution; une deuxième, d'affaissement progressif, pendant laquelle l'usure des os, ou le ramollissement des tubercules, oblige le rachis à s'incurver; enfin une troisième, pendant laquelle, si la guérison a lieu, la consolidation s'opère, dans la nouvelle attitude donnée par la maladie, au moyen de dépôts osseux de nouvelle formation. Or le repos horizontal prolongé serait-il indifféremment utile à toutes ces périodes; empêcherait-il, si on l'employait dans la première, le développement de la seconde, et si on y a recours dans la seconde, favoriserait-il l'arrivée plus rapide de la troisième? Nous ne croyons pas nous tromper en avançant que personne, parmi nous, n'est préparé à résoudre ces questions, et nous exprimons le regret de ne pas les trouver dans le travail de M. Gillebert, sinon résolues, au moins posées. Quant à nous, s'il nous était permis de donner notre opinion sur un sujet aussi délicat et avec un aussi petit nombre de faits que ceux dont nous avons été témoin, nous dirions que c'est surtout pendant la seconde période, celle d'affaissement progressif, que l'immobilité dans la position horizontale nous paraît avantageuse; elle doit alors diminuer l'affaissement et les proportions de la gibbosité, en empêchant la partie supérieure du rachis de peser sur l'inférieure. Mais il nous semble que dans la troisième, c'est-à-dire à l'époque où la réparation se complète et où elle est assez avancée déjà pour que l'affaissement n'augmente plus, un exercice modéré ne doit qu'être utile et favoriser le mouvement nutritif en vertu duquel se dépose le tissu osseux de nouvelle formation. Nous déclarons seulement que nous ne sommes pas en mesure d'indiquer des caractères propres à faire reconnaître si la maladie a franchi complétement les limites de la seconde période.

2° Pour la seconde question que nous avons posée, celle de savoir si le redressement a été obtenu, les allégations de l'auteur peuvent seules nous guider.

Dans la première observation, il est dit que l'enfant portait une gibbosité formée par la saillie des apophyses épineuses des quatrième, cinquième et sixième dorsales, sans qu'on donne aucune indication sur le volume de cette saillie, non plus que sur le degré de courbure. Puis il est dit, à la fin, que la gibbosité est réduite à une très-légère saillie.

Dans la seconde observation, on dit au commencement que deux incurvations très saillantes occupent, l'une la région dorsale au niveau des cinquième et sixième vertèbres, et l'autre la région lombaire au niveau des quatrième et cinquième vertèbres de cette région, et on dit à la fin que les traces des anciennes gibbosités ne se décèlent que par deux points très-circonscrits, faisant l'un et l'autre une saillie d'un demi-centimètre environ au-dessus des parties voisines. Quoique la première observation soit moins explicite que la seconde, cependant on ne pourrait, à moins d'admettre une grande inattention de la part de l'auteur, se refuser à croire qu'une notable amélioration a en effet été obtenue. Nous ferons cependant une réserve, relativement à la durée de ces améliorations. Quand on se rappelle combien cette maladie est longue, et à combien de mécomptes elle a exposé les observateurs consciencieux, qui avaient cru à une guérison bientôt démentie par une récidive, il faut se demander si pareille chose n'arrivera par hasard aux deux malades de M. Gillebert-d'Hercourt.

En résumé, Messieurs, l'analyse que nous venons de faire nous paraît favorable aux idées et au mode de traitement conseillé par l'auteur. Nous voyons là une ressource nouvelle qui, pour une maladie aussi longue et aussi cruelle, peut être employée avec avantage, et d'autre part sans inconvénient sérieux pour les malades; il reste seulement pour l'époque et la durée de l'application les difficultés dont nous avons parlé, et que peut-être des observations nouvelles pourront éclaircir.

Faisons cependant, avant de terminer, une dernière réflexion. Le traitement de M. Gillebert conviendrait-il aussi bien et serait-il aussi efficace sur des jeunes gens ou des adultes que sur des enfants? L'auteur, en définitive, n'apporte à l'appui de sa nouvelle méthode que des observations prises sur des enfants. C'est ce qu'ont fait aussi la plupart des auteurs qui ont préconisé des moyens de traitement nouveaux. Or, toutes ces observations et d'autres exemples de guérison observés par nous-mêmes et par d'autres, sur des enfants qui n'avaient pas été soumis à d'autres moyens qu'à ceux du régime tonique et anti-scrofuleux, prouvent qu'il y a chez l'enfant une possibilité de guérir qui n'est pas aussi prononcée après la puberté. C'est là, selon nous, la cause des divergences d'opinions qui ont existé sur ce sujet. Beaucoup de chirurgiens ont parlé de la carie vertébrale et de sa gravité, et même contesté les guérisons dont ils entendaient parler, d'après le souvenir de faits qu'ils avaient observés sur des jeunes gens.

D'une autre part, ceux qui ont préconisé des modes de traitement ne se sont guère appuyés que sur des observations prises chez des enfants, en insistant sur la nécessité de faire intervenir un traitement général approprié. Aujourd'hui, et nous avons déjà pris soin de le faire remarquer dans le *Compendium de chirurgie*, il est incontestable que les enfants peuvent guérir plus facilement que les jeunes gens et les adultes, et qu'il n'est pas possible de proposer comme également efficace pour les seconds les moyens de traitement qui conviennent aux premiers. Il en est selon nous du mal vertebral comme des autres manifestations de la diathèse scrofuleuse; on en triomphe d'autant mieux que cette diathèse se traduit par un plus petit nombre de phénomènes, et que le sujet est plus jeune. De deux à quinze ans, par exemple, on triomphe de presque toutes les maladies scrofuleuses (engorgement ganglionnaire, tumeurs blanches et caries) quand elles ne sont pas trop abondantes, et quand elles n'occupent pas les viscères importants à la vie, tels que le poumon et le canal digestif. De quinze à trente ans, on arrive beaucoup plus difficilement avec les mêmes moyens de thérapeutique à la guérison de ces affections, alors même que la tuberculisation pulmonaire n'intervient pas. Quant à la scrofule des vieillards,

elle est toujours incurable. Profitons donc des bonnes dispositions de l'enfance, aidons la nature par tous les moyens inoffensifs que les observateurs consciencieux mettent à notre disposition; mais prenons garde de trop attribuer aux agents locaux, et d'oublier que les modificateurs généraux empruntés à la médication scrofuleuse et à l'hygiène, ont souvent dans la guérison une plus grande part que les moyens chirurgicaux.

Il ne sera pas inutile de rappeler à l'appui de la candidature de M. Gillebert, qu'il a déjà envoyé à la Société un autre travail sur le mode d'action des pessaires, travail sur lequel un rapport a dû être fait par une autre commission.

Nous vous proposons :

1° De remercier M. Gillebert-d'Hercourt de sa communication ;

2° D'envoyer son travail au comité de publication ;

3° D'inscrire le nom de M. Gillebert-d'Hercourt sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Une discussion s'engage à la suite de ce rapport.

M. CHASSAIGNAC. Je ne partage pas l'opinion de M. Gillebert sur la question du redressement. Lorsqu'on étudie sur une série de pièces anatomiques le mécanisme de la consolidation de la colonne vertébrale à la suite du mal de Pott, on voit que les vertèbres adjacentes aux corps vertébraux détruits se rapprochent en avant pour combler la perte de substance, et c'est de ce rapprochement que résulte la gibbosité. La formation de la gibbosité, c'est-à-dire l'affaissement des corps vertébraux, semble donc être le *sine qua non* de la réparation des désordres que produit le mal de Pott, et toute tentative tendant à empêcher la déviation ou à la redresser par des moyens mécaniques paraît contraire au vœu de la nature. L'emploi des appareils orthopédiques, au surplus, n'est pas nouveau; M. Jules Guerin y a eu recours aussi il y a une quinzaine d'années, et on lui a déjà fait les objections que je viens de reproduire.

Il y a un autre point sur lequel je suis en désaccord avec M. Gillebert-d'Hercourt, je veux parler de l'immobilité. Je crois que le repos est nécessaire lorsqu'il y a de l'inflammation ou de la douleur. La station verticale en pareil cas pourrait être difficilement supportée; en outre, lorsqu'un ou plusieurs corps de vertèbre sont profondément excavés, elle exposerait à la rupture, à la fracture de la colonne vertébrale, devenue trop faible pour supporter le poids du corps, accident dont les conséquences immédiates sont formidables. Mais lorsque la douleur est nulle ou légère, lorsque la déformation a cessé de faire des progrès, et que la colonne vertébrale paraît commencer à se consolider, alors il est utile de faire lever les malades. Le poids du corps favorise d'ailleurs l'affaissement des vertèbres, qui est seul capable de combler la perte de substance.

A l'appui de la méthode de l'extension, l'auteur cite des cas où la paralysie des membres inférieurs a été améliorée ou guérie par suite de ce traitement; mais des améliorations ou des guérisons exactement pareilles s'observent aussi chez des sujets qui ne sont pas soumis à l'extension. J'ai soigné plusieurs malades chez lesquels la paralysie s'est montrée et a disparu à diverses reprises sans qu'il fût survenu aucun changement dans la courbure de l'épine. Je crains que M. Gillebert n'ait attribué à son traitement mécanique des résultats qui dépendaient d'une cause toute différente.

M. le rapporteur, en parlant du traitement général, a vanté les effets du phosphate de chaux administré à l'intérieur dans le but de favoriser le travail réparateur de l'ossification. Je n'ai pas sur ce point d'expérience personnelle; mais je me demande ce que l'on peut attendre du phosphate de chaux. Espère-t-on que le sang, saturé de ce sel, le déposera dans le point où on désire obtenir une ossification? Mais, l'économie tout entière étant saturée au même degré, des ossifications devraient se produire partout. Suppose-t-on qu'il y ait une affinité élective entre le phosphate calcaire et le point altéré du squelette? Cela serait admissible, à la rigueur, s'il s'agissait de l'une des affections qui ramollissent le tissu osseux en le privant de ses principes inorganiques; on pourrait chercher à rendre à ce tissu les éléments qu'il a perdus; mais ici il s'agit d'une carie ou d'une affection tuberculeuse, et dans l'un et l'autre cas les sels calcaires conservent leurs proportions normales. Voilà pour les raisons théoriques qui ont conduit les praticiens à essayer l'emploi du phosphate de chaux. Restent les arguments tirés de l'expérience clinique; mais je les attends encore, car les faits invoqués par M. le rapporteur ne m'ont pas convaincu.

M. GOSSELIN. Je me suis fait la même objection que M. Chassaignac sur la difficulté de la consolidation en ligne droite, et je verrais comme lui de graves inconvénients à établir tout à coup un grand écartement entre les vertèbres qui limitent le foyer. Le travail de réparation peut être jusqu'à un certain point comparé à la consolidation des fractures. Des fragments trop écartés ne se réunissent pas, mais un léger intervalle ne s'oppose pas à la formation du cal. Le redressement, tel que l'opère M. Gillebert d'Hercourt, n'est pas instantané; il est lent et graduel; et lorsqu'une nouvelle traction tend à agrandir l'intervalle qui sépare les fragments, cet intervalle est déjà diminué par le dépôt d'une couche de substance osseuse intermédiaire. En agissant ainsi, on n'empêche pas la consolidation, et on obtient une soudure épaisse, constituée par une masse osseuse qui remplace en tout ou en partie celle qui a été détruite par la maladie.

Quant à la question du phosphate de chaux, je serai moins affirmatif. Elle est difficile à résoudre par l'observation clinique, et si on me demandait des preuves, je ne pourrais pas en donner. Je puis affirmer, toutefois, que ce moyen n'est nullement dangereux. J'en conçois, d'ailleurs, l'efficacité, puisqu'il y a un travail d'ossification pour lequel il faut bien que le sang fournisse du phosphate de chaux. J'ai administré ce médicament dans les fractures des membres. Il m'a paru que la consolidation était un peu plus rapide. En tous cas, il n'y a aucun inconvénient à faire prendre du phosphate de chaux aux malades qui sont appelés à faire les frais d'un travail d'ossification.

M. HOUEL. M. Gosselin vient de comparer la réparation des corps vertébraux, détruits par le mal de Pott, au travail de consolidation des fractures; il a parlé d'une sécrétion osseuse qui se formerait dans le foyer du mal et comblerait plus ou moins complétement la perte de substance. Cela est en opposition avec les résultats de l'anatomie pathologique. Dans tous les cas où la consolidation (je ne dis pas la guérison) a lieu sans affaissement des vertèbres, on trouve que cette consolidation est constituée par des stalactites osseuses, par des jetées périphériques embrassant les deux corps vertébraux correspondants, et formant autour du foyer comme une espèce d'étui plus ou moins complet. Quant au foyer lui-même, il est comblé quelquefois par des dépôts de graisse, souvent on y trouve des cavités pleines de pus; mais le cal intérieur, il ne se forme jamais.

M. GUERSANT. M. Gosselin admet que les maladies de la colonne vertébrale guérissent mieux chez les jeunes enfants que chez les sujets plus âgés. C'est tout à fait contraire à l'opinion que j'ai émise ici tout récemment; et c'est contraire aussi aux résultats généraux de l'expérience. Il n'y a pas de règle sans exception. Il y a des cas heureux; certains enfants guérissent très-bien; mais, je le répète, c'est une exception.

M. BROCA. Dans la dernière séance, lorsque M. Gosselin nous a annoncé son rapport, j'avais cru comprendre qu'il s'agissait d'un nouveau traitement des abcès par congestion consécutifs aux altérations des vertèbres. S'il en était ainsi, j'attacherais beaucoup d'importance aux deux guérisons citées par M. Gillebert d'Hercourt à l'appui de sa méthode. Mais il s'agit de toute autre chose. Ce ne sont pas des abcès par congestion, ce sont de simples maladies de Pott qui ont été guéries, ce qui est bien différent. Le mal de Pott donne quelquefois lieu à la formation d'abcès; mais très-souvent aussi il n'a pas cette conséquence, et les cas de cette dernière catégorie sont tellement communs que Pott, dans ses deux mémoires, n'a pas signalé la possibilité de la formation d'une poche purulente; il a même distingué l'affection qu'il a décrite de celle qui fait naître les abcès par congestion.

Le traitement adopté par M. Gillebert-d'Hercourt s'adresse donc à un état pathologique dont la curabilité est depuis longtemps démontrée. Il n'est personne qui ne connaisse un grand nombre d'individus guéris du mal de Pott. La presque totalité des bossus dont la gibbosité est médiane ou anguleuse, sont des exemples de guérisons obtenues par les traitements les plus divers, ou même sans aucun traitement. Le nombre de ces guérisons est même beaucoup plus grand que ne semble l'indiquer le nombre des bossus. La gibbosité n'est apparente à l'extérieur que lorsqu'elle est très-prononcée et qu'elle résulte d'une destruction étendue des corps vertébraux. Mais lorsque l'affaissement est moins considérable, la gibbosité consiste seulement en une légère saillie d'une apophyse épineuse, et les cas de ce genre sont très-fréquents. Tous les chirurgiens savent qu'il faut en tenir compte dans le diagnostic des fractures de la colonne vertébrale. Je répète donc que la guérison du mal de Pott est un fait commun, vulgaire et connu même bien avant les travaux du chirurgien anglais.

Lorsqu'on interroge les individus ainsi guéris à la faveur d'une gibbosité, sur le traitement qu'on leur a fait subir, les uns racontent qu'ils ont été traités par des cautères ou par des médicaments internes; mais d'autres, et c'est peut-être le plus grand nombre, n'ont fait aucun traitement régulier; ils ont à peine gardé le lit pendant quelque temps; quelques-uns même n'ont pas cessé de se lever et de prendre de l'exercice. En présence de ces faits, on peut se demander jusqu'à quel point l'immobilité est nécessaire, jusqu'à quel point le traitement de M. Gillebert d'Hercourt a pris part à la guérison des deux malades dont M. Gosselin nous a retracé l'histoire.

Je me rallie pleinement aux remarques de MM. Chassaignac et Houel sur la question du redressement et de l'écartement des corps vertébraux. Quant au phosphate de chaux, je ne vois guère comme on a pu en constater l'efficacité. La fréquence des guérisons obtenues sans aucun traitement permettrait déjà d'émettre des doutes, et ces doutes s'accroissent encore lorsqu'on songe que d'autres agents thérapeutiques, dont l'action est démontrée, ont été mis en usage en même temps que le phosphate de chaux.

M. GOSSELIN. Je répondrai d'abord à M. Houel que la soudure par ossification centrale s'observe quelquefois sur la colonne vertébrale. J'ai vu des pièces sur lesquelles, à travers le disque détruit, il y avait soudure et fusion entre deux vertèbres superposées.

Je reconnais avec M. Broca que de tout temps on a vu guérir sans abcès des individus affectés du mal de Pott. Mais ces individus, sans doute, n'avaient pas présenté les accidents de douleur et de paralysie qui existaient chez les malades de M. Gillebert-d'Hercourt, et qui ont été améliorés par l'immobilité et l'extension. M. Gillebert pense d'ailleurs que son traitement est avantageux dans tous les cas, même lorsqu'il y a un abcès. Il cite un cas où un abcès par congestion s'est résorbé, et il est disposé à croire que sa méthode est pour quelque chose dans ce résultat favorable.

M. MARJOLIN. J'appuie la distinction que M. Broca établissait tout à l'heure entre le mal de Pott et les abcès par congestion. Il me paraît certain que les individus qui guérissent spontanément en conservant une gibbosité, ont une altération particulière du système osseux, différente de celle qui donne lieu aux abcès par congestion, car les cas où le mal de Pott se complique d'abcès sont relativement assez rares. Rien n'est commun comme de rencontrer des bossus chez lesquels l'existence d'une ancienne maladie des vertèbres est attestée par de nombreuses cicatrices de cautères ou de moxas, et chez lesquels cependant il n'y a jamais eu d'abcès. Le traitement par les cautères, pour le dire en passant, me paraît le meilleur de tous. Je ne lui reconnais pas seulement l'avantage d'agir comme moyen dérivatif sur l'affection du squelette; il a en outre celui d'intimider les enfants, de les faire souffrir, et par là de diminuer leur funeste penchant à la masturbation. Quoi qu'on en ait dit, la masturbation exerce une influence très-réelle sur la production des maladies de la colonne vertébrale. La plupart des enfants atteints du mal de Pott offrent un développement extraordinaire des organes génitaux, témoignage non douteux de leurs habitudes vicieuses.

Relativement à la question du repos et du mouvement, je reconnais avec M. Chassaignac qu'il y a une période où il importe de tenir les malades couchés, et une seconde période où il est utile au contraire de les faire marcher. Mais le diagnostic de ces deux périodes est très-difficile, car on ne sait jamais où en est la lésion du squelette. Je pense donc que d'une manière générale il faut insister sur la nécessité du repos au lit. C'est le meilleur moyen d'éviter non-seulement ces espèces de fractures dont parlait M. Chassaignac, mais encore ces affaissements rapides à la suite desquels on voit le plus souvent paraître des abcès par congestion.

Après de courtes remarques échangées entre MM. Gosselin et Guersant sur le pronostic du mal de Pott chez les enfants, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Souscription pour deux confrères.

MM. Riembault, à Commentry.	5 fr.
Croizet, à Surgères.	5
Un anonyme.	10
Mérentié, à Marseille.	5
Un anonyme.	2
Woirbaye, médecin-major du 8e régiment de chasseurs à cheval.	10
Un anonyme.	5
Sommes reçues précédemment. . . .	141
Total. . . .	183 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 3 février, M. le docteur Sée (Marc) est nommé prosecteur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

MM. Lefort et Liégeois sont nommés aides d'anatomie près la même Faculté.

— Par arrêté du 5 février, M. Raymondaud, prosecteur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est chargé, en outre, des fonctions d'agent comptable pour le service spécial de l'enseignement supérieur près ladite École, en remplacement de M. le professeur Bardinet, démissionnaire.

— Nous rappelons à nos confrères qu'un concours sera ouvert, le 22 de ce mois, à 3 heures, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour la nomination à deux places de médecins agrégés dans le corps médical des hôpitaux de cette ville.

MM. les docteurs qui voudront y prendre part devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices huit jours avant l'ouverture du concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Havet, né à Templaire (Nord); *Considérations sur quelques maladies du mamelon et de son auréole pendant l'allaitement, et de leur traitement en particulier.*

Pornot, né à Paris (Seine); *Des causes et du traitement de l'hémorrhagie cérébrale.*

Bougard, né à Darémont (Haute-Marne); *Les eaux chlorurées sodiques thermales de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).*

Labat, né à Lormont (Gironde); *De l'alimentation dans les maladies aiguës.*

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 19. — MARDI 16 FÉVRIER 1858. (31° ANNÉE.) N° 16. — MARDI 16 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 FÉVRIER 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance du lundi 8 février a été consacrée, ainsi que nous l'avons déjà dit, à la proclamation des prix pour l'année 1857, et à la lecture de l'éloge de Magendie par M. Flourens. Trois savants étrangers, M. Lieberkühn, prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie de Berlin, et MM. Ed. Claparède (de Genève) et Johannes Lachmann (de Brunswick), ont partagé le grand prix des sciences physiques, dont le sujet était pour cette année l'étude des métamorphoses et la reproduction des infusoires. Le prix de physiologie expérimentale a été décerné à M. Auguste Muller (de Berlin), pour sa découverte de la métamorphose de la lamproie de rivière. Un prix a été décerné en outre à M. Brown Séquard, pour ses recherches sur les propriétés du sang artériel et du sang veineux. M. Philipeaux, pour ses expériences sur l'ablation des capsules surrénales, et M. Lespès, pour ses observations sur les spermatophores de certains orthoptères et sur l'organisation des termites, ont obtenu chacun une mention honorable.

Le prix relatif aux arts insalubres a été donné à M. Eugène Rolland, inventeur d'un appareil propre à dessécher et torréfier les feuilles de tabac hachées, qui supprime des causes très-graves d'insalubrité attachées aux anciens procédés de séchage usités dans les manufactures de tabac. Un encouragement a été accordé à M. Dannery, pour l'invention d'une machine à débourrer les chapeaux de cardes, laquelle supprime également une opération fort malsaine pour les ouvriers qui respirent l'air chargé de poussières de toute nature dont les déchets de coton adhérents aux cardes sont chargés.

Par suite d'une nouvelle mesure réglementaire, regrettable pour les nombreux compétiteurs aux prix de médecine et de chirurgie, l'Académie s'est trouvée dans la nécessité de restreindre considérablement cette année le nombre des prix et des récompenses qu'elle accordait jusqu'ici avec une véritable munificence aux travaux de nos confrères. Cette circonstance, jointe à la multitude de travaux admis au concours, ne fait que rehausser davantage la valeur du petit nombre de prix accordés. La commission a eu, en effet, à examiner quatre-vingts ouvrages relatifs aux différentes branches des sciences médicales ou à celles qui y sont afférentes. Sur ces quatre-vingts ouvrages, trois seulement ont été jugés dignes d'un prix et deux d'une mention honorable. M. Broca, pour son ouvrage sur les *anévrysmes*, MM. Delafond et Bourguignon, pour leur *Traité de la gale chez les animaux domestiques*, et M. Morel, pour son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, ont eu chacun un prix. Des mentions honorables ont été accordées à M. Bertillon, pour ses *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine*, et à M. Fonssagrives, pour son *Traité d'hygiène navale*. Nos lecteurs connaissent déjà les mérites de ces divers ouvrages, qui ont été analysés ou appréciés par la *Gazette*. Nous reproduisons plus loin quelques extraits du rapport de la commission, qui font ressortir les points de ces ouvrages que l'Académie a surtout jugés dignes de récompense.

Aux termes du nouveau règlement, il y aura à l'avenir comme cette année pour la médecine un très-petit nombre d'élus parmi la foule de prétendants aux couronnes académiques. Avis aux travailleurs.

En revanche, grâce à la fondation du prix Jecker, les travaux de chimie organique seront désormais récompensés d'une manière splendide. Deux prix Jecker, de 6,140 francs chacun, ont été décernés, l'un à M. Charles Gerhardt, l'autre à M. Auguste Laurent; récompenses posthumes qui vont se transformer en un secours aussi utile qu'honorable entre les mains des veuves de ces deux savants si regrettables.

Le prix Bréant avec ses intérêts est toujours à l'état de disponibilité. Un rapport sur les pièces adressées pour ce concours devra être fait dans le premier trimestre de 1858.

Nous regrettons de ne pouvoir donner tout entier l'éloge prononcé par M. Flourens. Obligé par le manque d'espace de ne citer que quelques extraits de cet éloge qui n'est pas moins remarquable par la justesse des appréciations que par l'élévation des idées, par la finesse et les délicatesses du style, nous avons choisi plus particulièrement ceux qui ont trait au caractère et à la physionomie morale de Magendie.

Dr Brochin.

ÉLOGE HISTORIQUE DE FRANÇOIS MAGENDIE.

« Quand on a bien du mérite », nous dit Fontenelle dans son éloge de Claude Perrault, « c'en est le comble que d'être fait comme les autres. » L'académicien dont je vous entretiendrai aujourd'hui n'aspirait point au mérite d'être fait comme les autres : il se piquait fort, au contraire, d'être fait tout autrement.

Esprit ferme mais sceptique, droit mais frondeur, si sa vive perspicacité lui a permis de découvrir la vérité, s'il a su la mettre au jour avec simplicité et justesse, aussi bien a-t-il employé une rude énergie à la combattre, toutes les fois qu'elle ne lui est pas venue de lui-même. On eût pu se le représenter armé de la lanterne de Diogène, et en concentrant la lumière pour ne voir que les résultats qu'il obtenait, résultats qui éclairent un des points les plus délicats de l'organisme humain, et qui assurent la durée d'un nom qu'il a laissé grand et honoré.

(Nous omettons ici, quoique ayant un très-vif intérêt d'ailleurs, quelques détails sur l'enfance de Magendie, et un portrait piquant de son père, pour arriver d'emblée à ses débuts dans la carrière médicale.)

Introduit dans les hôpitaux, le nouvel adepte y commença ses études. Le judicieux Boyer le choisit pour son prosecteur; et dès les premiers mois, ce prosecteur se transforma en un professeur d'anatomie.

Ayant obtenu par le concours une place d'interne, à dix-huit ans M. Magendie parvint à se suffire. De son temps il fit trois parts : à l'étude fut consacrée la plus large; la seconde appartint à un enseignement qui, commencé dès ce début, s'étendit à tout ce qu'il apprit, et devint à la fois la joie et la ressource de sa jeunesse; puis, dans sa pauvreté fière, bien que les impressions reçues de son père l'eussent coloré de la rudesse républicaine, par une sorte d'instinct, vivace et dernière étincelle de la distinction de sa mère, il aimait, il recherchait les délicatesses de la bonne compagnie, coupables raffinements monarchiques qui élèvent l'esprit, forment le goût et font vivre de la vie de l'intelligence; elles avaient pour lui comme le prestige d'un fruit défendu. Il consacra donc la troisième part de son temps à s'introduire dans ces salons qui, après la tempête révolutionnaire, s'étaient ouverts à la première éclaircie, où l'on se cherchait, où l'on se comptait, où le malheur avait fait tout le monde ami. On l'y accueillit comme un élégant jeune homme, et il y dissimula, avec un stoïcisme tout romain, sa profonde détresse. « Cependant, racontait-il gaiement plus tard, » pendant un temps qui m'a paru assez long, tous frais faits, il ne me » restait plus pour vivre que cinq sous par jour, et encore j'avais un » chien; nous partagions; par exemple il n'était pas gras, ni moi non » plus. »

Cet énergique labeur, cette pudique pauvreté, cette aspiration vers la distinction élevent l'âme : honneur au pauvre étudiant qui les subit! Si, sous son toit, entre ses quatre murs, pour soutenir sa veille, pour animer son incessant travail, il rêve le succès et la gloire, il ne se trompe pas : c'est à ce prix qu'ils s'achètent.

M. Magendie devint aide et puis prosecteur à la Faculté. Cet apprentissage d'école lui ouvrait une carrière : son habileté comme anatomiste, son sang-froid, sa hardiesse, pouvaient faire présager en lui un chirurgien supérieur.

Mais la vie de camaraderie forcée, d'égalité mise en pratique, le contact de ces rivalités qui ne se laissent point désarmer, fut, pour cette nature âpre et dominatrice, une épreuve orageuse. De cette épreuve naquit une invincible répugnance pour toute concurrence acceptée. Afin d'échapper à ce danger, il abandonna la chirurgie.....

L'indépendance, ce rêve doré de la jeunesse, se concentrait, pour M. Magendie, dans un cercle qui paraissait ne devoir le conduire qu'à être médecin *malgré lui*. Il le fut, en effet; mais il s'en dédommagea en se tenant dans un état permanent de révolte, en refusant opiniâtrement de rendre foi et hommage à ce qu'il appelait la *grande idole de la crédulité humaine*. Cette lutte, dans laquelle il a déployé infiniment d'esprit, de finesse, de bon sens, dévoile le sceptique dégageant des préjugés l'art qu'il respecte, et se donnant ainsi le droit de faire payer son acquisition à un corps que devaient beaucoup honorer la supériorité de ses lumières et la sévère probité de son caractère.

Mélange singulier de ce que, dans la vie civile, pouvait nous offrir de meilleur un élève de Jean-Jacques complété par les enseignements les plus purs, les plus sévères qu'ait donnés notre première république, M. Magendie s'était fait à lui-même son code de devoirs, code au moyen duquel il était assez étrange, montrant tour à tour la plus rude, la plus inflexible personnalité, et dans un autre genre le plus admirable désintéressement; une probité rigoureuse dans l'exposé de ses travaux, une injustice coupable, un dédain cruel pour ceux des autres; une humeur intolérante et farouche vis-à-vis de tout homme qui se trouvait sur sa voie, une bonté, une générosité sans bornes pour les êtres faibles ou souffrants.

Ce fut par une critique que M. Magendie commença à se faire connaître. En 1808, il reproche à Bichat de s'être abandonné à des hypothèses, et déclare que lui n'admettra jamais que les faits qui trouveront leur confirmation dans des expériences qu'il lui sera loisible de répéter.

En 1809, il présente à l'Académie des sciences un travail sur un des phénomènes les plus importants de l'économie animale, celui de l'*absorption*.

Si une substance active quelconque, un poison, un venin, est introduite dans une partie du corps, cette substance est immédiatement absorbée, c'est-à-dire portée des parties les plus superficielles jusque dans les plus essentielles et les plus profondes.

Par quels organes se fait ce transport? Est-ce par les veines? Est-ce par les vaisseaux lymphatiques?

Haller pensait que c'était par les veines; John Hunter par les vaisseaux lymphatiques; le reste des physiologistes doutait.

Par une expérience hardie, M. Magendie supprime les vaisseaux lymphatiques; il ne laisse que les veines; il substitue même aux veines un *tuyau de plume*, car les parois des veines auraient pu contenir encore quelques rameaux lymphatiques; et l'absorption a lieu aussi rapidement qu'à l'ordinaire.

L'absorption par les veines était démontrée.

De tout temps, d'utiles dissidents se chargèrent de tenir en éveil nos doctes corporations. L'un des prédécesseurs en ce genre de M. Magendie, le fameux médecin Chirac, avait autrefois soutenu, devant la Faculté assemblée, que l'estomac reste inactif dans le *vomissement*. Sa mort survint avant qu'il eût obtenu gain de cause.

Une si belle occasion ne pouvait échapper à M. Magendie. Il prouva, par une expérience décisive, que Chirac avait raison. L'estomac est, en effet, inactif dans le vomissement.

Parmi de nombreux travaux qui se succédèrent, l'un des plus ingénieux est celui qu'il publia en 1817 sur l'élasticité des artères.

On doutait encore de la faculté précise par laquelle les artères concourent au mouvement du sang. Les uns voulaient qu'elles fussent irritables ou contractiles comme les muscles; les autres qu'elles fussent tout à fait passives.

M. Magendie prouva qu'elles sont actives, mais par un mode qui leur est propre. Leur jeu dépend de leur élasticité, élasticité très-prononcée, et toutefois purement physique.

Le premier objet des expériences, en physiologie, est la distinction des forces. M. Magendie apercevait déjà ce grand but, et ici même il l'atteint par un démêlement habile. La circulation du sang commence par la contractilité du cœur, force vitale, et se continue par l'élasticité des artères, force physique.

Sa réputation attirait à des cours, que depuis longtemps il avait ouverts, de nombreux auditeurs. En expérimentant devant eux, il les initiait à ses recherches, mettait en jeu leur sagace curiosité, les animait au plaisir de la réfutation. Il voulait le vrai dans toute sa force : pour y arriver, il ne trouvait pas, disait-il, de moyen plus sûr que de ne rien emprunter ni aux anciens ni aux modernes. Partant de ce principe qu'il s'était fait, que tout était à reconstituer dans la science, il remettait tout en question, ne laissant subsister que ce qui pouvait résister à sa controverse incessante.

La nouveauté de cet enseignement plut à la jeunesse; mais on reprocha au professeur les sacrifices auxquels il la condamnait. Au delà de la souffrance du moment, celui-ci plaçait le but élevé, le but utile, l'amour dévoué de ses semblables. De même que l'homme de l'art qui pour sauver une existence ne craint pas de provoquer une douleur, M. Magendie pouvait avoir de la force de résistance sans manquer de sensibilité. Qu'on se rappelle qu'il partageait avec son chien, alors qu'il n'avait que cinq sous pour vivre, et l'on jugera s'il était inutilement cruel.

(M. Flourens, après un coup d'œil général sur l'état de la science à cette époque, examine successivement ici les principaux travaux de Magendie, le *Précis élémentaire de physiologie* et le *Journal de physiologie*; puis arrivé à la période de sa vie où Magendie a commencé à s'attacher à l'étude du système nerveux, l'orateur entre sur ce sujet dans de savants développements, qui le conduisent à faire l'histoire de la découverte des fonctions spéciales des doubles racines des nerfs; faisant à Ch. Bell et à Magendie la part qui revient à chacun dans cette grande découverte. Puis il continue en ces termes :)

On a contesté ces grands résultats, tant qu'a vécu M. Magendie; on les conteste encore; ils n'en sont pas moins incontestables. Les contemporains repoussent, la postérité admire.

M. Magendie était entré à l'Institut en 1821. Ayant eu assez de finesse pour s'y faire accepter sans dissimuler son humeur originale,

sans se contraindre dans sa raillerie indomptée, il se garda bien de se départir ni de l'une ni de l'autre lorsqu'il fut arrivé à son but. Ses confrères les praticiens l'avaient admis dans leur Académie dès sa fondation, sur ce que jusque-là il s'était montré un disciple d'Hippocrate assez respectueux, bien qu'il ne crût à rien, et moins à la médecine qu'à aucune autre chose. L'avenir aidant, les convictions auraient pu arriver; mais cet avenir, embelli par les sympathies que lui valurent ses succès scientifiques, conduisit jusqu'à la révolte cet initié insoumis...

Que l'on contestât ses opinions lui était d'autant plus intolérable qu'il avait une horreur incincible pour toute discussion. Mais un danger beaucoup plus sérieux que celui de la discussion existait vis-à-vis de notre académicien : s'étant consacré sans réserve à la physiologie, il se l'était adjugée comme un domaine qui lui appartenait en propre. Aucun point de cette science ne pouvait être effleuré sans qu'il s'en offensât; ou il y avait touché, ou il le tenait en réserve dans sa pensée, cherchant quel aspect nouveau il lui donnerait par l'expérience. Dans cet état de choses, un travailleur qui sortait de ligne devenait un ennemi. Une fureur d'enfant s'emparait alors de M. Magendie; il ne se possédait plus. L'homme élevé dans l'exercice complet des priviléges de la démocratie reparaissait tout entier, jusqu'à ce que l'honnête homme, l'homme d'esprit sentît ce qu'il avait d'inférieur à lui-même dans une pareille injustice.

Railleur, désintéressé et spirituel, c'était plus qu'il n'en fallait pour être bien posé dans le monde. Aussi une clientèle choisie vint-elle audevant de lui sans qu'il la cherchât; car tout au plus eût-il voulu traiter ses amis. Pour lui, les traiter en ami, c'était leur faire très-peu de chose. Il fallait qu'ils fussent contents ainsi. Mais il fallait bien plus; il fallait que, malades assez raisonnables, ses clients renonçassent à la douceur de lui voir plaindre des maux imaginaires; que, formés à sa guise, ils acceptassent vérités sévères, gronderies et boutades. Malgré tout, ils étaient, selon l'expression de Sganarelle, « si fort endiablés à le prendre pour un habile homme, » que, sur le bruit de la réputation qu'ils lui firent, arrivèrent jusqu'à lui quelques-uns de ces naïfs prôneurs de l'infaillibilité médicale, qui vénèrent le joug et se croiraient voués à tous les maux si leur foi ne grandissait en raison de l'obscurité des doctrines. En déposant devant eux le bilan de ses croyances, M. Magendie mettait leur candeur dans une plaisante déroute, et finissait par leur assurer qu'ils n'avaient à se guérir que de leur tendance à la crédulité...

La plus large part de la carrière médicale de M. Magendie appartient aux malheureux; il préféra l'hôpital à la clientèle. Vingt ans de service comme médecin dans les hospices nous montrent l'homme sévère, l'homme fantasque devenant doux et patient en approchant de la couche de l'indigent; le penseur sérieux, le censeur inflexible écoutant et consolant les pauvres vieilles de la Salpêtrière, recevant avec émotion la couronne qu'elles lui offrent, et ne quittant cet établissement, pour passer à l'Hôtel-Dieu en 1830, qu'en se conservant le droit d'y continuer ses bienfaisantes aumônes.

(Ici vient l'avénement de Magendie au Collége de France, ce qui donne à l'orateur l'occasion de développer le caractère de son enseignement tout expérimental.)

Ayant reçu de Bichat le flambeau de l'art expérimental, il l'a porté d'une main ferme durant quarante ans; infatigable dans le travail, hardi dans l'exploration, ne faisant cas d'aucune secte, ni du matérialisme, ni du vitalisme, ne concevant pas même l'esprit de secte, il a cherché la vérité avec une indépendance entière. Cette raison libre a été son cachet, par où il s'est acquis l'estime des penseurs qui savent le peu que vaut toute coterie intellectuelle, et la sympathie des jeunes gens qui veulent ne devoir qu'à eux-mêmes leurs convictions.

(Après avoir rappelé les services que Magendie a rendus pendant la première invasion du choléra à Paris, et la part qu'il a prise aux travaux du comité d'hygiène et de la commission d'hygiène hippique, M. Flourens termine en ces termes :)

Une altération profonde qui se manifesta dans la santé de M. Magendie révéla qu'un des organes essentiels à la vie était atteint. Dès lors, au confrère bizarre, malaisé, survécut au milieu de nous l'homme supérieur. On ne se souvint plus que de cette ferme droiture qui donnait une si grande force aux liens qui attachaient à lui; et lorsque, plus tard, on apprit que le mal s'aggravait, disciples dévoués, élèves reconnaissants, parents, amis, confrères, ressentirent une commune alarme. Les rudesses furent oubliées.

M. Magendie reçut avec esprit et avec cœur l'expression de sentiments qu'il méritait. « Sachez bien, disait-il à ses anciens concurrents, » que mes rigueurs grandissaient en raison de la valeur que je reconnaissais à ceux envers qui je les exerçais. » Les amours-propres sont ingénieux. Dans cet étrange mode d'appréciation, chacun trouva de quoi se satisfaire.

On ne pénétrait pas auprès de M. Mangendie sans être frappé de la douleur qui se peignait sur la figure d'un serviteur que trente ans de contact avaient rendu la grotesque main plus fidèle copie de son maître. Veillant avec sollicitude à son chevet, il entendit celui-ci annoncer avec calme l'heure de la séparation. Emporté par son pieux attachement, il s'écria : « Revenez à vous, mon bon maître, je vous en con» jure, revenez, nous grognerons encore ensemble. »

La force morce morale que cet homme de bien avait tant cultivée fut respectée par la maladie. Ses souffrances ne l'étonnèrent pas. Il les étudia comme des phénomènes. « Vous me voyez ici complétant mes expériences, disait-il en recevant les adieux d'un confrère; jamais la » science à laquelle j'ai consacré toutes mes forces ne m'a paru envi» ronnée de plus de grandeur; les ressorts de la vie, si merveilleuse» ment combinés, s'éveillent pour faire de chacun de nous un instru» ment de passage, qui en s'éteignant se régénère. Au moins ai-je pu, » dans ma course restreinte, planter quelques jalons sur la route qui » mène à la vérité, seule puissance à laquelle j'aie subordonné ma » raison. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Quelques particularités de la constitution épidémique régnante. — Du traitement de la bronchite et de ses complications (1).

Bien que l'épidémie soit en voie de décroissance, nous ne continuons pas moins à observer dans notre service un certain nombre de cas pathologiques qui se rattachent directement à la constitution médicale actuelle. Ainsi, il vient d'entrer au n° 2 de la salle Saint-Athanase un homme qui toussait depuis huit jours, mais chez lequel la fièvre n'avait fait son apparition que quarante-huit heures avant son entrée à l'hôpital. Ce matin, à la visite, notre oreille a perçu un râle muqueux très-prononcé dans toute l'étendue du thorax, puis à la partie inférieure de la région scapulaire, à gauche, et sur deux autres points où la sonorité était diminuée, une respiration crépitante et même soufflante.

Ce bruit de respiration soufflante est un phénomène secondaire à la phlogose de l'appareil aérifère, et il est le caractère dominant de l'épidémie régnante. Il est à peu près impossible de définir exactement la marche la plus commune de l'extension de la phlegmasie : ici, elle a lieu d'emblée, là, à une certaine période ou au déclin de la bronchite. Ces allures capricieuses de la maladie sont vraiment dignes d'être signalées. Au n° 3 de la même salle se trouve également un cas de fièvre catarrhale intense, dont l'invasion a été très-brusque, et qui est en ce moment aggravé d'une façon notable par le fâcheux état général de la santé publique.

Sans vouloir insister davantage sur ces exemples cliniques que nous pourrions multiplier au besoin, nous allons terminer aujourd'hui l'étude que nous avons commencée sur la bronchite et vous proposer un traitement pour cette affection et ses complications.

Au premier abord, le diagnostic paraît des plus simples : la toux, l'expectoration, la douleur des parois thoraciques, l'absence de matité de la poitrine, la perception d'un bruit de râle, d'un mouvement expiratoire prolongé, sont autant de phénomènes faciles à reconnaître et à apprécier. Dans la bronchite simple, ces symptômes se montrent primitivement, et on n'observe pas, comme dans la fièvre catarrhale, du malaise, de l'anxiété et du brisement des membres. L'inflammation de la membrane pituitaire, l'angine tonsillaire, les accidents du côté des voies digestives sont rares, purement accidentels même dans la bronchite sporadique, tandis que le contraire a lieu dans la fièvre catarrhale, et c'est bien là ce qui vous prouve que la phlogose ne se déverse pas exclusivement sur l'appareil aérifère.

Chez les individus qui ont depuis longtemps une inflammation des voies aériennes, il faut distinguer la bronchite chronique de l'asthme : il y a là des nuances à saisir. Les signes spéciaux qui dominent dans l'asthme sont la sonorité exagérée de la poitrine, l'absence du bruit d'expansion vésiculaire, le râle musical, sibilant, qui s'entend à distance. Une heure avant l'accès, pas un seul de ces symptômes n'existe; or, la bronchite ne procède pas ainsi.

La phthisie pulmonaire au premier degré n'est souvent pas facile à différencier de la bronchite, car les malades, avant d'avoir des tubercules, ont contracté de nombreuses bronchites, et ils passent ainsi, sans que l'on s'en aperçoive, sans que l'on y ait même songé, de la simple phlogose des bronches à la période initiale de la plus redoutable diathèse. Avant la précieuse découverte de Laënnec, les médecins se donnaient une peine énorme pour établir le diagnostic différentiel de la bronchite et de la phthisie, et ils n'y parvenaient pas, car dans maintes occasions, alors que la bronchite est seule en jeu, la continuité des déperditions, l'épuisement consécutif de l'organisme, l'influence de l'âge, et toutes les circonstances qui amènent la ruine des fonctions plastiques et la production des sueurs colliquatives, en imposent assez pour faire croire fermement à la présence de tubercules. Bayle, en reconnaissant une phthisie tuberculeuse et une phthisie catarrhale, a bien fait ressortir jusqu'à quel degré l'organisme peut être frappé. A lire les auteurs qui se sont occupés de la matière, il semblerait que rien n'est plus facile que de préciser les caractères qui séparent les deux états dont nous parlons : entendez-vous des craquements, du gargouillement, de la résonnance de la voix? c'est une phthisie. Percevez-vous du râle muqueux, ronflant, constatez-vous le manque de matité thoracique et une déperdition de mucus? c'est une bronchite. Cependant, il arrive que les modifications du son couvrent les bruits de craquement et les absences de respiration, de même que le gargouillement résultant de l'accumulation du mucus peut faire croire à la présence de foyers dus à la tuberculisation. En outre, si les productions accidentelles sont disséminées, si la lésion est située au sommet, derrière des parois épaisses, la percussion est inhabile à accuser nettement le mal. Dans beaucoup de cas d'ailleurs, il y a de l'emphysème et une sonorité anormale là où la phthisie aurait dû faire naître la matité. Les hémoptysies constituent un signe d'une imposante valeur; c'est un phénomène qui se rattache à l'affection tuberculeuse des poumons, surtout si le malade a de petites hémorrhagies répétées. Dans la bronchite, vous le savez, à moins d'une complication du côté du cœur, il ne se déclare jamais d'hémoptysies.

Le pronostic est simple pour les cas peu intenses; mais la répétition de la maladie amenant de l'emphysème pulmonaire ou se compliquant d'accidents asthmatiques, on doit porter un jugement réservé, surtout si le sujet est avancé en âge. En effet, lorsqu'il existe une gêne considérable de la respiration, des troubles dans l'hématose, que le facies se revêt d'une coloration semi-asphyxique, que les extrémités sont froides, la mort peut facilement survenir; à plus forte raison encore s'il y a propagation au parenchyme pulmonaire. Chez les vieillards, l'atrophie de l'artère pulmonaire, la diminution des cellules du poumon, la débilité qui succède aux efforts de toux sont autant de causes qui appellent l'engouement des voies aériennes. Il va sans dire que la maladie peut prendre des caractères d'une gravité insolite, même chez l'adulte, quand le parenchyme vient à se phlogoser consécutivement.

Comme moyen de traitement, la première indication est de restreindre l'alimentation, car si les aliments sont stimulants, ils réagiront sur les surfaces tégumentaires et surexciteront l'appareil respiratoire. Imposer une fatigue à l'estomac, c'est également l'imposer aux poumons, et c'est agir sur ces derniers que d'agir sur le tube digestif. La surexcitation retentit dans l'appareil circulatoire jusqu'aux derniers vaisseaux capillaires; aussi, sous l'influence d'une active digestion, voyez-vous survenir un mouvement fébrile passager. Il y a donc nécessité à nourrir les sujets dans des limites très-restreintes. La respiration d'un air chaud dans un appartement bien clos, la supination, l'ingestion de boissons chaudes, le soin de tousser le moins possible, sont des conditions souvent suffisantes pour obtenir la guérison. L'action sédative topique de la tisane est ordinairement ressentie par tout l'organisme, et les boissons favorisent en outre l'exercice des fonctions rénales et cutanées. Cette médication expectante laisse la maladie parcourir ses périodes et arriver à sa phase terminale.

Dans la curation de la bronchite, on doit rechercher les indications spéciales qui peuvent se présenter. Si la phlogose est étendue, intense, si le sujet est jeune, pléthorique, l'ouverture de la veine devient un besoin. Mais prenez garde, la saignée est un secours puissant, qui ébranle fortement la circulation, et en allant trop loin, vous pourriez rendre languissante la sécrétion modifiée dans les cryptes muqueuses. Les émissions sanguines sont d'une immense utilité — employées à propos —; mais dans le cas contraire, elles favorisent la durée du mal ou en retardent la résolution. Sous l'influence dominatrice de la doctrine physiologique, on mettait des sangsues partout, et dans la bronchite on les appliquait entre les épaules ou sous les clavicules. Les résultats ne sont pas les mêmes: la perte de sang se fait avec lenteur, sans ce collapsus rapide qui favorise la disparition de la congestion, et elle n'amène point en outre cette perturbation si utile dans les phlogoses; c'est de plus une médication très-indirecte et qui débilite énormément, à cause de la déperdition artérielle.

Immédiatement après viennent les épispastiques, ces dérivatifs qui développent des phlogoses externes au détriment de la phlogose profonde; mais notre intention est d'en parler longuement en parlant du traitement de la broncho-pneumonie.

On a préconisé des médicaments susceptibles de modifier l'état de la muqueuse, ce sont les diaphorétiques. Une bronchite étant donnée, elle parcourt ses périodes, gagne en surface, en intensité, puis décroît; mais si le malade se couvre très-chaudement, dirige même sur lui des jets de substance aromatique en vapeur, il éprouvera d'abord un léger accès de fièvre, puis des sueurs, un flux urinaire abondant, quelquefois des évacuations alvines, et bientôt de la bronchite il ne restera plus que le souvenir. La classe pauvre s'applique très-communément cette méthode. Pour que le succès soit à peu près certain, il faut que la phlogose ne soit ni trop ancienne ni trop rebelle, sans cela l'abortion est impossible, et on exaspère la maladie. En un mot, c'est une partie dans laquelle on joue quitte ou double.

On a vanté également des substances qui exerceraient une action sur les voies aériennes, les antimoniaux; on a supposé qu'ils modifiaient la vitalité des tubes aérifères et qu'ils favorisaient la résolution de la phlogose. Le kermès seul a de l'influence sur l'appareil digestif, mais il n'a aucune action élective sur la respiration. Les médecins prudents ne le prescrivent en général qu'au déclin de l'affection bronchique, car administré pendant la durée de la phlogose, il surexcite les appareils sécréteurs enflammés, cause des nausées, un malaise général, et fait du mal au patient sans le soulager.

L'emploi des opiacés dans la bronchite rend d'incontestables services. Ces médicaments enlèvent l'excitation exagérée de la toux et détruisent l'insomnie; mais il ne faut pas aller trop loin, car l'opium ralentit les fonctions plastiques, perpétue la maladie et congestionne.

A un certain degré de l'affection qui nous occupe, vous noterez la perte de l'appétit, des modifications de sécrétions dans les annexes du tube digestif, des saveurs amarescentes, des coliques, des borborygmes, des évacuations alvines de mauvais aloi, une dyspepsie saburrale complète. Les vomitifs, par leurs conséquences multiples, par leur action convulsive, sont ici d'une utilité directe et agissent avec efficacité sur tout le canal alimentaire.

Dans la bronchite capillaire, quand l'arbre aérien est enflammé, que l'hématose est compromise, que l'oppression est considérable, que la suffocation par asphyxie est imminente, les émissions sanguines occupent la première place, et si la respiration ne devient pas plus facile, il y a urgence de recourir aux vomitifs. Ce matin, pour la quatrième fois, nous avons prescrit du tartre stibié à un vieillard atteint de bronchite avec emphysème pulmonaire, et qui sous l'influence de la constitution médicale régnante a été repris d'accidents graves.

S'il s'agit d'une bronchite chronique, si la déperdition muqueuse s'élève à la proportion d'un véritable flux, d'une diacrise, une médication toute particulière est de rigueur. Il faut soutenir

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 janvier.

des forces qui s'épuisent par des médicaments stimulants, s'appliquer à ramener la sécrétion normale des cryptes mucipares et favoriser la diminution des accidents généraux : les balsamiques exercent une action de ce genre. On conseille aux malades de quitter les lieux qu'ils habitent, d'émigrer vers les climats chauds et de ne revenir dans leurs foyers que pendant la belle saison. La résolution de la phlogose chronique peut encore être utilement tentée au moyen de certaines eaux minérales sulfureuses prises sur place.

Une bronchite chronique bien établie dégénère en une véritable fonction qui s'exécute anormalement. Elle est excrémentitielle sans doute; mais elle prend sa place dans l'organisme et devient l'une de ses parties intégrantes; aussi ne peut-on pas la supprimer brusquement sans que l'on ait à redouter des accidents sérieux.

Les maladies chroniques subissent des transformations par la succession des âges, et font très-nettement élection de domicile parmi les fonctions. Il faut donc tenir un grand compte des prédispositions diathésiques, et porter ses regards au delà de l'horizon borné de la lésion locale. N'est-ce pas sous l'influence de causes diathésiques que se développe chez les dartreux cette affection inflammatoire chronique des cryptes qui entrent dans la structure de la peau? Les praticiens les plus estimés, lorsqu'ils en arrivent à faire cesser ces fonctions de contrebande, ont le soin d'établir des exutoires chroniques, c'est-à-dire une suppuration profonde sur un point quelconque du corps.

Dans les causes de la bronchite chronique, il est une maladie qui occupe une large place, c'est le catarrhe de la peau ou l'eczéma, qui alterne si souvent avec l'affection des voies aériennes. Notez cette circonstance et apportez une grande attention à sa manifestation. Ayez recours aux exutoires, au changement de lieu, à l'émigration dans les pays chauds, à la suppression du thé, du café, des aromates, des épices, et ce genre de vie continué pendant longtemps constituera une médication chronique : *chronicis morbis chronica remedia.* Si le sujet a été longtemps malade, il doit être longtemps traité. C'est en modifiant l'organisme d'une façon continue que l'économie change son équilibre. En partant de ce principe, la médication permanente peut être résumée en ces mots : exutoires chroniques ou aigus répétés, stimulation de la peau par les frictions, insolation, bains, douches, affusions sulfureuses, choix de l'habitation, usage à l'intérieur de décoction de bourgeons de sapins du Nord, des résineux en général, des préparations térébenthinées. Ces divers moyens substitueront un autre état à la sécrétion ancienne inflammatoire des cryptes mucipares des voies aériennes. Dans le cas où il existe de l'embarras des premières voies, des coliques, de la diarrhée, de la dyspepsie nidoreuse, les évacuants rendent des services signalés.

La susceptibilité des voies aériennes est extrêmement variable. Ainsi, vous voyez certains sujets chez lesquels la phlogose des bronches se développe avec une grande facilité et persiste opiniâtrément : ils sont une cause d'inquiétude perpétuelle pour leurs médecins. Ces malades ont des bronchites intermittentes, des bronchites à répétitions, qui succèdent soit à une fièvre typhoïde, soit à un traumatisme, soit à une cause quelconque, si bien qu'elles passent dans l'économie comme état habituel. Efforcez-vous alors de conseiller une médication active, d'effacer les traces de cette susceptibilité en portant l'excitation sur d'autres surfaces; enlevez les sujets à la vie trop molle des grandes villes, à l'alimentation trop stimulante qu'ils y prennent, conseillez le séjour dans les stations thermales sulfureuses, les lieux chauds, usez de la navigation et de toutes les autres ressources d'une hygiène appropriée.

Quelques mots maintenant sur la médication rationnelle de la broncho-pneumonie, cette fréquente complication de la constitution épidémique régnante.

La médication rationnelle consiste d'abord à déférer à l'indication des évacuations sanguines, mais dans une mesure restreinte, puis à recourir à l'usage de vastes vésicatoires sur la poitrine et à l'administration du calomel à doses légères; agissant à la fois comme purgatif et probablement aussi comme un résolutif énergique. Quoi qu'il en soit de l'action spéciale de ce dernier moyen, action difficile peut-être à apprécier à cause de son association avec les deux autres, toujours est-il que son concours nous a le plus souvent paru donner de bons résultats. Quant aux deux autres moyens, il est beaucoup plus aisé de s'en rendre compte.

On a affaire ici à un mouvement inflammatoire et congestionnel porté à un haut degré d'intensité. Si l'on joint à cette circonstance les conditions de vascularité et de fonctionnalité de l'organe affecté, la saignée se présente naturellement à l'esprit comme le moyen de remplir l'indication principale. Aussi a-t-elle été de tout temps préconisée par les médecins qui ont fait autorité dans la science. C'est le traitement rationnel par excellence de la pneumonie. Il n'y a d'exceptions à cet égard que pour certaines pneumonies épiphénoménales, telles que celles que l'on rencontre dans certaines épidémies ou celles qui surviennent pendant le cours d'une fièvre grave.

Lorsqu'on a eu recours aux évacuations sanguines, que l'on a réprimé le mouvement congestif, vient ensuite l'indication des dérivatifs. L'action dérivative est exercée au plus haut degré par les vésicatoires, qui en remplissent toutes les conditions. Ces dérivatifs exercent une action immédiatement heureuse. On peut s'en assurer presque tout de suite en voyant diminuer la gêne de la respiration, l'expectoration sanguine et l'état fébrile, et en voyant survenir dans la broncho-pneumonie une expectoration bronchique plus abondante.

Pour notre compte, nous admettons dans l'action des vésicatoires un autre effet. Indépendamment de l'action dérivative, nous croyons qu'ils exercent aussi une action topique stimulante sur les fonctions sécrétoires de la peau, et même sur le système nerveux et vasculaire; enfin, ils nous paraissent avoir aussi, par le principe actif des cantharides, une action stimulante générale qui entre probablement pour beaucoup dans les heureux effets de l'emploi de ce moyen. La suppression de presque tous les émonctoires dans la pneumonie montre assez que la phlogose a eu pour effet de troubler et de suspendre plus ou moins complétement les actions sécrétoires. Or, c'est encore un des effets des vésicatoires d'exciter les phénomènes de diacrise. Aussi est-ce un des moyens les mieux appropriés au traitement de cette affection.

Le choix des points d'application des vésicatoires est très-important. On se guide ordinairement d'après le siége du point de côté ou des phénomènes stéthoscopiques. Il vous paraît préférable, dans tous les cas, de choisir le sommet de la poitrine en arrière, comme le point le plus rapproché et le plus en connexion intime par les médiastins avec les poumons et leurs racines.

Lorsqu'une première application de vésicatoires dans cette région a été insuffisante, et que les phénomènes phlegmasiques persistent, nous avons quelquefois recours à de nouvelles applications vésicantes en avant. Enfin, il est quelquefois nécessaire, dans ce cas, de revenir encore secondairement aux émissions sanguines.

L'indication des émissions sanguines secondaires a été, à diverses époques, l'objet d'assez vives discussions. D'après les médecins anciens, les saignées ne convenaient que dans la première période de la pneumonie, c'est-à-dire tant que la fluxion inflammatoire est encore mobile. Plus tard, disaient-ils, dès qu'il y a un commencement de travail plastique dans les poumons, les saignées sont non-seulement inutiles, mais même nuisibles. De là la méthode de traitement qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours, et qui consiste à ne saigner qu'au début, et à faire suivre la saignée de l'emploi des révulsifs.

De Haën, dans son *Ratio medendi*, s'est fortement élevé contre cette manière de voir, et il s'est efforcé de démontrer qu'il y avait encore de l'avantage à chercher à diminuer la congestion et l'afflux sanguin vers les poumons, alors qu'il y a un commencement de dépôt anormal, pourvu toutefois qu'on ne pousse pas trop loin l'usage de la saignée à cette période. Nous partageons à cet égard la manière de voir de de Haën; aussi nous voyez-vous assez souvent pratiquer des émissions sanguines dans une période avancée de la pneumonie, même après l'emploi des vésicatoires. Nous avons donc quelquefois recours itérativement à la saignée plusieurs jours après l'application des épispastiques, lorsque leur action dérivative nous a paru insuffisante, et nous sommes guidé à cet égard par le degré de congestion pulmonaire et par le degré d'oppression qui en résulte.

Ainsi, les évacuations sanguines, lorsqu'il s'agit et tant qu'il s'agit de combattre l'état congestif, les dérivatifs épipastiques et les dérivatifs intestinaux au déclin de la maladie et lorsqu'il s'agit de favoriser la résolution de l'état phlegmasique, tel est l'ensemble des moyens dont se compose pour nous le traitement de la pneumonie en général. Les circonstances diverses de la constitution médicale actuelle n'apportent aucune contre-indication à ces conseils, aussi complets qu'il nous a été possible de vous les donner. D'ailleurs, les longues considérations cliniques dans lesquelles nous sommes entré ont renfermé, chemin faisant, les prescriptions particulières que l'état spécial des malades est de nature à réclamer.

OBSERVATION D'HYDROPHOBIE RABIFORME SYMPTOMATIQUE.

Par M. le docteur Léon ROLLAND, de Verdun (Tarn-et-Garonne).

X..., âgé de trente ans, Corse, teint basané, cheveux crépus, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une très-belle constitution, entre le 17 avril à l'hôpital du Gros-Caillou pour y être traité d'une blennorrhagie.

Ce malade, d'une nature très-passionnée, a fait en sa vie de nombreux excès vénériens. Il a séjourné pendant quelque temps à l'hôpital de Blidah pour se faire extraire de l'urèthre une plume d'oie qu'il y avait introduite en opérant des manœuvres lascives. De retour à Paris, il a donné un cours immodéré à ses penchants érotiques, et n'a pas tardé à en être victime.

Le jour de son entrée à l'hôpital, X... paraît triste, abattu, préoccupé.

Le 18 au matin, son état ne présente rien de remarquable.

Le 19, à la visite, il est assis au pied de son lit et semble encore plus découragé que la veille; il accuse une extrême faiblesse des membres pelviens, et éprouve en effet de grandes difficultés pour quitter sa chaise; il avoue avec un certain effroi qu'il a des pertes séminales chaque fois qu'il effectue un mouvement dans son lit, et sa spermatorrhée est une des causes principales de sa morosité. Dans l'imprévoyance des accidents qui n'ont point tardé à mettre un terme à la vie du malade, nous n'avons point cherché à constater nous-même cette dernière affection, qui avait d'ailleurs bien des raisons d'être.

Dans la soirée, les symptômes du matin vont s'exacerbant, la faiblesse augmente et se complique par accès de phénomènes morbides du côté du thorax : survient de l'orthopnée, qui est suivie de crachotement. Le malade réclame de l'air à grands cris; sa parole brève, saccadée, exprime une angoisse des plus pénibles; bientôt se font sentir une dysphagie extrême et une horreur insurmontable de tout corps poli ou simplement blanc. La vue d'un mouchoir, d'un crachoir d'étain suffit pour appeler une crise nouvelle. L'artère radiale bat 100 pulsations. — Potion antispasmodique, sinapisme, liniment ammoniacal.

Le 20, après une nuit d'insomnie, X..., évacué dans un service de fiévreux et présentant des phénomènes encore plus tranchés que ceux de la veille, répond au médecin traitant, en présence de la sœur de charité, qu'il a été mordu. Ce cortége de symptômes paraît dès lors expliqué, et la réponse semble si naturelle que pour ne pas effrayer le malade on ne juge pas convenable d'examiner la morsure. On prescrit en lavements des antispasmodiques, de l'aconit; on ordonne un bain, qui est supporté; mais à peine X... est-il retiré de l'eau qu'il est repris des phénomènes hydrophobiques. Les crises se succèdent avec plus de rapidité et présentent un caractère de plus en plus grave, qui s'accompagne de quelques particularités nouvelles. L'expuition d'une salive blanche, filante, opaque, devient de plus en plus pénible; une douleur se fait sentir le long de la colonne vertébrale; si l'on exerce une percussion un peu trop forte sur son trajet, la souffrance du malade devient plus aiguë; trop faible, elle n'est pas suivie de résultat. Enfin, une percussion d'intensité moyenne procure aussitôt du soulagement.

Vers onze heures, une consultation a eu lieu. M. Ceccaldi, médecin principal en chef, à son tour interroge le malade, dont les idées sont parfaitement lucides; il capte sa confiance en lui parlant son idiome, et acquiert la certitude d'un malentendu entre le médecin traitant et X... Ce dernier, en présence de la sœur, avait confirmé l'existence d'une morsure, parce qu'il avait cru convenable de *gazer* le nom de sa maladie (blennorrhagie). Les opinions sont alors partagées, et la présence d'une méningite cérébro-spinale est aussitôt mise en cause. — Saignée de 500 grammes; application de douze ventouses le long du canal rachidien, de vésicatoires aux cuisses conditionnellement morphinés, de sinapismes aux extrémités.

Vers trois heures, le malade, assis sur un matelas, près d'une croisée, est dans un état d'anxiété fort douloureux, il est toujours en proie à de nouvelles crises qui durent quelques secondes seulement et pendant lesquelles il porte les mains à son cou, se frappe la poitrine, demande de l'air et expectore des crachats filants qu'il projette assez loin devant lui. Les lèvres sont cyanosées, les ailes du nez dilatées, les yeux, profondément excavés dans l'orbite, expriment l'angoisse et l'égarement; toutefois le malade garde sa raison et appelle à son aide les infirmiers, que ses convulsions ont tout d'abord médiocrement rassurés. Le frisson hydrophobique est toujours très-prononcé; durant le paroxysme, les personnes qui sont présentes doivent se condamner à une immobilité absolue, le plus léger bruit exaspère l'accès; si l'on touche à un linge, à son matelas, X... se figure qu'on soulève des nuages de poussière qui l'étouffent, et sous l'influence de cette singulière hallucination, il chasse avec la bouche l'air qui est devant lui. Dans ses moments convulsifs, il indique par des gestes anxieux qu'on ne doit point l'entourer, mais seulement le soutenir sur son siége en passant derrière lui. La crise finie, la face se couvre de sueur, la tristesse reparaît et dégénère en lypémanie. Le malade demande un prêtre avec instances, fait à chacun de nombreuses protestations, supplie qu'on ne le laisse point mourir, et nous montrant le larynx, demande à être opéré. A quatre heures du soir apparaît un emphysème spontané du tissu cellulaire sous-cutané, et qui occupe toute la région trachélienne, la partie antérieure du thorax, des membres supérieurs et s'étend postérieurement le long de la colonne vertébrale jusqu'au sacrum.

Le matin, à la visite du 21, à l'exception du pouls qui est moins fréquent et plus faible, il n'existe point de changement notable. On prescrit un lavement avec deux grammes de chloroforme : contrairement aux lavements de la veille, il n'est point rejeté. On fait des frictions avec un liniment camphré opiacé; l'on promène sans résultat des sinapismes aux jambes. Vers onze heures l'horreur de l'eau paraît moins prononcée. A la condition de porter lui-même le verre à sa bouche, mais après bien des lenteurs, X... consent à boire quelques gorgées de liquide qui sont avalées avec effort et déterminent aussitôt des accès de suffocation. Dans le courant de la journée, mais avec les mêmes difficultés, on lui a fait ainsi prendre près d'un demi-litre de tisane. A une heure, les crises n'ont plus reparu et ont fait place à de la somnolence qui s'est accompagnée graduellement du refroidissement des extrémités et du tronc et d'une diminution du pouls si marquée, qu'on avait de la peine à le sentir. Le malade, en s'éveillant, retrouvait ses idées lucides et les concentrait vers des pensées religieuses qui l'ont toujours préoccupé de même que sa spermatorrhée. A 4 heures du soir il est tombé dans le coma et est mort à 5 heures, sans aucune secousse.

Autopsie vingt-cinq heures après la mort. — Point de trace apparente de morsure récente ou ancienne, coloration rouge hypostatique du plan dorsal, emphysème déjà signalé du vivant de X... L'ouverture du cadavre démontre, en outre, sa présence dans le tissu cellulaire inter-musculaire et inter-vésiculaire du poumon. Roideur cadavérique assez considérable, mais ne présentant rien de caractéristique.

A l'ouverture du crâne, faite avec précaution, on trouve une injection légère des méninges sans signification. Couleur, densité et forme normales du cerveau. Point de sérosité en excès dans les ventricules.

Le cervelet est aussi bien conformé et ne présente aucune trace d'inflammation récente, il nous a paru ramolli, mais uniformément et à un léger degré d'ailleurs. Les arborisations en fougère sont peut-être plus accusées que d'habitude.

La partie postérieure du canal rachidien est injectée à peu près dans tout son trajet; cette injection s'étend aussi à la pie-mère, mais n'est point très-marquée; la moelle, en certains endroits, semble avoir perdu un peu de sa consistance, sa couleur est normale.

L'examen de la bouche n'offre rien de particulier du côté des glandes salivaires, les papilles de la base de la langue sont assez volumineuses; toutefois, elles sont exemptes d'ulcérations et de tout travail morbide. Sous la langue, pas trace de lysses.

Couleur et densité normales des voies respiratoires. Le poumon a des adhérences anciennes au lobe supérieur droit, mais on n'y découvre

point de fissure qui explique l'emphysème. La masse pulmonaire est insufflée et mise dans l'eau; elle surnage. Du reste, l'expérience ayant été mal faite n'autorise point de conclusion au sujet de l'extravasation de l'air.

Le larynx, non ulcéré, a sa couleur ordinaire; il renferme environ 2 centimètres cubes de muco-pus blanc et bien lié, mais au-dessous point de traces d'inflammation. Les autres organes n'offrent rien de particulier. (*Journal de médecine de Toulouse.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du lundi 8 février 1858. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Grand prix des sciences physiques. — L'Académie avait proposé pour sujet du prix de cette année la question suivante :

« *Etudier d'une manière rigoureuse et méthodique les métamor-* » *phoses et la reproduction des Infusoires proprement dits* (Polygastri- » ques de M. Ehrenberg). »

Le prix a été partagé entre M. Lieberkühn et MM. Claparède et Lachmann.

Prix de physiologie expérimentale. — Le prix de physiologie expérimentale a été décerné à M. Auguste Muller, de Berlin, pour sa découverte de la métamorphose de la Lamproie de rivière (*Petromyzon planeri*, Bl.).

Ce physiologiste, dit le rapporteur de la commission, a démontré que l'Ammocète, prise jusque-là pour une espèce distincte, n'est autre chose qu'une larve de Cyclostome, comme le têtard est une larve de Batracien. Par cette découverte inattendue, non-seulement il a introduit dans le domaine de la science un fait important, mais il a ouvert un nouveau champ d'investigation; car en signalant dans une class où on était loin de la soupçonner, la métamorphose de certaines espèces, il conduit naturellement les observateurs à rechercher si d'autres espèces de la même classe ne sont pas soumises à la même loi.

L'Académie a accordé une mention honorable à M. le docteur Philipeaux pour son ouvrage sur l'ablation des capsules surrénales.

M. Philipeaux a voulu démontrer qu'on peut enlever sur un animal, soit l'une après l'autre, soit simultanément les deux capsules surrénales, sans porter aucune atteinte au jeu régulier de ses fonctions essentielles. Il a mis sous les yeux de la commission des mammifères sur lesquels les deux capsules surrénales avaient été complétement enlevées. Cependant, malgré cette ablation, ces animaux avaient vécu en parfaite santé et s'étaient reproduits soit en s'accouplant entre eux, soit en s'accouplant avec d'autres qui n'avaient subi aucune mutilation. Les expériences de l'auteur démontrent donc ce qu'il a voulu prouver. Les capsules surrénales ne sont pas des organes essentiels à la vie de l'adulte.

Une mention honorable est également accordée à M. Lespès pour ses mémoires sur les spermatophores de certains orthoptères et sur l'organisation des termites.

Un prix est décerné à M. Brown-Séquard pour ses recherches persévérantes sur les propriétés du sang artériel et sur celles du sang veineux.

Ce physiologiste a fait un grand nombre d'expériences desquelles il paraît résulter que la transfusion, qu'on n'avait crue praticable jusqu'ici que sur des animaux d'une même classe, le devient, avec certaines précautions, sur des animaux de classes distinctes et particulièrement d'un oiseau à un mammifère.

L'auteur a étudié ensuite la faculté qu'a le sang artériel de faire réapparaître, par une injection réitérée, l'irritabilité et la contractilité dans les parties qui les ont perdues, pour avoir été séparées du corps depuis un certain temps.

Prix de médecine et de chirurgie. — L'Académie décerne un prix de 2,500 fr. à chacun des auteurs suivants :

M. Broca, pour son ouvrage intitulé : *Des anévrysmes et de leur traitement.*

MM. Delafond et Bourguignon, pour leur *Traité de la gale chez les animaux domestiques.*

M. Morel, pour son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives.*

Des mentions honorables sont accordées :

A M. Bertillon, pour son livre intitulé : *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine*, précédées d'un Essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme.

A M. Fonssagrives, pour son *Traité d'hygiène navale.*

Voici quelques extraits du rapport concernant chacun des ouvrages qui ont reçu un prix ou une mention :

L'ouvrage de M. Broca sur les anévrysmes et sur leur traitement est une excellente monographie de ce genre d'affections. L'auteur y a fait preuve d'une remarquable sagacité dans l'analyse et dans l'appréciation de onze cents faits relatifs aux anévrysmes qu'il a trouvés déposés dans les annales de la science, mais dont la plupart restaient ignorés ou stériles par leur dissémination; il a montré qu'il avait un esprit à la fois critique et investigateur, et qu'il possédait cette érudition vraie qui, loin d'exclure les recherches originales, les appelle et les fortifie. Avec les onze cents faits comptés et pesés par lui, M. Broca a composé une histoire des anévrysmes et de leur traitement, dans laquelle il a servi la science, soit en détruisant des erreurs accréditées, soit en produisant des vues et des recherches nouvelles.

La commission signale surtout celles qu'il a consignées dans le chapitre de son livre qu'il a intitulé *Physiologie pathologique des anévrysmes.* Sous ce titre, M. Broca a étudié tout autrement, et infiniment mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, les phénomènes de la circulation anévrysmale; il a cherché comment et pourquoi se forment les caillots qui, en oblitérant le sac, peuvent seuls amener la guérison des anévrysmes; il a cherché surtout à déterminer la nature et les propriétés de ces caillots. Il les distingue en caillots actifs et caillots passifs: les premiers étant formés seulement par de la fibrine, les autres par le sang en nature. Il a vu que, bien que les uns et les autres puissent produire une oblitération spontanée ou provoquée des artères, les premiers seuls pouvaient amener une guérison certaine et définitive des anévrysmes, et que leur formation n'entraînait jamais aucun accident, tandis que les seconds n'amenaient qu'une guérison temporaire, et que de plus ils provoquaient parfois autour d'eux des accidents graves: suppuration, ulcérations, gangrène, hémorrhagies à travers le sac. M. Broca a parfaitement étudié les conditions qui produisent l'un ou l'autre de ces modes de coagulation dans les poches sanguines. Il a prouvé que l'inflammation spontanée des anévrysmes et toutes les méthodes qui agissent en provoquant cette inflammation, ainsi que la suppression complète ou presque complète du cours du sang dans un anévrysme, n'y font déposer que des caillots passifs, et qu'au contraire les caillots actifs se forment lorsque la stagnation du sang est moins complète, que le cours du sang est simplement diminué, et qu'un filet de sang, continuant à traverser régulièrement l'anévrysme, s'y dépouille graduellement d'une partie de sa fibrine.

L'auteur s'est servi de ces données de physiologie pathologique pour discuter le mode d'action des différentes méthodes de traitement des anévrysmes, et spécialement de la ligature et de la compression indirecte. Il résulte des relevés statistiques de l'auteur que la ligature est suivie de nombreux accidents, qu'il étudie avec un soin particulier, et comme on ne l'avait encore fait nulle part ailleurs, sous le rapport de leurs causes, de leur nature, de leur traitement. Par ces mêmes relevés statistiques, il est conduit à donner la préférence à la méthode de la compression indirecte sur celle de la ligature, et il s'en rend compte par le mode d'action de cette méthode, qui, diminuant le cours du sang sans le supprimer, ne fait déposer que des couches fibrineuses, c'est-à-dire des caillots actifs. M. Broca a le mérite d'avoir rappelé l'attention en France sur cette méthode et d'en avoir fait mieux connaître le mécanisme.

La commission signale enfin les recherches historiques, qui ne sont pas une des parties les moins importantes du livre de M. Broca, et qui lui ont paru être un modèle en ce genre, tant par l'étendue et la conscience des recherches, que par le talent avec lequel les nombreux documents qu'il a laborieusement rassemblés s'y trouvent discutés et appréciés.

MM. Delafond et Bourguignon, dans l'ouvrage considérable qu'ils ont soumis à l'examen de la commission, ont exposé les résultats de leurs recherches sur la gale des animaux domestiques; ils l'ont étudiée au double point de vue de l'entomologie et de la pathologie, et ils y ont consigné un grand nombre de faits observés avec le plus grand soin, relatifs à la contagion de cette maladie, soit des animaux à l'homme, soit de l'homme aux animaux.

Ils ont étudié l'affection psorique avec les plus grands détails chez le cheval, le bœuf, la chèvre, le mouton, le chien, le chat et le lion; ils ont recherché avec autant de persévérance que de succès, les différences de conformation et de structure que les acares de la gale présentent chez les différentes espèces d'animaux où on les trouve; ils se sont livrés à de laborieuses recherches sur les organes de la circulation, de la respiration, de l'innervation et de la reproduction chez ces animaux; de là est résultée la découverte d'un grand nombre de faits nouveaux relatifs à leur histoire naturelle, à leur anatomie et à leur physiologie.

Un des points sur lesquels MM. Delafond et Bourguignon ont fait le plus d'expériences est celui qui est relatif aux divers modes de développement des acares de la gale chez les mammifères, à leurs moyens de propagation, ainsi qu'aux différences qu'entraîne dans les individus celle du sexe.

La question de la contagion a été l'objet d'expériences nombreuses et variées. Ils ont prouvé que la gale des herbivores ne se transmet point à l'homme, non plus qu'aux animaux carnassiers : il n'y a à cet égard qu'une exception singulière, qui est donnée par le cheval.

Dans la partie pathologique et thérapeutique de leurs ouvrages, les auteurs ont déduit de leurs propres observations une description générale de la gale des animaux avec ses différences et ses ressemblances dans les diverses espèces; ils se sont attachés à bien faire reconnaître les symptômes qui marquent son invasion, afin de pouvoir la combattre dès son origine; ils ont décrit les altérations variées qu'elle produit ou qui l'accompagnent; ils se sont livrés à de nombreuses recherches expérimentales pour déterminer quels sont les meilleurs procédés à l'aide desquels on peut prévenir la maladie, quels sont ceux qu'il faut employer pour la détruire.

Dans son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, M. Morel s'est attaché à faire ressortir cette vue principale, que, parmi les circonstances qui agissent sur l'homme et le modifient, les unes ne s'opposent ni au maintien de la santé ni à la perpétuité de l'espèce tandis qu'il en est d'autres qui entraînent, par leur action plus ou moins prolongée, une dégradation telle, que la vie normale n'est plus possible, et qu'après quelques générations écoulées la reproduction n'a plus lieu.

M. Morel nous paraît être parvenu à prouver, par les faits très-nombreux qu'il a rassemblés et coordonnés, que les dégénérescences de l'espèce humaine doivent leur origine aux modifications qu'ont exercées d'abord sur des individus isolés, puis sur l'espèce, diverses influences dont les unes proviennent du monde extérieur, et dont les autres ont été créées par l'homme lui-même. Parmi ces dernières, l'auteur fait ressortir les effets produits sur l'homme par ses nombreuses industries, par ses différents degrés d'aisance ou de misère, par les conditions diverses dans lesquelles s'exerce son intelligence ou se développe son moral, etc.

On voit par tout ce qui précède combien d'intérêt s'attache au sujet que M. Morel a entrepris de traiter; il n'est pas resté au-dessous de sa tâche. Nous ne doutons pas que d'autres travaux, poursuivis dans la direction où il s'est engagé, ne viennent peu à peu combler les lacunes que présente son œuvre, et n'en montrent de plus en plus l'utilité, au double point de vue du progrès de la science et de l'avenir de l'humanité.

Les bienfaits de la vaccine, incontestables aux yeux de tous les hommes éclairés, ont été dans ces dernières années révoqués en doute; les attaques dirigées contre cette merveilleuse découverte ont été même entourées d'une sorte d'appareil scientifique, et l'on a produit des chiffres pour montrer que si, depuis l'introduction de la vaccine en France, la mortalité avait diminué chez les enfants, elle avait au contraire augmenté dans les âges suivants, qu'elle avait même doublé entre vingt et trente ans, et que cette augmentation de mortalité devait être attribuée à la vaccine. M. le docteur Bertillon a entrepris, pour examiner ces assertions, un travail sérieux, qui a paru à la Commission digne de l'attention de l'Académie. M. Bertillon a prouvé dans ce travail, qui a la statistique pour base, que l'on avait mal apprécié les causes de l'augmentation de la mortalité, et qu'on ne pouvait en tout cas l'attribuer à la vaccine.

Dans son *Traité d'hygiène navale*, fruit d'un long et consciencieux travail, M. le docteur Fonssagrives, professeur à l'École de médecine navale de Brest, a su réunir une foule de matériaux dont l'isolement diminuait l'importance; en les coordonnant avec talent, il a composé une œuvre remarquable qui sera, au point de vue de la conservation de la santé des marins, d'une très-grande utilité.

Depuis vingt-cinq ans l'hygiène navale a subi de grandes modifications : le système de la navigation à vapeur en a changé la face sous beaucoup de rapports, et une foule de questions nouvelles à examiner et à résoudre s'y sont trouvées introduites. Depuis quelques années d'importants changements ont été apportés dans l'alimentation du marin et dans ses boissons. Depuis vingt-cinq ans encore on a recueilli, sur l'influence exercée par les climats si divers auxquels le marin peut être soumis, des faits d'un haut intérêt. Les maladies qui en résultent pour lui, soit qu'il navigue, soit qu'il descende à terre, ont été étudiées à de nouveaux points de vue relativement à leurs causes et à leur nature. Or toutes ces études, toutes ces tentatives de perfectionnement, toutes ces notions acquises sur tant d'objets divers, nul ne les avait encore réunies et présentées dans leur ensemble. C'est ce qu'a entrepris M. Fonssagrives; il en est résulté un ouvrage où la théorie et la pratique trouvent également leur part, et où l'abondance infinie des détails marche de pair avec l'étendue des conceptions; il est évident à chaque page de ce livre que l'auteur possède parfaitement son sujet, et qu'il en a fait une sérieuse et profonde étude.

En résumé, M. Fonssagrives a composé un excellent livre sur une des parties les plus importantes de l'hygiène; il l'a éclairée par les faits nombreux qu'il a rassemblés, par les déductions qu'il a tirées de ces faits, et il a le mérite d'avoir beaucoup vu et beaucoup expérimenté par lui-même.

Voici les prix proposés pour les années 1858, 1859, 1860, 1861 et 1863 :

Grand prix des sciences physiques (proposé en 1857 pour 1859). — « Déterminer les rapports qui s'établissent entre les spermatozoïdes et » l'œuf dans l'acte de la fécondation. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois mille francs.

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de huit cent cinq francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Divers prix du legs Montyon. — L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée.*

Prix Bréant. — Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de cent mille francs, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans » l'immense majorité des cas; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse » cesser l'épidémie; »

Ou enfin,

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, » par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de quatre mille francs, il faudra par des procédés rigoureux avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de quatre mille francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Souscription pour deux confrères.

L'honorable confrère inscrit en tête de cette trop courte liste, et qui a voulu conserver l'anonyme, termine ainsi sa lettre d'envoi :

« Comment se fait-il que des associations départementales, ou, ce qui serait bien préférable, une association générale des médecins de France, ne s'organisent pas en présence de ces positions malheureuses? L'égoïsme de quelques-uns arrêtera-t-il toujours l'union de la majorité du corps médical?

» Combien il est à désirer que la presse médicale entière excite la fibre sensible de ce corps, si apathique pour ses intérêts! »

Un anonyme.	5
Un anonyme.	3
M. Mouillard, à Locminé.	10
Sommes reçues précédemment. . . .	183
Total. . . .	201 fr.

Le *Moniteur* publie un décret par lequel sont autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers les médecins dont les noms suivent :

Ordre de Charles III (Espagne). *Chevalier* : M. Blanche (Émile).

Ordre du Medjidié (Turquie). *3e classe* : MM. Colmant, médecin principal; Grellois, médecin-major de 1re classe.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 20. — JEUDI 18 FÉVRIER 1858. (31e ANNÉE.)
N° 20. — JEUDI 18 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 FÉVRIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Chatin sur un mémoire de M. Gubler, relatif au muguet, et la petite discussion que ce rapport a suscitée, ont été les principaux événements de la séance. A l'époque où M. Gubler a lu son mémoire à l'Académie (dans la séance du 4 août dernier), nous avons cherché à faire ressortir tout ce qu'il y avait de neuf et d'original dans ce travail. Nous ne ferions que nous répéter en y revenant aujourd'hui. Nous ne pouvons cependant laisser passer sans la signaler à l'attention de nos lecteurs, la petite discussion qui a suivi le rapport de M. Chatin. On y verra en effet que s'il n'y a eu aucune objection en ce qui concerne l'exactitude des recherches et des observations de M. Gubler, sur l'origine et le mode de développement de la mucédinée du muguet, il n'en a pas été tout à fait de même à l'égard des applications pratiques que l'auteur en a déduites. Ces déductions ont été combattues, et il ressort des quelques explications qui ont été échangées sur ce sujet, que l'expérience pratique ne confirmerait pas tout à fait ici les indications de la théorie. C'est un exemple de plus de la réserve qu'il faut apporter dans des conclusions quand il s'agit de transporter les déductions d'un fait théorique dans le domaine de la thérapeutique. La question, du reste, n'a été qu'effleurée, elle eût certainement mérité un plus profond examen. C'est un sujet qui reste encore à l'étude.

Pendant que M. Chatin occupait la tribune, il en a profité pour donner lecture d'un nouveau mémoire sur la diffusion de l'iode dans tous les éléments qui nous entourent, dans l'eau, dans l'air, dans le sol et dans les plantes qu'il supporte. C'est encore là l'objet d'un débat entre les chimistes, qui n'est pas à son terme.

La séance avait été ouverte par la lecture d'un rapport officiel d'un intérêt scientifique très-secondaire; elle a été terminée par la lecture d'une note sur la dysenterie épidémique, dont nous n'avons malheureusement pas pu prendre connaissance. Nous disons *malheureusement*, parce que ce travail est de M. le docteur Piedvache, auteur d'un excellent mémoire sur la contagion de la fièvre typhoïde, qui a été couronné il y a bientôt dix ans par l'Académie, et qu'à en juger par ce précédent, nous ne doutons pas de l'intérêt que doit présenter ce nouveau travail. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la dyspepsie (1).

Les médecins sont en général de très-mauvais chimistes. Tous, tant que nous sommes, nous avons cependant la prétention de faire de la chimie : j'ajoute que notre prétention est même en raison directe de notre ignorance. Nous savons que les alcalins neutralisent les acides; notre science s'élève jusque-là, et nous nous empressons d'appliquer ce principe au traitement de la dyspepsie. L'estomac d'un malade, disons-nous, contient une trop grande quantité d'acides; rien ne sera simple comme de les neutraliser en donnant de la magnésie, du bi-carbonate de soude, de l'eau de chaux, du carbonate de chaux. Néanmoins le mal augmente, la sécrétion acide devient plus abondante; nous doublons, nous triplons les doses d'alcalins, qui semblaient être insuffisantes; mais le malade est pris de diarrhée, et loin de marcher vers la guérison, il devient plus souffrant. Nous rejetons alors sur l'opiniâtreté du mal ce qui ne doit être imputé qu'à la médication.

Les sécrétions gastriques sont naturellement acides, et leur acidité est principalement due à l'acide lactique, dont la présence a été démontrée par Graves en 1823, et depuis par Berzélius en 1830; une certaine quantité d'acide phosphorique et d'acide chlorhydrique s'y ajoute, dit-on. C'est au moment de la digestion que ces sucs sont le plus abondants, leur sécrétion étant nécessaire à l'accomplissement de la fonction. En dehors de celle-ci, ces sécrétions acides diminuent; mais elles s'exagèrent sous l'influence d'une excitation portée sur la membrane muqueuse stomacale, d'une émotion morale, ou d'un travail de cabinet longtemps prolongé.

Le bi-carbonate de soude, les alcalins, en tant qu'agents chimiques, n'ont, dans ces circonstances, rien à faire pour empêcher la sécrétion acide; bien mieux, les expériences de M. Cl. Bernard démontrent que la sécrétion du suc gastrique augmente lorsqu'on introduit du bi-carbonate de soude ou de la magnésie dans l'estomac d'un animal. Cependant les alcalins guérissent cette forme de la dyspepsie, mais ils la guérissent, non en neutralisant les acides formés en excès, mais en prévenant cet excès; ils agissent non comme alcalins, mais comme modificateurs puissants, en imprimant à l'économie une modalité en vertu de laquelle les sécrétions gastriques cessent d'être trop acides.

Sous l'influence d'une saison aux eaux de Vichy, de Contrexéville, de Carlsbad, de Pougues, de Vals, un individu affecté de gravelle, après avoir rendu quelques graviers pendant le cours de son traitement, reste cinq, six, huit mois, un an et plus, sans avoir de nouvelles crises néphrétiques, sans rendre de sable. Direz-vous que les eaux ont agi pendant tout ce temps-là? Non, mais vous direz avec juste raison que les eaux, en replaçant l'économie dans des conditions normales de santé, ont rendu régulière la sécrétion urinaire en empêchant l'acide urique de se produire en excès et de se déposer. L'action de ces eaux n'a donc pas été une action chimique essentiellement passagère, mais une action vitale dont l'influence s'exerce encore longtemps après que le mouvement lui a été imprimé par la médication.

Nous en dirons autant de la dyspepsie acide. Si l'action des eaux minérales qui la guérissent était une action purement chimique, si leur efficacité devait être attribuée à la neutralisation des acides par les principes alcalins, il faudrait condamner les malades à boire constamment des eaux alcalines sous peine de voir reparaître les accidents aussitôt après la suspension de la médication. Comme dans le cas de gravelle urique que nous prenions tout à l'heure pour exemple, les eaux minérales alcalines n'agissent donc pas chimiquement.

Graves, en parlant de la dyspepsie, a préconisé un mélange d'opium, de bismuth et de magnésie. Il donnait, par exemple, avec un grand succès, un vingtième de grain de sulfate de morphine ou un dixième de grain d'opium mélangé à 10 ou 15 grains de sous-nitrate de bismuth et autant de magnésie; ces prises étaient administrées peu de temps avant le repas, et le malade en prenait deux ou trois dans la journée.

Lorsque la dyspepsie se lie à la chlorose, les eaux minérales ferrugineuses sont préférables aux eaux uniquement alcalines.

Dans la dyspepsie flatulente avec développement considérable de gaz après le repas, et quelquefois éructations acides, il faut songer à d'autres moyens. Ces flatulences s'observent fréquemment chez les femmes hystériques, chez les hommes hypochondriaques, les individus essentiellement nerveux, les gros mangeurs et les vieillards. Les alcalins, dans ces cas, rendent peu de services. Ils doivent être donnés seulement pendant plusieurs jours et remplacés par les amers. Ainsi, le malade prend chaque jour 1 gramme d'un mélange à parties égales de bi-carbonate de soude, de magnésie et de craie, divisé en trois prises, puis il fait succéder à ce traitement une macération faite à froid de quassia amara; il en boit le matin à jeun et dans le courant de la journée entre les deux principaux repas. Sous l'influence de cette médication, on voit les dyspepsies flatulentes se modifier; le quassia fait en outre disparaître les acidités de l'estomac avec une plus grande rapidité que si l'on insistait trop longtemps sur l'usage des alcalins.

Le vin de quinquina rend encore de grands services : il se prend immédiatement avant le repas, ou après le potage, au déjeuner et au dîner. Certaines liqueurs aromatiques sont aussi fort utiles, prises après le repas; je citerai particulièrement le curaçao de Hollande et la liqueur jaune de la Grande-Chartreuse.

Viennent ensuite les infusions aromatiques, et principalement les aromatiques amers, tels qu'un mélange de badiane, d'anis, de gingembre, auxquels on ajoute un peu d'écorce de cascarille. Vous faites faire des paquets contenant 50 centigrammes de chacune de ces substances réduites en poudre grossière, et chacun de ces paquets sert pour une infusion, que le malade prend après son déjeuner et après son dîner.

Si les eaux de Vichy, de Carlsbad, de Pougues, sont ordinairement contraires à cette forme de la dyspepsie, celles de Niederbronn, de Forbach, en France, minéralisées par les mêmes principes qui entrent dans la composition de l'eau de mer, lui sont merveilleusement appropriées. J'en dirai autant, plus peut-être, des eaux de l'Allemagne, telles que Homhourg — malheureusement trop célèbre par ses jeux — Nauheim, Soden et Kissingen.

Il y a encore de merveilleuses eaux, que leur goût agréable fait figurer sur toutes les tables, ce sont celles de Selzters, mieux connues sous le nom de Seltz, dans le duché de Nassau; elles rendent d'éminents services aux individus affectés de dyspepsie flatulente. Seulement, on en fait un véritable abus.

Je dois noter aussi les eaux de Plombières et de Bagnères-de-Bigorre qui, bien que contenant une très-faible quantité de principes minéralisateurs, sont cependant d'un utile secours non-seulement contre la forme flatulente, mais contre d'autres variétés encore que nous signalerons dans un instant.

L'hydrothérapie est une médication non moins puissante contre les flatulences, mais je parle de l'hydrothérapie méthodiquement appliquée et régulièrement suivie.

Les bains de mer sont également indiqués, mais ils doivent être pris très-courts : jamais pendant plus de cinq ou six minutes lorsqu'on va les prendre sur les côtes de la Manche, ou dans l'Océan; mais dans le sud-ouest de la France, sur le littoral de la Méditerranée, là où la température est plus chaude, les bains de mer peuvent être prolongés pendant un temps plus long. On y joindra volontiers les bains de sable chaud; leur durée oscille habituellement entre quinze et cinquante minutes, en un mot, jusqu'à ce qu'une réaction énergique se soit manifestée du côté de la peau.

Les bains de mer, l'hydrothérapie, lorsqu'on veut se soumettre à cette dernière médication dans les établissements spéciaux, ne sont pas possibles pour tout le monde. Des considérations de fortune et d'affaires empêchent souvent d'entreprendre des voyages plus ou moins longs, plus ou moins onéreux; mais ces inconvénients peuvent être évités, et l'hydrothérapie, lorsqu'elle trouve son indication, peut être suivie, chez le malade lui-même, de la façon que je vais vous indiquer, façon moins efficace sans doute que le mode d'administration en usage dans les établissements, mais qui n'en a pas moins une réelle utilité. Au sortir du lit, le malade s'enveloppe dans un drap mouillé d'eau froide et légèrement exprimé. Après être resté une ou deux minutes enveloppé, il se frictionne pendant quelques instants, toujours avec le drap mouillé, s'essuie avec du linge sec, s'habille et sort immédiatement après. Le soir, avant le coucher, on répète la même opération. Cette sorte d'hydrothérapie suffit, dans beaucoup de cas, pour rendre à l'estomac le ton qu'il a perdu et pour replacer la santé sur des bases meilleures.

J'aborde maintenant le traitement de ces états dyspeptiques liés à des affections chroniques, indépendantes jusqu'à un certain point de l'estomac.

Les maladies chroniques du foie, les cachexies palustres, les scrofules, les affections chroniques de la poitrine, du ventre, de l'utérus, s'accompagnent fréquemment de digestions difficiles. Les fonctions gastriques sont troublées en raison de la sympathie qui relie l'estomac au reste de l'économie. Vous savez d'ailleurs ce qui se passe pour les maladies aiguës : un accès de fièvre un peu intense, quelle que soit sa nature, retentit sur l'appareil digestif, et la pyrexie se caractérise non-seulement par la chaleur à la peau et l'accélération du pouls, mais encore par une sorte de dyspepsie aiguë, que nous connaissons sous le nom d'anorexie fébrile. Lorsque la fièvre n'est plus continue, qu'elle ne se manifeste plus que par un simple mouvement diurne ou nocturne, l'action sympathique s'établit encore du côté de l'estomac, donnant lieu alors à la dyspepsie proprement dite. Comme dans l'anorexie, les sécrétions gastriques sont suspendues plus ou moins complétement par l'effet de la fièvre. Dans cette forme les eaux de Vichy, de Vals, de Carlshad, de Pougues, de Bagnères-de-Bigorre, de Plombières, malgré la différence de leur composition chimique, retrouvent leur indication.

Ces médications ne sont pas toujours à notre disposition. Pendant l'hiver, les malades ne sont guère envoyés dans les stations thermales, et nous devons nous contenter de prescrire les eaux transportées, — ce qui est loin de revenir au même, — et d'avoir recours à d'autres agents thérapeutiques.

(1) Fin. — Voir les numéros des 14, 21 janvier, et 2 février.

Dans les dyspepsies liées aux maladies du foie, les eaux alcalines, bi-carbonatées, sodiques, de Vichy, de Vals, doivent être conseillées de préférence aux eaux de Pougues, bi-carbonatées, calcaires et magnésiennes. Contre ces affections, cependant, vous m'avez vu administrer les acides, et vous avez entendu dire aux malades qu'ils ne digéraient qu'à la condition d'en faire usage. Cette nécessité des alcalins pour les uns, des acides pour les autres, mérite ici quelques développements.

Les eaux minérales, dont je vous ai énuméré les avantages, agissent non par leurs principes alcalins, mais probablement en vertu d'un effet qui échappe aux interprétations de la chimie. Il se passe dans l'économie tout entière une action spéciale indépendante de la saturation des acides de l'estomac par les alcalis.

Comment ai-je été conduit à conseiller l'emploi des acides dans les dyspepsies liées aux maladies chroniques? Je lisais depuis longtemps dans les journaux anglais, et plus récemment dans quelques opuscules publiés en France par M. le docteur Caron, la relation de dyspepsies traitées par divers moyens, et je remarquais qu'il était de temps en temps question de mixtures avec l'acide chlorhydrique. Ne trouvant formulées nulle part d'une façon bien satisfaisante les indications spéciales de ce traitement, je ne croyais pas à son efficacité, et mon avis était que les malades guérissaient malgré l'acide chlorhydrique. Il y a deux ans, je dinai à côté d'un de ces infatigables touristes qui ont réalisé le mouvement perpétuel, et cet homme me raconta que, forcé dans ses nombreuses pérégrinations, de suivre des régimes bien différents, il devait à l'acide chlorhydrique seul le pouvoir de digérer. Il en portait toujours sur lui un petit flacon, soigneusement arrangé, et à la fin de chaque repas, il en prenait 4, 5, 6 ou 8 gouttes. Le fait me parut curieux; j'en causai longtemps avec mon voyageur, et j'acquis la conviction que cette habitude n'était nullement une fantaisie, mais bien un besoin. J'essayai alors, mais timidement, cette médication chez un certain nombre de malades de ma clientèle privée, et je m'aperçus que dans quelques cas, assez mal déterminés d'ailleurs, l'acide chlorhydrique me rendait des services. Depuis quelque temps, vous m'avez vu l'administrer à l'hôpital d'une façon assez régulière, et j'ai remarqué que cet acide était particulièrement utile dans le traitement des dyspepsies liées à des affections chroniques.

Voici maintenant des faits cliniques : au n° 9 de la salle Saint-Bernard, une jeune femme était entrée pour une colite très-grave, avec excrétions glaireuses, sanglantes. Un avortement s'en était suivi. Je constatai une hypertrophie considérable du foie, avec épanchement dans le péritoine. La malade resta longtemps dans une situation assez alarmante; cependant la convalescence s'établit. Le foie resta très-volumineux, douloureux, et les digestions devinrent extraordinairement difficiles. Les alcalins ne produisirent aucun effet avantageux, et j'eus l'idée d'avoir recours à l'acide chlorhydrique. Une goutte prise après chaque repas rendit d'abord le travail digestif moins pénible; j'augmentai d'une, puis de deux autres gouttes, que je faisais noyer dans à peu près un demi-verre d'eau sucrée. Ces trois gouttes suffisaient pour donner au liquide une acidité aussi prononcée que celle d'une limonade très-chargée. A partir de ce moment, la malade déclara ne plus avoir de pesanteur d'estomac, ne plus éprouver ce sentiment de plénitude qui la tourmentait auparavant, et digérer facilement. Chose remarquable, le foie diminuait de volume à mesure que la digestion se rétablissait; la diarrhée persistait néanmoins, et semblait même augmenter. Je suspendis l'administration de l'acide pour donner un médicament tout différent, la craie préparée. Cet alcalin fit cesser le flux intestinal, mais la dyspepsie reparut; je cessai l'emploi de la mixture alcaline et revins à l'acide : la dyspepsie céda, la diarrhée reprit son cours. J'étais fort embarrassé. J'imaginai une médication en apparence absurde, je fis donner la craie au commencement des repas et l'acide chlorhydrique à la fin. Cette combinaison eut un plein succès; dyspepsie et diarrhée disparurent.

Au n° 23 de la même salle, vous avez vu une jeune femme affectée d'une diarrhée chronique opiniâtre, qui a consécutivement amené l'anémie. Je soupçonnai la malade d'être tuberculeuse, bien que nous ne trouvions pas de signes physiques ni même de signes rationnels dans ses organes pulmonaires. Elle avait, en outre, cette forme particulière de dyspepsie caractérisée par une grande plénitude d'estomac, et, suivant son expression, *les aliments ne passaient pas*. Sous l'influence d'une, de deux, puis de trois gouttes d'acide chlorhydrique, les digestions s'opérèrent facilement. Pour faire la contre-épreuve, je supprimai un instant le julep acide, mais la dyspepsie se reproduisit; elle ne céda que devant l'insistance du remède.

Au n° 27 est une femme affectée de tubercules pulmonaires au second degré. La phthisie fait chaque jour de nouveaux progrès et la malade va en s'affaiblissant: elle a toutes les nuits une fièvre assez vive, des sueurs abondantes. Ayant de plus à lutter contre de la diarrhée et de la dyspepsie, j'ordonnai l'acide chlorhydrique. Il y a un mois, et à dater de cette époque, — en vérité, je n'osais y compter, — les digestions se régularisèrent et devinrent faciles. L'affection tuberculeuse continue à marcher rapidement.

Au n° 24 (*bis*) est encore une phthisique. La tuberculisation paraissait un instant enrayée, la malade engraissait, et aux craquements avaient succédé un peu d'expiration prolongée et quelques râles muqueux disséminés; mais de nouvelles hémoptysies survinrent, et les craquements humides reparurent. Sur ces entrefaites, la dyspepsie entra en scène. L'acide chlorhydrique rétablit le cours normal des digestions.

Je ne veux pas aller au delà du fait; je répète seulement que, dans les diverses formes de dyspepsie qui sont liées à des affections chroniques soit du thorax, soit du ventre, l'acide chlorhydrique, pris après le repas, peut conduire à des résultats thérapeutiques dignes d'attention.

Chez les individus qui ont eu des fièvres intermittentes prolongées, ou qui ont longtemps habité des pays marécageux, il n'est pas rare de rencontrer de l'anémie, des engorgements viscéraux, spléniques et hépatiques, ainsi que de la dyspepsie. A Vichy, où l'hôpital militaire réunit un si grand nombre de malades atteints de cachexie palustre, on obtient avec la médication thermale alcaline de rapides guérisons ou du moins de notables améliorations. Est-il cependant quelque chose de plus anormal, de plus contraire aux théories chimiques, que de donner aux individus dont le sang est dans un tel état de dissolution, que souvent il occasionne des hydropisies, le médicament regardé comme le dissolvant par excellence du sang? Les bons effets des eaux bi-carbonatées sont, vous le voyez, en contradiction flagrante avec tout ce que les chimistes ont prétendu établir relativement à l'action des alcalins. Tenez-vous donc en garde contre la chimiâtrie; dans ses applications à la thérapeutique, elle conduit à l'erreur.

Les eaux minérales sont loin d'être des médicaments simples; quel que soit leur élément prédominant, il n'agit pas seul. En l'associant à des quantités plus ou moins notables de principes variés, la nature a fait pour cet élément minéralisateur ce que nous imitons chaque jour dans les officines, lorsque nous renforçons ou diminuons les effets d'une substance pharmaceutique en la mélangeant à une ou plusieurs autres. Or, comme le disait feu M. Prunelle, ce regrettable médecin de Vichy, si c'est une erreur grave en thérapeutique que de vouloir déterminer les propriétés d'un médicament composé en général, et d'une eau minérale en particulier, par le résultat de l'analyse chimique, c'est une erreur plus grave encore que d'attribuer à un principe unique, quelque dominant qu'il puisse être, toutes les vertus d'une eau minérale. C'est donc dans son ensemble qu'il faut étudier l'action du médicament composé, et c'est tellement vrai, que ces dyspepsies, liées à un état cachectique grave, sont non-seulement guéries par les eaux éminemment alcalines, mais qu'elles le sont encore par d'autres, dont les principes minéralisateurs sont insignifiants, comme les eaux de Plombières et de Bagnères-de-Bigorre, par exemple.

Eu égard aux résultats de l'analyse chimique, l'eau de la Seine, à Paris, est une eau minérale, et plus minérale que les eaux de Plombières, de Bagnères-de-Bigorre, du mont Dore et de Néris; mais, eu égard aux résultats de l'expérience médicale, on sait que l'eau de la Seine n'a pas d'autre effet que d'occasionner, chez quelques individus qui ne sont pas habitués à son usage, une diarrhée généralement bénigne. Loin de moi la pensée de nier l'incontestable efficacité de thermes justement renommés, car je suis le premier à reconnaître que sous l'influence des eaux de Plombières et de Bagnères-de-Bigorre certains dyspepsiques reprennent de l'appétit et de l'embonpoint, et que les malades atteints d'hydropisies et d'engorgements viscéraux sortent de là dans des conditions infiniment meilleures; seulement cela se passe en vertu d'une action qui nous échappe.

Lorsque la dyspepsie s'accompagne de constipation, quelques médicaments peuvent être employés avec succès; ce sont les purgatifs, plus spécialement les aloétiques, les pilules *ante cibum*, les grains de santé. On en prescrit deux, trois ou quatre, suivant les individus. La rhubarbe, prise à la dose de 50 ou 60 centigrammes, et même de 1 gramme, procure une seule garde-robe sans provoquer de diarrhée.

Dans ces cas encore, les eaux minérales de Seidschutz, de Sedlitz (en Bohême), de Hombourg (dans la Hesse), de Kissingen (en Bavière), de Niederbronn et de Forbach (en France), pourront vous donner d'excellents résultats.

Une dernière forme de dyspepsie est celle qui se lie aux affections de l'utérus. Vous savez combien il est commun de voir les digestions se faire péniblement chez les femmes atteintes de déplacements de la matrice, de métrites, de catarrhes utérins chroniques. Sans doute, dans un grand nombre de circonstances, la guérison de ces états pathologiques entraine avec elle celle de la dyspepsie. Ainsi, des cautérisations du col, l'application de bandages bien appropriés, de ceintures hypogastriques et de pessaires, sont susceptibles de provoquer d'heureuses modifications dans le cours de la maladie des voies génératrices et dans les conditions spéciales de l'estomac qui se trouvent sous sa dépendance.

Toutefois, ces moyens mécaniques, si je puis ainsi dire, ne suffisent pas pour arriver au but que l'on se propose d'atteindre; il en est d'autres plus facilement applicables et qui conviennent merveilleusement à cette forme de la dyspepsie : ce sont les bains de mer et l'hydrothérapie. Sous l'influence des bains de mer, vous verrez quelquefois, même après huit ou dix jours, les femmes revenir à la vie; il est essentiel qu'ils soient pris très-courts, de cinq minutes, et souvent de deux ou trois seulement. La meilleure façon de l'administrer est le bain à la lame; voici en quoi il consiste : un baigneur prend la malade dans ses bras, la présente cinq ou six fois de suite au flot qui arrive et la fait passer à travers. A la suite de cette rapide immersion, il s'établit une réaction puissante; la température de la peau s'élève et quelquefois après le quatrième ou le cinquième bain, la surface cutanée devient le siége d'une éruption particulière que l'on a désignée sous le nom d'*urticaire maritime*. Cette réaction à la peau produit une heureuse dérivation qui dégage d'autant les viscères internes et retentit d'une façon salutaire sur l'appareil digestif; les fonctions gastriques se régularisent, l'appétit renaît, la dyspepsie cède. Les bains de mer ont non-seulement une favorable action sur cette maladie, mais ils en ont encore sur l'affection utérine. Les catarrhes se guérissent et la susceptibilité de l'organe qui en était le siége, disparait. L'économie reprenant du ton, la peau s'aguerrit à supporter les variations de température qui étaient pour les malades l'occasion d'un catarrhe utérin, comme chez d'autres elles déterminent du coryza, des angines, des catarrhes bronchiques.

L'hydrothérapie conduit aux mêmes résultats que les bains de mer; mais son application, sans présenter de très-grandes difficultés, est cependant moins facile.

Me voici arrivé à la fin de mon histoire de la dyspepsie. Sans doute les notions que j'ai essayé de vous donner sont très-sommaires, mais j'espère cependant avoir un peu déblayé le chemin que vous aurez plus d'une fois occasion de suivre dans la pratique de notre art. Je désire principalement que vous gardiez le souvenir des diversités de formes de la maladie et des médications si différentes qu'elle réclame; je vous ai présenté là-dessus des indications générales, à vous maintenant d'en faire les applications.

DES BONS EFFETS DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE
et des lavements de tabac dans les hernies étranglées.

Par M. H. Cavayé, de Dourgne (Tarn).

En novembre dernier, je fus appelé à Massagnel (Tarn) auprès de la femme Boriet, âgée d'environ cinquante ans et d'une bonne constitution. Cette femme, qui se plaignait de vives coliques et de vomissements, avait été laissée dans cet état pendant trois jours.

A mon arrivée, je trouvai cette pauvre femme en proie aux symptômes d'étranglement herniaire les plus graves. Elle me raconta que rien ne pouvait être gardé dans son estomac, que les lavements étaient expulsés tout de suite après leur administration, sans aucun changement dans la nature du liquide. En demandant à la malade si par hasard elle n'avait pas de tumeur au bas-ventre, j'appris que depuis longues années elle avait à l'aine, au côté gauche, une petite glande qui paraissait avoir augmenté de volume depuis deux jours, mais qu'antérieurement elle n'avait jamais eu de coliques. L'examen me fit reconnaître une hernie crurale.

Après d'inutiles efforts de réduction, j'eus recours aux bains, aux cataplasmes laudanisés, aux frictions sur l'abdomen et la tumeur avec une pommade d'extrait de belladone et de pareille quantité d'axonge. Cependant l'état de la malade s'aggrava de plus en plus. Durant 12 heures, il y eut augmentation de coliques, le hoquet et des vomissements de matières stercorales.

Que faire dans un pareil état de choses? Avant de recourir à l'opération, j'augmentai les frictions avec la belladone, et la malade ayant été mise dans un bain, je lui fis administrer les lavements de tabac tant préconisés par Neister, Samuel Jackson, Lisfranc, etc. La réduction fut de nouveau tentée, et après un taxis prolongé et douloureux, je réussis.

La tumeur rentrée, je la maintins à l'aide d'un bandage. Dès le lendemain, ma malade put se lever et reprendre ses travaux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 février 1858. — Présidence de M. Laugier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet les rapports suivants :

1° De M. Lenoir, sur une épidémie dysentérique dans la commune de Braux, et sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Clamecy (Côte-d'Or);

2° De M. Lemazurier, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Viroflay (Seine-et-Oise);

3° De M. Gremaud, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Champrougier (Jura);

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Saône-et-Loire et de la Drôme, pendant l'année 1857 (commision des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Littré écrit au président de l'Académie pour le prier de transmettre à cette compagnie l'expression de sa reconnaissance pour l'honneur qu'elle vient de lui accorder en le nommant membre associé.

— M. Petit (de Maurienne) écrit pour réclamer au sujet d'une assertion émise dans le mémoire sur la mortalité de la population en France, lu par M. Bertillon dans la dernière séance. L'auteur a fait ressortir, dans ce mémoire, comme un fait jusqu'ici inconnu, la différence qui existe entre la mortalité des deux sexes dans le cours de la première année de la vie. M. Petit fait remarquer que cette assertion peut être vraie quant au chiffre; mais qu'il est inexact de dire que ce fait était inconnu; sa connaissance est, au contraire, dit M. Petit, aussi ancienne que le monde civilisé. (Renvoi à la commission nommée pour le mémoire de M. Bertillon.)

— M. Chandelux, ex-chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Lyon, communique une observation détaillée d'herpès tonsurant qu'il a publiée le 11 juillet 1856 dans la *Gazette hebdomadaire* et recueillie en 1851, antérieurement par conséquent aux travaux indiqués

dans le rapport de M. Devergie. Cette observation montre clairement le fait de la transmissibilité de l'herpès tonsurant des animaux à l'homme, ainsi que les diverses phases de cette affection.

— M. Cramoisy, à propos de la question en litige devant l'Académie, adresse quelques documents historiques sur le sujet de la discussion, et il joint à ces renseignements un exemplaire de la thèse qu'il a soutenue en 1857 sur le trichophyton.

— M. J. Blechman, ancien médecin des hôpitaux militaires temporaires en Crimée, adresse un mémoire sur l'ostéopyose et son rapport avec l'infection purulente, résultats des recherches anatomo-pathologiques et des observations recueillies pendant la guerre de Crimée. (Commissaires : MM. Velpeau, Cruveilhier, Robert.)

— M. le docteur Lemazurier, correspondant de l'Académie à Versailles, signale à l'Académie un procédé de cathétérisme dont il a eu plusieurs fois l'occasion de constater les avantages. Ce procédé consiste à sonder les malades pendant qu'ils sont assis soit dans un bain de siége, soit sur un petit tabouret, de manière que les cuisses soient fortement fléchies et le bassin dans la plus grande déclivité possible. (Renvoyé à la commission d'Argenteuil.)

— M. le docteur Lefebvre (de l'Eure) prie l'Académie de vouloir bien accepter le dépôt d'un pli cacheté renfermant le dessin de deux instruments : l'un destiné à remplacer le redresseur utérin de Simpson, le deuxième servant à fixer dans le vagin les pessaires ordinaires, et à exercer sur les parois de ce conduit une action très-limitée au besoin. (Le dépôt est accepté.)

— M. Mathieu adresse à l'Académie la lettre suivante :

La présentation faite dans la dernière séance au sujet d'un instrument dit *brise-pierre uréthral*, et qui a eu pour but d'atténuer celle que j'avais faite précédemment d'un instrument analogue, construit d'après les indications de M. Nélaton, me fait voir qu'on s'est trompé sur la nature des pièces qui le composent. L'instrument que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie n'est en aucune façon muni du stylet dont j'ai précisément cherché à éviter l'emploi, car j'avais pu en apprécier tous les inconvénients à la suite des insuccès nombreux dont il avait été la cause, dans des tentatives faites en 1832 et plus tard. Mon instrument n'a rien de commun avec ceux qui l'ont précédé, et la modification qu'exposait la présentation lue à la dernière séance ne me paraît offrir d'autre difficulté vaincue que celle de faire tourner une vis dans un sens différent de celui où elle avait tourné jusqu'à présent.

Quant à l'instrument de M. le docteur Dubowisky, M. Nélaton le connaissait et moi aussi. Mais il ne remplissait pas les conditions demandées par l'honorable professeur de clinique, ce qui l'a conduit à donner la préférence à celui que j'ai fabriqué.

— M. Poggiale présente au nom de M. Fégueux, pharmacien aide-major de l'armée d'Afrique, un travail contenant les détails de l'analyse chimique du sang d'un homme atteint d'éléphantiasis des Arabes. (Commission : MM. Lecanu et Poggiale.)

— M. MILNE EDWARD fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de son *Cours de physiologie comparée de l'homme et des animaux*.

— M. Devergie, à qui la parole avait été réservée pour le commencement de cette séance pour la continuation de la lecture de son travail sur l'herpès tonsurant, déclare que, en raison des incidents que cette discussion a soulevés, il croit devoir ajourner cette communication. Il pense que l'Académie appréciera les motifs de cette abstention.

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'une commission de onze membres chargés de désigner à quelle section appartiendra la prochaine élection. Les membres désignés par le scrutin pour faire partie de cette commission sont : MM. Bouvier, Grisolle, Velpeau, Rayer, Robert, Blache, P. Dubois, Guérard, H. Bouley, Wurtz et Poggiale.

RAPPORTS.

Graisse altérée. — M. O. HENRY, en son nom et au nom de MM. Chevallier et Lecanu, lit un rapport officiel au sujet d'une graisse renvoyée à l'examen de l'Académie. Il s'agit d'une graisse destinée à la préparation de substances alimentaires dans la maison pénitentiaire de Limoges, que M. Parchappe, inspecteur général du service de santé, a signalée comme défectueuse, et au sujet de laquelle le ministre de l'intérieur a demandé l'avis de l'Académie. La commission conclut des divers essais auxquels elle a soumis cette graisse : 1° Qu'elle est altérée; 2° qu'elle diffère essentiellement de celle prise comme type, qui offre les conditions prescrites au cahier des charges de la fourniture de l'établissement; 3° qu'enfin son emploi doit être tout à fait interdit dans la préparation des matières alimentaires. (Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

Origine de la mucédinée du muguet. — M. CHATIN, au nom d'une commission composée de MM. Beau, Blache, Chatin, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Ad. Gubler, intitulé : *Etudes sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet* (oïdium albicans).

Nous avons publié un résumé analytique du travail de M. Gubler dans le numéro du 6 août dernier. (Voir la *Gazette des Hôpitaux*, année 1857, p. 367.) M. le rapporteur, après avoir jeté un coup d'œil sur l'ensemble du mémoire et discuté quelques-unes des questions principales qui y sont traitées, résume son rapport en ces termes :

De tout ce qui précède, il ressort pour nous que les faits avancés par M. Gubler ont été bien observés et que les conséquences en ont été logiquement déduites. Ce médecin, déjà connu par un grand nombre de publications originales sur la médecine proprement dite, a fait aussi des travaux de tératologie et de pathologie végétales; la science lui doit encore la découverte de deux nouveaux parasites végétaux chez l'homme.

Dans le présent mémoire, qui se recommande d'ailleurs par des vues générales, l'auteur fait preuve de connaissances aussi variées que précises en chimie, en micrographie et dans les sciences naturelles. Il démontre ainsi quel puissant concours les sciences, dites accessoires, peuvent apporter à la médecine. Et, nous insistons sur ce point en terminant, ce sont les études d'histoire naturelle appliquées au cryptogame du muguet qui ont conduit directement M. Gubler à des conséquences pratiques importantes pour la thérapeutique.

En nous reportant à la valeur du travail, dont nous venons de rendre compte, nous croyons aller au-devant de la pensée de l'Académie en lui proposant de voter :

1° Le renvoi du mémoire de M. le docteur A. Gubler au comité de publication ;

2° Des remercîments à l'auteur.

M. TROUSSEAU s'associe aux éloges mérités à tous égards que M. le rapporteur a donnés à l'auteur du mémoire; mais il ne peut adopter l'opinion de M. Gubler appuyée par M. le rapporteur, savoir : Que le muguet se produit toutes les fois que la bouche a été longtemps acide, et que ce symptôme n'a pas la valeur pronostique qu'on lui a accordée jusqu'ici. Enfin, il semblerait, d'après M. Gubler, que c'est la notion de ce fait, l'acidité de la bouche, qui a conduit à la médication alcaline. Cela n'est pas exact.

Je ne conteste pas, dit M. Trousseau, que dans les cas où le muguet se développe, la bouche ait été acide; mais ce que je conteste, c'est que toutes les fois que la bouche est acide, le muguet se manifeste. Beaucoup de femmes grosses, tous les accoucheurs savent bien cela, ont la bouche tellement acide, que l'email des dents en est attaqué, et cependant elles n'ont pas le muguet.

En ce qui concerne la valeur pronostique du muguet, ne voit-on pas tous les jours les médecins et les chirurgiens pronostiquer la mort lorsqu'ils voient dans le cours d'une maladie se produire du muguet, et cela très-indépendamment de la considération de la cause même du muguet. Mais si de ces adultes on passe aux enfants, c'est bien autre chose. Sur vingt-quatre enfants atteints du muguet, dont Valleix a recueilli les observations à l'hospice des Enfants-Trouvés, il a constaté vingt-deux morts. Je veux bien convenir que le muguet n'est pas un état grave par lui-même, mais il est grave par les affections qu'il complique habituellement ou avec lesquelles il est lié. C'est donc là, je le répète, un signe d'une grande valeur pronostique et que l'on aurait tort de négliger.

Je demanderai maintenant si l'on est fondé à dire que la médication alcaline est la meilleure. Nous employons tous les jours, avec le plus grand succès, pour combattre cette affection, l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre. Le borax, qui produit des effets presque aussi bons, doit certainement son action à quelque autre propriété inconnue bien plutôt qu'à son alcalinité. La preuve, c'est que le bi-carbonate de soude, qui est bien plus alcalin que le borax, est loin d'avoir la même efficacité.

M. CHATIN. M. Gubler n'a pas dit que toutes les fois que la bouche était acide il devait nécessairement s'ensuivre le développement du muguet; mais il a dit que le muguet se développait toujours dans cette condition, ce qui est différent. Quant à la valeur pronostique du muguet, M. Gubler ne l'a pas contestée, il a dit seulement que cette affection n'était pas aussi grave par elle-même qu'on l'a cru jusqu'à présent. Il ne nie pas que le muguet ne se présente fréquemment dans des maladies graves, mais il ne constitue pas par lui-même le danger dans ce cas.

M. Trousseau ne paraît pas admettre l'influence des acides sur le développement du muguet, et il oppose à cette théorie les bons effets thérapeutiques des acides. Mais de ce que les acides de l'économie, tels que l'acide lactique, par exemple, favorise le développement du muguet, il ne s'ensuit pas que l'on ne comprenne très-bien l'action des acides énergiques, qui modifient dans ce cas la maladie par une toute autre propriété que leur acidité.

M. TROUSSEAU. M. le rapporteur s'est mépris sur la portée de mes objections. Je ne nie pas que les sucs buccaux soient acides; je ne conteste pas non plus l'efficacité de quelques agents alcalins, entre autres, du borax, que j'ai été l'un des premiers à préconiser. Mais on a dit que c'était cette notion de l'acidité des fluides buccaux qui a conduit à l'emploi des alcalins. Voilà ce que je conteste.

M. CAZEAUX. Tout le monde sait, ainsi que vient de le dire M. Trousseau, que le muguet est généralement un symptôme grave chez l'adulte. Mais il n'en est pas tout à fait de même pour les enfants. Je crois que Valleix s'est trompé à cet égard, et qu'il a beaucoup trop généralisé sa proposition. Cela tient à ce qu'il a observé le muguet à l'hôpital des Enfants Trouvés, c'est-à-dire sur des sujets placés dans de très-mauvaises conditions hygiéniques. Mais il n'en est pas de même dans la pratique civile et même dans les autres hôpitaux. Là le muguet n'a pas toujours la gravité que Valleix lui a attribuée. En ville, pour ma part, je l'ai toujours vu guérir sous la seule influence d'un bon régime et de quelques soins très-simples.

M. BOUDET. Je crois que les acides dont a parlé M. Trousseau agissent dans le muguet non pas comme acides, mais comme altérants ou comme caustiques; ils modifient le milieu dans lequel se développe le muguet, mais cela n'exclut pas la donnée théorique sur laquelle on a fondé l'utilité des alcalins.

M. MOREAU est de l'avis de M. Cazeaux. Il y a une distinction essentielle à faire entre le muguet des adultes et celui des enfants. Chez les enfants, il n'est généralement pas grave. Il survient ordinairement lorsque le lait de la nourrice vient à tarir. Il se produit dans ce cas une irritation dans la bouche des enfants, qui est bientôt suivie du développement du muguet. Il suffit dans ce cas de donner une bonne nourrice et de placer les enfants dans de bonnes conditions d'hygiène pour voir disparaître cette affection. Grâce à ces simples moyens, je n'ai jamais vu d'enfants mourir du muguet dans la pratique civile.

M. BLACHE. J'ai été l'un des premiers, à l'instigation de M. Chomel, mon maître, à appeler l'attention des praticiens sur le muguet comme signe pronostique grave dans les maladies chroniques des adultes. Les exceptions à cette loi sont rares. Cependant il en existe quelques-unes; je l'ai vu quelquefois chez l'adulte ne point entraîner la mort. Chez les enfants il est en général moins grave, cela est vrai; mais je ne saurais admettre cependant qu'il soit toujours aussi bénin que paraît le croire M. Moreau. A l'hôpital des Enfants, le muguet est très-souvent grave, non pas seulement au point de vue du pronostic, mais aussi par lui-même.

LECTURES.

Iode de l'air. — M. CHATIN lit un mémoire sur la présence de l'iode dans l'air, dans les eaux, dans les minéraux et les corps organisés. Le but de ce nouveau travail de M. Chatin est de maintenir l'exactitude des résultats qu'il a déjà énoncés relativement à la diffusion générale de l'iode sur la terre, contre les objections réitérées faites à ses travaux par plusieurs chimistes.

M. Chatin termine ce travail par les conclusions suivantes :

1° La présence de l'iode dans les plantes et les animaux aquatiques, etc., est reconnue partout.

2° La présence de l'iode dans les minéraux et la généralité des corps simples réputés cependant purs, n'est pas contestée.

3° La présence de l'iode dans les eaux communes, théoriquement incontestable, expérimentalement établie par moi et par plusieurs chimistes, paraît être encore un objet de doute pour quelques personnes.

4° La présence de l'iode dans l'eau distillée n'est pas admise par M. de Luca.

5° La présence de l'iode dans l'air est niée par M. Chloës et par M. de Luca.

6° Je persiste à soutenir qu'il est facile de démontrer l'existence de l'iode dans les eaux communes, dans les eaux distillées provenant de celles-ci, dans l'air enfin, soit qu'on en lave un volume suffisant, soit de préférence en opérant sur la pluie ou la neige, sur le givre ou la rosée.

7° De la quantité d'iode plus grande dans la rosée que dans la pluie; de la densité de la vapeur d'iode; de la non-proportionnalité entre l'iode et les chlorures ou autres composés minéraux des pluies; enfin de l'existence de l'ozone et de son action sur les iodures, je tire la conséquence que l'iode existe dans l'air à l'état libre ou de vapeur.

Dysenterie épidémique. — M. LE D[r] PIEDVACHE, médecin de l'hôpital de Dinan (Côtes-du-Nord), lit une note sur la dysenterie épidémique et sur son traitement.

(Ce travail est renvoyé à la commission des épidémies.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 3 février 1858.— Présidence de M. DEGUISE fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exostose médio-palatine. — M. CHASSAIGNAC présente un malade atteint d'*exostose médio-palatine*. Il y a déjà longtemps que M. Chassaignac a décrit sous ce nom une tumeur osseuse qui se développe sur la partie centrale de la voûte palatine, et qui fait saillie du côté de la cavité buccale. Tous les malades chez lesquels il a eu l'occasion de l'observer avaient des antécédents de syphilis constitutionnelle. C'est ce qui a lieu encore dans le cas actuel. Le malade a eu, il y a quelques années, un chancre, suivi de divers accidents secondaires, entre autres une alopécie considérable et un iritis. M. Chassaignac, en constatant cette coïncidence, est donc conduit à penser que l'exostose médio-palatine est un accident tertiaire de la syphilis.

M. HUGUIER reconnaît que M. Chassaignac est le premier qui ait décrit cette affection avec soin, et qui lui ait donné un nom particulier, mais il ajoute que les exostoses de la voûte palatine sont connues depuis longtemps des syphiliographes. Ces tumeurs présentent dans leur siége et dans leur forme une remarquable fixité. Elles sont parfaitement médianes et symétriques; elles portent à la fois et d'une manière égale sur les deux os maxillaires. Elles sont allongées d'avant en arrière et régulièrement fusiformes. Il est presque sans exemple qu'elles se montrent chez des individus exempts de syphilis; sous ce rapport elles ont une valeur séméiologique presque égale à celle du psoriasis palmaire ou plantaire.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Denucé fait hommage d'un travail intitulé : *Note sur quelques faits de pratique chirurgicale*.

Fin de la discussion sur les injections iodées. — M. GUERSANT. J'avais dit, dès le premier jour de la discussion, que les injections iodées ne réussissaient pas chez les enfants atteints d'abcès par congestion; j'avais ajouté que la guérison des altérations osseuses produites par la scrofule survient souvent sans traitement spécial, par cela seul que les enfants arrivent à l'adolescence. Les faits cités par M. Boinet n'ont pas changé mon opinion; ils m'ont, au contraire, plutôt donné gain de cause, puisque tous ses malades avaient plus de vingt ans, à l'exception d'un seul qui avait quatorze ans, et qui se trouvait par conséquent dans les conditions que j'ai indiquées. Je lui accorde volontiers que l'injection iodée a pu contribuer à la guérison de ses malades. C'est un adjuvant utile, qui peut prendre place à côté des cautères, des moxas et des autres exutoires. Mais ces divers moyens avaient échoué s'il les avait appliqués chez des enfants de trois à dix ans. D'après mon expérience, je crois pouvoir engager mes collègues à ne pas opérer les enfants de cet âge.

M. CAZEAUX fait remarquer que les insuccès constatés chez les enfants n'enlèvent rien à la valeur des succès obtenus par M. Boinet chez les adultes; quoique peu disposé à admettre tout ce qu'on a dit sur l'efficacité des injections iodées, il accepte les faits de M. Boinet. Seulement il se demande si les guérisons doivent être attribuées réellement au traitement local. La question, à son avis, ne sera résolue que si on démontre que les guérisons sont plus communes aujourd'hui qu'avant la méthode des injections iodées.

Gangrène simultanée des deux pieds; nécrose consécutive des os de chaque jambe; double amputation au tiers moyen.

M. LARREY présente à la Société les extrémités osseuses des deux jambes d'un nègre, qui a subi une double amputation dans des circonstances assez remarquables. En voici l'exposé, d'après une note adressée à M. Larrey, avec les pièces anatomiques, par le docteur Aflalet, aide-major aux ambulances de l'armée d'Afrique.

« Le nommé Braïk, esclave nègre, âgé de dix-huit ans, doué d'une forte constitution, fut atteint en novembre 1856 de douleurs vives dans les deux pieds, soit par les fatigues de sa condition, soit par toute autre cause. Voulant se débarrasser de ces douleurs devenues insupportables, il eut recours à un médicastre arabe, qui lui fit prendre un pédiluve dans la décoction d'une plante résineuse et irritante, présumée la sabine. Le résultat en fut si violent que les deux pieds, frappés du

gangrène, se détachèrent simultanément des jambes, au niveau des articulations tibio-tarsiennes. Ce malheureux nègre essaya pendant six mois de faire cicatriser ses plaies avec diverses plantes du pays ; mais n'y réussissant pas, il se décida enfin, dans les premiers jours de mai 1857, à entrer à l'hôpital militaire de Milianah. Il se trouvait d'ailleurs dans de bonnes conditions de santé.

L'examen de ses jambes fit constater la plus grande similitude dans la mutilation de chacune d'elles. Les extrémités articulaires des os, dénudées dans une étendue de 40 millimètres environ, étaient atteintes de nécrose, avec tendance à l'élimination spontanée des séquestres, au niveau du périoste exostosé et des parties molles épaissies. Il en résultait une sorte de bourrelet hypertrophique considérable audessus des saillies osseuses. Les chairs étaient couvertes de bourgeons fongueux, d'où s'écoulait un pus sanieux et fétide. Une myriade de vers existait enfin au fond de chaque plaie.

L'amputation des deux jambes au tiers moyen fut pratiquée en même temps, cinq jours après, par M. Brunet, aide-major de l'hôpital. Cette double amputation n'a rien offert de notable; on avait chloroformé le sujet; la réaction a été presque nulle, et la cicatrisation s'est effectuée en vingt-cinq jours. Les moignons, devenus réguliers, n'avaient pas encore été soumis à un moyen de prothèse, lorsque ces renseignements nous ont été adressés. On peut même craindre, comme dans les cas d'amputation des deux jambes, que l'application des membres artificiels ne soit ici très-difficile.

Ossifications développées en avant des deux ligaments rotuliens.

Mme T..., propriétaire à Vailly-sur-Aisne, âgée de soixante-six ans, vit se former il y a trente-cinq ans, à peu près simultanément, à la partie supérieure et antérieure des deux jambes, de petits corps solides, mobiles sous le doigt, qui s'accrurent graduellement et lentement sans douleurs notables.

Il y a un an, la peau qui recouvrait celui de droite rougit et s'ulcéra successivement en deux points, et les douleurs devinrent alors tellement vives de ce côté, que la station était très-pénible et la marche pour ainsi dire impossible.

Fatiguée des emplâtres que des empiriques lui avaient conseillés et qu'elle avait employés sans résultats, cette dame me consulta le 5 octobre dernier, et je constatai ce qui suit :

A la jambe gauche on sent immédiatement sous la peau, saine d'ailleurs, trois corps durs, anguleux, contigus, mobiles entre eux et relativement aux parties voisines, de telle sorte qu'on pouvait leur faire subir dans tous les sens des mouvements d'oscillation de quelques centimètres. D'ailleurs pas de douleurs, si ce n'est sous une assez forte pression.

Considérés dans leur ensemble, ces trois corps forment un parallélogramme irrégulier commençant immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de la rotule et présentant dans le sens vertical une hauteur totale de 9 centimètres et 3 centimètres de largeur.

A la jambe droite, on sent distinctement une production analogue avec toutes ses conditions de forme, de volume, de consistance, que nous décrirons plus loin. Elle paraît aussi mobile sur les parties sousjacentes que celles de la jambe gauche; mais la peau qui la recouvre lui adhère intimement. Elle est rouge, violacée, et présente en deux points disposés sur une même ligne horizontale deux ulcérations assez profondes, rapprochées l'une de l'autre, situées l'une en avant, l'autre un peu plus en dedans. Ces ulcérations, qui ne laissent suinter qu'une petite quantité de pus, livrent passage à des rugosités plus saillantes que celles qui recouvrent toute la surface de la tumeur.

La position pénible de la malade, l'impossibilité absolue de toute amélioration, l'aggravation certaine et imminente des accidents, me firent proposer l'opération. La mobilité apparente de la tumeur semblait promettre que l'énucléation en serait facile, en même temps que sa situation superficielle éloignait la crainte de dangers sérieux.

Le 9 octobre, en présence de M. Poilleux, ancien interne des hôpitaux, qui voulut bien me prêter son concours, j'exécutai l'opération de la manière suivante :

La malade étant préalablement soumise aux inhalations de chloroforme, je traçai deux incisions semi-elliptiques transversalement dirigées et situées l'une au niveau du bord inférieur de la tumeur, l'autre à 4 centimètres au-dessus. Les incisions, dont la direction est commandée par l'altération de la peau plus étendue en largeur qu'en hauteur, circonscrivent toute cette altération.

Je fis alors la dissection de la peau qui recouvrait le reste de la tumeur et lui adhérait assez intimement; puis des adhérences nombreuses et fortes, mais assez étendues, qui unissaient toute sa face postérieure à la face antérieure de l'aponévrose. Le temps de l'opération nécessita des efforts que, vu la mobilité de la tumeur, l'inspection préalable du membre n'aurait pu faire pressentir.

Le doigt introduit dans la plaie, après l'extraction, sent distinctement un tissu fibreux, rugueux, qui est l'aponévrose épaissie. — Suture enchevillée, pansement simple.

Les suites de l'opération furent aussi heureuses que possible. Pendant les premiers jours, il y eut bien un peu de rougeur qui, s'étendant du côté du genou, m'inspira d'abord quelques craintes, mais elle céda rapidement sous l'influence d'applications de collodion élastique.

Le 15, j'enlève les points de suture et j'applique des bandelettes de diacbylon. La plaie présente un aspect des plus satisfaisants. La suppuration est peu abondante et de bonne nature. Quelques adhérences commencent à s'établir. Pas de tendance à l'écartement.

La malade a conservé son appétit et sa gaieté; elle accuse des élancements dans la plaie, surtout la nuit. Les bandelettes sont renouvelées plusieurs fois jusqu'au 24. Je les supprime alors tout à fait. Pansement simple jusqu'au 3 novembre, où la guérison est complète. La malade sort et marche librement depuis plusieurs jours, accusant seulement un peu de faiblesse qui disparaît graduellement.

Description de la tumeur. — Cette pièce, qui a un poids spécifique considérable, présente une forme irrégulière assez difficile à décrire, mais qui rappelle à première vue celle du maxillaire supérieur avec sa branche montante. Elle est irrégulièrement triangulaire. La face antérieure convexe est hérissée de rugosités, de mamelons qui lui donnent l'apparence d'une pierre meulière, selon la comparaison de Laënnec. Elle adhère intimement à la peau par ces rugosités, surtout à sa partie moyenne. On en remarque deux plus saillantes que les autres, qui ont déterminé la formation des fistules cutanées dont nous avons déjà signalé l'existence.

La face postérieure convexe, transversalement plus unie que la précédente, est recouverte d'un tissu fibreux très-dense qui lui adhère intimement. De toute sa surface naissent des lames fibreuses très-nombreuses, très-résistantes, croisées dans tous les sens, assez longues (ce qui explique la mobilité de la tumeur), et qui vont se fixer sur l'aponévrose épaissie.

Le bord interne, verticalement dirigé, haut de 68 millimètres, épais de 4 près de l'angle supérieur, de 18 près de l'angle inférieur, présente dans toute son étendue des échancrures plus ou moins profondes.

L'inférieur, horizontal, légèrement convexe, offre 45 millimètres d'étendue. Il en a 15 d'épaisseur près de son angle interne, 5 près de son angle externe.

Le bord externe, plus tranchant que les précédents, se compose de deux parties formant un angle dont la branche supérieure, parallèle au bord interne et longue de 33 millimètres, forme avec l'autre, longue de 37, un angle obtus de 120°.

Ces bords présentent dans toute leur étendue des rugosités desquelles partent aussi des adhérences fibreuses.

L'espèce d'apophyse montante, à sommet tronqué, constituée par le bord interne dans la moitié de sa hauteur et par la branche verticale du bord externe, a 15 millimètres de large, 33 de haut. Vers le milieu de sa hauteur, elle présente une ligne fibreuse transversale, qui permet quelques mouvements des deux parties l'une sur l'autre.

Les mesures qui précèdent sont prises au compas, et par conséquent ne tiennent pas compte des courbures; mais la différence est minime; si l'on en tient compte, on trouve que le périmètre total est de 22 centimètres.

Considérée dans sa structure, la tumeur paraît formée de tissu osseux très-compact. Son poids est de 30 grammes.

Si le diagnostic était facile et l'indication thérapeutique précise, ce fait n'en est pas moins fort remarquable. Rien ne peut nous éclairer sur l'étiologie de cette singulière affection, d'autant plus singulière que les tumeurs occupaient à la fois les deux genoux, et qu'elles avaient acquis un développement que je ne retrouve dans aucun des faits analogues que j'ai pu rassembler.

M. Verneuil ajoute les remarques suivantes, résultat des observations qu'il a faites sur la structure de la tumeur :

« L'auteur fait suivre cette description de réflexions et d'hypothèses sur l'origine et la nature de cette singulière affection. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain, parce qu'il n'arrive à aucune solution certaine, et que d'ailleurs il suppose à la production extirpée une structure osseuse qu'elle ne possède pas en réalité.

« Une coupe pratiquée dans la tumeur ossiforme démontre, en effet, qu'elle est constituée par une masse d'apparence crayeuse renfermée dans une poche fibreuse, dont les parois, épaisses de deux millimètres, sont elles-mêmes infiltrées d'une substance blanche pulvérulente et crétacée.

» L'analyse chimique, un peu grossière, il est vrai, révèle l'existence de phosphate et de carbonate de chaux. Ce dépôt calcaire est, du reste, très-dense, très-compacte, et la croûte superficielle surtout oppose à la scie une forte résistance. Ainsi, malgré les apparences extérieures, malgré les aspérités de la surface qui rappellent certaines exostoses, il ne s'agit point ici d'une ossification véritable.

» M. Houel, du reste, m'a affirmé que jamais jusqu'à ce jour il n'avait vu de concrétions sous-cutanées renfermer de tissu osseux véritable. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Manoury, né à Rouen (Seine-Inférieure) ; *Des affections pulmonaires considérées comme complications des fièvres.*

Mothe, né à Valence (Gers) ; *De la tumeur et de la fistule lacrymale.*

Fleuret, né à la Fère (Aisne) ; *Du charbon ou pustule maligne et de son traitement.*

Démoulin, né à Puligny (Côte-d'Or) ; *Quelques considérations sur le rachitis (étiologie, traitement).*

Frette-Damicourt, né à Vitry (Ille-et-Vilaine) ; *Sur le tremblement mercuriel.*

Grasset, né à Châtel-Censoir (Yonne) ; *De la chlorose (pâles couleurs).*

Basset, né à Paris (Seine) ; *Recherches sur les caractères épidémiques de la fièvre typhoïde pendant ces trois dernières années.*

Gabriac, né à Estaing (Aveyron) ; *Quelques expériences relatives au choc du cœur.*

Gouffier, né à Lué (Maine-et-Loire) ; *Recherches sur l'usage interne des préparations arsénicales.*

Villette, né à Salbris (Loir-et-Cher) ; *Fièvre typhoïde sidérante et régulière (endémo-épidémie observée en Grèce) ; comparaison avec le typhus.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un établissement fondé et dirigé par les religieuses de Saint-Joseph vient de s'ouvrir, à Paris, aux orphelines des fonctionnaires, des savants, des médecins, des littérateurs, des artistes, etc. Nous publierons prochainement un résumé des statuts de l'œuvre destinée à assurer à ces jeunes filles un avenir digne de leur condition.

— Le corps médical de Paris vient de faire une nouvelle perte. M. Joseph de Larroque, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, est mort lundi dernier, à l'âge de 75 ans.

— Une mort cruelle vient encore de répandre l'affliction parmi les élèves de la Faculté de médecine de l'université de Bruxelles. M. Félix Aubert, interne à l'hôpital Saint-Pierre, vient de succomber à l'âge de 27 ans, à la suite d'accidents provoqués par une piqûre anatomique.

— La *Revue thérapeutique du Midi* termine ainsi son compte rendu de la dernière séance de l'Association des médecins de la Seine :

« Par cette décision, la question se trouve très-simplifiée. Le but à » poursuivre est désormais très-clair : il s'agit de fonder et d'organiser » une Association générale en dehors de celle de la Seine. C'est au » comité de Bordeaux à pousser l'opinion dans cette nouvelle direction. » Nous lui promettons notre concours empressé. »

— La Société impériale de médecine de Lyon vient d'accorder une mention honorable, méritée par leur zèle exceptionnel, aux médecins vaccinateurs dont les noms suivent :

MM. Clément (de Beaujeu), Petit (de Givors); Payot (de Saint-Laurent-de-Chamousset), Petit (de Thurins).

Quarante-cinq médecins vaccinateurs du département du Rhône ont obtenu des primes proportionnelles au nombre de vaccinations pratiquées par eux durant l'année 1857. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr CRAMOISY. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

LE SOURD,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Vaccination des adultes.

Au moment où des mesures sont prises de toutes parts, dans l'armée et dans les hôpitaux militaires, dans les hôpitaux civils et dans tous les établissements placés sous la direction ou la surveillance de l'administration, pour généraliser la pratique de la vaccination et de la revaccination, on apprendra avec intérêt les résultats des expériences faites sur la vaccination des adultes par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), l'un des plus zélés et des plus intelligents propagateurs de cette mesure hygiénique. Ces résultats sont consignés dans une brochure tout récemment publiée, et à laquelle nous empruntons les détails qui suivent :

M. Zandyck, chargé des vaccinations au bureau de bienfaisance de Dunkerque, fut prié, il y a quelques années, par M. le docteur Gérard, médecin au 33e de ligne, de vacciner successivement un grand nombre de jeunes soldats non vaccinés qui venaient d'être récemment incorporés dans ce régiment, alors en garnison dans cette ville.

Dans un espace de trois mois environ, soixante-dix soldats âgés de vingt et un à vingt-trois ans, presque tous vigoureux, sains et d'une bonne constitution, furent vaccinés au moyen de quatre piqûres.

Voici les résultats constatés par MM. Zandyck et Gérard, qui ont suivi ensemble, jour par jour, tous les vaccinés.

Dans une première série, douze individus sont inoculés le 20 mai avec du virus provenant de trois jeunes enfants forts, chez qui six piqûres avaient engendré de belles pustules.

Le 27 mai, chez huit hommes, les quatre piqûres ont fourni un nombre égal de boutons, offrant presque tous les caractères de la vraie vaccine, sauf les modifications suivantes : pustules moins prononcées que d'ordinaire, moins blanches, moins larges, à base entourée d'une aréole rouge-pâle, terne même, au lieu d'une coloration rouge et vermeille. Toutes ne sont pas ombiliquées au même degré. Les boutons de trois sujets, quoique petits, sont bien déprimés au centre ; ceux des cinq autres, ombiliqués à peine, sont déjà recouverts d'une croûte brunâtre sur toute la dépression centrale.

Le dixième jour, la dessication commençait chez les trois dont les pustules avaient les apparences les plus normales ; au contraire, cette dessication était presque complète chez les cinq autres.

Les phénomènes généraux concomitants ont été insignifiants. Pas un homme n'a dû garder le lit avec la fièvre, tous ont éprouvé seulement plus ou moins de malaise.

Le neuvième sujet a eu trois boutons, deux de belle apparence, un mauvais... ; le dixième, deux boutons recouverts d'une croûte ; le onzième et le douzième un seul bouton médiocre.

Ainsi, phénomènes à peu près les mêmes que chez les huit soldats mentionnés ci-dessus.

Cette première série a offert, dans le travail, la marche, la durée, le développement des pustules, des irrégularités tellement tranchées, que M. Zandyck en était à douter s'il avait obtenu de la vraie vaccine. Pour lever ce doute, et afin d'éprouver le fluide contenu dans les boutons, il s'en est servi pour inoculer quelques militaires qui font le sujet de la seconde série d'observations.

Cette série comprend douze hommes dans les mêmes conditions de santé et de vigueur que les précédents.

Le 27 mai, les quatre boutons les mieux caractérisés des vaccinés de la première série ont été ouverts : ils ont donné un liquide limpide, visqueux, se renouvelant assez facilement au bout de quelques secondes, chaque fois qu'il était épuisé avec la lancette.

Ces quatre pustules ont suffi pour vacciner cinq hommes : deux piqûres à chaque bras.

Cinq autres l'ont été avec du fluide frais, recueilli sur verre deux heures auparavant et pris du bras d'un enfant d'un an.

Les piqûres des deux derniers, enfin, ont été faites avec du virus provenant de boutons recouverts d'une croûte brunâtre sur la dépression centrale, et développés chez deux hommes de la première série.

Le 3 juin, septième jour de l'inoculation, on constate chez les cinq premiers les résultats suivants : un seul succès, trois pustules, dont deux ont offert assez complétement les caractères de la bonne vaccine, sauf la vigueur et la coloration rouge de l'aréole ; la troisième était recouverte d'une croûte brunâtre en voie de dessication. Le militaire n'a éprouvé aucun malaise, il n'a pas un instant interrompu son service.

Chez les quatre autres soldats, insuccès complet.

Sur les cinq vaccinés avec du fluide recueilli sur verre, il y a eu deux insuccès et trois succès partiels.

Pour les onzième et douzième, vaccinés avec des pustules douteuses, insuccès.

Ainsi, sur douze inoculations : huit insuccès, quatre résultats dont un seul beau, aussi complet que ceux observés chez les enfants du premier âge. Tel est le résultat significatif de ces deux premières séries d'expériences.

Dans une troisième série, seize individus sont vaccinés.

Mais d'abord une expérience préalable est faite, dont il est intéressant de consigner ici le résultat. Le virus recueilli sur le militaire qui a présenté tous les caractères d'une bonne et complète vaccination, a été inoculé parallèlement d'une part à deux adultes militaires, et d'autre part à deux jeunes enfants.

Voici les conséquences qui sont ressorties de ce parallèle :

Le fluide implanté chez l'un des adultes, premier vacciné, et chez le premier enfant (âgé de huit mois), a engendré des boutons de vraie vaccine, sauf les différences indiquées déjà, qui distinguent constamment, comme on le verra plus loin, les pustules de l'adulte de celles de l'enfant.

L'inoculation faite sur le second adulte n'a produit que des résultats médiocres.

Celle faite sur le deuxième enfant (âgé de treize mois) a donné quatre boutons de vaccine peu développés et deux de fausse vaccine.

Il semblerait ressortir de cette expérience que, indépendamment des conditions d'aptitude moins favorable, remarquées généralement chez l'adulte, le liquide vaccinal serait moins actif à mesure que sa source s'épuise, c'est-à-dire alors que le bouton où est puisé le fluide en a déjà beaucoup fourni. C'est en effet ce que tendrait à démontrer, avec beaucoup d'autres faits semblables d'ailleurs, le fait du jeune sujet qui a été vacciné en dernier lieu.

Revenons maintenant au groupe de vaccinés de la troisième série. Huit adultes ont été vaccinés le 3 juin avec du fluide puisé au bras de quatre enfants, tous sains et chez lesquels les pustules ont suivi une marche régulière et ont offert les signes du plus beau vaccin.

Examinés le septième jour, le premier, le deuxième, le troisième et le quatrième ont présenté chacun 4 boutons ; le cinquième, 0 ; le sixième, 4 ; le septième, 0 ; et le huitième, 2. Total : six succès, deux insuccès. De même que dans les précédents essais, la majeure partie des pustules se rapprochaient plutôt par leur marche et leur aspect de la vaccinelle que de la vaccine franche.

Cependant M. Zandyck avait modifié son procédé d'inoculation, dans la pensée que la nature du tissu épidermique de l'adulte pouvait bien être une des causes modificatrices du développement de l'éruption. Au lieu de déposer simplement le vaccin immédiatement sous l'épiderme, comme cela se pratique d'habitude, il avait cette fois enfoncé assez profondément la lancette bien chargée. Les pustules, ainsi qu'on vient de le voir, ne s'étaient pas montrées plus belles que lorsqu'on n'avait fait qu'effleurer l'épiderme.

Quatre hommes vaccinés avec du fluide conservé sur verre depuis quarante-huit heures, ont présenté des pustules semblables en tous points à celles des autres vaccins, mais en moins grand nombre. Deux autres ont été vaccinés avec du virus pris sur une petite fille de 7 mois, d'une santé chétive. Les boutons ont été moins bien développés que dans tous les cas précédents.

Dans la quatrième série, composée de douze militaires, six sont vaccinés de bras à bras avec du fluide recueilli sur le premier des deux enfants soumis à l'expérience comparative relatée dans la troisième série. Quatre ont quatre boutons, un en a trois ; un seul insuccès.

Les six autres vaccinés de bras à bras avec du fluide recueilli chez des adultes vaccinés des précédentes séries, ont présenté deux insuccès. Deux ont eu quatre boutons, un autre trois, et le dernier un seul. Les boutons étaient en général d'apparence médiocre.

Dans une cinquième série, six militaires appartenant à l'une des séries précédentes, et tous inoculés sans succès avec du fluide pris sur leurs camarades, ont été vaccinés une seconde fois avec du vaccin pris sur des enfants de belle santé et ayant de belles

FEUILLETON.

Le fulminate de mercure. — Action de l'azote et de ses composés sur le bore. — Le nautile. — Culture de la carpe dans les mares.

Depuis l'attentat du 14 janvier on a bien souvent parlé du *fulminate de mercure*. Nous croyons que nos lecteurs accueilleront volontiers quelques détails qui ne leur sont peut-être plus très-présents à l'esprit.

On sait que le cyanogène en se combinant à l'oxygène donne naissance à trois acides d'égale composition et de constitution moléculaire différente.

$$Cy\,OHO = \text{acide cyanique.}$$
$$Cy^2O^22HO = \text{acide fulminique.}$$
$$Cy^3O^33HO = \text{acide cyanurique.}$$

L'acide fulminique n'a pas encore été isolé : on ne le connaît qu'associé à des oxydes métalliques dans les sels que l'on appelle *fulminates*, à cause de la facilité avec laquelle ils détonnent. Combiné avec le mercure, il forme le mercure fulminant ou fulminate de mercure, dont nous allons rappeler les caractères distinctifs et la préparation.

Le fulminate de mercure se présente sous l'aspect de petits cristaux brillants, d'un gris brunâtre ; transparents, lorsqu'on les place sur un verre de montre et qu'on les humecte avec quelques gouttes d'eau. Solubles dans 130 parties d'eau bouillante, mais presque insolubles dans l'eau froide, ces cristaux se décomposent avec flamme et explosion lorsqu'ils sont chauffés à 188°.

Tant qu'il est imbibe d'eau, le fulminate de mercure ne présente pas de danger ; mais aussitôt qu'il est devenu sec, il devient très-peu maniable ; le moindre choc le fait détonner avec force, et c'est à lui que l'on doit le plus grand nombre des accidents qui ont lieu chaque année dans les capsuleries.

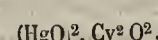
C'est en effet avec ce corps si facilement explosible que se préparent les capsules. Avec une molette en bois de gaïac, on triture sur une table de marbre 50 parties de nitre et 100 parties de fulminate de mercure préalablement imbibé de 20 parties d'eau ; on introduit alors dans les capsules métalliques la pâte encore humide, et pour prévenir les effets de cette humidité, on la recouvre d'une légère couche de vernis à la gomme laque. Un kilogramme de mercure suffit pour préparer 40,000 capsules.

Nous ajoutons que le fulminate de mercure, d'une saveur styptique et métallique, est inodore, et ne peut être employé en poudre, parce qu'au bout d'un temps très-court il mettrait hors de service les armes les plus solides.

Un mot sur sa préparation, qui ne pourra plus — aux termes d'une loi qui vient d'être proposée au Corps législatif — être effectuée qu'avec autorisation du gouvernement.

Pour préparer le fulminate de mercure, on dissout à une douce chaleur une partie du mercure dans douze parties d'acide azotique à 35° ou 40° ; on verse peu à peu cette dissolution portée à + 55° dans 11 parties d'alcool à 86° centésimaux. Le matras qui contient l'alcoo doit avoir au moins une capacité six fois plus grande que le volume total qui doit le contenir. Quelques minutes après le mélange, un léger dégagement gazeux se manifeste au fond du matras ; ce dégagement augmente et produit bientôt un véritable bouillonnement. Alors il se dégage par le col une vapeur blanchâtre inflammable, de nature très-complexe. La réaction terminée et la masse refroidie, il se forme un dépôt blanc grenu et cristallin : c'est le fulminate de mercure. On le jette sur un filtre, et on le lave jusqu'à ce que l'eau du lavage ne soit plus acide. On enlève le filtre, et on l'étend sur une plaque de faïence chauffée au dessous de + 100°.

Nous nous bornerons à cette rapide esquisse de l'histoire chimique du fulminate de mercure, que nous empruntons à l'excellent *Traité de chimie* de M. Malaguti (1), car il serait bien difficile de donner la théorie de l'opération que nous venons d'exposer. Il y a là une foule d'actions secondaires, qu'on ne saurait mêler, de l'action principale. Cependant, grâce aux recherches de Gay-Lussac et de M. Liebig, on sait que le fulminate de mercure est composé d'une molécule d'acide fulminique et de deux molécules de bi-oxyde de mercure



$$(HgO)^2, Cy^2O^2,$$

sans être pourtant un sel basique, son acide étant bi-atomique.

(1) Deux forts volumes grand in-18. Chez Desobry et Magdelaine.

pustules. L'opération échoue de nouveau sur un seul. Trois ont quatre boutons, et deux en ont un.

En opposition avec ce résultat, M. Zandyck rapporte ceux qu'il a obtenus sur cinq autres militaires vaccinés une première fois sans succès, comme ceux dont il vient d'être question, revaccinés avec les boutons les plus beaux pris sur les bras de quelques-uns des six premiers hommes de la quatrième série, et qui ont présenté quatre insuccès et un seul succès (quatre boutons médiocres).

La même épreuve répétée sur cinq individus de la sixième série, a donné des résultats semblables.

En résumé des expériences que nous venons de rapporter, M. Zandyck déduit les propositions suivantes, qui sont dignes d'attention.

1° La vaccination des adultes diffère essentiellement de celle des enfants par les caractères physiques des pustules, leur peu de vigueur, le peu d'importance des phénomènes généraux qui accompagnent leur développement;

2° La transmission du vaccin d'adulte à adulte produit rarement de belles pustules inoculables. Il est de toute nécessité, pour obtenir un bon succès, de recueillir le fluide sur les boutons d'un jeune enfant qui offrira les meilleures garanties de santé;

3° Il est indifférent de déposer le liquide sous l'épiderme ou de le faire pénétrer plus profondément.

Emploi de l'émétique à haute dose dans la chorée.

Tout l'arsenal thérapeutique a été mis à contribution pour la guérison de la chorée. On a successivement préconisé les toniques et les antispasmodiques de toute sorte et toutes les variétés possibles de bains. Dans ces dernières années, après maints essais nouveaux ou renouvelés, on s'est arrêté à l'emploi de quelques moyens qui, maniés avec plus d'habileté et de persévérance qu'on ne l'avait fait sans doute auparavant, ont paru produire des résultats avantageux. Tels sont en particulier les bains sulfureux, l'usage de la strychnine et la gymnastique, sur lesquels nous avons appelé à diverses époques l'attention de nos lecteurs. Cependant, il faut bien que les résultats n'aient pas toujours été aussi satisfaisants et que les guérisons aient été difficiles ou tout au moins longues à obtenir, puisqu'on a cherché depuis à réhabiliter l'usage d'un moyen autrefois préconisé aussi, et un peu trop oublié de nos jours. Ce moyen, c'est l'emploi de l'émétique à haute dose. L'émétique à haute dose, d'après la méthode de Rasori, employée par Laënnec, par Breschet et par quelques autres praticiens, semblait être à peu près généralement tombé en désuétude, lorsque, dans le courant de l'année dernière, M. le docteur Bouley l'a de nouveau expérimenté dans son service de l'hôpital Necker.

Frappé des résultats remarquables obtenus par ce médecin dans deux cas de chorée rebelle, M. Emile Bonfils, alors interne à l'hôpital des Enfants, a entrepris, sous la direction de M. Gillette son maître, et de concert avec lui, une série de recherches sur l'action de ce moyen thérapeutique. M. Bonfils a consigné les résultats très-intéressants et très-dignes d'attention de ces recherches dans sa dissertation inaugurale soutenue tout récemment. C'est à ce très-bon travail que nous empruntons les détails qui suivent.

La méthode suivant laquelle MM. Gillette et Bonfils ont prescrit l'émétique aux choréiques qu'ils ont traités à l'hôpital des Enfants est une modification de la méthode de Laënnec. Voici en quoi elle consiste :

Avant d'administrer l'émétique, on constate tout d'abord l'état du tube digestif; on s'assure qu'il est dans des conditions tout à fait normales, qu'il n'est le siége d'aucune maladie, une phlegmasie intestinale préexistante étant une contre-indication.

Si le tube digestif est sain, on administre l'émétique à une dose variable, mais qui est toujours élevée dès le début.

On le donne pendant trois jours, en augmentant la dose suivant certaines proportions; puis, après ces trois jours, on suspend l'emploi de l'émétique, on laisse le malade tranquille, et on observe les modifications survenues dans les mouvements choréiques.

Si les mouvements persistent, on reprend l'émétique après un certain laps de temps.

On le donne pendant trois jours encore, en ayant soin d'en élever progressivement la dose.

Si, après cette seconde administration de l'émétique, les mouvements n'ont pas cédé d'une manière sensible, après quelques jours de repos, on donne de nouveau l'émétique pendant trois jours encore.

Ce mode d'administration de l'émétique consiste, comme on le voit, à donner ce médicament par série de trois jours.

Une seule série a suffi dans un cas pour guérir la chorée. Le plus ordinairement, il a fallu deux séries. Cinq malades ont été guéris ainsi. Dans quelques cas, il en a fallu trois. Tel a été le cas de trois malades. Mais jamais il n'a été nécessaire de dépasser ce nombre de séries.

La durée de l'intervalle compris entre chaque série a varié entre deux et six jours. Dans deux cas, elle a été de deux jours; dans un cas, de trois jours; dans trois cas, de quatre jours; dans deux, de cinq jours, et dans deux autres de six jours. Exceptionnellement, elle a été, dans un cas, de neuf jours; dans un autre, de douze jours, et dans un troisième, de dix-sept jours.

Ces variations ont tenu à ce que les règles de la méthode n'étaient pas encore arrêtées dans l'esprit des expérimentateurs. Aujourd'hui, dit notre jeune confrère, qui a acquis une certaine expérience dans le meilleur mode d'administration de l'émétique, nous croyons pouvoir fixer à trois jours la durée de l'intervalle qui doit séparer les séries les unes des autres.

M. Bonfils ajoute d'ailleurs très-sagement que cette durée de repos doit être modifiée suivant les accidents imprévus qui pourraient survenir, et qu'il convient d'une manière générale de la régler en raison de l'intensité de la chorée et du médicament.

La raison de cet intervalle est aisée à comprendre. Elle est fondée sur la crainte des accidents graves qui pourraient résulter d'un emploi prolongé de l'émétique et de l'accumulation des doses.

La dose de l'émétique varie suivant l'âge, la constitution, l'aptitude plus ou moins grande des malades à la supporter, et suivant l'intensité de la chorée.

Ayant eu affaire à des enfants à peu près du même âge, les doses n'ont pas dû être très-différentes. Voici celles qui ont été prescrites :

M. Gillette a toujours commencé le traitement par 0,20 ou 0,25 centigrammes d'émétique à prendre dans les vingt-quatre heures.

Cette dose est doublée le deuxième jour et triplée le troisième. Ainsi, si l'on donne 0,20 centigr. le premier jour, le deuxième on donne 0,40 et le troisième 0,60. Si l'on a débuté par 0,25, la dose est successivement portée à 0,50 et à 0,75.

Si une deuxième série est nécessaire, on donne l'émétique le premier jour, à la même dose, augmentée de 0,05 centigr., soit 0,25 ou 0,30. Ces nouvelles doses sont doublées le deuxième jour et triplées le troisième.

Enfin, si une troisième série est nécessaire, on augmente encore la première dose de 5 centigr.; et l'on augmente d'après la même progression les jours suivants.

Jamais MM. Gillette et Bonfils n'ont eu à donner une troisième série, quand ils ont administré l'émétique au début à la dose de 0,25 centigr. Aussi n'ont-ils jamais dépassé la dose de 0,90 centigrammes dans la troisième série.

D'après un tableau dans lequel les dix observations, qui font la base de ce travail, sont envisagées suivant l'âge, le tempérament des sujets en regard des doses et du nombre des séries, on voit que le plus jeune avait six ans et demi et le plus âgé 14 ans. On y voit, en outre, que dans quatre cas on a commencé par 0,25, parce que les enfants étaient ou âgés ou robustes; que dans les six autres cas on a commencé par 0,20, parce que les enfants étaient moins âgés ou plus délicats.

Nous arrivons au mode d'administration du médicament et aux conditions nécessaires pour obtenir la tolérance.

Au début, MM. Gillette et Bonfils administraient l'émétique d'après les règles formulées par Laënnec, c'est-à-dire incorporé dans une potion gommeuse aromatisée et additionnée d'opium, dont on donnait une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant le degré de tolérance.

Mais bientôt, étonnés de la merveilleuse facilité avec laquelle les doses élevées d'émétique étaient supportées, ils ont tenté de l'administrer sans opium et sans liquide aromatique, et aux mêmes doses. Or, voici ce qu'ils ont constaté.

La tolérance a été obtenue aussi facilement et aussi vite avec l'émétique administré de cette manière qu'avec les correctifs prescrits dans la méthode de Laënnec. Voici la formule réduite, comme on peut le voir, à la plus grande simplicité possible :

Solution gommeuse.	125 grammes.
Émétique.	0,20 ou 0,25 centigrammes.

Par cuillerées toutes les deux heures.

La raison de la tolérance, d'après cela, ne résiderait pas dans les correctifs de l'ancienne formule, mais tout simplement dans la façon dont ce médicament est administré, c'est-à-dire par intervalles réglés.

Les malades soumis à cette médication n'ont jamais été complétement privés d'aliments; ils ont toujours pris des bouillons ou des potages légers, un le matin, un second à midi, le troisième à quatre ou cinq heures du soir.

Le malade ne mange qu'une heure après une prise d'émétique, et on ne revient à la potion qu'une heure après l'ingestion du potage ou du bouillon. Il n'a jamais été nécessaire, bien qu'on fût disposé à le faire en cas que l'ingestion de ces légers aliments occasionnât des vomissements ou des selles abondantes, d'astreindre les malades à l'abstinence.

Dans l'un des faits rapportés par M. Bonfils, il y a eu tolérance parfaite; l'amélioration a été presque instantanée, les mouvements choréiques ont été modifiés dès le premier jour, et la guérison a été complète après une seule série de l'emploi de l'émétique. Mais les choses ne se sont pas toujours passées ainsi, l'amélioration et surtout la guérison ont été loin de se produire avec cette rapidité dans les autres cas; elles sont survenues en général d'une manière très-manifestement progressive. Dans la majeure partie des cas, en effet, il n'y a eu de modification même légère des mouvements que le deuxième jour de la première série. Dans tous les cas, l'amélioration a été d'abord très-légère, puis elle a suivi une marche progressive, en quelque sorte sensible d'un jour à l'autre, et bientôt la guérison a eu lieu. Il a fallu, dans ces cas, deux et trois séries d'administration de l'émétique pour obtenir la guérison complète.

Dans la majeure partie des cas que MM. Gillette et Bonfils ont eu à traiter, huit fois sur dix ils ont eu affaire à des chorées générales. Sur ces huit cas, cinq fois la chorée était très-intense. Trois fois elle était de moyenne intensité. Deux fois la chorée était hémiplégique.

Les chorées qui ont été guéries le plus parfaitement, d'une manière générale, sont les chorées très-intenses et généralisées. Plus son intensité était grande, et plus facilement la maladie a été guérie. Plus elle était légère, plus elle avait de tendance à la localisation dans les mains et à la face, et plus la guérison s'est fait attendre.

Voici maintenant les résultats définitifs obtenus et la durée du traitement.

Sur dix cas, neuf fois la guérison a été obtenue dans un laps de temps très-court. Un seul a été complétement réfractaire. (Il y a eu par la suite deux récidives.) La durée du traitement dans les neuf cas de guérison a été de quatre jours au minimum, et au maximum de vingt-quatre jours. Durée moyenne, seize jours.

En comparant cette durée avec celle du traitement par la strychnine, par les sulfureux et la gymnastique, on trouve que

---

— MM. Wöhler et H. Sainte-Claire Deville, après avoir analysé le bore et bien établi ses propriétés physiques, continuent leurs savantes recherches en étudiant l'action que le bore exerce sur les métalloïdes que l'on met en contact avec lui. Aujourd'hui nous allons voir l'action de l'azote et de ses oxydes composés sur le bore.

L'azote libre se combine directement au bore à une haute température pour produire de l'azoture de bore. Une expérience très-simple montre combien cette absorption est facile, et comment elle pourrait induire en erreur dans des expériences où l'on voudrait déterminer l'équivalent du bore par une simple oxydation de ce métalloïde par l'action de l'air.

En chauffant à une douce chaleur du bore amorphe dans un moule, le bore prend feu et brûle complétement lorsqu'on prolonge le grillage à basse température. Mais on obtient ainsi un mélange d'acide et d'azoture de bore et non de l'acide borique pur. Pour le démontrer, il suffit de chauffer le produit du grillage avec de la chaux sodée, dans un tube de verre muni d'un tube de dégagement qui se rend dans l'eau distillée; l'odeur de l'ammoniaque se manifeste aussi très-nettement; on peut en outre, après avoir saturé l'eau alcaline avec de l'acide chlorhydrique, précipiter du chlorure ammoniaco-platinique.

L'absorption de l'azote est plus nette encore, si on opère la combustion du bore dans du protoxyde d'azote, et l'on démontre par le même procédé la fixation de l'azote en quantité notable dans cette expérience. Mais il est plus facile encore de le réaliser dans les conditions suivantes :

Le bore amorphe chauffé au rouge sombre dans un courant de bi-oxyde d'azote desséché prend feu et brûle en produisant une lumière éblouissante et se transforme en un mélange d'acide borique et d'azoture de bore. La masse ordinairement grisâtre, à cause d'un peu de bore qui n'a pas été brûlé, est traitée par l'eau et l'acide nitrique; elle laisse de l'azoture de bore doué de toutes les propriétés qu'on lui connaît quand on l'obtient par d'autres procédés. Traité par l'hydrate de potasse fondu, il produit de l'ammoniaque en abondance. Les deux éléments du bi-oxyde d'azote sont entrés en combinaison avec le bore : 5 équivalents de ce dernier corps produisent, avec 3 équivalents de bi-oxyde d'azote, 2 équivalents d'acide borique et 3 équivalents d'azoture de bore (B Az).

Les deux modifications cristallisées du bore ne décomposent pas le bi-oxyde d'azote au moins à une chaleur rouge qui ramollit le verre.

Il ressort enfin de ce beau travail ce fait curieux, que le bore est le seul corps connu qui, en brûlant, se combine en même temps aux deux éléments de l'air, l'azote et l'oxygène.

— Depuis que l'illustre Fulton tenta, en 1801, d'aller, au moyen d'une cloche à plongeur, travailler dans le sein de la mer, cette invention si remarquable n'a pas cessé d'exciter les méditations des hommes de l'art. Il était vraiment magnifique de pouvoir ainsi faire sa provision d'air et de descendre sous l'eau se livrer à ses travaux sans crainte de périr asphyxié. Plus tard, en 1845, le docteur Payene expérimenta avec le plus grand succès un bateau-plongeur; mais encore ici, la provision d'air épuisée, il fallait venir la renouveler à la surface au bout d'un certain temps.

De plus, quelque belle que fût cette première application de la cloche à plongeur, elle présentait encore de nombreux défauts; il nous suffira de signaler la dépendance du plongeur, la cloche ne pouvant changer de place sans l'intervention des hommes qui sont au dehors; la difficulté du déplacement horizontal, qui nécessite celui du bateau auquel elle est suspendue. Enfin, dans un courant rapide, la cloche à plongeur était si peu maniable, que M. de la Cournerie, chargé d'enlever les roches de la passe du Croisic, dut imaginer un bateau spécial très-ingénieux, se rapprochant du nautile par certains points, mais ne pouvant servir que dans des profondeurs d'eau très-limitées.

Il était donc nécessaire dans la création d'un nouvel appareil à plongeur de prendre ces *desiderata* en considération : c'est ce qu'a fait un de nos confrères d'Angleterre, M. le docteur Seurs.

Le nautile, — c'est le nom de la machine, — peut descendre à une profondeur qui n'est limitée que par la pression atmosphérique et l'influence de cette pression sur les ouvriers. Ses mouvements sont dans tous les sens indépendants du dehors; enfin, l'appareil communique à l'extérieur par un tube flexible qui amène l'air lancé par une pompe foulante.

Voici du reste le mode de construction du nautile :

Une enceinte circulaire en tôle de $4^{m},50$ à 3 mètres de diamètre et $2^{m},50$ de hauteur, est fermée en haut par une calotte sphérique en tôle et en bas par un plateau en fonte faisant fonction de porte et s'ouvrant

celle-ci dépasse beaucoup en moyenne celle des plus longs traitements par le tartre stibié.

Ainsi, d'après le tableau statistique dressé par M. le docteur Moynier, dans son excellente thèse que nous avons analysée ici dans le temps, on trouve pour les traitements par la strychnine une moyenne de trente-trois jours pour les filles et de soixante-quatorze jours pour les garçons, et par la gymnastique et les bains sulfureux la moyenne de trente-cinq et de quatre-vingt-sept jours.

Il est utile d'ajouter qu'une fois que les phénomènes choréiques ont cessé complétement, ou lorsqu'il ne reste plus qu'une légère hésitation dans les mouvements, M. Gillette consolide la guérison obtenue par l'émétique, à l'aide des bains sulfureux et de la gymnastique. Trois fois par semaine l'enfant prend des bains sulfureux, trois fois par semaine il fait de la gymnastique.

Sous l'influence de ces moyens adjuvants et de l'alimentation pure et simple de l'hôpital, la vigueur, l'énergie et les forces renaissent rapidement. Il n'a été nécessaire dans aucun cas de donner du fer, du quinquina ou d'autres substances toniques et amères. Peut-être que les récidives qui ont eu lieu depuis la constatation de ces premiers résultats, modifieront cette manière de faire et engageront désormais M. Gillette à joindre l'usage des toniques aux moyens précédents pour affermir et assurer la guérison. Ce serait du moins notre avis.

En résumé, ce qu'il importe de recueillir comme dernière conclusion de tout ce qui précède, c'est l'innocuité que paraît avoir eue constamment l'administration du tartre stibié à haute dose d'après le mode que nous venons de faire connaître, et son efficacité au moins égale, sinon supérieure, à celle des moyens qui ont été employés jusqu'ici avec d'incontestables avantages, et dont quelques-uns peuvent d'ailleurs lui être aisément associés.

Enfant de sept mois empoisonné par le laudanum. — Utilité de l'excitation douloureuse de la peau pour combattre l'état comateux. — Guérison.

Nous devons à M. le docteur O'Rorke la communication du fait suivant intéressant à plusieurs égards, mais surtout sous le point de vue de l'efficacité de l'excitation douloureuse de la peau pour combattre l'état comateux. Ce moyen qui a été préconisé par plusieurs auteurs, mais dont on doit surtout à M. le docteur Faure d'avoir démontré l'utilité dans ses ingénieuses expériences sur l'asphyxie, a donné entre les mains de notre confrère de très-bons résultats. Voici en quels termes M. O'Rorke raconte ce fait. Nous le laissons parler lui-même :

« Vers la fin de décembre 1857, un charmant enfant de sept mois dut prendre, d'après les conseils d'une commère, une cuillerée à café de sirop de chicorée. Le pauvre petit malade, au lieu du sirop en question, prit une cuillerée à café de laudanum de Sydenham trouvé dans un arsenal pharmaceutique relégué dans une armoire humide. Fort heureusement le goût affreux de la drogue lui en fit rejeter une partie qui teignit en jaune la bavette et la robe. Environ les deux tiers de la cuillerée furent ingurgités, c'est-à-dire 3 grammes, ou à peu près 15 centigrammes d'extrait gommeux d'opium ; dose énorme, puisque l'action des narcotiques chez les petits sujets dépasse l'idée qu'on se ferait de doses proportionnelles basées sur la comparaison du poids du corps aux différents âges. Dans la circonstance actuelle, le petit patient, s'il n'eût reçu de secours, aurait infailliblement succombé. Il n'y eut pas d'abord de vomissement, mais l'assoupissement se prononça rapidement ; vingt-cinq minutes après, l'enfant *sommeillait*. Un pharmacien du voisinage conseilla le café, et fit demander instamment un médecin. Je ne fus près de l'enfant qu'une heure et demie après l'accident.

» Le cas était fort grave : aspect cadavérique de la face, pâleur livide des lèvres, refroidissement des joues et du nez, yeux caves, cernés, *pupille resserrée*, paupières demi-ouvertes, globes oculaires dirigés en haut ; respiration bruyante, stertoreuse, pouls à peine perceptible, refroidissement des extrémités, le tronc ayant conservé sa chaleur ; battements du cœur assez forts, résolution des membres, absence d'urination et de défécation. Insensibilité aux piqûres d'épingle sur les bras et les jambes. Il était bien tard pour songer à faire vomir, le poison devait être en entier absorbé. Je fis retirer l'enfant du lit, préparer immédiatement une infusion de 60 grammes de bon café, *moulu illico*, dans 90 grammes d'eau bouillante : sinapismes sur le tronc et les membres inférieurs, briques chaudes aux extrémités. Pendant ce temps, qui me parut bien long, je piquai l'enfant vigoureusement avec une épingle, aux bras, à la poitrine, au cou, au visage, partout. D'abord peu efficaces, ces manœuvres douloureuses excitèrent ensuite des mouvements réflexes, puis des mouvements raisonnés, l'intelligence y prit part, l'enfant cria, se débattit. Je continuai malgré les parents, malgré le sentiment de pitié que m'inspirait la torture du pauvre petit, car je compris vite que c'était le seul moyen de le sauver. Ce moyen n'est pas nouveau d'ailleurs ; M. Bouchardat, mon excellent ami le docteur Faure et beaucoup d'autres, l'ont indiqué et mis en pratique avant moi. Mais le résultat était tellement évident que je m'inquiétai fort peu alors d'où me venait la réminiscence du précepte.

» Sous l'influence de cette stimulation douloureuse de la surface cutanée, l'enfant se réveillait de l'état comateux, ses yeux prenaient quelque expression dans leur fixité, le teint devenait moins livide, les extrémités se réchauffaient un peu ; mais tout cela était bien fugace. Bientôt le coma reprenait le dessus, et la succession dans les bras, bien loin de stimuler l'enfant, paraissait contribuer à l'endormir davantage. Il fallait toujours et quand même exciter l'état de veille par les piqûres, les flagellations ou le pincement. En même temps (toutes les quinze minutes), une grande cuillerée à bouche de fort café était administrée.

» Environ une heure et demie après mon arrivée, l'enfant, toujours criant et toujours fuyant cette torture, urina assez abondamment. Je recueillis une certaine quantité de cette urine pour l'examiner à loisir.

» Toute la journée se passa ainsi. 60 autres grammes de café furent préparés (en tout 120 grammes), et je prescrivis deux très-forts lavements purgatifs, le premier n'ayant pas eu de résultat. Enfin, à une heure du matin, dix-sept heures après l'accident, l'enfant était évidemment hors de danger, quoique l'engourdissement fût encore bien profond, la sensibilité bien obtuse ; mais le facies était meilleur ; les pupilles, un peu mobiles, indiquaient qu'en gagnant encore du temps la guérison était certaine. Il y avait alors des plaques d'urticaire bien distinctes, des rougeurs occasionnées par les sinapismes et les stimulants employés.

» Le lendemain l'enfant mangea. Des moyens simplement hygiéniques et des émollients furent mis en usage.

» Quatre jours après, le petit malade me témoignait sa reconnaissance et l'oubli des tortures que nous lui avions fait endurer, par de petites caresses et un doux sourire.

» L'examen de l'urine par l'iodure ioduré de potassium donna des preuves très-manifestes, par la formation d'un précipité jaune, de l'existence de la morphine ; mais cet essai n'a été fait que sur l'urine qui avait été rejetée trois heures après l'accident. »

Nous ferons remarquer avec M. O'Rorke, à cette occasion, combien il est regrettable qu'on n'apporte pas plus d'attention et de surveillance dans la délivrance et la conservation des médicaments tels que le laudanum. Ce qui a failli amener dans cette circonstance un si fatal événement, c'est la confusion qui a été faite d'un flacon de 15 grammes *en verre blanc* contenant un reste de laudanum, avec un semblable flacon renfermant du sirop de chicorée. N'éviterait-on pas plus souvent d'aussi fatales méprises si l'on suivait plus généralement la bonne coutume d'employer le *verre noir* pour renfermer les substances dangereuses ou celles qui sont destinées à l'usage externe ?

MÉNINGITE AIGUE

compliquée d'éclampsie et de catalepsie.

Par M. le docteur Elleaume.

L'étude d'un fait pathologique n'est généralement pas simple dans sa nature ; il est extrêmement rare de suivre une maladie de quelque gravité sans être appelé à constater un certain nombre de complications, qui le plus souvent viennent aggraver la maladie principale. C'est cette étude des complications qui donne tant d'importance à la *clinique* ; c'est là seulement que l'on peut saisir la valeur de ces désordres nouveaux, leur influence sur la marche de l'affection primitive, et leur importance au point de vue du traitement. Souvent même ces accidents jouent un rôle tel que la maladie constatée au début disparaît presque devant la gravité de ces nouveaux symptômes. C'est donc là une étude que l'on ne saurait faire avec trop de soins ; nous nous empressons d'extraire de nos observations un fait qui, à ce point de vue, présente, nous le croyons, quelque intérêt.

Le nommé Châle, âgé de six ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Vincent, n° 4, service de M. Hillairet.

Cet enfant est malade depuis douze jours. Le mal a débuté par une très-forte douleur dans la région frontale. Les nuits sont mauvaises, très-agitées ; l'appétit est complétement supprimé, les garde-robes sont très difficiles. Il y a deux jours, survinrent des vomissements abondants de matières verdâtres. Les parents ne peuvent nous fournir des renseignements plus positifs.

Voici dans quel état nous trouvons le petit malade le lendemain de son entrée à l'hôpital, le 2 mars.

Cet enfant, blond, un peu lymphatique, paraît d'une constitution peu robuste. Le facies est légèrement pâle, et exprime la stupeur. Le malade pousse de petits cris plaintifs, et accuse surtout de la céphalalgie frontale. La langue est un peu sèche, saburrale, d'un rouge vif sur les bords et surtout à la pointe. Le ventre est peu développé, souple, sans gargouillement dans les fosses iliaques ; les selles sont rares. La poitrine ne présente rien ni du côté des poumons ni du côté du cœur. Le pouls est assez développé, et marque 120 pulsations. — Eau gommée ; deux verres d'eau de Sedlitz. Bain et affusions froides. Diète.

Le 3 mars, dans la journée d'hier notre petit malade a eu un accès de convulsions qui a duré au moins dix minutes. Ce matin, il est abattu, et garde le décubitus dorsal. Le facies exprime la stupeur ; le malade répond lentement aux questions qui lui sont adressées. La langue est sèche, le ventre est plat, non douloureux ; on n'y trouve pas de taches, mais on constate dans la fosse iliaque droite un peu de gargouillement. Les pupilles sont très-dilatées. 120 pulsations. — Deux verres d'eau de Sedlitz ; bain et affusions froides.

Le 7 mars, le malade se plaint toujours d'un grand mal de tête. Le facies exprime toujours la torpeur ; il passe souvent, et d'une manière brusque, d'une pâleur livide à un rouge vif. La langue est très-sèche ; le ventre est souple ; les pupilles sont très-dilatées ; 130 pulsations. — Deux verres d'eau de Sedlitz ; deux vésicatoires aux cuisses ; bains et affusions froides.

Le 8 mars, notre malade est dans une prostration complète ; il conserve toujours le décubitus dorsal ; le facies exprime l'hébétude ; les traits sont légèrement contractés ; les paupières sont entr'ouvertes ; les pupilles considérablement dilatées. Il pousse de temps en temps un petit cri rauque ; les lèvres sont sèches, la langue jaunâtre et collante. Le ventre est affaissé, douloureux ; on constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le malade fait tout sous lui ; dans la poitrine on constate de gros râles muqueux. Cet enfant présente encore des signes remarquables de catalepsie aux membres supérieurs et inférieurs. Nous avons pu le faire tenir en équilibre sur le sacrum, les bras étant étendus dans une position perpendiculaire à l'axe du corps ; les membres inférieurs étaient placés dans la même position. — Eau gommée ; cataplasmes sur le ventre ; lavements avec amidon et pavot ; 20 centig. de calomel en deux fois.

Le 9 mars, notre petit malade paraît encore plus souffrant qu'hier. Il présente de la roideur dans les muscles de la région postérieure du cou ; néanmoins nous ne lui trouvons aucun symptôme de catalepsie. Hier soir, pendant sa visite, l'interne a constaté les mêmes phénomènes que ceux dont nous avions été témoins le matin. Le malade pousse toujours de petits cris plaintifs. L'intelligence est saine ainsi que l'ouïe ; la vue paraît affaiblie ; dilatation considérable des pupilles. La respiration est gênée, anxieuse. Le pouls est petit, déprimé ; 160 pulsations. — Vésicatoires sur le crâne.

Le 10 mars, la journée d'hier a été très-mauvaise ; la mort est arrivée cette nuit à deux heures, après une agonie de trois heures environ.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — Le corps ne présente aucune trace de putréfaction. A l'ouverture du crâne il s'é-

---

de dehors en dedans. La calotte sphérique présente une ouverture que l'on ferme au moyen d'un couvercle boulonné. Deux cloisons verticales reliées à la paroi circulaire par des entretoises divisent la capacité du nautile en trois chambres. Celle du milieu est celle où se tiennent les travailleurs ; les deux autres sont destinées à produire l'immersion ou l'ascension, selon la plus ou moins grande quantité d'eau introduite.

Lorsqu'on veut faire descendre l'appareil, on l'introduit par l'orifice supérieur, la porte inférieure étant fermée : on referme l'ouverture supérieure et on laisse entrer l'eau dans les chambres latérales. Dès que l'appareil est immergé complétement, on peut modérer la descente en cessant l'introduction de l'eau ou en donnant accès dans les chambres latérales à l'air comprimé sous une pression plus forte que celle qui correspond à la profondeur à laquelle on veut descendre. Alors, si on ouvre le robinet par où l'eau s'introduisait, elle sera expulsée et l'appareil tendra à remonter. Les manœuvres permettent d'atteindre le fond graduellement et sans choc. On introduit alors — si on ne l'a déjà fait — l'air comprimé dans la chambre de travail, et lorsque les pressions au dehors et au dedans sont égales, ce dont on est prévenu par deux manomètres, on peut ouvrir la porte inférieure.

Pour remonter, on introduit l'air dans les chambres latérales, ce qui fait de nouveau flotter l'appareil. Le mouvement de translation est produit par quatre câbles amarrés à des points fixes.

Telle est la disposition de ce nouvel appareil, appelé à remplacer les cloches à plongeur, et dont nous devons la connaissance, en France, à M. Tardieu, l'un de nos ingénieurs civils les plus distingués.

— L'*Ami des sciences* renferme une petite note de pisciculture dont le ton affirmatif porterait assez volontiers à l'expérimentation. Il s'agit tout simplement de la culture de la carpe dans les mares.

Supposons une mare où, à toute heure du jour, vont se désaltérer les bestiaux, où les ménagères vont laver leur linge ; donnons à cette mare, entretenue par les eaux du ciel, un mètre ou un demi-mètre de profondeur et 10 à 15 mètres de superficie.

Vers la fin de février — voilà le moment — mettez dans ce petit étang improvisé 10 carpes mâles et autant de femelles du poids de 500 à 1000 grammes, dont vous n'aurez à vous occuper quant à la nourriture, puisqu'elles la trouveront largement suffisante dans les déjections des animaux qui viendront s'y désaltérer. Si votre mare est dépourvue d'herbes aquatiques, formant çà et là des petites nappes flottantes, il faudra façonner trois ou quatre frayères artificielles de la manière suivante :

On prend quatre bâtons d'un mètre de long avec lesquels on forme un carré : on traverse ce carré avec d'autres bâtons placés de 10 en 10 centimètres. La charpente faite, on attache à toutes ces traverses, avec des brins d'osier, de petits paquets de bruyère qu'on étage comme si on voulait faire un abri.

Toute la surface du carré garnie, on dispose la bruyère de manière qu'il ne reste hors de l'eau que le sommet des brindilles de bruyère. Il faut que l'appareil plonge assez pour que la carpe puisse facilement passer et repasser à travers les brindilles et s'y frotter le ventre tout en conservant libres ses mouvements de rotation. On fixe alors la frayère à l'aide d'un pieu, à l'endroit le moins accessible de la mare.

Le temps du frai arrivé (du 15 mai au 15 juin), la carpe ira immanquablement sur cette masse flottante de bruyères et y déposera ses œufs. Le résultat sera d'autant plus beau que la frayère formant planche, fort peu d'œufs échapperont à l'action de la laitance. Une carpe de 1,000 grammes pond environ 200,000 œufs. Réduisons le nombre à 100,000, qui multiplié par 10 donne un million. Supposons que les trois quarts meurent avant le 1er septembre, il vous restera encore le chiffre effrayant de 250,000 carpes.

Qui de nous, possédant une mare et pouvant acheter 20 poissons, se refuserait à tenter cette nouvelle manière de se créer un vivier ?

Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Tableau complet des tortures infligées aux natifs de l'Inde par les employés de la Compagnie anglaise des Indes orientales ; traduit de l'anglais par M. le docteur Mallat de Bassilan. Prix : 50 c., avec une carte de l'Inde. Chez Garnier frères, libraires au Palais-Royal.

coule une quanti é assez considérable de sérosité. La pie-mère est forteme t injectée; les autres membranes paraissent être dans leur état normal. A la base du crâne, en arrière de la protubérance et au-dessous du troisième ventricule, on voit de la sérosité épaissie et concrétée, semblable à une gelée un peu consistante. Nous avons enlevé avec soin ces espèces de fausses membranes, et nous n'avons trouvé aucun tubercule. Diff. rentes coupes du cerveau ont montré une injection très-prononcée de ce te substance, qui dans sa consistance ne présentait du reste aucune modification. Les ventricules latéraux étaient légèrement dilatés par une certaine quantité de sérosité.

Nous avons examiné l'intestin avec soin, et nous avons pu constater une inflammation des plaques de Peyer.

Ces plaques sont rouges, légèrement tuméfiées; elles ont environ un pouce de long, et leur grand axe est dans la direction de l'axe de l'intestin. Ces plaques, qui sont en assez grand nombre au commencement de l'intestin grêle, deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on approche de la valvule iléo-cœcale.

Les autres orga es sont sains. — Nous ne discuterons pas le diagnostic, voulant simplement attirer l'attention sur les diverses complications qui se sont présentées dans le cours de cette observation.

En fevrier, mars et avril 1853, il y eut une épidémie de fièvre typhoïde, épidémie frappant surtout les enfants. Nous eûmes alors fréquemment l'occasion de constater dans les salles de l'hôpital des Enfants un fait souvent signalé. Nous voulons parler de l'influence de la constitution médicale. Presque toutes les maladies débutaient alors avec les principaux symptômes de la fièvre typhoïde, pour ne prendre que plus tard les caractères qui leur étaient propres. C'est ce qui est arrivé pour le cas précédent. Nous voyons tout d'abord quelques symptômes typhiques, et, la constitution médicale aidant, nous ne doutons guère du diagnostic; ce n'est qu'au bout de quelques jours que nous nous trouvons éclairé sur la véritable nature de l'affection. Néanmoins, il faut avouer que dans ce cas, les symptômes typhiques ont joué un rôle véritable, si toutefois les lésions trouvées dans l'intestin sont le caractère pathognomonique de la fièvre typhoïde!

Nous trouvons encore des complications d'un autre ordre, et que l'on doit rattacher à la lésion du cerveau. L'enfant a présenté, en effet, successivement, des phénomènes d'éclampsie et de catalepsie. La première de ces deux affections n'est pas rare dans le cours des maladies des enfants; néanmoins, nous la croyons beaucoup moins fréquente qu'on ne le pense généralement. On confond souvent les convulsions des enfants avec le délire; il suffit, dans le monde, que l'enfant ait un peu de délire, d'agitation, pour que l'on accuse des convulsions, et le médecin, qui n'est pas témoin de ces symptômes, est souvent obligé de s'en tenir au dire des parents.

La catalepsie est beaucoup plus rare que l'éclampsie. Chez notre malade les symptômes ont été remarquables, puisque tout le système musculaire semble avoir été atteint. Il est dit, en effet, que nous avons pu faire tenir notre petit malade en équilibre sur le sacrum. C'est là, selon les auteurs, une des formes les plus rares de cette étrange maladie. Durant notre séjour à l'hôpital des Enfants, nous avons eu l'occasion de voir trois cas de catalepsie, tous les trois survenus dans le cours d'une méningite. Les deux premiers se trouvaient, l'un dans le service de M. Blache, l'autre dans le service de M. Hillairet, et tous deux ne présentaient de phénomènes cataleptiques que dans les membres supérieurs. Le troisième est celui qui fait l'objet de ce travail.

Nous devons nous demander quelle a été l'influence de la catalepsie sur la terminaison funeste de la méningite? Nous savons que la catalepsie idiopathique n'est pas une maladie mortelle. « On n'a pas cité, dit M. Valleix, d'exemple de mort que l'on pût attribuer à la catalepsie elle-même. » En est-il de même pour la catalepsie symptomatique? La question est difficile à résoudre, elle ne peut l'être d'une manière certaine qu'au moyen d'un certain nombre de faits.

La méningite est une maladie extrêmement grave, et qui entraîne presque toujours la mort; il est donc bien difficile de savoir le rôle qu'a pu jouer la catalepsie. Néanmoins, si nous devions nous prononcer, nous pencherions pour la négative. Nous pensons que la catalepsie a été sans grande influence sur la marche de la maladie. Cette marche, loin d'être accélérée, a présenté, au contraire, une lenteur presque inusitée. Les faits ont prouvé que la mort survenait, dans la méningite aiguë, vers le dixième ou douzième jour. Chez notre malade, elle n'est survenue que vers le vingtième ou vingt-deuxième jour.

Nous term nerons ces réflexions par quelques mots sur le traitement employé. Les affusions froides dans la méningite aiguë ne constituent pas un traitement nouveau, mais elles nous suggèrent quelques réflexions qui, nous le pensons, peuvent avoir quelque utilité. Du reste, nous nous proposons de revenir sur ce sujet avec détail, et de soumettre les faits à la Société. Parmi les fièvres typhoïdes que nous avons eu l'occasion d'observer durant l'épidémie de 1853, un certain nombre présentèrent des symptômes cérébraux très-graves. Tous ces malades furent traités par les bains tièdes, avec affusions froides sur la tête. Par ce traitement suivi avec persévérance, nous eûmes la satisfaction de voir nos malades guérir promptement. Un seul mourut par la faute de ses parents, qui lui apportèrent en cachette des gâteaux. L'amendement des symptômes était dans ces cas évidemment dû au traitement, car après chaque bain avec affusions froides, nous avons vu le délire cesser, pour reprendre souvent, il est vrai, au bout de quelques heures; mais en persévérant dans ce traitement, nous avons eu la satisfaction de voir les symptômes cérébraux disparaître complétement et la guérison venir promptement. Dans l'observation de méningite que nous donnons, le même traitement a été employé, mais sans aucune espèce de succès. On a cependant cité des guérisons, mais, comme le dit Valleix, les cas ont été recueillis à une époque où le diagnostic de la méningite était encore moins précis qu'aujourd'hui. Le fait que nous citons ne peut à lui seul avoir une grande valeur pour juger cette médication; aussi pensons-nous qu'elle ne peut être résolue que par la réunion d'un certain nombre de faits bien observés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 février 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Double amputation médio-tarsienne sans élévation des talons. — M. BROCA présente un homme âgé de cinquante six ans, qui a perdu depuis longtemps les deux avant-pi·ds par suite de la congélation. Cet accident lui est arrivé lorsqu'il n'avait que dix ans. On le porta à l'hôpital de Fougères (I le-et-Vilaine). Les orteils et les métatarsiens se détachèrent spontanément. Mais le chirurgien , M. Pierret, fut obligé au bout d· quelques mois de pratiquer une opération sur chaque pied pour enlever des os qui tenaient encore solidement et qui faisaient saillie au dela des chairs. L'ablation des os fut faite sans le secours de la scie, au moyen d'une très-forte pince et d'un bistouri, qui servit ensuite à régulariser les lambeaux formés par les parties molles. C'est du moins ce que raconte l'opéré, dont les souvenirs paraissent très-précis.

Les deux pieds furent opérés à quinze jours d'intervalle. A droite, il ne survint aucun accident; mais à gauche il se forma plusieurs abcès jusque dans le talon. L'un de ces abcès, situé à la partie postérieure et interne du calcanéum, resta ouvert pendant trois ans, et à plusieurs rep ises des fragments d'os furent rejetés à travers l'ouverture. Dès la fin de la première année toutes les plaies étaient guéries, excepté celle du talon gauche, et le petit malade commença à marcher avec des béquilles; mais ce fut seulement deux ans plus tard, lorsque le talon fut cicatrisé, qu'il put s'appuyer son pied, et il s'écoula encore près de deux années avant qu'il pût marcher sans le secours d'un bâton. Ainsi la guérison n'a été complète qu'au bout de cinq ans.

Quarante ans environ se sont écoulés depuis cette époque; pendant longtemps cet homme a exercé la profession de tailleur. Depuis neuf ans, il a quitté l'aiguille, et s'est fait joueur d'orgue ambulant. Il traîne toute la journée dans les rues de Paris un orgue assez lourd monté sur une petite charrette. Ce changement de profession ne lui a pas été favorable, car l'année dernière il s'est formé dans le talon gauche, sous l'ancienne cicatrice, un abcès qui a été traité à l'hôpital Saint-Louis par M. Malgaigne, et qui du reste s'est refermé en quelques semaines. Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

En examinant attentivement les deux moignons, on trouve que du côté gauche il ne reste que le calcanéum et l'astragale; à droite, le moignon est un peu plus long, ce qui paraît dû à la présence du scaphoïde. Les deux articulations tibio-astragaliennes jouent très-librement. Les deux talons sont du reste parfaitement horizontaux. On n'aperçoit pas la moindre tendance à l'élévation de l'apophyse postérieure du calcanéum. L'amputé marche sans aucun moyen de prothèse. Sa chaussure consiste en un cylindre de cuir terminé par une semelle circulaire.

Quoique dans ce cas l'intervention chirurgicale ait été fort restreinte, il est clair que, sous le rapport des résultats, ces deux amputations, celle de gauche surtout, rentrent dans la catégorie des amputations de Chopart. Beaucoup de chirurgiens modernes ont considéré l'élévation du talon comme un accident à peu près inévitable à la suite de l'amputation médio-tarsienne. Plusieurs exemples contraires à cette opinion ont déjà été présentés à la Société depuis quelques années. Le fait actuel dépose dans le même sens.

M. RICHARD pense qu'on pourrait rendre la marche beaucoup plus facile en adaptant à chaque moignon un avant-pied articulé.

— M. VERNEUIL présente deux enfants qui ont subi des amputations du pied. Nous publierons la relation de ces deux faits dans un prochain numéro.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Rouault (de Rennes) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, une observation de tumeur du cou, chez une femme âgée de 58 ans. Commission : MM. Monod, Larrey, Houel.

M. Giraldès dépose sur le bureau le tome VIII[e] des Mémoires de la Société pathologique de Londres, adressé par le conseil de la Société.

Une lettre de remercîments sera adressée au président de la Société.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Gosselin. — M. LENOIR. Je prie M. le rapporteur de nous dire avec précision en quoi la méthode conseillée par M. Gillebert d'Hercourt diffère de celles qu'on connaissait jusqu'ici? — Le traitement du mal de Pott par l'immobilité n'est certainement pas nouveau, c'est celui que j'ai toujours employé; il est même, je pense, adopté par la plupart des chirurgiens. Quant à l'extension continue destinée à redresser les gibbosités, elle est fort peu usitée sans doute, mais elle n'est pas nouvelle non plus. Elle a, d'ailleurs, de graves inconvénients qui ont déjà été signalés ici. Au lieu de combattre la gibbosité, il est bien préférable de la prévenir, et on y réussit très bien en tenant les malades couchés sur un plan plus dur que les lits ordinaires. Je rappelle à ce propos l'exemple de Murat, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre, qui réussit par ce moyen à se guérir entièrement d'un mal de Pott qui avait produit sur les corps vertébraux une perte de substance assez étendue. La guérison eut lieu à la faveur d'un raccourcissement très-notable, mais presque sans gibbosité.

Ce qui me paraît le plus important dans le travail de M. Gillebert, c'est le moyen auquel il a recours pour remédier aux inconvénients de l'immobilité prolongée, si fâcheuse chez les enfants. — Il soumet ses petits malades à l'action des bains d'air comprimé, imaginés par feu Pravaz. J'ai constaté par moi-même les heureux résultats de ces bains, qu'on ne trouve malheureusement que dans un établissement spécial.

M. GOSSELIN M. Gillebert d'Hercourt ne se donne point comme l'inventeur du traitement par l'immobilité, puisqu'il cite dans son mémoire les auteurs qui l'ont recommandé. Il indique aussi les tentatives de redressement par extension qui ont été faites avant lui par plusieurs chirurgiens. La méthode qu'il conseille ne peut donc pas être considérée comme nouvelle, mais il est certain que l'extension est très-généralement abandonnée, et que l'immobilité compte parmi les modernes plus d'adversaires que de partisans. Le mérite de M. Gillebert est d'avoir repris ces deux indications et d'avoir démontré l'utilité d'une méthode qu'on a eu tort d'abandonner.

M. VOILLEMIER. La méthode de l'extension n'est pas aussi généralement abandonnée que le pense M. Gosselin. Les chirurgiens anglais y ont encore recours dans certains cas. Ils emploient l'immobilité, l'extension; le décubitus sur le ventre avec des tractions permanentes exercées en sens inverse sur le bassin et sur les épaules. J'ai connu un maître d'anglais qui traitait ain i sa fille d'après les conseils d'un chirurgien de son pays. Il y avait une destruction très-étendue des corps vertébraux. La jeune fille était couchée sur le ventre et fixée dans son lit; et le père, matin et soir, exerçait avec la paume de la main une pression prolongée sur la saillie de la gibbosité. Cette manœuvre produisait un cliquetis osseux très-manifeste.

Moi même j'ai donné des soins à un vieillard de 66 ans que M. Michon a vu avec moi. La colonne vertébrale fléchissait considérablement au niveau des vertèbres malades, et la station verticale augmentait encore l'incurvation. L'immobilité prolongée, à cet âge avancé, aurait eu de graves inconvénients. Je pris donc le parti de faire marcher le malade sur des béquilles, et, par ce moyen, le poids du corps servit à faire l'extension.

Quant à l'indication de l'immobilité, elle est, je pense, généralement acceptée, et il n'était pas nécessaire de la renouveler. Seulement, tout en reconnaissant les avantages de l'immobilité, on sait qu'elle exerce, dans beaucoup de cas, une action très-fâcheuse sur la santé générale. On est donc souvent obligé, entre deux maux, de choisir le moindre, et c'est pour cela qu'on se décide, à regret, à faire lever les malades.

M. GOSSELIN M. Voillemier vient d'expliquer pourquoi on a renoncé à l'immobilité; il reconnaît donc que cette méthode est abandonnée comme méthode générale. D'ailleurs, il y a des chirurgiens, entre autres M. Nélaton, qui posent en principe qu'il faut toujours faire marcher les malades, afin que le poids du corps favorise l'affaissement des vertèbres et la production de la gibbosité. M. Gillebert professe une opinion diamétralement opposée. Il veut que dans tous les cas les malades soient tenus dans une immobilité complète. C'est une pratique qui est sinon nouvelle, du moins renouvelée par lui, et qui me paraît préférable à la pratique commune.

M. VOILLEMIER. Je trouve, au contraire, que la méthode suivie par M. Gillebert est très-défectueuse. Ses deux malades (car il n'en cite que deux) ont pu supporter sans accidents généraux une immobilité prolongée; mais il n'en résulte pas que ce moyen soit sans inconvénients. Moi aussi j'ai souvent, et c'est toujours par là que je commence, condamné mes malades au décubitus dorsal prolongé; mais j'ai vu leur santé générale s'altérer, et j'ai été obligé de les faire marcher. Je rejette d'ailleurs l'indication posée par M. Nélaton, et rappelée tout à l'heure par M. Gosselin. Le poids du corps n'est nullement nécessaire pour produire l'affaissement des vertèbres; il est évident que si les corps vertébraux sont détruits ou ramollis, la contraction des muscles longitudinaux est parfaitement suffisante pour combler le vide en rapprochant les fragments.

M. GOSSELIN reconnaît qu'il faudrait plus de deux faits pour sanctionner la méthode de M. Gillebert-d'Hercourt. Les observations ultérieures permettront seules de juger a question d'une manière définitive. A ce propos, M. Gosselin invite ses collègues à faire connaître les faits analogues ou opposés qui peuvent leur être connus. En attendant, il pense qu'on a beaucoup exagéré les dangers de l'immobilité prolongée. Quoi qu'on en dise, ce moyen est inoffensif, et les enfants le supportent très-bien.

M. BROCA ne partage pas l'opinion de M. Gosselin sur l'innocuité de l'immobilité. Aux inconvénients qui ont déjà été signalés, il faut en ajouter un autre qui n'est pas le moins fâcheux : c'est l'habitude de la masturbation, que les enfants contractent très souvent lorsqu'on les tient constamment au lit, et qui contribue beaucoup à altérer leur santé.

M. GOSSELIN répond que les enfants atteints du mal de Pott sont ordinairement trop jeunes pour connaître ce vice, qui ne se développe guère avant l'âge de douze à treize ans.

La discussion étant close, les conclusions du rapport de M. Gosselin sont mises aux voix et adoptées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 13 février, M. le docteur Suquet, médecin sanitaire à Beyrouth, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés du 12 février ont été nommés :

M. Richard, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Lille, en remplacement de M. Prudhomme, démissionnaire;

M. le docteur Gruère, actuellement chef des travaux anatomiques de l'Ecole préparatoire de Dijon, professeur suppléant à ladite Ecole, en remplacement de M. Boucher, nommé professeur adjoint. M. Gruère sera attaché en cette qualité aux chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. le docteur Pertus, membre de la société de médecine pratique, ancien médecin des bureaux de bienfaisance de Paris, vient de succomber, à l'âge de 65 ans, à une longue et douloureuse maladie.

— M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie le mardi 23 février, à trois heures, et le continuera les mardis et samedis à la même heure, au Muséum d'histoire naturelle. Ce professeur complétera cette année l'histoire des races humaines. Comme dans ses leçons précédentes, il exposera avec détail leurs caractères extérieurs et anatomiques; il insistera sur leur distribution géographique, et indiquera les particularités de mœurs, de croyance religieuse, etc., qui peuvent aider à les distinguer.

Le Sous...

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 22. — MARDI 23 FÉVRIER 1858. (31e ANNÉE.) N° 22. — MARDI 23 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 22 février 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu un rapport du vénérable M. Duméril sur un mémoire de M. Florent Prévost, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, relatif aux aliments des oiseaux ; et elle a reçu dans la même séance un mémoire de M. le docteur Dufossé sur les sons produits par les poissons, sujet que Cuvier signalait à l'attention des naturalistes comme un objet d'utiles recherches physiologiques. Nous nous bornons à faire connaître les conclusions sommaires de ces travaux, laissant à notre collaborateur M. Renaud le soin de les apprécier et de faire connaître à nos lecteurs ce qu'ils renferment d'intéressant pour le naturaliste et d'utile pour tous par les enseignements et les indications pratiques qu'ils peuvent fournir à l'agriculture et à la pisciculture.

La physiologie humaine et la médecine ne comptent dans cette séance que deux communications que l'on trouvera par extraits dans le compte rendu. L'une est une lettre de M. le docteur Brachet (de Lyon), relative aux changements de couleur que subit le sang en traversant les organes, et qu'il écrit à l'occasion de la lecture faite récemment par M. Cl. Bernard touchant l'influence des fonctions des organes sur les qualités du sang. La seconde est une note de M. le docteur Landouzy (de Reims), relative aux effets de l'électrisation sur l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie faciale, sujet qui a été également porté, il y a peu de temps, devant l'Académie. — Dr Brochin.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La commission des médecins de la Gironde publie dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, qui lui sert d'organe ordinaire, les deux articles suivants :

Le vœu que la commission des médecins de la Gironde avait formulé, et qu'elle avait soumis à l'adhésion du corps médical, n'a pas été accueilli par l'Association des médecins de la Seine. L'assemblée générale, dans la séance du 31 janvier, a déclaré qu'elle ne *pouvait* pas, en ce qui la concerne, donner suite au projet d'Association générale. L'argument qui a déterminé ce vote a été à peu près celui-ci : L'Association des médecins de la Seine risque de perdre le bénéfice du décret qui la constitue, et de se trouver dissoute *ipso facto* si elle émet un vote dans le sens de son extension à tous les médecins des départements.

Nous discuterions ce vote s'il nous paraissait utile à la cause que nous défendons de le discuter ; mais comme le refus de concours de l'Association de la Seine ne semble pas devoir influer défavorablement sur la fondation d'une association générale, nous nous abstiendrons de toute polémique. Nous devons seulement rassurer les diverses Associations médicales des départements qui nous ont adressé leur adhésion, et qui ont bien voulu nous promettre le concours de leur influence en faveur de notre projet ; aucune d'elles n'a compromis par là son existence ; aucune d'elles ne sera dissoute pour avoir émis avec nous le vœu de se relier au corps médical tout entier par la bienfaisance et par l'intérêt de la dignité professionnelle.

Du reste, à tout prendre, notre défaite du 31 janvier aura de telles compensations, que nous devrons nous en féliciter comme d'une victoire.

D'abord, l'Association générale s'organisant en dehors de l'Association de la Seine, adoptera des statuts probablement mieux appropriés aux besoins du corps médical tout entier que n'eussent été ceux de l'Association de la Seine. Ainsi, on pourra proposer d'abaisser le taux de la cotisation ; on pourra discuter les conditions d'admissibilité ou d'exclusion au point de vue de la moralisation du corps ; on pourra introduire le droit à une pension viagère pour les sociétaires les plus âgés, etc.

Ensuite, l'Association générale, par extension de l'Association de la Seine, n'avait pas obtenu l'assentiment unanime de la presse ; mais comme la polémique ne s'est engagée que sur le moyen d'exécution, on peut aujourd'hui considérer comme assuré le fraternel concours de tous les efforts. Nous faisons bon marché des questions d'amour-propre, quel que soit le jugement qu'on portera sur notre proposition ; nous avons le droit de tendre la main à tout le monde, puisque tout le monde, à l'occasion de notre vœu et de notre projet, a fait profession de foi et de dévouement au principe de l'Association générale ; nous trouvons là une satisfaction qui nous suffit. Le vote du 31 janvier nous offre donc une heureuse occasion de nous réconcilier avec tous nos adversaires ; nous la saisissons avec empressement. Ils voulaient l'Association générale, mais en dehors de l'Association de la Seine, et c'est pourquoi ils ont refusé de venir à nous ; maintenant, l'Association de la Seine leur a donné raison ; eh bien, c'est nous qui, de grand cœur, allons à eux et qui faisons cause commune avec eux.

Enfin, nous nous étions adressés à l'Association de la Seine confiants dans la grandeur de l'œuvre qu'il s'agissait d'accomplir, et ne voulant pas même douter de l'appui que nous donnerait la réunion de médecins la plus considérable de France par le nombre et par les lumières scientifiques ; nous avons été déçus ; pourquoi chercherions-nous à le dissimuler ?

Notre tentative, récompensée par des encouragements dont nous sommes fiers, et combattue par quelques oppositions presque toujours courtoises, nous avait portés vers les premiers rangs de ceux qui combattent pour l'Association générale. Aujourd'hui nous rentrons dans la foule, et nous devenons volontiers simples soldats dans cette armée qui a bien voulu s'inscrire et s'enrôler à notre appel.

Mais la tâche que l'Association de la Seine n'a pas cru pouvoir accepter sera remplie, et nos espérances seront satisfaites ; que pourrions-nous désirer de plus ?

M. Rayer a bien voulu accepter la présidence d'une commission d'organisation, dont la composition offre au corps médical toutes les garanties de succès pour l'Association générale ; de concert avec plusieurs de nos confrères les plus éminents et de savants administrateurs, il s'occupe, au moment même où nous écrivons, de préparer les statuts qui seront soumis à l'approbation du ministre après avoir été étudiés et discutés par la commission dont nous venons parler. Nous recevons de lui la lettre suivante :

Paris, le 14 février 1858.

A M. Froin, président de la commission des médecins de la Gironde, et à M. Jeannel, secrétaire de la même commission.

Messieurs et très honorés confrères,

La création d'*une Association générale des médecins de France* est une idée grande et généreuse. Je suis heureux et profondément reconnaissant de la pensée que vous avez eue de m'associer à la réalisation d'une œuvre à laquelle les noms des médecins de la Gironde resteront si honorablement attachés. J'accepte la mission que vous voulez bien me confier ; comptez sur mon dévouement et sur la persévérance de mes efforts pour répondre à un si haut témoignage de votre estime.

Veuillez, je vous prie, Messieurs et très-honorés confrères, agréer l'assurance des sentiments de la plus haute considération avec laquelle j'ai l'honneur d'être votre dévoué RAYER.

De plus amples renseignements ne se feront pas attendre.

Pour achever notre tâche, nous devons rendre compte à tous nos amis des efforts que nous avons tentés. Nous publions ci dessous notre adresse aux membres de l'Association de la Seine.

Pour la commission des médecins de la Gironde,

Le président : Froin.

Le secrétaire : J. Jeannel.

PROJET D'UNE ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE par l'extension à tous les départements de l'Association des médecins de la Seine.

Adresse aux médecins membres de l'Association de la Seine.

Messieurs et chers confrères,

La principale objection préjudicielle qui ait été faite au projet d'extension de l'Association des médecins de la Seine à tous les médecins des départements est celle-ci : L'Association des médecins de la Seine possède un fonds de réserve accumulé par la prévoyance de ses membres ; elle a reçu des dons et des legs qui lui sont attribués par la volonté de divers donateurs ; il est contraire à la justice et au droit de faire entrer en participation de ce fonds de réserve ceux qui n'ont pas contribué à le former, ceux à qui la pensée des donateurs ne l'avait pas destiné.

Cette objection n'a vraiment de valeur que si l'Association des médecins de la Seine est considérée comme une tontine ou une caisse d'épargne. Dans ce cas, il est évident que chaque associé possède une part de propriété proportionnelle à sa mise.

Mais une Association de bienfaisance diffère essentiellement d'une tontine ou d'une caisse d'épargne ; elle en diffère autant qu'une Société formée pour donner diffère d'une Société formée pour recevoir, autant que la charité diffère de l'intérêt personnel.

Des administrateurs dont le devoir est de se montrer prudents jusqu'à l'excès, ont pu s'alarmer de notre projet, nous considérant comme des copartageants ruineux ou des parties prenantes dépourvues de droits et de titres. Mais, messieurs et chers confrères, quelle est donc votre assemblée ? Est-ce donc une assemblée d'actionnaires ? Non ! ce mot seul révolte votre désintéressement et votre dignité. C'est une assemblée d'hommes bienfaisants ; vous êtes réunis par la pensée de soulager les malheurs de vos confrères. Eh bien, c'est dans vos rangs que nous demandons à nous placer en qualité d'associés et de donateurs. Et si des malheurs imprévus venaient frapper quelques-uns d'entre nous, nous aurions sans doute recours à l'Association dont nous ferions partie, et nous invoquerions des droits acquis, non pas à un bénéfice, mais à une bienfaisance ennoblie par la réciprocité.

Nous ne venons donc pas avec l'arrière-pensée de profiter des sommes accumulées par votre prévoyance. Cette pensée est bien loin de nos cœurs ; nous venons avec le désir de nous associer à votre œuvre de bienfaisance, à votre œuvre qui consacre un sixième du fonds de secours à l'infortune des médecins non sociétaires (art. 25 des Statuts) ; nous venons afin de rendre votre œuvre plus efficace et plus complète ; et comme la charité est parmi les hommes une source intarissable de progrès et de civilisation, nous espérons que la bienfaisance mutuelle, généralisée parmi les médecins, jettera parmi eux des semences de concorde et de respect réciproques, et que la dignité du corps y gagnera.

Si l'on ajoutait que l'Association de la Seine est liée à ses sociétaires et à ses bienfaiteurs par une sorte de contrat spécifiant l'attribution des secours aux médecins du département de la Seine, nous ferions observer que pendant dix-sept ans l'Association des médecins de Paris a reçu, pour la circonscription de Paris seulement, les sommes versées par ses sociétaires et ses donataires, et que cependant, en 1851, elle a pu s'étendre à tout le département de la Seine après une autorisation du conseil d'État. Or l'extension demandée aujourd'hui est absolument de la même nature que celle de 1851, contre laquelle aucune réclamation de droit n'a été soulevée.

Messieurs et chers confrères, vous avez trouvé le secret de rendre votre bienfaisance doublement puissante : d'abord, vous soulagez les douleurs confraternelles, ensuite, vous êtes unis lorsqu'il s'agit de défendre notre noble profession dans la personne de ceux qui l'exercent, lorsqu'ils sont opprimés par l'injustice : acceptez à la fois, nous vous en prions, le denier que nous voulons, à votre exemple, consacrer au soulagement de nos confrères malheureux, et le concours de nos efforts dans les luttes que vous soutenez souvent dans l'intérêt de la profession médicale.

Les difficultés d'organisation et de fonctionnement d'une Association générale des médecins ne paraissent pas insurmontables. D'abord, l'esprit d'association a fait dans le corps médical de très-grands progrès depuis quelques années. Des associations de secours mutuels sont organisées dans plusieurs départements, ceux des Bouches-du-Rhône, du Haut-Rhin, du Loiret, de Seine-et-Oise, de l'Indre, de la Sarthe, des Pyrénées-Orientales, d'Indre-et-Loire ; dans un certain nombre d'arrondissements, ceux de Meaux, de Saint-Jean d'Angély, d'Avranches, d'Alais, de Saint-Gaudens, de Figeac, de Melun, de Provins, de Vouziers ; et dans quelques grandes villes, à Strasbourg, à Lyon, à Toulouse.

Ce mouvement des esprits vers des associations partielles dont la dissémination et l'isolement ne sauraient être considérés comme des éléments de force et de durée, prouve assurément que le corps médical comprend les avantages de l'association, et que le zèle ne ferait pas défaut dans son sein pour l'organisation d'une institution à laquelle sa généralité donnerait un caractère frappant de grandeur et de fécondité.

De plus, le vœu formulé par quelques médecins de la Gironde, de voir une association générale se former par l'adjonction des médecins des départements à l'Association des médecins de la Seine, a reçu l'appui chaleureux de plusieurs journaux de médecine et l'adhésion individuelle ou collective de 1,261 médecins. Les adhésions collectives sont les suivantes :

La Faculté de médecine de Montpellier ; les médecins de la ville d'Aubenas (Ardèche) ; les médecins de la ville de Givet (Ardennes) ; l'Association médicale du département de l'Aube ; les médecins de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or) ; la section de médecine de la Société d'émulation de l'arrondissement de Montbéliard (Doubs) ; la Société de médecine de Besançon (Doubs) ; les médecins des villes de Die et de Crest (Drôme) ; les médecins de la ville de Saint-Gaudens (Haute-Garonne) ; les professeurs de l'École de médecine de Bordeaux (Gironde) ; l'Association médicale du département de l'Indre ; les professeurs de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire) ; l'Association médicale de l'arrondissement de Figeac (Lot) ; les médecins de la ville de Lunéville (Meurthe) ; la Société de médecine de Nancy (Meurthe) ; les médecins de la ville de Valenciennes (Nord) ; les médecins de la ville d'Alençon (Orne) ; les médecins de la ville de Lyon (Rhône) ; la Société médicale du 11e arrondissement de Paris ; l'Association médicale de l'arrondissement de Provins (Seine-et-Marne) ; l'Association médicale de l'arrondissement de Melun (Seine-et-Marne) ; les médecins de la ville de Limoges (Haute-Vienne).

Parmi les adhérents, nous comptons 160 médecins d'hôpitaux, 170 professeurs ou médecins remplissant diverses fonctions publiques, 49 membres de la Légion d'honneur.

Peut-être le chiffre des adhésions que nous avons recueillies semblera-t-il médiocre, si on le compare à l'effectif complet du corps médical de France, qui est de près de 14,000 docteurs (dont il faut déduire environ 1,700 docteurs du département de la Seine qui ont pu

croire que notre appel ne leur était pas adressé). Cependant, si l'on veut bien réfléchir aux difficultés qu'a rencontrées la Commission de la Gironde; si l'on veut tenir compte du peu d'autorité dont elle jouissait pour commander la confiance; si l'on veut considérer qu'elle n'offrait au corps médical désuni et découragé rien autre chose qu'un projet subordonné à deux acceptations nécessaires, la vôtre, messieurs, et celle du gouvernement, on finira par reconnaître que les vœux exprimés par elle ont excité dans le corps médical une sympathie dont il est impossible de ne pas tenir compte.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que l'Association des médecins de Paris, devenue en 1851 Association des médecins de la Seine, et qui reçoit en 1858 une demande d'adjonction de la part de 1,261 docteurs en médecine des départements, s'est constituée en 1833 avec un nombre d'associés très-faible relativement au total de 1,500 docteurs en médecine qui exerçaient alors à Paris.

Les rouages de l'institution seraient d'une extrême simplicité : une commission centrale d'administration dans le département de la Seine; cette commission, de 56 membres, serait tirée au sort chaque année dans l'assemblée générale, qui nommerait par l'élection un bureau composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général et d'un trésorier (c'est l'organisation actuelle de la Commission d'administration de la Seine). Cette commission aurait pour attributions de statuer sur la validité des demandes d'admission formées par des médecins du département de la Seine, sur les secours à accorder à des sociétaires de ce département ou à des médecins étrangers à la société. La commission générale de la Seine administrerait par une commission de comptabilité les fonds de l'Association générale, et statuerait définitivement sur les demandes de secours transmises, avec avis motivé, par les commissions d'administration locales.

Lorsque dans un département ou dans un arrondissement, 20 médecins demanderont collectivement à faire partie de l'Association générale, leur admission aura lieu de plein droit (le chiffre de 28 associés dans un département ou dans un arrondissement paraît le minimum indispensable pour le fonctionnement administratif local). Les commissions de départements ou d'arrondissements se composeraient de 10 membres, plus le bureau, et seraient constituées comme la commission d'administration de la Seine. Elles auraient pour attributions de statuer sur la validité des demandes d'admission formées par les médecins de la circonscription et sur les demandes de secours; d'encaisser les dons provenant de sources diverses et les fonds provenant des rétributions d'admission et des cotisations, et de les transmettre au trésorier général à Paris; de délivrer les secours attribués à des sociétaires ou à des médecins non sociétaires, selon les décisions de la commission générale de la Seine. Leurs décisions, quant aux demandes d'admission, seraient définitives; quant aux demandes de secours, leurs décisions ne deviendraient exécutoires qu'après l'approbation de la commission générale de la Seine.

L'emploi des fonds recueillis aux titres de rétributions d'admission, de cotisations annuelles, de revenus et de dons ou de legs, serait réglé comme il l'est aujourd'hui, une partie affectée aux dépenses, une partie à l'augmentation du fonds de réserve, et par suite l'augmentation successive du revenu rendrait de plus en plus prospère et de plus en plus efficace l'œuvre éminemment chrétienne dont nous espérons voir doter le corps médical de France par l'extension pure et simple de l'institution fondée par Orfila.

Les membres de la Commission des médecins de la Gironde,

Signé, FROIN, membre du Conseil gén. de la Gironde (Blaye), *présid.*; CAZENAVE, membre corresp. de l'Acad. imp. de méd. (Bordeaux); PIFFON, d.-m. (Lesparre); HÉRICÉ, chir. en chef de l'hôpit. civil et milit. (Libourne); ARDUSSET, méd. en ch. de l'hôp. (Bazas); DENUCÉ, prof. à l'Ecole de méd. (Bordeaux); LEVIEUX, secrét. gén. du Conseil d'hyg. de la Gironde (Bordeaux); MOUSSOUS, méd. des hôp. (Bord.); REIMONENQ, d.-m. (Bord.); JEANNEL, prof. à l'Ecole de méd. (Bord.), *secrétaire.*

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF de la tuberculisation pulmonaire,

Par M. CHAMPOUILLON.

La prophylaxie de la phthisie restera une œuvre difficile et souvent incomplète, tant qu'on ne connaîtra pas d'une manière exacte les influences qui interviennent dans la production des tubercules. De toutes les assertions relatives aux causes qui préparent cette maladie ou qui en décident l'explosion, il n'en est qu'un petit nombre dont l'évidence paraît jusqu'ici bien démontrée. On ne peut méconnaître toutefois, en ce qui concerne certaines prédispositions à la phthisie, telles que l'hérédité, les climats, les professions, que la science est en possession sur ce point de données péremptoires. Ces influences morbides sont heureusement de celles que la prophylaxie peut affaiblir ou neutraliser en leur opposant des modificateurs hygiéniques et des agents spéciaux.

L'hérédité de la phthisie peut être directe ou collatérale. Quel que soit le mode de solidarité morbide qui lie entre elles les générations successives d'une famille, il faut comprendre dans l'hérédité, non-seulement la transmission du germe des tubercules, mais encore les professions, les manières d'être, les cachexies congénitales, qui prédisposent à la tuberculisation pulmonaire. La phthisie d'origine primordiale peut se développer spontanément, ou rester à l'état d'incubation jusqu'à ce qu'elle éclate par l'effet d'une cause ascensionnelle. Dans les cas de phthisie larvée, l'hygiène est en mesure de disputer aux tubercules le viscère qu'ils menacent; mais l'hygiène ne vaut ici que par la réunion d'un certain nombre d'influences convergeant au même but. Ainsi, le nouveau-né issu de parents tuberculeux a chance de préservation lorsqu'il est élevé par une nourrice jeune, vigoureuse, et d'un tempérament sanguin; lorsque son régime est dirigé contre l'aptitude morbide que l'on redoute. De l'air pur, un climat doux, n'ont pas moins d'importance que l'alimentation.

La gymnastique, dès qu'elle est possible pour l'enfant, réprime au profit des muscles le mouvement fluxionnaire qui tend à devenir prépondérant du côté des poumons. Cette dérivation physiologique modifie avantageusement la constitution du sujet; les ablutions froides répétées chaque jour, sur tout le corps, concourent au même résultat. La peau décapée et stimulée par ces lavages quotidiens, fonctionne avec une grande énergie, et devient beaucoup moins sensible aux impressions du dehors, surtout pendant les saisons transitoires.

La profession devra être choisie avec discernement, car suivant les attitudes, la nature du travail, le milieu respirable, la profession contribue puissamment à prévenir ou à renforcer la prédisposition aux tubercules; une vie régulière, exempte de passions énervantes ou de surexcitations génitales, peut également assurer l'immunité de l'avenir. Nul doute que l'ensemble de ces précautions observées avec persévérance, ne suffise pour rendre la constitution moins accessible à l'action des causes occasionnelles de la phthisie, et pour écarter une éventualité funeste. Mais ce n'est pas tout que de tracer une règle de conduite aux contaminés de naissance, il faudrait encore leur fournir le moyen de s'y conformer, car, donner à des indigents le conseil de se loger, de se nourrir d'une manière convenable, de changer de profession, d'aller chercher des gages de santé sous un autre climat, serait absolument peine perdue.

En général, les agents pharmaceutiques ont peu d'efficacité contre les tendances de l'organisme à répéter certaines maladies héréditaires; et, en ce qui concerne la phthisie, il n'y a peut-être d'exception qu'en faveur de l'huile brune de foie de morue; à l'état brut, telle que la nature nous la fournit, cette substance a souvent du succès; mais on ne saurait en dire autant de celle qui a été modifiée sous prétexte d'amélioration. Qui oserait dire, en effet, que l'huile de morue doit ses propriétés curatives à tel ou tel des principes qui entrent dans sa composition? Qui serait en mesure surtout de le prouver? Pourquoi éliminer les uns et conserver les autres? Pure affaire de spéculation. En fait de drogues, il n'est pas prudent d'y toucher quand elles réussissent; si elles guérissent, cela suffit au malade. Il est déplorable que dans des circonstances sérieuses, on se laisse aller ainsi à cette curiosité des enfants, qui, non contents de la lumière, veulent savoir ce qu'il y a dans la lampe, au risque de l'éteindre.

Puisque la prédisposition à la phthisie peut se transmettre par voie d'hérédité, il est évident que les mariages devraient être combinés de manière à neutraliser cette tendance par l'opposition des constitutions et par la convenance des âges. Malheureusement l'intérêt de l'espèce humaine est presque toujours sacrifié aux arrangements de famille, à l'avidité, à la convoitise, aux calculs de l'ambition, si bien que sur dix hommes, il en est à peine un qui sache se marier.

L'impossibilité où nous sommes de discipliner légalement les alliances, de concilier les moyens coercitifs avec la liberté individuelle, laisse un déplorable essor à l'évolution des germes morbides provenant d'individus qui ont imprudemment mêlé leur sang. En se refusant les garanties dont elle couvre les animaux, la société favorise et perpétue ces pépinières sordides de scrofuleux, de poitrinaires, de rachitiques incapables de rien reproduire qui soit de bonne trempe. On ne vit pas dans de telles familles, on y naît et on y meurt. Que l'on recense par exemple les Parisiens d'origine, l'on verra que ceux de la troisième génération sont très-rares, et que ceux de la quatrième sont fort laids.

Après l'hérédité, la cause la plus ordinaire de la phthisie, c'est l'instabilité continuelle des qualités de l'atmosphère; voilà pourquoi cette affection est comparativement rare dans les climats extrêmes. Ainsi, en Norvége, en Suède, dans la Russie septentrionale, on rencontre fort peu de phthisiques, si ce n'est parmi les individus qui ont adopté le costume et les usages des climats plus doux de l'Europe.

Sous les latitudes tempérées subissant les caprices du ciel, la phthisie est, au contraire, très-commune; elle naît et se développe surtout au printemps. Cette saison étant, à Paris du moins, très-variable, devient aussi très-dangereuse pour les individus prédisposés à la phthisie. C'est, en effet, à cette époque de l'année que commencent les crachements de sang et que les tubercules atteignent le plus rapidement ce dernier terme de leur évolution. Les faits abondent pour prouver que le maximum de la mortalité par phthisie correspond, chez nous, aux mois de mars, avril et mai.

En général, on désespère trop souvent du sort des tuberculeux. Si le traitement pharmaceutique ne leur est pas toujours profitable, l'influence climatérique employée à propos offre, au contraire, de grandes chances de salut. Ce n'est pas pure présomption que cette influence sur l'issue de la phthisie; l'expérience nous autorise à l'admettre en faveur des cas où les tubercules sont naissants ou peu nombreux, tenant à ces modifications morbides momentanées ou susceptibles d'être écartées du poumon; enfin, lorsque les sujets sont très-jeunes et exempts de toute prédisposition héréditaire.

Il est d'autres considérations encore d'après lesquelles doit être réglé le déplacement des poitrinaires. En effet, dans la prophylaxie comme dans le traitement curatif de la phthisie, il faut que le praticien s'attache à reconnaître la modification morbide du sujet et à en tenir compte pour le choix d'une station sanitaire; il faut surtout qu'il n'oublie pas qu'il suffit d'un changement de configuration géologique pour faire varier le mérite des localités comprises sous une même latitude.

La méthode prophylactique par voie d'émigration a donc des règles positives, c'est-à-dire son opportunité et ses contre-indications. Néanmoins, il ne manque pas d'incrédules qui, plaçant au même rang toutes les stations médicales, se plaisent à en attribuer les bienfaits au hasard. Le hasard n'existe pas; ce n'est qu'un mot, et ce mot a dû être inventé par un athée. Le bonheur, en médecine, c'est la sagacité qui saisit et exploite les rapports occultes ou apparents entre le temps, les hommes et les choses.

Nous sommes nés pour la vie sociale, mais non pour l'encombrement. L'espace, le soleil, la lumière, la liberté, sont pour nous des besoins du premier ordre. « Jamais rose, dit Fontenelle, n'a vu mourir prématurément un jardinier. » C'est effectivement chez les populations agricoles et les montagnards que l'on rencontre les constitutions les plus robustes et les plus saines. Les poitrinaires s'y trouvent en très-petit nombre, tandis que parmi les citadins, hommes de professions sédentaires ou artisans reclus, les tubercules et la scrofule sont choses communes. Ces maladies, qui pèsent généralement sur les agglomérations d'adultes, procèdent d'une même origine, l'insuffisance et la mauvaise qualité de l'aération atmosphérique. C'est que dans les grandes cités, les logements sont distribués non d'après les vues de l'hygiène, mais suivant les intérêts de la spéculation. Là tout est divisé en compartiments étroits comme ceux d'un nécessaire de voyage; là, les poumons ne s'alimentant que d'air vicié, l'hématose languit, les populations s'étiolent, se dégradent, et subissent, par l'effet des infections réciproques, de continuels déchets qui se compensent par les recrutements de provenance extérieure. Voilà pourquoi il faut, à Paris, des hommes tout faits et des arbres tout venus.

Lorsque les sujets atteints ou menacés de tuberculisation sont mobilisables, il convient donc de les tenir à distance des grandes villes, alors même que celles-ci seraient le plus avantageusement douées sous le rapport climatérique. L'air pur étant pour ces malades une condition primordiale de salut, il faut s'appliquer de bonne heure à les soustraire à l'influence léthale du méphitisme.

La phthisie n'a pas seulement pour causes des agents matériels, il en est aussi de l'ordre psychique. M. Andral conteste aux peines morales une participation évidente dans la production des tubercules pulmonaires.

« Les passions tristes, dit-il, me paraissent avoir une influence bien plus grande sur l'estomac que sur le poumon. Telle est l'origine d'un grand nombre de cancers des organes digestifs. Dans ce cas, la maladie a été d'abord une simple névrose; puis, à mesure que le trouble tout nerveux de la digestion s'est répété, le tissu de l'organe s'est altéré, sa nutrition s'est modifiée, et un produit accidentel s'y est développé. »

Pourquoi les mêmes causes, c'est-à-dire les sentiments dépressifs, n'engendreraient-elles pas aussi bien le tubercule que le cancer? Il est de notoriété en clinique que les préoccupations sinistres ou la mélancolie concentrées héhétent l'esprit, affectent le cœur à toutes les époques de la vie, l'appareil digestif à l'âge mûr et le poumon chez les adultes. Chacun sait aujourd'hui que la phthisie est la peste des prisons; là, sur huit décès, trois se rapportent à la tuberculisation. On peut objecter, il est vrai, que l'incarcération a une influence complexe; que le silence, l'inaction, l'air usé, contribuent aussi bien que la prostration morale à cette mortalité. Mais l'exil, par exemple, qui n'a de commun avec l'emprisonnement que l'affliction morale, suffit par le seul effet de cette douleur pour engendrer les tubercules ou en favoriser le développement. Il est un autre fait qui se reproduit chaque jour sous mes yeux sans épuiser mon étonnement. Une foule de jeunes soldats atteints de bronchite tuberculeuse se laissent abattre par la nostalgie ou par la crainte de la mort; cette oppression accélère bientôt la marche des tubercules; mais à la seule promesse d'un congé de renvoi dans leur famille, les malades reprennent promptement toutes les apparences d'une santé florissante. N'y a-t-il pas là un exemple frappant de ce que peuvent, en sens contraire, la tristesse ou la joie sur la tuberculisation pulmonaire?

Le traitement préventif de la phthisie se compose de beaucoup d'autres moyens encore que nous passerons en revue, et qui doivent être mis en œuvre suivant la même méthode, laquelle consiste à neutraliser les causes morbifiques par des modificateurs opposés, car, comme le dit M. Michel Lévy, l'art de préserver, c'est l'art de compenser.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Tentative de meurtre. — Ordonnance de non-lieu.

Par MM. les docteurs d'ASTROS, GOYRAND et PONTIER, d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Chargés de visiter, dans la prison d'Aix, la nommée Marie Pons, inculpée de tentatives de meurtre, nous avons soumis la prévenue à un examen attentif et constaté ce qui suit:

Marie Pons, célibataire, âgée de quarante-sept ans, exerçant la profession de repasseuse, est d'une taille ordinaire; elle jouit d'une bonne constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin. Son pouls est fréquent, et sa menstruation irrégulière semble annoncer la cessation de cette fonction physiologique. On ne re-

marque aucune difformité dans les diverses parties de son corps. Sa tête est bien conformée; sa figure est régulière, le teint en est rouge; ses yeux sont brillants, et sa physionomie agréable laisse entrevoir, malgré son expression de vivacité, un fond de douce mélancolie. Depuis qu'elle est incarcérée, elle n'a cessé d'être dans un état de méfiance à l'égard des détenues qui habitent avec elle. Les surveillantes de la prison attestent qu'elle est d'une grande susceptibilité dans les rapports qu'elles ont avec elle; que son sommeil est agité; qu'elle est souvent éveillée; qu'elle s'assied sur son lit et cause à voix basse.

Toutes les questions que nous aurions pu lui adresser sur ses habitudes, sur la nature de ses occupations et de ses relations dans le monde, se trouvent résumées dans la narration qu'elle nous a faite et que nous transcrivons ci-dessous :

« Je fis, il y a vingt-cinq ans, la connaissance d'un jeune homme qui m'aimait et auquel je m'attachai. Sa famille occupant un rang plus élevé et plus fortuné que la mienne, qui, pour toute ressource, n'avait que le produit de son pénible travail, mit un obstacle invincible à ses intentions matrimoniales. Admis sur ses instances dans la maison de mes parents, il leur promit de sanctionner son amour pour moi dès que sa position le lui permettrait; nous nous fréquentâmes ainsi pendant plusieurs années. J'eus la faiblesse, après bien des résistances, de lui accorder mes faveurs, et de cette union illicite il en résulta un garçon que son père reconnut. Par le déshonneur qu'il me procurait, cet accident me donna beaucoup d'inquiétude, et pour me réhabiliter aux yeux du public, je pris la résolution de cesser tous rapports immédiats avec mon amant. Je vécus ainsi pendant plusieurs années traînant une misérable existence loin de celui que j'aimais tendrement, et dont la position de fortune ne pouvait permettre la réalisation de notre hymen qu'après la mort de sa mère, qui devait lui laisser une portion d'héritage d'autant plus considérable qu'elle le gratifiait par testament du quart disponible. L'heure fatale arrive enfin; ma future belle-mère meurt. Une ère de bonheur semblait s'ouvrir devant moi et mettre un terme à mes souffrances; mais au moment où je commençais à me bercer des plus douces illusions, mon destin peu propice suscitait contre moi le mauvais génie de M. A..., notaire de cette ville, qui chercha par tous les moyens possibles à amener le désordre entre les divers membres de la famille de mon futur époux pour la conduire à un procès ruineux. Il y réussit complétement; le testament de ma future belle-mère fut attaqué, annulé, et mon prétendu a perdu, non-seulement le quart qui lui était légué, mais encore la part qui lui revenait de droit.

» Non content de cela, M. A..., de concert avec le commissaire général de Marseille et un autre notaire de cette ville, m'a privée de la succession du nommé Bertot, général de l'Empire, réfugié d'abord à Barcelone, où il avait acquis au jeu une grande fortune; revenu ensuite en France, compromis plus tard dans l'affaire des quatre sergents de la Rochelle, condamné à mort par contumace et réfugié de nouveau à la Pointe-à-Pitre, où il est mort, en instituant pour héritier universel mon grand-père, qui, par droits généalogiques, m'eût successivement transmis la fortune dont il a été frustré. »

Interrogée plus particulièrement sur le fait qu'on lui impute, elle continue en ces termes :

« J'habite une maison à Aix, où il y a plusieurs locataires; parmi eux se trouve la demoiselle B..., repasseuse comme moi, et la femme d'un crieur de nuit. Sous l'influence de M. A..., dont elles sont les émissaires, elles suscitent contre moi toutes sortes d'entraves. Il n'est pas de provocations qu'elles ne me fassent et d'injures qu'elles ne m'adressent, entre autres, celle d'être folle, de mener une mauvaise vie, etc.; elles m'ont menacée de me jeter du vitriol sur la figure; un jour même elles ont cherché à m'assassiner pendant que je descendais l'escalier. J'ai plus d'une fois porté des plaintes à la police, mais on ne m'a jamais écoutée; on m'a même repoussée en me menaçant de me faire enfermer. Exaspérée de ne pouvoir obtenir justice, et ayant entendu, la veille du jour que je me suis vengée, la demoiselle B... disant à haute voix à son amie qu'elle finirait bien par m'arracher la vie, je sentis le sang me monter à la tête; j'éprouvais une agitation inexprimable. Je contins cependant les élans de ma colère, et je cherchai comme de coutume à l'apaiser en me mettant les pieds dans l'eau. Quelques instants après, je me trouvai en effet un peu plus calme, lorsque, le hasard m'ayant fait mettre à la fenêtre, je vis venir mon ennemie jurée. Subitement saisie d'un trouble indescriptible, je descends l'escalier tenant en main un rasoir qui servait à me faire les ongles et lui en donne plusieurs coups en lui disant : « Monstre, tu veux » me faire périr; eh bieu, reçois la punition que tu mérites. » Cela fait, je cours tout émue à la police, j'y trouve M. le commissaire, et lui fais en ces termes la déclaration de ce qui venait de se passer : « Je suis souvent venue porter mes plaintes sur les » outrages que l'on me faisait et les dangers auxquels on m'exposait, vous n'avez pas daigné m'écouter; il n'en sera pas de » même aujourd'hui : je viens de me venger d'un horrible com» plot ourdi contre moi; ma vie étant compromise, je me suis » rendu la justice que je n'ai pu trouver auprès de vous; faites » de moi ce que vous voudrez. »

Les renseignements fournis par la mère de Marie Pons et par des personnes dignes de confiance établissent que son grand-père a été atteint d'aliénation mentale; ils démontrent qu'il n'y a de vrai dans le récit qu'elle nous a fait que ce qui est relatif à son intrigue amoureuse et à ses conséquences fâcheuses; que toutes les vexations dont elle se plaint sont dénuées de fondement, et ses espérances de grande fortune complétement vaines et illusoires. La mère de Marie nous rapporte en outre que quatre ans après l'accouchement de sa fille, son prétendu l'ayant abandonnée, eut une intrigue avec une domestique dont il eut un enfant; que sa fille, ayant appris qu'il allait être reconnu par son père, entra dans une violente colère; que depuis lors elle était restée triste; qu'elle sortait peu, qu'en même temps apparurent sous forme d'accès des phénomènes hystériques, qui se traduisaient par de l'oppression, par un sentiment de strangulation, par de violentes congestions à la tête, et que plus tard, enfin, *elle se mit dans la tête des choses qui n'avaient pas le sens commun*. La veille du jour de l'attentat, Marie était, au dire de sa mère, sous l'influence d'un accès plus violent que de coutume.

Les diverses pièces de la procédure renferment les dépositions reçues par le commissaire de police et les gendarmes, qui prouvent que Marie était considérée par les personnes qui avaient des rapports avec elle comme ne jouissant pas de la plénitude de sa raison; que, sans aucun motif réel, elle cherchait querelle à ses voisins; que plusieurs plaintes avaient été portées à la police contre elle; que, bien avant l'attentat qu'elle a commis, elle avait exercé des sévices contre la demoiselle B..., à laquelle elle voulait couper le cou. Un témoin, rémouleur de profession, atteste en outre qu'elle lui avait apporté une hache à aiguiser, et qu'elle lui dit qu'un notaire d'Aix, deux ou trois autres messieurs et le crieur de nuit voulaient lui ravir l'héritage du général Bertot; que plus tard, enfin, elle se présenta de nouveau chez lui en lui montrant un parchemin qu'elle disait être le testament du général; elle lui exprima sa satisfaction de recueillir une si belle succession, et lui témoigna le chagrin qu'elle éprouverait si elle en était frustrée.

M. le commissaire de police rapporte enfin que la prévenue, après la perpétration de son crime, s'était présentée à lui dans un *état d'exaltation fébrile*, qu'elle répondit aux questions qu'il lui adressa par un *déluge de paroles incohérentes*; qu'étant revenue peu à peu à elle, elle lui exposa les circonstances de l'acte auquel elle venait de se livrer à peu près comme elle nous les a racontées.

De nos propres observations et de l'examen attentif des renseignements divers que nous venons de consigner, il résulte pour nous la conviction qu'un élément morbide préside depuis longtemps à la manifestation de la plupart des actes de Marie Pons. Nous remarquons dans l'exposition de la vie morale de cette femme des phénomènes pathologiques que présente ordinairement le développement de l'aliénation mentale.

En premier lieu, trouble de la sphère des sentiments se traduisant par un état de mélancolie profonde; ensuite, modifications diverses de l'innervation (phénomènes hystériques); enfin, aberration des facultés intellectuelles se manifestant par le délire et ses complications hallucinatoires.

Nous concluons donc que Marie Pons est actuellement aliénée; qu'elle appartient à la catégorie des monomanes lypémaniaques hallucinés; que sa maladie remonte à une époque très-éloignée; que la simulation nous paraît inadmissible, et que c'est évidemment sous l'influence de l'aberration de son intelligence qu'elle a commis la tentative de meurtre qui lui est imputée, et dont pour cette raison elle ne saurait être responsable.

P. S. La chambre des mises en accusation acceptant ces conclusions, a rendu une ordonnance de non-lieu, et a livré Marie Pons à l'autorité administrative, qui a ordonné sa séquestration dans l'asile des aliénés d'Aix.

Depuis cette époque, l'état de la malade n'a subi aucune sorte d'amendement : toujours même délire, mêmes hallucinations, mêmes tendances.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 février 1858. — Présidence de M. DESPRETS.

Aliments des oiseaux. — M. DUMÉRIL, au nom d'une commission composée de MM. Milne Edwards, Geoffroy Saint-Hilaire et Duméril, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Florent Prévost, relatif aux aliments des oiseaux. Il résulte des documents contenus dans ce travail, que les différentes races d'oiseaux modifient leur nourriture ou leur régime alimentaire suivant les saisons, et surtout d'après les productions animales et végétales qui varient périodiquement; que ces productions temporaires sont pour la plupart en rapport avec les époques de l'éclosion et de l'alimentation de la progéniture. Ce qu'expliquent, au reste, les émigrations et les hauteurs diverses auxquelles s'élève le vol de ces mêmes oiseaux.

D'après les faits recueillis dans son mémoire, M. Florent Prévost est porté à conclure que les oiseaux sont, en général, beaucoup plus utiles que nuisibles à nos récoltes par le grand nombre d'insectes qu'ils détruisent sous leurs formes successives d'œufs, de larves, de nymphes et dans leur état parfait.

La commission propose à l'Académie d'accueillir ce travail, dont il est facile de prévoir toute la portée; d'engager l'auteur à compléter ses tableaux de recherches sur la nourriture des oiseaux, et à l'y encourager en l'aidant à les poursuivre si elle en trouve l'occasion.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Voix des poissons. — M. le docteur DUFOSSÉ présente un mémoire intitulé *Des différents phénomènes physiologiques nommés voix des poissons*. L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° On a jusqu'à présent confondu sous le nom de voix des poissons des phénomènes qui diffèrent entre eux et par leur nature et par leur cause.

2° En considérant ces phénomènes sous le double rapport de leurs propriétés physiques et physiologiques, on est conduit à les partager en deux catégories, soit, par exemple, comme je le propose ici, en sons nommés *anormaux* et en sons appelés *normaux*.

3° Les sons normaux présentent des dissemblances de premier ordre quant à leur principe et quant aux organes qui les forment, et par conséquent au point de vue physiologique surtout, il convient de les diviser en plusieurs groupes, en ayant égard au mode de leur production.

4° Certains acanthoptérygiens, au nombre desquels sont les saurels, ont la faculté de produire des sons qui procèdent d'un acte de leur volonté.

5° Les expériences ci-dessus exposées prouvent péremptoirement que le mécanisme de la formation de ces sons se réduit à un frottement des os pharyngiens supérieurs sur les inférieurs et sur les aspérités voisines de ces derniers os.

6° L'air atmosphérique et les autres gaz contenus dans la vessie aérienne et le tube digestif des poissons restent complétement étrangers à la production des sons normaux que j'ai compris dans la première section. (Commiss. MM. Duméril, Valenciennes, Coste, Cl. Bernard.

Couleur du sang. — M. le docteur BRACHET (de Lyon) adresse sur ce sujet la note suivante :

Je viens de voir, dans le *Compte rendu* de la dernière séance de l'Académie des sciences, que M. Claude Bernard a lu un travail remarquable sur l'influence des fonctions des organes sur les qualités du sang. Je m'associe de grand cœur aux éloges que l'honorable académicien a reçus, et je me plais à croire qu'il a ouvert là une révolution physiologique. Vous pourrez juger de la satisfaction que j'en éprouve, lorsque vous saurez que depuis dix-huit ans j'ai émis la même opinion. Pour le prouver, je me contente de transcrire un alinéa de ma *Physiologie élémentaire de l'homme*. Il est imprimé à la 176e page du premier volume.

« Il est une remarque bien importante à faire. Toujours et partout le sang perd sa couleur rutilante en traversant les organes : il perd donc une certaine quantité d'hématosine; *mais il en perd davantage lorsque l'organe exécute sa fonction*. Alors il revient plus noir, lors même que la fonction n'enlève rien au sang, comme la contraction musculaire. Ainsi que je l'ai démontré en 1840, le sang qui sort d'un muscle en contraction est toujours plus noir, par conséquent plus défibriné que celui qui sort d'un muscle en repos, etc. »

C'est donc en 1840 que j'ai fait connaître mon opinion et mes expériences. Le tout est consigné dans les deux volumes des mémoires du congrès scientifique tenu alors à Lyon.

Effets de l'électrisation sur l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie faciale. — M. le docteur H. Landouzy communique sous ce titre une note qu'il résume par l'extrait suivant :

L'exaltation de l'ouïe, du côté paralysé, est un symptôme presque constant de l'hémiplégie faciale récente et indépendante de toute affection cérébrale.

Cette exaltation paraît en même temps que l'hémiplégie et disparaît avant elle.

Elle doit être attribuée à la paralysie du muscle interne du marteau.

Lorsqu'elle manque dans l'hémiplégie faciale, elle indique que la paralysie ne s'est pas étendue au nerf intermédiaire.

Elle peut exister en l'absence d'hémiplégie faciale, et dans ce cas elle indiquerait une paralysie du nerf intermédiaire.

Qu'elle coïncide avec l'hémiplégie ou qu'elle en soit indépendante, elle disparaît spontanément, complétement, et dans l'espace de quinze jours à trois mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 10 février 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Double amputation médio-tarsienne sans élévation du talon. — M. VERNEUIL présente deux enfants qui ont subi des amputations du pied. L'un d'eux, garçon, âgé de huit ans, a eu autrefois la partie antérieure des deux pieds sphacélée par congélation. La guérison, abandonnée à elle même, a donné naissance des deux côtés, surtout à gauche, à ce mode de cicatrisation vicieuse, que M. Verneuil a décrite sous le nom de *conicité du moignon après les mutilations du pied*. (Voir Quesnet, thèses de Paris, août 1857.)

Pour remédier à cet inconvénient, M. Verneuil a extirpé une partie des os du pied gauche, de manière à faire une amputation de Chopart secondaire. La cicatrisation, qui ne s'est opérée que lentement, est aujourd'hui complète et le moignon très-satisfaisant; il n'y a point d'ascension de la partie postérieure du talon, et le membre est très-apte à supporter directement le poids du corps. On trouvera les détails complets de cette observation dans la thèse précitée.

M. Verneuil fait remarquer que chez le malade de M. Broca, et chez l'enfant qu'il a présenté lui même, il n'y a pas de renversement du talon quoique chez chacun de ces deux sujets un des moignons au moins présente toutes les conditions anatomiques de l'amputation de Chopart.

Chez les deux sujets, la mutilation était due à une cause externe. Or, c'est presque toujours dans ces conditions étiologiques que le moignon de l'amputation médio-tarsienne échappe à l'élévation du talon, qui rend si souvent inutile et même nuisible cette brillante opération.

M. Verneuil présente ensuite une petite fille à qui il a pratiqué la désarticulation tibio-tarsienne. Voici cette observation :

Amputation tibio-tarsienne pour une affection organique des os du tarse et du métatarse. Guérison à peu près complète.

Lequeux (Céleste), âgée de dix ans, demeurant rue du Caillou, 6, à Clichy, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 11 juillet 1857. C'est une fille d'assez faible complexion, qui ne peut donner sur ses antécédents que des renseignements peu précis. Elle sait seulement que la maladie a débuté en 1854, par une douleur dans le pied gauche, suivie d'abcès qui aujourd'hui sont convertis en trajets fistuleux. Elle ne présente en aucun autre point du corps de manifestations scrofuleuses. La santé générale est médiocre, la marche est rendue impossible par l'é-

tat local du pied. Cet organe, en effet, offre un gonflement assez notable vers la partie moyenne de sa longueur; trois trajets fistuleux situés sur la face dorsale au niveau du métatarse donnent issue à une suppuration assez abondante, et conduisent le stylet sur des os dénudés et ramollis, que l'instrument traverse aisément comme dans les caries ordinaires. On constate ainsi l'altération de l'extrémité postérieure des métatarsiens, et probablement des os de la région antérieure du tarse. Mais tout porte à croire que le scaphoïde, le calcanéum et l'astragale sont sains. La suppuration, qui dure depuis longtemps, affaiblit la constitution, la douleur rend le repos complet à peu près forcé; enfin, après mûres réflexions, le sacrifice du pied paraît indispensable. Parmi les diverses amputations auxquelles on peut songer, je m'arrête à la désarticulation sous-astragalienne, espérant concilier le double principe d'opérer dans une région saine et de conserver au membre le plus de longueur possible. Je rejette l'amputation de Chopart, à cause de ses mauvais résultats dans les affections organiques des os du pied.

L'enfant étant convenablement préparé par les bains, les purgatifs et un régime réparateur, l'opération est pratiquée le 22 juillet. Je mets en usage le procédé que M. J. Roux emploie pour l'amputation tibio-tarsienne, avec la modification que j'ai proposée pour la division du ligament inter-osseux astragalo-calcanéen. Les premiers temps de l'opération n'offrirent aucune difficulté; mais en détachant les parties molles de l'extrémité postérieure du calcanéum, je remarquai que le scalpel pénétrait très-facilement le tissu de cet os. Le ramollissement rendant la dissection du lambeau plus laborieuse, je coupai le calcanéum en travers, un peu au-devant de l'apophyse postérieure, et j'enlevai ensuite celle-ci, qui avait conservé une résistance assez grande et présentait la forme d'une coque concave. L'artère tibiale postérieure avait été soigneusement ménagée dans l'épaisseur du lambeau; trois petites artères furent liées, et il ne restait plus qu'à réunir.

Cependant, je conçus quelques soupçons sur l'intégrité de l'astragale, d'abord à cause de l'altération du calcanéum, puis, parce qu'en disséquant le lambeau du côté de la face dorsale, j'avais remarqué que l'induration du tissu cellulaire remontait, contre mes prévisions, jusqu'au niveau de l'interligne tibio-tarsien. L'astragale cependant, à la vue, paraissait sain, les cartilages de ses facettes diarthrodiales étaient brillants et nacrés; le tissu osseux était cependant d'un rouge assez foncé à l'intérieur. La surface fut soigneusement explorée avec un stylet, qui, du côté externe, rencontra un point ramolli et put sans peine traverser l'os de part en part. Je le saisis pour l'extirper avec un davier, puis avec les doigts. La pression exercée eut pour résultat l'affaissement de l'os qui renfermait dans son centre une collection purulente.

J'explorai minutieusement l'extrémité articulaire des os de la jambe, qui me parut en bon état. Je ne réséquai pas les malléoles à cause de leur peu de saillie et de l'âge du sujet, et je rapprochai les lèvres de la plaie. Le lambeau, ayant été taillé pour l'amputation sous-astragalienne, se trouvait par la soustraction de cet os d'une ampleur exubérante. Je crus inutile néanmoins de le réséquer, parce que je pense, contrairement à l'opinion de quelques chirurgiens anglais, que jamais dans les amputations partielles du pied le lambeau n'est trop grand quand il ne renferme que des parties saines et que sa vitalité est suffisamment assurée.

Je fixai donc le lambeau à l'aide de six points de suture entortillée, en laissant en dehors un espace libre pour l'écoulement du sang et de la sérosité que la vaste plaie allait fournir. — Pour leur pansement, application de compresses imbibées d'eau fraîche sur le moignon, qui reposait convenablement élevé sur un coussin mou.

Le chloroforme avait été administré, et amena après le réveil quelques vomissements bilieux; une réaction fébrile très-vive suivit immédiatement l'opération, mais sans malaise général. Le soir, l'enfant mangea avec plaisir une côtelette de mouton. Un verre d'eau rougie pris après le repas fut seul vomi. La nuit fut un peu agitée.

Le lendemain, le moignon est en bon état. Les applications froides ayant été mal faites, je les remplace par des cataplasmes tièdes. L'enfant accuse des douleurs vives quand on touche l'extrémité du membre. Le pouls est toujours rapide et plein; mais l'état général est très-satisfaisant; il n'y a ni céphalalgie, ni soif, ni symptômes gastriques quelconques. — Bouillons, potages.

Le 24, j'ôte deux épingles, ce qui permet l'issue par la plaie d'un peu de sanie purulente. Même état général. L'alimentation est continuée, parce que, malgré la fièvre, l'appétit est conservé.

Le 25, ablation de deux autres épingles; moignon très-beau, sans rougeur ni traces d'inflammation. La douleur au toucher a disparu. La fièvre est tombée. Les ganglions verticaux de l'aine sont un peu tuméfiés et sensibles. — Un purgatif salin est administré.

Le 27, état général excellent. Les deux dernières épingles sont enlevées; la réunion immédiate s'est effectuée à la partie interne de la plaie; elle manque ailleurs, mais des bourgeons charnus de belle apparence s'élèvent sur chaque lèvre opposée, et font espérer une cicatrisation rapide. L'enfant remue sa jambe sans douleur et la couche sur le côté externe, ce qui facilite l'écoulement au dehors d'un peu de pus de bonne nature. Les ganglions inguinaux sont à peine perceptibles. Le lambeau est fortement revenu sur lui-même, et ne paraît plus trop grand. Apyrexie complète, bon appétit. Deux côtelettes par jour sont mangées avec plaisir et très-bien digérées.

Tout allait pour le mieux au neuvième jour (30 juillet), quand l'enfant est prise de malaise, avec fièvre, anorexie, soif, enduit de la langue, sensibilité du ventre; deux épistaxis. On voit apparaître sur la jambe des taches rouges qui ne rappellent franchement ni l'érysipèle, ni l'angioleucite.

Je ne sais comment caractériser l'état général qui s'ensuivit pendant près de douze jours. Du côté de la jambe, les taches rouges s'étendaient par place, isolées, sur la totalité du membre, à la manière de l'érysipèle ambulant, sans présenter ni le liséré jaune, ni l'élévation de la marge, ni l'engorgement ganglionnaire concomitant, qui sont les signes habituels de cet exanthème. Pendant ce temps il y eut encore plusieurs épistaxis, anorexie, hébétude, fièvre sans frissons, soif, enduit de la langue, ballonnement du ventre; si bien que, n'eût été la circonstance d'une opération et l'état local du membre, je n'eusse point hésité à diagnostiquer une fièvre typhoïde de médiocre intensité. Les purgatifs salins, les boissons acides, les lavements, la diète, les préparations de quinquina, furent opposés à la maladie générale. L'axonge en frictions les cataplasmes, puis la poudre d'amidon, furent appliqués successivement sur la jambe, et enfin tout se calma vers la fin du second septénaire.

La plaie n'avait pas beaucoup souffert de cette affection intercurrente. La suppuration avait diminué, la réunion s'était arrêtée, et toute la portion agglutinée en neuf jours s'était séparée. Le lambeau avait continué à s'atrophier, et, entraîné par son propre poids, il tendait à se porter en arrière, ce qui faisait bâiller la plaie antérieure. Cette disposition fut combattue, non sans quelque peine, par l'application convenable de bandelettes agglutinatives et par la position.

Enfin, vers le 15 août, le travail de cicatrisation reprit son cours et marcha si bien que tout paraissait réuni à la fin de ce mois, à l'exception de deux points, l'un situé un peu en arrière de la malléole péronière, l'autre à la partie moyenne et antérieure de la plaie. Le stylet, introduit à plusieurs reprises par ces pertuis, ne put jamais découvrir la cause qui entretenait la suppuration. Jamais on ne trouva les os dénudés. Quoi qu'il en soit, ces orifices ne sont pas encore cicatrisés, quoique depuis bien longtemps le rétablissement soit complet.

Aujourd'hui 10 février, le moignon est arrondi, régulier, renflé en massue. Le lambeau forme à son extrémité un coussinet très-épais, bien nourri, formé par la peau du talon. La ligne de réunion est située à plus de 2 centimètres du sol quand l'enfant pose le moignon à terre. L'extrémité inférieure des os de la jambe paraît un peu plus volumineuse que dans l'état normal; mais on ne peut guère distinguer les saillies des malléoles, à cause de l'épaisseur des parties molles. On voit encore sur la ligne de réunion deux pertuis très-fins recouverts d'une croûte légère. M. Marjolin, aux soins duquel cette enfant est soumise depuis longtemps, a exploré souvent ces fistules, et n'a jamais découvert la cause qui les entretient.

Du reste, la pression, même forte, exercée sur tous les points de ce moignon, n'est nullement douloureuse, et l'enfant peut marcher sur l'extrémité amputée sans éprouver la moindre douleur. La santé générale est très-bonne, et rien ne révèle maintenant l'existence de lésions viscérales ni d'affection d'un point quelconque du squelette. Toutes ces circonstances permettraient sans doute de considérer ce fait comme un exemple de succès complet, si l'expérience ne montrait avec quelle réserve il faut admettre la guérison radicale après les amputations partielles du pied. Sept mois sont un laps de temps trop court pour qu'on puisse affirmer que le moignon pourra dans la suite servir à la progression.

Pour assurer le succès définitif de cette opération et pour prévenir autant que possible la récidive de l'altération osseuse dans l'extrémité des os de la jambe, il serait utile, je crois, de soustraire encore pendant longtemps ces os à la pression. Pour cela il conviendrait de faire marcher l'enfant avec un membre artificiel prenant son point d'appui sur l'ischion, la jambe restant dans l'extension. Plus tard, quand l'état du squelette ne donnera plus d'inquiétude, on pourra permettre la marche sur l'extrémité même du membre, à moins qu'on ne préfère mettre en usage l'ingénieux appareil de M. Valette (de Lyon).

Je n'ajouterai qu'une seule remarque à cette observation, quoique la présence de trois fistules ouvertes sur la moitié antérieure du dos du pied laissassent croire que les os de la première rangée du tarse étaient sains. L'examen anatomique de la partie amputée a fait voir que l'altération avait envahi tous les os courts. J'en ai été averti surtout par le ramollissement du calcanéum. Si j'avais pratiqué l'amputation de Chopart, dont l'exécution est, comme on le sait, extrêmement facile, l'état des cartilages aurait pu me faire croire à l'intégrité complète du calcanéum et de l'astragale, et j'aurais ainsi conservé dans le moignon deux os profondément altérés, qui auraient inévitablement reproduit le mal et nécessité plus tard une amputation secondaire. Cette propagation si commune de l'ostéite à la totalité du tarse, lorsque la carie est ancienne, est la cause qui milite le plus contre les amputations partielles du pied, dans lesquelles on est trop parcimonieux, par un motif légitime sans doute, mais trop souvent imprudent et dangereux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fractures en coin du tibia. — M. CHASSAIGNAC présente une pièce relative à ce genre de fracture, provenant d'un blessé qui était ivre lorsqu'on le porta à l'hôpital, et sur lequel on ne put obtenir aucun renseignement. Il avait une fracture de jambe; en outre, selon toutes probabilités, il avait reçu un coup violent sur le ventre, car il mourut très-promptement d'une péritonite, sans avoir pu raconter son accident.

A l'autopsie on trouva, sur l'extrémité inférieure du corps du tibia, un trait de fracture très-oblique. Le fragment supérieur était terminé en pointe. Du sommet du V rentrant que présente le fragment inférieur part une fêlure oblique, qui paraît être la continuation du trait principal de la fracture. Une autre fracture tout à fait indépendante de la première, a détaché la malléole interne, qui a entraîné avec elle un éclat d'os large et superficiel.

M. GOSSELIN fait remarquer que cette pièce confirme les idées qu'il a déjà exposées à plusieurs reprises devant la Société sur les désordres produits par le grand fragment sur le petit dans les fractures de l'extrémité inférieure du tibia. Le fragment supérieur, terminé en V, agit comme un coin sur l'angle rentrant du fragment inférieur, et y produit une fêlure. Cette pièce est identique à celles que M. Gosselin a déjà présentées à la Société.

M. HOUEL ne pense pas que la fêlure du fragment inférieur soit le résultat du mécanisme indiqué par M. Gosselin. Cette fêlure part du sommet du V et descend obliquement en contournant l'os comme une spirale. En outre on peut voir qu'elle est la continuation directe du trait principal de la fracture. M. Houel pense donc que cette forme se rapproche beaucoup de celle que Gerdy a décrite sous le nom de fracture spiroïde. Il y a des cas où le fragment supérieur produit des fêlures en pénétrant comme un coin dans le fragment inférieur, mais alors les fêlures sont irrégulières et ne sont pas situées exactement sur le prolongement de la fracture principale.

M. GOSSELIN a été conduit à son hypothèse par l'examen d'un grand nombre de pièces extrêmement semblables à celles de M. Chassaignac. La similitude étonnante, l'identité même de toutes ces pièces est-elle qu'on ne peut l'attribuer au hasard. Il faut donc qu'il y ait une cause mécanique toujours la même, agissant toujours de la même manière et produisant les mêmes effets. C'est pour expliquer l'uniformité de ces résultats que M. Gosselin a songé au mécanisme du coin.

Fracture par écrasement de l'extrémité inférieure du tibia. — M. CHASSAIGNAC présente ensuite une autre fracture de l'extrémité inférieure du tibia, qui s'est produite dans une chute sur les pieds. Le blessé, qui venait de tomber du troisième étage, fut d'abord porté à l'hôpital Beaujon, où on le soigna pendant quelque temps, et de là à l'hôpital Lariboisière. De très-graves complications ont forcé M. Chassaignac à pratiquer l'amputation de la cuisse deux mois après l'accident. La dissection du membre montre que le corps du tibia est fracturé transversalement à quatre travers de doigts au-dessus de l'articulation. Cettre fracture pourrait être présentée comme un exemple de fracture en rave, n'était une esquille en forme d'aiguille, longue de près de 8 centimètres, qui est restée fixée sur le fragment inférieur. Celui-ci, écrasé par l'énorme pression du fragment supérieur, a éclaté en quatre fragments secondaires qui pénètrent dans l'articulation, et au milieu desquels le fragment supérieur est venu se placer. Cela n'a pu avoir lieu sans un raccourcissement très-considérable. Le péronée, à peu près au même niveau que le tibia, est le siége de deux fractures interceptant un fragment intermédiaire long d'environ 4 centimètres, entièrement nécrosé, renversé horizontalement entre les deux fragments extrêmes, et emprisonné, quoique mort, dans le cal qui unit déjà ces deux derniers fragments.

Abcès intra crânien. — M. CHASSAIGNAC présente enfin le crâne d'un palefrenier atteint probablement de farcin chronique avec abcès multiples, et mort avec des accidents cérébraux. On trouve sous la dure-mère, au niveau du trajet de la méningée moyenne, une plaque purulente concrète, semblable à une fausse membrane molle, longue de 8 centimètres, large de 3, épaisse de 4 à 5 millimètres, et ayant produit sur le tissu osseux une érosion dans laquelle elle est exactement reçue. La dure-mère, vue par sa face séreuse, paraissait à peine soulevée. Cette production purulente était déjà sans doute assez ancienne, puisqu'elle avait eu le temps d'éroder si profondément les os.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Erratum. — Par suite d'une omission commise au moment de la mise en page, une observation a été publiée sans nom d'auteur dans le dernier procès-verbal de la Société de Chirurgie. Cette observation, intitulée *Ossifications développées en avant des deux ligaments rotuliens*, appartient à M. le docteur ANCELET, de Vailly-sur-Aisne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite du décès de M. le docteur Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel médical des hôpitaux de Paris:

M. Bergeron passe de l'hôpital Saint-Antoine à celui de Sainte-Eugénie;

M. Boucher de la Ville-Jossy passe de la Direction des nourrices à l'hôpital Saint-Antoine;

M. Lailler, médecin du bureau central, est nommé à la Direction des nourrices.

— Les juges du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 8 mars prochain, sont:

MM. Laugier, Malgaigne, Maisonneuve, Ricord et Pelletan de Kinkelin, *juges;* MM. Paul Dubois et Piorry, *suppléants.*

Les candidats sont: MM. Bastien, Beraud, Dolbeau, Fano, Fouché, Houel, Jamain, Legendre, Parmentier, Trélat.

— Il sera ouvert à Brest, le 1er avril prochain, un concours pour trois places de chirurgien de 1re classe, service des ports; pour quatre places de chirurgien de 2e classe, service des ports; pour trois places de chirurgien de 2e classe, service colonial; pour trois places de chirurgien de 3e classe, service des ports; pour quatre places de chirurgien de 3e classe, service colonial.

— Un autre concours pour une place de pharmacien de 2e classe et deux places de pharmacien de 3e classe, s'ouvrira le même jour, également à Brest.

— Par jugement du 25 janvier dernier, le tribunal correctionnel de Lyon a accueilli et déclaré recevable l'action d'un certain nombre de médecins de la ville qui se portaient partie civile contre Mlle de Bressac, poursuivie pour exercice illégal de la médecine.

En conséquence, le tribunal a condamné la prévenue, par application des art. 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, à 15 fr. d'amende et à 150 fr. de dommages-intérêts envers les parties civiles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un des plus honorables médecins d'Angers, M. Guépin, auteur d'une *Flore* justement estimée et de plusieurs travaux de médecine recommandables.

— D'après un récent décret de l'empereur de Russie, les élèves en médecine qui auront accompli leurs études et subi leurs examens, devront encore, avant leur nomination définitive au grade de médecin de ville ou de province, être pendant deux années employés comme aspirants praticiens dans un hôpital de Saint-Pétersbourg. Pendant ce temps ils recevront une instruction pratique en chirurgie, en pharmacie et analyse chimique, en anatomie et microscopie pathologique, et en médecine légale et police médicale.

Ces élèves devront, dans cet hôpital, sous une direction supérieure, traiter et soigner toutes les maladies; ils pourront donc, pendant ce séjour, se perfectionner dans la pratique des accouchements et des autres branches de l'art médical. Ils sont alors à titre de service d'honneur de l'empire, et reçoivent annuellement un traitement de deux cents roubles d'argent.

Après l'expiration de ces deux années, un rapport sur leurs travaux sera présenté par eux au département médical du ministère de l'intérieur, qui les emploiera alors pendant deux ans, mais encore provisoirement, comme médecins de ville ou de province. Enfin une troisième année dans cette position officielle sera consacrée par eux à faire la topographie médicale de leur contrée et du district voisin. Après quoi ils seront placés d'après le mérite de ces divers *specimina eruditionis practicæ*. Ce sera la base de leur avancement ultérieur.

La Sema.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 23. — JEUDI 25 FÉVRIER 1858.

(31e ANNÉE.)

N° 23. — JEUDI 25 FÉVRIER 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DES ENFANTS (M. Bouvier). Leçons cliniques sur les difformités du rachis. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 23 février. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Nelaton. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Éloge de M. le baron L. J. Thénard, prononcé à la séance de rentrée de l'École supérieure de pharmacie de Paris par M. L. R. Le Canu.

PARIS, LE 24 FÉVRIER 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le conseil d'administration de l'Académie a reçu un certain nombre de fragments de journaux, sur lesquels on lit des annonces de remèdes. Dans ces annonces, il est fait mention de l'approbation que l'Académie aurait accordée à ces remèdes. Le conseil a transmis ces documents à la commission des remèdes secrets et nouveaux, et l'a chargée d'examiner ce qui pourrait être fait ou proposé à l'administration, dans l'intérêt du public trompé par ces annonces, dans l'intérêt de la dignité de l'Académie, et enfin dans l'intérêt de la loi violée par ces publications mensongères.

La commission a pensé qu'il y avait des motifs sérieux pour mettre un terme à ces abus. Malheureusement, l'étude des diverses dispositions de la législation en vigueur sur ce point l'a convaincue de son insuffisance. Cependant, elle n'a pas cru devoir en rester là ; et après une étude attentive de la question, elle est restée d'avis qu'il serait possible de porter remède à ces abus en exigeant, par exemple, que toute mention d'approbation par l'Académie relate la date et le texte de cette approbation, faute de quoi l'annonce pourrait être considérée comme mensongère, frauduleuse et punie comme telle, aux termes du décret sur la presse du 23 février 1857. C'est ce que M. Robinet, au nom de cette commission, est venu déclarer à l'Académie, en soumettant à son approbation des conclusions qui auront pour effet d'appeler l'attention de l'autorité sur la répression des abus signalés dans ce rapport.

L'Académie a entendu ensuite une communication de M. Guérard, qui est venu porter à la tribune un texte de discussion qui ne peut manquer d'exciter le plus grand intérêt, la fièvre puerpérale. A l'occasion d'un fait malheureux dont il a été témoin avec M. Depaul, M. Guérard a rapidement passé en revue les diverses doctrines émises à différentes époques sur la nature de cette terrible affection et les traitements qui ont été successivement préconisés. Il est arrivé, sur le premier point, à cette conclusion : « qu'il est facile de dire ce que la fièvre puerpérale n'est pas, mais qu'il n'est pas aussi aisé de dire ce qu'elle est. »

Sur le second point, l'appréciation des méthodes de traitement très-diverses et surtout très-diversement jugées, peut se résumer dans les principes si connus de Sydenham en matière de thérapeutique des épidémies.

M. Guérard, en faisant cette communication, n'a pas eu d'ailleurs l'intention de traiter le sujet, mais seulement de poser des questions. Son but, ainsi qu'il l'a dit lui-même, « a été d'appeler à la tribune ceux de ses collègues qui, par la spécialité de leurs études et l'étendue de leurs connaissances, méritent de faire autorité dans la question. » Cet appel sera entendu sans aucun doute. Déjà M. Depaul a retenu la parole pour la prochaine séance.

Nous ne pouvons qu'applaudir à l'excellente idée qu'a eue M. Guérard de porter à la tribune cette importante question, convaincu comme lui que, « quel que soit le résultat de la discussion, il ne peut manquer d'être avantageux pour tous, soit par les vérités qu'il mettra en lumière, soit par les erreurs qu'il détruira ou les illusions qu'il dissipera, soit enfin par la direction nouvelle qu'il imprimera aux recherches à faire sur un sujet d'une aussi grande importance que celui de la fièvre puerpérale. »

La séance a été terminée par une lecture de M. le docteur P. de Pietra-Santa sur la non-existence de la colique de cuivre. On trouvera dans le compte rendu un résumé de ce travail, dans lequel l'auteur confirme par de nouvelles observations les conclusions qu'il avait déjà formulées dans un précédent mémoire. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUVIER.

Leçons cliniques sur les difformités du rachis.

TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE.

La scoliose est à peine considérée comme une maladie : on n'y voit qu'une difformité. Et cependant c'est un état plus grave que beaucoup de maladies réputées telles; elle pèse sur toute l'existence; elle entrave l'exercice des principales fonctions. La prévenir, la guérir, en atténuer les suites, voilà ce qu'on demande journellement à notre art. Jusqu'à quel point nous est-il donné d'y parvenir? Quels moyens doit-on employer dans ce triple but? C'est ce qui va maintenant nous occuper.

Une question préliminaire doit être résolue. Ici, comme dans toute thérapeutique rationnelle, il faut d'abord rechercher quelle est la fin naturelle de l'affection; il faut examiner s'il n'y a pas une thérapeutique spontanée, et quelle en est la marche.

Beaucoup de médecins s'en remettent au temps, à la nature, à la *croissance*, du soin de redresser les courbures commençantes. Tous les observateurs s'accordent sur l'extrême rareté de ces guérisons spontanées. Tous ont reconnu, non-seulement que la scoliose ne rétrograde presque jamais, mais encore qu'elle s'accroît généralement quand on l'abandonne à elle-même. L'idée fausse, que le rachitisme peut seul produire de véritables gibbosités, inspire trop souvent une sécurité fâcheuse, lorsque les jeunes malades ne présentent aucune trace de cette affection. Il faut que les praticiens soient bien pénétrés de cette vérité, que toute déviation spinale du jeune âge, même la plus légère, peut contenir le germe des difformités les plus considérables. J'ai eu maintes occasions de suivre pendant des années la marche croissante de la scoliose, depuis sa première apparition jusqu'à son degré le plus avancé. Je l'ai vue bien rarement disparaître par l'effet de l'accroissement du corps, même au début de la première période. La courbure sigmoïde de la deuxième période ne s'efface jamais d'elle-même. Ce qui a souvent fait croire à des guérisons spontanées, c'est qu'on ne distingue pas toujours avec assez de soin les simples flexions latérales des déformations réelles du rachis; et, on le sait, rien n'est plus commun que la disparition spontanée de certaines scolioses par flexion.

Mais plusieurs circonstances influent sur la marche de la vraie scoliose, sur la rapidité et la durée de ses progrès.

Une prédisposition héréditaire, le sexe féminin, le rachitisme, le bas âge ou les approches de la puberté, une constitution faible, une croissance rapide, les maladies de l'enfance ou de la jeunesse, les accouchements répétés, les travaux pénibles, surtout s'ils entraînent une action irrégulière des muscles, une vie trop sédentaire, des études trop assidues, favorisent l'augmentation du mal, qui peut ne s'accroître que très-lentement ou même rester stationnaire dans des conditions différentes ou opposées. Voilà comment il arrive que la déviation, après avoir fait longtemps peu de progrès, augmente tout à coup rapidement sous l'influence de quelqu'une des circonstances que je viens d'indiquer.

Des conditions analogues déterminent la durée, la cessation, le retour des progrès de la scoliose, à différentes époques de la vie. En général, la déviation reste stationnaire après la fin de l'accroissement, dans l'âge de la force, de vingt à trente ou trente-cinq ans. Mais elle s'accroît de nouveau à un âge plus avancé, et n'a souvent d'autres limites, dans la vieillesse, que celles que lui imposent la rencontre des parties solides étayées les unes sur les autres, et l'immobilité, l'ankylose des articulations vertébrales.

On le voit, ce n'est pas un objet de luxe, une affaire de pure coquetterie, que l'application de l'orthopédie aux déviations ra-

FEUILLETON.

Éloge de M. le baron L. J. Thénard, prononcé à la séance de rentrée de l'École supérieure de pharmacie de Paris, par M. L. R. LE CANU.

A la séance de rentrée de l'École de pharmacie, M. Le Canu, professeur titulaire, a prononcé l'éloge de M. Thénard.

Aux premières paroles de l'orateur, l'assemblée a compris qu'elle n'allait pas entendre une de ces banales oraisons funèbres, où les grâces du langage ne réussissent pas toujours à cacher la sécheresse des idées, mais bien une poétique réminiscence de ces temps héroïques de la science où l'illustre Thénard combattait au premier rang. A une époque d'égoïsme et d'ingratitude comme la nôtre, c'était un beau spectacle, c'était un salutaire exemple pour la jeunesse de notre école que de voir un professeur aimé et respecté donner à tous l'exemple de la modestie et de la reconnaissance.

M. Le Canu n'avait eu, il est vrai, qu'à écouter les généreux battements de son cœur toujours jeune ; mais combien d'autres que lui prêteraient en vain l'oreille à une pareille voix. Le succès a été complet, et les bravos des auditeurs ont interrompu, à plusieurs reprises, ce touchant souvenir d'un élève reconnaissant envers un maître qui n'est plus.

Nous voudrions pouvoir donner en entier à nos lecteurs le discours de M. Le Canu, mais l'espace nous manque, et nous devons nous contenter de n'en citer que les principaux passages. E. ROBIQUET.

« Né le 4 mai 1777, à la Louptière, petit village des environs de Nogent-sur-Seine, dans le département de l'Aube, de modestes agriculteurs, Louis-Jacques Thénard est mort à Paris, le 21 juin 1857. Allié par sa femme à l'une des premières familles du Dauphiné, possesseur d'une fortune considérable, fruit légitime de ses alliances, de ses labeurs et de sa bonne administration, il a parcouru l'une des carrières les plus longues, les mieux remplies, les plus fécondes qu'il soit donné à l'homme de parcourir.

» Le but que je me suis proposé, en esquissant la vie de M. Thénard, a été de vous entretenir de ses travaux de laboratoire et de son *Traité de chimie*; de me reporter par la pensée au temps où, sur les bancs du collége du Plessis, de la Sorbonne, du collége de France, nous prêtions à sa parole une oreille attentive; d'essayer de vous faire vivre un moment dans l'intimité du maître illustre, de l'homme excellent dont la main puissante soutint ma jeunesse, dont l'amitié honorera ma vie, dont l'appui tutélaire me vaut l'honneur d'être votre collègue, à vous, Messieurs : l'un de vos maîtres, à vous, jeunes élèves.

» Pendant plus d'un demi-siècle M. Thénard a contribué aux progrès de la chimie par la publication de travaux originaux d'une délicatesse extrême et d'une haute portée, exécutés avec une habileté, une précision telles, que leurs résultats résistent aux contrôles les plus sévères, et lui ont glorieusement conquis la place qu'il occupa durant quarante-sept ans à l'Académie des sciences.

» Qui donc contesterait le titre de grand chimiste à celui qui fut le digne élève de Fourcroy et de Vauquelin, le collaborateur de Gay-Lussac et de Dulong, l'émule de Davy, le maître de Dumas; qui sut inscrire son nom à côté des grands noms de Laplace, de Berthollet, de Malus, de Dulong, de Gay-Lussac, de Poisson, de De Candolle, d'Arago, de Humboldt et de Biot?

» N'eût-il servi la science que par la publication de son *Traité de chimie*, et par ses leçons à l'Athénée, à la Faculté, à l'École polytechnique, au collége de France, nous lui devrions encore une reconnaissance infinie, car personne ne sut mieux que lui la populariser.

» Que ceux d'entre vous, jeunes élèves, qui ne sont pas rebelles aux conseils d'un maître préoccupé de leur avenir, s'habituent par la lecture de l'ouvrage de M. Thénard à présenter en bon ordre les faits laborieusement inscrits dans les cases de leurs cerveaux, et lorsque viendra pour eux le moment difficile des examens et des concours, ils ne seront pas exposés aux cruels mécomptes que peut amener l'engorgement de la mémoire.

» L'esprit de méthode, le talent d'exposition qui distinguent son *Traité de chimie*, se retrouvaient dans les leçons de M. Thénard.

» Malgré sa profonde connaissance de la matière et sa longue habitude du professorat, il ne se présentait devant l'auditoire qu'après s'être à lui-même tracé le programme de sa leçon, qu'après avoir mûrement réfléchi à l'ordre suivant lequel y seraient traitées les questions qui devaient en faire le sujet.

» Il pensait qu'à chaque fait appartenait une place essentiellement propre à le mettre en relief, qu'il était du devoir du professeur de chercher à l'avance, de même que l'écrivain doit s'évertuer à faire disparaître de ses écrits les synonymes qui trahiraient son impuissance à trouver le mot propre.

» D'un autre côté, sa manière d'exposer les faits, d'en déduire les conséquences, de développer les théories appelées à rendre en quelque sorte visibles les évolutions des molécules élémentaires, à les faire suivre de l'œil dans leurs accouplements, dès lors à permettre d'assister à la naissance des combinaisons, était merveilleusement adaptée à la nature de son enseignement, nourrie et sobre, serrée et lucide, vive et contenue.

» Je le vois encore dans l'amphithéâtre du collége de France, où se presse une foule avide de l'entendre, où pas une place n'est demeurée vide, où les couloirs eux-mêmes sont encombrés d'auditeurs, où le professeur et ses aides sont comme assiégés dans l'étroite enceinte qui leur est réservée.

» Il est debout, portant fièrement sa forte tête qu'ombrage une

chidiennes dès leur principe; il y va de tout un avenir pour les individus menacés de gibbosité.

Je diviserai le traitement de la scoliose en préservatif et curatif.

Traitement préservatif. — C'est l'hygiène de la colonne vertébrale, considérée spécialement au point de vue des courbures latérales qui peuvent en altérer la forme. Cette hygiène constitue une partie importante de l'éducation physique des enfants. Elle consiste à éloigner les causes de déviation spinale, à placer le rachis dans les conditions les plus favorables à son développement en ligne droite. Elle est particulièrement nécessaire s'il existe une prédisposition connue à la scoliose, dans le cas d'hérédité présumé, d'ancienne disposition rachitique, de faiblesse de constitution, de croissance disproportionnée à l'état des forces, après les maladies longues, pendant une menstruation difficile, dans les flexions latérales liées à la claudication, à l'empyème, etc. Ce traitement prophylactique doit encore succéder au traitement curatif, tant que la courbure a de la tendance à se reproduire.

A l'égard des *circumfusa*, des *ingesta*, des *excreta*, des *percepta*, l'indication unique est de diriger leur influence de manière à favoriser la nutrition générale, et celle de l'appareil locomoteur en particulier. Faire des os forts, dans le jeune âge, au moyen d'un régime et d'un genre de vie imposés aux enfants, n'est peut-être pas, dans certains cas, un problème d'une solution plus difficile que celui de l'*entraînement*, à l'aide duquel on parvient à modifier profondément les formes et la proportion des divers systèmes organiques chez les jeunes animaux.

Les *applicata*, les *gesta*, ou les vêtements et les mouvements musculaires, exercent une action plus directe sur le rachis. Il importe d'en bien régler l'emploi à ce point de vue spécial.

La nécessité de mouvements musculaires fréquents et multipliés, dans l'enfance, est universellement sentie, et cependant les empiètements de l'éducation intellectuelle ont fini par réduire considérablement les exercices musculaires de la jeunesse. Cela peut être sans inconvénients graves pour beaucoup d'enfants heureusement constitués; mais il faut que les parents en soient avertis, les enfants, et surtout les filles, prédisposés par une cause quelconque à la courbure latérale de l'épine, ne peuvent être sans risque soumis à la même règle. Il faut à ceux-là de longues récréations, des jeux actifs en plein air, sinon leurs muscles deviennent plus débiles, leurs os, leurs vertèbres en particulier, moins résistants; des attitudes irrégulières s'établissent, et une scoliose par *flexion* hâte le développement d'une déformation qu'on eût pu éviter en sacrifiant moins complétement le corps à l'esprit.

La gymnastique, dont j'ai déjà montré les avantages dans les courbures antéro-postérieures, dans la courbure latérale par flexion, doit donc également figurer parmi les moyens de prévenir la scoliose par déformation. Ce n'est assurément pas un préservatif infaillible, mais c'est du moins un des plus efficaces.

Je comprends ici, sous le nom de *gymnastique*, non-seulement les exercices réguliers enseignés dans un gymnase ou ailleurs, mais encore tous les mouvements capables d'exercer régulièrement le système musculaire. La marche, la course, les mouvements spontanés des enfants dans leurs jeux, tant qu'ils sont conformes aux lois naturelles de l'organisme, ne leur sont pas moins utiles, au point de vue dont je m'occupe, que les tours de force et d'agilité des gymnasiarques.

La direction que l'on donnera aux mouvements, dans tous les instants où ce sera possible, devra tendre à procurer ce qu'on appelle un *bon maintien*, devra habituer les muscles extenseurs de la tête et du rachis à agir avec une force convenable, devra équilibrer à droite et à gauche l'action de ces muscles et de ceux des membres supérieurs et inférieurs. On préviendra ainsi l'influence des attitudes vicieuses, qui, malgré leur rôle secondaire dans la production de la scoliose, n'en favorisent pas moins le développement chez les sujets prédisposés.

Deux écueils sont à éviter dans cette hygiène particulière des attitudes et des mouvements : il ne faut pas pousser les uns jusqu'à une contrainte pénible, ni les autres jusqu'à un excès dangereux. Variez les attitudes, afin qu'elles ne deviennent pas une fatigue intolérable, qui produirait un effet contraire à celui que vous voulez obtenir. Proportionnez les mouvements à l'état des forces, et, sous prétexte de fortifier les muscles, ne les exposez pas à des efforts outrés, capables de nuire à leurs facultés contractiles.

Le repos alterne avec les exercices; il faut y suivre les enfants, s'assurer que leurs attitudes sont encore normales, éloigner de leurs études toutes les causes d'action irrégulière des muscles.

La position horizontale est quelquefois nécessaire pendant une partie des heures de repos; on la met en usage chez les sujets débiles, quand on a de fortes raisons de craindre la déformation de l'épine à cause des antécédents, de l'âge, etc. En déchargeant les vertèbres et leurs ligaments du poids des parties supérieures, la position horizontale les place dans la meilleure condition possible pour croître en ligne droite, et supprime, au moins momentanément, l'une des causes les plus actives d'incurvation.

Les vêtements doivent-ils être serrés, rigides, justes au corps, ou au contraire amples et lâches, chez les jeunes sujets disposés à la courbure latérale de l'épine? Les mouvements sont certainement plus libres, les muscles moins gênés, dans le second cas que dans le premier. Cependant l'usage si général et déjà si ancien des corsets chez les femmes, n'a pas montré que ce vêtement fût nuisible à la rectitude du rachis; on conçoit même que, modérément serré, il agisse comme une ceinture, à la manière des aponévroses d'enveloppe, et qu'il favorise l'action des muscles en exerçant sur eux une douce compression. Mais d'autres inconvénients ont depuis longtemps fait triompher l'opinion de Winslow et de J. J. Rousseau, du moins parmi les médecins. La plupart proscrivent les corsets dans l'hygiène des jeunes filles, et les défendraient même aux femmes s'ils ne savaient d'avance que leur voix serait étouffée par le désir de plaire, par ce désir que Jean-Jacques déclare légitime et nécessaire dans le sexe féminin.

J'ai déjà dit, en parlant de la cyphose et de la lordose, ce que je pense des corsets : il ne faut les employer que lorsqu'on ne peut s'en passer, mais il faut se garder de les proscrire. Dans la prophylaxie de la scoliose, on y aura recours avec avantage dans les cas de grande faiblesse musculaire ou de grande laxité des articulations du rachis. Ils soutiendront alors le tronc et préviendront des attitudes vicieuses, une inclinaison permanente des vertèbres, jusqu'à ce que les muscles et les ligaments aient acquis plus de force. Ils seront également utiles à la suite de l'empyème, quand l'épine commencera à s'infléchir dans le sens du demi-thorax rétréci.

Les corsets sont moins efficaces dans les différentes sortes de claudication. Ce qui est alors le plus urgent, c'est d'exhausser la chaussure du membre le plus court pour redresser le bassin, et avec lui le rachis.

Pour compléter ce qui est relatif au traitement prophylactique de la scoliose, j'ajouterai que le traitement de la scoliose par flexion fait naturellement partie du traitement préservatif de la scoliose par déformation, puisque la première tend à produire la seconde. Je renvoie sur ce point à ce que j'ai dit de ce traitement en parlant de la scoliose par flexion.

Traitement curatif. — Deux éléments constituent la courbure latérale de l'épine. L'anatomie pathologique nous a appris que la scoliose par déformation doit sa persistance au changement de forme des vertèbres et de leurs ligaments; mais, d'un autre côté, l'observation des sujets vivants nous a montré que l'inclinaison des vertèbres dans la station du tronc est due en outre à un mouvement qui se passe dans leurs diverses articulations, à une sorte de scoliose par flexion qui s'ajoute à la déformation. De là dérivent les deux indications capitales à remplir pour faire disparaître les courbures latérales du rachis : l'une est de rétablir la forme symétrique des pièces qui le constituent, l'autre de faire cesser l'inclinaison réciproque de leurs surfaces articulaires.

Je puis le dire par avance, de ces deux indications la première est beaucoup moins facile à remplir que la seconde.

Nous ne pouvons pas agir immédiatement sur la force de développement des vertèbres; nous ne pouvons pas la modifier directement, par exemple, lorsque l'hérédité la rend inégale à droite et à gauche dans une région de la colonne vertébrale. Les moyens dont nous disposons n'exercent sous ce rapport que deux genres d'influence : 1° ils produisent un surcroît d'activité nutritive favorable à l'accroissement régulier du squelette; 2° ils gênent mécaniquement l'accroissement du rachis à la convexité des courbures, et favorisent mécaniquement la formation osseuse, l'expansion ligamenteuse dans le sens de leur concavité. Ce second ordre de moyens se confond avec ceux qui s'opposent à l'inclinaison des articulations vertébrales.

Il n'y a donc, en définitive, que deux classes de remèdes dans le traitement de la scoliose : 1° des moyens dynamiques destinés à fortifier la constitution, à augmenter l'activité des fonctions; 2° des moyens physiques propres, d'une part, à agir sur les articulations des vertèbres, et, d'autre part, à modifier les conditions mécaniques de l'accroissement des pièces du rachis. Examinons ces deux ordres de moyens. (Nous nous bornerons ici à parler des moyens dynamiques, qui sont à la portée de tous les praticiens. Pour les moyens mécaniques, qui constituent le traitement orthopédique proprement dit, nous renverrons les lecteurs que cela pourrait particulièrement intéresser à l'ouvrage que M. Bouvier publie en ce moment.)

Moyens dynamiques. — La constitution généralement peu robuste des sujets atteints de courbure de l'épine, la part de la débilité originelle ou acquise dans l'étiologie de ces déviations, les avantages des fortifiants hygiéniques dans leur traitement prophylactique, conduisent à tenter les toniques à leur début, soit pour suspendre leurs progrès, soit pour rétablir le développement régulier du rachis. Plus tard, ces agents sont considérés à juste titre comme un utile auxiliaire des autres moyens de traitement.

C'est d'après ces données que l'on conseille, dans la scoliose, les bains d'eaux minérales, les bains de mer et de rivière, l'huile de foie de morue, les préparations de fer, le quinquina, les frictions stimulantes le long du dos, le massage de la même région, etc.

Il faut placer sur la même ligne que ces médications la gymnastique, c'est-à-dire l'exercice musculaire en général, pratiqué dans la mesure convenable pour agir comme fortifiant et non comme débilitant. Le choix des exercices est encore plus essentiel ici que dans le traitement prophylactique. Il en est qui peuvent nuire en raison de la conformation nouvelle du rachis; je reviendrai tout à l'heure sur les exercices spécialement applicables dans ce cas.

On ne doit pas s'abuser sur les effets de ces moyens dynamiques; deux idées théoriques peu exactes leur font souvent accorder plus de confiance qu'ils n'en méritent.

La première de ces théories ne voit dans la scoliose qu'un

épaisse et noire chevelure; sa haute taille se dessine sur le tableau tout couvert de chiffres et de figures placé derrière lui; son œil brillant d'intelligence et largement ouvert vient de passer en revue les appareils et les réactifs disposés sur la table; son regard s'est promené avec assurance sur ses auditeurs, comme pour prendre la mesure de leur entendement; à ses côtés se tient le préparateur attentif à ses mouvements, anxieux de devancer ses désirs; tous font silence.

» La leçon commence; la voix du professeur est pleine, sonore, vibrante, sa parole facile, rapide, abondante; sa main adroite au maniement des vases les plus fragiles, des instruments les plus délicats; son geste, prompt et quelque peu impérieux, est celui qui convient au commandement.

» Il aura parlé plus d'une heure sans que l'attention ait failli, tant les faits se seront enchaînés les uns aux autres, tant les théories destinées à leur servir de liens en auront été déduites avec clarté; tant les expériences, dont les résultats les devaient confirmer, auront été habilement choisies, les applications qui devaient en être les conséquences heureusement rappelées.

» M. Thénard attachait une importance extrême au succès des expériences de ses leçons. Rien ne lui était plus désagréable, plus pénible, que de voir se produire, en présence des élèves, un résultat différent de celui qu'il avait annoncé, et par cela même susceptible de jeter le trouble dans leur esprit.

» Aussi ne négligeait-il aucune des précautions propres à prévenir des déceptions de cette nature.

» Par une conséquence naturelle, lorsque des expériences de quelque importance venaient à manquer, ses mécontentements se trahissaient par des mouvements d'épaules, des froncements de sourcils, signes précurseurs d'un orage qu'une faute nouvelle ne manquait guère de faire éclater.

» La contrainte que la générosité de son cœur imposait aux ardeurs de son sang, ne faisait que rendre l'explosion plus violente, ainsi qu'il arrive des meilleures chaudières à vapeur dont les soupapes ont été surchargées.

» A l'issue d'une leçon dans laquelle il s'était abandonné à toute la fougue de son caractère, un illustre auditeur (on a dit que c'était M. de Humboldt) eut un jour la pensée charitable de réclamer du maître, en faveur du préparateur, un peu plus de patience.

» La tempête s'était apaisée, le beau temps était revenu, il fut aisé de mener la requête à bon port.

» — Mon pauvre garçon, dit-il un jour à ce même préparateur, vous » ne ferez jamais rien!

» — Votre horoscope ne m'inquiète guère, répondait celui-ci; quand » vous étiez son préparateur, Fourcroy vous a bien tiré le pareil.

» J'ai trop souvent essuyé de semblables bourrasques, pour n'avoir pas appris à compatir aux douleurs de ce spirituel Plagne, du bienveillant et sympathique Barruel, du regrettable Boissenot, de tant d'autres qui m'ont précédé ou suivi dans la carrière de préparateur.

» A cette époque, le personnel comprenait trois aides :

» Casaseca, devenu professeur de chimie à la Faculté des sciences de la Havane, celui-là qui eut l'heureuse chance de rencontrer la soude sulfatée anhydre au fond d'un lac des environs de Madrid, sa patrie, et la bonne pensée de la baptiser du nom de *Thénardite;* Serbat, aujourd'hui heureux et riche industriel, et méritant sa prospérité; puis Douglas. De beaucoup le plus instruit de nous tous, mais exemple frappant de la fatalité qui s'attache à certaines existences, en dépit de leurs droits à l'estime aussi bien qu'au succès, ce dernier usa sa rare érudition et ses belles facultés dans les ingrats labeurs d'une classe de collége.

» Dans le temps que Thénard et Dulong s'occupaient d'étudier l'action de certains corps sur les mélanges gazeux explosibles, je me souviens qu'ils étaient dans l'usage, le lundi matin, de se communiquer réciproquement les rédactions qu'ils avaient préparées pour la séance du soir à l'Institut.

» Or la rédaction de Dulong, que son collaborateur trouvait toujours préférable à la sienne, était invariablement réservée aux honneurs de la lecture.

» Je me souviens également qu'à mon retour d'une leçon de Dulong à la Sorbonne, M. Thénard m'ayant demandé ma pensée touchant le professeur que je venais d'entendre, ma réponse, qui sentait l'étudiant de première année, me valut ce supplément de leçon :

« Quand tu seras fort, retourne l'entendre, et tu pourras alors te » convaincre qu'il est impossible d'être plus maître de son sujet, plus » lucide et surtout plus heureux dans ses transitions. »

» C'est que le cœur haut placé de M. Thénard lui faisait trouver du bonheur à exalter les mérites de ses rivaux; c'est que là était la source de ces paroles, de ces actions, qui vont achever de vous le faire connaître, débarrassé de ses costumes d'apparat.

» Ses impatiences, devenues proverbiales, cédaient elles-mêmes à la crainte d'affliger.

» Quand nous nous remplacions, M. Clément Desormes et moi, près du lit où la fièvre le retenait (c'était en 1832; je n'ai garde d'oublier cette époque, car je quittai le cher malade au matin du jour de ma première leçon à cette école, et l'emploi de ma nuit me porta bonheur), il arriva que mon savant compagnon, affecté d'une toux qui ne lui laissait ni paix ni trêve, devint, pour le pauvre malade qu'elle empêchait de sommeiller, une cause involontaire de malaise indicible.

» Cependant, j'ignorerais encore ce que celui-ci eut à souffrir, si le matin, à ma question : « Comment avez-vous passé la nuit? » il n'eût fait cette angélique réponse :

« Je n'ai pu fermer l'œil, Clément n'a pas cessé de tousser; mais je » me suis bien gardé de lui laisser voir combien sa présence me fatiguait, dans la crainte de lui causer de la peine. »

» Il trouvait de ces mots qui résument tous les genres de délicatesse.

» Représentant de cette forte génération de 89, qui aura bientôt disparu tout entière, privilégié de cette grande époque, qui sûtes en

symptôme de scrofule devant céder aux anti-scrofuleux. Cette opinion, très-répandue parmi les médecins étrangers, a trouvé un appui dans l'hypothèse de Delpech sur l'affection primitive des ligaments inter-vertébraux, que cet auteur est disposé à rapporter au *vice scrofuleux*. Mais, vous l'avez vu, la prétendue intumescence des ligaments inter-vertébraux au début de la scoliose n'a jamais existé que dans l'imagination de Delpech. La scrofule n'est pas plus fréquente dans la courbure latérale de l'épine que dans toute autre circonstance; on voit très-peu de scrofuleux dans les établissements qui réunissent un grand nombre de jeunes sujets scoliotiques, et réciproquement vous trouverez très-peu de déviations latérales du rachis dans nos salles d'enfants scrofuleux.

La seconde théorie, qui n'a pas moins égaré les médecins, attribue uniquement la courbure de l'épine à une atonie générale, et surtout à la faiblesse des muscles; la conséquence est qu'elle doit guérir par les toniques et par le retour des forces musculaires. Delpech lui-même a très-bien montré le peu de fondement de cette supposition. Vous donneriez toute l'énergie possible aux muscles du rachis, que vous ne changeriez rien à la forme des vertèbres et de leurs ligaments; la courbure n'en subsisterait pas moins.

Il est presque aussi rare de voir les bains de mer, la gymnastique, etc., guérir la scoliose, que de la voir disparaître d'elle-même par le seul développement du corps. Il arrive plus souvent que des attitudes vicieuses, qu'une scoliose par flexion, réunies à une légère déformation, s'effacent par l'emploi de ces moyens, ce que l'on prend pour la guérison d'une vraie scoliose.

La méthode dynamique a paru quelquefois suffire pour rendre la déviation stationnaire; mais ce résultat est loin d'être constant, et, même à ce point de vue, il est préférable de ne pas se borner au seul usage de cette méthode.

J'ai vu Larrey appliquer des moxas du côté concave des courbures dorsales principales, afin d'activer la nutrition dans ce sens. Un médecin allemand prescrivait, en 1839, d'entretenir longtemps, à la manière de Pott, de larges cautères des deux côtés du rachis, afin d'exciter, disait-il, les nerfs organiques et de ramener ainsi la nutrition au type normal, ce qu'on obtient, suivant lui, dans les cas moins graves, à l'aide de simples frictions avec une pommade d'iodure de fer. Tous ces procédés curatifs ne reposent sur aucun fait bien observé, et je ne m'arrêterai pas à discuter les idées spéculatives qui leur ont donné naissance.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 février 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un arrêté en date du 15 février courant, par lequel, sur la proposition du conseil d'administration de l'Académie, il a nommé bibliothécaire adjoint M. le docteur Axenfeld.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Moselle et des Vosges, pendant l'année 1857;

2° Deux rapports particuliers de MM. Reignier et Fournier, sur des épidémies de fièvre typhoïde qui ont sévi, pendant la même année, dans les communes de Malavillers et Tromborn;

3° Un rapport de M. Jobert, de Guyonvelle, sur diverses affections médicales ou chirurgicales qu'il a traitées pendant la même année;

4° Un rapport de M. Manouvrier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Crespin;

5° Un rapport de M. Gremaud, sur une semblable épidémie qui a régné dans la commune de Miéry (Commission des épidémies.);

6° Une demande d'avis sur une source minérale sise à Saint-Romain-le-Puy;

7° Une semblable demande sur une source de Chambon, commune de Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme). (Commission des eaux minérales;

8° Des remarques historiques et critiques sur le cowpox ou picote des vaches, par M. Millon, médecin à Revel (Haute-Garonne). (Commission de vaccine.);

9° Diverses communications relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes.).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Duhalde et Halmagrand, docteurs en médecine, et M. Gaucheron, pharmacien à Orléans, adressent un mémoire sur l'administration du cyano-ferrure de sodium et de salicine dans les fièvres d'accès comme succédané du quinquina. (Commissaires : MM. Guérard, Soubeiran et Beau.)

— M. Eug. Fournier, pharmacien, adresse un mémoire sur la composition chimique des mollusques considérée dans ses rapports avec leur emploi médical. (Commissaires : MM Moquin-Tandon et Chatin.)

— M. le docteur Staub, à Saint-Wemdel (Prusse), adresse une note sur un cas d'épulis; il envoie la pièce pathologique pour être déposée au musée Dupuytren. (Commissaires; MM. Oudet et Malgaigne.)

— M. le docteur Socquet (de Lyon) adresse un mémoire sur les eaux minérales alcalines gazeuses de Condillac. (Commission des eaux minérales.)

— M. Eug. Marchand adresse une lettre relative à la présence de l'iode dans les eaux et dans le sol, dans laquelle il combat les opinions de M. de Luca. L'auteur annonce qu'il communiquera prochainement un travail sur ce sujet à l'Académie.

— M. SÉGALAS dépose sur le bureau un exemplaire du *Traité théorique et pratique de la chirurgie de l'œil et de ses dépendances*, par M. P.-J. Vallez (de Bruxelles).

— M. DEVERGIE, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le rôle du muguet dans la production de l'acidité buccale. Il rappelle que M. Gubler admet que le muguet engendre cette acidité, et que la commission, qui a répété ses expériences sur la fermentation acide produite par le muguet dans de l'eau sucrée, partage, sur ce point, l'opinion de cet auteur. Mais il y a ici une difficulté à laquelle on n'a pas fait attention. M. Chatin a prouvé que la salive normale produit la fermentation acide tout aussi bien que le muguet. Or, comme le muguet avec lequel on a obtenu cette fermentation était nécessairement imprégné de salive, il y a lieu de se demander si le champignon, comme tel, était bien pour quelque chose dans cette transformation chimique. M. Chatin aurait dû rechercher si parmi les substances animales autres que la salive, il n'en est pas qui partagent cette propriété avec elle. S'il en était ainsi, il se pourrait bien que l'acidité buccale fût due, non au champignon du muguet, mais à un état morbide de la bouche ou des liquides qu'elle contient.

M. CHATIN répond que M. Gubler attribue à l'oïdium albicans un double rôle vis-à-vis de l'acidité buccale; celle-ci favorise d'abord le développement du champignon, qui ensuite, à son tour, entretient la réaction acide.

Pour ce qui est de faire la part du muguet et de la salive dans le phénomène de la fermentation acide, M. Chatin croit qu'on y arrivera facilement en considérant que du muguet lavé, débarrassé par conséquent de la salive qui l'imprégnait, la produit tout aussi bien que celui qui n'a pas subi cette préparation.

M. DEVERGIE doute si le lavage nettoie suffisamment le muguet pour qu'on puisse regarder la question comme résolue. Il insiste sur la possibilité de produire la fermentation à l'aide de la salive normale alcaline. M. Chatin n'a-t-il pas trouvé d'autres substances animales qui possèdent cette propriété?

M. CHATIN répond qu'elle est commune à un grand nombre de ces matières.

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport sur les annonces mensongères. La commission, par l'organe de son rapporteur, propose les conclusions suivantes :

1° Il y a lieu, dans l'intérêt public, de s'opposer, par toutes voies de droit, à ce que des remèdes non autorisés soient annoncés comme ayant reçu l'approbation de l'Académie impériale de médecine;

2° Il ne convient pas moins de réprimer cet abus, dans l'intérêt du décret du 3 mai 1850, dont l'Académie est appelée à proposer l'application. (Adopté.)

LECTURES.

Fièvre puerpérale. — M. GUÉRARD fait une communication verbale sur la fièvre puerpérale. A l'occasion d'un cas intéressant de cette maladie qu'il a eu occasion d'observer récemment (avortement au cinquième mois; fièvre puerpérale; emploi du sulfate de quinine; mort), il juge opportun d'apporter à la tribune de l'Académie cette question, sur laquelle elle n'a reçu que des communications de peu d'importance. Elles se réduisent à une lettre de M. le professeur Faye (de Norvége), sur le traitement de la fièvre puerpérale; une lettre de M. Arnett sur les moyens employés par M. Semmelweiss (de Vienne), pour la prévenir; une autre de M. Devilliers fils, sur quelques phénomènes physiologiques de l'état puerpéral et leur influence pathologique; enfin, une lettre de M. Beau sur le traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine.

Pendant ce temps, la science a marché; d'anciennes théories se sont écroulées, de nouvelles ont trouvé faveur. Il importe que l'Académie s'occupe des questions soulevées dans tant d'ouvrages importants; son droit de libre discussion, l'abondance des lumières qu'elle peut apporter à leur solution, lui en font un devoir. C'est dans le but de provoquer dans son sein une discussion sur ce sujet, ajoute M. Guérard, que je vais lui soumettre quelques considérations relatives à la nature, au mode de propagation et au traitement de la fièvre puerpérale.

Laissant de côté les anciennes hypothèses sur la nature de la maladie, il importe d'être fixé sur la part des phlegmasies locales et de la pyoémie dans cette pathogénie.

Quant aux premières, on ne pourrait leur attribuer le rôle de cause productrice de la fièvre, que si elles étaient constantes, et si, d'autre part, elles n'apparaissaient jamais qu'avant la fièvre. Or aucune de ces deux conditions n'est remplie. On voit des cas foudroyants de fièvre puerpérale sans lésion locale. Puis, chaque lésion locale, prise isolément, peut manquer et manque souvent. Ainsi M. Tonnelé, sur 222 cas de fièvre puerpérale, en a vu 29 sans péritonite, 25 sans métrite, et 88 sans phlébite ou lymphite. MM. Voillemier et Bourdon sont arrivés à des résultats analogues. D'autre part, on voit souvent la fièvre apparaître peu après la délivrance ou même pendant les derniers moments du travail, tandis que les phlegmasies locales ne se montrent que beaucoup plus tard. Leur nombre, leur intensité, leur siége, varient d'ailleurs beaucoup dans les différentes épidémies, si bien que l'on a cru voir dans l'existence d'un foyer purulent, dans un point quelconque de l'organisme, le caractère anatomique de la maladie. Cette définition est sans doute fautive; mais ce qui précède prouve au moins que lorsqu'il y a des phlegmasies locales, elles ne sont pas primitives; elles ne représentent que des effets d'une cause générale à laquelle elles sont manifestement subordonnées.

La théorie de la pyoémie explique-t-elle mieux que celle de l'inflammation locale les divers phénomènes de la fièvre puerpérale? Mais d'abord la phlébite (à laquelle on rapporte la pyoémie) n'est pas constante; dans les cas de M. Tonnelé elle a manqué deux fois sur cinq. D'autre part, M. Duplay rapporte l'observation d'une femme qui présenta quelques symptômes de phlébite utérine (toutefois sans symptômes de fièvre puerpérale), qui mourut d'une autre maladie, et chez laquelle on trouva encore du pus concret dans les veines, c'est-à-dire que la phlébite peut verser du pus dans le sang sans produire aucun des symptômes de la fièvre puerpérale. Les expériences dans lesquelles on injectait du pus dans les veines n'ont, pas plus que les faits pathologiques, la portée qu'on leur a attribuée. Tout le monde connaît celles de Gaspard et les longues théories sur les obstructions capillaires auxquelles, avec celles sur la transfusion du sang, elles ont servi de base. Les recherches récentes de M. Brown-Séquard ont prouvé que le volume des globules sanguins ou autres n'a nullement l'importance qu'on s'est plu à lui attribuer, et que les accidents que l'on imputait à l'obstruction des capillaires, auraient pu être facilement évités au moyen

---

partager les grandes aspirations et vous défendre de ses funestes égarements, ce n'est plus l'élève, ce n'est plus le chimiste, c'est l'homme, c'est le citoyen qui vous salue.

» Par une sorte de fatalité, je n'ai connu que dans ces dernières années les trésors d'érudition littéraire que possédait cet homme vraiment complet.

» Je savais qu'il avait fait de bonnes études au collége de cette petite ville de Sens dont il nous parle dans son *Traité de chimie*, à l'occasion des propriétés désinfectantes du charbon.

« Je me rappelle, dit-il, avoir vu, dans ma jeunesse, les habitants » des environs de Sens jeter dans les fontaines, pour assainir les eaux, » des brandons enflammés des feux de la Saint-Jean. »

» J'avais appris, en outre, de M. Boullay, que reçut des mains de Vauquelin le jeune Bourguignon, nouveau débarqué à Paris, et fut chargé de l'initier aux travaux de laboratoire dans cette école même, que le futur président de l'Académie des sciences possédait, dès cette époque une instruction solide et variée.

» Mais j'ignorais qu'il se fût nourri de la lecture de nos grands classiques; que Boileau, La Fontaine, Molière, Racine, Corneille lui fussent surtout familiers.

» Pendant les soirées des hivers de 1856 et de 1857, que nous avons passées seuls avec lui, ma chère compagne, je devrais dire mon fidèle compagnon et moi, il s'est montré sous un jour nouveau. Le chimiste avait fait place à l'amateur de la saine littérature.

» A demi enseveli au milieu des épais coussins de son large fauteuil, dans l'attitude où nous le représente la magnifique photographie de Legray et de Méhédin; d'une voix quelque peu théâtrale, qu'il semblait avoir gardée de ses anciennes relations avec le grand tragédien Talma, il nous récitait des scènes, qu'il analysait et commentait ensuite avec une pureté de goût, un bonheur d'expression que lui eussent pu envier plus d'un littérateur officiel.

» Je me croyais revenu au temps où je courais, entre deux de ses leçons, entendre le spirituel Andrieux, l'élégant Leclerc, l'éloquent Villemain, et chaque fois que nous le quittions, je me demandais s'il s'était en réalité, pendant soixante ans, occupé de recherches expérimentales; s'il était bien l'auteur de l'excellent *Traité de chimie* qui porte son nom; s'il méritait la réputation du professeur le plus exact qui ait jamais occupé une chaire, du membre le plus assidu aux séances du comité administratif, de la Société d'encouragement, de l'Institut, du conseil supérieur de l'instruction publique, de la chambre des députés et de la chambre des pairs, cet autre Mécène (*præsidium et dulce decus meum*) qui me faisait, à titre de remerciment, redire avec le vieil Horace :

Ille nobis hæc otia fecit.

» Merci, mille fois merci, cher et glorieux appui, de nous avoir fait de si charmants loisirs!

» A ces entretiens littéraires s'en mêlaient de non moins attachants, relatifs au projet qu'il mûrissait de créer cette Société de secours des amis des sciences, dont il fut à la fois le fondateur, le bienfaiteur, et que lui seul peut-être était en position de porter en quelques mois au degré de prospérité qu'elle atteint.

» La séance d'inauguration eut lieu, vous vous en souvenez, le 5 mars de cette année, et M. Thénard fut, à l'unanimité, porté au fauteuil de la présidence.

» A peine venait-il, d'une voix toute virile, d'exposer l'objet de la réunion, d'exprimer l'espérance d'*avoir formé en un faisceau que rien ne devait rompre ceux qui cultivent les sciences, les appliquent ou seulement en sentent le prix*, qu'un abbé, à cheveux blancs, prit à son tour la parole, et se faisant l'interprète des sentiments de l'assemblée dans une allocution chaleureuse, remercia l'illustre vieillard d'avoir encore ajouté au respect et à la reconnaissance qu'inspirait sa longue et bienfaisante carrière.

» Le souvenir de la scène du Collége de France que je vous ai racontée me revint alors en mémoire, et je crus retrouver quelque ressemblance entre l'orateur et l'un de nos séminaristes de 1822.

» Les réminiscences de sa jeunesse, et les soins qu'il donnait au développement d'une Société devenue l'objet de ses plus chères préoccupations, venaient heureusement faire diversion aux poignantes douleurs qui assaillirent M. Thénard dans ses dernières années.

» Il avait, coup sur coup, vu tomber à ses côtés :

» Sa belle-mère, sa belle-sœur, son neveu Tampour, l'une des espérances du barreau; le second de ses fils, l'aimable Henri; la compagne de ses meilleurs jours, fille d'un pair de France, M. Humblot, petite-fille de cet homme extraordinaire, Conté, qui, des infimes fonctions d'apprenti jardinier d'un hospice, à force de génie, s'éleva jusqu'à mériter qu'il fût dit de lui :

» Par Napoléon dans ses *Mémoires*, Conté, homme universel, était capable de créer les arts de la France dans les déserts de l'Arabie.

» Je pourrais longtemps encore, Messieurs, vous entretenir de M. Thénard, car j'aurais à dérouler devant vous trente-huit ans de sa belle et bonne vie, mais je m'arrête, et je lui dis un dernier adieu :

» Dans cette enceinte qui servit de berceau à son illustration :

» En face des portraits de Parmentier, de Vauquelin, de Deyeux, de Laugier, de Robiquet, de Pelletier, ses collègues et nos maîtres; en présence de ces élèves qui demandent chaque jour à son livre la plus forte part de leur instruction; de cet auditoire où tant de cœurs ont battu à la seule pensée d'entendre parler de lui.

» Puissiez-vous, ô mon protecteur et mon maître, dans le séjour des justes que vous habitez, me garder la tendresse qui vous dictait ces lignes :

» Venez vous mêler à ma famille, vous savez bien que je vous aime » comme si vous étiez mon fils! »

» Et sentir à la sincérité de mes accents de douleur, que je vous aimais et vous vénérais comme un père! »

d'une petite saignée pratiquée avant l'opération. Tout le monde n'a pas, d'ailleurs, réussi à produire, à l'aide des injections de pus, les noyaux purulents sur lesquels MM. Prévost et Dumas ont encore tant insisté. F. d'Arcet ne les a pas observés. Comment, enfin, concilierait-on avec la théorie de la pyoémie une observation de M. Duplay dans laquelle on trouva du pus dans tout le système circulatoire chez une femme qui n'avait présenté pendant la vie aucun symptôme de fièvre puerpérale ni d'infection purulente?

Cette théorie n'est donc pas plus admissible que la précédente.

Il est facile de dire ce que la fièvre puerpérale n'est pas; il n'est pas aussi aisé de dire ce qu'elle est. Une étude attentive des symptômes donnera peut-être, malgré les difficultés, le mot de l'énigme.

Il faut d'abord remarquer que, malgré les différences considérables qu'on observe entre diverses épidémies de fièvre puerpérale, on leur trouve à toutes des traits communs qui distinguent parfaitement la fièvre puerpérale de toutes les autres maladies. Les caractères communs, constants, qui nous permettent d'assigner à cette fièvre une place déterminée dans le cadre nosologique, paraissent devoir être rapportés aux conditions propres à la femme enceinte ou en couches; tandis que ceux qui impriment à chaque épidémie son cachet individuel sont plutôt le fait du milieu où se développe la maladie, de conditions extérieures aux sujets qu'elle frappe. Et d'abord des faits nombreux nous portent à admettre une cause, une influence générale. Botherell rapporte que dans l'épidémie qui régna en 1842 et 1844 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, les angioleucites étaient un des phénomènes les plus fréquents; eh bien, pendant toute la durée de l'épidémie, on les observait également chez les hommes et les femmes non accouchées qui se trouvaient dans d'autres salles du même hôpital; elles y survenaient à l'occasion des affections les plus variées.

Voilà pour la cause générale, extérieure, si je puis dire. Quant aux aptitudes morbides qui dérivent de l'état de grossesse et de puerpéralité, elles ne sont pas douteuses. Je crois que la subordination morbide qui relie l'enfant et la mère n'a pas d'autre cause. Un mot seulement à ce sujet.

Nous savons par les travaux de MM. P. Dubois, Danyau, Moreau, Trousseau, que la mortalité des nouveau-nés est plus forte pendant les épidémies de fièvre puerpérale qu'en tout autre temps; qu'alors aussi ceux-ci sont plus souvent atteints de muguet et d'érysipèle. M. M'Clintock a constaté le même fait à Dublin en 1844. Des relations de ce genre ont été encore signalées dans plusieurs thèses présentées à la Faculté de médecine de Paris; je citerai celles de M. Masson (1845(et de M. Duhamel (1850), et surtout l'important travail de M. Lorrain sur *l'état puerpéral chez le fœtus et l'enfant nouveau-né* (1855). Personne n'a insisté autant que M. Lorrain sur cette subordination dont je parlais tout à l'heure; le premier, il a remarqué qu'elle était réciproque, il l'a poursuivie jusqu'au septième mois de la vie intra-utérine, il a fait remarquer la coïncidence fréquente de lésions analogues, la péritonite, par exemple, chez la mère et chez l'enfant. M. Lorrain a signalé en outre un fait intéressant: c'est que la plupart des femmes qui furent atteintes de péritonite après l'avortement mirent au monde des fruits morts plus ou moins macérés. On ne peut s'empêcher, en présence de ces faits, d'admettre là un principe qui se transmet, et que dans l'état actuel de nos connaissances nous ne pouvons guère assimiler qu'aux virus.

Cette hypothèse d'un *virus* semble devenir une réalité en présence des faits relatifs à la transmission de la fièvre puerpérale. Ils mènent presque inévitablement à la doctrine de la contagion. Mais d'abord, remarquons que lorsqu'une femme accouche dans une salle où règne la fièvre puerpérale, elle a beaucoup plus de chances de prendre la maladie, si elle y est entrée récemment, que si elle y a fait un séjour un peu prolongé. Il est inutile d'insister sur les particularités que présente le mode de développement des épidémies. Tout le monde les connaît.

La contagion a trouvé un partisan des plus zélés dans M. Semmelweiss (de Vienne); et il faut dire que les conséquences auxquelles l'a conduit cette doctrine semblent justifier, au moins jusqu'à un certain point, sa manière de voir. Pour empêcher la transmission (supposée) de la maladie par les doigts des élèves, ce médecin leur imposa des lotions avec une dissolution de chlorure de chaux après chaque toucher ou après les autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale. Ces essais, institués en 1847, furent suivis, dit-il, d'un succès presque complet. Jusqu'alors, en avril et mai, la mortalité avait été de 36 à 57; du moment où les lotions chlorurées furent prescrites, elle tomba à 3-12 (de juillet à décembre); le tout sur 300 accouchements. M. Michaëlis (de Kielb) paraît avoir obtenu le même succès de cette méthode. A ces faits, qui sont trop beaux pour qu'on ne soit pas tenté de les rapporter à une modification survenue dans la constitution épidémique, on peut en joindre d'autres qui semblent corroborer l'opinion de M. Semmelweiss. J'en emprunte deux à M. Depaul: Un accoucheur, après avoir fait l'autopsie d'une victime de la fièvre puerpérale à l'hôpital, délivre une femme en ville; celle-ci est prise de la même maladie; et pourtant il n'y en avait pas eu en ville jusque-là. — M. Depaul a encore vu une accoucheuse mourir de la fièvre puerpérale après avoir soigné une malade atteinte de cette maladie. Ici l'autopsie vint malheureusement confirmer le diagnostic porté pendant la vie: on trouva toutes les altérations propres à ce genre d'affection.

Ne semble-t-il pas ressortir de ces faits qu'il y a là en jeu un principe transmissible et inoculable, un virus, en un mot?

Vient enfin la question du traitement. Des trois méthodes les plus célèbres, antiphlogistiques, narcotiques et vomitifs, la première ne compte plus guère de partisans; elle n'a jamais donné que de médiocres succès, et elle peut entraîner de graves dangers.

Il n'en est pas de même des narcotiques, opium, aconit, quinine, qui paraissent avoir donné des résultats avantageux incontestables. Il y a plus de quinze ans, dit M. Guérard, que je les emploie; je n'avais pas connaissance, en commençant mes recherches, de celles entreprises par M. Churchill (de Dublin) dès 1835; la méthode suivie par ce médecin diffère du reste essentiellement de la mienne par l'emploi simultané du calomel, des antiphlogistiques et des révulsifs cutanés. Mon traitement a été plus simple; je n'ai employé que l'opium à haute dose. En le donnant dès les premiers moments de l'invasion, pendant le frisson initial même, il m'a semblé que je lui devais des succès réels; M. Depaul a été tout aussi heureux; il est vrai que je n'ai jamais eu l'occasion de l'employer autrement que dans des cas sporadiques; mais dans ces cas, il m'a souvent paru que la marche de la maladie était enrayée à son début. Tantôt il n'en restait rien, tantôt la nature maligne de la maladie semblait céder seule au médicament, et il restait des lésions locales, peu graves relativement, comme des abcès de la fosse iliaque ou des annexes utérines; dans un cas, c'était un phlegmon d'un des ligaments larges qui guérit par résolution.

Vous connaissez les résultats obtenus au moyen du sulfate de quinine, à l'hôpital Cochin, par M. Beau. Cet alcaloïde paraît encore avoir rendu de signalés services comme prophylactique à M. Leudet (de Rouen). M. Leudet le donna pendant quelque temps (à la dose de 1 gramme dans les vingt-quatre heures) à toutes les accouchées du service de l'Hôtel-Dieu; deux seulement des soixante-deux femmes auxquelles il l'administra n'échappèrent pas à l'influence épidémique, et de trente autres accouchées auxquelles ce médicament n'avait pas été donné, dix-neuf furent atteintes. Ces faits méritent certes une sérieuse attention.

J'arrive à l'ipéca. Vous vous rappelez avec quel succès Doulcet l'employa à l'Hôtel-Dieu en 1782. Ses successeurs ne furent pas aussi heureux que lui. L'ipéca semblait avoir perdu son efficacité. Et puis, quand Desormeaux le reprit en 1829, il fit de nouveau merveille au début de l'épidémie. Tonnelé, qui a fait l'histoire de cette épidémie, dit à ce sujet: « Toutes ne guérirent pas, mais un grand nombre furent délivrées comme par enchantement, et nous vîmes un instant se reproduire les brillants résultats qui avaient suivi l'emploi de cette méthode entre les mains de Doulcet, de Doublet et des médecins de l'Hôtel-Dieu. Mais à la fin d'octobre, les vomitifs perdirent peu à peu leur influence; vers le milieu de novembre, on n'en retira plus aucun fruit, et M. Desormaux dut en suspendre l'usage, jusqu'à ce que les conditions favorables à son emploi vinssent se présenter de nouveau. »

Cette phrase remarquable me paraît porter avec elle un double enseignement:

D'abord, elle semble frapper d'avance de stérilité toute recherche ayant pour but la découverte d'un médicament ou d'une médication applicable à toutes les épidémies de fièvre puerpérale.

En second lieu, elle rappelle l'attention vers les principes de Sydenham en matière de thérapeutique des épidémies.

Il nous faut donc, ajoute M. Guérard, admettre dans cette redoutable affection une cause générale dominant toutes les individualités, et sans doute aussi une thérapeutique variant avec ces mêmes individualités morbides.

M. Guérard, après quelques considérations générales relatives à l'influence qu'ont exercée les doctrines régnantes, il y a une trentaine d'années, sur l'étude des questions de ce genre, termine en renouvelant l'appel qu'il fait à ses collègues.

M. DEPAUL est d'accord avec M. Guérard sur l'importance de la question de la fièvre puerpérale; il est convaincu qu'une discussion académique sur cette maladie désastreuse est désirable dans l'intérêt de la science et dans celui de l'humanité; car si elle ne réussit pas à éclaircir toutes les obscurités qui couvrent encore plusieurs des problèmes qui s'y rattachent, elle aura au moins l'avantage de dissiper quelques doutes, de mieux poser certaines questions, et ce sera toujours un acheminement vers la vérité. Mais pour qu'il en résulte de pareils fruits, il faut s'y préparer sérieusement. Il propose donc de renvoyer la discussion à la prochaine séance, dans laquelle il se réserve de prendre la parole.

La discussion sur la fièvre puerpérale est renvoyée à la prochaine séance.

Non-existence de la colique de cuivre. — M. DE PIETRA-SANTA lit une note complémentaire sur la non-existence de la colique de cuivre.

Il s'agit de déterminer l'insalubrité ou l'innocuité des travaux auxquels se livrent les artisans qui travaillent le cuivre et ses alliages.

Les conditions particulières dans lesquelles s'est trouvé notre confrère au moment de ses recherches sont les suivantes:

Prison située au centre d'un quartier populeux; atelier étroit, médiocrement ventilé; ouvriers de force et d'âge moyens; alimentation saine mais peu abondante; poussière de cuivre voltigeant sans cesse dans l'air, visible à travers un rayon solaire.

Trois années d'étude l'avaient conduit aux conclusions suivantes:

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre sans altération appréciable pour sa santé.

2° La colique de cuivre, telle qu'elle est décrite par les auteurs du dix-huitième siècle, et plus près de nous par MM. Blandet et Corrigan, n'existe pas.

Des réserves ayant été faites par quelques confrères, M. de Pietra-Santa a entrepris une nouvelle série de recherches de juillet 1855 à juillet 1856, pendant que la population des Madelonnettes a été de 2,258 prisonniers, 539 malades et 16 morts. L'atelier des tourneurs a reçu 56 détenus; chacun a passé six mois en moyenne dans l'atelier sans accidents sérieux, comme le prouve une statistique soigneusement établie.

Ces renseignements sont d'autant plus précis que dans une prison le médecin a les détenus sous sa main. Il peut les suivre, les surveiller, se rendre compte de la marche de la maladie, de l'influence des médicaments.

M. de Pietra-Santa examine ensuite l'incertitude qui existe parmi les partisans même de la colique de cuivre, et il trouve dans ces divergences profondes un argument en faveur de son opinion.

La symptomatologie de Derbois, de Rochefort, diffère complétement de celle de M. Blandet, et celle de ce dernier n'a aucun rapport avec les détails fournis par le médecin de la reine d'Angleterre, le docteur Corrigan.

Voilà les conclusions du docteur de Pietra Santa:

Considérant les conditions favorables dans lesquelles ont été faites ces recherches, les résultats fournis par l'étude et l'observation d'ouvriers soumis pendant des mois entiers à une surveillance intelligente, la divergence qui existe dans la symptomatologie posée par les partisans de cette affection morbide, je suis autorisé à regarder comme vraies les deux propositions sus énoncées:

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre sans altération appréciable pour sa santé;

2° La colique de cuivre telle qu'elle est décrite par les auteurs du dix-huitième siècle, et plus près de nous par MM. Blandet et Corrigan, n'existe pas.

Je me joins, en conséquence, avec plaisir à MM. Chevalier et Boys de Loury pour dire: « C'est, nous l'espérons, avoir rendu service à l'humanité que d'être arrivé à démontrer la non-existence de la colique de cuivre. Les ouvriers peuvent donc sans crainte travailler à ce métal. La démonstration de l'innocuité du travail du cuivre doit donner plus d'impulsion aux travaux des fondeurs, travaux dont les résultats sont si brillants pour les arts et de première nécessité pour l'industrie.»

(Le travail de M. de Pietra-Santa est renvoyé à la commission précédemment nommée.)

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans le dernier numéro de votre journal le compte rendu de la séance de la Société de chirurgie du 10 février, séance en partie consacrée à la discussion d'un rapport de M. Gosselin, sur un travail de M. Gillebert d'Hercourt, ayant pour titre: *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incurvation vertébrale dans le traitement de la maladie de Pott.*

J'avoue que ce n'est pas sans quelque surprise que j'ai vu M. le rapporteur citer à l'appui de la thèse qu'il défendait une pratique qu'il croit être la mienne, enrichie d'ailleurs d'une théorie dont je ne puis accepter la responsabilité. Voici, en effet, comment s'exprime M. Gosselin: « D'ailleurs, il y a des chirurgiens, entre autres M. Nélaton, » qui posent en principe qu'il faut toujours faire marcher les malades, » afin que le poids du corps favorise l'affaissement des vertèbres et la » production de la gibbosité. »

La netteté et la précision de cette citation me firent presque douter de moi-même. J'ai donc voulu revoir ce que j'avais écrit sur ce sujet, et je trouve dans mon *Traité de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 118: « Le traitement du mal de Pott présente trois indications principales:

1° Modifier la disposition générale de l'économie, en vertu de laquelle s'engendre le tubercule;

2° Combattre le travail phlegmasique développé dans les parties qui entourent le foyer tuberculeux;

3° *Prévenir les désordres qui pourraient résulter des mouvements qui se passent au niveau de la partie affectée de l'épine...*

« Dans le but d'obtenir l'immobilité de la colonne, M. Bonnet a fait construire deux appareils, dont l'un est destiné aux malades qui gardent le lit, et l'autre à ceux qui se lèvent et marchent; le premier consiste en une sorte de plastron...; le second est composé de deux ressorts terminés par des béquilles qui vont appuyer sur les parties externes et supérieures de la poitrine. Une ceinture, placée au-dessus du bassin, sert à soutenir la partie inférieure de ces béquilles. » J'ajoute en terminant: « Cet appareil est surtout utile *lorsque les malades commencent à se lever*. »

Je comprends difficilement par quelle préoccupation d'esprit on a pu voir dans les passages que je viens de rappeler le précepte formel de faire toujours lever les malades, afin que le poids du corps favorise l'affaissement des vertèbres et la production de la gibbosité.

J'espère, du reste, avoir prochainement l'occasion d'exposer d'une manière complète la manière dont je comprends le traitement du mal de Pott, et je vous prierai d'accueillir avec votre bienveillance habituelle l'article que je publierai sur ce sujet.

Veuillez agréer, etc. NÉLATON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les professeurs Malgaigne et Piorry, n'ayant pu accepter les fonctions de juge suppléant au concours pour 2 places de chirurgien au bureau central, qui s'ouvrira le 8 mars, M. le professeur P. Dubois devient juge titulaire, et M. le docteur Pidoux a été nommé juge suppléant à la place de M. Piorry.

On nous apprend que M. Pidoux n'a pu accepter: il reste donc deux juges suppléants à nommer.

— En publiant la liste des candidats inscrits pour le concours du bureau central (chirurgie), nous avons omis le nom de M. Bauchet.

— La Société de médecine de Lyon a entendu avec un vif intérêt, dans sa dernière séance, la lecture de la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée par M. le docteur Paillon dans la commune de Sainte-Foy-lès-Lyon.

— M. le docteur F. A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, reprendra ses conférences cliniques le lundi 1er mars 1858, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin. La conférence du lundi sera spécialement consacrée aux maladies du cœur et des poumons; celle du mercredi, aux maladies des organes abdominaux; celle du vendredi, aux maladies de l'utérus et de ses annexes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr CRAMOISY. Prix: 2 fr. Chez J. B. Baillière.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Des formes diverses de la grippe et de quelques épiphénomènes ou complications.

Dans le très-rapide aperçu que nous avons publié sur la grippe, nous avons tenu surtout à faire ressortir un de ses caractères essentiels, qui se retrouve dans toutes les épidémies antérieures avec lesquelles, du reste, l'épidémie actuelle présente les plus grandes ressemblances. Ce caractère, c'est la multiplicité et la diversité des formes symptomatiques et des localisations d'une affection identique d'ailleurs au fond. Sans doute, parmi les localisations de la grippe, il en est, comme la bronchite, dont la fréquence est telle qu'elle peut être regardée comme le phénomène morbide principal. Mais si l'on considère que la bronchite existe rarement seule, que, sans parler des phénomènes généraux de courbature et de fièvre qui la précèdent et l'accompagnent, elle coexiste le plus ordinairement avec une céphalalgie fixe des plus tenaces, avec de l'angine, avec un état saburral et divers autres phénomènes gastro-intestinaux; que, dans quelques cas même, toute la série de ces phénomènes morbides se manifeste sans que la bronchite y prenne aucune part; il faudra bien reconnaître, contrairement à l'opinion qu'on a cherché à faire prévaloir dans des ouvrages dont nous nous plaisons d'ailleurs à proclamer très-haut les mérites, que la grippe est autre chose qu'une bronchite avec des phénomènes généraux. Ainsi que le pensaient tous les auteurs anciens qui nous ont transmis l'histoire d'épidémies analogues, la grippe est une maladie générale avec des phénomènes prédominants de bronchite; ou mieux prenant pour type les cas où les phénomènes morbides ont atteint leur summum d'intensité, une maladie générale avec un état phlegmasique catarrhal de tout le système muqueux gastro-pulmonaire.

Nous irons plus loin encore, et si nous considérons d'une part la généralité de la cause de la grippe, et d'autre part l'identité des phénomènes d'invasion, nous serons naturellement conduit à placer sous son influence des états morbides, qu'au premier abord on ne serait point porté à lui attribuer, tels que des rhumatismes, des névralgies, des affections des séreuses, des épanchements, etc. Tel est le cas où l'on voit survenir un de ces états morbides soit simultanément avec les symptômes les plus ordinaires de la grippe, soit pendant son cours et comme complication, soit isolément à la suite du frisson initial de la courbature et des autres phénomènes prodromiques qui annoncent d'ordinaire l'invasion de la maladie régnante.

Il semble que sous l'influence d'une cause générale qui n'a rien de spécifique en soi, et qui n'a d'autre effet commun que de produire une perturbation plus ou moins profonde dans l'organisme, chaque individu y réponde suivant ses prédispositions et suivant l'aptitude pathologique de tel ou tel organe.

C'est là du reste un fait d'observation qui est loin d'être nouveau, et que presque tous les épidémiologistes se sont attachés à faire ressortir. « La fièvre catarrhale, dit Stoll (la fièvre catarrhale de Stoll n'est autre que notre grippe), toujours identique au fond, affecte d'ordinaire plus particulièrement tel ou tel organe, suivant que cette fièvre le trouve plus disposé à la recevoir.»

Il nous a paru utile, sans trop insister toutefois, d'appeler de nouveau l'attention sur ce point, parce qu'elle nous semble en avoir été trop longtemps détournée par la préoccupation trop exclusive des localisations dont on a fait le caractère essentiel ou au moins principal de la plupart des maladies, au lieu de les subordonner à la considération de la cause et de la nature de l'affection générale qui les domine.

Voici quelques faits de l'épidémie actuelle qui nous semblent certifier et justifier ces réflexions.

Une femme de 22 ou 23 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. Trousseau, pour une grippe caractérisée par de la courbature générale, de la bronchite avec fièvre, etc., accuse, pendant son séjour à l'hôpital, des douleurs de ventre, des douleurs dans les reins et dans les aines, s'exaspérant par la pression. Cette femme, brune, sanguine, jusque-là bien réglée et n'ayant jamais eu de fleurs blanches, est prise en même temps d'un écoulement catarrhal utéro-vaginal abondant. Après quinze jours ou trois semaines environ de durée, ces symptômes ont cessé et ont fait place à des douleurs névralgiques de la jambe, le long du trajet du nerf saphène du côté gauche, avec hyperesthésie cutanée. Le tout a cessé quelque temps après.

D'autres cas semblables ont été observés en ville. En voici un entre autres que nous tenons de M. Blondeau, qui l'a observé avec M. Trousseau.

Une dame d'une quarantaine d'années est venue à Paris consulter pour des accidents de chlorose. Cette malade, habituellement peu réglée, est sujette à un écoulement leucorrhéique dans l'intervalle des règles. Depuis quelque temps l'écoulement menstruel était plus abondant que d'habitude. En examinant l'état des organes, on constata l'existence d'une tumeur fibreuse de l'utérus. Sur ces entrefaites, la malade fut prise de grippe avec accidents sérieux du côté de la poitrine : fièvre intense, délire, etc. Sous l'influence de cette manifestation épidémique, il survint un écoulement catarrhal beaucoup plus abondant qu'auparavant, et des douleurs vives dans les reins et dans la région hypogastrique, où la moindre pression exaspérait la sensibilité. La grippe a suivi chez cette malade son cours ordinaire, et tous les accidents qui s'étaient produits sous son influence ont disparu avec elle.

M. Blondeau nous a dit avoir observé plusieurs cas du même genre, soit dans la clinique, soit en ville. Il les groupe en deux catégories, l'une comprenant les femmes qui ayant déjà un catarrhe utéro-vaginal, l'ont vu redoubler d'intensité sous l'influence de la grippe; l'autre comprenant celles qui n'avaient jamais eu d'affection semblable, et qui ont été prises de leucorrhée avec des signes de métrite plus ou moins prononcés pendant le cours de la grippe.

Pendant que ces faits se passaient, M. Worms nous signalait deux militaires qui se trouvaient en même temps dans les salles de son service à l'hôpital du Gros-Caillou, et qui ont présenté pendant le cours d'une grippe bien caractérisée un épanchement considérable du péricarde. La grippe a cédé à l'emploi des moyens usuels. Quant à l'hydropéricarde, il n'a cédé qu'à l'application d'un large vésicatoire, et à l'usage de l'apozème suivant qu'il emploie, d'après les indications de Richter (de Gœttingue), dans les épanchements pleurétiques et péricardiques :

Infusion de fleurs de sureau. . . .	300 grammes.
Nitrate de potasse.	12 —
Tartre stibié.	15 centigr.
Miel épuré.	90 grammes.

A prendre deux cuillerées à bouche toutes les heures.

Sous l'influence des vésicatoires et de l'usage de cette potion, aidée de boissons chaudes, l'épanchement a disparu en trois jours. Nous aurons l'occasion de revenir plus tard sur cette médication.

— Nous ne terminerons pas cette petite revue sur les maladies régnantes sans signaler à l'attention de nos lecteurs la formule suivante, que M. le docteur Dezautière (de Decize) nous transmet, et qui lui a, dit-il, donné dans la presque unanimité des cas les résultats les plus satisfaisants :

Sirop de coquelicot.	125 grammes.
Teinture de belladone.	4 —

Mêler exactement.

Faire prendre matin, midi et soir une cuillerée ordinaire (pour les adultes).

Pour les enfants, M. Dezautière donne cinq ou six cuillerées de cette potion par jour.

Il est rare, dit notre confrère, qu'à la suite de l'administration de ce médicament l'amélioration ne se manifeste pas dans les vingt-quatre heures.

Du procédé de faradisation appliqué au traitement de la colique de plomb et de quelques autres affections douloureuses.

Dans la Revue clinique du 23 janvier, nous avons exposé les résultats de la faradisation que M. Briquet a été conduit, par ses recherches cliniques sur le siége et la nature de la colique de plomb, à appliquer au traitement de cette affection.

Quelques-uns de nos lecteurs nous ayant demandé de leur faire connaître le procédé que M. Briquet met en usage, nous nous empressons d'accéder à leur désir.

Pour pratiquer la faradisation, il se sert indifféremment soit de l'appareil de M. Duchenne, soit de celui de MM. Morin et Legendre.

Dans ces appareils, le premier moteur est un courant galvanique provenant d'une pile de Bunsen, lequel électrise par influence des barreaux de fer doux qui se trouvent de cette manière mis dans l'état magnétique : le fer doux, devenu un aimant, agit à son tour par influence sur un fil de fer très-fin placé dans son voisinage, et y détermine la formation de courants électriques que, d'après M. Faraday, on appelle courants par induction ou courants induits.

Comme les courants électriques ne produisent de secousses qu'au moment où on les interrompt, et que ce sont ces secousses qu'on veut avoir, les appareils sont disposés de manière à donner une série de courants interrompus.

Enfin, comme il résulte de la construction de ces appareils que les courants indits ont beaucoup plus de tension, c'est-à-dire de force électro-motrice que n'en ont les courants inducteurs, on préfère se servir des premiers quand on veut provoquer de l'excitation.

On fait traverser par ces courants la peau qui recouvre les muscles endoloris; pour cela, l'un des bouts du fil inducteur, terminé par une petite éponge mouillée, étant appliqué sur la peau aussi près que possible du lieu où siége la douleur, l'autre bout, terminé par un pinceau métallique disposé en une sorte d'aigrette, est promené sur cette même peau dans toute l'étendue qu'occupe cette douleur. On commence d'abord par promener rapidement le pinceau sur cette surface en l'inclinant, de manière à habituer le malade à la sensation qui se produit, puis, au bout de quelques secondes, ce pinceau est présenté perpendiculairement à la peau, sur laquelle on multiplie graduellement les contacts interrompus en rendant à la fin les coups de pinceau très-rapides, et en mettant l'appareil à son maximum de tension. On revient à plusieurs reprises sur les points déjà touchés, jusqu'à ce que la peau soit devenue rouge, et jusqu'à ce que la douleur de l'hyperesthésie ait disparu, c'est-à-dire pendant un laps de temps qui va d'une à quatre minutes au plus.

Nous avons dit dans notre précédent article que pour M. Briquet, le mode d'action de la faradisation est une action révulsive. C'est, suivant lui, la constatation la plus frappante de la vérité de l'aphorisme hippocratique : *Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alterum*, et l'argument le plus péremptoire en faveur de la doctrine de la révulsion.

Voici quelques-uns des faits qui montrent effectivement que l'influence exercée par les courants électriques continus suit les lois de la révulsion :

La faradisation de la peau fait naître la douleur la plus vive qu'on puisse supporter ; elle est plus forte, au dire des malades qui ont pu en faire la comparaison, que celle qui est produite par le fer rouge ; il est très-peu de douleurs qu'elle ne fasse taire à l'instant même, de quelque nature qu'elles soient ; celles qui sont le produit de lésions matérielles reparaissent ordinairement très-vite, mais il n'en est pas de même de celles qui résultent de troubles dynamiques ; à moins qu'elles ne soient très-intenses, celles-ci sont presque toujours modifiées avantageusement ou complétement enlevées à l'instant même de la faradisation.

Si la douleur produite par la faradisation est peu intense, l'effet est incomplet, les douleurs reviennent bientôt, et c'est pour cette raison que M. Briquet avoue avoir manqué quelques-unes de ses premières faradisations. Aussi, dit-il, quand on veut réussir, il faut agir énergiquement et ne cesser que quand la douleur est enlevée.

Si la douleur est très-forte, comme quand on fait durer la faradisation de trois à quatre minutes, et quand, tenant la brosse perpendiculaire à la peau, on multiplie la série des contacts, il faut que celle qu'on veut annihiler ait beaucoup d'intensité pour ne pas céder; telle est la douleur des névralgies du nerf sciatique. Quant aux douleurs de la colique de plomb, M. Briquet assure les avoir toujours vues disparaître, au moins pour plusieurs heures, quand la faradisation était faite d'une manière suffisante.

L'influence sur la douleur qu'on veut enlever est d'autant plus grande que la faradisation s'exerce à la plus petite distance possible du lieu où siége cette douleur ; aussi est-on à peu près sûr d'enlever toutes les douleurs non inflammatoires des muscles superficiels, en faradisant la portion de peau qui les recouvre.

Si, au contraire, la fadarisation s'exerce loin du point douloureux, son influence est beaucoup plus faible. Aussi M. Briquet

recommande-t-il d'appliquer constamment les brosses aux endroits du ventre où siége la douleur et dans toute l'étendue où elle siege. Cette loi ne s'étend pas aux douleurs sympathiques du thorax, des lombes et des membres inférieurs, qui accompagnent la colique de plomb; celles-ci disparaissent spontanément et sans qu'il soit besoin de s'en occuper, sitôt que la douleur de la paroi abdominale a disparu.

Plus les parties sur lesquelles la fadarisation est exercée sont sensibles, plus on a de prise sur la douleur.

La fadarisation ne peut enlever la douleur qu'à la condition d'en produire une autre plus vive que la première. — C'est dans cet article du code de la révulsion, que se trouve le plus grand obstacle à l'emploi de la faradisation.

Heureusement il existe un moyen de parer à cet inconvénient, c'est de faire respirer les vapeurs du chloroforme. M. Briquet a agi de cette manière sur un certain nombre de malades, et quand l'anesthésie était complète, il a faradisé la peau au niveau du lieu où était la douleur. A chaque coup de brosse on voyait les fibres des muscles voisins frémir et se contracter convulsivement; le muscle sentait l'effet du courant électrique, pendant que le cerveau n'en avait pas la moindre conscience, et à son réveil, le malade était débarrassé de la colique aussi complétement et aussi sûrement que s'il eût perçu la douleur de l'opération.

La chloroformisation a même l'avantage de permettre à la faradisation de développer son maximum d'énergie et d'avoir son maximum de durée. Aussi est-il indispensable de faire intervenir le chloroforme dans les cas où la colique intense, et siégeant dans une grande étendue des parois abdominales, donne lieu de supposer qu'il faudra une faradisation longue et énergique pour l'enlever. Dans les autres cas, cette opération préliminaire est facultative, et M. Briquet n'y a eu recours que quand les malades le désiraient, ou quand ils lui paraissaient très-irritables.

La faradisation n'a d'autre inconvénient à ses yeux que la douleur qu'elle produit. Il l'a répétée un grand nombre de fois, et, à part l'espèce de stupeur passagère qui lui succède, il n'a jamais rien observé de particulier après son emploi.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'application de la faradisation à la colique de plomb; mais ce n'est pas la seule application dont ce mode d'excitation électrique soit susceptible. Parmi les autres affections douloureuses susceptibles d'être guéries ou avantageusement modifiées par ce mode de traitement, nous devons signaler notamment les douleurs rhumatismales. M. Briquet a bien voulu nous rendre témoin, l'un de ces jours derniers, d'une application de ce genre chez une femme en proie à un rhumatisme des muscles préabdominaux des plus intenses. La faradisation, pratiquée sous nos yeux d'après le procédé que nous venons de décrire, a produit un amendement immédiat des plus remarquables. Cette femme, qui éprouvait des douleurs tellement vives et une telle gêne dans les mouvements qu'il lui était impossible de se dresser sur son séant, de se retourner dans son lit et même de mouvoir les bras, qui poussait des cris dès qu'elle toussait ou qu'elle faisait une inspiration un peu profonde, a pu aussitôt après l'opération, qui a duré à trois reprises à peine deux minutes en tout, s'asseoir sur son lit, prendre des objets placés sur sa tablette, etc. Il faut dire aussi, pour être vrai, que l'opération a été excessivement douloureuse.

Nécrose tuberculeuse de tout le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. — Résection de ce bord. — Guérison.

Pendant l'une de nos dernières visites à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod, M. Demarquay, son suppléant, a signalé à notre attention un malade auquel il avait pratiqué depuis peu la résection du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, en partie détruit par une nécrose tuberculeuse. Voici quelques détails de cette intéressante observation qui nous ont été transmis par M. Delestre, interne du service :

Lemaire (Clément), âgé de dix-neuf ans, est entré le 14 janvier 1858 dans le service de M. Monod. Ce jeune homme, d'une constitution scrofuleuse, n'a eu aucune des maladies de l'enfance; son état diathésique général est la seule cause qui puisse être assignée à l'affection actuelle. Voici en raccourci l'histoire du développement et de la marche de cette affection.

Vers la fin d'août 1857, la portion de gencive correspondant à la canine droite de la mâchoire supérieure se tuméfia et prit une teinte livide, qui, d'abord bornée, s'étendit peu à peu jusque sur la ligne médiane en avant et jusqu'à la première grosse molaire en arrière. En même temps les dents s'ébranlèrent, elles furent arrachées; le bord alvéolaire s'exfolia et s'élimina par petites portions. Après être restée quelques jours stationnaire, l'affection reprit son cours et envahit lentement le côté droit. Ce fut alors que le malade vint à Paris, et qu'il se décida, d'après le conseil de M. Monod, à entrer à la Maison de santé le 14 janvier 1858.

Voici ce que l'on observait alors : dans l'intérieur de la bouche, à droite, vaste perte de substance en partie comblée par le rapprochement des deux portions de muqueuse qui laissent un pertuis assez étroit par où s'écoule le pus. Un stylet introduit par cette ouverture pénètre à une profondeur de six centimètres environ. Deux ganglions cervicaux tuberculeux se sont ulcérés. Sur la ligne médiane, on voit une ouverture irrégulière faisant communiquer les fosses nasales avec la cavité buccale. A gauche, la gencive a une teinte violacée, elle est décollée; les dents incisives, canines et petites molaires sont chancelantes.

M. Demarquay, d'accord avec M. Monod, procède le 16 janvier à l'extraction du séquestre. Les cinq dents antérieures sont arrachées; puis une incision sur la ligne médiane étant faite, le séquestre, après avoir été détaché avec la pince de Liston au niveau de la première grosse molaire, peut être facilement extrait. Ce séquestre est formé par les faces palatine et alvéolaire du maxillaire supérieur et par cette portion de l'os qui forme la paroi inférieure du sinus maxillaire.

Aucun accident ne s'est déclaré, et au moment où nous avons vu le malade, plusieurs jours après l'opération, son état était aussi satisfaisant que possible. Un appareil de prothèse convenable remédiera en grande partie à la difformité.

Accouchement prématuré artificiel opéré pour la première fois à Naples le 14 décembre 1857, avec succès pour la mère et l'enfant.

C'est, en général, le sort des découvertes et des innovations les plus salutaires et les plus utiles, d'être longtemps contestées et de devenir le point de mire d'injustes préventions, malgré le but loyal et consciencieux que se sont proposé leurs propagateurs. Y a-t-il jamais eu, en effet, une opération relativement plus innocente et en même temps plus rationnelle et plus efficace que celle de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de vices de conformation du bassin, puisqu'elle permet à l'homme de l'art d'assurer à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant? Et cependant, dit avec raison le docteur P. Silbert (d'Aix) :

« Il y a encore des praticiens qui, dominés par les doctrines de l'école de Baudelocque et Capuron, et par l'horreur qu'inspirent à juste titre les mots d'avortement et des couches prématurées, déclinant trop souvent la responsabilité qu'il serait de leur devoir d'assumer, se retranchent dans leur conscience derrière quelques cas exceptionnels où l'expectation semble avoir réussi, pour rejeter cette précieuse ressource. »

A l'appui de ces paroles, nous pouvons ajouter, d'après des renseignements qui nous sont transmis par un de nos correspondants de Naples, qu'il y a encore dans cette ville quelques praticiens qui placent sur la même ligne l'accouchement prématuré et la symphyséotomie. Il a suffi de quelques rares succès obtenus par cette dernière opération pour leur faire oublier la statistique des mauvais résultats qu'elle a eus si souvent.

Quoi qu'il en soit, l'avantage de l'accouchement prématuré artificiel est aujourd'hui une question sanctionnée par trente ans d'expérience et consacrée par les hommes placés à la tête des grands hôpitaux. La pratique enregistre de temps en temps des observations intéressantes qui attestent la supériorité de la nouvelle méthode, et grandissent de plus en plus le cercle de ses applications. Aussi est-ce avec une véritable satisfaction que nous apprenons qu'une opération d'accouchement prématuré artificiel a été pratiquée pour la première fois à Naples, par le professeur adjoint de la Clinique obstétricale, M. le docteur Aurelio Finizio, avec le plus heureux résultat pour la mère et pour l'enfant.

Le sujet était une nommée Elisabeth Marzicano, parvenue au septième mois et demi de sa grossesse. Cette femme était affectée d'une angustie pelvienne des plus prononcées, portant sur la totalité du bassin. Ses axes étaient fortement déviés et ses plans déformés, particulièrement dans le détroit inférieur, où le diamètre transversal ou bi-ischiatique marquait 2 pouces 9 lignes, et le diamètre coccy-pubien 2 pouces 10 lignes.

La méthode employée pour l'opération a été l'irrigation d'eau simple à la température de 30 à 40 degrés Réaumur, en cinq séances de 15 à 30 minutes chaque, de sorte que la durée totale de l'opération a été évaluée à cinquante heures environ.

La femme avait été préalablement préparée par une saignée de 12 onces et par un bain général.

La mère et l'enfant jouissent aujourd'hui d'une parfaite santé.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

dans les affections chroniques de la poitrine.

Par M. le docteur J. DELAPLAGNE (de la Souterraine).

Dans un article publié dans le numéro du 7 janvier de la *Gazette des Hôpitaux*, intitulé *Quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde*, où j'ai été heureux de trouver mes idées sur le traitement de cette affection confirmées par la haute expérience du savant professeur de l'Hôtel-Dieu, je lis la phrase suivante :

« Je regarde le musc comme un corps inerte, et il n'agit pas » plus dans la fièvre typhoïde que n'agit l'huile de foie de morue » dans les maladies de poitrine. »

Je ne crois pas, en effet, à une puissance curative bien grande du musc dans la fièvre typhoïde, même dans la forme dite ataxique; mais à en juger par les faits qui se passent journellement sous mes yeux, il me semble qu'il en est autrement de l'action de l'huile de foie de morue dans certaines maladies de poitrine. Et d'abord, de quelle maladie est-il question? Ce ne peut être à coup sûr des affections aiguës, et tout me porte à croire qu'il s'agit ici de la phthisie tuberculeuse. Or, tout en aimant à rendre hommage au talent de l'éminent professeur, permettez-moi de vous exposer en quelques mots le résultat de mes observations sur ce point.

Un individu se présente à ma consultation avec des attributs tels, qu'à première vue je suis porté à soupçonner une affection chronique des voies respiratoires; ses antécédents de famille ne sont pas irréprochables; son âge est celui où la phthisie fait le plus de ravages; il est maigre et pâle; il a une toux sèche et fréquente, des sueurs nocturnes; il s'enrhume sous l'influence de la cause la plus légère; quelques accès de fièvre se montrent de loin en loin vers le soir. Néanmoins l'exploration attentive et minutieuse des organes thoraciques par les méthodes dites exactes ne fournit encore aucune donnée bien précise et ne laisse que doute et incertitude, spécialement en ce qui concerne l'existence de tubercules pulmonaires. Alors voici à peu près le traitement que je conseille, et dont, j'ose le dire, j'obtiens presque constamment les résultats les plus heureux : huile de foie de morue, dose suffisante, en une ou plusieurs fois dans la journée, sans aller assez loin pour fatiguer l'estomac, qui doit avoir à digérer pendant un temps souvent fort long cette drogue si repoussante, iodure de fer, soit l'huile de Gille, soit les pilules de Blancard, ou toute autre préparation contenant l'iodure non altéré; telle est la base du traitement.

J'y associe comme adjuvant, et selon les indications, les toniques, les amers, les balsamiques, parfois quelques calmants, la belladone, les préparations de laitue; le plus souvent une ou deux feuilles vertes de laurier-cerise en infusion dans une tasse de lait que le malade prend chaud, et édulcorée avec une cuillerée de sirop de Tolu, le soir au moment du coucher; soins hygiéniques appropriés. Tout cela est fort simple, n'a rien de bien nouveau, mais n'en réussit pas moins fort bien dans le plus grand nombre des cas.

Toutefois, le diagnostic ne présentant point jusque-là une précision mathématique, je concède que ces faits n'ont pas toute la valeur désirable, en tant du moins que traitement curatif de la phthisie pulmonaire confirmée; mais si l'existence des tubercules n'est encore que douteuse, c'est bien déjà quelque chose, on en conviendra, que le doute en pareille matière, et j'avoue que si je redoutais pour moi ou quelques-unes des personnes que j'affectionne l'invasion d'une phthisie tuberculeuse, sans avoir à cet égard une certitude absolue, je serais encore bien sincèrement reconnaissant à celui qui saurait dissiper tous les doutes en faisant disparaître d'alarmants symptômes.

Que si l'on me demandait maintenant si j'ai guéri une seule phthisie tuberculeuse confirmée, je n'ai certes pas cette ridicule prétention; mais je n'en suis pas moins intimement convaincu que dans bon nombre de cas, si je n'ai pas guéri, j'ai été assez heureux pour prévenir. Si l'on m'objectait que l'huile de foie de morue ayant été administrée concurremment avec d'autres médicaments, il est impossible de savoir auquel reviennent les honneurs de la cure, je répondrais que l'huile de morue étant un médicament d'une administration difficile, souvent même péniblement supporté après son ingestion, je me suis vu quelquefois dans la nécessité d'en interrompre l'usage, ce que d'ailleurs certains malades ont souvent fait sans mon conseil. Or, dans tous ces cas, et malgré la continuation du reste du traitement, nous avons en peu de temps perdu les avantages acquis, pour les recouvrer un peu plus tard après la reprise du médicament.

Voici les cas où l'usage de l'huile me paraît devoir être conseillé avec le plus de chances de succès :

Il n'est pas très-rare, quoique ce soit évidemment l'exception, de rencontrer des individus présentant, avec tous les attributs extérieurs d'une santé florissante, certains symptômes inquiétants du côté des voies respiratoires; petite toux sèche habituelle, rhumes fréquents, mauvais antécédents de famille, au moins d'un côté, signes stéthoscopiques et plessimétriques douteux; ici, l'huile n'a en général rien à faire, et c'est en vain que plusieurs fois j'ai tenté d'en élever les doses en variant le mode d'administration; le résultat n'a point répondu à mon attente.

Que si au contraire il s'agit d'un individu profondément débilité (pourvu toutefois que les voies digestives soient en bon état), mais non encore évidemment et incontestablement tuberculeux, quoique dans ces cas l'huile soit en possession de rendre souvent des services, cette préparation me paraît alors le médicament reconstituant et préventif par excellence, de même que le fer est le véritable reconstituant dans la chlorose, le quinquina et les amers dans les cachexies paludéennes.

Somme toute, l'huile de foie de morue n'est point un spécifique quand même; j'ignore si son action s'adresse directement à l'affection tuberculeuse elle-même, à la diathèse, si vous voulez, ou si dans l'hypothèse où la phthisie pulmonaire ne serait, comme le veulent les Anglais, qui l'appellent consomption, que la conséquence d'une débilité, d'un épuisement général dus à une autre cause, elle n'agit pas plutôt et uniquement comme médicament reconstituant, et ne prévient le développement de cette affection qu'en *reconstituant* l'organisme, que l'on me permette cette expression.

J'avoue toutefois que je serais porté à adopter cette dernière opinion, ayant souvent eu l'occasion d'observer que l'action de l'huile de foie de morue est d'autant plus certaine que la constitution de l'individu est plus détériorée, toutes choses égales d'ailleurs. (Ce qui indique assez clairement, pour le dire en passant, que si j'admets que le développement des tubercules est le plus souvent provoqué par un état de débilité profonde, je me garde

bien de prétendre que la phthisie tuberculeuse ne reconnaît jamais d'autre cause.)

Si donc je ne crois pas l'huile de foie de morue capable de guérir la phthisie, ce n'en est pas moins pour moi un précieux agent dans une foule de cas, sinon pour guérir au moins pour prévenir; et je me crois, quant à présent, suffisamment autorisé par les faits à en continuer et à en étendre l'usage, dussé-je encourir l'épithète infligée à certains médecins dans un second membre de phrase : Philosophe ou non, celui-là me semblera toujours digne du nom de médecin qui, appliquant toutes ses facultés au traitement des malades confiés à ses soins, saura encore prévenir le développement d'une affection qu'il serait impuissant à guérir, quels que soient d'ailleurs ses moyens pour arriver à cette noble fin.

APPLICATIONS EXTERNES DE L'ARGILE

dans différentes affections.

Le docteur Detz, dans ses *Memorabilien aus der Praxis* (I, 10), fait connaître les avantages qu'il a obtenus des applications d'argile mêlée à de l'eau, dans une foule de maladies externes, telles que les inflammations cutanées, cellulaires et lymphatiques, les distensions de ligaments, les panaris, les périostites, les péripihlébites, les œdèmes secondaires, etc.

Ces applications, qui se font sur un linge, en couches épaisses et en consistance de bouillie, doivent être assez souvent renouvelées; leur utilité provient de la grande affinité de l'argile pour l'eau : et ce qui le prouve, c'est que l'argile appliquée sur des surfaces suppurantes absorbe rapidement toute humidité sèche, les globules sanguins, les albuminates, et forme ainsi une croûte à laquelle contribue encore la réduction de la lumière des vaisseaux capillaires. Ce qui le prouve encore, c'est que l'argile appliquée sur la peau dans son état d'intégrité lui enlève une certaine quantité de liquide dont la conséquence est la formation de rides.

En outre, l'argile agit encore en vertu de sa température, qui est ordinairement celle de l'eau de source, température qui peut être maintenue à la normale par le renouvellement fréquent de l'application. (*Annales de Roulers.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 février 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Forget présente de nouveau le malade atteint de tumeur du gland, qu'il a déjà montré à la Société le 17 janvier dernier. L'iodure de potassium a depuis lors été administré régulièrement, et dans la dernière semaine, la dose a été portée à 4 grammes par jour. La tumeur au lieu de diminuer a paru plutôt s'accroître un peu. En revanche, le point qui paraissait en voie de ramollissement est devenu un peu plus ferme. Il n'y a pas d'ulcération. Néanmoins M. Forget pense qu'il ne faut pas attendre plus longtemps; cette tumeur lui paraît être un cancroïde, il est disposé à en pratiquer l'ablation, et quoiqu'il fût possible de n'enlever que la production accidentelle, il croit qu'il sera préférable d'enlever le gland en totalité.

M. Boinet pense que le diagnostic peut rester douteux encore, malgré l'insuccès du traitement anti-syphilitique. Ce traitement n'a été fait que pendant trois semaines, et il serait peut-être sage de continuer encore quelque temps.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Gosselin dépose sur le bureau, de la part de M. Gillebert-d'Hercourt, le coussin spécial que ce chirurgien place sous la gibbosité dans le traitement du mal vertébral.

Reprise de la discussion sur le mal de Pott. — A l'occasion du procès-verbal, M. Bouvier revient sur le traitement du mal vertébral, et donne lecture du discours suivant : (Nous le publierons dans le prochain numéro.)

Une discussion s'engage à la suite de cette lecture.

M. Houel. Je n'ai pas nié la possibilité de la soudure directe des corps vertébraux à la suite du mal de Pott. J'ai nié seulement, contrairement à l'opinion de M. Gosselin, que cette soudure pût s'effectuer lorsque les surfaces osseuses sont écartées l'une de l'autre. M. Bouvier admet comme moi que la soudure n'est possible qu'à la faveur du contact. Nous sommes donc du même avis.

M. Broca. Il y a dans l'intéressante lecture de M. Bouvier un passage que je ne puis laisser passer sans réponse. Dans l'avant-dernière séance, j'ai dit que les affections vertébrales qu'on désigne vulgairement sous le nom de mal de Pott, devaient être divisées en deux espèces différentes : l'une moins grave, qui guérit souvent sans abcès; l'autre beaucoup plus grave, qui produit toujours, ou presque toujours, des abcès par congestion. La première est produite par des tubercules vertébraux, la seconde par la carie ou par toute autre forme de l'ostéite suppurative. M. Bouvier connaît certainement très-bien ces deux groupes de lésions, mais il n'admet pas que la gravité du mal vertébral soit plus grande dans un cas que dans l'autre. C'est sur ce point que je ne puis m'accorder avec lui.

Comme preuve de l'innocuité relative de la première forme, j'ai cité le mémoire de Pott, et j'ai dit que les cas où la guérison a lieu sans abcès sont tellement communs, que Pott dans ses deux mémoires ne s'est pas occupé des abcès par congestion. M. Bouvier, en réponse à cette assertion, a cité deux phrases où Pott parle de ces abcès. Déjà M. Giraldès avait eu la bonté d'appeler mon attention sur ce point. J'ai donc voulu vérifier; j'ai relu avec soin tout ce que Pott a écrit sur la question, et je suis de plus en plus convaincu que la maladie décrite par le chirurgien anglais ne constitue que l'une des deux formes de la double maladie à laquelle on donne aujourd'hui son nom.

Et d'abord le mot abcès ne se trouve pas même écrit dans le premier mémoire de Pott. A la page 243 du 3e volume de l'édition de Earle qui est la meilleure et la plus complète, Pott décrit les lésions anatomiques de la colonne vertébrale. Il y revient à la page 252. Il divise ces lésions en trois degrés, suivant qu'elles sont plus ou moins anciennes. Au troisième degré, il y a de la sanie infiltrée dans l'os, et logée entre l'os érodé et la dure-mère rachidienne; mais il n'est pas question d'abcès par congestion. Dans la description des symptômes et des complications, même silence. Pott ne parle que de la paralysie et de la gibbosité. Quant aux abcès, il se doute si peu de leur existence et de leur signification, que la suppuration lui paraît une chose désirable et avantageuse. Le traitement par les moxas, qu'il préconise comme infaillible, a même une origine assez curieuse. Il repose sur une observation d'Hippocrate, où il est dit qu'une paralysie des membres inférieurs fut guérie par la formation d'un abcès dans le dos. C'est pour imiter l'action bienfaisante de cet abcès, que Cameron d'abord, et Pott ensuite, eurent recours à l'application des cautères sur les gibbosités (p. 245). S'ils eussent connu les abcès par congestion et leur signification, ils n'eussent certainement pas émis cette théorie singulière.

Passons au second mémoire, écrit trois ans après le premier, et composé lui-même de plusieurs fragments qui furent successivement publiés. Dans un de ces fragments se trouvent, p. 287 à 293, vingt-quatre propositions sur le mal vertébral, et trois de ces propositions, ainsi que nous l'a dit M. Bouvier, sont relatives aux abcès par congestion. Mais avec un peu d'attention, on reconnaît que cette mention se rapporte à une maladie un peu différente de celle que Pott a spécialement étudiée.

Voici, en effet, de quelle manière ce chirurgien s'exprime dans les propositions 14 et 15 :

« *Proposition* 14. — La carie avec courbure et paralysie occupe le » plus fréquemment les vertèbres cervicales ou dorsales, et la carie » sans courbure occupe le plus fréquemment les vertèbres lombaires, » quoique cela ne soit ni constant ni nécessaire. »

« *Proposition* 15. — Dans la carie *sans courbure*, il arrive le plus » souvent que des abcès internes se forment et se portent vers l'exté- » rieur, vers la hanche, l'aine et la cuisse, etc. »

Ainsi les abcès se forment seulement dans les cas de carie sans gibbosité et sans paralysie, et alors l'altération vertébrale occupe presque toujours la région lombaire. Or il est facile de reconnaître que ces cas diffèrent de ceux qui font l'objet des travaux de Pott. En effet, cet auteur, dans ses deux mémoires, parle seulement des malades atteints à la fois de gibbosité et de paralysie. Il suffit d'ailleurs de voir le titre : *Remarques sur une variété de paralysie qui paraît dépendre d'une gibbosité de la colonne vertébrale.* Le cas mentionné dans la proposition 15 est donc étranger au sujet. En second lieu, on lit, p. 238, que le siége de la gibbosité est tantôt au cou, tantôt à la région dorsale, et quelquefois aussi, quoique très-rarement (*though very seldom*), à la partie *supérieure* de la région lombaire; or les abcès par congestion que nous connaissons aujourd'hui, et dont Pott a parlé d'une manière incidente, viennent au contraire presque tous de la colonne lombaire.

Mais ce qui prouve surtout la grande bénignité relative des cas sur lesquels Pott a concentré son attention, ce sont les résultats qu'il a obtenus.

On lit, par exemple, dans le premier mémoire, p. 254 et 255 : « Les » malades que j'ai pu soigner de bonne heure ont tous guéri, *quel que* » *fût leur âge*; ils ont non-seulement recouvré l'usage de leurs jambes, » mais encore ils sont devenus robustes et propres à tout genre d'exer- » cice ou de travail. » Et il ajoute : « Chez *tous les enfants que j'ai* » *vus*, la santé générale a toujours été rétablie à mesure que revenait » l'usage des jambes. »

Plus loin, dans le second mémoire, page 283, il avance que depuis la publication de ses premiers succès, le nombre des malades reçus à l'hôpital Saint-Barthélemy a été *considérable*, et cependant, dit-il, page 277, « c'est avec infiniment de plaisir et de satisfaction que je » puis dire que le traitement a été couronné de succès dans *tous les* » *cas* où il y avait la moindre probabilité favorable. » Puis, page 284, répondant aux objections qui lui ont été faites, il avoue que lorsque les désordres sont trop avancés, cette affection, *comme toutes les maladies*, peut certainement devenir incurable; mais il ajoute aussitôt : « Dans » l'espace de trois ans, pendant lesquels j'ai eu beaucoup d'occasions » d'appliquer mon traitement, je n'ai *rencontré qu'un seul cas où il* » *ait échoué* parmi ceux où l'état du malade et de la maladie laissait » raisonnablement subsister quelque espoir. » Quant au nombre des guérisons, Pott ne l'indique pas; mais il dit, page 276, en note, que ces cas sont maintenant tellement nombreux qu'il serait superflu de les citer.

Après cela il est inutile, je pense, de dire que Pott n'a pas eu affaire aux cas compliqués d'abcès par congestion. Il est bien certain que si ces abcès eussent existé, il aurait perdu un très-grand nombre de malades. Tout le monde depuis lui a appliqué son traitement; et les cautères aujourd'hui n'ont pas le privilége de guérir les abcès par congestion. Je conclus de cette longue analyse :

1° Que Pott a décrit une maladie dans laquelle les abcès sont assez rares pour qu'il ait cru pouvoir se dispenser d'en parler.

2° Que cette maladie, caractérisée par une gibbosité accompagnée de paralysie, occupe presque toujours la région dorsale ou la région cervicale, et ne se montre que très exceptionnellement (*very seldom*) sur la partie supérieure de la région lombaire (il n'est pas question de reste de la colonne lombaire).

3° Que cette affection, d'après sa marche et ses symptômes, se rapporte à la tuberculisation vertébrale, telle que nous la connaissons aujourd'hui.

4° Qu'enfin, suivant Pott, l'affection qui produit les abcès par congestion diffère de la précédente par son siége, qui est presque toujours la région lombaire, et qu'elle en diffère aussi par ses symptômes, puisqu'elle ne s'accompagne ni de paralysie ni de gibbosité.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Larrey présente une pièce anatomique et une pièce artificielle appartenant à une tumeur considérable de la cuisse, dont il a autrefois exposé à la Société l'origine et le développement. La tumeur, de nature fibro-plastique, après avoir été soumise à l'extirpation, a récidivé dans la cicatrice, en entraînant la mort avec tous les signes ordinaires de la cachexie cancéreuse.

Cette observation sera insérée au procès-verbal de la prochaine séance.

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er octobre 1857. — Présidence de M. Bossu, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Le n° 7 du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*;

2° Le *Compte rendu de la Société impériale de médecine de Toulouse*;

3° Le n° 7 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*;

4° *Quelques considérations sur la fièvre jaune; moyens prophylactiques de cette maladie*; par le docteur Marques de Carvalho. (M. Masson.)

Bec-de-lièvre. — M. Guersant. J'ai demandé la parole pour une communication qui intéresse la pratique chirurgicale. Plus je fais d'opérations du bec-de-lièvre, plus je suis convaincu :

1° Qu'en opérant le bec-de-lièvre simple ou double, on a presque toujours, et à tout âge, un bon résultat;

2° Qu'en opérant un bec-de-lièvre compliqué, quel que soit l'âge, c'est par exception qu'on réussit;

3° Enfin, qu'en opérant un bec-de-lièvre simple ou double, ou compliqué, on échoue presque toujours s'il survient une complication de maladie de peau ou autre.

Nous opérons, en général, de bonne heure; mais nous attendons six semaines ou deux mois après la naissance pour opérer les becs-de-lièvre simples, car à la naissance on ne peut encore être certain si l'enfant se nourrira bien, vivra bien; il y aura plus de chances à deux mois; on saura, d'une part, si l'enfant est vivace, et, de l'autre, on aura alors la certitude qu'il peut se nourrir; de plus, on aura pu le faire vacciner, ce qui est important pour prévenir une complication fâcheuse.

A l'appui de ce que j'avance, je dirai d'abord que dans quelques cas on a vu les opérations de becs-de-lièvre simples pratiquées quelques jours après la naissance échouer, parce que l'enfant ne se nourrissait pas, tombait dans un état de langueur et finissait par mourir; on sait d'ailleurs que quelques enfants succombent assez souvent dans les premières six semaines ou deux mois de leur vie, sans avoir subi d'opération. Nous avons plusieurs cas de notre pratique qui confirment ce que nous avançons.

Ce que nous disons pour le bec-de-lièvre simple, nous le disons à plus forte raison dans les becs-de-lièvre compliqués; dans ceux-ci, la mortalité est plus grande dans les premiers jours de la vie que dans les becs-de-lièvre simples. Ajoutons que, comme ils ont à subir une opération plus laborieuse, les enfants perdent plus de sang; comme aussi quelquefois on doit les opérer en plusieurs temps, il faut attendre pour eux qu'ils aient atteint l'âge d'un an, parce qu'à cette époque ils peuvent mieux supporter les opérations qu'à la naissance.

Je pense qu'en mettant à profit ce que nous disons sur l'opération du bec-de-lièvre faite de bonne heure, on se mettra dans de meilleures conditions de succès. Nous devons ajouter que, toutes ces précautions prises, il faut encore bien prendre garde de mettre ces enfants, soit avant, soit après l'opération, à l'hôpital ou en ville, en rapport avec des enfants ayant ou venant d'avoir des maladies de l'enfance, rougeole, scarlatine, coqueluche, etc., toutes affections propres à faire échouer l'opération du bec-de-lièvre, comme toutes les opérations qu'on peut pratiquer sur les enfants.

Un enfant de 32 mois ayant un bec-de-lièvre double entre la semaine dernière dans mon service; je l'avais fait vacciner quelques jours auparavant. Le jour où il entre à l'hôpital, n'étant pas encore opéré, on le porte dans une salle de médecine, où il fournit du vaccin à quelques enfants; dans cette salle il y avait des scarlatines. Le lendemain, je l'opère d'un côté seulement; deux jours après l'opération, l'enfant est pris de scarlatine; la réunion ne se fait pas; la scarlatine suit son cours, et l'enfant succombe.

Il me faut dire, à l'occasion de cet enfant, que depuis quelque temps je préfère, à l'exemple de M. Mirault (d'Angers), faire la suture à points séparés; cette préférence est motivée sur ceci, que j'ai reconnu que cette suture coupe moins facilement les lèvres de la solution de continuité que la suture entortillée. Je ferai remarquer que sur le petit sujet dont je viens de parler, quoique la réunion ne se soit pas opérée à cause de la scarlatine, j'ai coupé les deux points de suture au bout de huit jours, et on a constaté que les lèvres de la plaie n'étaient pas coupées par les fils doubles que j'avais employés.

Varioloïde; influence de la vaccination. — M. Duhamel. Une dame enceinte de cinq à six mois a été atteinte ces jours derniers d'une varioloïde très-confluente, précédée de symptômes prodromiques très-graves. Au sixième jour à peine après le début de la maladie, les boutons se sont remplis de pus, et bientôt la dessiccation a eu lieu. Cette malade, qui a été vaccinée, a dû la suspension des accidents à cette circonstance, que je considère comme très-importante. En effet, sans la vaccination, la confluence de l'éruption aurait probablement permis le développement des pustules jusqu'au huitième ou neuvième jour, époque à laquelle surviennent les symptômes les plus graves et quelquefois mortels.

M. Ramon. Je viens de donner des soins à une femme d'une trentaine d'années, qui avait été vaccinée; elle était malade depuis deux jours, et présentait, quant à son état général et à l'éruption dont la peau était le siége, tous les symptômes de la variole; l'éruption a marché comme dans celle-ci; cependant, arrivée à la seconde période ou fièvre secondaire, les accidents se sont calmés, la fièvre a cessé, la dessiccation des pustules s'est faite en peu de jours, et la malade est arrivée promptement à une convalescence complète. Je l'ai revue il y a quelques jours, et j'ai lieu de croire que, contrairement à ce qui a été dit quant à la varioloïde, il existera cependant chez cette femme des traces d'éruption, surtout à la figure, semblables à celles que laisse la variole.

J'ajouterai qu'ayant eu occasion de donner des soins dans un établissement où se trouvent réunies beaucoup de jeunes filles, et où elles ne sont reçues qu'après vaccination constatée, j'ai observé, il y a trois ans, une épidémie de varioloïde; que j'ai pu remarquer que les symptômes signalant le début étaient parfaitement semblables à ceux de la variole, dans ce que ceux-ci présentent même de plus grave, tels que, par exemple, les convulsions et autres symptômes cérébraux, et que la maladie arrivée à sa seconde période, tous les accidents cessèrent pour faire place à une parfaite et solide convalescence; je dois cependant ajouter que chez quelques-unes de ces jeunes malades la maladie a laissé des traces sur la peau, et que je ne saurais regarder comme caractère différentiel entre la variole et la varioloïde l'absence de traces sur la peau qui a été assignée à cette dernière; en un mot, la seule différence pour moi entre ces deux maladies existe dans la durée seulement.

Constitution médicale; diarrhée; choléra sporadique. — M. DUHAMEL. Nous avons actuellement une véritable épidémie de diarrhée et de dysenterie, quelquefois très-opiniâtres. J'ai même rencontré dernièrement deux cas de choléra sporadique, dont un a été mortel au bout de quinze à dix-huit heures. C'était chez un homme très-fort, d'une excellente constitution, qui a éprouvé, deux jours avant le développement du choléra, une diarrhée légère, contre laquelle j'avais prescrit surtout la diète, qui n'a pas été observée. Dans ce cas de choléra, j'ai observé tous les symptômes du choléra asiatique, moins la cyanose : ainsi refroidissement, oppression, chaleur intérieure ressentie par le malade, qui se découvre constamment; aphonie, suppression des urines, vomissements, garde-robes, crampes, etc.

Une seconde malade, atteinte en même temps que le précédent, avec des symptômes semblables, mais ayant une marche rapide, a guéri; seulement elle a conservé pendant quelques jours après être entrée en convalescence une aphonie qui me laissait de l'inquiétude.

M. MASSON. Depuis deux mois, un grand nombre des habitants de Paris ont été pris de vomissements fréquents et de diarrhées abondantes accompagnées de crampes, d'un refroidissement général, et quelques-uns même ont présenté une altération profonde de la face et avaient la voix affaiblie et brisée. Ces symptômes ont pu inspirer des craintes et faire redouter la visite du choléra asiatique. Mais on a dû bientôt se rassurer; d'abord la terminaison de cette affection épidémique, si redoutable qu'elle parût, ne s'est terminée par la mort que d'une manière exceptionnelle. Les liquides vomis ou rejetés par les selles étaient colorés par la bile; il y avait absence de cyanose, de suppression d'urine, et l altération de la voix n'a jamais été portée jusqu'à l'aphonie complète; plus communément, le malade recouvrait la santé quelques jours après l'invasion. Chez d'autres, la maladie se terminait par une diarrhée dysentérique. Cette épidémie était plus fâcheuse chez les enfants : plusieurs succombaient. Une de mes clientes enceinte de sept mois a perdu, à Vitry, un enfant qui en était atteint. De retour à Paris, elle a été prise de vomissements et de selles diarrhéiques incessantes. Son mari la croyait perdue; mais, éclairé sur le caractère de la maladie, j'ai pu le rassurer, et quatre ou cinq jours après elle était complétement guérie.

Dans aucun des cas pour lesquels j'ai été appelé, je n'ai usé des remèdes que j'emploie dans le choléra; je me suis borné à donner de la glace, la potion de Rivière, la décoction blanche de Sydenham et des quarts de lavements laudanisés.

Cette maladie n'est autre chose, à mon avis, que le choléra d'Europe.

M. BOSSU dit que plusieurs faits de sa pratique lui donnent la preuve qu'en effet il règne à Paris une sorte d'épidémie dysentérique. Il n'a pas rencontré de choléra; mais il traite en ce moment plusieurs personnes affectées de dysenterie, entre autres une dame dans le quartier de la Banque, où l'on vient de signaler l'existence de cette affection. Cette dame est malade depuis près de trois semaines; elle n'a cessé d'avoir douze à quinze selles par vingt-quatre heures; selles sanguinolentes, à en juger par la teinte foncée des mucosités qu'elle a rendues, et qui, par leur persistance et leur nature, dénotent l'existence d'ulcérations intestinales. La malade s'affaiblit et maigrit profondément, quoique la fièvre ait à peu près entièrement disparu. Les selles persistent, malgré toute la série des moyens que l'on peut mettre en usage en pareil cas, et tout annonce une terminaison funeste.

Je cite ce fait, ajoute M. Bossu, non dans l'intention de produire une observation à laquelle manquent les détails de toutes les circonstances, mais pour venir à l'appui de cette assertion, qu'il existe à Paris, en ce moment, une sorte d'épidémie de dysenterie avec symptômes graves.

M. MASSON déclare n'avoir pris la parole que pour bien différencier cette épidémie de celle du choléra.

M. RAMON a eu également à donner des soins à un certain nombre de malades affectés de dysenterie. Chez les adultes, la maladie a promptement cédé, soit à une médecine expectante, soit aux moyens simples et ordinaires usités en pareil cas. Chez les enfants, il n'en a pas toujours été de même, et les accidents aigus et caractéristiques dissipés, la mort est arrivée après des symptômes nerveux ne pouvant être attribués à des symptômes congestionnels cérébraux, et qu'on désigne sous le nom de convulsions internes; accidents qui s'expliquent d'ailleurs par les troubles nerveux qui accompagnent les maladies de l'appareil digestif chez les enfants.

Le secrétaire adjoint, Dr JOSIAS.

Suite de la liste de souscription pour deux confrères dans le malheur.

MM. Dauvergne, à Manosque	5 fr.
J..., médecin-principal, en Algérie	10
Moullion, aux Batignolles	5
Leconte, aux Batignolles	5
Petit, à Aubignan	1
Tallard, à Moulins	6
Sichel, à Paris	10
Tassin, à Leugny	5
Sylvestre, à Coulmier-le-Sec	3
Sommes reçues précédemment	201
Total	251 fr.

CORRESPONDANCE.

Saint-Léger-sur-Dheune, 21 février.

Monsieur le Rédacteur,

Les docteurs soussignés ont l'honneur de vous informer qu'ils déclinent toute participation à la rédaction, signée docteur Bergeret, d'un article publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 janvier, et qui a pour titre : *Cas d'accouchement laborieux. Double obstacle produit par une stricture de l'utérus à sa partie moyenne et une exostose du bassin. Version pratiquée avec succès malgré d'excessives difficultés.*

Le docteur Ricard n'accepte point du tout le rôle que lui fait jouer son jeune confrère; il proteste d'ailleurs contre les faits exposés, qui sont loin d'avoir été observés par lui au même point de vue. Quant au docteur Deblangey, il a lieu de beaucoup s'étonner du diagnostic que lui prête gratuitement au début du travail le docteur Bergeret, avec lequel les soussignés n'avaient préalablement conféré en aucune façon.

Veuillez donc, monsieur le rédacteur, dans l'intérêt de la pratique et de la vérité, insérer cette réclamation dans votre plus prochain numéro. Vous obligerez infiniment vos très-humbles serviteurs,

RICARD, D.M.; Dr DEBLANGEY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 6 février 1858, M. Coze, doyen et professeur titulaire de matière médicale et de pharmacie à la faculté de médecine de Strasbourg, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— M. Rayer, en acceptant la mission de réaliser le projet d'une *Association générale des médecins de France*, a compris toute l'importance de cette mission; et pour s'entourer de toutes les lumières nécessaires, il a fait appel au bon vouloir de membres éminents du corps médical. Une commission de vingt-cinq membres va être chargée d'élaborer les difficiles questions que soulève cette création; elle se compose dès ce moment de MM. Claude Bernard, Lélut, Littré, Rayer, Serres et Villermé, membres de l'Institut; Bouillaud, Cruveilhier, Laugier, Mélier et Ricord, membres de l'Académie de médecine; Bégin, inspecteur du service de santé de l'armée; Michel Lévy, directeur de l'École du Val-de-Grâce; Quoy, inspecteur du service de santé de la marine; Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière; Amédée Latour et Bertillon.

— L'*Union médicale* donne en ces termes les renseignements qu'elle a recueillis sur le projet d'agrandissement de notre Faculté :

« On lui accorderait tout l'espace compris entre la rue Hautefeuille et la rue Larrey; elle aurait deux façades, la façade actuelle prolongée des deux côtés, et donnant sur la rue de l'Ecole-de-Médecine, et une autre plus monumentale, et qui serait la principale, sur le nouveau boulevard Saint-Germain. On construirait de nouveaux amphithéâtres; la bibliothèque, le cabinet de physique, le musée pharmacologique et d'anatomie comparée, seraient considérablement agrandis. Le doyen y trouverait enfin un logement digne du chef de cette illustre Faculté.

» Mais ce ne serait pas avoir tout fait que d'agrandir et embellir le monument. Des réparations aussi urgentes sont à faire à l'intérieur, c'est-à-dire sur le personnel enseignant et professant, ou, pour mieux dire encore, sur le personnel qui ne professe ni n'enseigne. N'est-il pas très-singulier que la Faculté de Paris, qui a surtout brillé par son enseignement anatomique, ait précisément sa chaire d'anatomie inoccupée depuis deux ans? Et ces professeurs qui, depuis plus d'un quart de siècle, n'ont pas fait un seul cours? Et d'autres qui font à grand'peine trois ou quatre leçons par an? Et d'autres qui, irrités de professer dans le vide, se montrent aux examens d'une sévérité excessive pour les élèves qu'ils n'ont pas su attirer à leurs leçons? Et ceux qui n'interrogent les élèves que sur leurs livres ou leurs leçons? Et ceci, et cela, et tant d'autres choses encore qui se disent dans le quartier latin et que le feuilleton, trop indulgent, ne veut pas reproduire.

» Toujours est il que c'est l'enseignement libre qui, pour les élèves, tient aujourd'hui le haut du pavé. Justice doit être également rendue aux agrégés qui suppléent les professeurs officiels. L'amphithéâtre est toujours bien garni quand les cours sont faits par MM. Jarjavay, Gosselin, Verneuil, Vigla, Tardieu, Béclard, Bouchut, Aran, Broca, Lasègue, et nous ne devons pas désespérer de notre mère Faculté, quand, autour de nos vieux maîtres dont l'âge trahit les forces et le zèle, nous voyons cette foule de talents jeunes et vigoureux.

» Si l'on agrandit les bâtiments de l'Ecole, c'est qu'on pense sans doute aussi à agrandir son enseignement. Vous verrez, certainement, que les *desidarata* si souvent exposés passeront à l'état de faits accomplis. La Faculté sera dotée d'un enseignement de l'histoire de la médecine et des institutions médicales, de cliniques spéciales et officielles pour les maladies mentales, l'ophthalmologie, la syphiliographie, la dermographie, toutes choses que l'on trouve dans les programmes des universités d'Allemagne et d'Italie, et qui n'existent chez nous que grâce au dévouement et au zèle de l'enseignement libre. Que de choses à faire et qui pourraient illustrer un décanat! »

— Notre regrettable collègue, le docteur Maurice Ruef, a légué par testament une somme de 1,000 fr. à l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin. (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

— Un concours, ouvert le 25 janvier dernier, pour trois places d'internes spécialement attribuées aux étudiants militaires, a eu pour résultat la nomination de MM. Chaumont et Borel, élèves de l'école de santé militaire; Buez, médecin sous-aide.

— Le journal la *Lumière* annonce qu'on vient récemment de faire quelques applications de la photographie à l'anatomie et à la chirurgie. Un jeune médecin a reproduit pour l'usage du stéréoscope quelques-unes des belles études anatomiques de l'école pratique de Clamart. Les épreuves, de la grandeur d'un quart de plaque, représentent une admirable préparation du système des vaisseaux lymphatiques du corps humain. Par sa nature, cette préparation se conserve très-difficilement à cause du poids du mercure injecté dans les vaisseaux, et qui tend constamment à les rompre pour s'écouler, et faire ainsi perdre le fruit de longs et pénibles travaux. Ce que le dessin n'avait pu faire qu'approximativement, la photographie vient de le reproduire avec sa scrupuleuse fidélité, de sorte qu'aujourd'hui il sera bien moins regrettable de voir disparaître des préparations qui ont exigé plusieurs mois de travail.

L'auteur se propose de reproduire aussi les anastomoses artérielles et veineuses qui seront, pour cet usage, injectées avec des couleurs qui puissent impressionner la couche sensible. Enfin, les filets nerveux les plus délicats serviront aussi de sujet à quelques épreuves. M. Nélaton vient d'attacher à la clinique de l'Ecole de médecine un photographe chargé de la reproduction des sujets avant et après les opérations. Au nombre des épreuves qui ont été faites, nous citerons diverses opérations de la face, et surtout une reproduction de fracture du col du fémur, qui fourniront d'utiles indications pour les élèves et les praticiens. Un semblable service, installé dans les divers hôpitaux de Paris, permettrait de conserver, pour l'avenir, des faits quelquefois très-rares dans l'art médical.

A CÉDER de suite et sans indemnité une clientèle de médecin à Muzillac, chef-lieu de canton (Morbihan).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes, par M. le docteur E. AZAM, médecin adjoint de l'Asile public de femmes aliénées de Bordeaux, etc. Brochure in-8°. Bordeaux, 1858, chez G. Gounouilhon, place Puy-Paulin, 1.

Essai sur l'épidémie de variole et de varioloïde qui a régné à Dunkerque en 1848 et 1849, par M. le docteur ZANDYCK, ancien chirurgien militaire, membre du conseil d'hygiène de Dunkerque, etc. Brochure in-8°. Paris, 1857, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Remarques pratiques sur la vaccination chez les adultes, par le MÊME. Brochure in-8°. Paris, 1858, chez le même libraire.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 25. — MARDI 2 MARS 1858. (31e ANNÉE.) N° 25. — MARDI 2 MARS 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Pétition adressée à S. M. l'Empereur par les délégués des Sociétés médicales de Paris. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Une épingle dans la cloison inter-ventriculaire du cœur. — Cautérisation sèche comme traitement des envies ou taches pigmentaires de la peau. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 22 février. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, fin de la séance du 17 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 1er MARS 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La *lithotritie* représentée par M. Le Roy-d'Étiolles, et la *lithotripsie*, dans la personne de M. Heurteloup, se sont une fois de plus entrechoquées devant l'Académie. On se rappelle que, dans une séance précédente, M. Heurteloup a lu un mémoire sur les lois et les conditions physiques primordiales de la lithotripsie, dans lequel il formulait entre autres principes celui-ci, savoir : que la lithotripsie doit toujours être pratiquée avec un marteau, un point d'appui fixe et un lit disposé *ad hoc*. M. Le Roy-d'Étiolles est venu dans la dernière séance opposer à ce principe un principe contraire, et soutenir que l'écrasement par pression est applicable au plus grand nombre des calculs vésicaux ; que dans les cas où la percussion est reconnue nécessaire, elle s'exécute très-bien sans point d'appui pris sur un lit, et au moyen du marteau ou perculeur à détente de son invention. Et, comme pour rendre l'opposition plus vive encore et la contradiction plus patente, dans cette même séance où M. Le Roy est venu contester une à une les propositions de M. Heurteloup, l'Académie recevait un nouveau mémoire destiné à développer et à étayer par des faits ces mêmes propositions. Les commissaires désignés pour prendre connaissance de ces communications et apprécier ce débat, feront-ils connaître leur jugement ? Nous craignons fort qu'ils n'en fassent rien et que les parties soient renvoyées dos à dos dépens compensés.

M. Alb. Puech (de Toulon), a présenté un travail sur une question de pathologie à l'ordre du jour, et sur laquelle tout récemment encore nous appelions l'attention de nos lecteurs, à l'occasion de l'excellente thèse de M. Voisin sur le même sujet, l'hématocèle rétro-utérine. L'objet de la communication de M. Puech, qui ne paraît être, d'après sa propre déclaration, que le préliminaire d'un travail plus considérable, fruit de longues recherches, est de bien déterminer le sens précis qu'il convient d'attacher à cette dénomination, d'en fixer le siége et la nature, et de poser les indications thérapeutiques qui s'en déduisent. Nous nous bornons pour aujourd'hui à reproduire les conclusions de ce mémoire, l'auteur devant nous fournir prochainement l'occasion d'y revenir.

M. Ozanam, dans un travail présenté il y a quelques mois, a montré que l'éther devait être considéré comme une source de carbone facilement assimilable, et que sa transformation en acide carbonique dans le torrent circulatoire était la véritable cause de l'arrêt de la sensibilité. Il était ainsi amené par une déduction rationnelle à employer l'acide carbonique en inhalations comme anesthésique général, l'éther n'étant plus à ses yeux qu'un intermédiaire inutile et parfois dangereux, dont il n'est possible ni de calculer régulièrement la dose ni de prévenir sûrement les effets. C'est le résultat d'une étude sérieuse de cet agent « assez puissant, dit-il, pour arrêter la sensibilité, assez maniable pour qu'on puisse en prolonger longtemps l'usage, assez innocent pour qu'on n'ait plus à craindre la mort subite », qu'il présente dans un nouveau travail. On trouvera dans le compte rendu un résumé succinct des principaux résultats que M. Ozanam a constatés dans une série d'expériences entreprises avec le concours de M. Fabre et de M. P. Blondeau. On y verra que l'acide carbonique, moins dangereux que l'oxyde de carbone et le chloroforme (du moins chez les animaux soumis aux expériences), paraît jouir de propriétés anesthésiques assez prononcées pour pouvoir, dans l'opinion de l'auteur, être substitué avec avantage à l'éther ou au chloroforme.

Nous ne ferons que signaler, sans nous y arrêter, une nouvelle communication de M. Philipeaux sur les effets de l'extirpation des capsules surrénales, invoquée à l'appui des conclusions qu'il a formulées sur ce point de physiologie expérimentale, et un mémoire de M. Bosredon sur la fièvre typhoïde, dont nous ne connaissons que les conclusions.

Dr Brochin.

PÉTITION ADRESSÉE A S. M. L'EMPEREUR

par les délégués des sociétés médicales de Paris.

Nos lecteurs se rappellent qu'un projet de pétition, ayant pour objet de demander aux pouvoirs publics une répression efficace de l'exercice illégal de la médecine, a été soumis aux délibérations d'une réunion de délégués des différentes sociétés médicales de Paris. La réunion de ces délégués a arrêté dans sa séance du 30 septembre dernier la rédaction de la pétition suivante, qu'une députation a été chargée de présenter à l'Empereur.

Sire,

A une époque où l'histoire de votre bienfaisance s'écrit en caractères ineffaçables sur le sol de la France; au moment où la société, imitant votre exemple, s'efforce d'améliorer la position des classes nécessiteuses, le corps médical se fait un devoir d'appeler l'attention de Votre Majesté sur une des plaies sociales qui paralysent vos généreuses intentions.

Sire, à côté de cette médecine consacrée par l'expérience des siècles, de cette médecine qui console et guérit, marche audacieusement une médecine illégale sordide et aveugle.

Si dans les villes l'instruction des masses peut quelquefois contrebalancer ses fâcheux effets, il n'en est plus de même dans les campagnes, où malheureusement l'ignorance prédomine encore, et où cependant une publicité sans bornes prodigue ses promesses scandaleuses et mensongères.

Sire, là est un danger sérieux, là est une barrière qui ralentit sans cesse cette impulsion que vous donnez si largement à la morale et à l'humanité.

Permettez-nous d'espérer que votre Majesté, si soigneuse de l'enfance du pauvre, si prévoyante pour sa vieillesse, daignera poursuivre son œuvre en protégeant par une répression efficace la société tout entière contre l'exercice illégal de la médecine.

Tels sont, Sire, les vœux du corps médical, si souvent appelé à l'honneur de propager les bienfaits de votre touchante sollicitude pour la souffrance, mais trop souvent entravé par le préjugé dans l'accomplissement de sa mission humanitaire.

Paris, le 30 septembre 1857.

(Suivent les signatures des délégués des sociétés médicales suivantes : Sociétés médicales des 1er, 5e, 6e, 8e, 9e, 11e et 12e arrondissements; société médico-chirurgicale, société médico-pratique, société médico-pathologique et société des médecins des bureaux de bienfaisance).

Les membres de la députation présents étaient :

MM. Loreau, de la société médicale du 5e arrondissement.
Delthil, — du 6e —
Géry, — du 8e —
Hatin, — du 9e —
Brochin, — du 11e —
Dewulf, — du 12e —
Grange, de la société médico-chirurgicale.
Alex. Mayer, de la société médico-pratique.

Absents par empêchement :

MM. les délégués de la société médicale du 1er arrondissement.
— de la société médico-pathologique.
— des médecins des bureaux de bienfaisance.

La députation des délégués a été admise hier à l'honneur de présenter cette pétition à S. M. l'Empereur.

S. M. a accueilli la députation avec une extrême bienveillance. M. Mayer, secrétaire de la commission générale, a le premier pris la parole au nom de ses confrères en remettant la pétition entre les mains de S. M. L'Empereur ayant demandé quelques explications sur l'objet et les motifs de cette pétition, M. le docteur Géry, doyen d'âge des délégués, a répondu avec beaucoup d'à-propos et de convenance. Après cet échange d'explications, S. M. a daigné promettre aux membres de la députation qu'elle appellerait l'attention du ministre sur l'objet de leur démarche.

Espérons que cette démarche faite au nom des praticiens de Paris, mais qui ne répond pas moins à la pensée et aux vœux du plus grand nombre des praticiens de France, ne sera point sans résultat, et qu'elle aura pour effet l'adoption de mesures qui intéressent la société tout entière autant au moins que le corps médical lui-même.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Une épingle dans la cloison inter-ventriculaire du cœur.

Un homme, d'une constitution athlétique, paraissant âgé de quarante à quarante-cinq ans, est entré il y a dix jours dans la salle Saint-Charles, pour s'y faire traiter d'un érysipèle de la face. Ce malade, par suite de l'extension de la phlegmasie, éprouva au bout de quatre jours des symptômes asphyxiques tellement graves, que la trachéotomie fut résolue. Malheureusement, l'opération fut trop tardivement prescrite, et cet homme succomba au moment où l'on se mettait en demeure de la pratiquer. A l'autopsie, M. le docteur Duriau, chef de clinique, assisté de son honorable confrère M. le docteur Maximin Legrand, ainsi que des élèves du service, trouva une épingle, longue environ de 3 à 4 centimètres, faisant saillie dans le cœur, implantée dans la cloison inter-ventriculaire, et recouverte d'une couche de fibrine. Le 24 février, nous avons vu nous-même et examiné à la loupe cette curieuse pièce pathologique, qui sera prochainement déposée au musée Dupuytren. Nous ajouterons que le péricarde, malgré la plus scrupuleuse attention, ne présentait aucune trace de déchirure.

Aucun renseignement ne peut être donné sur les circonstances étiologiques de ce fait rare et surprenant, qui a permis à l'habile médecin de la Charité d'entrer, dans la leçon clinique du jour, dans des considérations d'un haut intérêt sur la pathologie cardiaque.

Très-désireux de faire connaître cette observation à nos lecteurs, nous nous sommes mis à la recherche des cas de corps étrangers dans les cavités du cœur, consignés dans les archives de la science, et voici ceux qui nous paraissent le plus dignes d'être rapportés :

« M. le professeur Laugier a déposé au musée Dupuytren une pièce anatomique fort curieuse. Une longue aiguille traverse le tissu du cœur, et pénètre jusque dans les cavités de ce viscère. Le sujet a succombé à une affection tout à fait étrangère à la lésion du cœur, qui ne fut pas même soupçonnée pendant la vie. La pièce a été trouvée par hasard sur le cadavre. » (Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, tome III, p. 473.)

Notre savant collaborateur, M. le docteur A. Jamain, dans un excellent travail qu'il a publié l'an dernier (1), a cité plusieurs observations qui ont la plus grande analogie avec celles de MM. Piorry et Laugier. Elles trouvent ici parfaitement leur place.

» Le 23 août 1845, Mlle Q..., dans un accès de tristesse, s'enfonça une aiguille dans la région du cœur, entre la sixième et la septième côte. Elle annonça ensuite qu'elle venait de se donner la mort. L'élève de garde ne trouva à l'extérieur aucune saillie d'un corps étranger. Le pouls était calme, la nuit fut excellente, et le lendemain la malade mangea comme à son ordinaire.

» On perçoit à la région du cœur la sensation d'un petit corps étranger. La pression en ce point est à peine douloureuse : on ajourne l'extraction. Le 26 août, la malade se plaint qu'on lui laisse une grande aiguille dans le cœur. Renseigné sur la nature du corps étranger, on fit une petite incision, et on aperçut à 2 millimètres au-dessous de la peau un petit corps noir qui fut saisi avec des pinces à disséquer. C'était une aiguille — que M. Trélat conserve — très-grosse, oxydée par un séjour dans la plaie, d'un millimètre et demi de diamètre à sa plus grosse extrémité, et de 5 centimètres de longueur. Elle était plongée tout à fait perpendiculairement au cœur, entre la sixième et la septième côte. »

» Une couturière de dix-huit ans vint, le 4 août 1842, consulter le docteur Leaming (de Philadelphie) pour se faire extraire une aiguille qu'elle supposait avoir pénétré dans son sein droit. Deux jours auparavant elle s'était penchée vivement contre une table où l'aiguille était fixée sur une étoffe. La malade n'était pas très-sûre que ce corps étranger fût resté sous la peau; aussi le chirurgien se borna-t-il sans succès à un examen très-attentif de l'endroit lésé. Le 8 septembre, sans toux ni dypsnée prémonitoires, sans refroidissement, la jeune fille était atteinte d'une pleurésie au côté droit, qui céda bientôt sous l'influence des antiphlogistiques. Le 13 février 1843, pneumonie légère à droite et bronchite double. Après la guérison, une toux fatigante persiste. Le 10 mars, spasmes du diaphragme. Le 26, vomissements obstinés; pouls à 80. Le 5 avril, symptômes d'une péricardite; pouls faible, irrégulier. L'affaiblissement fit de rapides progrès; œdème des pieds; pouls imperceptible. Mort le 27 avril 1843.

(1) *Des plaies du cœur*, thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie, chez Germer Baillière.

» *Autopsie.* — Les deux poumons sont hépatisés à leur base. Adhérence du droit à la plèvre costale. Le péricarde contient plus d'une pinte de sang fluide. Adhérences nombreuses entre les deux surfaces de cette poche. Cœur flasque, petit, contenant peu de caillots. Dans le ventricule gauche, on voit l'aiguille dont la pointe faisait une saillie d'un quart de pouce de longueur dans son intérieur. Elle avait traversé la paroi du ventricule droit, puis la cloison médiane; la tête occupait l'épaisseur de la paroi du ventricule droit, l'ouverture qu'elle avait faite semblait complétement fermée par la lymphe coagulable.

» Un jardinier qui, trois jours avant, semblait jouir d'une parfaite santé, est transporté à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans un état d'oppression et d'anxiété extrêmes, et succombe au bout de dix à douze heures au milieu de ces symptômes dont on ne peut même soupçonner la véritable cause.

» *Nécropsie.* — Le péricarde, coloré en brun noirâtre, contenait un liquide de même couleur qui ressemblait à du sang altéré. En promenant les doigts à la surface du cœur, M. Barbier sentit à la surface du ventricule droit une espèce d'*aspérité*. C'était l'extrémité d'un corps étranger fixé dans le tissu du ventricule. Ce corps, dont l'extraction ne présenta aucune difficulté, ressemblait à un cure-dent en ivoire, d'un pouce et demi environ de longueur. Outre la perforation qui lui avait donné entrée dans la cavité du ventricule, on voyait trois autres trous dans cette cavité, comme si le ventricule, en se contractant, avait rencontré la pointe du corps étranger qui s'était, pour ainsi dire, enfoncée à diverses reprises dans son tissu en se blessant de dedans en dehors.

» M. Renauldin a communiqué à l'Académie de médecine, dans la séance du 30 juillet 1833, le fait suivant : Un homme atteint de monomanie suicide avait tenté de s'étrangler... délire depuis plusieurs jours, oppression, point de douleur, matité du côté droit de la poitrine, pouls fréquent, mort subite en faisant un effort pour se lever. A l'autopsie on trouva deux livres de liquide séro-purulent dans le péricarde auquel le cœur adhère par sa pointe. Ce viscère est plus gros que dans l'état normal. Le ventricule droit est traversé par une aiguille. *On ne découvre sur la peau correspondante aucune cicatrice qui indique le lieu de pénétration.* »

« En ouvrant le cœur d'une femme âgée de plus de cinquante ans, et qui après avoir longtemps souffert de la poitrine était morte rapidement, M. Sklarsky trouva la substance des poumons gorgée de sang noir, et le péricarde contenant plus d'une livre et demie de sang coagulé. Le cœur était noir, l'aorte descendante formait un anévrysme considérable, présentant à sa partie inférieure un trou qui s'ouvrait dans le péricarde. Dans les parois de l'oreillette droite, là où vient se rendre la veine-cave, on trouva une aiguille rouillée longue de plus d'un pouce, et tellement engagée dans le tissu que M. Sklarsky fut obligé d'user de force pour la retirer et qu'il la cassa en trois morceaux.

» L'auteur admet que cette aiguille ayant été avalée s'était arrêtée dans l'œsophage, et avait pénétré ensuite dans le cœur; que les mouvements continuels du cœur l'avaient poussée plus loin et qu'elle s'était engagée dans l'oreillette droite. » (A. Jamain, *ouvrage cité,* pages 43, 44, 45 et 46).

Les aiguilles et les épingles sont loin d'être les seuls corps étrangers qui aient été rencontrés dans les cavités de l'organe central de la circulation, ainsi que le prouvent surabondamment les exemples suivants :

« Un jeune nègre reçut presque à bout portant un coup de feu dans la poitrine; il succomba soixante-sept jours après l'accident, et à l'autopsie, outre des lésions de la plèvre et du poumon, on trouva que le cœur avait acquis un volume considérable dans quelques points, ses parois étaient *presque cartilagineuses.* On trouva dans le ventricule droit trois chevrotines libres dans la cavité. Ce ventricule était considérablement agrandi; *il était recouvert d'une couche épaisse d'où s'élevaient de nombreuses papilles de couleur brune qui lui donnaient l'aspect de la langue d'un bœuf.* En ouvrant l'oreillette droite, on trouva deux chevrotines également libres dans sa cavité. La surface interne de l'oreillette ne paraissait pas avoir beaucoup souffert de leur présence. Les chevrotines avaient pénétré dans le cœur près de sa base; les plaies qu'elles avaient faites étaient peu éloignées l'une de l'autre : elles étaient toutes cicatrisées, mais on apercevait parfaitement leur place. » (*Journal des progrès*, tome XVII, page 267.)

« Plus d'une fois les chasseurs ont tué des animaux déjà blessés au cœur, ce qui était prouvé par les cicatrices de cet organe et par des balles trouvées dans les ventricules. Latour, d'Orléans, cite le fait remarquable d'un soldat dans le cœur duquel on trouva une balle six ans après la guérison de la blessure. Le projectile était enchatonné dans le ventricule droit près du sommet de l'organe; il était recouvert en partie par le péricarde et appuyé sur le *septum medium.* » (Latour, d'Orléans, *Traité des hémorrhagies.*)

Plater parle d'un cochon dans le cœur duquel on trouva un morceau de bâton. Les renseignements qu'on a pu recueillir tendent à faire croire que ce corps étranger était depuis plus de six mois logé dans la cavité de l'organe central de la circulation.

« Dans un cas rapporté par M. Ferrus, un horloger se frappa à la poitrine, entre la cinquième et la sixième côte, avec une lime aiguisée, qui se rompit au niveau des parois de la poitrine et qui resta dans la plaie. Il succomba vingt-trois jours après la blessure.

» A l'ouverture du corps, on trouva à la partie antérieure et inférieure du ventricule gauche le corps étranger implanté dans ce ventricule, pénétrant toute l'épaisseur de la paroi, de telle sorte qu'il faisait saillie de quelques lignes dans le ventricule droit. » (Nélaton, *ouvrage cité*, t. III, p. 472.)

Enfin, et pour terminer cette longue énumération, nous mentionnerons encore cette observation, qui, ainsi que le fait remarquer M. Jamain à la page 46 de son mémoire, présente un grand intérêt :

« Le docteur Davis fut appelé le 19 janvier 1833 auprès de Williams Mills, âgé de dix ans, qui venait d'être blessé de la manière suivante : il avait imaginé de faire un fusil avec le manche creux d'une longue fourchette à rôtir, *toasting-fork*, dans l'un des bouts duquel il avait enfoncé une cheville de bois de la longueur de trois pouces pour faire la culasse du fusil. Au moment de l'explosion, la cheville de bois fut chassée vers l'enfant et pénétra complétement dans le thorax, du côté droit, entre la troisième et la quatrième côtes. Aussitôt après l'accident, l'enfant revint chez lui, à une distance de quarante verges. Lorsque le médecin le vit, il avait perdu beaucoup de sang et paraissait très-affaibli. Si on le plaçait sur le côté droit, il sortait par la plaie un flot de sang veineux. Il s'écoula plusieurs heures avant la manifestation d'aucune réaction. L'enfant n'accusait aucune douleur. Pendant dix ou quinze jours après l'accident, il parut se rétablir. Une fois même il se promena dans son jardin, parcourut une distance de quatre-vingts verges, et joua avec ses fleurs, disant avec gaieté qu'il était très-bien. Après la première quinzaine, il dépérit visiblement, et éprouva fréquemment des frissons qui étaient toujours suivis de défaillances. Le pouls était très-fréquent. Jusqu'à sa mort, il ne toussa point, ne cracha point de sang; toutes les fonctions parurent s'accomplir normalement; il ne ressentit aucune douleur. Il mourut cinq semaines et deux jours après l'accident.

» *Autopsie.* — En ouvrant le thorax, on observa une petite cicatrice entre les cartilages de la troisième et de la quatrième côte, à un demi-pouce à droite du sternum; il n'y avait ni épanchement sanguin, ni collection séreuse dans les plèvres. A la racine du poumon droit, près de l'artère pulmonaire, on trouvait une petite marque bleuâtre dans le tissu cellulaire, correspondant, pour la grandeur, avec la cicatrice qui avait été remarquée à la partie antérieure de la poitrine; le péricarde renfermait une demi-once de sérosité.

» Le cœur, vu extérieurement, paraissait sain. En ouvrant cet organe, on trouva dans le ventricule droit le morceau de bois dont l'enfant s'était servi pour former la culasse de son fusil; le bout inférieur de ce morceau de bois appuyait contre la partie inférieure du ventricule, près de la pointe du cœur, et était engagé entre les colonnes charnues et la surface interne du ventricule. L'autre bout reposait contre la valvule auriculo-ventriculaire, qu'il avait en partie déchirée, et était comme encroûté d'un caillot épais, aussi gros qu'une noix. On chercha en vain dans le cœur ou dans le péricarde la trace d'une plaie par où le morceau de bois aurait pu pénétrer.

» Il est difficile d'assigner le chemin que ce corps étranger a suivi pour gagner le ventricule droit. L'auteur incline à croire que le morceau de bois perfora la veine-cave et fut entraîné de là par le sang dans l'oreillette droite, puis dans le ventricule. »

Que conclurons-nous du cas particulier observé dans le service de M. le professeur Piorry et des cas presque analogues que nous avons rapportés? Que ces aiguilles ou ces épingles trouvées dans le cœur, sans lésions apparentes des téguments, ont probablement pénétré par une autre voie que la région thoracique, et que, cheminant à travers les tissus, elles ont fini par arriver jusque dans les cavités de l'organe central de la circulation. Enfin, ainsi que l'a si judicieusement fait remarquer M. le docteur Jamain, — avec lequel les auteurs seront désormais obligés de compter toutes les fois qu'il s'agira de la pathologie chirurgicale du cœur, — il résulte naturellement de tout l'ensemble des observations que nous avons groupées ici, que l'existence de corps étrangers dans le cœur ne semble pas déterminer de symptômes propres à ce genre de lésions, et que, malgré leur présence, la vie peut se prolonger pendant un temps beaucoup plus long qu'on ne serait physiologiquement en droit de le supposer.

Dr Legrand du Saulle.

CAUTÉRISATION SÈCHE

comme traitement des envies ou taches pigmentaires de la peau;

Par M. Chassaignac.

La pratique médicale n'a pas à remédier seulement aux difformités qui s'opposent au libre accomplissement des fonctions, il faut encore qu'elle ne soit pas désarmée en face de celles qui offensent l'amour-propre des individus qui en sont affectés. Au nombre de ces dernières viennent se classer les taches pigmentaires, lorsque leur développement prend certaines dimensions. Les traités classiques restent muets sur ces sortes de traitements, et c'est dans la pratique des chirurgiens ingénieux qu'il faut aller puiser des enseignements à cet égard. Outre une innocuité entière, complète, les procédés qui seront mis en œuvre doivent conduire d'une manière certaine au résultat désiré. La cautérisation *sèche*, que M. Chassaignac applique à la destruction des taches pigmentaires, appartient à cet ordre de moyens.

Ce mode de cautérisation est celui qu'on emploie habituellement lorsqu'on se sert du caustique de Vienne, mais entouré de soins minutieux qui tous ont pour but de prévenir la suppuration. Pour lui conserver ce caractère essentiel, on doit l'appliquer seulement aux lésions qui affectent une faible épaisseur des tissus, ou, lorsqu'elles présentent une certaine étendue, les attaquer par fractions, en laissant un long intervalle entre chaque cautérisation. La couche de pâte de Vienne doit être le plus mince possible, eu égard à la profondeur de l'altération de la peau; elle n'est jamais laissée en place plus de cinq minutes; on lave la partie escharifiée avec de l'eau vinaigrée, afin d'enlever toute trace de caustique. Après avoir essuyé avec soin les parties, on applique un morceau d'amadou bien souple, qui a exactement la forme de la surface cautérisée. Si, dès lors, on préserve l'accès de toute humidité, l'amadou adhère d'une façon si intime avec l'eschare, qu'il ne tombe qu'avec elle, et celle-ci ne se détache qu'après la cicatrisation complète des tissus qui lui sont subjacents. Cette adhésion de l'amadou est la condition *sine quâ non* de la réussite. En voici un exemple :

M. Raoux (Louis), vingt-deux ans, externe des hôpitaux de Paris, porte sur le front, à gauche, une tache pigmentaire, un peu mamelonnée, irrégulièrement ovalaire, et présentant les dimensions d'une pièce de cinq francs : son diamètre transversal a 50 millimètres, le vertical 53 seulement.

Le 22 juin 1853, première application de la pâte de Vienne faite sur le tiers moyen de la tache; le caustique est laissé pendant quatre minutes, puis remplacé par un peu d'amadou; celui-ci, maintenu pendant trois à quatre jours au moyen d'un bandeau, prend des adhérences tellement solides, qu'on peut se dispenser de tout appareil extérieur. Les phénomènes d'élimination de l'eschare et de la cicatrisation cutanée s'opèrent à sec.

Le 12 octobre 1853, application de pâte de Vienne sur le tiers inférieur de la tache pendant huit minutes; pansement avec l'amadou, qui adhère très-promptement à l'eschare, et rend, au bout de dix-huit heures, tout pansement externe inutile.

Le 10 février 1854, on attaque le tiers supérieur de la tache; le caustique est laissé cinq minutes en place.

Ces trois cautérisations terminées, il restait encore, entre le tiers moyen et le tiers inférieur, un petit îlot de matière pigmentaire qui avait échappé aux trois cautérisations précédentes.

Le 18 mai 1854, nouvelle application de trois minutes seulement.

Au 13 juin, la cicatrice était complète.

Le 11 septembre, restait encore, dans le tiers moyen de la cicatrice, un petit mamelon brunâtre; il est attaqué à son tour; même pansement. Guérison complète le 25 octobre 1854.

Ainsi, ce nævus a été détruit par cinq applications successives faites à grandes distances l'une de l'autre. Les applications caustiques ont duré trois, quatre, cinq et huit minutes, suivant l'épaisseur de la plaque dans les divers points de son étendue. Le pansement a toujours consisté dans l'application d'un morceau d'amadou très-exactement taillé sur la forme même de l'eschare. L'amadou n'a causé ni gêne ni douleur, et ne s'est détaché que quand la cicatrisation a été complète. Aujourd'hui la cicatrice est unie et lisse; elle est blanche dans les points les plus anciennement cicatrisés, légèrement rosée sur les parties cautérisées les dernières; elle pâlit de jour en jour. Les mouvements de la peau sont parfaitement conservés. Chaque cautérisation n'a nécessité qu'un seul pansement. Enfin, excepté au moment de la cautérisation, il y a eu absence de douleur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 février 1858. — Présidence de M. Despretz.

Lithotritie. — M. LE ROY-D'ÉTIOLLES lit un mémoire sur la combinaison de l'écrasement par pression et par percussion dans la lithotritie et sur la génération de cette méthode.

Lorsque la lithotritie, dit l'auteur, borne son action à broyer les calculs vésicaux, abandonnant à la nature l'expulsion de leurs débris; l'écrasement par pression qui s'exécute avec des instruments légers portatifs suffit dans la grande majorité des cas. Mais lorsque l'on veut faire l'extraction immédiate des détritus avec le brise-pierre à double cuillers, extraction qui abrége beaucoup la durée du traitement et qui diminue dans une très-grande proportion les inconvénients et les dangers de l'engagement des fragments dans l'urèthre; il devient nécessaire de faire intervenir la percussion, car la pression, quel que soit l'agent au moyen duquel on l'exécute, vis, écrou simple, écrou brisé, pignon d'engrenage, levier, etc., est impuissante à rapprocher complétement les branches creuses remplies de débris, en sorte que la sortie des branches écartées, que dépassent souvent des fragments plus ou moins saillants, ne pourrait pas avoir lieu sans léser l'urèthre. La percussion, au contraire, chassant l'excédant d'un et d'autre côté, tasse le magma dans les cuillers et rapproche les branches. Pour appliquer la percussion est-il nécessaire que l'instrument soit maintenu par un étau fixe inhérent à un lit opératoire, comme le prétend le chirurgien inventeur du procédé et de la chirurgie occulte? S'il en était ainsi, il serait à craindre que l'extraction immédiate ne se généralisât pas et qu'elle restât confinée entre les mains d'un petit nombre de spécialistes munis du matériel nécessaire à l'application de ce mode opératoire : matériel très-lourd, très-embarrassant, qui oblige le patient à venir subir l'opération chez le chirurgien, ou le chirurgien à se faire précéder ou suivre chez ses malades d'une charrette chargée du lit opératoire. D'un autre côté les étaux à main, tenus par des aides, n'opposent pas une résistance suffisante à l'impulsion donnée par le choc du marteau... Pour obvier à ce double inconvénient, dit M. le Roy-d'Étiolles, j'ai imaginé le percuteur à détente qui s'adapte au brise-pierre, fait corps

avec lui et ne lui donne pas plus d'impulsion que le chien d'un fusil. Le mécanisme qui produit la tension et l'échappement du ressort, produit aussi une succession rapide de chocs dont la force varie en raison du volume des brise-pierres.

J'ai présenté cet appareil à l'Académie des sciences en 1838, il a été l'objet d'un rapport fait par MM. Breschet et Larrey, lu dans la séance du 8 avril 1839, dont voici les conclusions :

« Une action combinée de pression et de percussion que produit cet » appareil lorsqu'on le met en jeu, sans efforts sensibles et sans » point d'appui à l'extérieur, établit un vrai perfectionnement dans » l'art de la lithotritie; nous n'hésitons pas, en conséquence, à propo- » ser à l'Académie de donner son approbation au mémoire de M. Le » Roy-d'Etiolles. »

Depuis l'adoption de ce rapport, j'ai fait l'application du percuteur à détente sur 250 à 260 malades, et toujours, sauf un cas, avec succès; je veux dire que toujours il m'a suffi pour rompre les calculs qui résistaient à la pression et pour tasser dans les cuillers les débris de la pierre, de manière à rapprocher complétement les branches. Cet appareil permet de percuter sur un lit ordinaire, sans aide ni assistance. Il peut seul être employé sur les malades dont on endort la sensibilité avec l'éther ou le chloroforme, alors même qu'on ne peut pas arriver à la période de sédation et de collapsus. Non-seulement il a justifié les éloges que lui accordaient il y a dix-neuf ans deux célèbres chirurgiens, mais encore il doit, par la facilité de son application, généraliser un procédé utile, celui de l'extraction immédiate des détritus de la pierre. Cet appareil est exécuté par M. Mathieu.

Avant de terminer, ajoute M. Le Roy, je demande à l'Académie la permission d'éclaircir un point obscur de l'histoire de l'écrasement de la pierre. J'avais dis, l'année dernière, dans une lettre, que le brise-pierre à deux branches courbes à coulisse existait depuis sept ans, lorsque M. Heurteloup publia son percuteur; je fournis la preuve de cette assertion en déposant sur le bureau une brochure de Weiss, coutelier anglais, dans laquelle est figuré et décrit un brise-pierre sur le modèle duquel sont construits tous les brise-pierres dont tous les chirurgiens, sans en excepter un seul, se servent aujourd'hui. [Commissaires : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe) et Civiale.]

Iode. — M. CHATIN lit un mémoire ayant pour titre : *De la diffusion générale de l'iode, ou de l'existence de ce corps dans l'air, dans les eaux, dans les minéraux et les corps organisés.* Nous avons donné un résumé de ce mémoire dans le numéro du 20 février. (Commissaires : MM. Dumas, Elie de Beaumont, Boussingault, Bussy, Moquin-Tandon et Frémy.)

Hématocèle rétro-utérine. — M. ALB. PUECH adresse un mémoire sur ce sujet.

L'auteur, en terminant son mémoire, résume dans les propositions suivantes les conséquences auxquelles il a été conduit :

1° L'hématocèle rétro-utérine n'est point une espèce morbide, mais un genre fondé sur son caractère anatomique, la présence du sang plus ou moins modifié à l'intérieur d'une poche enkystante;

2° Elle est la terminaison ou, si l'on veut, la suite de plusieurs maladies : sa genèse est donc multiple, et partant toute théorie qui ne voudra tenir compte que d'une seule origine sera fautive par la base;

3° Les faits connus permettent de lui assigner trois origines :

a Une lésion de l'ovaire que je caractériserai plus tard;

b Les varices du plexus utéro-ovarien : c'est le cas pour deux des observations rapportées dans le cours de ce mémoire;

c Une lésion de la trompe (rare);

4° Le plus souvent extra-péritonéale, elle n'est intra-péritonéale que consécutivement;

5° Une crépitation fixe perçue par le palper hypogastrique est un signe de l'existence de caillots mous;

6° Sa terminaison est variable : lorsque le kyste se rompt, il y a mort soit par hémorrhagie, soit par péritonite consécutive; lorsqu'il ne se rompt pas ou qu'il se rompt consécutivement, il y a retrait, substitution fibrineuse et résorption partielle de la tumeur ou bien inflammation, et le pus se fait jour soit par le rectum, soit par le vagin, soit vers la séreuse qu'il enflamme;

7° Le traitement devra être exclusivement médical. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

Fièvre typhoïde. — M. DE BOSRÉDON adresse un mémoire ayant pour titre : *Considérations sur quelques cas de fièvre typhoïde.*

L'auteur, qui a eu occasion de suivre pendant les trois dernières années, dans le canton de Saint-Macaire (Gironde), des épidémies de fièvre typhoïde, rapporte quelques-unes des observations qu'il a recueillies et les fait précéder de considérations générales. En terminant son mémoire, il résume dans les propositions suivantes les résultats auxquels l'a conduit l'étude de cette maladie.

1° La fièvre typhoïde ne doit pas son développement à la pratique de la médecine (1).

2° La fièvre typhoïde peut récidiver.

3° La fièvre typhoïde est contagieuse. (Commissaires : MM. Serres, Andral.)

Lithotripsie. — M. HEURTELOUP adresse un travail manuscrit accompagné de figures et portant pour titre : *Mémoire pour servir d'introduction aux principes de l'art de broyer les pierres dans la vessie humaine et démontrant les dangers d'employer les instruments du commerce pour pratiquer la lithotripsie, et la nécessité de poser les règles relatives à cette opération.*

L'auteur annonce que ce travail, dans lequel il s'occupe principalement du cas des petites pierres, sera suivi d'une seconde partie dans laquelle il donnera les indications particulières aux calculs plus volumineux. Il demande que ces deux communications soient soumises à l'examen de la commission qui a déjà été chargée de prendre connaissance de celle qu'il a faite dans la séance du 28 décembre dernier. (Commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).)

Inhalations d'acide carbonique. — M. OZANAM communique une note sur les inhalations d'acide carbonique, considérées comme anesthésique efficace et sans danger.

M. Ozanam a fait 27 expériences, dont il résume les résultats en ces termes :

Les inhalations de gaz acide carbonique produisent des effets très-analogues à ceux de l'éther, mais plus fugitifs; on peut les diviser en quatre périodes : 1° prodromes; 2° excitation; 3° anesthésie; 4° réveil.

1° *Période prodromique.* — Tantôt l'animal est calme, tantôt il se roidit; on dirait qu'il pressent un danger; souvent il retient son souffle; d'autres fois sa respiration s'accélère; si on interrompt les inhalations il tend le cou en avant et recherche l'air avec avidité; cet état dure d'une à quatre minutes, suivant la force du sujet, et suivant que le gaz est respiré pur ou mêlé d'air atmosphérique.

2° *Période d'excitation.* — Celle-ci est presque nulle; elle consiste surtout en agitation et en mouvements volontaires. Rarement j'ai observé des contractions nerveuses, le gaz ayant été absorbé trop pur. La respiration pendant cette période est plus fréquente, le cœur bat avec plus de rapidité, puis au bout d'une minute, terme moyen, survient la résolution musculaire.

3° *Période d'anesthésie.* — L'animal est étendu sur le côté, les quatre membres souples et relâchés; la respiration profonde, ralentie, la pupille modérément dilatée; le cœur bat plus lentement et avec moins de force; la peau, les oreilles, les membres, la racine des ongles sont insensibles; l'anesthésie est complète; nous avons transpercé les chairs et cautérisé cinq fois avec le fer rouge, sans que l'animal donnât signe de douleur.

C'est à cette période que l'action du gaz commence à différer de celle de l'éther; car, tandis que pour ce dernier il faut interrompre les inhalations après de courts intervalles, pour l'acide carbonique il faut un procédé inverse :

a. Aussi longtemps que l'on veut prolonger le sommeil, il faut continuer les inhalations.

b. Celles-ci peuvent être prolongées dix, vingt, trente minutes et plus sans danger pour la vie.

c. Quand on cesse les inhalations, le réveil est presque toujours immédiat.

4° *Période du réveil.* — On enlève l'appareil; l'animal aspire l'air vivifiant, qui rétablit l'équilibre de l'hématose. Il reste pendant vingt ou soixante secondes encore immobile, mais la sensibilité commence à reparaître; un instant encore, et il se relève, chancelant sur ses pattes; il semble être dans un état d'ivresse; sa respiration est plus fréquente; son cœur bat avec force, mais ce phénomène dure peu. Bientôt l'animal est revenu à son état normal, et l'on pourrait recommencer l'expérience sans danger pour sa vie.

Dans toutes nos expériences, les fonctions du cœur et du poumon ont été ralenties, mais non abolies; jamais nous n'avons vu survenir de mort subite, comme nous en avons constaté par l'usage du chloroforme et de l'oxyde de carbone. Ce n'est pas à dire que l'emploi trop prolongé de l'acide carbonique ne peut amener la mort. Mais cette mort progressive et prévue serait bien différente de la mort instantanée que l'usage des éthers laisse toujours à craindre.

Un résultat remarquable et bien inattendu, c'est que les animaux fréquemment soumis aux inhalations carboniques finissent par s'y habituer jusqu'à un certain point, en sorte qu'il devient difficile de les endormir profondément, tandis qu'aux premières séances le sommeil s'obtenait avec rapidité.

On peut facilement comprendre, d'après ce court aperçu, l'avantage immense qui résultera de l'emploi de l'acide carbonique en inhalations.

Capsules surrénales. — M. PHILIPEAUX adresse une note sur l'extirpation successive ou simultanée des deux capsules surrénales chez les rats albinos et les surmulots.

Des faits exposés dans ce travail ressort, suivant l'auteur, une confirmation complète et définitive des conclusions qu'il avait formulées et qu'il résume dans la conclusion générale suivante :

Les capsules surrénales ne sont des organes essentiels à la vie ni chez les animaux albinos, ni chez les animaux non albinos.

J'ajoute en dernier lieu que les capsules surrénales chez les surmulots ne paraissent pas en rapport avec la fonction pigmentaire.

— **M. BEAUFILS** soumet au jugement de l'Académie un Mémoire sur le *mode d'action des corps anesthésiques.* (Renvoi à une commission composée de MM. Pelouze, Andral, J. Cloquet.)

M. AULAGNIER adresse, pour le concours aux prix de la fondation Montyon (médecine et chirurgie), un volume manuscrit intitulé : « Histoire topographique et médicale de Baréges. » (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant, une nouvelle note de M. Mac Keone, curé de Montancher, sur le choléra-morbus, et une note de M. Daniel, sur le même sujet. Cette dernière note, écrite en anglais, est transmise par la légation des États-Unis d'Amérique.

— Dans une des précédentes séances l'Académie a reçu divers travaux pour le même concours, de MM. Patrice Mac Keone, curé de Montancher (Yonne) et docteur en médecine, Gaudin de la Coffinière, médecin à Auray (Morbihan), et de M. l'abbé Piolanti, de Rome.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 17 février 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Sur le redressement des courbures du mal de Pott. — M. BOUVIER. Deux observations de redressement partiel de courbures rachidiennes causées par le mal vertébral de Pott, tel est le fond du mémoire de M. Gillebert d'Hercourt. Malgré l'intérêt réel qui s'attache à ces faits, votre rapporteur, M. Gosselin, vous a justement fait remarquer qu'ils sont incomplets; il leur manque la sanction du temps. Si j'avais pu prendre la parole avant le vote des conclusions, j'aurais proposé d'ajouter celle-ci : Inviter l'auteur à donner connaissance à la Société de la suite de ces deux observations.

Quoi qu'il en soit, ces deux faits, tels qu'ils sont, viennent s'ajouter à d'autres plus ou moins semblables, dont il faut les rapprocher pour fixer leur signification et leur valeur véritable. Il est bien compris maintenant, d'après les éclaircissements donnés dans la dernière séance, que M. Gillebert d'Hercourt n'a pas eu la prétention d'ouvrir une voie *nouvelle;* il n'a fait que suivre fructueusement et honorablement une voie tracée depuis longtemps.

Dès l'origine de l'orthopédie, on a songé à *redresser* les courbures du mal de Pott, et on n'a pas cessé de s'en occuper depuis ce moment jusqu'à nos jours. Je m'explique : je ne veux pas dire que cette méthode ait été et soit encore une pratique générale; loin de là; mais elle a toujours eu des partisans. Je pourrais accumuler ici les citations; je me bornerai à celles qui me tombent sous la main.

M. Gosselin a reconnu, comme moi, qu'avant le temps de Pott, plusieurs praticiens employaient déjà des procédés de redressement dans le mal vertébral; mais je ne puis lui accorder que ces procédés fussent tous *irrationnels et violents.*

Un garçon de quatorze ans tombe sur le siége; il est présenté quelques mois après à un médecin, qui observa, nous dit-il, tous les signes qui annoncent une perte de substance et une suppuration cachée dans les cartilages et les corps des deux dernières vertèbres du dos et de la première des lombes. Les apophyses épineuses de ces vertèbres, déjetées en arrière, faisaient une bosse. Ce médecin appliqua un appareil propre à *redresser* le tronc sans violence, à *gêner* ses mouvements, et prescrivit un repos continuel au lit « jusqu'à ce que, ajoute-t-il, les » signes de l'ankylose des vertèbres altérées annonçassent leur réu- » nion. » Ce traitement fut continué plus d'un an. Le malade guérit en conservant une gibbosité.

Telle est, en raccourci, une observation que notre siècle ne désavouerait pas. Elle date pourtant de 1771; son auteur est un chirurgien de Rouen, nommé Aurran, qui a publié dans l'ancien *Journal de médecine* un mémoire sur les lésions par contre-coup, travail antérieur de huit ans au premier mémoire de Pott sur le mal vertébral : aussi n'y est-il pas question de cautères. Le mémoire d'Aurran contient plusieurs faits semblables. Qualifiera-t-on d'*irrationnelle* la méthode de l'auteur basée sur des principes que l'on proclame encore de nos jours?

J'ai parlé ailleurs de David, autre Rouennais, qui, avant 1779, mit un traversin sous le dos d'un pauvre jeune homme pour l'aider à redresser sa gibbosité. Ce n'était pas un moyen *violent.* Cependant le malade mourut, et David s'est bien reproché ce traversin. Je crois vraiment qu'il n'était pas plus dangereux que le ballon de M. Gillebert d'Hercourt.

Mais venons à des temps plus rapprochés de nous.

Le premier Traité des difformités publié dans le dix-neuvième siècle est celui de Jœrg (1816); il a eu les honneurs d'un plagiat d'une espèce rare. Un auteur français a imprimé sous son nom la traduction littérale de plusieurs chapitres, sans même prendre la peine de substituer la troisième personne à la première, quand le médecin allemand parlait de ce qu'il avait *vu.* Voici ce qu'on lit dans cet excellent ouvrage, celui de Jœrg, au sujet du redressement des courbures du mal vertébral.

« Quand on est assez heureux pour faire cesser (par le repos au lit et le traitement général) l'inflammation ou la suppuration des os et des parties molles, on peut s'occuper, s'il n'est pas resté d'ankylose, de diminuer peu à peu la courbure.... On n'y procède que lorsqu'on est bien sûr qu'il n'y a plus rien à craindre du côté des os, et, la carie étant supposée guérie, on traite la courbure comme celles qui proviennent d'une autre cause (au moyen du décubitus et d'un appareil faisant pression sur la gibbosité). »

Un autre Allemand, C. Wenzel, dans son ouvrage in-folio sur les maladies de la colonne vertébrale (1824), s'exprime comme il suit :

« Il est assez naturel de se figurer que, dans une courbure du rachis sur le côté ou *directement en arrière*, on doive parvenir à effacer la difformité par une pression mécanique suffisante sur la partie saillante. C'est aussi l'opinion de *beaucoup* de praticiens..... La courbure en arrière est certainement de celles où cette pression semble devoir agir avec le plus d'efficacité. Cependant l'expérience montre le contraire, etc.»

Ce passage indique clairement que les nouveaux moyens orthopédiques de ce siècle étaient dès lors appliqués par beaucoup de personnes, en Allemagne, au redressement des courbures dépendant du mal de Pott.

Voyons ce qui se passait en Angleterre à la même époque.

Deux hommes, Harrisson et Bampfield, attachaient alors leur nom au traitement mécanique du mal vertébral.

Le premier joignait à la position horizontale, déjà vantée par Baynton, des extensions et contre-extensions et des pressions, soit momentanées, soit continues, sur la gibbosité. Ses premiers mémoires, qui remontent à 1820 et 1821, son livre, qui est de 1827, contiennent des histoires de redressement parfois peu croyables; mais, malgré l'indignation et les moqueries de Shaw, malgré l'ignorance de l'auteur, qui croyait avoir affaire à des subluxations vertébrales, il obtint un succès de *pratique* considérable, et qui plus est, il fit école. Voici deux charmants volumes, plus faits à la vérité pour les malades que pour les médecins, publiés en 1840 et 1849, après la mort de Harrisson, par deux de ses élèves, MM. Serny et Epps, ardents propagateurs de sa méthode. Vous y verrez des guérisons, avec figures, à faire pâlir nos plus déterminés redresseurs.

Bampfield était un autre homme; son ouvrage, imprimé en 1824, avait été couronné par la Société de médecine de Londres, et il était digne de cette haute récompense. Il nous a dotés, pour les courbures dont il s'agit, d'un moyen de redressement nouveau, du décubitus abdominal. Il y ajoutait des extensions momentanées et des pressions douces et continues sur la gibbosité, comme Harrisson, mais sans prétendre comme lui réduire des luxations imaginaires. Il a publié des cas de guérison de l'affection osseuse, avec diminution notable de la difformité.

L'idée de Bampfield prospéra, et vous voyez encore aujourd'hui en France, en Allemagne, en Angleterre, une foule de gibbeux perpétuellement la face contre terre, pour la plus grande rectitude de l'épine dorsale, et, ajoute-t-on, pour la plus grande commodité du pansement de ces ulcères *de la peau* si indispensables à la guérison *des os.* C'est ce qu'on appelle en Angleterre le *prone system*, méthode du coucher en pronation. Il a été publié tout un livre, en 1845, en l'honneur de cette méthode par M. J. Coles, qui en réclame l'*invention* au profit de Verral, celui-ci ayant mis en pratique le *prone couch* quelques mois avant Bampfield.

Le prédécesseur et le maître de M. Gillebert-d'Hercourt, Pravaz, a

(1) L'auteur veut probablement faire allusion à la vaccine.

rendu justice à Bampfield dès 1827, et a rapporté plusieurs de ses guérisons.

Cependant, même en Angleterre, il s'est trouvé depuis des gens qui se sont imaginés que leurs malades ne seraient pas plus mal sur le dos que sur le ventre. Je place sous vos yeux les ouvrages de MM. Samuel Hare (1838), Amesbury (1840), auteurs de procédés orthopédiques applicables au mal de Pott dans la *supination*, et véritablement leurs dessins de gibbosités redressées peuvent rivaliser avec les guérisons du système de la *pronation*.

J'ai hâte d'arriver à notre pays. Pravaz, dont je viens de parler, se moque de Harrisson; mais il loue Bampfield, et sauf les extensions et les pressions qu'il croit imprudentes, il recommande sa méthode comme parfaitement rationnelle, propre à « rétablir sans violence le rapport des parties. »

Déjà, dès 1826, mon vénéré maître Marjolin racontait, dans le *Dictionnaire de médecine* (art. *Orthopédie*), que la gibbosité d'une jeune fille avait éprouvé une diminution considérable par l'action d'un plan incliné, sur lequel d'Yvernois la tenait assujettie par la tête, de manière que le poids du corps opérait une extension faible mais continue.

Une sorte de frater de village, le Lorrain Humbert, qui a créé chez nous l'orthopédie rachidienne, comme le paysan Priessnitz a créé l'hydrothérapie, Humbert, dis-je, n'oublia pas les courbures postérieures dues au mal vertébral. Il a fait connaître, en 1838, par la plume du docteur Jacquier, une guérison dite *complète* d'une difformité de ce genre au moyen d'extensions légères, de pressions sur la gibbosité dans la position horizontale *en supination*, combinées avec l'usage de longues béquilles, d'un corset et d'un fauteuil orthopédiques.

Delpech n'a pas vu seulement dans le décubitus un moyen d'*immobiliser* les vertèbres malades; il a aussi songé à la courbure, et sa méthode avait réellement pour but de la redresser. « Un lit horizontal et dur, qui puisse servir, pour ainsi dire, de tuteur, peut bien, dit-il, déterminer le redressement de l'épine. Il serait même possible, ajoute-t-il, de voir décroître par ce même moyen des difformités de l'épine dont il s'agit ici, quoique très-avancées et fort anciennes. » Delpech a fait plus : il a donné la preuve clinique que son espoir s'était quelquefois réalisé. Je vous signalerai en particulier une observation consignée dans un ouvrage que le savant professeur de Montpellier a composé en commun avec Trinquier; non seulement le petit malade a guéri, mais encore la saillie spinale devint « beaucoup moindre. »

Ce que je viens de dire de Delpech, il faut le dire de M. F. Martin, ce vétéran de l'orthopédie parisienne. Ce serait manquer de justice à son égard que de lui dénier l'*intention de redresser* les courbures du mal de Pott, quand la chose lui paraît possible. Il y a bien des années qu'il suit cette pratique. Quant aux résultats, vous en trouverez un échantillon dans une communication de ce praticien à la Société médico-pratique. (Voir l'*Union médicale* du 27 décembre 1853). Son appareil produisant, dit-il, « une extension lente, continue, constante, toujours modérée, » a redressé ou amélioré des gibbosités plus ou moins fortes; sur deux sujets, des abcès par congestion ont été résorbés.

Vous parlerai-je de moi-même? J'y suis condamné, puisque mon excellent collègue M. Gosselin a bien voulu prononcer mon nom.

J'ai aussi formulé à une époque l'indication d'agir sur les courbures du mal vertébral pour les redresser peu à peu. Mon savant collègue et ami M. Chassaignac voulut bien, en 1841, être l'interprète de mes opinions d'alors, qu'il déclarait toutefois ne pas partager. Je disais qu'on pouvait employer les moyens orthopédiques après la cessation de l'état aigu du mal, surtout dans la courbure des lombes ou de la partie inférieure du dos, lorsque l'affection était devenue complétement indolente, lorsqu'elle n'avait jamais été accompagnée d'abcès ni de paralysie (Chassaignac, thèse de concours sur *l'appréciation des appareils orthopédiques*.); et, ajouterai-je aujourd'hui, plutôt quand la gibbosité est arrondie que lorsqu'elle est très-anguleuse. J'apportais en preuve un cas qui m'était propre, dont j'ai parlé depuis dans mes *Leçons cliniques* de 1855; j'en place les dessins sous vos yeux. Mais, hélas! ce fait est resté unique; tout ce que j'ai pu obtenir dans d'autres essais, dans les cas les plus favorables, c'est que la difformité restât stationnaire. Vous comprenez que j'aie été peu disposé à continuer ces tentatives : c'est dans ce sens que je m'en suis expliqué dans mes *Leçons*. Je réserve les moyens redresseurs pour des cas exceptionnels, qui présenteraient des conditions analogues à celui que j'avais d'abord rencontré. Je reconnais d'ailleurs les immenses avantages de la position horizontale; j'accorderai même qu'il est désirable qu'elle soit continuelle, tant qu'il ne se présente pas d'indication contraire.

Les deux observations de M. Gillebert-d'Hercourt sont-elles de nature à *trancher la question* en faveur des partisans de l'immobilité *quand même*? Et, d'une autre part, prouvent-elles qu'il faille généraliser le moyen mécanique qu'il a mis en usage?

Votre savant rapporteur vous a déjà judicieusement fait observer que le succès, quant à l'état dynamique des sujets, eût été probablement semblable quand bien même ils n'eussent pas été soumis à un repos aussi absolu. J'ajouterai, au point de vue mécanique, que la série des faits que j'ai rappelés, et dans lesquels on voit le redressement produit par des procédés assez divers, ne permet pas d'attribuer ici une grande importance au *modus faciendi*.

Mais il y a plus : le travail de notre honorable confrère tendrait à prouver qu'à ses propres yeux, sa méthode n'est point susceptible d'être employée ou de réussir d'une manière générale. S'il en était autrement, ce n'est pas deux faits qu'il vous aurait présentés; il en aurait eu dix, vingt, peut-être davantage, à vous offrir dans une affection aussi commune. Voyez les orthopédistes allemands; voilà des hommes convaincus, qui croient en eux-mêmes et en l'excellence de leurs procédés! Consultez certains *rapports* périodiques sur les malades confiés à leurs soins; vous y verrez *tous* les gibbeux par mal vertébral livrés chaque année par dizaines, par centaines, à l'intervention de l'orthopédie. Aussi vous parle-t-on de *séries* de succès, c'est-à-dire de gibbosités détruites, comme celle-ci, représentée deux fois, dans un de ces rapports, à douze ans d'intervalle, pour montrer la persistance de la guérison.

Il faut convenir que notre nationalité aurait quelque peu à souffrir de la comparaison, si toute l'Allemagne était à cette hauteur. Heureusement il n'en est rien : le très-sage et très-éclairé docteur Heine neveu, de Cannstatt, par exemple, dans un rapport qui embrasse vingt-cinq années de sa pratique, se montre comme nous timide à l'endroit du mal de Pott, heureux comme nous quand la gibbosité ne devient pas trop considérable pendant son traitement, résolu comme nous à n'employer les appareils redresseurs, la simple pression à l'aide d'un coussin placé sous le tronc, qu'après la disparition des symptômes inflammatoires et la consolidation des os malades, époque à laquelle il a obtenu comme nous, dans certains cas exceptionnels, une diminution notable de la difformité.

M. Gillebert d'Hercourt préfère aux coussins ou pelotes ordinaires un ballon à air. M. Gariel, qui a fait tant d'heureuses applications des poches de caoutchouc, pourrait peut-être revendiquer sa part dans cette pratique; mais un auteur plus ancien a dit ceci : « Il m'est arrivé, le patient étant couché sur le dos (et pendant qu'on pratiquait l'extension), de mettre sous la gibbosité une outre non gonflée, et d'insuffler, à l'aide d'un tuyau de forge, l'air dans cette outre sous-jacente; mais cet essai ne m'a pas réussi : quand l'extension était vigoureuse, l'outre restait affaissée, et l'air ne pouvait y être introduit; d'ailleurs la gibbosité du patient et la rotondité de l'outre qu'on travaillait à remplir, étant poussées l'une contre l'autre, tendaient à glisser. Si au contraire je ne donnais à l'extension que peu de force, l'outre était sans doute gonflée par l'air, mais le rachis se cambrait en entier, au lieu de se cambrer là où besoin était. J'ai écrit à dessein ce qui précède; car c'est aussi une connaissance précieuse que de savoir quels essais ont échoué, et pourquoi ils ont échoué. » (Hippocrate, *Traité des articulations*.) Ce passage mettrait fin à toute rivalité d'invention, s'il en existait; il fait voir quelques inconvénients de ce procédé, qui peuvent subsister au moins en partie dans l'appareil de notre ingénieux confrère.

Je crains d'être long, et cependant je désirerais, avant de terminer, vous présenter encore quelques remarques sur des assertions qui se sont produites dans la discussion.

Par exemple, on a voulu créer deux maladies vertébrales *différentes*: l'une, plus grave, qui serait suivie d'abcès par congestion; l'autre, qui serait le mal de Pott, dans laquelle les abcès seraient *très-rares*, qui guérirait facilement *d'elle-même*, — quoiqu'on y trouve les cautères très-utiles, — et dont la curabilité serait depuis longtemps démontrée. Les cas de mal de Pott sans abcès sont tellement communs, a-t-il été dit, que Pott, dans ses deux mémoires, n'a pas signalé la possibilité de la formation d'une collection purulente, qu'il a même distingué l'affection qu'il a décrite de celle qui fait naître les abcès par congestion.

Je le dis à regret, tout ce que j'ai vu et lu ne saurait s'accorder avec cette façon de penser, exprimée par deux de mes bons collègues et amis.

Je puis être dans l'erreur; mais, à mon avis, le mal vertébral est aussi identique à lui-même que la face humaine, qui est une, quoique tous les visages ne se ressemblent pas.

Il n'y a point de caractères qui distinguent un mal vertébral à tendance fatale et un mal vertébral qui doit rester bénin. Toute affection de ce genre, si simple qu'elle paraisse à son début, peut devenir des plus graves. Le pronostic se base, comme pour toute autre affection, sur des probabilités, non sur des certitudes. Il me paraît surtout inexact de dire qu'il y ait une *altération particulière* des vertèbres qui guérit presque toujours et une autre qui ne guérit que rarement. Quelles sont ces altérations? qui les a constatées? qui a établi leurs différences, leurs signes? On ne l'a pas dit.

Les abcès, dans le mal vertébral, sont beaucoup plus communs qu'on ne pense; il y a, relativement, très-peu de cas sans production de pus. Mais la poche est très-souvent bornée au point malade, et elle disparaît, quand le sujet guérit, sans qu'on ait pu s'apercevoir de son existence. D'autres collections, quoique accessibles aux sens, restent profondes, et on ne les reconnaît pas, parce qu'on ne les cherche pas.

On rencontre beaucoup de bossus guéris du mal vertébral, il est vrai; mais ils ont constamment subi une période d'acuité, comme leurs pareils qui ont succombé. C'est la même maladie, qui s'est arrêtée chez eux ou dont ils ont mieux supporté les phases. Que diriez-vous de quelqu'un qui, en voyant les vieillards survivants d'une autre génération, voudrait à toute force les considérer comme d'une autre espèce que ceux qui n'auraient pas atteint le même âge?

Mais ces gibbeux guéris n'ont pas eu d'abcès; — vous l'ignorez. Ce qui est plus certain, c'est que beaucoup ont eu de la paralysie, et qu'ils ont échappé à cet accident, qui en a entraîné d'autres au tombeau.

Les abcès ne sont graves et si souvent mortels que lorsqu'ils s'étendent au loin; ceux qui restent sessiles finissent par disparaître avec leur cause. Vous voyez bien que c'est le même mal qui ne diffère que du plus au moins, bénin quand il n'existe qu'à un faible degré, grave quand il prend de plus fortes proportions.

Sans doute les vertèbres sont affectées de lésions de gravité diverse; les tubercules sont plus graves que l'ostéite simple, par exemple. Mais ces distinctions ne répondent nullement à celle qu'on veut établir.

On a reconnu avant Pott et depuis ce grand chirurgien la curabilité du mal vertébral; — d'accord. Mais personne n'a jamais dit qu'il y eût une espèce de mal vertébral dont la guérison fût commune, vulgaire; encore moins, que cette espèce fût celle que Pott a décrite.

Les guérisons sont plus nombreuses qu'on ne le croit; — c'est aussi mon avis. Cela dépend surtout de ce qu'il y a des degrés légers de cette affection, moins étudiés jusqu'à présent que les cas graves.

Les abcès migrateurs, les seuls que l'on connaisse bien et qu'on ait connus de tout temps, peuvent se montrer dans toutes les variétés de mal vertébral; car toutes peuvent provoquer dans certaines conditions une suppuration abondante. Certaines lésions anatomiques des os y exposent plus que d'autres; mais, encore une fois, ces différences ne répondent pas à la distinction qu'on a faite et que je combats.

Pott savait, ou je me tromperais fort, que ces abcès se formaient dans les périodes avancées de la maladie qu'il a décrite.

Traçant le tableau de cette affection, lorsqu'elle est négligée ou mal traitée, il dit dans son second mémoire, p. 13 de la traduction française, que j'ai lieu de croire exacte : « Le patient devient de plus en plus perclus et infirme, il languit plus ou moins de temps, et périt enfin, soit de consomption, après une fièvre hectique, ou *de suppuration, après un abcès qui se sera formé en dedans du corps.* »

Si j'en juge par un autre passage, Pott ne faisait point deux affections différentes du mal vertébral qui produit la paralysie, dont il s'est spécialement occupé, et de celui qui donne lieu aux abcès par congestion. Voici comme il s'explique dans le même travail (p. 34) : « Cette affection morbifique se montre sous différentes formes; mais, quoique les apparences en soient variées, cependant elles sont toujours telles qu'elles déterminent la vraie nature de la maladie..... Quelquefois on la trouve sous la forme de vessies ou de kystes qui renferment une quantité de matière... partie purulente, partie sanieuse, et partie ressemblant à une espèce de lait caillé... Quelquefois ces collections corrodent les membranes qui les renferment et se font jour en bas par le côté du muscle psoas vers l'aine, ou par le côté du bassin derrière le grand trochanter, ou, dans quelques cas, à la partie externe et supérieure de la cuisse. »

La seule différence que Pott ait établie sous ce rapport se trouve indiquée à la page 40, où il dit que « dans le cas de carie à l'épine sans courbure, il arrive le plus fréquemment qu'il se fait des abcès. » Cette remarque, dont la justesse est d'ailleurs contestable, peut-elle détruire ce qu'il a dit précédemment?

En résumé, pour moi, les mots *mal de Pott* sont synonymes de *mal vertébral*. Dans l'état actuel de la science, l'une et l'autre expressions désignent une affection ayant pour effets la destruction et la suppuration des corps des vertèbres, ordinairement la gibbosité, et souvent la paralysie ou des abcès par congestion.

Un dernier mot sur une question soulevée par M. Houel. M. Gosselin lui a déjà répondu, au sujet du mode d'union des restes des vertèbres détruites, qu'il avait *vu* la fusion et la soudure de ces os. J'ai également observé ce *cal intérieur*. J'ai montré à ma clinique, en 1855, une pièce où la fusion des corps vertébraux était des plus manifestes : le fait est rapporté dans mes *Leçons* imprimées. Je possède d'autres pièces sur lesquelles on peut constater la même disposition. Cependant, si M. Houel ne conteste la possibilité de cette réunion que pour les cas où les vertèbres restent écartées, je suis de son avis. Je n'ai vu ce cal intervertébral que lorsque les corps vertébraux restants avaient été amenés au contact.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Bardol, né à Saint-Chély (Lozère); *Essai sur le rhumatisme articulaire aigu.*

Payraud, né à Grenoble (Isère); *Des causes des oblitérations artérielles.*

Lorut, né à Cusset (Allier); *De la dysenterie.*

Mercier, né à Ferrières (Loiret); *De la bronchite.*

Fleuriot, né à Lisieux (Calvados); *Causes, mécanisme et traitement des fractures transversales simples de la rotule.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie un décret par lequel sont autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre du Medjidié (Turquie). 4e *classe* : MM. Lustreman, médecin principal de 1re classe; Huard, médecin-major au 1er voltigeurs de la garde. — 5e *classe*: MM. Lacronique et Dujardin, médecins-majors; Chaumeron, médecin aide-major; Bouffier et Thibaut, chirurgiens de 1re classe de la marine.

— Un des plus honorables praticiens d'Angers, M. le docteur Edouard Laroche, vient d'être nommé médecin du lycée impérial de cette ville, en remplacement de M. Guillon, décédé.

— Un des vétérans de la médecine dans la Gironde, M. le docteur Brulatour, ancien directeur de l'Ecole, ancien président et membre honoraire de la Société de médecine de Bordeaux, de laquelle il n'avait cessé, malgré son âge, de suivre ou de partager les travaux, est mort le 5 février dernier, âgé de 81 ans. (*Union méd. de la Gironde.*)

— M. le docteur Temminck, directeur du Musée d'histoire naturelle de Leyde (Hollande), vient de mourir à l'âge de 81 ans.

— L'*Ami des sciences* raconte ainsi le secret d'un célèbre mime anglais. Le nerf facial préside aux mouvements de la face, c'est lui qui donne à la physionomie ses différentes expressions, qui réfléchit en quelque sorte toutes les agitations de l'âme. Pour en donner la preuve expérimentale, Ch. Bell prit dans la ménagerie d'Exter-Change le singe le plus vif et le plus impressionnable qu'il put trouver, et lui coupa le nerf facial. Excité par la douleur, le pauvre singe se mit à grimacer avec un redoublement d'énergie, mais très-exactement d'un seul côté de la figure, l'autre demeurant dans une complète immobilité.

Personne assurément n'aurait eu l'idée de répéter cette expérience sur l'homme; mais la nature devait s'en charger. Toutes les personnes qui avaient été admises à voir le singe opéré par Ch. Bell avaient été frappées de l'étrange analogie que sa physionomie présentait avec celle d'un acteur alors fort en vogue à Londres et qui se donnait comme pouvant à volonté exprimer toutes sortes de passions d'un côté de sa figure, tout en maintenant l'autre moitié dans une parfaite immobilité. L'expérience de Ch. Bell donna le mot de l'énigme : on reconnut que cet homme, atteint d'une hémiplégie faciale par suite d'une lésion accidentelle du nerf moteur, tirait tout simplement partie d'une infirmité naturelle.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 26. — JEUDI 4 MARS 1858. (31e ANNÉE.) N° 26. — JEUDI 4 MARS 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Du suicide au point de vue médical. — HOSPICE DES INCURABLES (M Hillairet). De l'hémorrhagie cérébelleuse. — Sur le mal perforant du pied. — Monomanie furieuse suspendue par des lavements d'éther. — Emploi des iodures d'amidon pour le traitement des plaies et ulcères. — Traitement de l'albuminurie aiguë par les drastiques. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 2 mars. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Bayard. Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 3 MARS 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La commission des onze a fait hier son rapport, par l'organe de M. Bouvier, sur le choix de la section à laquelle devra être affectée la prochaine nomination. La commission a déclaré à l'unanimité qu'il y avait lieu à déclarer la vacance dans la section d'anatomie pathologique. Les candidats ne feront pas défaut, et nous en connaissons envers qui l'Académie a déjà pris des engagements qu'elle tiendra à honneur sans doute de ne point oublier.

L'appel fait par M. Guérard à ses collègues de la section d'accouchement, sur la question de la fièvre puerpérale, n'aura pas été fait en vain. Dans une longue et savante dissertation, mais qui a eu le tort de ressembler beaucoup trop à une leçon ou à une épreuve de concours, M. Depaul a traité la question de la fièvre puerpérale sous presque tous ses aspects, et particulièrement sous les divers points de vue sur lesquels M Guérard avait appelé la discussion. Nous n'aurions pas aujourd'hui le loisir de signaler ici les bonnes choses que renferme le discours de M. Depaul, et encore moins celui d'examiner les nombreuses questions de pathologie générale, de prophylaxie et de thérapeutique qui y sont soulevées. Nous le ferons d'ailleurs avec beaucoup plus de fruit quand la discussion sera un peu plus avancée.

Dr Brochin.

DU SUICIDE AU POINT DE VUE MÉDICAL.

En cherchant dans notre article du 9 février à prémunir les esprits contre les conséquences que l'on pourrait tirer d'une proposition dont nous reconnaissions d'ailleurs la vérité dans ce que son énoncé avait de plus général, nous pensons avoir laissé entrevoir assez quelles seraient ces conséquences. L'identité établie entre les causes du suicide, du crime et de la folie, si elle était admise sans restriction et avec son entière signification étiologique, semblerait en effet devoir faire admettre qu'il n'y a entre ces faits eux-mêmes qu'une différence de degré, que des nuances. La détermination, qui sous la pression d'une même influence porte à tel ou tel acte de violence, dépendait moins du libre exercice de la volonté que d'une sorte d'impulsion plus ou moins irrésistible ayant sa source et son mobile principal dans l'organisme, dans le tempérament individuel. — De telle sorte qu'on ne serait pas éloigné d'accorder au suicide et à l'homicide l'irresponsabilité, et partant l'immunité accordée à l'aliéné. Il n'entre pas dans nos vues d'examiner en ce moment où pourrait conduire une semblable doctrine au point de vue social, notamment en ce qui concerne la notion de la criminalité. Nous laissons de côté ce grave sujet, pour nous borner à l'examen de la question du suicide.

Lorsque Esquirol prit le suicide comme objet d'étude clinique, il eut le soin d'observer tout d'abord que le meurtre de soi-même est déterminé par des motifs trop divers, et qu'il se présente avec des caractères trop différents, pour qu'on doive le confondre sous une même dénomination. Ce phénomène ne peut, suivant lui, caractériser une maladie. C'est, dit-il, pour avoir fait du suicide une maladie *sui generis*, qu'on a établi des propositions générales démenties par l'expérience. Mais, comme s'il oubliait, à mesure qu'il pénètre plus profondément dans son sujet, ces réserves pleines de sagesse, il s'exprime plus loin, soit à propos des altérations pathologiques, soit au sujet du traitement, comme si le suicide était toujours à ses yeux le symptôme d'une aliénation mentale. Nous faisons cette remarque, moins pour nous donner la vaine satisfaction de trouver en défaut un esprit de la valeur d'Esquirol, que pour montrer combien les meilleurs esprits eux-mêmes sont enclins à poursuivre au delà des limites de l'observation les conséquences d'un fait qu'on est presque toujours trop prompt à généraliser. Le savant aliéniste semble tomber en effet dans cette exagération, qu'il reproche lui-même à quelques-uns de ses devanciers.

Cependant il est notoire qu'Esquirol n'a eu en réalité d'autre but que d'établir l'existence de la *monomanie suicide*, et de faire ainsi rentrer dans le domaine pathologique un certain nombre de cas de suicide, qui, pour être exempts des caractères patents de la folie, n'en sont pas moins le fait d'une impulsion irréfléchie ou involontaire.

Renfermée dans ces limites, la doctrine de ce maître était à la fois un progrès scientifique et un acte d'humanité. Mais ainsi qu'il arrive presque toujours lorsqu'un fait scientifique ou une doctrine nouvelle se produit, les adeptes de la doctrine ne tardent pas à l'exagérer. Autrefois tous les suicides étaient réputés volontaires et entraînaient l'idée de responsabilité et celle de la flétrissure que les lois civiles et religieuses attachent au crime. L'opinion générale, guidée par les moralistes, considérait le meurtre de soi-même comme un vice, un crime, ou, dans certains cas, un acte d'héroïsme. Dès ce moment, au contraire, plus de libre arbitre, partant plus de responsabilité, plus de délit. Tout suicide était un acte d'aliénation mentale; toute tentative d'homicide de soi-même, quel qu'en fût le motif, nous ne dirons pas raisonnable ou légitime, mais explicable par le mobile le plus habituel des actions des hommes, par les passions, était un symptôme ou un phénomène morbide... « Pendant longtemps, dit un auteur que nous allons avoir plus d'une occasion de citer dans le cours de cet article, on a fait du suicidé un criminel qu'on a traîné sur la claie et privé de sépulture; de nos jours, c'est un insensé qu'il faut confier aux soins du médecin. » Le suicide est toujours une maladie et toujours un acte d'aliénation mentale. Telles étaient, en effet, les prémisses et les conclusions d'un travail très-bien fait d'ailleurs et écrit avec talent, qui fit, il y a une douzaine d'années une certaine sensation dans le monde médical.

Non, dirons-nous avec notre auteur, la vérité n'est pas plus dans l'un que dans l'autre de ces deux systèmes : elle n'est ni dans le système pathologique exclusif, ni dans le système de la responsabilité morale absolue. Mais c'est ce qu'il faut démontrer.

Plusieurs ouvrages remarquables ont été publiés dans ces dernières années sur le sujet qui nous occupe. Nous citerons entre autres le livre de M. Brierre de Boismont et celui de M. Lisle, publiés tous deux dans la même année (1), et le remarquable mémoire que M. Desétangs a lu l'année dernière à l'Académie de médecine. C'est à ces trois ouvrages, dont les auteurs semblent s'être inspirés du même esprit d'éclectisme en présence des doctrines exclusives, que nous emprunterons les motifs principaux de cette démonstration.

Dans un livre plus complet qu'aucun de ceux qui ont paru jusqu'ici sur cette matière, et dont la lecture est des plus attachantes autant par l'exposition vive et saisissante des faits que par l'excellence de la méthode qui a présidé à leur analyse et des principes moraux qui y sont invoqués, M. le docteur Brierre de Boismont a envisagé le suicide, ce sujet d'étude si difficile, si complexe sous toutes ses faces ; et ainsi que l'a dit un de ses savants critiques, « il l'éclaire à tous les points de vue de toutes les lumières que peuvent lui fournir la philosophie, la médecine et la statistique. »

Nous n'avons pas ici la prétention de présenter une analyse de ce remarquable ouvrage, dont le succès est fait depuis longtemps dans le monde médical et philosophique; nous nous bornerons à reproduire l'opinion de son auteur sur le point de doctrine qui nous occupe.

Constatons tout d'abord que le titre même du livre, *Du suicide et de la folie suicide*, est une sorte d'exposé laconique de principes. L'ouvrage tout entier n'en est, en effet, que le développement.

Une grande partie du livre de M. Brierre de Boismont, plus de la moitié du volume, est consacrée à l'étude des causes prédisposantes et déterminantes du suicide et à l'analyse des derniers sentiments exprimés par les suicidés dans leurs écrits. Cette étude est basée sur le dépouillement de 4,595 procès-verbaux officiels, et d'un grand nombre d'autographes où les malheureuses victimes ont confié leurs dernières pensées. C'est là qu'il faut chercher et là qu'on trouvera des témoignages nombreux et irrécusables de la diversité des motifs qui portent au suicide et des différences de conditions et de dispositions morales, intellectuelles et organiques telles, qu'il est impossible, à moins de vouloir tout confondre et de séparer le fait de toutes ses raisons d'être, de ne point établir une distinction radicale entre tel ou tel suicide; entre le suicide raisonné, voulu, et accompli avec toute la liberté de conscience, et celui qui a lieu sous l'influence du délire ou d'une hallucination, en un mot hors de toute condition de liberté morale.

Nous ne citerons point d'exemples. Ce livre en fourmille, et nous n'aurions que l'embarras du choix. Mais si, parcourant en bloc les catégories dans lesquelles l'auteur a classé les diverses causes prédisposantes ou déterminantes du suicide, non point d'après les simples apparences et en vertu d'une appréciation vague des motifs probables de la détermination du suicide, mais d'après une analyse minutieuse de tous les faits et de toutes les circonstances qui se rattachent à tel ou tel cas particulier, d'après une enquête rigoureuse sur les antécédents du suicidé et sur les motifs avoués ou dissimulés qui l'ont conduit à attenter à ses jours, est-il possible, quand on voit ici la misère et le désespoir, là le sentiment exagéré de l'honneur compromis ou de l'amour de la patrie en péril; ici l'amour contrarié, ailleurs la ruine imminente ou accomplie, entraînant avec elle le déshonneur; est-il possible, disons-nous, de mettre sur la même ligne l'individu qui cède à de pareilles impulsions et celui qui se tue sans motifs, sans raison, sans avoir la conscience de ce qu'il fait, ou bien sous l'impulsion d'une idée délirante, d'une vision ou de la simple imitation ! Ce n'est pas à l'autorité de la science, c'est à l'autorité du sens commun, la plus irrécusable de toutes, qu'il faut s'adresser ici. Or, nous n'hésitons pas à le dire avec M. Brierre, une pareille opinion serait en opposition directe avec le sens commun.

Nous venons de prendre les cas extrêmes pour mieux faire saisir leur opposition. Ces exemples suffiraient sans doute pour la thèse que nous voulions soutenir, c'est-à-dire pour montrer que le suicide n'est point un fait identique ni dans ses causes, ni dans ses caractères, ni dans les conditions de santé, d'intelligence et de liberté morale dans lesquelles il peut être accompli; qu'à côté du maniaque qui se tue, comme il tuerait son semblable ou comme il ferait tout autre acte indifférent, sans raison ni conscience; à côté du monomaniaque qui cède à une impulsion irréfléchie et irrésistible, il y a l'homme libre et réfléchi qui se tue volontairement et de propos délibéré pour un motif que la religion, la morale et les lois désavouent, mais que la raison peut accepter, et dans des conditions de santé et d'intégrité intellectuelle qui excluent toute intervention médicale.

Mais ce n'est pas là seulement ce qu'il importait d'établir. Il y a entre les cas extrêmes, que nous avons choisis pour exemples, des degrés et des nuances infinis soit dans les causes qui conduisent au suicide, soit dans les conditions de l'état moral, intellectuel et organique de celui qui l'accomplit; si bien qu'il se présente souvent tels cas, où l'analyse la plus attentive et la plus scrupuleuse aurait peine à démêler, au milieu des éléments complexes de la situation, la part du libre arbitre et celle des instincts ou des impulsions organiques qui peuvent plus ou moins l'obscurcir. Où placerait-on par exemple, si l'on se croyait dans la nécessité de n'admettre que deux catégories tranchées de suicides, le suicide aliéné et le suicide réfléchi; où placerait-on ces êtres tristes, mélancoliques, sombres, chez qui l'instinct de conservation semble affaibli, et fléchit non pas sous l'empire d'une passion vive ou d'un violent chagrin, mais sous le poids de l'ennui ? Si dans les exemples cités plus haut, on voit à nu toute la fausseté des deux doctrines exclusives, celle des moralistes purs qui ne veulent voir d'autres causes au suicide que le vice de l'éducation, les passions, l'oubli des devoirs, en un mot des causes purement morales, et celles des médecins qui, plus familiarisés avec l'analyse des éléments multiples du sujet, mais enclins à faire une large part aux causes inhérentes à l'organisme, finissent par ne voir dans le suicide qu'un malade ou un fou. C'est ici surtout qu'il importe de faire la part de tous ces éléments, de tenir compte de toutes les influences, et qu'il faut savoir, là où la puissance de l'analyse s'arrête, mettre le doute à la place d'une affirmation téméraire; car qui oserait dire où commence la folie, à quel moment cesse l'empire de la raison?

On vient de voir par ce rapide aperçu que M. Brierre de Boismont, tenant compte avec beaucoup de raison de tous les éléments du problème, des éléments moraux comme des éléments organiques, du milieu social comme des influences climatériques et météorologiques, des religions et des mœurs, comme des races et

(1) *Du suicide et de la folie suicide, considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie*, par M. A. Brierre de Boismont. Paris, 1856, chez Germer Baillière.

Du suicide; statistique, médecine, histoire et législation, par M. E. Lisle (ouvrage couronné par l'Académie de médecine). Paris, 1856, chez J. B. Baillière et Michel Lévy frères.

des influences héréditaires, ne négligeant rien, en un mot, de tout ce qui pouvait éclairer d'un jour nouveau les ténébreux mystères du suicide, est arrivé par une savante et judicieuse analyse à séparer ce qui ne pourrait être confondu à moins de tout confondre et de changer la valeur des mots : l'acte de l'homme qui, en pleine possession de sa raison et de son libre arbitre, attente volontairement à ses jours, celui de l'homme qui se tue dans un accès de délire, ou de l'individu qui, en proie à une de ces affections organiques profondes, de ces vésanies qui troublent le sens moral sans l'aliéner entièrement, succombe à la lutte que se livrent en lui l'instinct conservateur, la raison et cette impulsion maladive irrésistible qui finit par l'emporter.

Si de l'ouvrage de M. Brierre nous passons à celui de M. Lisle, nous trouverons les mêmes principes, les mêmes faits, conduisant aux mêmes conclusions. La méthode, l'agencement du sujet et le mode d'exposition et de discussion seuls diffèrent ; l'esprit des deux ouvrages est au fond le même ; et c'est une conformité que nous nous plaisons à constater, parce qu'elle témoigne, après les nombreuses oscillations des opinions et les exagérations des systèmes exclusifs, d'une heureuse tendance de notre époque à se placer sur le vrai terrain de l'observation, et à envisager les faits dans toutes leurs faces et sous tous leurs rapports. M. Lisle a pris pour épigraphe ces mots de son ancien maître Leuret : « Le suicide est, dans un grand nombre de cas, le résultat d'une maladie mentale ; d'autres fois, il peut être considéré, suivant les causes qui le provoquent et les circonstances qui l'accompagnent, comme une faiblesse, une faute ou un crime. »

Cette épigraphe indique la part que M. Lisle fait à l'aliénation mentale dans le suicide ; mais peut-être ne l'indique-t-elle pas dans toute sa portée réelle. M. Lisle consacre, en effet, dans son livre, un long chapitre à l'étude de la folie, considérée comme cause prédisposante ou déterminante du suicide, et il admet la réalité de cette cause. Mais cette concession faite, — et encore ne l'est-elle pas sans quelque restriction, l'auteur résumant cette partie de son travail par cette conclusion expresse, « que même dans les cas où il est le résultat de la folie, le suicide ne peut être considéré que comme un accident, un effet dépendant des causes les plus diverses, » — cette concession faite, disons-nous, il combat avec une grande énergie et une grande force de logique la doctrine qui consiste à considérer le suicide comme une forme de la folie. Il va même plus loin. Par une sorte de réaction contre les tendances généralement exagérées de ses confrères à voir partout des fous, et à marquer du cachet de la folie toutes les actions humaines, lui, aliéniste, va jusqu'à contester l'existence de la monomanie suicide. Pour lui, le plus grand nombre des suicides qui viennent si souvent affliger la société ont leur source dans les plaies toujours saignantes de cette société elle-même, plaies cachées sous des dehors si brillants et si prospères en apparence. C'est la statistique et l'analyse de plus de trois cent mille suicides accomplis ou tentés, en France seulement, depuis le commencement du siècle, qui en témoignent.

Quoi qu'il en soit, que dans les recherches que nous venons de résumer, le but ait été atteint ou qu'il ait été un peu dépassé peut-être, en vertu de cette loi des réactions qui permet rarement aux meilleurs esprits eux-mêmes de s'arrêter sur cette ligne moyenne, au bout de laquelle se trouve presque toujours la région du bon sens et de la vérité, notre but à nous aura été accompli, si nous sommes parvenus avec l'aide des deux auteurs que nous venons de citer, à montrer le danger des généralisations qui, sous le prétexte d'une identité plus souvent apparente que réelle de leurs causes éloignées, tendent à confondre des faits d'un ordre essentiellement différent.

Il nous resterait maintenant, pour conclure utilement de tout ce qui précède au point de vue qui doit principalement nous préoccuper ici, à dire quel est et quel doit être le rôle du médecin dans la question du suicide ainsi envisagée. C'est ce que nous essayerons de faire dans un autre article. Dr Brochin.

HOSPICE DES INCURABLES. — M. Hillairet.

De l'hémorrhagie cérébelleuse.

Dans un mémoire qu'il a lu récemment à la Société médicale des hôpitaux et que les *Archives générales de médecine* viennent d'insérer en entier, M. le docteur Hillairet s'est proposé, comme il le dit lui-même, d'établir le diagnostic de l'hémorrhagie cérébelleuse sur des bases plus positives qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, en étudiant avec la plus grande attention les différents symptômes des observations qu'il a recueillies dans son service à l'hospice des Incurables (hommes).

Après avoir rappelé les remarquables travaux dont la physiologie du cervelet a été l'objet depuis Willis et Rolando jusqu'aux auteurs contemporains, M. Hillairet se prend à regretter que la pathologie de cet organe compte à peine quelques essais fort incomplets, et il rappelle avec justesse que les premières observations bien authentiques d'hémorrhagie cérébelleuse ne remontent pas au delà de Bonnet, Valsava et Morgagni ; encore si elles présentent de l'intérêt sous le rapport des altérations anatomiques, ne peuvent-elles pas servir à la description des symptômes de la maladie. « M. Serres, en 1823 et 1824, annonça dans un mémoire fort intéressant et que tout le monde connaît (*Journal de Magendie*), qu'il publiait les premières observations d'hémorrhagie cérébelleuse, cette maladie n'ayant pas été connue des auteurs qui l'ont précédé. Il voulut démontrer que l'érection est le signe par excellence de l'hémorrhagie cérébelleuse et des affections du cervelet, où il localisait, à l'exemple de Gall, la faculté de l'amour physique.

On sait ce qu'il est advenu de cette doctrine. M. Serres ajoutait, en outre, que les sujets affectés de cette maladie mouraient de la même manière que les strangulés, les asphyxiés, et s'expliquait ainsi que Valsava ait pu, à la simple inspection d'un cadavre, diagnostiquer une hémorrhagie cérébelleuse, ce dont Morgagni avait été surpris. Les quelques citations bibliographiques contenues dans le mémoire de ce savant auraient pu être plus exactes. Les travaux si remarquables de MM. Flourens, Bouillaud, plus tard ceux de Magendie, etc., renversèrent la doctrine de M. Serres ; ces auteurs ne traitaient pas des maladies du cervelet. Les ouvrages de M. Rostan, de Rochoux, d'Abercrombie, de Lallemand, etc., contiennent des faits d'hémorrhagie cérébelleuse et d'autres affections du cervelet, mais sans descriptions spéciales. »

M. Hillairet rend ensuite un hommage mérité aux recherches de M. Andral sur cette question, et il reproduit les conclusions qu'en a tirées cet éminent professeur. Mais hâtons-nous de suivre l'auteur sur le terrain de la clinique ; c'est certainement ce qui doit intéresser le plus nos lecteurs.

Obs. I. — *Apoplexie cérébelleuse ; vomissements fréquents au début de l'attaque, pendant environ deux heures ; conservation de la sensibilité générale et spéciale ; pas de paralysie du mouvement ; station chancelante après l'attaque ; progression impossible ; après chaque saignée, retour momentané de l'intelligence, alternant avec le coma ; carus profond ; marche rapide. Mort en quarante-huit heures. — Épanchement considérable de sang dans le milieu de l'épaisseur des deux hémisphères, de telle sorte que le cervelet est divisé en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure ; destruction de la substance grise sur toute la grande circonférence de l'organe* (1).

Le 15 juin 1854, on apporte au n° 11 de l'infirmerie de l'hospice des Incurables (*hommes*) un vieillard de soixante-dix ans environ, grand, sec, maigre, sur les antécédents duquel on ne peut avoir de renseignements précis ; on nous dit seulement qu'il habitait l'établissement depuis quelques années, et qu'il s'y était toujours assez bien porté, qu'il était habituellement d'un appétit vorace et d'un caractère excessivement irascible ; il entrait en fureur pour la moindre contrariété.

Le matin, à sept heures (15 juin), en se mettant à manger sa soupe, il fut pris subitement de vomissements considérables. On voulut l'interroger sur la source de ces vomissements et sur ce qu'il éprouvait ; mais on n'obtint aucune réponse. Ses deux voisins le soutinrent sur son banc, où il chancelait, jusqu'à ce qu'on put venir le prendre pour le conduire à l'infirmerie. Il s'y rendit, soutenu des deux côtés sous les aisselles et fut placé sur une chaise, en attendant la visite. Je le trouve une demi-heure après dans l'état suivant :

Injection vive de la face et des conjonctives ; dilatation des pupilles ; la parole paraît impossible, car il ne répond pas aux questions qui lui sont adressées ; le faciès est stupide, sans déviation, et le malade semble n'avoir aucune conscience de ce qu'on lui dit ni de ce qui se passe autour de lui, ni de ce qu'il fait lui-même. Il fait des efforts constants pour vomir et rejette des aliments qu'il a pris la veille. Il reste assez bien en équilibre assis sur sa chaise et ne chancelle que lorsque surviennent les vomissements ; il n'est capable d'aucun mouvement spontané. Lorsqu'on le soutient un peu, il reste assez bien debout, mais il chancelle vite si on l'abandonne à lui-même. Il remue les deux bras très-énergiquement quand on le pince. La sensibilité spéciale n'est pas non plus abolie : les odeurs fortes, l'ammoniaque, par exemple, lui font vivement contracter les traits. Le pouls est petit, dur, peu fréquent.

Aucune érection ne s'est manifestée dans le cours de la maladie ; les urines ont été involontaires dès le début jusqu'à la fin.

Il lui fut prescrit deux saignées dans les vingt quatre heures, vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, un lavement purgatif ; de la limonade tartrique, de la glace sur la tête.

Après chaque saignée, le malade a semblé se trouver mieux ; il a pu entendre, et a fait des efforts pour répondre aux questions qui lui étaient adressées.

Il restait ainsi une ou deux heures dans un état de demi-somnolence, pour retomber ensuite dans l'état comateux le plus complet. Il n'eut pas de convulsions et mourut quarante-huit heures après l'attaque, le 17 juin 1854.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le cerveau ne présente aucune altération de texture ; il est seulement un peu congestionné, ainsi que les vaisseaux des méninges.

Le cervelet, au contraire, est le siége d'un épanchement sanguin considérable, qui, en suivant la grande scissure transversale, a déchiré l'organe dans presque toute son épaisseur, et l'a divisé en deux moitiés à peu près égales, l'une supérieure, l'autre inférieure. Le foyer sanguin est compris dans l'épaisseur même du cervelet, dont la substance grise, déchirée et en partie détruite sur toute la circonférence, laisse arriver le sang jusque sous l'arachnoïde, qui est légèrement distendue.

Rien de notable du côté des organes respiratoires. Le cœur est un peu volumineux, sans lésions des valvules ni des orifices.

Le tube digestif et ses annexes ne présentent rien de particulier à signaler, pas plus que les organes génito-urinaires.

La moelle n'a pas été examinée.

M. Hillairet fait suivre la relation de ce fait des réflexions suivantes :

Cette observation, dit-il, présente beaucoup d'intérêt en raison de la soudaineté de l'invasion, de l'empiétement régulier et progressif des accidents. Les antécédents manquent ; mais cependant nous savons que le malade était habituellement d'un caractère très-irascible, qu'il était très-vorace et peut-être aussi buveur.

Le premier symptôme qui se manifesta fut le vomissement ; il débuta au moment où le malade allait manger sa soupe, et fut assez persistant, se renouvela à plusieurs reprises durant les premières heures qui succédèrent à l'invasion de la maladie ; les matières rejetées étaient composées des aliments pris la veille, puisque le premier repas du jour n'avait pas été ingéré.

Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que le malade avait pu, étant soutenu il est vrai, se rendre du réfectoire à l'infirmerie, qu'il pouvait également bien remuer les bras, se soutenir debout, quoique avec peine et en chancelant.

La sensibilité générale et spéciale était intacte, comme la motilité, car il retirait chacun de ses membres que l'on pinçait, et sentait les odeurs fortes ; les pupilles étaient dilatées. On verra plus tard que ce n'est pas ce qui se présente le plus habituellement.

L'intelligence semblait anéantie, éteinte, au milieu de l'état comateux le plus persistant, et cependant il a pu répondre à deux reprises, sous l'influence probable des émissions sanguines, aux questions qui lui étaient adressées.

Le pouls était petit et dur. L'affection n'a pas duré plus de quarante-huit heures.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant dans ce fait, c'est l'apparition dès le début et la persistance des vomissements, l'intégrité de la motilité, comme de la sensibilité ; puis plus tard l'état comateux et la résolution générale.

La conservation de la motilité et de la sensibilité offre d'autant plus d'intérêt dans ce fait que les lésions anatomiques occupaient le cervelet dans la moitié de son épaisseur, de manière à le diviser en deux parties égales ; or des auteurs, MM. Andral, Monneret et de la Berge, Béhier et Hardy, etc., ont pensé que, lorsque l'hémorrhagie affectait la partie moyenne ou le lobe moyen du cervelet, ou les deux lobes à la fois, la paralysie, au lieu d'être partielle, limitée à un côté du corps, devenait générale. Ce premier fait est loin d'être conforme à la loi formulée par les auteurs précités.

Dans un prochain article, nous continuerons à analyser et à donner quelques extraits du consciencieux travail de M. Hillairet.

(1) Cette observation a été recueillie par M. Chairon, alors interne dans le service.

SUR LE MAL PERFORANT DU PIED.

Par M. le docteur Dieulafoy (de Toulouse).

Entrevue par quelques auteurs, et en particulier par Boyer et Marjolin, cette maladie a été étudiée par MM. Nélaton, Vésigné (d'Abbeville), Leplat et Delmas. M. Dieulafoy, après avoir exposé le récit d'un nouveau cas, l'a fait suivre de considérations générales dont nous allons donner le résumé.

Le *mal perforant* a été divisé en quatre périodes. La première est constituée par la présence d'un *durillon* ou *callus*, épaississement de l'épiderme fort douloureux, que l'on observe toujours sur les parties du corps qui sont exposées à une pression habituelle ou à l'action soutenue d'une température élevée. On le rencontre spécialement aux mains et aux pieds. Les points de ces parties où on le voit le plus souvent sont le talon et les métatarso-phalangiens. Ce durillon, en devenant de plus en plus épais, comprime les tissus sous-jacents et remplit l'office de corps étranger ; il irrite alors ces tissus, les enflamme et provoque leur suppuration, qui est ordinairement suivie de sa chute. On trouve alors au-dessous de l'épiderme une petite cavité remplie d'un liquide séro-purulent, et qui n'a aucune tendance à se cicatriser. Si le mal est abandonné à lui-même, il s'étend en profondeur, la peau s'ulcère, et il s'établit une fistule qui communique avec une bourse séreuse sous-cutanée, et même avec les synoviales tendineuses ou articulaires. Enfin survient la carie des os sous-jacents.

La marche de cette maladie offre une rapidité variable, mais elle est généralement chronique, et sa guérison n'a presque jamais lieu d'une manière spontanée. Le plus souvent le mal s'étend de plus en plus en profondeur, et entraîne la destruction du squelette des parties atteintes. Ses causes sont presque toujours locales, mais plusieurs faits démontrent l'influence incontestable de l'hérédité, et il n'est pas douteux qu'un mauvais état de la constitution et l'existence d'une diathèse scrofuleuse n'en favorisent le développement.

Le traitement de cette maladie varie suivant ses diverses périodes. Au début, lorsqu'elle n'est encore caractérisée que par la présence du durillon, il faut soustraire, si c'est possible, la partie aux causes qui ont provoqué l'épaississement de l'épiderme, et détruire celui-ci soit en l'excisant couche par couche, soit en l'usant avec la lime, etc. Si la callosité est tombée naturellement ou par le fait de la suppuration, il faut enlever avec le bistouri le cercle épidermique qui entoure l'ulcère, et modifier l'ulcère lui-même soit avec le nitrate d'argent, soit avec la teinture d'iode ou avec le fer rouge. Les mêmes moyens conviennent encore quand l'ulcération est plus profonde. Enfin à une période plus avancée, c'est-à-dire lorsque les os sont cariés ou nécrosés, il faut extraire les séquestres ou pratiquer la résection ou l'amputation des os malades, suivant la gravité du mal. Dans tous les cas, il faut avoir soin de soumettre les malades à un traitement géné-

ral propre à combattre la diathèse qui a donné lieu au développement du mal ou l'état de cachexie qui est venu le compliquer. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

MONOMANIE FURIEUSE

suspendue par des lavements d'éther;

Par M. Laffont, médecin à Sainte-Hélène (Gironde).

Bien souvent c'est dans une inspiration instantanée, dans une analogie même assez éloignée, que le médecin trouve un moyen efficace pour combattre le mal qu'il a sous les yeux. Le fait suivant, qui a été soumis à mon observation, me paraît rentrer dans cet ordre, et le succès que j'ai obtenu me semble légitimer la publicité que je lui donne.

Je fus appelé il y a quelques années à donner mes soins à la femme V. R., du Temple, âgée de trente ans, d'un tempérament nervoso-sanguin. Cette femme, qui était accouchée depuis huit jours de son quatrième enfant, avait été prise tout à coup, l'avant-veille de ma visite, d'un délire furieux. Pour premier symptôme d'aliénation, elle avait voulu mettre son enfant, qu'elle allaitait, dans un four, voulant, disait-elle, le faire cuire. Sa famille l'en empêcha; mais alors elle s'exaspéra, poussant des cris violents, vociférant et voulant battre les personnes qui l'approchaient.

Lorsque j'arrivai près d'elle, elle était dans un état si violent que je n'aurais pu m'en approcher si trois hommes ne l'eussent retenue. Le faciès de cette malheureuse était hagard, son regard irrité. Le pouls était agité, mais régulier, et ne battait que 75 fois par minute. Elle ne reconnaissait aucun de ceux qui l'entouraient, et répétait sans cesse les mêmes paroles d'une voix stridente.

On me dit que l'accouchement n'avait offert rien de particulier, et les lochies coulaient régulièrement.

Il eût été difficile de faire rien avaler à la malade : elle refusait toute nourriture. Voyant devant moi un état de névrose de l'encéphale, un délire, une manie puerpérale, il me vint en idée de lui prescrire un moyen anesthésique en lavement. Je fis mêler à 125 grammes d'eau fraîche 4 grammes d'éther sulfurique. A peine le lavement administré, la malade s'endormit d'un sommeil assez paisible, et qui dura environ deux heures. A son réveil, elle avait recouvré sa raison, ne se rappelait rien de ce qui avait précédé; elle avait l'air tout étonnée, et seulement éprouvait de la fatigue.

Deux jours après, la malade reprenait ses occupations ordinaires, et pendant quatre ans et demi, elle a été aussi tendre mère que bonne épouse.

J'avais donc eu affaire, dans ce cas, à un accès de délire aigu, comme on en voit survenir quelquefois dans l'état puerpéral.

Mais le 6 juin 1855, je fus appelé à constater la même scène. Cette pauvre femme fut reprise d'un véritable accès de démence comme la première fois, et sans cause connue.

Je prescrivis, comme lors du premier accès, un lavement avec l'éther; j'obtins presque immédiatement du sommeil, et au réveil de la malade, la raison était revenue. Elle ne conservait qu'une sorte d'étonnement. Mais ce calme ne fut pas de durée. Dans la nuit, la malade fut prise d'un nouveau délire tout aussi violent. Le lendemain, j'eus recours à un nouveau lavement, cette fois en augmentant la dose de l'éther, que je portai à 6 grammes. Un sommeil profond et calme, qui dura plus de deux heures, suivit l'ingestion de ce nouveau remède, et un calme prolongé accompagna le réveil.

Depuis cette époque, la femme V. R. est accouchée d'un cinquième enfant, qu'elle a allaité comme tous les autres, et aucun trouble mental ne s'est montré de nouveau.

C'est là une aliénation intermittente. De nouvelles attaques surviendront-elles? C'est à craindre, si l'on tient compte surtout d'une circonstance étiologique que je n'ai pas encore mentionnée, à savoir que, parmi les parents paternels de cette malade, on compte deux oncles qui sont morts, l'un atteint de folie et l'autre d'idiotisme. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

L'auteur nous paraît avoir fait ici une étrange confusion des mots *monomanie, névrose de l'encéphale, délire, manie puerpérale, délire aigu, démence, aliénation intermittente, folie* et *idiotisme.* Il a eu très-probablement à traiter un accès passager de folie puerpérale; cette expression seule aurait dû suffire à M. Laffon pour témoigner de son diagnostic.

EMPLOI DES IODURES D'AMIDON

pour le traitement des plaies et ulcères.

M. Castex, chirurgien militaire en Afrique, emploie avec beaucoup de succès, depuis plusieurs années, l'iodure d'amidon pour la guérison des plaies ulcérées, et même de tous les vieux ulcères quelle qu'en soit la nature, sans préjudice, bien entendu, du traitement interne nécessité souvent chez les malades qui en sont atteints. (*Gazette médicale de l'Algérie.*)

La préparation du médicament et son application sont des plus faciles : on fait de l'empois avec une partie d'amidon et trois parties d'eau, et l'on y mêle à froid, 8 grammes de teinture d'iode, en remuant jusqu'à combinaison complète. D'une consistance de pommade molle, cet empois est mis en couche épaisse sur des gâteaux de charpie, que l'on applique sur les plaies (convenablement préparées pour le pansement : raser les poils avoisinants, déterger, essuyer, etc.), en l'y pressant doucement pour mouler en quelque façon la surface de l'ulcère, et l'on termine le pansement d'après les règles ordinaires.

L'appareil ioduro-amidonné, ainsi appliqué, peut rester en place plusieurs jours; cependant, comme il détermine parfois une suppuration abondante, il est utile de le visiter, de le lever, s'il y a gêne pour le malade, grande quantité de pus, etc., et alors on devra lotionner préalablement à l'eau tiède, pour le détacher sans courir risque de nuire à des adhérences de cicatrisation. Il est le plus souvent utile d'attendre que le pansement se détache de lui-même, par l'abondance du pus ou le progrès de l'ulcère, et l'on comprend combien il peut être avantageux, dans de nombreuses circonstances, d'user d'un topique aisément applicable par le malade, d'une innocuité complète, et qui permet de rares pansements.

TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE AIGUE

par les drastiques;

Par M. le docteur Silvestre (de Genève).

Dans un travail sur le traitement de la maladie de Bright, M. Silvestre préconise le traitement de M. le professeur Hasse (de Zurich).

Voici en quoi consiste ce traitement. On commence par les saignées locales et générales dès le début de la maladie, à moins qu'elles ne soient contre-indiquées par un état d'anémie ou d'anasarque trop avancé. En même temps, on place le malade dans les conditions hygiéniques les plus propres à activer les fonctions de la peau. Puis, on administre les purgatifs drastiques, et de préférence l'infusion de coloquinte, à la dose de un demi-scrupule à deux scrupules pour six onces d'eau, et le soir on fait prendre au malade deux à quatre grains de poudre de Dower.

M. Silvestre insiste sur la nécessité d'employer avec énergie et à plusieurs reprises l'infusion de coloquinte, et assure que cette médication donne les plus heureux résultats, sans jamais causer d'accidents. (*Annal. méd. de la Flandre occid.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Fouquet (de Vannes) sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans cette ville en 1857;

2° Un rapport final de M. le docteur Judrin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Courcelles dans la même année;

3° Un rapport supplémentaire de M. Prévost, médecin des épidémies de l'arrondissement de Hazebrouck, sur une épidémie de fièvres muqueuses qui a régné dans la commune de Neuf-Berquin (Nord);

4° Un rapport de M. Bodelio (de Lorient) sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans cette ville en 1857;

5° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans les départements de la Vienne, du Calvados, des Pyrénées-Orientales et des Landes. (Commission des épidémies.)

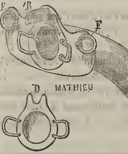
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Ad. Windrif, médecin de l'hospice de Cassel (Nord), adresse la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1850 dans la commune d'Hardifoort. (Commission des épidémies.)

— M. le docteur Maffre adresse un état nominatif des enfants indigènes de la province d'Oran, vaccinés pendant l'année 1856. (Commission de vaccine.)

— M. Petit (de Maurienne), à l'occasion de la communication de M. de Pietra-Santa sur la colique de cuivre, écrit pour prouver l'existence de cette maladie, qu'il a été appelé, dit il, plusieurs fois à traiter. (Renvoyé à la commission nommée.)

— M. Mathieu soumet à l'Académie quelques modifications qu'il a apportées aux canules trachéales dans le but de rendre leur emploi plus sûr et plus facile.



D'après les indications de M. Chassaignac, il a supprimé les fentes latérales du pavillon destinées à fixer les cordons, et les a remplacées par deux anneaux fixes ou mobiles E F placés à la partie supérieure de la plaque. Ces anneaux ainsi disposés ont pour but d'empêcher la canule de basculer en avant par cela même que les points d'attache sont placés en dehors de la circonférence externe de la canule. D'après l'avis du même auteur, il a également supprimé l'espèce de petit tenon qui assujettissait la canule interne, et l'a remplacé par une clef simple B de grande dimension, qui laisse passer librement une encoche D largement pratiquée sur le pavillon de la seconde canule. De cette manière le chirurgien peut sans chercher le mécanisme retirer et replacer la canule interne, manœuvre qui demandait de très-grandes précautions avec les anciennes canules.

D'après l'avis de M. le professeur Trousseau, pour donner aux canules trachéales, quelle que soit leur longueur, une courbure invariable, il a pris pour base le quart de cercle. La figure 2 ci-jointe représente les trois numéros différents.

— M. le Président annonce que M. Goupil, membre correspondant de l'Académie à Nemours, assiste à la séance.

M. le président fait part ensuite à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Guépin, membre correspondant à Angers, et ancien directeur de l'École préparatoire de médecine de cette ville.

RAPPORT.

Vacance dans la section d'anatomie pathologique.— M. Bouvier, au nom de la commission de onze membres, fait un rapport sur le choix de la section à laquelle devra être affectée la prochaine nomination. La commission, à l'unanimité, propose de déclarer la vacance dans la section d'anatomie pathologique.

L'Académie adopte.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Depaul.

Discussion sur la fièvre puerpérale. — M. Depaul, en prenant la parole pour répondre à l'appel fait à l'Académie par M. Guérard, se propose d'examiner les questions suivantes :

1° Existe-t-il une affection primitivement générale, à laquelle il convient de donner le nom de *fièvre puerpérale?*

2° Si cette maladie existe, quels en sont les caractères? Comment la distinguer d'un grand nombre d'autres affections qui n'ont rien de commun avec elle, ni par le point de départ, ni par la marche, ni souvent par la gravité, ni enfin par la thérapeutique qu'elles réclament?

3° Quelle est la valeur des principaux agents qui ont été proposés pour la combattre?

4° Quels sont surtout les moyens prophylactiques qu'il convient de mettre en usage pour s'opposer autant que possible au retour de ces invasions périodiques qui semblent se multiplier depuis quelques années?

On admet aujourd'hui généralement l'essentialité de la fièvre puerpérale, qu'il conviendrait peut-être de nommer *typhus puerpéral*, ou *septicémie puerpérale*, pour la distinguer des autres affections qui peuvent atteindre la femme pendant ses couches. La doctrine de l'altération du sang est, du reste, ancienne; on l'attribuait, jusqu'au commencement du dix-huitième siècle, à la rétention des lochies ou à la déviation du lait. Aujourd'hui, une opinion assez analogue à celle des anciens se fait jour de plus en plus, et elle compte parmi ses partisans les hommes auxquels leur expérience confère une grande autorité en pareille matière. Elle s'appuie sur des preuves nombreuses. C'est d'abord la nature épidémique de la maladie, son mode de développement analogue à celui du choléra, du typhus et des autres maladies générales; son apparition dans les foyers où beaucoup de femmes sont réunies, dans les salles encombrées. Souvent les épidémies sont précédées d'autres affections épidémiques moins graves, qui sévissent sur tout le personnel des hôpitaux qui vont être envahis; tels sont le muguet, l'ophthalmie purulente, l'érysipèle des nouveau-nés. En outre, l'épidémie une fois établie ne fait pas sentir son influence seulement chez les femmes accouchées, mais encore chez d'autres personnes du même service ou du même hôpital qui ne se trouvent pas dans ces conditions, témoin l'élève sage-femme dont M. Guérard a cité l'histoire.

D'autres preuves sont empruntées à l'anatomie pathologique. Les lésions que l'on rencontre présentent, malgré leur grande variabilité, des caractères à peu près constants qu'on ne saurait méconnaître; ainsi elles portent de préférence sur certains organes, le péritoine surtout, puis les autres séreuses, les articulations. On n'a rencontré dans aucune autre affection ce ramollissement singulier des muscles, cet état particulier de friabilité du tissu cellulaire sous-péritonéal qui a été signalé dans la fièvre puerpérale. En outre, dans les cas graves, on observe, comme dans les autres maladies générales (typhus, etc.), des éruptions diverses souvent d'apparence scarlatineuse.

Les troubles importants de presque toutes les fonctions, du système nerveux surtout, l'anxiété remarquable qui existe souvent dès le début, parlent aussi en faveur de l'hypothèse d'une maladie primitivement générale.

La constance même de l'influence épidémique pendant de longues années peut encore être invoquée comme preuve de l'essentialité de la fièvre puerpérale. Voici le relevé des décès causés par cette maladie pendant les années 1852-56 dans divers hôpitaux de Paris :

	Accouchées.	Décès.
Hôtel-Dieu.	6,906	170 ou 1 sur 38,46
Saint-Antoine.	1,116	30 — 1 — 37,6
Saint-Louis.	3,748	9 — 1 — 46,4
Clinique.	4,979	134 — 1 — 37,3
Maternité.	12,946	230 — 1 — 52
Lariboisière (1854 à 56). . .	1,382	56 — 1 — 24,3

Il semble résulter de ce tableau que la Maternité a moins souffert que l'hôpital des Cliniques; mais cela tient sans doute à ce que les relevés n'ont pas été faits avec toute l'exactitude désirable. Ce qui semble le prouver, c'est que pour l'année 1856 les relevés officiels donnent 99 morts sur 2,237 accouchements; tandis que ce chiffre est de 114 d'après M. le docteur Tarnier, qui était interne à la Maternité lors de cette épidémie et qui en a fait l'histoire dans sa thèse. Chose remarquable, la mortalité était dans le courant de cette année 17 fois moindre dans le 12e arrondissement qu'à la Maternité, et ce fait ne devra pas être oublié quand il s'agira des moyens prophylactiques propres à prévenir la fièvre puerpérale. Et tandis qu'ici la mortalité était de 1 sur 322, elle était de 1 sur 3 à la Maternité, du 13 avril au 10 mai.

Vient ensuite la nature contagieuse que la fièvre puerpérale semble au moins revêtir dans certains cas. Est-il possible, en effet, de concilier la transmission par infection ou par contagion directe, avec une autre hypothèse que celle d'une maladie primitivement essentielle, une viciation du sang? M. Guérard a déjà rapporté l'histoire de cette élève sage-femme qui périt victime des soins qu'elle donnait aux malades de la Maternité en 1839. Elle fut prise d'un frisson violent quelques heures après avoir reçu une impression désagréable des émanations d'une femme atteinte de la maladie. Les symptômes les plus graves se succédèrent rapidement, et la mort survint le troisième jour; l'autopsie révéla les lésions qu'on rencontrait habituellement dans cette épidémie. Ici, point de conditions particulières, puerpérales ou analogues. Cette élève n'avait pas ses règles au moment où elle fut atteinte, et de plus elle était vierge. Ce fait n'est d'ailleurs pas unique. M. Tarnier en a vu

deux qui n'en diffèrent guère. M. Dubois en aurait observé de semblables. La transmission par infection n'est donc pas douteuse.

La contagion directe, l'inoculation, ne paraît pas moins possible. Je rappellerai l'observation que M. Guérard a citée à cet égard. Les choses se passèrent de la même manière chez une femme que j'accouchai pendant que je remplissais les fonctions de chef de clinique au service de M. Dubois. Je fus appelé pendant que je faisais une autopsie ; l'accouchement fut des plus simples ; mais le soir même les accidents les plus graves survinrent, et puis la mort hientôt après. Il est vrai que dans ces deux cas il n'y eut pas d'autopsie, mais le diagnostic n'était pas douteux : les deux femmes avaient été vues par M. Dubois.

A ces preuves s'en joignent d'autres, plus directes, d'une altération du sang : sa fluidité, sa coagulation incomplète, sa couleur violacée ou gelée de groseilles, son aspect huileux, la facilité avec laquelle il imprègne les tissus, — tous caractères que j'ai presque toujours constatés, isolés ou réunis. M. Vogel a souvent trouvé le sang acide, contenant de l'acide lactique ; d'autres fois, il y a constaté la présence du carbonate d'ammoniaque ; les globules lui ont paru plus ou moins altérés : ils avaient perdu la propriété de rougir au contact de l'air ; le sérum était parfois coloré en rouge. M Scanzoni, auteur d'un Traité d'accouchements, dit avoir trouvé dans le sang un principe purulent particulier ; d'autres fois, il a observé la dissolution de ce liquide ; il donne à ces deux états les noms de pyémie et de septicémie. Sans doute, ce ne sont là que des données incomplètes et qui ne peuvent qu'appeler des recherches nouvelles ; mais ces observations n'en sont pas moins de nature à faire admettre une altération particulière et importante du sang.

La fièvre puerpérale a-t-elle des caractères propres qui la distinguent des autres maladies avec lesquelles on pourrait la confondre ? Ces caractères existent certainement, quoique des erreurs de diagnostic fréquentes aient été commises. Il est vrai qu'il n'y a pas de signe pathognomonique de la fièvre puerpérale ; la réunion de plusieurs symptômes, leur marche éclairent le diagnostic bien plus qu'aucun signe pris isolément. La fièvre puerpérale éclate rarement après le huitième ou le douzième jour des couches. Elle débute ordinairement par un frisson, qui parfois se répète à des intervalles plus ou moins réguliers pendant les premières trente-six heures ; puis le pouls devient très-fréquent ; il est rare qu'il batte moins de 110 fois par minute. La respiration présente également des troubles remarquables.

Elle est souvent courte, précipitée, hien avant l'invasion de la péritonite ou l'apparition du météorisme, et l'anxiété qu'éprouvent souvent les malades dès le début ne peut être rapportée qu'à une altération profonde de l'hématose. Les désordres de l'intelligence, la somnolence, l'embarras de la parole qui est tremblotante, sont tout à fait caractéristiques ; ils surviennent dans le cours de l'affection quand elle est très-grave, jamais au début, et ils annoncent toujours une terminaison fatale, d'après la remarque de M. Dubois. Il en est de même des douleurs péri-articulaires sans lésion apparente à l'extérieur. Les vomissements qui surviennent assez souvent, ont quelquefois une couleur jaunâtre particulière, qui permet à un observateur exercé de reconnaître la maladie au premier coup d'œil.

Tels sont les caractères propres à la fièvre puerpérale. Il suffira d'y joindre quelques autres signes pour ne pas la confondre avec les maladies qui lui ressemblent le plus : l'infection purulente, l'infection putride et la fièvre typhoïde. L'infection purulente se montre rarement dans le premier septénaire ; elle est le plus souvent précédée des symptômes d'une phlébite, ses frissons sont plus nombreux, ses rémittences plus longues et plus complètes que dans la fièvre puerpérale ; la teinte ictérique de la peau lui appartient en propre, de même que les abcès métastatiques.

L'infection putride s'observe fréquemment dans l'état puerpéral ; elle peut survenir dans tous les cas où les lochies sont fétides, quelle que soit la cause de cette fétidité : rétention de tout ou partie du délivre, putréfaction de l'enfant pendant le travail, etc. Elle est caractérisée au début par des frissons violents, qui se répètent plus souvent que ceux de la fièvre puerpérale ; la langue ne se sèche pas comme dans celle-ci ; de plus, on arrête facilement les accidents, au début, par des injections. La terminaison est heaucoup plus souvent favorable.

Il est ordinairement facile de distinguer la fièvre typhoïde de la fièvre puerpérale. Ce n'est qu'au début, pendant une épidémie de typhus puerpéral, que le diagnostic peut être obscur ; mais la marche ultérieure de la maladie vient hientôt lever toutes les difficultés.

Ces considérations sur le diagnostic ont plus d'importance qu'on ne pourrait croire d'abord. Les opinions si contradictoires qui ont été émises sur le traitement de la fièvre puerpérale et sur l'efficacité de divers médicaments, ne paraissent pas avoir d'autre source que des erreurs dans le diagnostic. C'est pour ne pas avoir distingué l'infection purulente ou putride, la fièvre typhoïde, la péritonite, la métrite, de cette affection bien autrement grave, qu'on est venu si souvent annoncer des succès que nous avons vainement demandés aux remèdes les plus divers.

C'est en effet un aveu triste à faire, mais je crois être dans le vrai en déclarant que le traitement curatif de la fièvre puerpérale est encore à trouver. Tous les agents de la matière médicale ont été tour à tour préconisés ; mais ici, comme partout en matière de thérapeutique, cette richesse apparente est signe de pauvreté. Pour mon compte, j'ai essayé de tout, et presque toujours sans succès. Les préparations mercurielles m'ont paru réussir quelquefois, mais je les ai vues échouer le plus souvent. Aussi, je ne m'arrêterai pas à tous ces moyens. Je ne dirai que quelques mots du sulfate de quinine. On a heaucoup vanté ce moyen dans ces dernières années. M. Beau en a fait le sujet d'une communication dans cette enceinte en 1856 ; il nous annonçait de heaux résultats, espérons qu'il nous les communiquera hientôt. L'emploi du quinquina ne date d'ailleurs pas d'hier. Pouteau, Doublet, Osiauder, Torti, Delarcche, Hufeland, Baudelocque, l'ont employé. En 1851, M. Leconte dit avoir obtenu des effets merveilleux du sulfate de quinine ; mais qu'on lise ses observations consignées dans l'*Union médicale*, et l'on se convaincra que des 40 malades guéries par M. Leconte pas une n'était atteinte de fièvre puerpérale. Je l'ai employé l'année passée à la Maternité, et, quoique je me sois conformé scrupuleusement aux indications données par M. Beau, toutes mes malades ont succombé. Si M. Beau a été plus heureux à l'hôpital Cochin, cela paraît tenir uniquement à ce qu'on y administre le sulfate de quinine à des femmes qui ont tout autre chose que la fièvre puerpérale. Il ne faut pas, d'ailleurs, s'en laisser imposer par la sédation remarquable de la circulation, qu'on ohtient toujours en suivant les préceptes de M. Beau. Cette sédation n'exerce aucune influence favorable sur la marche de la maladie, et après avoir réduit le pouls de 150 à 80 ou au-dessous, on n'en voit pas moins les malades succomber.

Les mêmes réflexions s'appliquent à un moyen peu employé en France, le *veratrum viride*, que M. Barker dit avoir employé avec avantage, sous forme de teinture, à la dose de 2 à 4 gouttes d'heure en heure.

Jusqu'ici donc la thérapeutique est impuissante, et la seule voie utile à suivre, c'est de chercher à conjurer le fléau par une prophylaxie hien entendue. Ici encore la matière médicale a fourni bon nombre de substances : Les purgatifs (Hufeland), l'acide nitrique (Redekind), le double sulfate de cuivre et d'ammoniaque uni à l'opium (Kennedy), la poudre de Dover (Chaussier), ont été préconisés et ils ont échoué. Le sulfate de quinine a encore paru donner de hons résultats à MM. Leudet et Piédagnel ; mais il n'a eu aucun succès entre les mains de M. Danyau.

Les moyens hygiéniques ont-ils été plus heureux ? White faisait lever ses accouchées dès les premiers jours pour favoriser l'écoulement des liquides contenus dans l'utérus ; Harvée, MM. Malgaigne et Piorry ont employé les injections fréquentes dans le même but ; la bonne ventilation des salles, leur renouvellement, l'évacuation des foyers épidémiques, tout a été tenté, et rien n'a empêché les ravages de cette terrible maladie. Ces moyens ont produit ce qu'ils pouvaient produire, et il est aujourd'hui trop démontré que, tant qu'il y aura des services spéciaux pour les accouchées, il y aura des épidémies de fièvre puerpérale. Reste maintenant la question de savoir si on n'empêcherait pas leur apparition en trouvant les moyens de secourir les femmes enceintes à domicile. Il est à désirer que cette nouvelle organisation soit tentée. Tout semble prouver que c'est dans cette voie que nous pouvons espérer le succès, qui a été refusé jusqu'ici à tous nos efforts.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Cirey, 19 février 1858.

Mon très-honoré confrère,

Je lis dans votre journal du 16 courant, un extrait du rapport fait à l'Institut sur le livre intitulé : *Conclusions statistiques*, etc.

Il y est dit :

« M. Bertillon a prouvé qu'on avait mal apprécié les causes de l'augmentation de la mortalité, et qu'on ne pouvait en tout cas l'attribuer à la vaccine. »

Une réponse courte et convenable est bien due à ceux qui sont désignés clairement ici par le monosyllabe *on*, et j'ai toute confiance que vous voudrez hien l'accueillir de ma part.

En premier lieu, *on* n'a jamais dit que la mortalité eût augmenté ; on s'est horné à répéter, après MM. Villermé, Bousquet, etc. : « La » vaccine a déplacé la mort. » *On* a démontré que ce déplacement consiste en ce que l'âge de 15 à 40 ans acquitte maintenant le trihut dont la vaccine a *dégrevé* le premier âge. Voilà tout ; c'est hien assez pour le malheur de la France !

En second lieu, *on* a démontré par les registres de l'état civil de Paris, répétés par les annuaires, que l'accroissement de mortalité chez les adultes, de 1813 à 1856, coïncide avec l'accroissement des décès par petite vérole, au-dessus de l'âge de puberté, et que cet accroissement a été *prodigieux* de 1817-1821 à 1851-1855, malgré les revaccinations (1). Or il est incontestable que le *déplacement* de la mortalité variolique est au moins dû au retard de cette maladie, retard évidemment amené par l'usage de la vaccine.

Donc *on* a raison en disant que la vaccine a rendu la maladie varioleuse six fois plus fréquente parmi la population majeure, et que sous ce rapport au moins elle a augmenté la mortalité.

Maintenant, Stoll a-t-il tort ou raison de dire que la maladie varioleuse *complique* les maladies *gastro-intestinales* et leur donne une gravité qu'elles n'auraient pas sans cette complication (2).

S'il a tort, pourquoi l'Académie n'ose-t-elle pas le dire franchement? Le procédé rentre dans sa spécialité.

S'il a raison, *on* ne peut avoir tort en disant que les maladies intestinales des adultes étant compliquées aujourd hui beaucoup plus souvent qu'autrefois *par la variole*, sont par suite beaucoup plus graves.

Donc M. Bertillon, n'ayant pas dit un seul mot à ce sujet, n'a *rien prouvé*, quoi qu'en puisse dire le rapport académique, qui ne prouve rien de son côté.

Les opinions de MM. Rayer, Velpeau, Bousquet, Adde-Margras, etc., ne sont certes pas à dédaigner, mais elles ne constituent pas malheureusement ce qu'on est convenu d'appeler *une preuve*, comme *on* les donne et comme *on* les demande depuis dix ans.

Je suis, etc.

Dr A. Bayard.

Nous ne croyons pas devoir nous substituer ici ni à M. Bertillon ni aux membres de la commission de l'Institut pour répondre à la lettre qui précède. Nous renverrons les lecteurs qui voudraient se fixer sur la valeur des critiques de M. Bayard au rapport de M. Andral dans les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences, et à l'ouvrage de M. Bertillon qui a été l'objet de ce rapport : *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, etc.* ; in-12, 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des membres de la commission qui va préparer les statuts d'une Association générale de prévoyance des médecins de France et poursuivre auprès des pouvoirs publics les autorisations nécessaires à la fondation de cette institution, a été porté à 28, savoir :

MM. Bégin, président du conseil de santé des armées;
Bernard (Claude), membre de l'Institut ;
Bertillon, médecin de l'hôpital de Montmorency ;
Bethmont, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats ;
Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;
Chevalier (Michel), conseiller d'État ;
Conneau, premier médecin de l'Empereur ;
Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;
Davenne, directeur de l'assistance publique ;
Guérin (Jules), membre de l'Académie de médecine ;
Jobert (de Lamballe), membre de l'Institut, professeur à la Faculté ;
Larrey (le baron), membre du conseil de santé des armées ;
Latour (Amédée), secrétaire du comité consultatif d'hygiène ;
Laugier, président de l'Académie de médecine, prof. à la Faculté ;
Leplay, conseiller d'État ;
Lélut, membre de l'Institut, médecin des hôpitaux de Paris ;
Lévy (Michel), direct. de l'École de méd. milit. du Val-de-Grâce ;
Littré, membre de l'Institut ;
Mélier, inspecteur général des services sanitaires ;
Michon, chirurgien des hôpitaux de Paris ;
Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine ;
Rayer, membre de l'Institut ;
Ricord, chirurgien des hôpitaux de Paris ;
Ségalas, membre de l'Académie impériale de médecine ;
Serres, membre de l'Institut ;
Tardieu, médecin des hôpitaux de Paris ;
Vernois, médecin des hôpitaux de Paris ;
Villermé, membre de l'Institut ;

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr Cramoisy. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

(1) *Petit traité de vaccinométrie*, 5e proposition.
(2) *Médecine pratique*, chap. XII, et *Aph.*, 26, 301, 522, 524, etc.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'herpès guttural ; de la nature herpétique de l'angine couenneuse commune.

Dans ses belles recherches sur la diphthérite, M. Bretonneau avait déjà signalé, dès 1826, une coïncidence fréquente entre l'angine couenneuse commune et l'herpès ; et sans tirer peut-être de cette observation une conclusion formelle par rapport à l'identité de nature de ces deux lésions, il l'avait du moins laissé entrevoir en rattachant ce fait à la loi générale qu'il a formulée relativement à l'identité d'un grand nombre d'affections de la peau et d'affections des muqueuses, où les mêmes lésions pathologiques revêtent des formes différentes et spéciales, en raison de la différence de texture et de destination physiologique. M. Trousseau n'a cessé depuis d'enseigner et de développer ce point de pathologie, notamment dans ses leçons cliniques sur les angines, que nous avons publiées en 1853. Quelques observations, dans lesquelles la coïncidence d'un herpès externe avec l'angine couenneuse et la relation étiologique de ces deux lésions étaient des plus manifestes, ont fourni à M. Gubler l'occasion de reprendre l'étude de ce sujet et d'en déduire la similitude, mieux même que la similitude, l'identité complète de ces lignes, et d'y trouver une explication rationnelle de l'exsudation plastique de l'angine couenneuse par la présence de l'éruption herpétique sur la gorge.

Nous allons rapporter d'abord très-brièvement les faits observés par M. Gubler, et nous exposerons ensuite quelques-unes des principales déductions cliniques et pratiques qu'il en a tirées.

Un homme bien portant, exposé par sa profession à toutes les intempéries, est pris sans phénomènes précurseurs, d'un mal de gorge intense avec réaction fébrile bientôt modérée. Il entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Gubler. Dès le second jour de la maladie, on peut constater tous les signes d'une violente inflammation avec gonflement énorme de toutes les parties de l'isthme du gosier, et présence d'une plaque blanc jaunâtre évidemment plastique. — C'était donc une angine couenneuse. — Mais l'ensemble des symptômes généraux, aussi bien que la marche de l'affection, éloignait toute idée de malignité ; il s'agissait par conséquent d'une de ces angines qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'angine couenneuse commune. Au premier examen M. Gubler n'ose pas être plus explicite, bien que son sentiment le fasse incliner aussitôt vers l'idée d'une angine herpétique. L'aspect d'une membrane continue que présentait l'exsudat plastique, dit-il, commandait cette réserve. Cependant, après quatre jours d'observation, on vit poindre sur la luette un groupe de trois vésicules qui ne tardèrent pas à se décoiffer et à se transformer en autant d'ulcérations à fond jaunâtre couenneux, très-analogues à de l'herpès. En même temps, sur la commissure gauche et sur la lèvre inférieure, on voyait un groupe d'herpès labialis des mieux caractérisés. De plus, la lésion de l'orifice buccal existait du même côté que la principale lésion de l'orifice guttural du pharynx. Cette double circonstance ne permettait plus de doutes, et M. Gubler diagnostiqua une angine gutturale herpétique.

A l'appui de ce diagnostic, il était à remarquer encore que la sécrétion couenneuse était fortement adhérente, comme enchâssée dans le tissu du derme muqueux, et ne ressemblait nullement à ces concrétions pelliculaires de la diphthérie septique, étalées à la surface de la membrane, à la manière des lichens qui tapissent les écorces ou les pierres. On notait aussi l'état satisfaisant de l'innervation, la modération de la fièvre, sans autre dépression des forces que celle qui devait résulter de la maladie aiguë et d'une diète forcée.

Une observation semblable a été recueillie à peu près en même temps à la consultation du Bureau central par M. Lailler, qui vit se présenter un homme ayant l'amygdale couverte d'un groupe d'ulcérations à fond jaunâtre, couenneux, et plusieurs petites ulcérations analogues isolées et dispersées sur le pilier correspondant du voile palatin, ainsi que sur la luette. Le lendemain, ces ulcérations, comme aphtheuses, s'étaient étendues. Par leur confluence, elles ne formaient plus qu'une plaque unique irrégulièrement configurée, et offraient par conséquent l'aspect d'une surface diphthérique.

C'était là un cas d'angine couenneuse aussi régulière que possible, aussi exempte de complication que l'angine inflammatoire la plus franche. Cependant, en présence de cette large exsudation qui couvrait une partie de l'isthme dès les premiers jours de l'affection, on aurait pu s'effrayer et employer les cautérisations les plus énergiques. La proposition en avait été faite. Mais M. Lailler, fixé sur la véritable nature du mal, crut pouvoir s'abstenir. Aucun traitement actif ne fut institué, et pourtant, non-seulement l'inflammation gutturale ne persista pas plus longtemps que dans le premier cas, mais la durée en fut aussi courte que celle de toute angine simple ; elle ne dépassa pas huit à dix jours.

Dans un troisième cas, la lésion de la gorge s'est caractérisée d'abord comme une amygdalite parenchymateuse. Le cinquième jour seulement la phlegmasie a revêtu une forme nouvelle, due sans doute à l'exanthème herpétique, dont l'existence est à la fois démontrée par la forme des surfaces ulcéro-couenneuses et par l'apparition d'une éruption d'herpès avortée sur la commissure labiale correspondante.

Ici, il y a une circonstance particulière à signaler dans la marche de cette affection ; c'est que l'époque où l'herpès est apparu sur l'isthme du gosier est précisément celle où il se montre autour de l'orifice buccal lorsqu'il se présente comme épiphénomène dans la pneumonie.

Il semblerait donc, dit M. Gubler, que cet exanthème fût bien, comme on l'a dit, le résultat d'un effort critique produit au milieu de certaines maladies fébriles diverses, quant à leur localisation, mais dérivant, en général, de l'action du froid combinée à d'autres influences. A ce compte, l'herpès ne viendrait qu'accidentellement imprimer son cachet à une affection ayant primitivement son existence indépendante au même titre que la péripneumonie elle-même. Il ne serait, en un mot, qu'une complication d'une angine d'abord purement phlegmoneuse.

Toutefois, dans d'autres cas l'herpès guttural constitue primitivement à lui seul toute la lésion. L'angine n'est alors autre chose qu'un herpès d'une membrane muqueuse sans phlegmon préalable, comme on en voit survenir sur d'autres parties du corps sans autre détermination morbide locale à la suite d'une fièvre éphémère.

L'angine couenneuse commune serait donc en définitive, tantôt une amygdalite compliquée d'herpès, tantôt un simple herpès guttural.

Mais, ajoute M. Gubler, ce serait une erreur de croire que, même dans cette dernière forme, tout se bornât à une éruption aphtheuse intéressant seulement la muqueuse bucco-pharyngienne sous forme d'ulcérations superficielles et circonscrites, sans phlegmasie diffuse et plus ou moins profonde des tissus sous-jacents. Presque toujours la présence de l'herpès excite une vive inflammation circonvoisine, avec rougeur intense, tuméfaction et infiltration œdémateuse, sécrétion de fausses membranes sur les ulcérations et sur les régions voisines, etc.

En résumé la nature herpétique de l'espèce d'angine dont il s'agit, est rendue vraisemblable par l'analogie qui existait entre les lésions de la gorge constatées chez les malades, dont nous venons de rappeler l'histoire très-abrégée, et celles qu'on observe sur la face interne des grandes lèvres, dans l'herpès de la vulve.

Voici les conclusions que M. Gubler déduit de ses recherches sur ce sujet :

L'angine couenneuse, dite commune, est une variété de l'angine vulgaire, et doit prendre place dans le groupe naturel des maladies qui dérivent de l'action du froid.

La coïncidence fréquente de l'herpès labialis, souvent du même côté que l'angine, et la similitude des lésions de la bouche et de l'orifice guttural, démontrent la réalité de l'herpès sur les régions qui présentent les apparences diphthériques.

Mais cet herpès, subissant comme tous les autres éléments anatomiques des affections tégumentaires, des modifications plus ou moins notables sur les membranes muqueuses, voici ce qui se passe ici. Les vésico-pustules qu'il constitue se décoiffent de leur épithélium et montrent à nu leur exsudat plastique ; en sorte que, lorsqu'elles deviennent confluentes, elles offrent une surface couenneuse plus ou moins large.

L'aspect de cette surface est modifié, son étendue est augmentée par une sécrétion pseudo-membraneuse sans ulcération préalable, qui s'étale sur les points limitrophes, c'est-à-dire sur l'auréole inflammatoire du groupe d'herpès. Cette circonstance indique dans les muqueuses une tendance très-marquée aux exsudations plastiques, et démontre que sous ce rapport elles sont intermédiaires entre les séreuses et la peau.

La couche plastique de l'herpès guttural offre la même composition chimique et microscopique que la pellicule du croup.

Malgré cette analogie de lésion avec l'angine diphthéritique maligne, et malgré quelques différences secondaires par rapport à l'éruption cutanée, l'angine couenneuse commune n'est, aux yeux de M. Gubler, qu'un herpès de l'isthme du gosier, et mérite le nom d'angine herpétique.

Il existe deux variétés de cette angine : dans l'une, l'herpès est primitif et constitue la lésion unique ; dans l'autre, il succède à une amygdalite et se surajoute au phlegmon tonsillaire, en même temps qu'une éruption semblable couvre les lèvres. La première, si on voulait la distinguer nominativement, serait l'*angine d'herpès*, et la seconde l'*angine avec herpès*.

Cette affection, bénigne de sa nature, peut néanmoins entraîner des conséquences sérieuses en raison de son siége et de l'obstacle qu'elle apporte à l'alimentation.

L'herpès guttural ne réclame aucun traitement spécifique. Au début, une émission sanguine, locale ou générale est parfois nécessaire. Le plus souvent, il sera utile d'avoir recours à un émétocathartique pour faire tomber l'appareil fébrile et commencer la résolution de l'engorgement inflammatoire. Alors les révulsifs cutanés rendent des services.

Les autres indications à remplir sont :

1° De calmer les douleurs causées par la déglutition à l'aide des narcotiques appliqués localement ;

2° De favoriser l'élimination des produits exsudés par des gargarismes légèrement détersifs et des boissons émollientes;

3° D'entretenir la liberté du ventre par des lavements et de légers laxatifs ;

4° De donner des aliments mous ou liquides, et, s'ils ne sont pris qu'en proportions insuffisantes, d'y suppléer par des lavements nutritifs et de soutenir les forces par des toniques.

Chorée récente améliorée en trois jours par l'emploi répété du tartre stibié à haute dose.

Dans la *Revue clinique* du 30 février, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur les bons effets du tartre stibié à haute dose dans le traitement de la chorée. Voici un nouveau fait que M. le docteur Brierre de Boismont a communiqué à la Société de médecine du département de la Seine, et qui vient fournir un témoignage de plus en faveur de cette médication.

Un jeune garçon de 14 ans, M. B..., adonné depuis quelque temps à l'habitude de la masturbation, éprouvait depuis une quinzaine de jours des mouvements choréiques qui faisaient de jour en jour des progrès, lorsqu'il fut amené le 19 décembre dernier dans la maison de santé de M. Brierre, en proie à des convulsions des bras, des jambes, du corps, de la tête et des yeux. Il lui était impossible de garder la station debout ou assise. Etait-il assis dans un fauteuil, sa tête était portée avec violence dans toutes les directions et son corps glissait à terre. Sur un tapis, en peu d'instants, de soubresauts en soubresauts, il parcourait toute l'étendue de la chambre, se heurtant contre tous les objets qui se trouvaient sur son passage. Ses yeux convulsés ne laissaient voir que le blanc. Cette agitation continuelle l'empêchait de prendre sa nourriture lui-même ; il fallait qu'un domestique lui mît les aliments dans la bouche. La déglutition s'opérait alors facilement. Son sommeil durait deux heures tout au plus.

M. le docteur Pidoux, appelé en consultation, conseilla l'émétique aux doses suivantes : d'abord 20 centigr., puis 25, et ensuite 30, dans 60 grammes d'eau de tilleul et 30 grammes de gomme.

Dès le premier jour, il y eut une diminution sensible des accidents; deux ou trois vomissements légers eurent lieu vers le soir, et pendant la nuit le malade put reposer quelques heures.

Le lendemain, la dose de 25 centigrammes produisit des effets plus marqués ; les vomissements furent rares et sans fatigue, l'agitation beaucoup moindre, et le malade put s'asseoir.

Le troisième jour, le tartre stibié, élevé à 30 centigrammes, fut suivi d'une amélioration encore plus remarquable. Le jeune B... put se tenir assis sur une chaise longue ; le tronc avait repris son immobilité, les bras et les jambes étaient de temps en temps secoués, mais beaucoup plus modérément. Les yeux, dont la mobilité était telle qu'on ne pouvait les suivre, avaient repris leur état naturel ; la parole entrecoupée et à peine intelligible les jours

précédents (il ne répondait que par quelques monosyllabes saccadés), était redevenue naturelle.

Le sommeil se prolongeait six ou sept heures ; et dès le cinquième jour il pouvait manger seul. Pendant toute la durée de cette médication, on s'était borné à des potages.

Ce mieux établi, on commença, conformément aux prescriptions de M. Pidoux, l'emploi des bains sulfureux et les exercices gymnastiques d'après les procédés de M. Lainé. Mais le retour à la santé se faisait si brusquement, suivant la remarque de M. Brierre, qu'on eût pu se dispenser de mettre en usage cette seconde partie du traitement.

Le dixième jour le jeune convalescent descendait dans la cour ; bientôt il put faire des promenades au dehors, et le vingtième jour M. Pidoux constata sa guérison parfaite. Il a quitté la maison de santé après un mois de séjour seulement.

On remarquera que dans ce cas-ci la chorée était récente ; mais la rapidité avec laquelle les accidents très-intenses ont cédé, ne permet aucun doute sur l'heureuse influence du tartre stibié.

D'ailleurs cette circonstance de l'origine récente de la maladie et de son état aigu n'exclut point sa gravité. Tout au contraire. M. Baillarger a rapporté, en effet, à cette occasion, devant ses collègues l'histoire d'un fait malheureux dont il avait été témoin quelques jours avant.

Une jeune femme, affectée de manie aiguë depuis un mois, fut prise, en présence de M. Baillarger, appelé à donner son avis sur son état, de quelques mouvements choréiques tellement légers qu'un autre médecin consultant ne voulut point y reconnaître l'indice d'une chorée. Cependant, en quelques jours, les symptômes augmentèrent au point de lever toute incertitude à cet égard. Il survint du délire aigu, puis la malade fut prise aussitôt de soubresauts continuels, qui la faisaient rebondir d'un pied dans son lit. On fit prévenir M. Trousseau pour la voir le lendemain avec M. Baillarger. Mais elle mourut dans la nuit. M. Baillarger étant allé prévenir M. Trousseau de l'issue funeste de cette courte maladie, celui-ci le prévint par ces paroles : « Vous venez sans doute me dire de ne pas aller au rendez-vous, cette dame est morte. Je redoutais cette terminaison, parce que j'ai vu dernièrement mourir d'une façon aussi inattendue une jeune personne à la suite d'une chorée aiguë. »

Orchite. — Mouchetures de la tunique vaginale. Hémorrhagie. — Attaque d'hystérie.

L'un des meilleurs modes de traitement de l'orchite blennorrhagique, surtout quand il y a de l'épanchement dans la tunique vaginale, consiste dans la ponction. A la suite de cette petite opération, soit qu'il s'écoule une quantité notable de sérosité, ou seulement quelques gouttes de sérosité sanguinolente ou bien uniquement un peu de sang, dans tous les cas le malade est soulagé et la durée du mal est sensiblement diminuée.

Cette opération, instituée par M. Velpeau, est aujourd'hui presque unanimement adoptée, et elle est journellement mise en pratique sans la moindre crainte de ses conséquences. Jusqu'à présent, en effet, à notre connaissance du moins, aucun médecin n'a signalé d'accident sérieux survenu à la suite des mouchetures des tuniques du scrotum. M. Velpeau s'exprime même ainsi dans le *Dictionnaire* en 30 volumes : « En effet, quels peuvent en être les inconvénients ? L'instrument ne peut rencontrer là ni artères, ni veines, ni nerfs dont la blessure puisse offrir le moindre danger... » (Tome XXIX, p. 461.) Vidal (de Cassis) tient à peu près le même langage, et les auteurs du *Traité des maladies vénériennes*, MM. Maisonneuve et Montanier, répètent la même chose. Enfin, M. le docteur Montanier, au nom de qui nous parlons en ce moment, assure avoir vu faire cette opération un très-grand nombre de fois, et l'avoir faite lui-même plus de cent fois, sans que jamais il ait rien noté qui ait pu lui faire modifier son opinion à cet égard. Or, il y a peu de temps il a observé le fait suivant qu'il nous communique.

« Le 20 décembre 1857, dit-il, un malade vient réclamer mes soins pour un écoulement de l'urèthre. C'est un jeune homme de vingt-cinq ans, jouissant habituellement d'une très-bonne santé, mais d'un tempérament nerveux excessivement prononcé. Cet écoulement, qu'il a contracté il y a environ dix jours, se complique chez lui d'une balanoposthite avec des ulcérations assez profondes autour du limbe du prépuce et d'un phymosis. La pierre infernale, promenée deux fois sur le gland et le prépuce, amena la guérison de la balanite et des ulcérations ; l'écoulement est plus rebelle au copahu et au cubèbe. Cependant je ne fais faire aucune injection.

» Le 1er janvier 1858, à la suite d'une longue course à pied, le malade éprouve des douleurs dans le testicule, la peau du scrotum devient rouge ; le lendemain le testicule est très-fortement tuméfié. (Sangsues le long du trajet du cordon.) Amélioration sensible. — Le 6 janvier, malgré mes conseils, le malade fait une course assez longue ; le testicule redevient douloureux et gonflé.

» Le 7, je me décide à pratiquer quelques mouchetures sur le scrotum.

» Je fais avec la pointe de la lancette, que j'enfonce d'environ un centimètre, deux piqûres. La première laisse échapper la valeur d'une cuillerée à café de sérosité sanguinolente ; sur la seconde du sang coule en assez grande quantité. Je ne m'en inquiète pas d'abord, pensant que l'hémorrhagie va s'arrêter toute seule ; il n'en est rien ; le sang qui paraissait d'abord s'échapper en nappe, s'écoule bientôt clair et rouge, par un jet saccadé d'environ un millimètre. J'essaye en vain d'arrêter l'hémorrhagie par le perchlorure de fer ; je veux faire une légère compression avec mon doigt, mais aussitôt le malade accuse, dans le testicule et le long du cordon, des douleurs intolérables qui cessent dès que j'interromps cette petite compression. Je tente de saisir l'artère avec les pinces et de la tordre, j'échoue encore. Pendant ce temps, le sang continuait de couler par un jet tout aussi fort et sans aucune interruption, dès que mes manœuvres n'en interceptaient pas le cours. Je me décide alors à passer deux fils sous la peau de manière à saisir un certain paquet dans lequel je pensais que l'artère serait comprise. Après avoir serré les fils, l'hémorrhagie s'arrête immédiatement à l'extérieur ; mais elle dut continuer à l'intérieur, car le lendemain je trouvai le scrotum tuméfié, noir ; une quantité notable de sang s'était épanchée sous la peau et le long du cordon.

» Je ne pourrais dire tout ce que souffrit le malade pendant cette opération ; il accusait dans le testicule, le long du cordon, dans le ventre, des douleurs affreuses, qui lui faisaient pousser malgré sa volonté des cris réellement déchirants ; la scène enfin se termina par une attaque d'hystérie, où rien ne manqua de ce qui caractérise l'attaque d'hystérie chez la femme : agitation, convulsions, grincement de dents, cris étouffés, puis respiration agitée et très-haute, abattement, frissons et froid très-vif surtout aux extrémités, courbature, céphalalgie.

» La nuit suivante fut très-agitée, sans sommeil ; le malade éprouvait de grandes douleurs, non dans le scrotum, mais dans le ventre, qui n'était cependant ni chaud ni douloureux à la pression. Un léger purgatif fit tout cesser. Deux jours après, il ne restait plus rien de toutes ces douleurs si violentes ; le scrotum était toujours gros, noirâtre, ecchymotique, mais le malade ne s'en plaignait aucunement, même quand on le touchait. Après trois jours de repos, des cataplasmes froids arrosés d'eau blanche, et l'usage d'un suspensoir, le patient put se lever ; il ne souffrait plus, mais il était très-faible et très-pâle. On le conduisit à la campagne, et, le 27 janvier, j'ai appris qu'il allait parfaitement bien, que son testicule n'était plus gonflé. »

La quantité de sang perdue par ce jeune homme n'a pas été mesurée, mais M. Montanier croit pouvoir l'évaluer à trois palettes au moins. Il ne faudrait assurément rien induire de ce fait contre la méthode des mouchetures, qui, dans l'immense majorité des cas, comme on vient de le rappeler, est d'une parfaite innocuité. Ce fait est évidemment insolite, exceptionnel, et, c'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de le faire connaître. Il prouve en effet qu'il peut, quoique bien rarement, survenir une hémorrhagie assez grave à la suite d'une simple piqûre du scrotum. La connaissance de cette éventualité devra engager, avant de pratiquer cette petite opération, à prendre quelques précautions, telles, par exemple, que de s'assurer si, par exception, on ne trouverait pas sous la peau une artère d'un certain volume, afin de l'éviter. Cette exploration n'a pu être faite chez ce malade, parce qu'au moment de son départ pour la campagne, le scrotum était toujours très-gros, et qu'une grande quantité de sang se trouvait encore sous la peau. Il serait utile aussi de s'assurer, soit par l'interrogatoire des malades sur leurs antécédents, soit par l'examen de quelques caractères de leur constitution, si l'on n'aurait pas affaire à ces sujets à constitution hémorrhagique, tels que nous en avons fait connaître quelques exemples.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE

qui a régné à Lisbonne pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1857 (1).

(Extrait du travail de M. le docteur Magalhaes Coutinho.)

Marche, durée, terminaison et pronostic. — Que la maladie doive se terminer par la guérison ou par la mort, sa marche est rapide. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on rencontre des cas de convalescence prolongée, et c'est presque toujours parce que des symptômes typhiques ou d'autres accidents sont venus se joindre à la maladie principale. Celle-ci peut se terminer dans une des périodes indiquées ; cependant, il est plus ordinaire de la voir finir dans la première période que dans la seconde. L'observation des urines peut-être devrait conduire à exclure de la statistique relative à l'épidémie tous les cas où l'albuminurie n'aurait pas été observée.

Les trois groupes de symptômes correspondants aux trois périodes décrites ne se présentent point toujours avec les phénomènes indiqués. Ceux qui ne voudront voir la fièvre jaune que dans les cas où existent le *vomito negro*, la couleur jaune de la peau et des hémorrhagies, auront à classer d'une autre manière les cas nombreux où manquent ces phénomènes ; car chez beaucoup d'individus on n'observait ni vomissements noirs, ni hémorrhagies, ni ictère. Ce dernier symptôme, dans quelques cas d'hémorrhagie et de *vomito negro*, s'est montré tardivement ; bon nombre de sujets ne sont devenus jaunes qu'aux approches de la mort, et les exemples n'ont pas été rares où le cadavre seul a présenté cette coloration, qui, d'accord avec les autres altérations, eût levé toute incertitude sur le diagnostic, s'il en eût existé. Ce qui est digne d'être noté dans cette occasion, c'est que l'albuminurie, qui accompagne toujours ces états morbides quand il s'agit de la fièvre jaune, a donné le moyen de faire cesser les doutes.

Dans quelques cas, l'albuminurie a été constatée peu après la première période. Cette circonstance, qui a paru très-exceptionnelle, était pour nous l'avant-coureur d'une terrible attaque de la maladie. L'expérience a démontré en effet que ces cas sont les plus graves, surtout quand l'acide nitrique précipite une grande quantité d'albumine. Lorsque la maladie s'annonce de cette manière, sa marche est plus rapide. Il n'est pas besoin alors d'hémorrhagie, de *vomito negro* ou de symptômes nerveux pour tuer le malade. La mort survient sans ces manifestations. L'empoisonnement du sang paraît être, dans ces cas, énergique et irrémédiable.

Si la maladie s'arrête dans la première période, au cinquième ou au sixième jour, les sujets sont hors de danger ; si elle passe par la seconde et s'y arrête, au dixième jour la guérison est assurée. Cependant on ne doit jamais compter sur le rétablissement tant que les urines précipitent de l'albumine. Lorsque la maladie entre dans la troisième période, et surtout si elle doit se terminer par la mort, le premier septénaire est presque toujours décisif. Des cas foudroyants, nous n'en avons vu aucun ; celui qui a duré le moins de temps a été de dix-huit heures. Les érysipèles qui surviennent aux endroits où l'on a appliqué des sinapismes et des vésicatoires se compliquent quelquefois d'eschares gangréneuses intenses, qui concourent à amener une terminaison fatale. Il est extrêmement difficile de guérir de telles complications. Plus d'un malade y succomba, qu'on pouvait déjà réputer en convalescence. En beaucoup de cas où la terminaison a été heureuse dans la troisième période, on a vu se développer un érythème de la face, qui a duré quelque temps ; d'autres malades se plaignaient, dans la convalescence, d'un prurit incommode sur toute la peau, accompagné de douleur. Un rhumatisme musculaire et fibreux a marqué aussi quelquefois la terminaison de la maladie.

Comme on l'a vu dans l'exposé du tableau symptomatique, hors de la première période il n'y a pas d'état fébrile. La fièvre ne semble pas rigoureusement l'expression symptomatique de la maladie. On l'observe, il est vrai, souvent mais comme épiphénomène et associée à la phlegmasie d'un organe. Quand la convalescence se prolonge, il reste parfois certaines incommodités gastriques de nature entièrement inflammatoire, soit comme conséquence du traitement employé, soit comme souffrance étrangère à cette cause, et pouvant prendre le type intermittent ou rémittent. Mais les phénomènes qui constituent proprement la fièvre jaune ont une marche progressive, toujours dégagée des deux formes précédentes ; on voit aussi quelquefois, outre ces irritations gastriques, des dyspepsies opiniâtres, des vomissements bilieux, qui résistent assez souvent au traitement.

Presque toujours la maladie se déclare au milieu d'une parfaite santé, et sans aucun prodrome appréciable ; mais dans quelques cas on a observé des symptômes généraux, c'est-à-dire du mal de tête, le brisement du corps, de la prostration, des nausées, etc., qui, après avoir persisté quelques jours, aboutissaient à une attaque formelle.

La fièvre jaune est une des maladies les plus insidieuses que le médecin puisse traiter, et une de celles où le pronostic est le plus difficile, principalement quand il doit être établi dans les premières périodes. Des malades qui ont été déjà jugés en convalescence, et à qui le médecin a ordonné de quitter le lit, s'y sont remis peu après pour ne jamais se relever. Ce n'est pas la bénignité des premières périodes qui peut donner la garantie d'une heureuse terminaison. On a vu beaucoup de malades, dans ces circonstances, présenter plus tard les plus terribles symptômes ; de même, on ne peut dire que le *vomito negro* et les hémorrhagies soient sans remèdes, car bon nombre de malades ont triomphé de ces accidents. Quand l'anxiété est grande, quand elle survient après le commencement de la seconde période et continue, s'il y a de fortes rétentions d'urine et des ténesmes, ou si la quantité d'albumine dans les urines va en augmentant, on peut présumer une terminaison fatale. Les contractions et les convulsions éclamptiques sont aussi le présage de la mort.

Les constitutions fortes, les tempéraments sanguins, les personnes jeunes, les hommes de préférence aux femmes, celles-ci de préférence aux enfants, voilà surtout les victimes de l'épidémie. Les personnes qui travaillent au soleil y sont aussi plus exposées. Une enquête qui a porté sur plus de six cents malades, a montré la puissante influence de l'insolation. A ces prédispositions on doit joindre aussi la mauvaise alimentation ; cependant, on a reconnu que cette cause prédispose moins à la maladie régnante qu'elle ne prédisposait au choléra. Ce dont on ne peut douter, c'est que l'excès des boissons alcooliques est extrêmement préjudiciable. L'exposition aux alternatives de température sont aussi des conditions prédisposantes actives. Les affections morales ne sont pas non plus sans influence. Plus d'une fois, la douleur causée par la perte d'une personne de la famille, en a entraîné d'autres après elle.

Il est patent néanmoins qu'une des conditions qu'on ne peut s'empêcher de faire figurer parmi les causes du développement de la maladie, c'est de vivre dans les foyers d'où elle rayonne constamment, et cette cause sera d'autant plus dangereuse qu'on négligera davantage les soins de l'hygiène. Parmi ceux-ci figurent en première ligne la propreté et la ventilation, réglée cependant de manière qu'on n'expose pas un corps chaud et en transpiration à l'action d'une atmosphère humide et froide. L'habitude où plusieurs familles sont d'emprisonner le malade dans une cham-

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 janvier.

bre où l'air se renouvelle avec difficulté, et où l'on conserve les portes et les fenêtres fermées, par crainte des catarrhes, est extrêmement nuisible. Enfin, les précautions propres à désinfecter les habitations ne doivent jamais être oubliées en présence d'une épidémie de fièvre jaune.

Nature de la maladie. — La présence de l'albumine dans les urines porte à supposer une altération radicale du sang sous l'influence d'un agent, ferment, poison, ou tout autre principe qui en altère les propriétés physiques et organiques. L'analyse chimique arrivera peut-être un jour à découvrir cette cause, et avec cette découverte naîtra aussi sans doute une thérapeutique plus profitable....

Anatomie pathologique. — Les altérations qui nous ont paru constantes dans tous les cas où la maladie a été caractérisée comme fièvre jaune par les symptômes et par la marche, et au sujet desquels n'est resté aucun doute dans notre esprit, sont la couleur jaune du foie, les épanchements de sang dans différents organes.

Le foie a été toujours trouvé plus ou moins jaune. Cette couleur ressemble quelquefois à celle de la gomme-gutte, d'autres fois elle est moins foncée. La vésicule biliaire est chez certains sujets pleine de bile noire, qu'on fait facilement refluer par le duodénum.

Cette circonstance nous dispose à croire que le vomissement caractéristique de la maladie est non-seulement constitué par le sang (altéré en partie par la digestion), mais aussi par une grande quantité de bile. Dans quelques cas, la vésicule du foie est entièrement vide. En coupant le foie, sa couleur caractéristique se manifeste mieux. Les vaisseaux qui se distribuent dans le parenchyme de l'organe ne contiennent pas de sang. Il n'en est pas de même des gros troncs veineux, comme les veines porte et cave, qu'on trouve le plus souvent dilatées par le fluide sanguin. L'estomac contient presque toujours un liquide identique à celui qui est expulsé par le vomissement. La muqueuse gastrique s'est présentée bien des fois rouge et injectée, enfin avec tous les caractères des lésions inflammatoires; mais on est forcé d'avouer que dans ces cas la nature de la fièvre semblait participer un peu d'autres altérations. Des lésions analogues à celles de l'estomac s'observent dans l'intestin. Il n'est pas rare de rencontrer une injection de la couche séreuse du tube intestinal, mais sans d'autres signes de péritonite, c'est-à-dire sans épanchements de sérosité et sans pseudo-membranes.

Très-souvent les reins sont fortement hyperémiés; nous avons vu même du sang épanché dans les bassinets. La vessie contient quelquefois du sang mêlé avec de l'urine. Dans tous les cas où il y a eu suppression d'urines, elle est entièrement vide.

On rencontre aussi des épanchements de sang dans les poumons, dans le tissu cellulaire du médiastin, et même au sein des muscles.

Traitement. — Lorsque les malades sont dans la première période et que le pouls est développé, si néanmoins la constitution est forte et robuste, nous n'hésitons pas à pratiquer une saignée générale de 8 onces, que nous répétons une fois ou deux, selon les circonstances. Presque toujours ce moyen nous a paru donner un bon résultat, principalement quand les conditions indiquées étaient bien prononcées.

Plusieurs malades ont été guéris en peu de temps par ce mode de traitement. Le sang extrait de la veine se présente sous forme d'un coagulum noir et rétracté, presque toujours sans couenne inflammatoire. La quantité de sérum est petite, et retenue en grande partie dans le coagulum. Cependant il n'avait pas toujours ces caractères. Parfois nous l'avons vu divisé dans le coagulum et le sérum bien partagés, avec une épaisse couche de couenne inflammatoire. Quand ce caractère existe, on doit moins craindre de répéter la saignée.

Nous avons combattu l'embarras du ventre par le sulfate de soude, la limonade au citrate de magnésie et l'huile de ricin. Au commencement, nous avons donné presque toujours le sulfate de potasse; mais la répugnance que ce médicament inspirait aux malades fut parfois assez forte pour produire le vomissement. Nous l'avons remplacé par le citrate de magnésie; mais cette substance, d'une action peu énergique, produisait trop tard son effet. C'est alors que nous nous sommes arrêté à l'huile de ricin, et il est à remarquer que c'est le purgatif que les malades supportent le mieux. Que si quelque sujet ne peut la tolérer, on recourt à un peu de jalap et au calomel, qui sont de facile application; de plus, nous prescrivons un peu de thé de mélisse ou du thé de l'Inde; nous posons des sinapismes volants et nous défendons l'alimentation.

Voilà le traitement de la première période. Mais si les douleurs du tronc et des membres continuent d'être intenses, nous faisons prendre un bain tiède, qui est répété plusieurs fois dans le même jour ou dans les jours suivants. Les bains tièdes sont dans ces circonstances un agent puissant. Dès que la seconde période se manifeste, nous administrons la décoction de quina et de serpentaire, et la limonade sulfurique; ce traitement est interrompu seulement pour faire purger le malade, dont on entretient d'ailleurs toujours le ventre libre au moyen de la limonade au citrate de magnésie. Si le lumbago persiste encore, nous faisons faire des fomentations avec de la pommade camphrée, et nous prescrivons l'usage fréquent des demi-bains tièdes.

A peine se déclare le *vomito negro* que nous donnons le perchlorure de fer, d'après la formule suivante, par cuillerées d'heure en heure :

Eau distillée.	1 livre.
Perchlorure de fer liquide, d'une densité de 1,250.	1 demi-once.

Mêlez, aromatisez avec de l'eau de cannelle, et édulcorez avec du sirop commun.

C'est le remède par excellence contre les hémorrhagies et le *vomito negro*. Donné de cette manière, il est rare qu'il ne tarisse pas les hémorrhagies. Lorsque le vomissement récidive avec obstination, et que le médicament n'est pas toléré, alors il faut recourir à d'autres moyens.

De tout ce que nous avons employé dans ce même but, rien ne nous a paru valoir mieux que l'application d'un vésicatoire à l'épigastre, et l'emploi de la mixture suivante, donnée par cuillerées :

Eau distillée.	8 onces.
Hydro-cyanure de potassium médicinal.	1 demi-once.
Sucre en poudre.	1 demi-once.

Mêlez.

L'état de souffrance et d'anxiété, et la douleur de l'estomac, qui se manifestent même sans vomissements et sans hémorrhagies, cèdent dans beaucoup de cas à l'application d'un sinapisme à l'épigastre ou de ventouses sèches.

Le vin de Porto, donné par cuillerées et de temps en temps dans l'état de prostration, est un excellent cordial, et très-souvent nous en avons constaté les bons résultats.

Le camphre ou l'éther, le sulfate de quinine, l'ipécacuanha, le calomel, les bains froids, enfin beaucoup d'autres moyens ont été par nous mis en usage, mais d'une manière moins générale, et il nous semble avec des effets plus incertains.

INFLUENCE DU CAFÉ

contre l'étranglement herniaire,

Par M. le Dr Barascut.

La *Gazette des Hôpitaux* du 5 mai 1857 renferme une note de M. le docteur Triger, relative à l'influence du café contre l'étranglement herniaire; le fait suivant me paraît de nature à justifier l'emploi de ce moyen en pareil cas :

La femme V..., du village de R..., porte, depuis une douzaine d'années, une hernie inguinale du côté gauche; jusqu'ici sa présence n'a donné lieu à aucun accident, quoique la malade n'use point de bandage et qu'elle se livre habituellement à des travaux assez pénibles. L'intestin faisait fréquemment saillie, mais la femme V... le faisait rentrer elle-même, et, dans aucun cas, la tumeur n'avait jamais acquis le volume auquel elle est parvenue cette fois-ci.

Le vendredi, 5 du mois courant, la veuve V... aide à charger une charrette qu'elle va elle-même conduire au marché, distant d'une douzaine de kilomètres; pendant le trajet, la hernie sort, mais la malade n'essaye de la faire rentrer qu'à son arrivée à la ville, deux heures environ après le moment de sa sortie : toute tentative fut inutile, et cette femme retourna chez elle, montée sur sa charrette, et n'arriva à son domicile que dix heures à peu près après la production de l'accident. Le trajet fut pénible, mais rien ne fut fait pour calmer les souffrances de la malade, jusqu'à son arrivée chez elle : là elle fut mise dans un bain; on lui administra plusieurs lavements, on lui appliqua des cataplasmes sur la tumeur, la patiente essaya plusieurs fois elle-même le taxis, mais rien n'y fit; loin de là, les accidents augmentèrent, le ventre devint douloureux, des vomissements survinrent, et dès lors on envoya réclamer mon assistance. J'arrivai le samedi, vers les dix heures du matin, à peu près vingt quatre heures après le développement des premiers accidents, et voici ce que j'observai.

La tumeur avait le volume d'un œuf de dinde, elle était dure, rénitente, douloureuse; le ventre était tendu, sensible à la pression; la malade accusait par moment de très-vives coliques; elle a eu de fréquents vomissements d'odeur stercorale : les lavements administrés pendant la nuit n'avaient point amené de matières. Il y avait un état d'anxiété extrême, le pouls était petit et la malade découragée. Je pensai aussitôt à la belladone; mais la pharmacie se trouve éloignée, et il n'y avait pas de temps à perdre. L'article de M. Briquet me vint alors en mémoire, et je fis aussitôt préparer quatre tasses de café qui devaient être prises à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. Après l'ingestion de la première tasse, la malade vomit cinq lombrics, et à la troisième je pus sentir quelques gargouillements dans la tumeur. Je revins au taxis, mais les souffrances horribles qu'éprouvait la malade m'y firent renoncer; je commençais d'ailleurs à avoir grande confiance dans l'effet du café; je fais donner la quatrième tasse et j'ordonne d'en préparer quatre autres; en même temps la malade est mise dans un bain, mais à peine était-elle dans l'eau, que la hernie rentra pour ainsi dire d'elle-même et sous l'influence d'un très-léger effort de réduction opéré par la malade elle-même. Depuis lors les coliques ni les vomissements ne se sont plus reproduits, les selles se sont rétablies, et cette femme se trouve aujourd'hui dans le même état qu'avant son accident.

La dose de café prise par cette malade a été bien minime comparativement à celle conseillée dans l'article de M. le docteur Triger, et cependant l'effet a suivi de tellement près l'action de la cause qu'il me paraît de toute impossibilité de méconnaître là l'influence du café; il est vrai que la réduction a eu lieu dans un bain, et il est possible que certaines personnes attribuent à celui-ci tous les frais de la guérison, mais la malade était à peine dans l'eau quand la hernie a été réduite, et déjà les gargouillements ressentis dans la tumeur avant l'immersion faisaient présager un heureux résultat. D'ailleurs un autre bain avait été administré antérieurement sans résultat, et malgré l'emploi de cataplasmes et de lavements, les symptômes avaient été constamment en s'aggravant. Ce n'a été qu'à partir du moment où l'on a fait usage du café, surtout après l'ingestion de la troisième tasse, que l'amélioration s'est manifestée. C'est pourquoi je n'insiste pas un seul instant à accorder à l'emploi du café tout le bénéfice de la guérison de ma malade.

Dans tous les cas, nul ne disconviendra que le café, dans des cas de cette nature, ne soit un moyen parfaitement innocent, à la portée de tout le monde et généralement accepté avec plaisir; et il n'est personne qui ne veuille essayer de son emploi avant de recourir à une opération fort chanceuse, avant même que de mettre en usage les moyens tels que la belladone, le tabac, etc., préconisés en pareil cas; moyens qui ne sont pas toujours sous la main du médecin, et qui, dans tous les cas, demandent d'être maniés avec une très-grande prudence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 février 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le mal de Pott. — M. GIRALDÈS. Lorsque dans une des dernières séances j'ai entendu M. Broca annoncer que Pott n'avait pas parlé des abcès par congestion, cela m'a surpris. Rentré chez moi, j'ai voulu vérifier l'exactitude de cette assertion. J'ai trouvé, en effet, que Pott n'a rien dit des abcès dans son premier mémoire; mais il en a parlé dans le second. Il ne s'en est pas occupé, il est vrai, d'une manière spéciale; mais enfin il en a parlé à la page 290 de l'édition d'Earle, dans la 15e proposition. Il a décrit en quelques lignes le trajet de ces abcès, et il a même ajouté, proposition 17 : « que contrairement à l'opinion générale, la carie des vertèbres est plutôt la » cause que la conséquence de ces abcès. » Je n'insiste pas plus longtemps sur ce point, sachant que M. Bouvier se propose d'y revenir tout à l'heure.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis heureux de l'affirmation de M. Giraldès, surtout si elle est exacte; car cette idée, que Pott eût décrit un mal vertébral sans abcès, me gênait singulièrement. Quant à moi, je ne connais qu'une seule espèce de mal vertébral, et je l'ai toujours vue accompagnée d'abcès. Si Pott avait écrit sur le mal vertébral sans parler des abcès, je ne comprendrais plus rien à son mémoire.

Cela posé, je dois dire que j'ai vu un cas fort curieux et fort embarrassant, lorsque je faisais le service aux Enfants-Trouvés. Un très-jeune enfant atteint de gibbosité succomba, et à l'autopsie je trouvai à la place d'une vertèbre une cavité spacieuse, régulière, circonscrite par une membrane épaisse et lisse, et renfermant un liquide transparent, semblable à du mucus. Il n'y avait aucun débris osseux, aucune trace de carie, aucune trace de pus. Je me demande, et je demande à mes collègues de quelle nature était cette singulière affection?

On a discuté ici sur la question du repos et du mouvement dans le traitement du mal de Pott. Il y a des distinctions à établir sans doute, d'après l'état général des sujets; mais le plus souvent le traitement doit être subordonné à l'état de la lésion locale. J'ai vu dans le service de Sanson, un boulanger atteint d'abcès par congestion iléo-fémorale. Un jour, sa colonne vertébrale, jusqu'alors peu ou point déformée, s'affaissa brusquement, et la mort suivit de près cet accident. A l'autopsie, nous trouvâmes que quatre corps de vertèbres de la région lombaire étaient détruits; quelques jetées osseuses périphériques qui soutenaient naguère la colonne vertébrale s'étaient fracturées, et cette fracture avait été la cause prochaine de la mort. Si le malade eût gardé le repos au lit, il eût pu guérir, et en tous cas il eût vécu plus longtemps. Pour me résumer, je dirai :

1° Qu'il n'y a qu'une seule espèce de mal vertébral;

2° Que l'immobilité horizontale est ordinairement préférable au mouvement.

M. GOSSELIN. M. Bouvier nous a fourni sur l'histoire du traitement par l'immobilité et par l'extension des documents fort intéressants; mais je dois rappeler que M. Gillebert d'Hercourt ne s'est pas donné comme l'inventeur de cette méthode, puisqu'il a cité quelques-uns de ses devanciers. M. Bouvier n'a fait que compléter cet historique.

J'ai fait remarquer, dans mon rapport, qu'il y avait dans la science et dans la pratique une lacune fâcheuse sur la distinction des cas et des conditions où il faut traiter les malades par l'immobilité horizontale. Sur ce point, M. Bouvier n'a pas été aussi explicite que je l'aurais désiré; et après avoir entendu sa lecture, je ne sais s'il est partisan ou adversaire du repos prolongé. Je le prie donc de nous dire avec plus de précision quels sont les cas où, suivant lui, il faut y avoir recours.

M. MARJOLIN. Je sais que dans le mal vertébral il y a souvent des abcès qui nous échappent à cause de leur petitesse et de leur profondeur. Je sais encore que certains abcès peuvent se résorber entièrement; mais, malgré ces deux circonstances, sur lesquelles quelques personnes se sont basées pour soutenir qu'il n'y a pas de mal vertébral sans abcès, je persiste à dire que dans beaucoup de cas l'abcès fait entièrement défaut. Cela est très-commun lorsque le mal vertébral occupe la région cervicale, et ici la disposition des parties est telle qu'un abcès même assez petit serait facile à reconnaître. J'ai actuellement sous les yeux trois cas de ce genre, savoir :

1° Une jeune fille de quatorze ans, qui a quitté l'hôpital il y a quelques jours parfaitement guérie, mais conservant une gibbosité considérable des vertèbres cervicales;

2° Un garçon du même âge, atteint de la même maladie et de la même difformité, et chez lequel la guérison est presque achevée;

3° Enfin, un troisième enfant moins avancé vers la guérison, mais exempt d'abcès jusqu'à ce jour, quoique l'altération des vertèbres soit profonde et étendue. D'après mon expérience, je me crois autorisé à dire que le plus souvent le mal vertébral de la région cervicale ne se complique pas d'abcès par congestion.

M. Bouvier a rejeté les cautères; je ne suis pas de son avis. Certes,

il y aurait inconvénient à épuiser les malades par une suppuration trop abondante, surtout lorsqu'il existe déjà un abcès. Mais lorsqu'il n'y a pas d'abcès, de petits cautères promenés autour de la gibbosité, entretenus pendant quelques semaines et renouvelés de temps à autre, m'ont paru exercer une action très-favorable sur l'altération osseuse. En outre, j'ai déjà eu l'occasion de dire que ce moyen a l'avantage de faire un peu souffrir les petits malades, de les effrayer, et de les éloigner de l'habitude de la masturbation. Les anciens, quoi qu'on en dise, avaient raison d'attribuer à la masturbation une action spéciale sur la colonne vertébrale ; presque tous les enfants atteints du mal de Pott se livrent à l'onanisme avec une sorte de fureur.

M. Gosselin disait à ce propos, il y a quelques jours, que ce vice ne se développe que vers l'âge de douze ans ; c'est une erreur : les plus jeunes n'en sont pas exempts. Nous voyons cela dans les hôpitaux d'enfants ; nous le voyons même quelquefois, chose presque incroyable, sur des enfants encore à la mamelle. Dernièrement, un petit garçon de cinq à six ans, grandement adonné à la masturbation, a cru varier ses plaisirs en se liant la verge ; mais il n'a pas su enlever le fil, qui a coupé les téguments. Ce malheureux enfant est mort maintenant ; il s'est masturbé littéralement jusqu'au dernier jour. A côté de lui était couché un autre moribond de trois ans, qui se masturbait continuellement. Ces passions précoces s'observent surtout chez les enfants atteints du mal de Pott, et il me paraît démontré que la masturbation agit spécialement sur la colonne vertébrale.

M. CLOQUET. Les abcès symptomatiques du mal vertébral restent souvent occultes, et il ne faudrait pas invoquer ces cas, qui sont nombreux, pour prouver que le mal de Pott peut exister sans abcès. Lorsque les malades succombent, on trouve sur les côtés de la colonne vertébrale de petits kystes à parois épaisses, et renfermant une matière dense, comme caséeuse. C'est du pus rendu concret par une résorption partielle. La résorption peut même s'effectuer sur des abcès volumineux. J'ai soigné un enfant de neuf ans, atteint de gibbosité et de paralysie par suite d'une altération des dernières vertèbres dorsales. Au bout de peu de temps, je vis paraître sur le côté gauche de la région lombaire une collection fluctuante, qui s'accrut et devint considérable. J'administrai un traitement iodé ; plusieurs cautères furent appliqués sur les côtés de la gibbosité ; insensiblement la paralysie se dissipa, la tumeur s'affaissa, la fluctuation disparut, et finalement ce vaste abcès se résorba d'une manière complète. Je connaissais déjà plusieurs faits du même genre, présentés il y a environ quarante ans par Larrey à la Société de la Faculté de médecine. Quatre ou cinq jeunes soldats, affectés du mal de Pott et d'abcès par congestion, avec ou sans gibbosité, furent montrés à la Société avant et après le traitement, et nous pûmes constater que les abcès s'étaient résorbés. L'une de ces collections, située dans la région lombaire, était grosse comme la tête d'un enfant. Larrey attribuait ces guérisons remarquables aux moxas qu'il appliquait en grand nombre au voisinage de la gibbosité, et je considère ce traitement comme très-bon.

M. LARREY. Mon père était effectivement grand partisan des moxas, des cautères, et de la cautérisation par le fer rouge. Mais de plus il tenait autant que possible ses malades dans l'immobilité horizontale. Il a eu de nombreuses occasions d'appliquer ce traitement, car le mal de Pott est très-commun chez les jeunes soldats ; il y en a habituellement plusieurs cas au Val-de-Grâce. Le mal de Pott chez les hommes de cet âge se complique rarement de paralysie ; tantôt il y a simple incurvation vertébrale sans abcès appréciable, tantôt abcès sans gibbosité, tantôt enfin abcès et gibbosité à la fois. J'ai obtenu des améliorations et des guérisons ; la curabilité de quelques-unes des formes de cette affection me paraît donc bien démontrée.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce que vient de dire M. Cloquet me rappelle un cas de résorption partielle fort remarquable que j'ai vu dans le service de M. Lenoir. A l'autopsie d'un malade atteint de mal vertébral, nous trouvâmes derrière le sternum une masse caséeuse enkystée qui communiquait avec les vertèbres dorsales altérées, au moyen d'un conduit très-long et très-étroit. C'était un abcès par congestion, qui avait suivi un trajet fort insolite et qui s'était presque entièrement résorbé. Si l'autopsie n'avait pas été faite, ce cas aurait certainement passé pour un exemple de mal vertébral sans abcès.

Je regrette que personne encore ne m'ait donné les éclaircissements que j'ai demandés tout à l'heure sur le kyste plein de mucus que j'ai trouvé à la place d'une vertèbre chez un enfant atteint de gibbosité. J'invite de nouveau mes collègues à me dire ce qu'ils pensent de ce fait. Pour ma part, j'ai vu sur les côtes et sur les phalanges de petites érosions superficielles qui ne s'accompagnaient d'aucune sécrétion purulente, mais la destruction d'un corps de vertèbre tout entier sans suppuration me semble une chose fort extraordinaire.

M. HUGUIER. La carie s'accompagne presque inévitablement de suppuration ; mais la carie syphilitique fait quelquefois exception à cette règle, surtout lorsqu'elle occupe les os du crâne. A l'autopsie des individus atteints de vérole constitutionnelle, j'ai trouvé plusieurs fois le crâne érodé, carié, aminci, presque troué en certains points, sans aucune trace de suppuration. J'ai vu également une lésion de ce genre sur le tibia. Ce n'est pas ainsi, toutefois, que je m'explique la formation des gibbosités sans suppuration des vertèbres. On trouve souvent les os de la main et du pied extrêmement raréfiés, ramollis, et cédant à la moindre pression, quoiqu'il n'y ait dans leur intérieur aucune suppuration. Une pareille lésion située dans le corps d'une vertèbre suffirait parfaitement pour permettre l'affaissement de la colonne vertébrale et la production d'une gibbosité sans abcès. Ainsi, tout en reconnaissant qu'ordinairement le mal de Pott est accompagné d'abcès plus ou moins appréciable, j'admets qu'il peut y avoir des cas où la gibbosité se produit sans suppuration.

M. GIRALDÈS. Je repousse l'opinion de M. Huguier comme entièrement hypothétique. Notre collègue invoque l'exemple des os du pied et de la main, qui peuvent se ramollir sans suppuration ; mais a-t-il vu ce ramollissement sur les orteils ? Y a-t-il trouvé ces fongosités qui remplissent les excavations des os du corps et du torse ramollis par l'ostéite raréfiante ? Si cela était, il nous l'eût dit certainement. Il ne nous a donc donné qu'une hypothèse sans preuve. Il est bien plus simple d'expliquer par la résorption du pus les cas où la gibbosité existe sans abcès. J'ai remis à M. Larrey, pour le musée du Val-de-Grâce, une pièce qui démontre cette résorption. La destruction de trois vertèbres avait produit une gibbosité postérieure considérable ; dans l'angle rentrant de cette gibbosité se trouvaient d'épaisses et solides productions fibreuses, au centre desquelles je découvris une poche assez étendue, pleine de séquestres et de détritus osseux, sans aucune trace de pus. Il est très-certain que c'était le résultat d'une nécrose, et que cette nécrose avait dû autrefois produire du pus ; mais celui-ci s'était entièrement resserré, et sans les séquestres qui n'avaient pu disparaître de la même manière, on aurait pu croire que la gibbosité s'était formée sans suppuration.

M. HUGUIER. M. Giraldès refuse d'admettre le ramollissement des vertèbres, parce que je ne l'ai pas vu ; et m'accuse de faire une hypothèse. Mais il raisonne comme moi par analogie, lorsqu'il admet que le mal vertébral s'accompagne toujours de suppuration. Quel est, en effet, le fait de pratique sur lequel il s'appuie ? C'est un cas précisément où il n'a pas trouvé la moindre trace de pus.

Mais puisqu'il demande des faits cliniques, je puis lui en citer, car j'ai actuellement dans ma clientèle trois enfants atteints du mal de Pott déjà ancien et sans abcès. Personne d'ailleurs n'ignore que très-souvent, chez les enfants de douze à quinze ans, les paralysies avec gibbosité guérissent sans suppuration appréciable. Dirons-nous que chez eux il y a des abcès qui se résorbent ? Mais alors pourquoi ces prétendus abcès qu'on ne voit pas guérissent-ils si souvent ; tandis que ceux qu'on voit ne se résorbent presque jamais ? J'admets donc qu'il y a une espèce de mal vertébral qui peut produire des gibbosités sans suppuration.

M. GIRALDÈS. Je ferai remarquer à M. Huguier que son raisonnement par analogie diffère tout à fait de celui qu'il me reproche. S'il avait vu des vertèbres raréfiées, ramollies et remplies de fongosités sans suppuration sur des colonnes vertébrales non déformées, il pourrait dire avec quelque fondement, qu'une pareille lésion est capable de faire naître une gibbosité. Mais cette lésion, il ne l'a pas vue. — Moi, au contraire, dans le cas dont j'ai parlé, j'ai vu les séquestres. Or, tout séquestre suppose une suppuration antérieure, donc il y a eu suppuration. Si M. Huguier possède des cas de nécrose sans abcès, qu'il se hâte de les publier ; il ajoutera un nouveau chapitre à l'histoire de cette affection des os.

M. CLOQUET. Le cas cité par M. Giraldès me rappelle une pièce que j'ai déposée dans le musée de la Faculté. Une nécrose avait détruit le corps des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Il n'y avait cependant aucune déviation de l'épine. Un étui osseux, épais et solide, cylindrique, ou plutôt légèrement fusiforme, était formé autour des quatre corps vertébraux nécrosés et maintenait à la fois la rectitude et la solidité du rachis. La cavité de cet étui osseux renfermait, outre les séquestres flottants, une notable quantité de pus qui communiquait, à travers plusieurs grands cloaques, avec les abcès extérieurs.

M. BOUVIER. Je me propose de lire tout à l'heure à la Société un nouveau travail sur le sujet qui nous occupe ; mais auparavant je désire répondre quelques mots à M. Gosselin. Il est vrai que je n'ai pas développé ici mes idées sur la question du repos et du mouvement ; c'est parce que cette question m'a paru suffisamment résolue par les orateurs qui m'ont précédé, notamment par M. Voillemier. Comme lui je reconnais les grands avantages de l'immobilité, et je pense qu'il faut y avoir recours tant qu'il n'y a pas d'indication contraire.

Voici, sur la question de l'immobilité, deux passages de Brodie qui sont dignes d'attention : « Je ne saurais croire, dit cet auteur, qu'il y » ait quelqu'un qui puisse nier la prudence de l'immobilité horizontale, » et qu'on puisse même se refuser à en reconnaître l'absolue nécessité. » (*Malad. des articulations*, trad. L. Marchand, 1819, p. 217.) » — Un peu plus loin, après avoir critiqué les appareils à extension, il ajoute : « Si l'appareil est employé purement pour soutenir la colonne » vertébrale et pour supporter le poids de la tête, il ne sera pas sujet » aux mêmes objections que s'il eût été appliqué dans d'autres vues... » Certainement cet appareil ne remplacera jamais la position horizontale ; mais, ou je suis bien dans l'erreur, ou je l'ai jugé utile, lorsque » le malade entre en convalescence et que les circonstances ont voulu » qu'il pût demeurer assis une partie de la journée. (*Loc. cit.*, p. 219.) »

Ainsi Brodie lui-même, quoique partisan déclaré de l'immobilité, reconnaît que dans certains cas et en prenant certaines précautions, il est utile de faire lever les malades.

Et en effet, dans le mal vertébral il y a deux indications opposées. D'une part, l'état local des vertèbres réclame l'immobilité ; d'une autre part, l'état du sujet réclame le mouvement. Ce sont les conditions propres à chaque malade qui, à un moment donné, font prédominer l'une ou l'autre indication.

Si on connaissait exactement l'état des vertèbres malades et le plus ou moins de solidité du rachis, on n'aurait pas d'indécision dans le traitement ; mais ce point de diagnostic est malheureusement très-obscur dans beaucoup de cas. Toutefois, il y a des malades que la station assise ou debout fatigue, qui sentent leur colonne fléchir sous le poids du corps, et qui ont en quelque sorte conscience du peu de solidité des vertèbres lésées ; ceux-là devront rester dans l'immobilité horizontale. Si l'exploration directe de la gibbosité montrait en ce point une mobilité anormale, le repos serait bien plus indispensable encore.

L'indication contraire est fournie par l'état général. Il y a des enfants que le repos continuel épuise ; ils perdent l'appétit, le sommeil, les forces ; ils s'ennuient, ils s'étiolent, et paraissent en danger de mort. Alors, il faut bien se décider à les faire lever un peu. Avant d'en venir là, il est bon d'essayer de conjurer autrement le danger ; on cherche à leur procurer dans leur lit des jeux, des distractions. Mais le plus souvent on n'y réussit pas.

Relativement à la question de l'extension, je ne crois pas que M. Gosselin ait répondu à l'objection de M. Houel. Comme ce dernier, je n'admets la possibilité de la consolidation par soudure des corps vertébraux que lorsque ces corps sont tenus en contact. M. Gosselin, au contraire, admet qu'un léger écartement n'empêche pas cette soudure, et que l'extension graduelle peut faire déposer dans le foyer une sorte de cal intermédiaire. Je lui demande de préciser les faits sur lesquels il se base pour admettre cette opinion, et je lui citerai à ce propos une autre phrase de Brodie : « Autant que je sache, dit cet auteur » (*loc. cit.*, p. 221), je ne crois pas qu'il existe dans les cabinets d'a» natomie de pièce qui prouve qu'un nouvel os ait remplacé le vide » laissé par une vertèbre cariée. »

M. GOSSELIN. J'avais été amené, en répondant aux objections de M. Chassaignac sur l'emploi du phosphate de chaux, à comparer la consolidation de la colonne vertébrale à celle des fractures, et à rappeler qu'il se faisait à la suite du mal vertébral un travail de réparation périphérique et intervertébral. J'avais dit que dans les cas où l'affaissement était opéré, et où les portions restantes des vertèbres se mettaient en contact, elles se soudaient au moyen d'une substance osseuse intermédiaire. J'ai donc insisté surtout sur cette fusion possible ; mais je n'ai pas été jusqu'à dire qu'une portion considérable, et par conséquent un corps de vertèbre, se fût jamais reproduit. J'ai dit seulement que je comprenais, sans en avoir, bien entendu, la preuve matérielle, la possibilité d'une soudure plus épaisse qu'à l'ordinaire, si une extension lente et graduée venait à être faite pendant que le travail de consolidation intervertébrale s'établissait.

— Après ces explications réciproques de MM. Bouvier et Gosselin, **M. BOUVIER** donne lecture d'un discours que le défaut d'espace nous empêche de donner ici.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Corps étranger des fosses nasales. — M. LEGOUEST présente un corps étranger retiré des fosses nasales d'un soldat, qui, dans une rixe avec un charpentier, avait été blessé à la face par un de ces gros crayons de bois dont se servent les ouvriers. Cet instrument carré et presque aussi gros que le doigt avait été poussé avec une telle force que, pénétrant dans les tissus comme un poignard, il avait perforé la paroi latérale gauche du nez, et s'était brisé dans les fosses nasales, où un fragment long de près de 6 centimètres était resté implanté. La plaie extérieure s'était promptement cicatrisée. L'extraction a été assez laborieuse. M. Legouest l'a exécutée sans débridement, en faisant pénétrer les instruments à travers la narine gauche.

M. CLOQUET cite un cas analogue de Béclard. Un coup de parapluie ayant perforé la joue et défoncé le sinus maxillaire, l'embout, consistant en un tube de cuivre aussi gros et aussi long que le doigt, resta implanté dans ce sinus. La peau s'était rétractée et masquait les bords du tube, dont la cavité fut prise pendant quelque temps pour la cavité même du sinus. On chercha même à dilater l'ouverture avec des mèches. La couleur du pus, verdie par les sels de cuivre, éveilla des soupçons ; on reconnut le corps étranger, et on en pratiqua l'extraction.

M. GIRALDÈS cite un cas de Fabrice de Hilden tellement semblable au précédent qu'on pourrait les confondre, si le corps étranger dans ce cas n'eût été constitué par le tube de cuivre qui termine les fourreaux d'épée.

MM. BROCA, LARREY et LEGOUEST ont vu chacun un exemple de balle arrêtée ou enkystée dans les fosses nasales.

Exstrophie de la vessie. — M. VÉDRENNE, médecin de la garde impériale, présente en son nom et au nom de M. Lhoste, médecin à Montfort-l'Amaury, un cas d'exstrophie de la vessie. Cette pièce provient d'un enfant mâle, qui n'a vécu que quelques semaines ; une dissection minutieuse a permis d'étudier la disposition exacte de toutes les parties de l'appareil génito-urinaire.

A l'hypogastre et entre les pubis existe une tumeur marronnée, brunâtre, formée par la procidence de la paroi postérieure de la vessie. Sa circonférence se continue sans ligne de démarcation avec la peau de la paroi antérieure de l'abdomen. Le pénis se présente sous la forme d'une demi-gouttière formée par la division longitudinale de la paroi supérieure de l'urètre. Le prépuce, fendu également en haut, est pendant au-dessous du gland. Le frein est très-distinct, ainsi que le raphé médian du scrotum. Des soies de sanglier ont été engagées avant toute dissection dans les orifices des uretères et des conduits éjaculateurs.

Les deux pubis sont écartés de plus de 3 centimètres, ainsi que les deux muscles droits qui s'y insèrent. Au surplus, les uretères, les canaux déférents, les vésicules séminales, les testicules, les tuniques vaginales, les enveloppes des bourses, les corps caverneux, présentent une disposition normale. Les tuniques vaginales ne communiquent plus avec le péritoine. Les reins sont en place, et sont peut-être un peu plus gros que d'habitude ; mais la différence, si elle existe, est peu prononcée.

M. CLOQUET a vu sur un garçon de treize ans une exstrophie vésicale, qu'il a déposée dans le musée de la Faculté. Contrairement à ce qui a lieu dans le cas actuel, et malgré l'âge déjà avancé du sujet, les deux testicules étaient encore contenus dans le ventre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

☞ Toutes les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées sont maintenant prêtes. Nos confrères peuvent donc les faire prendre dès à présent dans nos bureaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique de pathologie générale, médicale et chirurgicale, par M. J. N. Beyran, médecin de l'ambassade de Turquie à Paris. Ire partie. Un volume in-8°. Paris, Germer-Baillière, éditeur.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 MARS 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

« Dans mes expériences sur les os, dit M. Flourens, j'ai vu des os entiers périr et se reproduire. Je détruis le périoste interne d'un os. Cet os meurt ; mais le périoste externe qui n'a point été lésé survit, et me redonne bientôt tout un os nouveau et tout semblable à celui qui était d'abord. »

« Toute une chirurgie nouvelle peut naître de ces expériences physiologiques. Que d'amputations, que de mutilations pourront être prévenues ! Toutes les fois qu'une portion d'os est cariée, ôtez cette portion d'os en conservant le périoste : le périoste conservé rendra la portion d'os enlevée. Toutes les fois qu'un os sera carié, ôtez cet os tout entier en conservant le périoste : le périoste conservé rendra l'os. »

Et plus loin : « Cette chirurgie est née. Guidé par mes expériences, M. Blandin enleva, sur une malade, une clavicule cariée, en conservant avec soin le périoste. Au bout de quinze mois, la malade vint revoir son chirurgien avec une clavicule nouvelle (1). »

Malgré le brillant résultat obtenu par Blandin, on ne cite qu'un petit nombre de chirurgiens en France qui aient imité depuis cette conduite, bien que personne cependant ne mette en doute l'immense avantage qu'il y aurait à le faire dans un grand nombre de circonstances.

A quoi tient cette sorte d'abandon d'une des plus précieuses ressources que l'art ait empruntées à la physiologie expérimentale, et d'où vient que les applications de « cette chirurgie nouvelle » n'ont pas encore pris rang dans la pratique usuelle, ou qu'elles sont restées dans des limites aussi restreintes ? — C'est ce dont M. Sédillot s'est attaché à rechercher la cause dans une communication qu'il a faite à l'Académie dans la dernière séance. Cet abandon tient, suivant lui, aux difficultés et aux dangers très-réels des procédés d'exécution. « La dissection du périoste et l'ablation de l'os subjacent, dit-il, sont des opérations hérissées d'obstacles, lorsqu'on les transporte à l'homme vivant. On ne peut détacher le périoste sans le soumettre à des violences graves, par tractions, pressions, déchirures, arrachements, ligatures, et il en résulte des inflammations suppuratives, des ulcérations, des gangrènes, des phlegmons diffus, des pyoémies, des infections putrides fort redoutables, » etc.

Cependant il ne serait pas exact de dire que l'indication formulée par M. Flourens serait restée jusqu'à présent à peu près stérile pour les chirurgiens. Dans la même année où a paru la *Théorie expérimentale de la formation des os*, en 1847, un chirurgien italien, M. le chevalier Bernardin Larghi, chirurgien en chef du grand hôpital de Verceil, publiait un mémoire sous ce titre : Mémoire sur l'extraction sous-périostée et la reproduction des os, et sur l'extraction sous-périostée des côtes en particulier. L'auteur s'attachait dans ce travail à faire ressortir l'importance de la conservation du périoste dans les résections, s'élève avec force contre la pratique de la plupart des chirurgiens qui, au lieu de n'enlever que la partie osseuse en conservant sa matière, le périoste, organe régénérateur de la substance osseuse, enlevaient l'os dans sa totalité, c'est-à-dire la matière osseuse et le périoste ; et il expose une méthode opératoire ayant pour double objet et pour double avantage, suivant lui, de rendre l'extraction des os plus facile, beaucoup moins grave et dangereuse, et de seconder le travail naturel de réorganisation.

A l'appui de cette méthode, M. Larghi rapporte qu'il a fait en 1845, à l'hôpital de Verceil, l'extraction de la partie osseuse de deux côtes droites, la huitième et la neuvième, à un jeune garçon d'une constitution très-délicate, qui guérit ; qu'il a enlevé la presque totalité de l'humérus droit à un autre malade, toujours en conservant le périoste (il sortit de l'hôpital pouvant exercer des mouvements d'élévation du bras) ; emporté, chez un troisième malade, une partie de l'os iliaque du côté droit ; enlevé, chez un autre, la portion inférieure du cubitus ; chez plusieurs, la portion solide de la première phalange de l'orteil. Enfin M. Larghi raconte avoir opéré, la même année, dans le même hôpital, un jeune garçon de douze ans affecté d'un abcès et de carie au centre de la huitième et de la neuvième côtes droites, et chez lequel il retira deux pouces de la portion moyenne des huitième et neuvième côtes. L'extraction de la huitième côte achevée, il éprouva, dit-il, un vif sentiment de joie en voyant les muscles conservés dans leur intégrité, et le périoste rapproché et refermé sur les vaisseaux et nerfs intercostaux également intacts, au lieu de trouver ces parties détruites, comme elles l'eussent été par l'ancien procédé. L'idée lui vint alors d'extraire de la même manière la septième côte, qui était altérée aussi, ce qui fut fait avec le même succès.

Malheureusement l'énoncé beaucoup trop bref de ces observations ne permet pas d'en apprécier la valeur au point de vue du résultat.

Quoi qu'il en soit, M. Sédillot, dans le but d'éviter les inconvénients et les dangers qu'il a signalés, a adopté un procédé différent de ceux qui avaient été mis en usage jusqu'ici, et qui réalise, suivant lui, d'une manière simple et facile l'indication posée par M. Flourens, de reproduire l'os par le périoste conservé. La note qu'il a communiquée à l'Académie a pour objet la description de ce procédé, qui consiste à évider l'os de manière à ne laisser intacte que la couche extérieure et corticale. On trouvera cette description dans le compte rendu de la séance, ainsi que l'énoncé des opérations pratiquées d'après ce procédé.

On trouvera également dans le compte rendu le résumé de trois communications qui offrent à des titres divers un égal intérêt : l'une, de M. J. Béclard, relativement à l'influence de la lumière sur les animaux ; la seconde, de M. Landouzy, qui a pour objet de démontrer expérimentalement l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie faciale ; et la troisième, de M. Billod, sur le ramollissement de la substance blanche dans une partie de la moelle épinière des aliénés pellagreux.

Dr Brochin.

(1) *De la vie et de l'intelligence*, par M. P. Flourens. 1 vol. in-12. Paris, 1858. Chez Garnier frères.
Et *Théorie expérimentale de la formation des os*, par le même. Paris, 1842 et 1847.

Nous avons à enregistrer aujourd'hui la perte d'un honorable confrère bien connu de nos lecteurs, et par le nom deux fois illustre qu'il a reçu en héritage, et par ses propres travaux, qui auraient suffi, sans cet heureux privilége, pour le soustraire à l'obscurité. M. Ant.-Laur.-Jessé Bayle, neveu de H.-L. Bayle que ses travaux en anatomie pathologique ont placé au premier rang des médecins de ce siècle, et arrière-neveu de l'auteur du *Dictionnaire historique*, vient de succomber à une courte maladie à l'âge de 59 ans. M. Bayle a débuté en 1822 d'une manière brillante dans la carrière médicale, par sa dissertation inaugurale sur la *méningite chronique primitive*. Dans ce remarquable travail, il faisait connaître une maladie restée jusqu'alors inconnue, bien que, d'après les dernières statistiques, elle atteigne chaque année plus de dix mille individus en France ; nous voulons parler de la paralysie générale des aliénés. Depuis cette époque, poursuivant ses recherches sur le même sujet, il a publié successivement, en 1825, un mémoire intitulé : *Nouvelle doctrine des maladies mentales* ; en 1826 le *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, ouvrage couronné par l'Académie des sciences, et en 1854 un mémoire *sur la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale*.

M. Bayle a publié en outre, de 1828 à 1837 un recueil de mémoires sur le traitement des maladies, sous le titre de *Bibliothèque de thérapeutique*. *L'Encyclopédie des sciences médicales*, qui a eu une si notable influence sur la direction des études médicales, a été publiée sous sa direction.

Il était l'auteur du petit *Traité élémentaire d'anatomie* qui, depuis plus de trente ans, est entre les mains de tous les étudiants, et qui en est aujourd'hui à sa 6e édition.

Enfin, sans parler d'un grand nombre de mémoires sur les différentes branches de la médecine, insérés dans la *Revue médicale*, dont il a été longtemps un des principaux rédacteurs, M. Bayle a résumé en quelque sorte tous ses travaux dans deux ouvrages récents qui portent plus particulièrement le cachet des doctrines qu'il a toujours cherché à faire prévaloir. Ce sont : le mémoire qu'il a lu en 1855 à l'Académie de médecine *sur un signe général des altérations du sang dans les maladies*, et les *Eléments de pathologie médicale* ou *Précis de médecine*

FEUILLETON.

De la voix chez les poissons. — La houille artificielle. — Présence du mercure dans le sous-sol de Montpellier.

Notre très-honorable rédacteur en chef signalait dans un des derniers numéros de la *Gazette* un sujet fort intéressant qui a été l'objet d'une communication à l'Académie des sciences. Nous voulons parler du son produit par certains poissons, et qu'on a décoré du nom de *voix*.

Quoique déjà connus d'Aristote et signalés par d'illustres naturalistes nos contemporains, par Cuvier entre autres, comme le sujet des plus intéressantes recherches physiologiques, les sons produits par les poissons n'ont été jusqu'à présent l'objet d'aucune étude assez étendue ni assez approfondie pour fournir des preuves convaincantes, d'une part, de l'authenticité de leur formation dans certains cas, d'autre part, du mécanisme de leur production. Cependant ces phénomènes sont d'une importance incontestable, et de plus leur attrait ne pouvait que grandir lorsque l'anatomie aurait révélé chez les poissons les organes qui produisaient les bruits connus sous le nom de voix des poissons.

C'est le travail que M. le docteur Dufossé s'est proposé de résoudre, et nous allons voir les résultats remplis d'intérêt auxquels il est arrivé.

Sa première remarque porte sur le sexe du poisson. On connaît le proverbe : *Muet comme un poisson*. La sagesse des nations est ici en défaut ; car les mâles des individus composant les espèces Ophidium barbatum de Cuvier et Ophidium vassali de Risso ont seuls un appareil vésico-aérien propre à donner naissance à des sons, appareil dans la composition duquel il y a, selon l'espèce, un ou deux os mobiles. C'est la femelle qui est muette ; elle ne possède qu'une vessie aérienne simple, dépourvue d'osselet mobile, de muscles constricteurs, ou de tout organe qui la mettrait en état de rendre des sons.

Ces différences anatomiques impliquent la découverte de relations acoustiques existant entre les mâles et les femelles de deux espèces d'Acanthoptérygiens. Elles font pressentir que des rapports de même nature permettent à certains poissons de communiquer de loin à leurs congénères, si ce n'est à d'autres individus de leur classe, leurs intentions instinctives, et présagent la possibilité d'appliquer à la pêche et à la pisciculture des manœuvres analogues à celles dont se servent les chasseurs d'oiseaux pour augmenter leur butin.

Pour le moment, nous allons poser en principe quelques distinctions préliminaires entre les différents sons que peuvent former les poissons, et faire connaître le sommaire d'une première partie des recherches de notre confrère.

Pour échapper à la confusion qui a régné jusqu'à ce jour dans la science, à l'égard des phénomènes dont nous nous occupons, il est indispensable de les partager en deux catégories ; on range dans la première les bruits multipliés presque à l'infini qu'une foule de poissons font entendre lorsqu'après les avoir retirés de l'eau, on les laisse mourir hors de ce liquide. Essentiellement dépourvus de caractère intentionnel, ces premiers bruits sont accidentels, fugaces, irréguliers, engendrés tantôt par une partie de l'organisme, tantôt par une autre, et peuvent être presque toujours rapportés à des mouvements convulsifs.

Ils constituent les *sons anormaux*.

On peut placer dans la seconde catégorie les manifestations acoustiques qui, bien mieux que celles de la première, méritent l'attention des naturalistes. On peut les définir par les qualités suivantes : elles sont volontaires, constantes, régulières, toujours formées par les mêmes organes, se reproduisent dans des circonstances analogues, et peuvent servir à caractériser l'espèce.

On désignera ces manifestations par le nom de *sons normaux* ou *caractéristiques*.

Les sons normaux n'ont pas tous le même principe. Ils présentent aussi d'autres dissemblances qui seront examinées plus tard et serviront à les classer. M. Dufossé ne les considère en ce moment que sous le rapport du mécanisme organique qui préside à leur production, et par conséquent il se borne à les diviser préliminairement en deux sections : la première section comprend les sons normaux dont le mécanisme producteur est le plus simple : ils sont formés par le frottement plus ou moins intense des os pharyngiens supérieurs sur les inférieurs, et sur les aspérités voisines de ces derniers os. La seconde section réunira tous les sons normaux qui sont évidemment produits

théorique et pratique écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique.

M. Bayle était agrégé libre et ancien bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'ordre du Sauveur.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Nos lecteurs se rappellent l'affaire de M. le docteur Andreux, de Bar-le-Duc. Cet honorable confrère était appelant d'un jugement de première instance qui l'a débouté d'une demande d'honoraires pour services médicaux rendus par lui, pendant l'épidémie de choléra, à la réquisition du maire de cette ville.

La cour de cassation, à la censure de laquelle ce jugement a été déféré, a rendu l'arrêt dont la teneur suit :

La cour,

Sur les deux moyens du pourvoi;

Vu l'art. 1999 du Code civil;

Attendu qu'il résulte des faits constatés par le jugement attaqué qu'Eugène Andreux, requis par le maire de Bar-le-Duc de donner ses secours aux malades atteints du choléra dans la circonscription à lui assignée, a obtempéré à cette réquisition;

Qu'il devait dès lors, et par cela seul, recevoir un salaire pour les soins par lui donnés;

Que nul ne peut être tenu, en l'absence de toute disposition de la loi, de faire gratuitement le sacrifice de son temps, de son travail ou de son industrie, même à l'intérêt public ou communal;

Qu'aucune disposition de la loi n'a exigé ce sacrifice dans le cas de calamités publiques;

Que l'appel fait à tout individu exerçant une profession salariée pour obtenir de lui un acte de cette profession, suppose nécessairement et implique la promesse et l'obligation de lui en payer le salaire;

Que dans les faits de la cause, le maire de Bar-le-Duc, agissant en vertu de la loi des 16 et 24 août 1790, pour arrêter dans ses progrès un fléau calamiteux répandu dans la commune confiée à son administration, exerçait l'un des pouvoirs attribués par cette loi à l'autorité municipale;

Qu'avant tout, et indépendamment de l'influence utile que les mesures par lui prises pouvaient avoir dans l'intérêt général, ces mesures avaient pour but l'intérêt de la ville de Bar et la conservation de ses habitants;

D'où il suit que la dépense à faire pour leur accomplissement et pour le payement des salaires et indemnités auxquels elles pouvaient donner lieu, était éminemment une dépense communale et devait être à la charge de la ville;

Et attendu que le jugement attaqué a décidé, au contraire, qu'il n'était dû aucune indemnité à Eugène Andreux pour les secours par lui donnés comme médecin, sur la réquisition du maire de Bar-le-Duc aux malades atteints par le choléra;

Qu'en jugeant ainsi, il a violé l'article précité du Code civil;

Casse.

Dans son audience de vendredi dernier, la cour de cassation a jugé en audience solennelle :

Que les médecins homœopathes n'ont pas le droit de distribuer des médicaments homœopathiques, quand même ils les auraient fait venir des pharmaciens de première classe, lorsque cette distribution a lieu dans une commune où il existe des pharmaciens ayant officines ouvertes, et qu'ils ne refusent pas de préparer ces médicaments.

Voici, on se le rappelle, dans quelles circonstances la question s'est élevée :

Le docteur Moreau, médecin homœopathe à Angoulême, ayant distribué à ses malades des globules homœopathiques qu'il faisait venir d'une pharmacie de Paris, les pharmaciens d'Angoulême ont vu dans cette distribution une violation des dispositions de la loi du 21 germinal an XI, qui établit le monopole de la pharmacie, et ils ont poursuivi le docteur Moreau.

Leur action fut rejetée par le tribunal d'Angoulême et par la cour de Bordeaux; mais la cour de cassation, chambre criminelle, cassa l'arrêt de cette cour par arrêt en date du 6 février 1857.

L'affaire ayant été renvoyée devant la cour de Poitiers, cette cour rendit un arrêt conforme à celui de la cour de Bordeaux. C'est par suite de cet arrêt que la cause revenait devant les chambres réunies de la cour de cassation.

La cour, présidée par M. le premier président Troplong, après avoir entendu le rapport de M. le conseiller Quenoble, les plaidoiries de Me Béchard pour les demandeurs et de Me Hérold pour le défendeur, et les conclusions de M. le procureur général Dupin, a, conformément à ces conclusions, cassé l'arrêt de la cour impériale de Poitiers.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du sevrage et de ses rapports avec le choléra infantile.

Les enfants, au moment du sevrage, sont sujets à une maladie particulière, caractérisée par des troubles intestinaux graves, que nous désignons sous le nom de *choléra infantile ;* les Américains l'appelaient *summer disease* (maladie d'été), parce qu'en effet elle se montre plus particulièrement en cette saison.

Ce choléra infantile est essentiellement différent du choléra-morbus, qui se déclare parfois chez les jeunes sujets.

D'une part, l'influence saisonnière qui lui a valu, en Amérique, sa dénomination de maladie d'été, paraît être la seule cause générale, la seule, en dehors de l'individu, qui agisse sur sa production. En dehors de cette influence, le choléra des enfants a été observé en tous temps, en tous lieux, dans toutes les années ; le choléra-morbus, au contraire, a fait son apparition seulement à certaines époques, en toute saison ; il ne s'est montré, surtout en Europe, que depuis quelques années.

D'autre part, le choléra-morbus asiatique a ses allures particulières, aussi bien chez les enfants que chez les adultes; chez les uns comme chez les autres, nous savons le distinguer du choléra nostras. Si celui-ci se rapproche assez de celui-là par des symptômes communs pour que la confusion soit possible; cependant, dans l'aspect du malade, dans l'apparence des tissus, dans la température de la peau, dans l'ensemble des phénomènes généraux, il se trouve quelque chose qui permet d'établir des différences.

C'est qu'il en est de ces deux maladies comparées ensemble comme de beaucoup d'autres, comme, par exemple, de la grippe comparée à la bronchite, au simple rhume ; comme de la dysenterie comparée à la colite aiguë. Ces différentes affections présentent entre elles des analogies ; elles présentent des dissemblances plus grandes encore. Lorsqu'elles sont épidémiques, un quelque chose de particulier les domine, la spécificité y joue un rôle capital ; elles diffèrent, épidémiques et sporadiques, par des caractères si bien tranchés, si bien définis, qu'il est impossible de les méconnaître.

Ainsi, pour revenir aux exemples que nous avons pris, la bronchite simple, le rhume, c'est, d'ordinaire du moins, une affection bénigne, passagère ; mais que cette bronchite survienne sous l'influence d'une cause qui nous échappe, qu'elle règne épidémiquement, elle revêt alors un caractère tout autre de gravité et de ténacité. Qui ne sait combien, dans les différentes épidémies de grippe, l'intensité du mal, la faiblesse consécutive, la violence du mouvement fébrile, des douleurs de gorge et de poitrine, en un mot, tous les accidents généraux ressemblent peu aux accidents généraux de la bronchite? En raison de cette dissemblance portant non-seulement sur ces accidents, mais encore sur certains phénomènes locaux, personne ne peut confondre les deux affections, qui changent de nom suivant qu'on a affaire au simple rhume ou à la grippe.

De la même façon, la colite aiguë s'appelle dysenterie lorsqu'elle sévit à la manière des épidémies. C'est qu'alors aussi la maladie n'est véritablement plus la même : ses symptômes sont différents ; sa gravité est bien autrement plus grande. Si, dans l'une et dans l'autre, il y a inflammation du gros intestin, avec sécrétions glaireuses et sanglantes, dans la colite ces troubles intestinaux sont passagers, les douleurs, le ténesme qui les accompagnent sont peu considérables. Dans la dysenterie, l'inflammation portée à un plus haut degré produit, en beaucoup de cas, la mortification plus ou moins partielle de l'intestin, les phénomènes généraux sont plus violents encore, alors même que la lésion locale n'est pas suffisante pour en expliquer la manifestation.

En un mot, si la grippe et la dysenterie sont des inflammations, ces inflammations, tout en appartenant au même genre nosologique que la bronchite et la colite, en diffèrent autant qu'en histoire naturelle une espèce végétale ou animale diffère d'une autre espèce appartenant à la même famille et au même genre.

Il en est ainsi du choléra-morbus, comparé au choléra-nostras. Lorsqu'on lit la description que Sydenham nous a laissée de cette dernière maladie, celle qu'on trouve dans les auteurs du commencement de ce siècle, lorsqu'on se remet en mémoire les symptômes observés chez les individus qui en étaient frappés, avant l'épidémie de 1832, on s'accorde à reconnaître combien ces symptômes diffèrent de ceux du choléra-morbus asiatique, qui, pour la première fois, dans l'année que je viens de rappeler, sévit si cruellement sur Paris, qui depuis, réapparaissant à diverses époques, a exercé ses ravages sur toute la France et sur le monde entier.

C'est au moment du sevrage que les enfants sont sujets à la maladie dont il doit être ici question.

Déjà, en traitant des maladies intestinales du jeune âge, j'ai eu l'occasion de dire que c'était à cette époque que survenaient chez les enfants les troubles graves du tube digestif : il est bon de revenir sur ce point. Pendant l'allaitement, tant que les enfants restent soumis à l'alimentation naturelle et normale que la nourrice leur fournit, ils ont généralement peu à redouter des accidents du côté de l'intestin ; mais quand on les sèvre mal à propos, alors même qu'ils sont arrivés à l'âge de quatorze, quinze ou seize mois, quand on les sèvre sans prendre certaines précautions que je vais indiquer, il survient souvent des troubles intestinaux qui sont à leur tour l'occasion du développement du choléra infantile.

Un mot *sur le sevrage* trouve naturellement ici sa place : les dents, chez les enfants, sortent par groupes : un premier groupe, composé des deux incisives inférieures médianes ; un deuxième, des quatre incisives, les médianes d'abord, les latérales ensuite; un troisième groupe comprend six dents, les quatre premières molaires, les incisives latérales inférieures; un quatrième, composé de quatre canines; le cinquième, enfin, comprend les quatre secondes molaires.

Or, entre l'évolution complète d'un de ces groupes et le moment de l'apparition de celui qui va suivre, il y a un temps d'arrêt, un moment de repos dans ce travail plus ou moins laborieux de la dentition; ce temps dure six semaines, deux, trois, et quelquefois quatre mois. Or, c'est ce moment de repos qu'il faut choisir pour effectuer le sevrage. Si des raisons pressantes de santé pour la mère qui allaite, si des considérations de fortune et de situation ne permettant pas de conserver une nourrice, forçaient de sevrer l'enfant de bonne heure, il faut attendre que les deux premières dents soient sorties; si celles du second groupe ont commencé à paraître, il faut attendre l'évolution des autres; de même il faut attendre la sortie des six dents du troisième groupe si, au moment où l'on veut opérer le sevrage, les premières dents de ce groupe ont commencé leur évolution. Il faut attendre que l'enfant ait ses douze dents; de même relativement aux canines; mais, bien entendu, la règle tombe d'elle-même quand il s'agit des quatre dernières molaires, puisque celles-ci n'apparaissent que vers l'âge de trente-quatre ou trente-cinq mois, et qu'à cette époque un enfant est toujours sevré.

Cette marche de la dentition est importante à connaître. En général, vers huit à neuf mois, les deux premières dents sont sorties; à douze ou treize mois, le second groupe a effectué son évolution ; les six autres dents sont faites vers seize, dix-sept ou dix-huit mois ; les quatre canines à vingt-deux, vingt-trois ou vingt-quatre mois. L'enfant a alors seize dents. En thèse générale, c'est alors seulement que, dans mon opinion, l'enfant doit être sevré. Il faut attendre la sortie des canines, dont le travail donne surtout lieu aux accidents. Mais comme, en beaucoup de circonstances, l'allaitement ne peut être prolongé aussi longtemps, pour les raisons que j'ai données plus haut, il faut attendre que l'enfant ait ses douze dents, huit incisives et quatre premières

---

par un mécanisme différent de celui qui vient d'être décrit, et par d'autres organes que ceux mentionnés ci-dessus.

Des sons de la première section. — M. le docteur Dufossé choisit pour type des sons dont il s'agit ici, ceux que forme un des poissons les plus communs dans les eaux de tout le littoral de la France, et dont pourtant aucun auteur n'avait signalé la faculté remarquable, le saurel (*Trachurus*, Valen., le maquereau bâtard des halles de Paris, sévéreau des Provençaux.)

Les principales expériences faites sur les Scombéroïdes de cette espèce, et les résultats de ces expériences peuvent être résumés ainsi :

Sans tirer un saurel de l'eau de mer, il n'est pas difficile de le faire passer du filet de pêche dans un vase rempli du même liquide et de le conserver ainsi vivant et vigoureux pendant plus de six heures, pourvu qu'au moyen d'un courant constant on renouvelle l'eau dans laquelle il est immergé. Il est aisé de s'assurer qu'il peut rester durant tout ce temps sans émettre le moindre son.

Si l'on saisit, à l'aide d'une pince, par un de ses appendices natatoires, un sévéreau pendant qu'il nage tranquillement, il ne paraît nullement effrayé; il fait en avant des élans de plus en plus violents, jusqu'à ce qu'on ait lâché prise ou qu'il ait brisé et laissé entre les mors de l'instrument les parties qui y sont serrées, puis il se remet à nager tranquillement, sans avoir fait entendre le son le plus léger. Il n'en est plus de même quand, au lieu de le saisir par une de ses nageoires, on le prend par le corps, ne serait-ce que tout à fait en arrière, près de la queue : alors il semble être très-effarouché, il cesse subitement toute tentative de fuite, et commence à produire un son qu'il continue et renouvelle par intervalle, durant quelques instants. Il importe de remarquer que l'on peut plusieurs fois de suite répéter ces deux expériences sur le même sujet, et que tant qu'il conserve sa vigueur normale, on aura beau entraver son mouvement de progression en pinçant une de ses nageoires, il restera silencieux ; mais dès qu'on arrêtera son mouvement en le tenant par le corps, il recommencera à bruire.

En examinant attentivement un sévéreau depuis longtemps plongé dans l'eau, on constate que pendant qu'il émet des sons il ne rejette pas la plus petite bulle de gaz, soit par la bouche, soit par une autre ouverture naturelle, et qu'il ne vient pas non plus à la surface de l'eau avaler la moindre quantité d'air atmosphérique.

L'oreille tant soit peu exercée reconnaît tout de suite que les sons intermittents ou prolongés formés par les *maquereaux bâtards*, dans diverses circonstances, sont tous composés d'une ou de plusieurs émissions sonores, courtes, stridentes, rudes, sans souplesse, sans moelleux; elles commencent et finissent brusquement sans traîner. Du reste, chez les sévéreaux adultes, ces sons ont assez d'intensité pour être entendus à plus d'un mètre de distance.

Dans certains cas on peut, pendant qu'un saurel est en train de bruire avec persistance, percer de plusieurs ouvertures sa vessie aérienne, les principales parties de son tube digestif, sans anéantir ou même modifier les sons qu'il a le pouvoir de former.

Après avoir tiré de l'eau un saurel plein de vie et de force, qu'on lui entr'ouvre la bouche de façon à mettre en vue, sans les séparer complétement les uns des autres, les os pharyngiens d'une part, et de l'autre une partie de l'entrée de l'œsophage, s'il a conservé toute sa vigueur, le poisson ne tardera pas à bruire; on observera alors que chaque fois qu'il attirera brusquement en arrière et en bas ses os pharyngiens supérieurs, ils frotteront sur les inférieurs et sur les aspérités voisines, et au même instant l'oreille percevra une émission sonore. On constatera de plus que l'œsophage ne prend aucune part à la production du son.

Tels sont les premiers résultats déjà obtenus par M. Dufossé. L'étude de la voix du poisson présente un assez grand intérêt pour qu'on souhaite de le voir continuer une étude dont la première partie renferme des faits nouveaux et bien observés. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces travaux.

— M. Baroulier vient d'imaginer un appareil au moyen duquel il peut exposer des matières végétales enveloppées d'argile humide et fortement comprimées à des températures longtemps soutenues, comprises entre 200 et 300 degrés.

Cet appareil, sans être absolument clos, met obstacle à l'échappement des gaz ou des vapeurs, de sorte que la décomposition des matières organiques s'opère dans un milieu saturé d'humidité, sous une pression qui s'oppose à la dissociation de leurs éléments.

En plaçant dans ces conditions de la sciure de bois de diverses natures, l'auteur a obtenu des produits dont l'aspect et toutes les proprié-

molaires, car alors il a ordinairement deux mois devant lui avant de commencer le travail des canines ; pendant ce temps, le tube digestif se repose de la fatigue qu'il éprouve toujours pendant sa dentition, et le sevrage s'opère avec plus de sécurité.

Ce fait est essentiel à retenir ; le sevrage ne doit pas se faire avec un almanach ; ce n'est ni à un an, ni à quinze mois qu'on doit fixer la limite de l'allaitement. La règle à suivre est déterminée par le travail des dents. Combien d'enfants n'ai-je pas vu mourir victimes de ce sevrage prématuré ! Ceci dit, j'arrive au *choléra infantile*. Dr L. BLONDEAU.

AVORTEMENT APRÈS DES INHALATIONS DE CHLOROFORME,

Par M. le docteur ROBINSON.

Quelques accoucheurs ont appelé l'attention sur les inconvénients que présentent les inhalations du chloroforme pendant la grossesse, et surtout chez les femmes prédisposées à l'avortement. M. Robinson a rapporté dernièrement, dans un journal de médecine américain, un fait qui prouve qu'en effet il faut apporter une grande prudence quand il s'agit d'anesthésier des femmes enceintes. Une personne de trente-cinq ans, qui, il y a quatre ans, avait avorté à la suite d'une chute au troisième mois, mais qui, il y a deux ans, avait donné le jour à un enfant à terme, fut prise dans le cinquième mois de sa troisième grossesse de violents maux de dents. En vue de les calmer, elle se soumit à l'inhalation d'une certaine quantité de chloroforme, qui fut versé sur un linge, ce qui la mit dans une demi-anesthésie qui se prolongea pendant environ une demi-heure. Peu de temps après elle ressentit des douleurs utérines, qui, après une durée de quelques heures, amenèrent l'enfant. (*Ann. médic. de la Flandre occ.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er mars 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

M. FLOURENS annonce, d'après une nouvelle reçue par M. Valenciennes, la perte que vient de faire l'Académie dans la personne de M. Temminck, un de ses correspondants pour la section d'anatomie et de zoologie, décédé à Leyde le 6 février dernier.

— M. MILNE-EDWARDS présente à l'Académie la première partie du IIIe volume de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*. Cette livraison est consacrée à l'étude de la circulation du sang.

Evidement des os. — M. SÉDILLOT adresse une note sur l'évidement des os comme moyen d'en conserver les formes et les fonctions, et d'éviter les amputations. L'auteur, après avoir exposé les inconvénients et les dangers attachés aux procédés ordinaires de résection avec conservation du périoste, s'exprime en ces termes :

Dans le but d'éviter ces inconvénients et ces dangers, nous avons depuis longtemps adopté un autre procédé, qui réalise d'une manière simple et facile l'indication si nettement posée par M. Flourens, de reproduire l'os par le périoste conservé. Il suffit d'évider les os et d'en laisser intacte la couche extérieure ou corticale. Cette couche est absorbée plus tard et remplacée par un nouvel os qui acquiert chaque jour plus de volume et de force, et représente les formes régulières de l'ancien os, puisque le périoste n'a pas été atteint ni modifié ; les accidents sont nuls ou très-légers, et les fonctions du membre ne sont même pas compromises.

Voici le procédé que nous suivons :

Une première incision est pratiquée sur toute la longueur de l'os malade à la partie la plus superficielle du membre et la plus éloignée des gros troncs vasculaires et nerveux. Deux autres incisions, comprenant le cinquième environ de la circonférence du membre, tombent à angle droit sur les extrémités de la première, et servent à former deux lambeaux latéraux. Ceux-ci, renversés de chaque côté, doivent contenir la portion du périoste subjacente. L'os ainsi mis à nu est immédiatement attaqué avec la gouge, le ciseau et le maillet. On emploie la gouge pour l'évidement, et le ciseau pour la section des ponts osseux et pour la régularisation des bords de la plaie. On pénètre dans le canal médullaire, on le creuse, on l'évide, on le régularise, et on réduit l'os à une sorte de coque mince, que l'on remplit de charpie ; la plaie des parties molles est pansée à plat.

Les avantages de ce procédé sont aisés à concevoir. Le périoste reste intact et n'est nullement déformé. L'opération est d'une exécution facile ; l'hémorrhagie n'est pas à redouter, les vaisseaux ouverts étant accessibles et liés sur-le-champ ; la surface osseuse conservée peut être cautérisée ou tamponnée selon les indications. Les attaches musculaires ne souffrent pas ; la plaie restant béante ne retient ni le plasma, ni la sérosité, ni le pus, et ces liquides trouvent toujours une issue libre et ne se vicient pas. L'inflammation ne saurait s'étendre au membre et ne dépasse pas les surfaces traumatiques. Les lymphites, les phlegmons diffus, les pyoémies, les infections putrides, ne sont pas à craindre ; la plaie reste simple et marche sans accidents vers la guérison.

L'évidement des os est applicable aux hyperostoses suppurées et souvent compliquées de nombreuses fistules communiquant avec le canal médullaire ; aux ostéites condensantes et raréfiantes, comme les nommait Gerdy ; aux caries entretenues par des séquestres ou d'autres corps étrangers ; à certaines tumeurs blanches dépendant d'une altération des os, et nous sommes même persuadé que l'évidement des extrémités du fémur et du tibia dans les arthrites graves du genou l'emporterait beaucoup sur la résection de cette jointure et sur l'amputation de la cuisse.

Jusqu'à ce jour, nous ne comptons ni accidents ni insuccès dans l'emploi de l'évidement des os, et, sans énumérer tous les faits tirés de notre pratique en faveur de ce procédé, nous nous bornerons à citer nos derniers opérés, dont les trois quarts sont encore sous nos yeux, et qui témoignent hautement des avantages de l'évidement auquel ils doivent la conservation de leurs membres et peut-être la vie.

OBS. I. — Hyperostose suppurée de toute la hauteur du tibia depuis l'extrémité fémorale jusqu'à l'extrémité tarsienne ; nombreuses fistules communiquant avec le canal médullaire. Trois ans d'invasion. Jeune homme de quatorze ans, nommé Hovillers de Bischeim. L'amputation de la cuisse a été plusieurs fois proposée, et était considérée comme l'unique ressource du malade. Evidement de toute la longueur de l'os le 26 décembre 1855. Guérison complète.

OBS. II. — Hyperostose du tiers inférieur du tibia, datant de cinq ans ; fistules nombreuses communiquant avec le canal médullaire ; suppuration abondante. Jeune homme de dix-sept ans, nommé Berras. Opération par évidement le 8 décembre 1857. La guérison est presque complète à la fin de février 1858, et tous les usages du membre sont rétablis.

OBS. III. — Ostéite et carie de l'extrémité inférieure du tibia gauche ; sept trajets fistuleux communiquant avec le canal médullaire ; articulation tibio-tarsienne gonflée et douloureuse ; cinq mois d'invasion. Le malade, âgé de dix huit ans, a été envoyé à la clinique pour y subir l'amputation de la jambe. Opération par évidement le 12 janvier 1858. Guérison très-avancée à la fin du mois suivant, sans aucun accident.

OBS. IV. — Ostéite avec fistules et hyperostose entretenue depuis dix-neuf ans par un séquestre de la moitié inférieure de la cuisse ; suppuration de l'articulation du genou, qui est largement ouverte, avec érosion de la rotule et du fémur. Le malade, âgé de trente-neuf ans, a été envoyé à la clinique pour y subir l'amputation de la cuisse. Opération par évidement le 6 février 1858. La plaie de l'os a 22 centimètres de longueur. Aucun accident. Le malade peut se lever et marcher avec des béquilles quinze jours plus tard, et le temps achèvera sa guérison. La fistule du genou est déjà fermée.

Influence de la lumière sur les animaux. — M. J. BÉCLARD présente un mémoire dans lequel il expose les résultats des expériences qu'il a faites depuis plusieurs années relativement à l'influence de la lumière blanche et aussi à l'influence non encore étudiée des divers rayons colorés du spectre sur les principales fonctions de nutrition. Voici quelques-uns des résultats les plus importants de ces recherches :

I. La nutrition et le développement des animaux qui n'ont ni poumons ni branchies et qui respirent par la peau, paraissent éprouver, sous l'influence des divers rayons colorés du spectre, des modifications très-remarquables. Des œufs de mouche (*Musca carnaria*, Linn.), pris dans un même groupe et placés en même temps sous des cloches diversement colorées, donnent tous naissance à des vers. Mais si au bout de quatre ou cinq jours on compare les vers éclos sous les cloches, on remarque que leur développement est très-différent. Les vers les plus développés correspondent au rayon violet et au rayon bleu. Les vers éclos dans le rayon vert sont les moins développés.

Entre les vers développés dans le rayon violet et ceux développés dans le rayon vert (sont compris entre ces deux rayons, le bleu, le rouge, le jaune et le blanc), il y a une différence de plus du triple quant à la grosseur et à la longueur.

II. Ce premier résultat a conduit l'auteur à examiner la fonction de la respiration, dont les produits peuvent être recueillis et dosés.

Une longue série d'expériences sur les oiseaux lui a montré que la quantité d'acide carbonique formée par la respiration, en un temps donné, n'est pas sensiblement modifiée par les diverses cloches colorées sous lesquelles on les place. Il en est de même pour les petits mammifères tels que les souris.

III. Lorsqu'on examine l'influence des divers rayons colorés du spectre sur les grenouilles, qui ont la peau nue et dont la respiration cutanée est énergique, on peut constater des faits remarquables. Dans le rayon vert, un même poids de grenouilles produit dans un même temps une quantité d'acide carbonique plus considérable que dans le rayon rouge. La différence peut être de plus de moitié : elle est généralement d'un tiers ou d'un quart en sus. (Les expériences n'ont encore porté que sur ces deux rayons.)

IV. La peau de l'animal paraît avoir une influence déterminante sur les résultats précédents. Un certain nombre de grenouilles placées sous une cloche verte et un égal nombre sous une cloche rouge, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures la quantité d'acide carbonique produite sera en excès chez les grenouilles placées sous le rayon vert. Si l'on enlève aux grenouilles leur peau, et qu'on les replace dans les mêmes conditions, le résultat changera : la quantité d'acide carbonique produite par les grenouilles dépouillées sera plus considérable dans le rayon rouge que dans le rayon vert.

V. L'influence des rayons colorés du spectre sur les proportions d'acide carbonique exhalé en un temps donné par un animal vivant se continue pendant quelque temps sur l'animal mort et cesse aussitôt que la putréfaction commence, c'est-à-dire après la disparition de la rigidité cadavérique.

VI. Enfin, dans l'obscurité (à température et à poids égal) les grenouilles perdent par évaporation une quantité d'eau moitié moindre ou d'un tiers moindre qu'à la lumière blanche (lumière diffuse ordinaire). Dans le rayon violet la quantité d'eau perdue par l'animal en un temps donné est sensiblement la même qu'à la lumière blanche. (Commissaires, MM. Becquerel, Moquin-Tandon et Cl. Bernard.)

Effets de l'électrisation sur l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie faciale. — M. LANDOUZY présente sur ce sujet une note (1) dans laquelle il s'exprime en ces termes :

J'ai fait part à l'Académie, il y a quelques années, d'un fait qui est entré aujourd'hui dans le domaine de l'observation générale : à savoir que, dans la paralysie faciale indépendante de lésion cérébrale, l'ouïe est notablement exaltée, au lieu d'être diminuée comme l'enseignaient tous les traités de pathologie. Entre autres déductions pratiques, qui découlaient de ces nouvelles données, se trouvait le diagnostic différentiel des lésions du cerveau, du nerf auditif, du nerf facial, du nerf moteur tympanique. En effet, si l'ouïe est diminuée dans l'hémiplégie faciale, il y a lésion cérébrale ou lésion du nerf auditif ; si elle est augmentée, il y a simple paralysie du nerf facial ou du nerf moteur tympanique ; si elle reste la même, il y a paralysie du nerf facial seul, sans paralysie du nerf intermédiaire.

Bien que j'aie envisagé cette question plutôt sous le point de vue clinique que sous le point de vue physiologique, je devais cependant chercher à vérifier par des expériences directes l'explication que j'avais donnée de ces phénomènes. En d'autres termes, il s'agissait de prouver par la voie expérimentale que l'exaltation de l'ouïe dépend, dans l'hémiplégie faciale, de la paralysie du muscle interne du marteau. Or j'ai pu reproduire, il y a plusieurs années, ce problème de la manière la plus catégorique.

Un jeune homme de vingt ans était venu me consulter pour une paralysie faciale qu'il avait gagnée le matin même, en se promenant, au sortir d'un bal, et par un vent frais, au bord de la rivière. L'exaltation de l'ouïe était portée au plus haut point, et la détonation d'un pistolet produisait une sensation très-douloureuse dans l'oreille du côté paralysé, sans en produire du côté sain. L'électrisation étant pratiquée à l'aide de la machine électro-magnétique de Breton ; tous les muscles paralysés entraient en contraction. Tant que la pile était en activité, les coups de pistolet ne produisaient aucune impression douloureuse, et

(1) La note de M. Landouzy, présentée à la séance du 15 février, a été mentionnée dans le *Compte rendu* de cette séance ; mais, par suite d'un malentendu, elle l'a été d'une manière très-incomplète. Nous reprenons ici, du texte supprimé, la partie nécessaire pour donner une idée de l'objet principal de la communication, c'est-à-dire des effets du galvanisme sur l'exaltation de l'ouïe. (Note du *Compte rendu*.)

tés rappellent tantôt les houilles brillantes, tantôt les houilles ternes. Ces différences tiennent d'ailleurs soit aux conditions de l'expérience, soit à la nature même du bois employé, de sorte qu'elles paraissent expliquer la formation des houilles striées ou composées d'une succession de veinules alternativement éclatantes et mates.

Des tiges et des feuilles de plantes couchées entre les lits d'argile laissent dans les mêmes circonstances un enduit charbonneux et des empreintes tout à fait comparables à celles des schistes houillers.

— Au commencement de cette année, M. de Rouville attirait de nouveau l'attention de l'Académie des sciences sur l'existence du mercure dans le sous-sol de Montpellier, au centre même de la ville, sur la place de la Halle aux poissons. Déjà, en 1760, l'abbé Sauvages, et après lui Amoreux, Gouan, Gensaume et Poitevin, avaient signalé la présence de ce métal. Enfin, en 1830, M. Marcel de Serres et M. Leymérie avaient fait à la même Académie des communications sur ce sujet.

En 1803, Poitevin disait : « Nous devons remarquer comme une circonstance singulière que la ville de Montpellier est bâtie sur une mine de mercure vierge. »

Les fondations d'une nouvelle halle auprès de l'ancienne ont mis à découvert une couche métallique qui avait échappé jusqu'ici aux observateurs. C'est un poudingue à gros fragments calcaires avec parties siliceuses, assez solidement cimenté, dont la teinte rubigineuse rappelle le terrain erratique des environs de Montpellier, et dont les bancs sont en contact avec des assises de marnes blanchâtres, d'origine lacustre. Ces marnes, qui sous le palais de justice de Montpellier ont fourni à M. Gervais une dent de *semnopithecus monspessulanus*, et que M. de Rouville ne considère que comme un accident lacustre dans les sables marins rapportés généralement à la période pliocène, présentent dans leur partie supérieure des lits épais de galets incohérents et des blocs de conglomérats noyés dans leur masse, dont les éléments sont identiques avec ceux du poudingue métallifère.

Le mercure natif, qu'on n'avait été encore signalé que dans les marnes et dans les sables, se trouve dans le poudingue en quantité considérable à l'état de globules plus ou moins volumineux adhérents aux galets et pénétrant la masse. Quelquefois ils sont concentrés à l'état de globules microscopiques dans de petites cavités qui rappellent assez bien les géodes calcédoniennes du calcaire de Saint-Ouen. M. Marcel de Serres a cité dans les marnes blanchâtres la présence du mercure chloruré. Ce savant s'est ému de la découverte de Montpellier ; et a aussi étudié le gisement de mercure qui fait l'objet de la communication de M. de Rouville. Il n'a pu y trouver le calomel, mais seulement le mercure natif en gouttelettes extrêmement fines, et en si grand nombre que l'on peut dire sans exagération qu'elles y sont par myriades. On les voit s'écouler de toutes parts, pour peu que l'on frappe les roches où elles sont disséminées.

Maintenant, comment expliquer ce gisement de mercure natif dans une couche aussi récente, loin de tout centre igné et sans le moindre vestige de cinabre ? Le mercure natif proviendrait-il d'une réduction de mercure chloruré signalé par M. Marcel de Serres, ou bien y a-t-il été formé par sublimation ? Cette question mérite d'être livrée à la méditation des chimistes. Dr E. RENAUD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire d'hygiène militaire, par M. S. ROSSIGNOL (de Gaillac), médecin-major au 9e dragons. Un fort volume in-8o de 510 pages. Paris, 1857 ; prix, 7 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Essai sur l'épidémie de variole et de varioloïde qui a régné à Dunkerque (Nord) en 1848 et 1849 ; par M. le docteur ZANDYCK, ancien chirurgien militaire, etc. Mémoire honoré en 1851 d'une médaille d'or par l'Académie de médecine de Paris. Brochure in-8o de 68 pages. — Roulers (Belgique), chez les éditeurs des *Annales médicales de la Flandre occidentale*. — A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté.

Études sur l'albuminurie, considérations de physiologie pathologique fondées sur l'observation clinique ; par M. LUTON, interne des hôpitaux. In-8o de 52 pages. Prix : 75 c. Paris, chez Adrien de Lahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

la sensation sonore n'était pas perçue plus vivement d'un côté que de l'autre ; mais si le circuit électrique étant interrompu, une détonation se faisait entendre, aussitôt le patient portait vivement la main à l'oreille paralysée, et se plaignait d'un retentissement douloureux dans cette région.

J'ai répété à diverses reprises cette expérience en présence des élèves et de plusieurs confrères, et constamment les résultats ont été des plus catégoriques. En effet, l'électricité remplace ici l'influx nerveux. Tant que le tympan se trouve dominé par le muscle électrisé, les sons restent modérés par le fait même de la tension de la membrane; dès que l'électrisation cesse, la membrane se trouvant dans l'état de relâchement, les vibrations deviennent plus fortes et l'ouïe s'exalte.

L'expérimentation directe prouve donc ce que les inductions pathologiques devaient faire supposer, que l'exaltation de l'ouïe est due à la paralysie du muscle interne du marteau. Ce résultat nouveau, joint aux observations que j'ai faites ou reçues depuis ma communication à l'Académie, confirme d'ailleurs les conclusions (1) de mon premier travail.

Ramollissement de la substance blanche dans une partie de la moelle épinière des aliénés pellagreux. — M. E. BILLOD adresse sous ce titre une note dont voici un extrait :

Ayant eu occasion de pratiquer l'autopsie de quelques aliénés pellagreux à l'asile de Sainte-Gemmes (asile départemental des aliénés de Maine-et-Loire), j'ai été frappé de ce fait, que la substance blanche de la moelle épinière, mais de la moelle épinière seulement, présentait un ramollissement ordinairement général, mais paraissant cependant beaucoup plus marqué au niveau des onzième et des douzième vertèbres dorsales, où nous l'avons vu quelquefois porté jusqu'à la liquéfaction. La substance grise n'offrait, dans ces cas, aucune trace d'une altération semblable ni d'aucune autre. Ce fait confirme, je dois le dire, le résultat des cinq autopsies faites par M. Brierre de Boismont, en 1829, dans le grand hôpital de Milan.

Les aliénés de Sainte-Gemmes, qui ont offert ce ramollissement de la substance blanche de la moelle, ont succombé aux suites de la cachexie pellagreuse. Ils présentaient, il est vrai, un affaiblissement général de tout le système musculaire en rapport avec le degré de cette cachexie; mais, à aucune période de la maladie, il n'a été possible de constater le moindre symptôme de paralysie, soit des extrémités pelviennes, soit du rectum, soit encore de la vessie. Le seul fait qui nous parût avoir quelque connexité avec la lésion précitée est celui des douleurs lombaires accusées par quelques malades ; mais ces douleurs manquent chez plusieurs, et lorsqu'elles existent, il est impossible de les distinguer des douleurs de rhumatisme musculaire, de la fugacité desquelles elles participent d'ordinaire.

Dans les jours qui précèdent la mort, les malades laissent bien échapper leurs urines et leurs excréments ; mais ce fait n'a rien qui leur soit particulier et que l'on ne puisse observer, d'ailleurs, dans des cas de marasme et d'émaciation en dehors de toute cachexie pellagreuse. Je m'empresse d'ajouter que dans ces derniers cas l'autopsie ne révèle aucune trace de l'altération de la moelle que nous avons observée dans la cachexie pellagreuse, bien que l'état général antérieur semble identique dans les deux cas. Nous avons eu encore l'occasion de nous en assurer récemment en faisant le même jour (17 février) l'autopsie de deux aliénés morts tous deux dans le dernier degré d'un marasme et d'une émaciation dont la marche était précipitée par une diarrhée colliquative. Celui dont le marasme se liait à la cachexie pellagreuse offrit le ramollissement général précité de toute la substance blanche de la moelle, et l'autre n'en présenta aucune trace.

J'ajoute que la moelle allongée et toute la substance blanche cérébrale ont toujours eu leur consistance normale dans les cas où celle de la moelle épinière a été trouvée altérée. Ainsi, voilà une altération des plus caractéristiques de la moelle épinière qui n'entraîne aucune paralysie soit du mouvement, soit du sentiment chez les malades qui la présentent. Sans risquer pour ma part aucune interprétation de ce fait, il m'a paru utile de le livrer à l'attention des physiologistes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er novembre 1857. — Présidence de M. Bossu, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— Le docteur Elleaume (de Paris) envoie un travail sur un cas de *méningite aiguë compliquée de catalepsie et d'éclampsie*, et demande le titre de membre titulaire. (MM. Jalade Lafond et Duhamel, rappporteur.) [Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 20 février.]

De l'ophthalmie blennorrhagique. — M. COURSSERANT appelle l'attention de la Société sur le traitement de cette affection, lequel est loin d'avoir reçu de la sanction du temps et de l'expérience ces bases solides que réclame une maladie parfois si rapide dans sa marche et si grave dans ses conséquences. Il explique cette incertitude de la thérapeutique par le nombre, heureusement assez restreint, de cas qui s'offrent à l'observation isolée des praticiens; de telle sorte qu'un médecin étranger, visiteur zélé et assidu des hôpitaux et d'un des dispensaires ophthalmiques les plus fréquentés de Paris, lui a affirmé n'avoir vu, pendant une période de temps de dix-huit mois environ, que quatre cas d'ophthalmie blennorrhagique, où dans ces quatre cas les yeux ont été entièrement perdus. M. Courserant pense que si les membres composant la Société de médecine pratique apportaient à l'élucidation de cette question le tribut de leur expérience personnelle et celui de leurs souvenirs puisés dans la pratique publique ou privée de leurs confrères, il devrait nécessairement découler du rapprochement et même de l'antagonisme des faits qui ne manqueraient pas de se produire, des conséquences et des enseignements pratiques d'une haute et salutaire portée. Tels sont les motifs qui l'ont engagé à relater les traits les plus caractéristiques de l'observation suivante :

M. X..., âgé de quarante ans, atteint depuis trois semaines d'un écoulement uréthral, est pris d'un mal d'yeux auquel il se contente d'opposer l'usage de quelques fomentations émollientes. Le troisième jour seulement de l'apparition des symptômes morbides, il vient réclamer les secours de l'art. A gauche, la paupière supérieure est manifestement tuméfiée à son bord libre; le gonflement est peu marqué partout ailleurs, ainsi qu'à la paupière inférieure; il y a, en outre, rougeur très-vive de la face muqueuse des paupières, commencement d'infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-conjonctival du bulbe, larmoiement assez abondant charriant dans le liquide qui le compose des flocons blanchâtres de muco-pus coagulé. L'œil droit ne présente, à ce moment, que quelques arborisations vasculaires dans la conjonctive bulbaire et un peu de rougeur de la face postérieure des paupières. La prescription fut la suivante :

1° Fomentations astringentes en permanence sur l'œil, les paupières étant tenues fermées;

2° D'beure en beure, instillation entre ces dernières d'une solution d'azotate d'argent légère;

3° Cinq centigrammes de calomel matin et soir.

Cette prescription fut très-inexactement suivie.

Le lendemain 18 août, vu l'aggravation des symptômes morbides à gauche, vu l'imminence de la maladie à droite, les cornées néanmoins conservant toute leur transparence de part et d'autre, il parut urgent de toucher, à midi, les paupières avec le sulfate de cuivre. Le malade au lieu de revenir à six beures du soir, comme cela avait été convenu, ne se présenta que vingt-quatre heures après cette deuxième visite; mais les choses étaient bien changées d'aspect : la vue était entièrement abolie à gauche, la cornée étant infiltrée dans toute son étendue et dans toute l'épaisseur de ses lamelles, soit de pus, soit de divers autres produits morbides. Sur le globe, la conjonctive et le tissu cellulaire sous-jacent, considérablement épaissis, ne se laissaient pénétrer qu'avec difficulté par la lame du scarificateur; des incisions, même profondes, ne donnaient lieu à aucun écoulement sanguin; faites sur la paupière supérieure peu épaissie, il est vrai, mais cyanosée et presque froide, ces incisions étaient à peine suivies du suintement lent de quelques gouttes d'un sang noir et épais, qui se coagulait presque instantanément sur place. Il faut, en outre, noter l'existence d'une fausse membrane de couleur grisâtre, tellement adhérente à la muqueuse palpébrale, qu'on ne pouvait l'en détacher au moyen d'un grattage prolongé; d'un autre côté, elle ne tardait pas à envahir les sillons que l'instrument tranchant ouvrait au sein des tissus des paupières.

Cet ensemble de symptômes locaux si graves fit son évolution sans susciter des douleurs vives dans l'organe affecté, sans apporter aucun trouble notable dans la circulation générale.

Quant à l'œil droit, qui fut traité jusqu'au 22 août par les scarifications et la cautérisation avec le sulfate de cuivre, par les purgatifs et les révulsifs cutanés, par le chlorate de potasse, etc., etc., la cornée conserva constamment sa transparence dans toute son intégrité; mais dans la nuit du 22 au 23 août elle fut envahie par une infiltration interlamellaire profonde, intéressant la moitié de son étendue du côté de son insertion scléroticale. Bientôt le mal s'étendit à toute la membrane; les lamelles antérieures médianes furent détruites, et les postérieures, projetées en avant, formaient un cône assez proéminent dont la base, comprenant la moitié de l'étendue cornéenne, reposait sur un fond de lamelles ramollies ou détruites en partie par la suppuration ou les exsudations morbides interlamellaires. L'œil gauche était trop mortellement frappé pour qu'il restât le moindre espoir de s'opposer à la destruction complète de la cornée. Quant à la cornée droite, elle a dû à une compression méthodique, renouvelée matin et soir pendant un mois, de sortir encore vivante d'une espèce de putrilage organique, au sein duquel elle est restée plongée pendant longtemps. Seulement comme elle est, pour ainsi dire, entièrement formée de tissu cicatriciel, elle présente une teinte foncée se rapprochant assez de la teinte de la pierre à fusil. Néanmoins, telle qu'elle est, elle est appelée à rendre un bien grand service au malade, lequel commence déjà à apercevoir et à compter les doigts de la main.

M. MAGNE répond en quelques mots, et insiste principalement sur ce point essentiel dans la pratique, qu'une ophthalmie purulente existant sur un seul œil, il est de la plus haute importance de prendre surle-champ des mesures efficaces pour empêcher la possibilité du contact des liquides contagieux qui baignent l'œil malade.

La discussion est ajournée à une prochaine séance.

Quelques considérations sur la fièvre jaune. — M. MASSON. La fièvre jaune peut-elle se communiquer d'un individu à un autre, et se propager sous des latitudes où elle n'est pas endémique ? Quelle est la marche de cette maladie ? Quelle médication doit-on lui opposer ? Telles sont les questions que cherche à résoudre M. le docteur Marques de Carvalho, médecin brésilien, dans une brochure envoyée à notre Société.

Le Brésil, dit l'auteur, protégé par la pureté de l'air, un printemps perpétuel, de vastes forêts et des vents qui balayent et purifient l'atmosphère, n'avait jamais été visité par aucune maladie épidémique ; et cependant, des habitants de ce beau pays, ayant communiqué avec des matelots venus de la Nouvelle-Orléans, ont contracté la fièvre jaune, qui s'est propagée dans le pays et y a fait de nombreuses victimes. Il conclue que cette maladie peut se transmettre, et sévir dans des contrées nouvelles; et de plus, que le continent européen lui-même peut ne pas être à l'abri de l'invasion de ce fléau. C'est une vérité incontestable, et les épidémies de Barcelone et de Lisbonne ne permettent point le doute à l'esprit le plus incrédule.

L'auteur décrit ensuite la marche de la maladie, il énumère les symptômes qu'il a eu occasion d'observer. On ne saurait trop admirer combien la nature, en dépit des temps et des lieux, se montre semblable à elle-même. On croirait cette description copiée d'après les auteurs qui ont écrit sur la fièvre jaune. Le docteur Jacques Lind, dans son ouvrage intitulé : *Des maladies des pays chauds*, se sert des mêmes termes, et reconnaît aussi quatre périodes dans la maladie.

Dans la première, on n'observe que des troubles qui précèdent toute affection grave, la céphalalgie, le frisson avec horripilation, de l'anorexie, une grande fréquence du pouls, un peu de diarrhée; quelquefois, ajoute M. Carvalho, les sueurs ou l'urine laissent sur le linge des taches jaunâtres.

La seconde période, dont la durée est de vingt minutes à quarante-huit heures, est trompeuse et peut inspirer une fausse sécurité; le pouls revient à l'état normal, le malade se croit guéri, il veut se lever, et souvent il se lève.

Mais bientôt survient la troisième période accompagnée des symptômes les plus redoutables la conjonctive, la peau du corps, prennent une teinte jaunâtre, les malades rendent par les vomissements et les selles des matières d'apparence oléagineuse ; le malade délire, est dans une anxiété, une agitation continuelles; il fait de vains efforts pour sortir de son lit où le retient une faiblesse extrême.

Enfin, dans la quatrième période, le pouls devient filiforme et intermittent, les matières rejetées par les vomissements ou les selles sont noires et mêlées de sang; ce liquide tend à s'échapper par toutes les muqueuses et même par l'enveloppe cutanée, des escarres gangréneuses se montrent sur différentes parties du corps, et le malade succombe en poussant des cris que lui arrachent des douleurs atroces. Après la mort la putréfaction s'empare promptement des cadavres.

L'auteur aborde ensuite l'examen des différentes médications essayées dans le traitement de cette maladie. Celle qui, selon lui, a été suivie de moins d'insuccès est la méthode expectante qu'il appelle méthode Andral. Presque tous les malades traités par une médication active ont succombé, qu'ils aient été saignés, ventousés, couverts de sinapismes ou de vésicatoires; qu'ils aient pris du quinquina, du camphre, du musc, etc. Il termine en déclarant que la médecine homéopatique a sauvé la plupart des malades auxquels elle faisait prendre, suivant les besoins, des dilutions de pulsatille, d'arsenic, de phosphore, etc.

Tout en croyant à la sincérité de l'auteur de ce mémoire, et en me refusant à croire qu'il ne l'a composé que pour la glorification de la doctrine nouvelle, dont il est un adepte, je ne puis le regarder comme un juge désintéressé dans sa propre cause, et puis qui ne sait que souvent l'expérience est trompeuse, *experientia fallax*. Il faut bien des faits contrôlés pour établir une vérité sans conteste.

D'ailleurs la médecine homœopathique, avec ses divisions infinies, n'est en réalité qu'une médecine expectante.

Je crois à la faveur qui a accueilli cette médecine nouvelle et mystérieuse; les peuples témoins des nombreux insuccès de la médecine ordinaire ont dû implorer de nouveaux secours; mais à quelle époque se sont-ils tournés vers l'homœopathie? lorsque l'épidémie sévissait depuis longtemps, et personne n'ignore qu'au déclin ces sortes de maladies perdent de leur violence première, et guérissent alors quel que soit le traitement employé; c'est ce que nous avons tous observé dans nos épidémies de choléra. Aussi, tout en respectant les convictions d'un auteur dont je ne partage point les opinions, je n'admets point ses conclusions quant au traitement qu'il préconise.

Sur les conclusions du rapporteur, la Société décide qu'il sera simplement donné acte à l'auteur de la réception de son mémoire.

Le secrétaire-adjoint, Dr JOSIAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 février dernier, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier: M. le docteur Lagneau, ancien chirurgien-major de la garde impériale, membre de l'Académie de médecine;

Chevalier: M. le docteur des Etangs, ancien sous-aide-major, membre du conseil général de la Haute-Marne.

— La chronique scientifique du *Courrier de Paris*, rédigée jusqu'ici par M. de Saulcy (de l'Institut), vient d'être confiée à M. le docteur Reinvillier.

— Nous avons signalé dernièrement à nos lecteurs l'Œuvre de Notre-Dame des Arts, rue du Rocher, 52. L'extrait de ses statuts, que nous publions aujourd'hui, suffira pour faire ressortir les avantages que peuvent trouver dans cette institution les médecins pour leurs propres filles, et les associations médicales pour les orphelines sans fortune.

Les jeunes personnes admises à Notre-Dame des Arts y reçoivent une éducation solide, une instruction complète et la connaissance pratique d'un art qui puisse au besoin devenir pour elles une profession honorable, telle que la sculpture sur bois et sur ivoire, la gravure sur bois et sur acier, le dessin appliqué aux étoffes, bijoux et curiosités, la peinture sur toile, bois, ivoire et porcelaine, l'aquarelle, la musique et l'harmonie, la broderie en or, argent et soie, appliquée aux ornements et à la chasublerie; tous les travaux à l'aiguille, au crochet, etc.

« La souscription est de 15 fr. par an, qu'on paye d'abord en souscrivant, puis successivement d'année en année. Elle cesse quand il plaît au souscripteur, à moins que l'enfant pour laquelle il a souscrit ne soit entrée dans l'institution; car, en ce cas, il devra continuer de payer jusqu'à sa sortie.

» Cette souscription est individuelle et non transmissible; c'est-à-dire que le souscripteur ne peut transmettre ses droits à une autre personne, ni transférer son privilége d'une enfant à une autre.

» Tout souscripteur fonctionnaire civil et militaire, artiste, littérateur, savant, médecin, etc., qui décédera ayant exactement versé le montant de sa souscription pendant quatre ans au moins, aura acquis à l'enfant pour laquelle il aura nommément souscrit, une place gratuite dans l'institution de Notre-Dame des Arts, jusqu'à l'âge de dix-huit ans révolus.

» Toute personne autre que le père ou la mère qui, par esprit de bienfaisance, aura souscrit pour l'enfant d'un fonctionnaire civil ou militaire, artiste, littérateur, savant, médecin, etc., et versé, pendant quatre ans, le montant de la souscription, acquerra à cette enfant, au décès de son père ou de sa mère veuve, le droit mentionné à l'article précédent.

» Tout souscripteur aura le droit, dès la première année de sa souscription, de faire admettre ses enfants dans l'institution, moyennant une pension annuelle et individuelle de 600 fr.

» Il sera créé un fonds de réserve, selon les ressources de l'œuvre, et qui sera destiné à former une dot aux orphelines sortant de l'établissement. »

Le Gérant,

(1) Ces conclusions ont été données dans le numéro du 23 février, où on peut les relire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 MARS 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la fièvre puerpérale, à raison d'un orateur par semaine, menace de conduire loin. Ce ne sera qu'un médiocre inconvénient, s'il en ressort quelque chose d'utile. Nous ne saurions dire encore si elle aura ce résultat, mais nous inclinons à le penser. La question, bien posée par M. Guérard, examinée sous presque tous ses aspects, éclairée en plusieurs points par M. Depaul, vient d'être placée par l'argumentation de M. Beau en plein terrain de la contradiction. C'est de ce choc d'opinions que nous attendons justement quelque lumière. Mais nous sommes loin du terme. Sachons donc attendre que les principales opinions dissidentes et les doctrines qu'elles impliquent se soient fait jour jusqu'à la tribune.

Dans la deuxième partie de la séance M. Verneuil a lu un travail historique et critique sur l'autoplastie, qui a été écouté avec un vif intérêt. La nature de ce travail ne comporte aucune analyse. Dans l'impossibilité où nous sommes de le publier intégralement, nous en reproduisons dans le compte rendu un rapide résumé. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du sevrage et de ses rapports avec le choléra infantile (1).

Lorsqu'un enfant, dans ces mauvaises conditions de sevrage hors de propos, prend la diarrhée, cette diarrhée n'inquiète généralement pas d'abord les familles; on l'attribue au travail de la dentition, et non-seulement on ne s'en inquiète pas, mais encore on juge que c'est un phénomène favorable. C'est là un déplorable préjugé. Depuis vingt ans, je m'élève, pour ma part, énergiquement contre lui, et plus j'avance dans la pratique, plus je le combats de toutes mes forces. Les enfants pris de diarrhée au moment du sevrage succombent très-souvent, ils sont du moins extrêmement malades ; les accidents les plus sérieux en sont la conséquence, et il n'est pas jusqu'aux convulsions qui ne soient plus fréquentes chez les enfants dans ces conditions que chez ceux qui ont de la constipation ; non pas que je veuille dire que les convulsions ne doivent pas être combattues par les purgatifs, mais je tenais à établir un fait en contradiction avec l'opinion vulgaire que le médecin se voit souvent opposée dans sa pratique. Suivant cette opinion, la diarrhée est une chose utile aux enfants qui font des dents, tandis que l'expérience m'a prouvé, à moi et à d'autres, qu'il en était autrement. En effet, en beaucoup de cas, les convulsions surviennent à l'occasion d'une indigestion. Or quelle cause plus favorable à l'indigestion qu'une diarrhée qui dure depuis quelque temps ? Un certain degré de constipation, pourvu qu'il ne dépasse pas certaines limites, car il ne faut pas aller d'un extrême à l'autre, un certain degré de constipation est donc chose avantageuse à l'époque de la dentition.

La sympathie existant entre les différentes parties du tube digestif, nous donne la raison des troubles éprouvés par l'estomac et l'intestin, lorsque la bouche est aussi malade qu'elle l'est chez les enfants, par le fait de l'évolution des dents. Le tube digestif ainsi disposé, l'indigestion se produit avec la plus grande facilité à la plus petite occasion. Si cette indigestion n'est pas l'inflammation, elle peut la produire lorsqu'elle se répète fréquemment. L'enfant prend donc de l'entérite; celle-ci se caractérise par des garde-robes diarrhéiques glaireuses, puis lientériques, le malade rendant dans ses selles des caillebottes de lait indiquant que la digestion stomacale et intestinale ne s'opère plus, et que l'aliment, le lait, a traversé le tube digestif sans avoir subi le travail qu'il devait subir. A cette diarrhée, à cette lientérie, s'ajoutent des vomissements, et si alors l'enfant subit l'influence de la constitution saisonnière que nous avons signalée, le choléra se déclare.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Le choléra éclate d'une manière soudaine et se présente avec les symptômes suivants :

La physionomie du malade a tout à coup changé. Jusque-là il était amaigri, ses chairs étaient flasques, mais on ne constatait rien de plus. Alors les yeux sont profondément excavés; ce fait vous frappe, comme il avait frappé la famille; l'enfant pousse des cris incessants, souvent étouffés, car sa voix est altérée, comme elle l'est dans le choléra asiatique, à un moindre degré il est vrai.

Les vomissements, de nuls ou rares, sont devenus excessivement fréquents ; le malade rejette toutes les boissons qu'on lui fait prendre; cependant il est tourmenté d'une soif vive, qu'il accuse par ses cris, son impatience, par le mouvement des lèvres qu'il ouvre et ferme alternativement comme pour humer un air plus frais, sorte de mimique qui trouve sa confirmation dans ce fait, qu'aussitôt qu'on approche de sa bouche une cuiller ou un verre l'enfant se précipite vers elle avec une véritable voracité. Les vomissements sont bilieux, verdâtres; les garde-robes ne sont plus lientériques, mais constituées par une sérosité verdâtre dans laquelle nagent comme de petites hachures d'épinards ou d'oseille, que l'on retrouve sur les langes; en d'autres cas, ces hachures manquent; d'autres fois les selles ont la couleur d'une eau teintée par du jaune d'œuf. Toujours elles sont séreuses, mais jamais elles ne présentent, comme dans le choléra asiatique, cette apparence d'eau de riz, d'eau panée caractéristique.

Ordinairement le ventre est profondément excavé; la peau est flasque, et, quand on la pince, elle conserve le pli qu'on a fait. Ce défaut de tonicité se retrouve sur toute la surface du tégument externe, aussi bien au tronc qu'aux membres.

A l'excavation de l'abdomen succède rapidement la tympanite. Ce ballonnement est une fâcheuse condition sur laquelle j'aurai à revenir.

Le pouls devient très-fréquent, les extrémités se refroidissent comme dans le choléra-morbus, aussi bien que le nez, le menton, la langue. Mais jamais on ne constate la cyanose cholérique, la sueur visqueuse froide. La peau reste sèche, et les ongles seuls prennent une teinte livide bleuâtre. La face est plombée, ses traits sont affaissés.

Lorsque l'enfant résiste, quelquefois il est bien rapidement enlevé; les vomissements semblent augmenter encore, et dans un grand nombre de cas la diarrhée s'arrête. Alors le ballonnement du ventre devient considérable, la température de la peau s'élève, la langue rougit et se sèche, les yeux s'injectent; en même temps que la chaleur, la tonicité revient à la peau, ses plis ne persistent plus comme auparavant. Le choléra infantile entre dans une nouvelle période, la *période typhique*, analogue à la période typhique du choléra-morbus, mais se révélant par des phénomènes particuliers qui se distinguent de ceux que l'on observe dans celui-ci. Dans quelques circonstances les vomissements cessent et les garde-robes reparaissent; les selles ont alors une coloration bilieuse quelquefois très-foncée; le ballonnement du ventre diminue, et les vomissements cessent complétement, lorsque la diarrhée devient plus forte ou tout au moins continue.

Au moment où les accidents fébriles se manifestent, l'enfant crie moins souvent ; la stupeur dans laquelle il est plongé, ses yeux injectés et renversés lui donnent l'apparence d'un malade atteint de fièvre cérébrale, apparence qu'augmente encore le cri plaintif que l'enfant pousse de temps en temps.

La maladie dure quelquefois très-peu de temps; quand la période algide se prolonge, l'enfant peut être enlevé en vingt, vingt-quatre, trente-six heures. Quand les évacuations se suspendent, la vie se prolonge; la période typhique peut durer trois, quatre, cinq, six, sept, huit jours. Les garde-robes séreuses peuvent devenir glaireuses, sanglantes; en quelques circonstances, elles sont purulentes et ressemblent à celles de la dysenterie épidémique.

Quelque grave que soit cette terrible maladie, on peut, lorsque l'enfant est placé dans des conditions hygiéniques favorables, en espérer la guérison, à l'aide des moyens que je vais indiquer.

On peut d'abord la prévenir, en luttant contre la diarrhée qui la précède, en empêchant surtout cet accident, en l'empêchant par l'allaitement, ou quand celui-ci doit être suspendu, par une alimentation convenable.

Lorsque le choléra est déclaré, il faut, avant tout, prescrire la diète, une diète absolue, ne donner à l'enfant que des boissons féculentes ou de l'eau albumineuse. Tout de suite il faut avoir recours à une médication que je regarde comme la plus puissante, au bain sinapisé. Il se fait en mettant, dans un bain ordinaire, 500 grammes de farine de moutarde délayée en bouillie avec de l'eau froide et mis dans un nouet de linge, dans un torchon, comme cela se fait pour le bain de son. On a ainsi une eau fortement sinapisée. L'enfant est plongé dans ce bain pendant douze ou quatorze minutes, de façon à obtenir une réaction suffisante, et celle-ci ne se produit que lentement, eu égard à l'état de la peau. Puis on l'enveloppe dans des langes bien secs, et on répète ce traitement deux, trois et quatre fois dans la journée.

Quelques autres agents thérapeutiques sont apelés à rendre de véritables services. En première ligne, l'ipécacuanha, donné à faibles doses, bien entendu, 30 à 40 centigrammes, en deux ou trois prises, chez un enfant d'un à deux ans; puis l'éther, l'eau distillée de menthe, de mélisse; en même temps on donne à boire de l'eau panée, de la décoction blanche de Sydenham, et, mieux encore, de l'eau albumineuse.

A l'aide de ces moyens, on obtient de véritables succès, la vie se prolonge, du moins; l'on arrive à la seconde période, pendant laquelle on a quelques chances de sauver ses malades.

Dans cette période encore certains purgatifs peuvent être administrés avec avantage : l'*hydrargyrum cum creta*, remède fort en usage de l'autre côté du détroit et trop peu employé en France. C'est le mercure éteint dans la craie, dans la proportion de deux cinquièmes de mercure pour trois cinquièmes de craie ; on l'administre à la dose de 5 à 10 centigrammes : il fait cesser les vomissements en établissant des garde-robes un peu plus abondantes, dont il modifie la nature.

A côté de ces médicaments utiles, il en est un d'autant plus dangereux qu'on est tenté d'en faire un plus grand abus, c'est l'opium. D'une part, on l'administre généralement à de telles doses que si le malade ne le rejetait pas en partie, il serait infailliblement empoisonné; une seule goutte de laudanum suffit, en effet, pour jeter un enfant dans une stupéfaction qui dure quarante-huit heures, et cependant on ne craint pas d'en prescrire 5, 6, 7, 8 gouttes dans une potion ; on ne craint pas de donner l'opium sous forme de sirop ; si on n'ose pas donner le sirop d'opium, on ne craint pas le sirop diacode (le sirop de pavots blancs), qui contient 30 centigrammes d'extrait de pavots indigènes pour 30 grammes de sirop. Or ces 30 centigrammes d'extrait de pavots indigènes ont, dans beaucoup de circonstances, une action plus énergique que 5 centigrammes d'extrait d'opium de Smyrne ou de Constantinople.

On ordonne encore 8 ou 10 gouttes de laudanum de Sydenham en lavements, ou bien des lavements avec la décoction de têtes de pavots.

Ces manières d'administrer l'opium sont déplorables ; la seule raisonnable est de donner le laudanum en commençant par de très-petites doses, un quart, une demi-goutte, allant au delà suivant qu'on a tâté la susceptibilité individuelle du petit malade. Ainsi on agit en connaissance de cause, ceci soit dit d'une façon générale. Quant au cas particulier dont nous nous occupons, dans le choléra infantile, l'opium ne doit jamais être employé. Si dans quelques cas il arrête les vomissements, il amène trop rapidement aussi la période typhique, et celle-ci est d'autant plus périlleuse qu'elle arrive plus près du début de la maladie, absolument comme dans le choléra épidémique.

Le traitement de cette seconde période du choléra-nostras des enfants consiste à continuer l'emploi des boissons albumineuses, de la décoction blanche, de l'eau panée, de l'eau de riz.

Alors le calomel à petites doses, les laxatifs salins rendent de grands services. Puis quand les vomissements ont cédé, la craie préparée, le sous-nitrate de bismuth, aux doses de 2, 4, 6, 8, 10 et jusqu'à 15 grammes, l'eau de chaux, 60, 80, 100, 150 grammes, sucrée avec du sirop de gomme, par exemple, doivent être administrés.

Dans cette période encore, les bains frais sont utiles pour modifier les accidents nerveux. Si la diarrhée persiste, on a recours au nitrate d'argent, administré en potion, à la dose de 1 centigramme ; en lavements, à la dose de 5, 10, 25 centigrammes, dans 60, 80, 100 grammes d'eau distillée. Dr L. BLONDEAU.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. VALLET.

Application de l'entérotome dans un cas de plaie profonde longeant le rectum. Guérison.

(Observation recueillie par M. J. BIEBUYCK.)

Cofran, Pierre, journalier, né à la Ferté Saint-Aubin, âgé de quarante ans, est d'une constitution assez forte, et a toute l'apparence de la plus belle santé.

Le 19 juillet dernier, il se rendait à ses travaux habituels, lorsqu'il rencontra sur sa route un taureau qui de ses cornes creusait le sable. S'étant arrêté quelques instants à le considérer, il se retournait pour continuer son chemin, lorsqu'au même moment le taureau s'élançant sur lui en relevant vivement la tête, le frappa près de l'anus et l'emporta sur une de ses cornes, qui pénétra profondément dans le bassin. Le malheureux fut ensuite rejeté contre le sol : enfin, l'animal furieux, lui porta plusieurs coups de tête sur le ventre.

Cependant le malade ne perdait pas de sang. En effet, les vêtements non transpercés avaient coiffé la corne du taureau, et étaient restés dans l'intérieur de la plaie, où ils formaient un bouchon qui s'opposait à l'écoulement du sang. Malheureusement les personnes accourues sur le lieu de l'accident s'étant avisées de les lui enlever, enlevèrent avec eux le corps obturateur, et une hémorrhagie se déclara aussitôt. Un médecin appelé sur-le-champ tamponna la plaie avec du linge et envoya le blessé à l'hôpital.

Le lendemain de son arrivée, M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, l'examina avec le plus grand soin, et constata les désordres suivants: La plaie faite par la corne du taureau, assez large pour permettre facilement l'introduction de l'index, était située à gauche et en arrière de l'anus, et remontait du côté du bassin, dans l'espace angulaire formé par le rectum et la paroi pelvienne, dans une étendue de 15 centimètres environ. Le rectum n'était nullement intéressé. Sur le ventre, on voyait quelques contusions peu graves, et qui n'offrirent d'ailleurs rien de particulier.

Des symptômes de péritonite locale et de congestion cérébrale s'étant manifestés (vomissements, ballonnement du ventre, constipation, dysurie, céphalalgie, étourdissements, etc.), on les combattit par les émissions sanguines locales et générales, et les autres moyens usités en pareille circonstance. Au bout de quelques jours, tous ces accidents avaient disparu, et on n'eut plus à s'occuper que de la plaie de la région anale, qui était du reste la seule chose intéressante dans le cas qui nous occupe. Dans les premiers jours, il survint une inflammation du tissu cellulaire autour de la solution de continuité, phlegmasie qui fut suivie de la mortification de ce tissu, et enfin de l'expulsion des parties mortifiées. Ces phénomènes eurent pour résultat immédiat d'augmenter l'étendue de la plaie. Ces premiers accidents dissipés, on put songer à appliquer les moyens les plus propres à favoriser la guérison.

La suppuration était assez abondante. Des mèches enduites de cérat furent introduites tous les jours dans la plaie pendant près de trois semaines. Cependant la suppuration avait diminué; mais la plaie ne présentant plus une vitalité assez grande, on remplaça les mèches cératées par des mèches enduites d'onguent de la mère. Et pourtant la plaie n'offrit aucune tendance à la cicatrisation. A la vérité, cela ne devait pas étonner beaucoup, car la disposition anatomique de la région occupée par le foyer ne permettait en aucune manière d'opérer le rapprochement des parois et de faciliter ainsi leur agglutination.

Cependant M. Vallet voulut tenter un dernier effort. Après avoir agrandi l'orifice de la plaie, qui s'était peu à peu rétréci, à l'aide d'une incision qui devait faciliter l'écoulement du pus, il fit pratiquer pendant près d'un mois des injections de teinture d'iode de plus en plus concentrées. Ces injections étaient faites avec les soins les plus minutieux, et maintenues en contact avec les parois du foyer pendant quatre ou cinq minutes. Cependant la plaie n'en resta pas moins stationnaire. Elle continua toujours à sécréter une quantité assez abondante de pus.

Tous les moyens ordinaires avaient échoué. Fallait-il porter le bistouri jusqu'au sommet de la plaie, et fendre ainsi la cloison qui la séparait de l'intérieur du rectum? Il y avait dans cette opération de trop grands dangers pour pouvoir y songer sérieusement; porter le bistouri à une aussi grande profondeur, c'eût été s'exposer à blesser soit le péritoine, soit quelque tronc artériel ou veineux; et la lésion de l'un ou l'autre de ces organes pouvait entraîner promptement la mort du malade.

C'est alors que M. Vallet eut l'heureuse idée de couper la cloison, non pas à l'aide de l'instrument tranchant, mais à l'aide d'un instrument qui sectionnerait les tissus graduellement, en gangrenant successivement leurs diverses couches, je veux dire à l'aide de l'entérotome. De cette manière, il n'y avait plus d'hémorrhagie à craindre, et en supposant que le péritoine fût saisi entre les branches de l'instrument, la section opérée lentement devait être précédée d'une inflammation adhésive, et ne présentait plus aucune espèce de gravité. Ce procédé a déjà, du reste, été plusieurs fois appliqué avec le plus grand succès, il y a quelques années par M. Gerdy, dans des cas différents, il est vrai, mais présentant cependant quelque analogie avec le nôtre, c'est-à-dire dans les cas de fistules anales remontant à une assez grande hauteur. Mais le rectum se rétrécissant considérablement à son extrémité inférieure au niveau des sphincters, la cloison interposée à ce viscère et à la plaie présentait en ce point un renflement en forme de coin dont la grosse extrémité était dirigée en bas. L'entérotome, au contraire, introduit dans les parties, devait saisir cette grosse extrémité par le sommet de l'ouverture angulaire de ses branches, et se trouver ainsi dans l'impossibilité d'agir sur aucun autre point de cette cloison. De plus, la section des sphincters de la peau et des autres parties qui composaient ce coin, par le corps mousse, devait être longue et surtout très-douloureuse. D'un autre côté, il n'y avait aucune espèce de danger à couper cette première partie de la cloison par l'instrument tranchant. M. Vallet résolut donc de diviser d'abord ces parties avec le bistouri. Voici comment il s'y prit.

A cet effet il introduisit dans l'anus un gorgeret dont la gouttière fut dirigée du côté de la plaie. En même temps il conduisit par la plaie une sonde cannelée dont l'extrémité fut poussée vers le gorgeret, de manière qu'elle rencontrât celui-ci à une hauteur de 3 centimètres environ. Puis glissant son bistouri dans la cannelure de la sonde, il fendit la cloison dans toute cette étendue.

Ce premier temps de l'opération accompli, il introduisit les deux branches de l'entérotome, l'une dans le rectum, l'autre dans la plaie, en prenant bien soin de le faire pénétrer jusqu'au sommet de cette dernière; puis opéra sur les parties saisies par l'instrument une constriction assez forte. Le soir, l'instrument fut resserré, et cependant il tomba dans la nuit; il fut réappliqué le lendemain avec le même soin et serré très-fortement; néanmoins il tomba de nouveau (1). M. Vallet se disposait à le réappliquer une troisième fois, lorsque, portant le doigt dans la plaie, il constata à son grand étonnement que déjà la cloison avait été sectionnée dans toute son étendue. A partir de ce moment la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation. On y introduisit des mèches cératées de plus en plus petites, et au bout de quatre ou cinq semaines, la suppuration étant tarie, le malade put sortir de l'hôpital complétement guéri.

Quoique les sphincters aient été complétement divisés, il n'y a pas de selles involontaires. On sait, du reste, qu'il en est de même dans les opérations des fistules anales, où les sphincters sont également divisés dans toute leur épaisseur.

(1) Il eût été très-avantageux dans ce cas d'avoir à sa disposition un entérotome semblable à celui que fit faire M. Nélaton il y a deux ans environ. Cet entérotome ne diffère de l'entérotome ordinaire qu'en ce que les deux manches se démontent à 2 ou 3 centimètres de l'articulation des branches. La constriction est d'abord opérée comme toujours par la vis de pression; puis cette constriction est maintenue au même degré par un moyen quelconque, appliqué sur l'intervalle qui sépare le pivot du point où les manches se disjoignent. Les manches peuvent alors être enlevés sans aucun inconvénient, et l'on se trouve ainsi débarrassé de ces tiges saillantes qui sont toujours excessivement gênantes et quelquefois même nuisibles.

SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA STRUCTURE

des dents humaines.

Par M. le docteur Emile MAGITOT.

De nombreux et importants travaux ont été publiés sur le développement et la structure des dents. Cependant, malgré ces travaux, dont quelques-uns sont de la plus haute portée, il reste encore un grand nombre de points de physiologie et d'anatomie dentaire qui sont entourés d'obscurité et sur lesquels les savants sont loin de s'entendre. C'est dans le but de chercher à dissiper quelques-unes de ces obscurités et de se rendre compte des causes du désaccord qui existe à cet égard entre les anatomistes, que M. Magitot a entrepris les patientes et minutieuses recherches qui font le sujet de sa thèse inaugurale, et dont nous allons essayer de faire connaître les résultats.

M. Magitot a divisé son travail en trois parties. Chacune de ces divisions répond à l'une des phases du développement des dents.

La première comprend l'étude du follicule dentaire dans sa constitution anatomique et considéré avant le début de la production des substances dures de la dent. C'est ainsi que l'auteur a constaté dans le follicule trois parties principales :

1° L'enveloppe membraneuse composée de deux feuillets dont il détermine la structure;

2° Le germe ou organe de l'ivoire;

3° Le germe ou organe de l'émail situé au-dessus du précédent.

La seconde partie comprend l'étude du développement des substances dentaires proprement dites, ivoire, émail, cément, au sein du follicule déjà étudié. L'auteur montre que ce développement s'opère par la production de cellules à la surface des germes, lesquelles, en vertu de transformations successives, deviennent soit de l'ivoire, soit de l'émail.

Dans la troisième, la structure de la dent adulte est étudiée dans toutes les parties qui la composent, c'est-à-dire :

1° Dans les parties dures, ivoire, émail, cément;

2° Dans les parties molles, pulpe du germe dentaire, membrane alvéolo-dentaire.

De cette façon la dent est considérée sous trois aspects différents et successifs :

1° Pendant la période embryonnaire, à l'état de bulbe formateur;

2° Pendant la période active du développement;

3° A la période adulte.

Il ne nous serait pas possible de suivre l'auteur dans tous les détails et dans les développements qu'exigerait un exposé complet de ses recherches. Nous nous bornerons à signaler à nos lecteurs les parties neuves et vraiment originales que renferme cet intéressant travail.

M. Magitot a exposé la disposition et la structure des membranes enveloppantes du follicule, et il a fait voir que la membrane interne, au lieu de se replier sur le germe dentaire à la manière des séreuses, comme l'ont affirmé les auteurs, passe en réalité au-dessous de ce germe avec lequel elle confond ses éléments au point d'insertion.

Il a constaté que les éléments anatomiques qui constituent le germe de l'ivoire ne sont pas des éléments spéciaux affectés exclusivement à la constitution du germe, mais qu'ils appartiennent à une espèce d'éléments très-abondants chez le fœtus, plus rares chez l'adulte, et qui ont reçu de M. Robin le nom de noyaux embryo-plastiques (fibro-plastiques des auteurs). Cette constatation faite, il a déterminé au sein de l'organe les phénomènes dont ces noyaux deviennent le siége, c'est-à-dire la production graduelle de fibres lamineuses se développant autour du noyau comme centre de génération, et constituant plus tard la trame celluleuse de l'organe.

Il a également déterminé d'une manière positive la structure de l'organe de l'émail méconnue par les auteurs, et qu'il a trouvée identique avec celle du germe de l'ivoire sauf ces deux différences : que la matière amorphe est beaucoup plus pâle; que les prolongements nés des noyaux sont plus longs et plus ramifiés.

M. Magitot a signalé le premier dans l'intérieur du germe dentaire la présence normale de masses phosphatiques et de cristaux d'hématoïdine, particularités qui se rencontrent surtout au moment du début de la dentification, et qui dénotent, suivant lui, une exagération du mouvement nutritif au sein de l'organe.

On trouve, en outre, dans ce travail, un exposé complet des caractères des cellules de l'ivoire et des cellules d'émail, considérées par des auteurs recommandables comme des cellules épithéliales, tandis que des différences séparent les cellules de l'ivoire de celles de l'émail; ce qui a été démontré expérimentalement par l'étude des phases successives de développement qui transforment ces cellules soit en ivoire, soit en émail.

On y trouve :

La démonstration expérimentale du mode de formation des canalicules dentaires;

Quelques vues nouvelles sur la disposition qu'on désigne sous le nom de *globules de dentine* (Czermak; Salter) et sur la façon dont ils paraissent se former sous l'influence d'une affection intercurrente de l'enfance dont ils ne sont qu'un symptôme;

Une division nouvelle des doctrines qui règnent dans la science sur le développement et la nature de l'organe dentaire, doctrines toutes également impuissantes à expliquer la structure et les phénomènes que présente cet organe, et une nouvelle théorie dite *théorie de l'autogénie;*

Et une nouvelle explication du mode de formation de la pellicule amorphe sus-jacente à l'émail, désignée par Kolliker sous le nom de *cuticule de l'émail.*

M. Magitot a donné une démonstration du mode de formation du cément, démonstration qui refuse, dans ce phénomène, toute participation à la membrane externe du follicule, ainsi que l'ont admis tous les auteurs.

Il a démontré que la couche d'ivoire granuleuse sous-jacente à l'émail et au cément, et au sujet de laquelle les auteurs donnent des interprétations très-diverses, n'est autre chose que la réunion de petites lacunes communiquant avec les tubes, et qu'il appelle le *réseau anastomotique* des canalicules dentaires.

Il a démontré enfin que les canalicules étaient dépourvus de paroi propre.

Deux belles planches gravées d'après des dessins originaux, tracés eux-mêmes, pour la plupart, sur des préparations microscopiques faites par M. Magitot, complètent ce système d'exposition et de démonstration.

Ce travail est sans contredit l'un des plus remarquables qui aient été faits depuis longtemps sur la matière, et il inaugure de la manière la plus brillante la carrière scientifique de notre jeune confrère.

Dr B...

MÉNINGITE CÉRÉBRALE.

De l'emploi de l'huile de croton dans cette affection.

Par M. le docteur HENRIETTE.

La nommée Stroumpers (Elisabeth), âgée de cinq ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution faible, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 3 novembre 1857. Son billet d'admission à l'hôpital porte la seule indication de fièvre typhoïde. Il ne s'y trouve aucun autre renseignement.

Le 4 novembre, lors de la visite de M. Henriette, nous constatons les symptômes suivants :

La jeune malade présente une physionomie égarée, elle est dans un grand état d'agitation, sa tête se balance involontairement de droite à gauche; ses yeux sont ternes, sans expression; les sclérotiques sont injectées, et l'on nous apprend que pendant la nuit elle n'a aucun repos, qu'elle est constamment dans un état d'insomnie. M. Henriette interroge vainement la malade; elle ne répond pas aux questions, et ne semble pas avoir la conscience de ce qui se passe autour d'elle; le bras gauche est fortement contracturé, le pouce est fléchi dans la paume de la main. La face est parfois pâle; parfois elle se couvre d'une rougeur vive qui se circonscrit aux pommettes. La peau est brûlante; le pouls est petit, irrégulier et fréquent. La respiration est inégale, accélérée, suspirieuse. Il ne se manifeste plus le moindre désir de prendre des aliments; seulement, lorsqu'elle avale quelque liquide, on s'aperçoit que la déglutition s'opère avec difficulté; la langue et les lèvres sont sèches, fuligineuses. Il n'y a pas de vomissements, on constate seulement quelques selles diarrhéiques. Le ventre est indolore; il n'est ni tendu ni ballonné, il conserve sa forme normale.

On ne remarque aucune pétéchie, aucune tache rosée; l'on ne parvient pas à produire le gargouillement local.

Appréciant la valeur de ces symptômes, constatant, au point de vue du diagnostic différentiel, qu'il était impossible, dans l'occurrence, d'admettre une fièvre typhoïde, M. Henriette établit l'existence d'une phlegmasie méningienne à sa première période.

Le cas était pressant; il fallait nécessairement s'adresser à une médication énergique; mais quelle devait être cette médication? La malade était d'une complexion trop délicate pour oser, nonobstant les raisons théoriques que l'on pourrait invoquer, recourir aux évacuations sanguines. La méthode révulsive immédiate parut présenter plus d'opportunité; mais pour modérer, arrêter les progrès d'un mal aussi redoutable, il fallait que cette méthode de traitement fût active et administrée avec promptitude; il fallait, enfin, agir sur les intestins et sur le crâne lui-même. Dans ce but, M. Henriette ordonna les moyens suivants :

Calomel. . . . . 40 centigrammes.
Rhubarbe en poudre. . . . 1 gramme.

Faites huit paquets. A prendre un paquet toutes les heures.

Pendant que l'on administrait ces poudres à l'intérieur, des frictions avec l'huile de croton sont pratiquées sur la peau du crâne préalablement rasée. Pour compléter le traitement, on recommande l'éloignement du bruit, une demi obscurité, une position élevée de la tête, des boissons fraîches, ainsi qu'une diète absolue.

Le 5 novembre, la malade est assoupie; elle a eu cinq ou six selles diarrhéiques, que l'on peut rapporter à l'influence du calomel. La peau du crâne est fortement rougie. Les frictions avec l'huile de croton sont renouvelées.

Le 6, l'action médicatrice des agents employés s'étant produite, on constate une légère amélioration; la jeune malade est plus calme, les yeux ont repris de l'expression, les contractures ont cessé, la fièvre a diminué; la peau du crâne est recouverte d'une éruption confluente.

Le 7, les symptômes cérébraux ont presque disparu; la nuit a été bonne, l'intelligence reparaît, l'appétit commence à se réveiller.

Le 8 et les jours suivants, l'amélioration progresse, toutes les fonctions tendent à revenir à l'état normal. A partir de ce moment, la jeune malade entre franchement en convalescence.

Les phlegmasies de l'encéphale et de ses membranes sont des affections graves, qui, chez les enfants surtout, compromettent l'existence au bout de très-peu de jours. Si le médecin ne peut, ne doit jamais désespérer lorsqu'il est appelé à prodiguer ses soins à des cas de l'espèce, ce n'est qu'à une condition, et cette condition, c'est d'agir promptement et énergiquement dès le début de la maladie; hésiter dans ce cas, ce serait tout compromettre, car alors il ne tarde pas à se produire des accidents consécutifs, qui d'ordinaire sont au-dessus des ressources de l'art.

Par le succès dont elle a été couronnée, l'observation qui précède vient de mettre hors de doute que l'on peut espérer beaucoup lorsque l'on suit le précepte que nous venons de poser. Du reste, ce n'est pas la première fois que M. Henriette réussit avec la médication que nous avons indiquée; il en a retiré les résultats les plus avantageux dans une foule de cas où la vie semblait gravement compromise.

M. Henriette insiste particulièrement sur l'huile de croton, sans dédaigner toutefois les autres moyens que des circonstances spéciales peuvent réclamer; il lui attribue une grande efficacité à cause de son action énergique et rapide, qui ne se limite point à produire une irritation superficielle et irrégulière, comme cela arrive lorsque l'on se borne à l'application d'un vésicatoire, mais qui détermine encore une révulsion profonde et complète sur tous les tissus mous qui recouvrent l'enveloppe crânienne.

On comprend facilement l'importance de cette révulsion, qui est évidemment capable de contre-balancer la phlegmasie méningienne, de l'arrêter dans ses progrès et de provoquer sa résolution.

Quoi qu'il en soit des explications qui précèdent, le fait sur lequel elles reposent est positif, et les praticiens feront bien de répéter les essais qui ont si bien réussi au médecin de l'hôpital Saint-Pierre. (*Presse méd. belge.*)

CORPS ÉTRANGER MOBILE

dans l'articulation du genou droit.

Par M. le docteur Prévost, de Hazebrouck (Nord).

M. C... (âgé aujourd'hui de 23 ans), dès l'âge de neuf ans fut sujet à des crampes dans la jambe droite. Le 27 décembre 1845, alors âgé de 13 ans, le malade fut pris d'une crampe plus violente, le genou se tuméfia et il fallut trois semaines pour en amener la guérison. Jusqu'au 26 mars 1847, il n'y eut que quelques douleurs passagères, lorsque tout à coup, pendant que le malade se promenait, une violente douleur se fit ressentir dans l'articulation et le fit tomber. Au même moment le genou gonfla. Soumis à un traitement antiphlogistique, le malade fut obligé de garder le repos pendant deux mois. Pour la première fois on a pu constater dans l'articulation du genou droit l'existence d'un corps étranger de la forme et de la grosseur d'un pois.

Un mois après cette chute, le malade sentait lui-même ce corps étranger circuler librement dans l'articulation, tantôt sans éprouver ni douleur ni gêne dans la marche, tantôt (lorsque le corps étranger, par exemple, se plaçait sous le tendon rotulien), se trouvant dans l'impossibilité de faire un pas sans de vives souffrances. Dans ce dernier cas, il suffisait parfois de passer la main sur le genou pour déplacer le corps mobile. Enfin, les mouvements de la jambe, ou la pression exercée avec la main autour de l'articulation, faisaient de nouveau reparaître ce corps étranger soit à la partie interne, soit à la partie externe de l'articulation.

Rien d'important à signaler jusqu'au 16 janvier 1855, lorsqu'à cette dernière date un nouveau déplacement détermina des douleurs intolérables qui décidèrent le patient à demander à être débarrassé de ces causes de souffrances.

Nous conseillâmes au malade de saisir le corps étranger aussitôt qu'il se présenterait et de nous appeler immédiatement. Il l'avait déjà saisi plusieurs fois, et chaque fois que nous nous présentâmes, le corps étranger lui avait échappé, s'était logé dans l'intérieur de l'articulation, et nous ne pouvions l'atteindre, lorsque le 18 janvier il nous appela de nouveau, et nous nous rendîmes armé d'une petite sonde exploratrice garnie d'un dard très-effilé, et d'un bistouri. Cette fois nous fûmes assez heureux pour le saisir à travers les téguments. Je m'empressai de le maintenir au moyen de la sonde exploratrice, que je glissai au-dessous du corps dans l'intérieur de l'articulation, pendant que mon fils, docteur en médecine, maintenait la sonde.

Après avoir relevé la peau, j'incisai du même coup les tissus et la membrane synoviale dans une étendue de 3 centimètres environ, et je parvins directement sur le corps étranger, que mon fils fit sortir immédiatement en faisant faire un mouvement de bascule à la sonde.

L'incision fut faite à la partie externe du genou droit, à 3 centimètres du ligament rotulien et un peu au-dessus de l'angle supérieur et externe. Trois ou quatre grammes de sérosité sortirent avec le corps étranger, qui avait la forme de la grandeur d'une fève de marais, et dont la consistance était ostéo-cartilagineuse. Nous fîmes la réunion immédiate.

Le malade fut soumis au repos le plus complet, et au bout de trois jours nous levâmes l'appareil : il y avait un peu de suppuration, mais ni fièvre ni douleur; au bout de huit jours, il ne restait qu'une plaie d'environ un centimètre, qui a continué à suppurer; nous la cautérisâmes chaque jour avec le nitrate d'argent, et au bout de vingt jours la cicatrisation était complète. Le malade garda encore le repos pendant quinze jours.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Vaucluse et de l'Oise en 1857;

2° Un rapport de M. le docteur Haushalter, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Koutz-Basse (Moselle);

3° Deux rapports de M. le docteur Schacken, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Bidestroff et de Zommange (Meurthe);

4° Un rapport de M. Bolut, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saligney (Jura). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Ch. Robin et E. Bartbez demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoyé à la section.)

— M. Chassinat, médecin à Hyères (Var), communique à l'Académie quelques extraits d'un mémoire sur la fièvre puerpérale, qu'il a rédigé d'après des observations recueillies en 1835 à la clinique d'accouchements de Paris.

— M. le docteur Bonhomme, de Verfeil, adresse une observation de rage suivie de guérison, qui a présenté des phénomènes très-intéressants; et une observation de résection de l'articulation du poignet pratiquée avec succès. (Commissaire, M. Renault.)

— M. le docteur Alex. Mayer présente un nouveau modèle de son *inhalateur*, auquel il a apporté diverses modifications. Tel qu'il est actuellement, l'appareil se compose des pièces suivantes :

1° Un entonnoir qui sert à introduire les substances médicamenteuses;

2° Un orifice qui, resté ouvert, donne passage à l'air extérieur;

3° Un second orifice auquel s'adapte, au moyen d'un embout en caoutchouc, le tube aspirateur, dont le calibre est égal, dans toute sa longueur, à celui de la trachée-artère;

4° Un compartiment inférieur d'un ballon qui reçoit les médicaments, et qu'un rétrécissement horizontal sépare d'un chapiteau affecté à l'accumulation des vapeurs, afin de saturer plus complétement l'air qui le traverse pour pénétrer dans les poumons.

L'instrument tout entier est en verre. (Commissaires : MM. Louis, Rostan et Michel Lévy.)

— M. le docteur Lafosse, de Valeroy-le-Sec (Vosges), adresse une note sur la bile de bœuf comme succédané de la digitale. (Commissaire : M. Piorry.)

— M. E. Baudrimont adresse un mémoire intitulé : *Recherches sur la composition chimique des cendres des cheveux.* (Commiss. : M. Boudet.)

— M. le docteur Avrard, de la Rochelle, adresse un fœtus anencéphale qu'il a reçu au terme de sept mois. Cet envoi est accompagné d'une note explicative. (Commissaire : M. Depaul.)

— M. le docteur Letellier, de Saint-Leu-Taverny, adresse une note sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde. (Commission des épidémies.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret approuvant l'élection de MM. Littré et Is. Geoffroy Saint-Hilaire comme membres associés libres, en remplacement de MM. Arago et Darcet.

Sur l'invitation de M. le président, MM. Littré et Geoffroy Saint-Hilaire signent la feuille de présence.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Beau.

M. Beau, avant de parler de sa méthode de traitement, croit qu'il est opportun d'exposer sa manière de voir sur la nature de la fièvre puerpérale. Il rappelle qu'on y a vu tantôt une phlegmasie, tantôt une fièvre essentielle ou pyrexie; cette dernière opinion ne lui paraît pas admissible. En laissant de côté les fièvres légères, décrites par Doublet sous le nom de fièvre éphémère ou bénigne, on se trouve en présence de la maladie que Bichat appelait péritonite puerpérale, et à laquelle Tonnelé a restitué son ancien nom de fièvre puerpérale, faute d'une expression plus exacte pour désigner les phlegmasies multiples qui la caractérisent.

Selon moi, dit M. Beau, la fièvre puerpérale est toujours symptomatique d'une phlegmasie, qui elle-même est un effet d'une diathèse phlegmasique ou puerpérale. Cette diathèse, inconnue dans son essence, est latente, comme toutes les autres, tant qu'elle ne s'est pas manifestée par des localisations; et par elle-même, elle n'entraîne aucun danger. La diathèse tuberculeuse présente les mêmes caractères : état latent, tubercule, fièvre symptomatique du tubercule et non de la diathèse.

A la diathèse puerpérale s'ajoute l'influence épidémique, dont la nature nous échappe également.

L'effet le plus commun de ces deux causes réunies, c'est la péritonite, souvent compliquée d'autres phlegmasies. Elle est ou limitée au péritoine qui revêt le petit bassin et les organes qu'il contient, ou générale; elle devient cause à son tour et se traduit par des symptômes propres, parmi lesquels le météorisme est un des plus importants par la compression qu'il exerce sur les viscères thoraciques.

Les symptômes particuliers desquels on a voulu faire une preuve de l'essentialité de la fièvre puerpérale : dyspnée, anxiété, décomposition des traits, petitesse du pouls, etc., n'appartiennent, en propre, ni à la péritonite ni à la diathèse qui l'a produite; ils annoncent la formation de caillots fibrineux dans les cavités du cœur, et ils se rencontrent, avec la cause qui les produit, dans les phlegmasies les plus franches, telles que la pneumonie. Ces polypes fibrineux, plus fréquents dans la péritonite puerpérale qu'on ne croit, dénotent sa nature inflammatoire.

D'autres différences dans les symptômes s'expliquent par l'étendue plus ou moins grande de la phlegmasie péritonéale; elles sont souvent si considérables, qu'elles ont pu faire croire qu'on avait affaire à des maladies de nature différente. Mais cette conclusion est au moins prématurée; on en dirait autant en n'envisageant que les symptômes produits par la bronchite, suivant qu'elle est circonscrite ou générale; ou par les alcooliques, suivant qu'ils sont pris en plus ou moins grande quantité : ici la même cause produit d'abord la gaieté, puis le coma. Il résulte de ces considérations que la péritonite *pelvienne* ou sous-ombilicale et la péritonite générale ou sus-ombilicale ne sauraient être regardées comme des maladies de nature différente, d'après la nature différente, en apparence, de leurs symptômes.

Toutes deux sont un effet de la diathèse puerpérale, — de la diathèse et non d'une pyrexie, comme l'admettent la plupart des auteurs, et avec eux M. Depaul; pour eux elles sont l'analogue de l'éruption dans la variole : fièvre, puis phlegmasie.

Pour moi, c'est l'inverse : phlegmasie, effet de la diathèse, puis fièvre.

Et en effet, la maladie ne marche-t-elle pas comme les autres phlegmasies? Dans la péritonite puerpérale, comme dans la pneumonie, le frisson initial, la douleur locale, et à l'autopsie, les désordres inflammatoires sont les traits saillants : l'analogie est complète. Il est vrai que la péritonite puerpérale peut être précédée d'une fièvre légère; mais alors ces symptômes viennent seulement se surajouter à ceux de l'affection qu'elle complique.

Si la fièvre puerpérale était une pyrexie, l'éruption cutanée devrait à peu près être constante. Elle est au contraire la très-rare exception.

La fréquence des symptômes typhoïdes dans la fièvre puerpérale est encore un des arguments qu'on fait valoir pour l'assimiler aux pyrexies. On oublie les pneumonies typhoïdes, qui ne sont pas rares.

L'état du sang est-il plus favorable à ce rapprochement? Dans les phlegmasies, la fibrine augmente; dans les pyrexies, elle ne change pas ou bien elle diminue. Or, M. Hersent (*Recherches sur la composition du sang dans les fièvres puerpérales*, thèse; Paris, 1845, n° 249), qui admet trois variétés de fièvre puerpérale : bilieuse, inflammatoire et typhoïde, nous apprend que, dans ces trois formes, le chiffre de la fibrine a été en moyenne supérieur à celui de la moyenne des derniers mois de la grossesse. Plusieurs fois, il s'est élevé au-dessus du maximum trouvé chez les femmes enceintes par MM. Andral et Gavarret, et l'accroissement le plus considérable a été observé dans la forme typhoïde. Peut-on demander une démonstration plus péremptoire de la nature phlegmasique de la maladie, même dans les cas où l'on supposait, *à priori*, qu'il devait y avoir dissolution du sang?

Mais voici une difficulté sérieuse : la fièvre puerpérale, dit-on, se termine parfois par la mort, sans laisser de traces anatomiques appréciables. Je répondrai : Est-il bien démontré qu'il en était ainsi? N'a-t-on pas laissé passer inaperçue quelque lésion cachée? Je croyais avoir rencontré un cas de ce genre l'année passée. En poursuivant, je trouve un large abcès de la fesse. M. Depaul aurait peut-être été aussi heureux chez la malade dont il a fait l'histoire, s'il avait cherché assez longtemps.

En admettant même qu'on voie de ces fièvres sans lésion matérielle, nous ne rencontrons là que ce que nous voyons aussi en matière de pathologie ordinaire : ici un malade meurt après huit ou dix jours de fièvre, suivie vers la fin de coma, de délire; rien à l'autopsie. Qu'en conclurons-nous, si ce n'est que nous avions affaire à une maladie inconnue, nouvelle? Raisonnons de même pour les cas analogues de fièvre puerpérale : ce sera une affection toute différente de la péritonite puerpérale, une maladie inconnue, et qui reste à étudier. Dira-t-on que, si elle avait duré plus longtemps, la fièvre puerpérale se serait caractérisée par ses lésions habituelles? Cela ne serait admissible que pour les cas réellement foudroyants. Or, pas une des observations qu'on a citées ne rentre dans cette catégorie. Dans toutes celles que je connais, la mort n'est arrivée qu'au bout de la première semaine.

Le caractère contagieux que revêt quelquefois la fièvre puerpérale est-il en opposition formelle avec sa nature phlegmasique? Non certes, à moins qu'on n'efface du cadre des inflammations la conjonctivite purulente et la dysenterie.

J'arrive à une question épineuse, et qui doit fort embarrasser les partisans de la théorie de l'essentialité. M. Depaul n'y a pas touché. Il y a, dit-on, une péritonite phlegmasique, simple, et une péritonite qui dépend de la pyrexie puerpérale. Comment les distinguera-t-on l'une de l'autre?

On a dit que dans la première la face était colorée, le ventre souple, la douleur circonscrite; dans la seconde, la face pâle, le ventre élevé, dur, la douleur plus étendue et plus intense.

Mais qui ne voit qu'on n'a fait là que le diagnostic de la péritonite circonscrite, pelvienne, et de la péritonite générale ou sus-ombilicale, c'est-à-dire de deux degrés d'une seule et même affection? Voyez d'ailleurs comment on a procédé pour en faire deux maladies différentes par leur nature. L'une, a-t-on dit, guérit, l'autre tue toujours. Mais ne connaissons-nous pas tous la gravité de la péritonite la plus simple?

Je maintiens donc qu'il n'y a qu'une différence d'intensité entre la péritonite phlegmasique et celle qu'on a attribuée à une pyrexie puerpérale, et que les deux sont des phlegmasies indépendantes d'un état fébrile antérieur.

Voici maintenant comment je traite la fièvre puerpérale.

Au début, un vomitif, émétique ou ipéca, non-seulement dans la forme bilieuse, qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître au début, mais encore dans la plupart des autres cas.

Dès que l'effet du vomitif s'est épuisé, il faut donner le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme; huit heures plus tard on en administre

6 grammes 75, et, au bout de huit heures encore, on renouvelle cette dose.

Les effets de cette médication, qui sont le plus souvent évidents le lendemain, peuvent être divisés en physiologiques et thérapeutiques; les premiers ne sont autres que ceux de l'ivresse quinique; il est bon d'en avertir les malades à l'avance, car l'effroi que leur causent quelquefois les symptômes toxiques pourrait avoir des suites fâcheuses. En même temps apparaissent les effets thérapeutiques : sédation de la circulation, sensation de bien-être, face moins altérée, abaissement de la température. On voit qu'ils ne se bornent pas à un abaissement factice du pouls.

La dose du sulfate de quinine, variable suivant les individus, doit toujours être suffisante pour produire l'ivresse; il faut ordinairement en donner un peu plus après le troisième jour, parce que l'organisme s'habitue à son action. Il faut aussi administrer une nouvelle dose à la place de toutes celles qui pourraient être vomies, et chercher à obtenir la tolérance par tous les moyens usités en pareil cas; parfois il faut avoir recours aux lavements, et je me suis convaincu que le sulfate de quinine, administré de cette façon, agit encore très-bien. Quand la convalescence s'établit, tout en nourrissant mes malades, je continue à leur donner de petites doses de l'alcaloïde.

J'emploie en outre quelques moyens accessoires : tisanes, vésicatoires à l'hypogastre.

J'ai dit que les effets physiologiques et thérapeutiques du sulfate de quinine se montrent simultanément; il me semble bien que cela prouve l'efficacité du moyen. Ce qui est essentiel, comme dans le rhumatisme articulaire aigu, c'est de ne pas laisser la fièvre prendre le dessus. Si cela arrive, il n'y a plus rien à espérer. Aussi faut-il se presser d'agir.

Cette méthode ne guérit pas, j'en conviens, toutes les péritonites puerpérales; elle ne m'a donné aucun succès dans les cas de péritonite sus-omhilicale, ni dans ceux où les symptômes propres aux polypes du cœur avaient fait leur apparition. Dans les cas de péritonite pelvienne, je réussis souvent, mais pas toujours. On pourra apprécier les résultats que j'ai obtenus en consultant le tableau que voici. Il est divisé en plusieurs périodes, d'après les phases épidémiques que j'ai traversées.

I. De mai à août :

Accouchements physiologiques.	48
Fièvres éphémères.	30
Phlébite utérine.	1
Péritonite puerpérale.	38
Dont guéries.	32

Trois seulement des malades qui succombèrent avaient pris le sulfate de quinine à haute dose. En septembre, sur 4 péritonites puerpérales, je perdis 2 malades, qui étaient dans un état désespéré en entrant.

II. D'octobre à novembre :

Accouchements physiologiques.	54
Fièvres éphémères.	13
Péritonites puerpérales.	20
Dont guéries.	10

III. Du 15 février à fin mars :

Accouchements physiologiques.	60
Péritonites puerpérales.	14
Dont guéries.	6

IV. De juin à juillet :

Péritonites puerpérales.	4
Phlébite utérine.	1
Pas de décès.	

On trouvera des détails plus étendus sur ce sujet dans la thèse de M. Barhot (25 août 1857).

Comment se fait-il que M. Depaul ait été assez malheureux pour ne par obtenir un seul succès de ma méthode ? On a dit avec raison que lorsqu'on expérimente, rien n'est plus facile que de ne pas réussir. La réussite tient souvent à de petites choses fort importantes. Je suis convaincu que M. Depaul s'est écarté en quelque façon des règles que j'ai tracées. A plus forte raison ne puis-je tenir compte des expériences de MM. Zandick (de Dunkerque) et Leconte, qui n'ont pas employé le sulfate de quinine aux mêmes doses que moi, et dont la thérapeutique était d'ailleurs assez complexe.

Je ne m'étonne pas, du reste, que le sulfate de quinine n'ait pas été accueilli favorablement partout; ce n'est pas la première fois que pareille chose lui arrive; c'est l'histoire de tout médicament nouveau. Quand Torti vanta le quinquina contre les fièvres pernicieuses, il dut consacrer le tiers de son ouvrage à réfuter des critiques, et entre autres celles de son contemporain et compatriote Ramazzini; et pourtant le quinquina finit par être accepté. Ma méthode sera-t-elle aussi heureuse? Le temps seul pourra en décider.

Je constate, en attendant, que s'il ne guérit pas toutes les fièvres puerpérales, le quinquina n'est pas plus heureux contre les fièvres pernicieuses; et pourtant, de l'aveu de tout le monde, il en a guéri bon nombre. Je continuerai donc à employer le sulfate de quinine à haute dose contre la fièvre puerpérale. Mais si un jour l'expérience venait à démontrer qu'il ne possède pas la vertu que j'ai cru lui reconnaître, je serais prêt à reconnaître que je me suis trompé et à revenir sur mon opinion.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

LECTURE.

Autoplastie. — M. VERNEUIL lit un travail ayant pour titre : *Recherches critiques sur l'histoire de l'autoplastie.*

M. Verneuil s'est proposé dans ces recherches de démontrer, à l'aide des textes qu'on peut suivre à travers les temps depuis le siècle d'Auguste des traces de la méthode ancienne. Il résume l'ensemble de ces recherches en ces termes :

Celse nous lègue des préceptes assez clairs pour réparer les mutilations du nez, des lèvres, des oreilles, du prépuce. Mais partageant le sort de tout l'héritage scientifique ancien, ces préceptes tombent dans l'oubli et y restent longtemps ensevelis. Branca père paraît les retrouver pour la restauration nasale, qui moins que toute autre se prête à leur application; les inconvénients de la méthode ancienne enfantent la méthode italienne, et dès ce moment la chirurgie possède deux ressources au lieu d'une. La sœur cadette prospère quelque temps, comme l'attestent les faits rapportés par Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, et surtout la statue élevée à Tagliacozzi par ses concitoyens.

Que devint la méthode de Celse? Pendant cent ans, depuis Branca (1442) jusqu'à Franco (1561), on n'en sait rien. Toujours est-il que ce dernier la retrouve et l'enrichit; à la vérité il ne parle guère de réparer le nez, les oreilles, le prépuce, mais il formule la chéiloplastie dans le bec-de-lièvre, et la génoplastie pour une perte de substance de la face. Tagliacozzi et Franco impriment-ils à l'autoplastie une impulsion forte et durable? Non. Cependant après eux la destinée ultérieure des méthodes ancienne et italienne sera bien différente. La dernière perdra son état éphémère, elle disparaîtra sous le poids du doute et de la raillerie. Les efforts mêmes de Graefe en notre siècle ne la relèveront pas de sa déchéance. Je n'insiste pas, comptant m'occuper plus tard des causes de cette grandeur et de cette décadence.

La méthode ancienne, au contraire, surnagera. Couillard continue l'œuvre de Franco. J. L. Petit retrouve la restauration du prépuce. Saviard inaugure l'urétroplastie. Nous suivons la chéiloplastie, tantôt en termes obscurs après l'extirpation des tumeurs des lèvres, tantôt en indications claires dans l'opération du hec-de-lièvre congénital ou accidentel. On reconnaît ici à la fois Franco et Celse; par malheur on comprend mal le texte de ce dernier. On compromet souvent la méthode par des modifications inutiles, sinon choquantes et nuisibles. Heureusement le temps le plus important, c'est-à-dire l'incision prégengivale, reste définitivement acquise.

Mais en chirurgie comme dans toute science, s'arrêter c'est rétrograder fatalement. Dans l'Académie de chirurgie l'autoplastie est encore oubliée pendant un siècle. En 1791 Boyer devait lire devant l'illustre aréopage un mémoire qui réhabilitait quelque peu la suture et qui faisait revivre la restauration autoplastique. Chopart et Boyer venaient de retrouver la chéiloplastie de la manière la plus claire. Les événements firent que le travail ne fut pas lu. S'il en avait été autrement, peut-être l'opinion aurait-elle changé, peut-être, grâce à quelque Lavoisier d'hôpital, la renaissance de l'autoplastie eût été hâtée de vingt-cinq ans; notre pays aurait ajouté un beau fleuron de plus à sa couronne. Il en fut tout autrement; aussi trouve-t-on à peine quelques vestiges de chirurgie réparatrice dans les œuvres de Desault, de Pelletan, de Sabatier. Richerand et Dupuytren ne suivirent eux-mêmes le mouvement que de loin. L'article de Percy sur l'ente animale est à peu près la seule exception que je constate.

Tout d'un coup la méthode indienne qui, en Angleterre, était à l'état d'incuhation depuis le commencement du siècle, se formule nettement dans l'ouvrage de Carpue. Enfin, cette fois, les esprits ne furent plus rehelles. L'impulsion se propagea vivement. Graefe (de Berlin), Carl, Asthley Cooper, en Angleterre, Delpech, Larrey, en France, se mirent à l'œuvre, et les trois grandes méthodes produisirent parallèlement leurs œuvres.

Je l'ai dit en commençant, l'équité défend d'appeler française une méthode dont les règles se trouvent dans Celse; mais elle doit en revanche constater les titres indéniables de notre chirurgie qui a constamment sauvé du naufrage les débris de la tradition.

Aussi peut-on dire de la route facile que nous suivons aujourd'hui qu'elle a été jalonnée par Franco, Couillard, J. L. Petit, Saviard Chopart et Boyer.

En présence des faits nombreux que j'ai glanés dans la chirurgie des siècles passés, on se demande comment la rénovation a tant tardé; peut-être faut-il en accuser le dédain que les grands chirurgiens de la fin du dix-huitième siècle et du commencement du dix-neuvième ont affecté pour les recherches historiques. Si en l'an 1800, je suppose, quelqu'un se fût avisé du travail facile que je viens de faire, il aurait pu donner déjà un corps à la chirurgie restauratrice; il aurait montré, en effet, comment, à l'aide des deux méthodes que l'on connaissait, on pouvait restaurer le nez, les lèvres, les oreilles, le prépuce, l'urèthre, c'est-à-dire réunir des parties divisées, diviser des parties réunies, allonger des parties trop étroites ou trop courtes, oblitérer des fistules, etc.

La généralisation était donc possible, facile même. Faute d'érudition, on ne le fit pas. Oublions pendant cinquante ans de lire nos prédécesseurs, et nous retomherons nous aussi dans l'ignorance.

Mais peut-être ce jugement est-il trop sévère; si le progrès a été lent, il faut sans doute en faire porter la faute au temps, et dire avec un de nos vieux chirurgiens, Pierre Pigray :

« Je croi que chacun tombera d'accord avec moy, que les arts et les » sciences ne se iettent pas en moule, ains on les forme et figure peu » à peu en les maniant et remuant plusieurs fois, tout ainsi que l'ours » façonne ses petits en les leschant à loisir. »

Le travail de M. Verneuil est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rohert, Nélaton, Malgaigne.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Desormeaux et Cazenave ont été nommés juges-suppléants au concours qui s'est ouvert le 8 mars pour deux places de chirurgien au bureau central.

La question que les candidats ont eu à traiter est la suivante : *Du rétrécissement au point de vue chirurgical.*

— Le 7 avril prochain, il sera ouvert un concours, à l'Administration de l'assistance publique, pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux, en remplacement de M. le docteur Legendre, dont les fonctions expirent vers la fin de cette année. Les candidats ont jusqu'au 22 mars pour s'inscrire.

— M. le professeur Piorry et M. le docteur Henri Favre ayant eu l'idée d'appliquer des ventouses sur un vésicatoire laissé seulement quelques heures, l'expérience a parfaitement réussi :

Tout accident cantharidique serait ainsi évité; la sérosité pourrait être obtenue en abondance. Se réservant de poursuivre ce nouveau moyen thérapeutique dans toutes ses applications, M. le professeur Piorry a chargé M. le docteur Favre de noter tout ce qui se produira dans cette direction à l'hôpital de la Charité; les résultats seront ultérieurement publiés, et la priorité ne pourra dans tous les cas être aucunement contestée.

— Bruxelles possède deux nouvelles sociétés médicales; l'une, anatomo-pathologique, fondée par le professeur Gluge; l'autre porte le nom de médico-chirurgicale.

— Le docteur Malpas, hourgmestre de Vottem (province de Liége), est mort asphyxié dans une hure servant à l'extraction du charbon, dans laquelle il s'était fait descendre pour secourir un ouvrier qui venait d'y tomber asphyxié.

— On compte en ce moment à l'hôpital des aliénés de Zurich vingt-cinq personnes qui ont perdu la raison, grâce aux tables tournantes et aux esprits frappeurs.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Statistique de la trachéotomie à l'hôpital des Enfants; indications et contre-indications de cette opération. — Luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière réduite en partie au bout de 54 jours. — Observation rare de chorée. — Emploi de l'*uva ursi* comme agent obstétrical. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 3 mars. — FEUILLETON. Coup d'œil anecdotique sur les maladies simulées.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Statistique de la trachéotomie à l'hôpital des Enfants. Indications et contre-indications de cette opération.

La statistique des opérations de trachéotomie pratiquées pendant une certaine période d'années à l'hôpital des Enfants de Paris, où l'on en peut observer les effets sur la plus grande échelle, présente toujours de l'intérêt. Nous sommes entrés à plusieurs reprises dans quelques détails pratiques à ce sujet dans les années précédentes. Nous empruntons aujourd'hui les détails qui suivent, sur le relevé numérique des trachéotomies pratiquées pendant ces huit dernières années, à un article du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Voici l'état numérique des trachéotomies faites de 1850 à 1857, avec le chiffre correspondant des guérisons obtenues :

1850.	20	opérations.	6	guérisons.
1851.	31	—	12	—
1852.	59	—	11	—
1853.	61	—	7	—
1854.	45	—	11	—
1855.	48	—	10	—
1856.	55	—	14	—
1857.	71	—	15	—
Totaux :	390		86	

On voit, d'après ce tableau, que la proportion des guérisons, très-inégale d'ailleurs pour chacune des années, reste pour la moyenne générale à peu près la même que pour les relevés antérieurs, c'est-à-dire de 1 pour 4 à 1 pour 5. Il est bon de noter que la plupart des enfants trachéotomisés étaient arrivés à la dernière phase du croup, et voués par conséquent à une mort presque certaine.

M. Guersant, dans le service duquel ce relevé a été fait, pose en ces termes les indications et les contre-indications de la trachéotomie, relativement à l'âge des enfants, aux complications, etc.

La question d'âge est importante à considérer. Parmi les faits qui figurent dans ce relevé, il est question d'un enfant de dix-huit mois, mort avec des convulsions sous le bistouri. M. Chaillou, l'auteur de l'article cité, rapporte qu'il a vu, le 7 janvier, une petite fille de deux ans et demi succomber pendant l'opération, malgré l'habileté bien connue de l'opérateur. Il a été témoin d'un cas semblable dans la pratique civile; il s'agissait aussi d'une petite fille âgée de moins de trois ans.

Cependant, tout en reconnaissant qu'au-dessous de deux ans, la trachéotomie présente des difficultés particulières, relatives aux rapports plus étroits qu'ont les parties entre elles à cet âge et aux périls d'une dissection minutieuse, longue et délicate, et surtout à la petitesse et à la mobilité de la trachée, qui ne permettent souvent que très-difficilement d'y introduire la canule, M. Guersant néanmoins ne fait pas du bas âge une contre-indication absolue à la trachéotomie.

De même pour la pneumonie, qui complique le croup pseudo-membraneux. Pendant longtemps, dit M. Chaillou, la coexistence de cette inflammation a semblé devoir éloigner toute pensée de recourir à la trachéotomie. Aujourd'hui M. Guersant est d'un avis opposé, et il a pu s'assurer effectivement qu'en faisant respirer les petits malades par une voie artificielle, on favorisait la résolution de la pneumonie. Il n'admet qu'une seule contre-indication formelle à l'ouverture de la trachée dans le croup; c'est l'infection diphthéritique ou la diphthérite généralisée. Lorsqu'un enfant dont les cordes vocales ont été envahies par des fausses membranes, présente en même temps des productions semblables dans le nez, dans les oreilles et sur quelque point de la peau; lorsqu'il y a des épistaxis et tous les signes d'une extrême débilité, en vain pratiquerait-on la trachéotomie, l'enfant succomberait infailliblement.

L'asphyxie portée au suprême degré n'est pas, pour le chirurgien de l'hôpital des Enfants, un obstacle insurmontable au succès de l'opération, si cette asphyxie est permanente et dure au moins depuis une heure avec le caractère de continuité.

C'est même, pour M. Guersant, dans l'asphyxie lente et continue que réside l'indication capitale de la trachéotomie, l'unique chose à faire, la chose urgente étant de faire respirer et de faire vivre l'enfant, qui manque d'air et s'éteint.

Il est toutefois une sorte d'asphyxie qui ne réclame pas aussi impérieusement l'opération, c'est l'asphyxie à forme intermittente. M. Guersant a rencontré des enfants qui faisaient de violents efforts pour respirer et paraissaient placés sous le coup d'une mort imminente. Des fausses membranes avaient été rendues, il n'y avait pas de doute sur la nature de la maladie. Cependant les parents résistant à la proposition d'une opération jugée nécessaire, on s'en tenait aux moyens ordinaires, vomitifs, calomel, alun, chlorate de potasse; et ces enfants ont guéri. Mais hors ces cas qui sont rares, et hors les cas beaucoup plus communs de diphthérite généralisée, M. Guersant pense, en principe général, que la trachéotomie est formellement indiquée toutes les fois qu'il y a une gène continue et croissante de la respiration.

Luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière réduite en partie au bout de 54 jours.

Les luxations du coude deviennent de très-bonne heure irréductibles, tous les auteurs s'accordent sur ce point. On cite bien à la vérité quelques cas de luxations réduites au bout d'un certain espace de temps : c'est ainsi que Boyer réduisit une luxation de six semaines chez un enfant de dix ans, Desault au bout de deux mois, M. Nélaton au bout de trois mois; enfin M. Malgaigne cite un cas dans lequel les os ont pu être remis en position quatre mois après l'époque de leur déplacement. Comment faire concorder ces heureux résultats obtenus après un temps aussi long avec les cas plus fâcheux qui ont légitimé la proposition que nous avons formulée plus haut? Nous pensons qu'il faut tenir compte du degré de la luxation; les luxations incomplètes restent beaucoup plus longtemps réductibles que celles dans lesquelles les surfaces articulaires ont complétement abandonné leurs rapports normaux.

Il est un autre point très-intéressant dans l'histoire des luxations du coude avec déplacement des deux os de l'avant-bras, c'est la possibilité de réduire l'un d'entre eux, tandis que l'autre reste dans la position vicieuse qui lui a été imprimée par l'accident. C'est ce que démontre le fait suivant, observé dans le service de M. Nélaton, et dont nous devons la relation à M. G. Baillière, élève distingué du service.

Au n° 6 de la salle des hommes est couché un enfant âgé de onze ans, d'une bonne constitution. Il est entré à l'hôpital pour se faire soigner d'une lésion au coude gauche qu'il a depuis cinquante-quatre jours. C'est en jouant avec ses camarades que l'accident lui est arrivé; il tomba sur le coude, mais ni lui ni ses parents ne s'en préoccupèrent.

L'avant-bras conserve une extension permanente, ses mouvements de flexion sont très-difficiles. L'angle formé par l'avant-bras et le bras ne mesure pas moins de 150° environ. Son membre est porté dans une pronation manifeste. Son diamètre antéro-postérieur a augmenté d'un quart environ. Le bras présente à sa partie inférieure une saillie antérieure et une autre saillie postérieure.

Lorque l'on palpe la saillie antérieure, on sent que l'extrémité inférieure de l'humérus est plus proéminente que de coutume.

Lorsque l'on palpe la saillie postérieure, on reconnait que l'olécrâne, qui normalement devrait se trouver sur la ligne droite tirée de l'épitrochlée à l'épicondyle, se trouve un peu au-dessus à une distance d'un centimètre environ. Ce déplacement de l'olécrâne entraine le déplacement du triceps, auquel il donne insertion, et qui fait relief sous la peau en formant de chaque côté une dépression, de sorte qu'il peut être comparé au tendon d'Achille. Ainsi se trouve expliquée l'extension forcée de l'avant-

FEUILLETON.

COUP D'OEIL ANECDOTIQUE SUR LES MALADIES SIMULÉES.

A une époque où la simulation est devenue presque un art, il nous paraît utile d'entreprendre une excursion dans le domaine de la ruse et du mensonge, afin de tenir l'attention de nos lecteurs toujours en garde contre les actes de fourberie de certains malades, contre les piéges honteux tendus si souvent à la profession médicale par la malveillance ou l'intérêt. Le jugement d'une commission d'experts est fréquemment entaché d'erreur, et la dignité de notre corps a trop à souffrir du plein succès des artifices prémédités de la simulation, pour que nous ne considérions pas comme une nécessité de passer en revue la plupart des infirmités fictives, et de dévoiler, chemin faisant, les déguisements mis au service de la fraude.

L'histoire a pris soin de nous transmettre des faits nombreux et authentiques de maladies simulées, et Galien a certainement posé la première pierre de cette branche de la médecine légale, lorsqu'il est venu nous recommander l'examen attentif de l'état général du malade, et nous donner le conseil d'intimider le simulateur par les moyens douloureux, le caustique, l'instrument tranchant, la privation des aliments.

Du temps d'Ambroise Paré, la simulation devint très en vogue, et ce grand chirurgien en stigmatisa les indices avec la sagacité et la gaieté qui lui sont propres : « Les femmes feignent estre grosses, voire prestes d'accoucher, demandant du linge et austres choses nécessaires pour leurs couches. Austres se disent ictériques et avoir la jaunisse, se barbouillant tout le visage, bras, jambes et poistrine avec de la suye délayée en eau; mais telle imposture est aisée à découvrir, regardant seulement le blanc de leurs yeux..... Austres prennent une pance de mouton, l'appropriant sur le bas-ventre, disant estre rompus et grevez, et qu'il les convient tailler. Austres ont une jambe pendue à leur col; austres contrefont estre aveugles, sourds, impotents, cheminant à deux potences, au demeurant bons compagnons, etc., etc. »

Dans le premier volume de *Notre-Dame de Paris*, Victor Hugo consacre quelques lignes aux fréquentes simulations de l'époque. « C'était une espèce de faux soldat, un *narquois*, comme on le disait en argot, qui défaisait en sifflant un bandage de sa fausse blessure, et qui dégourdissait son genou, sain et vigoureux, emmailloté depuis le matin dans mille ligatures. Au rebours, c'était un malingreux qui préparait avec de l'éclaire et du sang de bœuf sa *jambe de Dieu* du lendemain. Ailleurs, un jeune *hubin* prenait leçon d'épilepsie d'un vieux *sabouleux*, qui lui enseignait l'art d'écumer en mâchant un morceau de savon. A côté, un hydropique se dégonflait en faisant boucher le nez à quatre ou cinq larronnesses. »

Les lois sur la conscription militaire et les règlements concernant la réforme, ont spécialement appelé l'attention des chirurgiens de l'armée sur les moyens de reconnaître les maladies feintes. Nous leur sommes redevables d'une foule d'observations aussi intéressantes qu'instructives, et M. le docteur J. L. Tarneau, médecin aide-major, a soutenu, il y a peu de temps, à la Faculté de médecine de Montpellier, une thèse (1) dans laquelle il a groupé avec beaucoup d'art un bon nombre de faits épars dans la science. Nous allons faire quelques emprunts à cet auteur recommandable, et nous terminerons cette rapide esquisse par la relation d'une comédie judiciaire qui vient de se passer récemment à la Cour d'assises de la Seine-Inférieure. Le dénoûment est fort triste pour l'acteur chargé du principal rôle, mais en revanche la médecine et les médecins y ont énormément gagné en considération.

« Un jour un villageois, entré à l'hôpital militaire pour y être traité d'une prétendue épilepsie, eut son accès justement à l'heure de la visite, et lorsque les officiers de santé n'étaient plus qu'à quelques pas de son lit. Il se trémoussait avec force, vociférait, se tourmentait de son mieux et s'applaudissait sans doute en secret de son industrie. Le chirurgien Rottez s'écria devant dix de ses confrères qui l'accompagnaient : *Bon! messieurs, il y a longtemps que je cherche cette occasion. Vous savez qu'Hippocrate a dit que les eunuques ne sont sujets ni à la goutte ni à l'épilepsie. Il nous faut, en conséquence, châtrer cet homme-ci : en lui coupant les testicules, nous le guérirons probablement. Vite, qu'on m'apporte mes bistouris!* — A ces mots et au moment où l'opérateur s'approchait, l'épileptique se jeta en bas de son lit, demanda pardon, et protesta qu'il aimait mieux garder son mal que d'être travaillé comme on en avait le projet. »

« Un conscrit se présente à Lille au comité de visite et se plaint d'être sujet depuis son enfance à un écoulement muqueux et purulent par les oreilles. Le fait paraît évident à tout le monde, et la réforme est prononcée. Pendant qu'on l'expédiait, le docteur Cavalier se ravise et soumet ce jeune homme à un nouvel examen. S'apercevant que le produit de l'écoulement est placé avec régularité dans les deux oreilles, il en prend un peu au bout de son doigt le goûte..... et reconnaît que c'est du miel. »

« Un déserteur, condamné aux travaux du canal d'Arles, passait pour sourd dans l'esprit de ses camarades d'infortune et dans celui des concierges et des gendarmes commis à la garde de l'atelier. Amené par devant l'inspecteur pour être réformé en cette qualité et prêt à l'être, Fodéré lui dit à demi-voix : *Tu ne me persuaderas jamais que tu es sourd; mais si tu me dis la vérité, tu auras ton congé.* — Le bonhomme lui répondit tout de suite, au grand étonnement de chacun : *Eh bien, non, je ne suis pas sourd.* »

« Un jeune homme demandait la réforme, sous prétexte qu'il ne pouvait avaler; en effet, il *tiquait* en avalant, et les aliments liquides re-

(1) *Des maladies simulées les plus communes au point de vue du recrutement.*

bras. On trouve bien encore chez cet enfant l'olécrâne plus rapprochée que d'ordinaire de l'épitrochlée, mais nous n'insisterons pas sur ce détail, car cette disposition peut être normale, surtout chez les enfants dont l'épitrochlée n'est pas encore bien développée. On sent encore en arrière, en dehors de la saillie olécrânienne, une deuxième saillie formée par une partie de la cupule du radius.

Maintenant est-ce une fracture, est-ce une luxation?

Ces deux lésions sont également fréquentes chez les enfants; elles sont produites par la même cause : une chute sur le coude; les signes extérieurs sont les mêmes.

Chez cet enfant il existe une *luxation*.

Car : 1° dans les cas de fractures l'olécrâne ne dépasse jamais la ligne droite tirée entre les deux tubérosités de la partie inférieure de l'humérus, tandis que dans les luxations il la dépasse presque toujours.

2° Ici l'avant-bras est porté dans la pronation, ce qui indique toujours une luxation du coude, quoique Ast. Cooper ne soit pas de cet avis.

3° On ne peut, avec le doigt, sentir la rainure qui sépare la cupule du radius de la partie inférieure du condyle de l'humérus, et ce caractère appartient à la luxation.

4° Le pli cutané du coude se trouve en avant, au-dessous de la saillie du fragment inférieur dans le cas de fracture, et au-dessus de la saillie humérale dans le cas de luxation.

Seulement, est-ce une luxation complète ou incomplète? La luxation est *incomplète*. Car, comme on ne sent en arrière qu'une partie de la cupule du radius, l'autre partie se trouve encore sous l'extrémité inférieure de l'humérus. De plus, on ne trouve pas entre la peau qui recouvre le tendon du triceps et la face postérieure de l'humérus, la distance qui existe ordinairement dans les luxations complètes. Or l'évaluation de cette distance est très-importante à connaître. M. Malgaigne va jusqu'à la mesurer, en enfonçant dans les parties molles une aiguille à acupuncture jusqu'à ce qu'il atteigne l'os.

Malgré l'ancienneté de la luxation, M. Nélaton pense qu'il faut essayer d'en faire la réduction. Les tentatives, dit-il, alors même qu'elles ne seraient pas d'une réussite complète, seront toujours utiles, car elles permettent de donner au membre une position meilleure que celle qu'il affecte, c'est-à-dire que l'on peut ramener l'avant-bras dans une position telle, qu'il fasse avec le bras un angle moindre qu'un angle droit; en conservant le membre longtemps dans cette position au moyen d'un appareil, et attendant la formation d'une articulation nouvelle, on peut améliorer son état d'une manière notable.

M. Nélaton opère des tractions assez considérables, ne dépassant cependant pas 125 à 130 kilogrammes. Le point de contre-extension étant pris sur l'épaule, l'extension est faite sur l'avant-bras selon l'axe du bras; lorsque l'olécrâne fut descendu assez bas, la traction fut immédiatement supprimée, et il imprima au membre un mouvement très-rapide de flexion.

La réduction du cubitus fut obtenue; quant au radius, il ne bougea pas. M. Nélaton est décidé à ne pas y toucher.

Au bout de trois ou quatre jours, les mouvements de flexion et d'extension étaient en grande partie rétablis; les mouvements de pronation et de supination étaient un peu augmentés, mais encore très-imparfaits. Ainsi donc, si on n'a pas obtenu un succès complet, on doit encore se féliciter du résultat de cette tentative, puisque ce jeune enfant se trouve actuellement dans une position infiniment meilleure, puisqu'il ne reste qu'une infirmité qui n'est pas assez sérieuse pour compromettre les fonctions du membre.

Observation rare de chorée.

Pendant que l'attention de nos lecteurs est appelée sur la chorée par les deux articles que nous avons successivement publiés sur le traitement de cette affection, nous pensons qu'ils liront avec intérêt l'observation suivante d'un cas de chorée rare et d'une gravité heureusement exceptionnelle, que vient de publier, dans le *Journal de médecine de Toulouse*, M. le docteur Cazenave, ex-médecin de l'asile des Aliénés de Paris.

Le nommé Pierre R..., âgé de 55 ans, entra dans le service que dirigeait alors M. Cazenave (en février 1854), à l'asile de Pau, avec tous les signes d'une danse de Saint-Guy des plus caractérisées, et coïncidant avec un affaiblissement des facultés intellectuelles et affectives. Cet homme, d'une constitution grêle et sèche, d'un tempérament nerveux, légèrement sanguin, avait toujours eu une conduite régulière et n'avait jamais fait abus des boissons alcooliques. Il ignorait l'époque à laquelle remontaient les premiers symptômes de sa maladie. Voici quel était alors l'état de ce malheureux.

Tous les muscles de l'économie étaient agités par des mouvements cloniques, irréguliers, incessants. Il n'existait pas un point de son corps qui ne fût le siége de secousses et de soubresauts. Tour à tour contractés et distendus, les muscles de la face faisaient les plus étranges grimaces. La tête était dans un balancement continuel. Les membres inférieurs se roidissaient dans des contorsions qui neutralisaient la résistance de plusieurs bras. Les muscles du tronc étaient roides et contracturés. Les droits antérieurs étaient comme des barres de fer, inflexibles.

L'état véritablement insurrectionnel des muscles des membres supérieurs, contre la volonté qu'ils méconnaissaient et leur défaut de coordination des mouvements rendaient la locomotion impossible. La préhension des objets, d'un morceau de pain par exemple, nécessitait des efforts surhumains pour le tenir et le porter à la bouche. C'était, dit M. Cazenave, un spectacle aussi curieux que navrant, que de contempler la lutte qui s'établissait dès lors entre le désir ferme et exaspéré de satisfaire sa faim, et le refus formel du bras de répondre à l'appel de la volonté. Si cette volonté restait victorieuse, ce n'était que par une sorte de surprise. Comme la station debout était impossible, Pierre R.... restait assis sur une chaise; mais participant promptement aux mouvements dont le malade était agité, le siége culbutait et Pierre tombait à terre. Voulait-on le faire marcher, on était obligé de le tenir par les aisselles. La jambe, avant de prendre la direction voulue, de se porter en avant, se dirigeait alternativement en arrière, en dedans, en dehors. Les yeux étaient agités d'un mouvement de rotation constante. La parole n'était qu'un son plaintif, confus, inintelligible. La déglutition était entrecoupée, brusque, saccadée.

Au milieu de tous ces désordres, la sensibilité générale était conservée intacte; la respiration était libre; les mouvements du cœur présentaient une régularité parfaite. Sauf une constipation habituelle, les fonctions digestives étaient normales. Le pouls était faible et concentré. La miction se faisait tantôt par jets saccadés, tantôt goutte à goutte. A l'analyse des urines on a trouvé une prédominance marquée des sulfates sur les phosphates, ce qui vient à l'appui des observations du docteur Bence Jones, qui attribue cette prédominance à l'agitation incessante des malades.

Enfin, contrairement à ce qui a lieu le plus habituellement dans les névroses, la maladie, pendant un an qu'elle a été observée, a constamment présenté le type continu. On a observé ce malheureux à différentes reprises pendant la nuit : le sommeil a toujours paru agité, jamais le malade n'a été un instant en repos.

Le traitement institué par M. Cazenave a été le suivant : la constitution sèche et nerveuse du malade lui ayant paru contre-indiquer les saignées, préconisées par Sydenham et Bouteille, il a eu recours premièrement aux purgatifs, puis aux antispasmodiques, notamment à la poudre de valériane graduellement élevée jusqu'à la dose de 8 gram. par jour, puis à l'oxyde de zinc jusqu'à la dose de 80 cent.; puis au valérianate d'atropine, le tout sans le moindre succès. L'opium à 20 cent. par jour d'abord, porté plus tard à 80 cent., a paru dès les premières doses ébranler un instant la maladie dans sa marche; les mouvements convulsifs ont été un peu moins accentués; mais la lueur d'espoir que cette amélioration passagère avait fait naître n'a pas tardé à s'évanouir elle-même. La dose élevée de 80 centigrammes n'a fait que produire quelques symptômes d'ivresse, mais sans le moindre amendement dans les mouvements choréiques. Enfin, la strychnine *intus* et *extra*, les bains tièdes prolongés, les bains sulfureux, tout est également resté sans effet. Pierre R... est mort dix mois après son entrée dans le service. (Ni le tartre stibié récemment préconisé, ni la gymnastique, ni l'hydrothérapie, n'ont été essayés chez ce malade. Mais il est douteux, vu l'excessive intensité des phénomènes et les circonstances révélées par l'autopsie, qu'ils eussent eu plus de prise que les moyens mis en usage.)

L'autopsie a révélé des particularités qui méritent d'être signalées ici. Tous les organes situés dans les cavités thoracique et abdominale étaient parfaitement sains. Les enveloppes du cerveau étaient pâles et amincies. La grande cavité de l'arachnoïde et les ventricules cérébraux renfermaient une quantité anormale de sérosité; le cerveau, participant de cette pâleur, était notablement atrophié. Les deux substances, généralement plus denses, offraient un commencement relatif de ramollissement. Lorsque cet organe fut enlevé, au niveau du bulbe rachidien, il s'écoula du canal rachidien une quantité considérable de sérosité.

Le canal vertébral ouvert, on constata un épanchement séreux entre la dure-mère et la membrane interne de la moelle, communiquant librement avec celui de la boîte crânienne. Cet épanchement s'étendait jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale. A partir des corps pyramidaux jusque vers le tiers inférieur de la région dorsale, la moelle épinière était ramollie d'une manière appréciable. La substance médullaire, dans toute sa *moitié antérieure*, était convertie en pulpe diffluente. Sa *moitié postérieure* présentait une densité et une résistance normales.

Cette dernière particularité révélée par l'autopsie, est des plus dignes d'intérêt par son rapprochement et sa concordance avec les symptômes observés pendant la vie, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer M. Cazenave. En effet, d'un côté, on constate pendant la vie un désordre profond dans les mouvements avec intégrité de la sensibilité; d'un autre, sur le cadavre, désorganisation des racines et des cordons antérieurs affectés au mouvement, avec intégrité des racines et cordons postérieurs affectés à la sensibilité.

Emploi de l'uva ursi comme agent obstétrical.

On ne connaît guère en France, comme excitant spécial des contractions utérines, que l'ergot de seigle. En Hollande, en Allemagne et en Angleterre, le sous-borate de soude est administré quelquefois dans les mêmes circonstances que l'ergot et pour remplir à peu près les mêmes indications. D'après quelques expériences récentes de M. le docteur de Beauvais, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, nous aurions à compter un troisième agent obstétrical. Cet agent, c'est l'*uva ursi*, ou busserole.

L'*uva ursi* a été regardé jusqu'ici comme un médicament diu-

passaient par le nez : il fallait qu'il se serrât fortement le cou et qu'il appuyât sa main fermée contre la gorge pour opérer, encore avec quelque peine, la déglutition. On eut beau examiner le fond de la bouche, on n'y trouva point d'obstacle; les amygdales n'étaient point tuméfiées, et aucune espèce d'altération ne se montrait au voile du palais. Mais il y avait une contradiction si évidente entre son état de santé, qui était brillant, et celui que suppose la maladie, qu'on ne donna pas dans le piége. On le fit surveiller, et on le surprit un jour buvant et mangeant avec beaucoup de facilité : il avoua tout. »

« Un jeune homme qui simulait un lombago avec courbure du tronc et qu'on n'avait pu redresser par aucun moyen, mais dont la figure et le bon état des membres annonçaient assez que la maladie était feinte, fut mis à une épreuve sur l'efficacité de laquelle on avait lieu de compter, car on savait qu'il avait été élevé dans des sentiments de piété et de religion. Forcé de jurer sur le crucifix que sa maladie était réelle, il refusa de le faire, et laissa échapper un aveu qu'on n'eût peut-être pas obtenu par la douleur. »

« Un mendiant de Paris simulait des accès d'épilepsie dans les rues pour obtenir des aumônes plus abondantes. On eut soin de préparer près de l'endroit où il demeurait un lit de paille où on put le jeter au moment où l'accès le saisirait, sans qu'il se fît de mal. L'accès vint; on plaça le drôle sur le lit, mais dès qu'il y fut, on approcha du feu aux quatre coins : alors il s'enfuit comme un éclair. »

« Un jeune militaire qui feignait de ne pas voir et qui avait sollicité lui-même l'application des remèdes les plus vigoureux, ne fut pas dérouté par une dernière épreuve qu'on voulait faire. On le mit sur le bord d'une rivière et on lui dit de marcher (deux bateliers étaient tout près pour le retirer de l'eau). Il marcha devant lui et se laissa tomber dans l'eau, dont il fut retiré bientôt. Il obtint son congé; puis, sollicité de dire la vérité (parce que la contraction et la dilatation de la pupille laissaient des doutes), assuré d'ailleurs qu'on ne lui manquerait pas de parole, il prit un livre et lut. »

Deux hommes furent admis dans un des hôpitaux militaires de Paris comme atteints d'incontinence d'urine. M. Bégin les fit attacher sur leur lit, selon le mode usité pour l'opération de la taille sous-pubienne, s'approcha suivi d'un réchaud ardent, s'empara d'un énorme cautère, et se mit en devoir de le plonger dans le périnée. « A cette vue, un des câlins déclare qu'il croit pouvoir guérir, et pour ménager son amour-propre, il ne sort que quelques jours après, assurant à son régiment qu'un traitement convenable avait rétabli sa santé. Le second, plus tenace, se laisse faire au milieu de cris et de contorsions impossibles à décrire. Il en résulte une eschare superficielle, bientôt suivie d'une plaie qui ne tarda pas à se cicatriser. On revint alors à l'opération, déclarant que dans la première la brûlure n'ayant pas été portée assez loin, il fallait introduire le cautère plus profondément, et que même on était décidé à renouveler son application jusqu'à la guérison, dût celle-ci se faire indéfiniment attendre. A cette sentence, notre homme prit le même parti que l'autre et rejoignit son régiment. »

Dans une épidémie d'incontinence d'urine, Fodéré appliqua une ligature sur la verge et fit mettre sur les nœuds un cachet, que le gendarme de garde devait rompre chaque fois que les hommes voulaient uriner. Si l'incontinence eût été réelle, le pénis se serait promptement tuméfié; mais ici son volume fut à peine modifié, et l'on ne fut obligé d'enlever les ligatures que pour la satisfaction ordinaire des besoins. Ce moyen ingénieux et rationnel fut suivi du succès le plus complet, et nous n'hésitons pas à le préférer de beaucoup à l'épreuve cruelle imaginée par M. Bégin.

L'incurvation antérieure de la colonne vertébrale est assez souvent simulée par les jeunes conscrits. « Un remplaçant au 5e régiment de cuirassiers est amené un jour par M. Champouillon. La figure de cet homme exprimait une profonde souffrance; il ne marchait qu'avec peine et soutenu par deux infirmiers : son dos présentait une voussure considérable. Le professeur lui adresse des questions sur l'origine de son mal et semble s'intéresser à son malheureux sort. Quelques instants après il le prie fort amicalement de monter sur une table et de se coucher horizontalement en supination. Le malade, ne soupçonnant pas le moindre piége et croyant probablement bien faire, obéit aussitôt et s'étendit tout de son long. Le lendemain il allait rejoindre son régiment à Versailles. »

« Un jeune militaire se présente à MM. Percy et Laurent avec une contracture des doigts. La fraude ayant été soupçonnée, on appliqua au prétendu malade un bandage roulé et bien serré autour de l'avant-bras, et on le fit mettre dans une guérite, le bras passé par l'un des trous; on engagea ensuite sous les doigts crochus un ruban auquel on suspendit un poids de six livres. Au bout de six minutes, la main et tout le bras se mirent à trembler, et au bout de quatre autres le poids tomba et les doigts furent redressés. »

Nous pourrions, au besoin, multiplier ces exemples, qui ne nous prouvent déjà que trop jusqu'à quel degré de ruse et de perversité peut s'abaisser l'esprit humain lorsqu'il a l'intérêt pour mobile; mais nous nous contenterons de faire remarquer combien aujourd'hui nous nous montrons bons princes pour les simulateurs, en songeant que les Grecs punirent de la peine de mort les maladies feintes. Ils modifièrent un peu plus tard leur redoutable législation, et les *faussaires* furent seulement exposés sur un échafaud avec des habits de femmes. Dans le douzième siècle, on envoyait une quenouille et un fuseau à ceux qui contrefaisaient des infirmités pour ne pas prendre part à la guerre sainte. En 1858, la quenouille et le fuseau sont transformés en un sac et un fusil de munition.

En fait de simulation, voici M. de Ramfréville, président de la cour d'assises de Rouen, qui ouvre l'audience. Prêtons une oreille attentive, et à bientôt le compte rendu.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr Gramoisy. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

rétique. Sa propriété fortement astringente et les proportions considérables de tannin qu'il renferme l'ont également fait préconiser par les anciens pour combattre les flux, la leucorrhée, les hémorrhagies passives, etc. Mais son action la plus remarquable peut-être est celle qu'il exerce sur l'appareil génito-urinaire. M. de Beauvais, cherchant à se rendre compte des succès obtenus avec cet agent dans les incontinences d'urine, dans les rétentions par engorgement de la prostate, a été conduit à penser qu'ils étaient produits en vertu d'une action directe sur la vessie, comparable à celle de la noix vomique ou plutôt du seigle ergoté, d'une excitation puissante des fibres de la vie organique, excitation qui rend la force, l'activité contractile aux organes relâchés ou affaiblis. En un mot, il a cru voir dans cet agent quelque chose de plus que la propriété astringente, une spécificité d'action due à un principe encore inconnu.

Quoi qu'il en soit, dirigé par ces idées d'une part, et se rappelant, d'une autre part, que M. Harris, en 1854, avait constaté que dans le cas de contractions insuffisantes de l'organe utérin avec épuisement nerveux, l'administration d'une forte décoction d'*uva ursi* était suivie de fortes douleurs expultrices et de la sortie rapide du fœtus et du placenta, M. de Beauvais s'était promis, à la première occasion, d'expérimenter cet agent comme excitant obstétrical, et de vérifier ainsi les observations de M. Harris.

Voici quels ont été les résultats de cette épreuve clinique dans les trois circonstances suivantes :

Une jeune femme de 22 ans, d'une constitution lymphatique et nerveuse, enceinte primipare, commence à éprouver les premières douleurs le 28 avril, dans la nuit. Le 29, au matin, le col aminci présentait une dilatation de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Le soir, même état; le 30 au matin, les douleurs sont presque continues, mais faibles. Comprenant qu'il avait affaire à un de ces accouchements paresseux, qui pouvait traîner ainsi longtemps, M. de Beauvais eut l'idée, à la manière d'Harris, de prescrire l'*uva ursi*. Il ordonna d'en prendre toutes les heures 1 gramme en infusion théiforme. — La première dose, au bout de trente-cinq minutes, détermina des contractions plus vives et plus directes dans l'utérus et des envies fréquentes d'uriner. A midi la deuxième dose fut administrée. A une heure les douleurs avaient changé et se renouvelaient activement de cinq en cinq minutes. De retour auprès de la patiente à quatre heures (une troisième dose avait été prise une heure auparavant), M. de Beauvais ne fut pas peu surpris de voir que la tête avait franchi le col. Dès ce moment le travail ne s'interrompit plus, et à sept heures et demie, sous l'influence de vives douleurs expultrices, la tête franchissait la vulve, malgré une forte résistance du périnée. Il ne sortit que peu de liquide amniotique, mais en revanche, des masses pelotonnées d'une graisse blanche et concrète comme de l'axonge furent évacuées. La délivrance se fit vingt-cinq minutes après l'accouchement. L'utérus revint activement sur lui-même. L'enfant était volumineux, mais parfaitement conformé et bien portant. — 6 grammes d'*uva ursi* avaient été administrés.

Ce premier fait lui ayant paru encourageant, M. de Beauvais n'hésita pas à revenir au même moyen dans le cas suivant :

Une femme de 24 ans, primipare, est prise de douleurs le 10 décembre depuis midi; il survient une perte abondante vers cinq heures, alors que le col offrait une dilatation d'un diamètre égal à celui d'une pièce de un franc. Le placenta s'insérait dans le voisinage du col. M. de Beauvais eut recours aussitôt à des compresses froides sur les cuisses et le bas-ventre, et à l'administration de 16 grammes de feuilles d'*uva ursi* pour un litre d'eau, à prendre en l'espace de quatre heures.

Les douleurs devinrent très-actives; la perte continua néanmoins jusqu'à onze heures du soir. A une heure du matin, l'accouchement eut lieu; l'enfant était mort. Le ramollissement de l'épiderme, sa couleur livide, la flaccidité des membres, le cordon exsangue, indiquaient que la mort remontait déjà à plusieurs jours. La délivrance fut faite immédiatement, et suivie de l'expulsion d'un flot de sang et de volumineux caillots. Néanmoins les suites de couches furent heureuses et le rétablissement prompt.

Ainsi, grâce à l'*uva ursi*, qui fut bien supporté, le travail fut activé, la perte suspendue, et l'accouchement qui menaçait d'être grave terminé heureusement.

Il est dans ce fait une autre circonstance qui mérite d'être également notée. Par suite du séjour prolongé de la tête dans le petit bassin, une paralysie de la vessie suivit l'accouchement. L'*uva ursi*, renouvelé à la dose de 4 grammes par jour, ramena la contractilité de l'organe et la facilité de la miction sans l'usage de la sonde.

Enfin, dans un troisième cas, où il s'agit encore d'une primipare chlorotique et tourmentée de gastralgie pendant la grossesse, les douleurs, survenues le 3 mars vers deux heures du matin, se prolongeaient sans avancement du travail depuis quarante-huit heures, la patiente perdant ses forces et son courage. L'enfant présentait l'extrémité pelvienne, le méconium s'écoulait abondamment avec le liquide amniotique. M. de Beauvais se décida dans la nuit suivante, vers une heure du matin, à donner une décoction d'*uva ursi* à la dose de 16 grammes pour un litre d'eau. Au bout de deux heures, le siége franchit le col utérin, et à six heures du matin l'accouchement et la délivrance étaient terminés.

M. de Beauvais s'est cru fondé à déduire de ces trois faits que l'*uva ursi* a une action utile, non-seulement dans les accouchements paresseux, ainsi que l'a affirmé M. Harris, mais encore dans la métrorrhagie compliquant le travail et l'expulsion d'un fœtus mort, voire même dans le cas de présentation de l'extrémité pelvienne chez une primipare.

Quant au mode d'administration de cet agent dans les accouchements simples, mais ralentis par la faiblesse des douleurs, l'atonie de l'utérus ou l'épuisement nerveux, voici celui qui a paru à M. de Beauvais le plus avantageux : donner toutes les heures un gramme de feuilles d'*uva ursi*, préalablement infusé dans une tasse à thé d'eau bouillante. Laisser refroidir à la volonté de la malade et sucrer. Mais s'il y avait métrorrhagie et par conséquent urgence d'obtenir un effet rapide, il conseille de faire une décoction à la dose de 16 grammes pour un litre d'eau, et d'en rapprocher l'administration le plus possible. Dans cette circonstance, il faut se rappeler que pendant les premières heures de l'administration du médicament la métrorrhagie semblera augmenter, tout le sang accumulé dans la cavité de l'utérus et dans le tissu même de l'organe étant activement expulsé sous l'influence des contractions utérines sollicitées par le médicament.

Pour les autres indications, hématuries, incontinence d'urine, leucorrhées, ménorrhagies, etc., voici la formule d'un sirop confectionné pour cet usage par M. Dethan :

Uva ursi.	90 grammes.
Eau bouillante.	q. s.
Sucre blanc.	1000 grammes.

Concassez grossièrement les feuilles d'*uva ursi*, placez-les dans l'appareil à déplacement; versez l'eau bouillante. Après douze heures de macération en vase clos, recueillez la colature; filtrez et faites avec le sucre un sirop par simple solution en vase clos et à la chaleur du bain-marie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mars 1858. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bras et mains artificiels. — M. LARREY présente un amputé du bras gauche, pour lequel, d'après ses indications, M. de Beaufort a construit un membre artificiel. C'est le perfectionnement d'un appareil soumis autrefois à l'examen de la Société (1).

Cet appareil figure les trois portions du membre, le bras, l'avant-bras et la main. Le bras et l'avant-bras forment une gaîne en cuir bouilli articulée au coude. L'avant-bras est mis en mouvement par la pression d'une pédale contre une petite plaque interposée entre le bras et la poitrine, près de l'aisselle; cette pédale abaisse une bride à charnière qui produit la flexion. L'appareil est soutenu et fixé, comme le crochet ordinaire des amputés, par une simple courroie, et non par un corsage incommode.

Quant à la main, celle qui avait été présentée en 1855 fonctionnait partiellement, au moyen d'une corde à boyau attachée à la bretelle. Le pouce seul était mobile, en pressant contre l'index, par un ressort dont l'action pouvait être limitée ou suspendue. C'est alors que M. Larrey engagea l'inventeur à se livrer à de nouvelles recherches pour donner à l'action de la main mécanique plus d'analogie avec celle de la main naturelle, en insistant sur la condition essentielle de proportionner la flexion et l'extension des doigts à des tractions plus ou moins prononcées. M. de Beaufort est parvenu à cet heureux résultat, en combinant les rapports et les mouvements de petites pièces de bois découpées, qui non-seulement remplacent les os de la main, mais se substituent aux muscles, de telle sorte qu'une même traction produit alternativement deux mouvements opposés, savoir, l'extension et la flexion des doigts. La pression est même graduée à volonté; la position des doigts varie selon la forme des objets saisis, comme dans l'état naturel; les positions du pouce sont surtout diverses; l'isolement du médius est facultatif; le poignet se fléchit un peu sur l'avant-bras; et de plus la main fermée ne peut être ouverte que par la répétition du mouvement qui a fait fléchir les doigts.

Mais ce mécanisme, d'ailleurs assez simple, n'est bien compris que sur la vue même du nouvel appareil prothétique. M. de Beaufort a eu recours à M. Charrière pour la fabrication du bras. Il a lui-même confectionné la main.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Sur une variété particulière d'anévrysme traumatique. — M. LEGOUEST donne lecture des deux observations suivantes :

J'ai eu l'occasion de voir dans le cours de l'année dernière deux anévrysmes traumatiques offrant cette particularité, qu'ils recevaient le sang par le bout inférieur du vaisseau divisé, à l'exclusion du bout supérieur spontanément oblitéré.

J'observai le premier chez un militaire, couché dans les salles de clinique du Val-de-Grâce, où il était entré pour un phlegmon diffus de l'avant-bras droit; cette maladie, traitée selon les règles de la pratique la plus éclairée, ne marchait pas franchement néanmoins vers la guérison, et des abcès subaigus se formaient de temps à autre à différentes hauteurs et dans la profondeur du membre dont les fonctions semblaient devoir être à tout jamais perdues. En l'absence de M. Larrey, un de ces abcès, siégeant vers le tiers supérieur de la face antérieure de l'avant-bras, fut ouvert par une ponction avec le bistouri; cette ponction donna lieu à un écoulement de sang vermeil, qui, d'abord mêlé de pus, sortit après peu d'instants pur, sans saccades, mais en quantité assez considérable pour inquiéter l'opérateur et l'engager à établir une compression sur le lieu même de la ponction.

Je fus prié de voir le malade cinq jours après l'accident; la petite plaie de la ponction, obstruée par un caillot solide, s'était en partie cicatrisée sous le pansement compressif; elle occupait le point culminant d'une tumeur oblongue, mal limitée, du volume d'un œuf environ, située sur le tiers supérieur du trajet de l'artère cubitale, et présentant des battements obscurs ou plutôt un mouvement d'expansion isochrone aux pulsations artérielles. Je proposai d'inciser séance tenante cette tumeur, que je considérais comme résultant de la lésion de l'artère cubitale, d'aller à la recherche de ce vaisseau et de le lier.

Ce ne fut que deux jours après que cette opération fut pratiquée.

Arrivé directement dans le foyer de l'abcès, qui avait servi de cavité à l'épanchement sanguin, je trouvai immédiatement le bout inférieur de l'artère cubitale, à peu près isolé, nettement coupé en travers, dont le sang s'échappait par jets vermeils et saccadés, et sur lequel j'appliquai une ligature. Je me mis alors à la recherche du bout supérieur du vaisseau, que je ne trouvai pas; aucun écoulement de sang n'avait lieu, même en l'absence de toute compression sur l'artère brachiale, et je me décidai, après un quart d'heure de recherches infructueuses, à remplir mollement la plaie avec quelques bourdonnets de charpie maintenus en place par une simple compresse.

Aucun accident ne survint; la ligature tomba le septième jour, et la plaie se cicatrisa lentement, en raison de l'état général du blessé et de la gravité de l'affection dont le membre avait été le siége.

Cet anévrysme était donc alimenté par le bout inférieur seulement du vaisseau lésé; la profondeur et l'arrivée en retour du sang par un long trajet m'expliquaient le peu de netteté et de vigueur des battements qu'on y percevait; mais l'insuccès de ma recherche du bout supérieur de l'artère me parut digne d'attention. Je savais bien que le sang avait pu s'arrêter et le vaisseau s'oblitérer par le resserrement et la rétraction qu'éprouvent les artères divisées; mais je ne pensais pas que ce phénomène pût s'exercer dans une étendue aussi considérable que celle que j'avais donnée en haut à mon incision. Afin de m'en rendre un compte exact, je coupai sur deux cadavres l'artère cubitale à l'endroit même où elle l'avait été chez le malade dont je rapporte l'histoire, c'est-à-dire au point où, cessant d'être oblique de dehors en dedans, elle gagne le côté externe du nerf cubital pour se porter comme lui directement en bas et parallèlement à l'axe de l'avant-bras, et je constatai que sur l'un des sujets l'artère s'était rétractée en haut de 0,03 cent., et que sur l'autre cette rétraction s'élevait à 0,05 cent. environ.

L'obliquité de l'origine de la cubitale, la naissance plus directe de l'artère radiale, la tension éprouvée par l'artère brachiale sur l'extrémité articulaire de l'humérus dans la position étendue de l'avant-bras sur le bras donnée au membre pendant l'opération, me parurent être les causes de l'exagération des phénomènes habituellement observés.

Le second fait soumis à mon observation est plus récent. Dans les premiers jours du mois de septembre, deux jeunes paysans tendaient un piége à loups; l'un d'eux, par plaisanterie, laissa échapper le ressort de l'instrument à demi bandé, tandis que son compagnon y avait engagé l'avant-bras droit. Le piége se referma assez énergiquement pour que trois des dents qui le garnissaient pénétrassent dans l'avant-bras; l'une d'elles fit sur le bord radial du membre une petite plaie qui saigna si abondamment, que les jeunes gens ne purent arrêter le sang qu'en disposant leurs mouchoirs de façon à établir une compression sur la blessure même. Ce pansement provisoire resta en place trente-six heures, après lesquelles la constriction douloureuse et le gonflement de l'avant-bras et de la main engagèrent le blessé à réclamer les secours d'un médecin, qui prescrivit l'application de compresses imbibées de teinture d'arnica.

Deux mois après, je vis le malade, qui me donna les détails précédents, et je constatai que le membre était à peu près revenu à son volume ordinaire, les téguments de la face antérieure étaient épaissis, adhérents aux tissus sous-jacents, et présentaient toutes les nuances de l'ecchymose à ses différentes périodes. A la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'avant-bras, existait une tumeur mal limitée, peu saillante, dont le grand axe était parallèle à celui du membre, du volume de la moitié d'une noix, plus dur dans le pourtour de sa circonférence qu'à son centre, où l'on voyait une petite cicatrice d'un rouge noir. Cette tumeur était agitée de mouvements d'expansion isochrones aux battements du cœur; la compression directe la réduisait imparfaitement; exercée au-dessus d'elle, son action était nulle; au-dessous, elle y faisait disparaître les battements.

Je pensai avoir affaire à un anévrysme faux imparfaitement circonscrit, et je m'expliquai l'inefficacité de la compression faite au-dessus de lui, sur le trajet de la radiale, par l'empâtement du membre au milieu duquel l'artère échappait à l'action du doigt.

Bien que le blessé pût se servir de sa main, tourmenté par des fourmillements et une pesanteur incommodes dans l'avant-bras et dans les doigts, il voulait être guéri.

J'incisai sa tumeur, et le sang jaillit aussitôt de la partie inférieure de mon incision, où je saisis le bout inférieur de la radiale, que je liai. Recherchant alors le bout supérieur, je ne pus le découvrir, et comme nul écoulement de sang n'avait lieu, alors même qu'aucune compression n'était faite sur l'artère brachiale, je jugeai inutile de poursuivre plus longtemps mes recherches : après une demi-heure d'attente, je pansai à plat la plaie préalablement remplie de charpie mollette, et le blessé guérit sans accident ultérieur.

Les dispositions anatomiques que j'avais invoquées pour expliquer l'oblitération du bout supérieur de la cubitale dans le premier cas, ne pouvaient l'être dans celui ci, et je fus forcé d'admettre que le resserrement et la rétraction, plus énergiques dans le bout supérieur que dans le bout inférieur du vaisseau divisé, avaient suffi pour en amener l'oblitération, favorisée sans doute par la compression directe exercée pendant les premières trente-six heures après l'accident.

Bien que ces deux affections aient été observées à l'avant-bras, où la lésion des artères exige presque toujours deux ligatures, en raison de la disposition spéciale de la circulation, elles me semblent démontrer cet enseignement, que dans les blessures d'artères donnant lieu, soit à un anévrysme, soit à une hémorrhagie, il faut, afin d'éviter une erreur ou une opération inutile, découvrir le vaisseau sur le lieu même de la lésion, et l'étreindre dans une ou deux ligatures suivant les cas.

Cette méthode est aujourd'hui assez généralement adoptée, aussi n'ai-je eu d'autre but, en relatant ces deux observations, que d'apporter de nouveaux faits en sa faveur, en même temps que de signaler comme

(1) Séance du 28 novembre 1855.

un phénomène de quelque intérêt l'oblitération spontanée du bout supérieur des vaisseaux d'une part, et de l'autre la liberté du bout inférieur, entretenant dans une cavité fermée les caractères d'une tumeur anévrysmale. »

M. LARREY, dans un cas analogue à ceux de M. Legouest, ayant à traiter un anévrysme traumatique de l'artère humérale consécutif à un éclat de verre, a eu recours également à la méthode ancienne, et a lié les deux bouts du vaisseau divisé. Le malade a bien guéri, et a été présenté à la Société de chirurgie (1).

M. BROCA prie M. Legouest de donner quelques détails de plus sur les conditions qui existaient chez son second malade, et qui l'ont décidé à préférer dans ce cas la méthode ancienne aux autres méthodes. Ordinairement en effet, on ne se décide à ouvrir le sac que lorsqu'on ne peut pas faire autrement.

M. LEGOUEST répond que le souvenir de son premier malade a été pour beaucoup dans la décision qu'il a prise. Ayant vu une fois le bout supérieur de la cubitale oblitéré, il espérait que pareille chose pouvait exister sur la radiale chez son second blessé. C'est ce qui l'a empêché de recourir à la méthode d'Anel, et il n'a pu que s'en féliciter, puisque la ligature de la radiale au-dessus du sac, si elle eût été exécutée, eût porté sur un vaisseau déjà oblitéré, et n'eût exercé aucune influence sur la marche de l'anévrysme.

M. CHASSAIGNAC est frappé de ce fait, qu'une poche terminée en cul-de-sac, et communiquant seulement avec l'un des bouts d'une artère coupée en travers, ait pu rester à l'état d'anévrysme. C'est contraire à ce qu'on observe ordinairement, et on ne comprend guère qu'avec une pareille disposition le mouvement du sang puisse continuer à s'effectuer dans l'anévrysme à un degré suffisant pour empêcher la coagulation. M. Chassaignac est donc porté à se demander si le bout supérieur n'était pas encore perméable, quoique trop petit pour fournir un jet de sang au moment de l'opération.

Au surplus, les faits de M. Legouest, quelque interprétation qu'on leur donne, montrent qu'avant de choisir la méthode opératoire dans le traitement des anévrysmes traumatiques, il faut étudier attentivement les changements respectifs que subit la tumeur lorsqu'on comprime alternativement l'artère au-dessus et au-dessous du sac.

M. LEGOUEST n'a pas été moins étonné que M. Chassaignac de la persistance des battements dans une poche sanguine qui ne recevait du sang que par le bord inférieur d'une artère; et c'est précisément cette particularité qui l'a déterminé à communiquer ses deux observations à la Société.

M. BROCA répond à une question de M. Chassaignac que la persistance des battements a été observée déjà plusieurs fois dans des conditions analogues à celles dont M. Legouest vient de citer des exemples. Sans parler des cas où la méthode de Brasdor n'a pas empêché la persistance et l'accroissement de l'anévrysme, on peut trouver dans les auteurs plusieurs exemples montrant que l'oblitération spontanée du tronc artériel immédiatement au-dessous du sac n'a pas arrêté le développement de la tumeur. Donald Monro a publié une observation de ce genre, et il y en a d'autres. En outre, on a vu des anévrysmes artériels se former au-dessus des ligatures, sur l'extrémité d'une artère terminée en cul-de-sac, soit à la suite des ligatures d'amputation, soit à la suite des ligatures appliquées dans la continuité des vaisseaux. Ruysch, Warner, MM. Parker et Delacour ont cité des cas de ce genre.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Abcès par congestion. — Injection iodée pénétrant dans le péritoine à travers une rupture. — Mort prompte. — M. MARJOLIN présente des pièces provenant d'un enfant âgé de cinq ans et demi, mort sept quarts d'heure après une injection iodée poussée dans un abcès par congestion déjà fistuleux.

A l'autopsie, on a trouvé que la paroi de l'abcès s'était rompue en un point, du côté du péritoine, et qu'une certaine quantité d'iode avait pénétré dans la cavité de cette séreuse. La rupture était située plus bas que la lésion de la colonne vertébrale; les os n'avaient pas été atteints par l'iode, ainsi que l'indiquait leur couleur parfaitement naturelle. Nous publierons bientôt cette observation importante.

M. BOINET demande à M. Marjolin si la rupture de la poche purulente paraissait ancienne ou récente.

M. MARJOLIN pense que cette rupture s'était produite pendant l'injection, mais qu'elle a été favorisée par l'amincissement préalable des parois de la poche. Il serait fort possible d'ailleurs qu'elle eût été déterminée par les mouvements convulsifs que l'enfant exécutait pendant l'opération. L'extension violente du tronc en arrière a bien pu suffire pour produire ce résultat.

M. BOINET pense que l'injection iodée a pénétré dans le péritoine, et dès lors ne s'étonne plus des accidents qui sont survenus. Il a observé une fois la pénétration de l'iode dans le péritoine chez une femme atteinte d'ascite, qu'il opérait par la méthode de l'injection, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Au moment où les premières gouttes de teinture d'iode arrivèrent dans le péritoine, la malade poussa un cri; M. Boinet s'arrêta aussitôt, reconnut son erreur, fit dans la cavité de la séreuse un lavage à grande eau, réussit à combattre de formidables accidents, et finit par guérir sa malade; mais cette observation l'a convaincu du danger immense qu'il y a à faire passer une injection iodée dans le péritoine. Les accidents survenus sur le petit opéré de M. Marjolin ont été bien plus terribles; c'est probablement parce que la quantité de liquide introduite dans le péritoine était plus considérable.

M. MOREL-LAVALLÉE demande à M. Marjolin comment il a pu savoir que l'iode n'était pas arrivé jusque sur la lésion osseuse, et s'il a trouvé un obstacle capable d'arrêter le liquide en chemin. Il ajoute que la mort très-rapide, presque foudroyante, peut survenir à la suite des épanchements abdominaux sans qu'on trouve à l'autopsie de lésions caractéristiques de la péritonite. Il en a vu plusieurs exemples.

M. MARJOLIN a su que l'injection n'était pas arrivée jusque sur les vertèbres malades, parce que ces vertèbres n'étaient pas tachées d'iode. Quant à l'obstacle qui a pu arrêter le liquide, il ne le connaît pas. Il reconnaît toutefois que la rupture de la poche, en ouvrant à l'injection une entrée facile dans le péritoine, a pu contribuer à l'empêcher de remonter plus haut. Mais il a dû en pénétrer bien peu dans cette cavité séreuse, puisque la sérosité péritonéale au moment de l'autopsie était très-peu colorée.

M. FORGET s'étonne qu'à l'autopsie on ait trouvé si peu d'iode dans le péritoine. Il demande si on a analysé la sérosité péritonéale pour savoir quelle proportion d'iode elle renfermait. Quant à la perforation, il ne comprend guère comment elle a pu se produire, à moins que M. Marjolin ne puisse donner d'autres explications. Il importerait en particulier de savoir quelle était la quantité de liquide qu'il injectait chaque fois, et à quelle profondeur il introduisait la sonde.

M. MARJOLIN a fait faire des analyses qualitatives et non quantitatives; il s'est assuré de la présence de l'iode dans les liquides et dans les tissus, mais il n'en a pas fixé la dose. Il ne peut donc répondre à la question de M. Forget. Il répond sur le second point qu'il a pris toutes les précautions opératoires possibles; qu'il n'a pas fait remonter la sonde plus haut que le ligament de Fallope; qu'il a fait pousser avec une force modérée. Il ne peut préciser la quantité de teinture d'iode qui a été injectée, mais il est parfaitement sûr que la poche n'a pas été distendue par ce liquide, puisque le trop plein revenait par regorgement entre la canule et les bords de la fistule.

M. BROCA, après avoir examiné la portion de colonne vertébrale présentée par M. Marjolin, prie ses collègues de constater qu'il ne s'agit ni d'une tuberculisation osseuse, ni d'une carie, ni d'une nécrose, mais d'une affection bien différente décrite depuis quelques années sous le nom d'arthrite vertébrale.

Conicité du moignon. — M. VERNEUIL présente le fémur d'un enfant à qui il a coupé la cuisse par la méthode à un lambeau antérieur. Le résultat parut d'abord fort bon; tout alla bien pendant quelque temps, et la plaie était presque fermée, lorsqu'un jour la peau devint rouge, les chairs se rétractèrent, la peau se perfora, et l'os fit à l'extérieur une saillie d'environ 3 centimètres. Cet os était blanc, dénudé, la cavité médullaire était béante, et tout paraissait annoncer qu'un séquestre annulaire volumineux allait se détacher; mais peu à peu la boutonnière de la peau se rétrécit; une membrane de cicatrice se prolongea de proche en proche à la surface de l'os, qui finit par se recouvrir entièrement, sans la moindre élimination de séquestre, sans la moindre exfoliation apparente.

Toutefois l'enfant s'éteignit au bout de quelques mois. M. Verneuil présente aujourd'hui le fémur et une partie des chairs voisines. Une couche osseuse nouvelle, assez épaisse, formée d'un tissu spongieux assez dense, forme autour de l'os ancien une gaîne sous-périostale qui s'étend depuis l'extrémité du moignon jusqu'au niveau des trochanters. Un petit séquestre en forme d'aiguille, et long d'environ 2 centimètres, est emprisonné sous l'os nouveau vers la partie supérieure. Quant à l'extrémité inférieure du moignon, elle ne présente aucune trace de nécrose actuelle ou passée.

Asphyxie par un bol alimentaire introduit dans les voies aériennes. — M. TRUDEAU, agrégé au Val-de-Grâce, présente le larynx et le pharynx d'un militaire mort presque subitement pendant un repas. Voici cette observation :

« Dimanche dernier (28 février), un sous-officier de grenadiers, âgé de trente-huit ans, d'une forte constitution, ayant un peu trop bu le matin, se trouva sans appétit au moment du repas. Il prit cependant son bouillon, et mit dans sa bouche un morceau de bœuf bouilli du volume d'un œuf. Après l'avoir à peine insalivé, il veut l'avaler; mais tout d'un coup on le voit changer de couleur et prêt à suffoquer. Un camarade lui enfonce dans le pharynx d'abord un doigt, puis le manche d'une cuiller, sans rien trouver. On le prend sous les bras, et on le conduit à sa chambre, au troisième étage de la caserne.

Il peut encore monter; mais la tête est tombante, la bouche entr'ouverte, la respiration anxieuse. Placé sur son lit, il fait quelques efforts incomplets de vomissements, et il expire. Dix-huit minutes s'étaient écoulées depuis le moment où il avait ingurgité le morceau de viande.

A l'autopsie, faite au Val-de-Grâce 48 heures après, je remarque une saillie très-prononcée de la région sus-hyoïdienne; la langue est repoussée en avant et en haut. Le doigt introduit dans la bouche sent un corps étranger un peu au-dessous de l'isthme du gosier. Les veines jugulaires antérieures, externes et internes sont distendues par le sang. Les poumons et le cerveau présentent tous les caractères de la mort par asphyxie.

Après avoir scié l'apophyse du menton, on sépare complétement la langue et le pharynx de leurs points d'attache; le larynx et l'œsophage sont coupés au niveau du sternum.

Le morceau de viande apparaît alors; il est arrêté à la base de la langue, immédiatement devant l'orifice supérieur du larynx. L'épiglotte, au lieu d'être abaissée, est relevée verticalement. Le morceau de viande pèse 37 grammes; il a la forme d'un cône de 6 centimètres de hauteur et de 12 centimètres de circonférence à sa base.

D'après les renseignements recueillis et l'examen de la pièce, le fait s'explique de la manière suivante : Le bol, trop volumineux, descend d'abord jusqu'au rétrécissement œsophagien, au niveau du cartilage cricoïde. Le malade respire avec peine, mais il peut encore monter à sa chambre. Vient un effort de vomissement qui fait remonter le bol; celui-ci relève l'épiglotte et se place comme un tampon devant l'orifice supérieur du larynx. Alors la mort par asphyxie est presque immédiate.

Ce fait doit rendre réservé dans l'usage des moyens employés pour faire régurgiter les corps étrangers introduits dans l'œsophage; on doit craindre qu'ils ne s'arrêtent au niveau de l'orifice des voies aériennes. Si ce fâcheux accident arrivait, on devrait se hâter de les saisir avec des pinces et de les extraire. Le peu de profondeur de la partie rendrait cette opération facile.

L'extraction devrait être faite lors même que l'on arriverait quelques minutes seulement après que la respiration a cessé. La mort peut n'être encore qu'apparente, et la respiration artificielle, secondée par les autres moyens conseillés contre l'asphyxie, peut produire dans des cas pareils une véritable résurrection. »

M. LARREY rappelle que les accidents de ce genre s'observaient assez souvent chez les soldats lorsqu'on les faisait manger à la gamelle commune; aujourd'hui qu'ils mangent plus tranquillement à la petite gamelle, ces cas sont devenus beaucoup plus rares.

M. CHASSAIGNAC, dans un cas où un tendon volumineux s'était arrêté dans l'œsophage, comme dans l'observation d'Habicot, s'est servi d'un paquet de sondes uréthrales pour repousser le corps étranger jusque dans l'estomac.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : P. BROCA.

M. le docteur Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera son cours clinique sur les maladies de l'enfance le mercredi 17 mars à neuf heures, et le continuera les mercredis et samedis à la même heure.

Toutes les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées sont maintenant prêtes. Nos confrères peuvent donc les faire prendre dès à présent dans nos bureaux.

Des habitudes dans l'armée, étude d'hygiène militaire; par M. le docteur VINCENT, médecin-major au 7e chasseurs. Un vol. grand in-18. Prix, 1 fr. 50 c. — Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

(1) Séance du 5 novembre 1856.

N° 31. — MARDI 16 MARS 1858.

(31e ANNÉE.)

N° 31. — MARDI 16 MARS 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 15 mars 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Marey a lu dans cette séance un mémoire sur les conditions hydrauliques de la circulation du sang. L'auteur a cherché à résoudre, à l'aide d'expériences faites avec des tubes élastiques, cette délicate question de mécanique animale, savoir : quelle est l'influence des tubes élastiques sur la quantité et la forme de l'écoulement. Sous le rapport de la quantité, il est arrivé à cette conclusion importante, que l'élasticité des tubes augmente la quantité de l'écoulement; mais cette influence favorable de l'élasticité des tubes sur la quantité de l'écoulement n'a lieu facilement que dans les cas où l'afflux est intermittent, ce qui est précisément le cas des vaisseaux sanguins. Or, c'est pour avoir négligé cette condition essentielle de l'intermittence de l'afflux, que d'autres expérimentateurs avaient tiré de semblables expériences des conclusions toutes différentes. La connaissance de ce fait donne la clef d'un phénomène d'anatomie pathologique bien connu et qui en est à son tour la confirmation, le développement d'une hypertrophie du cœur dans les cas où les artères ont perdu leur élasticité.

On trouvera, dans l'extrait que nous publions plus loin, l'énoncé de quelques autres faits de physiologie que ces expériences tendent à éclairer.

Dans une précédente communication sur l'hématocèle rétro-utérine, M. A. Puech, de Toulon, s'est attaché à démontrer que cette sorte de tumeur n'est point une espèce morbide, mais un genre fondé sur un caractère anatomique commun et dont l'origine est multiple. Quelques-unes des origines les plus communes sont indiquées dans ce travail. M. Puech a présenté un nouveau mémoire dont le sujet se rattache à l'étude de cette question de pathologie. Il s'est proposé de rechercher les rapports que l'hémorrhagie vésiculaire physiologique et l'hémorrhagie vésiculaire morbide ont avec l'hématocèle. Sa conclusion est que l'hématocèle rétro-utérine ne reconnaît ni l'une ni l'autre de ces origines.

MM. Mayer, Heurteloup, Morel et Gigon, ont adressé des notes relatives à de précédentes communications. Nous n'avons pas à nous y arrêter ici. Nous ne pouvons que mentionner également deux communications destinées aux concours pour les prix, un travail de M. Foy sur l'état des liquides et des solides dans les fièvres continues, et une note de M. Cadet sur le traitement du choléra-morbus au moyen de hautes doses de laudanum de Sydenham administrées coup sur coup.

Dans l'une des précédentes séances, M. le secrétaire perpétuel a présenté à l'Académie, au nom de M. le docteur A. Niobey, un ouvrage imprimé intitulé *Histoire médicale du choléra-morbus épidémique qui a régné en* 1854 *dans la ville de Gy* (*Haute-Saône*). C'est le compte rendu scientifique d'une mission dont M. le docteur Niobey fut chargé pendant la cruelle épidémie qui décimait à cette époque la population de cette contrée. « Cet ouvrage, a dit M. le secrétaire perpétuel, fait avec un soin extrême et un talent remarquable, se distingue sous tous les rapports des autres ouvrages du même genre. Les faits que rapporte M. Niobey ont été bien observés, les observations sont parfaitement résumées, et la statistique qui l'accompagne, appuyée sur des éléments nombreux, est très-intéressante dans ses résultats. Il serait fort à désirer que tous les travaux sur le choléra, que l'on adresse à l'Académie, fussent, en tant que méthode et disposition des matériaux, semblables à celui-ci. » Nous ne pourrions rien ajouter à cette appréciation de M. le secrétaire perpétuel. — Dr Brochin.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF de la tuberculisation pulmonaire;

par M. Champouillon.

Parmi les phthisiques, il en est qui ont toujours été et qui restent de véritables eunuques relativement aux désirs charnels; d'autres, au contraire, montrent une ardeur excessive pour les plaisirs de l'amour. La lubricité, chez ces derniers, est-elle cause ou effet de l'affection tuberculeuse?

La physiologie nous enseigne que l'appétence génitale est sous la domination exclusive de l'encéphale ou des organes sexuels. En raison même de son point de départ, cette appétence se manifeste avec des nuances, des expressions différentes : elle se déclare avec la puberté. Celle-ci marque le moment où éclatent les orages des sens, le moment où l'homme devient apte à la procréation, le moment enfin où s'établit un mouvement fluxionnaire vers l'appareil respiratoire. Il ne parait pas que, même durant cette période d'effervescence, le poumon exerce aucune irradiation sur les parties sexuelles, et s'il est associé, comme d'autres organes du reste, à l'accomplissement de l'acte générateur, ce n'est que pour en éprouver le retentissement sympathique, et non pour en donner le signal. La phthisie étant favorisée par toutes les influences débilitantes, et étant elle-même une cause d'affaiblissement général, ne semble guère propre à solliciter l'orgasme génital. Chez la plupart des tuberculeux, les organes de la reproduction tombent au contraire dans un état de torpeur dont ils ne sortent ni par impulsion ni par nécessité. La salacité attribuée aux poitrinaires n'est donc qu'un vulgaire préjugé.

Tous les hommes ne ressentent pas au même degré les effets physiologiques ou morbides de la copulation; l'âge, le tempérament, l'idiosyncrasie, font varier les caractères et l'intensité de la stimulation génitale. Mais quelle que soit l'aptitude individuelle à la fonction reproductrice, celle-ci ne doit jamais être poussée au delà des besoins réels. Il y a toujours péril à dépasser cette mesure légitime, surtout pour les novices fougueux de la virilité, car bientôt tout se fane et s'étiole en eux; à peine émancipés de l'enfance, ils paraissent déjà décrépits. Les excès amènent insensiblement l'affaiblissement des forces physiques et intellectuelles, une pesanteur importune des idées et des mouvements, l'infécondité, l'impuissance, les palpitations et la phthisie pulmonaire. Tel est le sort habituel des adolescents qu'une précocité mal contenue pousse aux excès vénériens; chaque assaut les exténue, mais rien ne les rebute; incapables de réprimer de frénétiques transports, ceux-là deviennent poitrinaires et meurent pour avoir trop aimé.

Les besoins du sens génital auxquels l'âge mûr donne une satisfaction démesurée, produisent moins souvent la phthisie, mais ils déterminent le ramollissement cérébral, la démence et la paralysie. Ces désordres s'observent particulièrement à la suite des unions disproportionnées sous le rapport de l'âge. Sur 108 cas de démence et de paralysie dont j'ai étudié et suivi le développement chez des officiers, 64 avaient pour cause des convoitises un peu tardives. Voici, du reste, comment s'explique ce fait assez commun dans la nosologie militaire.

On se marie peu dans les rangs subalternes de l'armée; on attend pour cela la possession d'un grade élevé. En général ce n'est guère que vers l'âge de quarante ans et après avoir largement usé de toutes les franchises d'un célibat cosmopolite, que l'officier songe à la vie conjugale, et quand il s'y décide, son choix se porte presque toujours sur une personne relativement très-jeune. Le nouvel époux, sourd à la voix de la prudence qui lui conseille la modération, dissimule avec soin tous les signes apparents de la maturité, prend les allures altières d'une juvénilité ardente et robuste, et, pour ne point se démentir, il va souvent beaucoup au delà du train raisonnable de la vie. Ces prouesses imprudentes sévissent progressivement par hyperémie ou par épuisement, sur les centres nerveux, et y produisent des altérations irrémédiables.

Si la vanité est souvent le mobile des plus grandes choses, en revanche elle fait quelquefois des victimes, même en amour, puisque l'amour tue ou rend fou ceux qui en abusent.

Le mariage étant indissoluble, l'hygiène et la morale prescrivent de ne point s'y engager avant d'avoir acquis la certitude d'y être propre. Or, comme l'exercice des devoirs conjugaux comporte des stimulations que partage l'économie entière et particulièrement le poumon des adultes, il s'ensuit que les individus suspects de tuberculisation doivent se résigner à la chasteté et au célibat pendant la période de la vie comprise entre l'avénement de la puberté et l'âge viril.

La tempérance génitale est une précaution plus impérieuse encore pour les sujets atteints de phthisie confirmée. Du reste, la continence leur est une vertu facile, car ils ont plus de penchant pour le repos que pour l'activité sexuelle.

Un effet propre au mariage, c'est d'établir entre les deux époux une solidarité physiologique et morale; ajoutons, dit M. Lévy, qu'il est la santé ou la maladie à deux. Il est assez naturel, en effet, que les membres d'une même famille se ressentent des influences qui pèsent sur la cohabitation intime et continue : il en est ainsi principalement pour les maladies contagieuses. La phthisie se trouve-t-elle dans ce cas?

Dans quelques contrées méridionales de l'Europe, cette affection passe pour éminemment contagieuse aux yeux du peuple, des magistrats et même de quelques médecins. C'est en Italie surtout que l'idée de la contamination a trouvé le plus de partisans. Dans ce pays, on a coutume de séquestrer les poitrinaires; on brûle ou l'on vend tout ce qui a appartenu à ceux qui ont succombé; on désinfecte et l'on repeint les appartements qu'ils avaient occupés.

N'est-on pas suffisamment autorisé, en effet, à prendre des gages contre la transmission des tubercules, quand on voit, comme à Uzuriaga, un cordon de sonnette infecter successivement plusieurs religieuses; quand on voit, comme Panaroli, un visiteur devenir poitrinaire pour avoir marché sur les crachats d'un phthisique, et des mouches tomber mortes pour avoir effleuré le pus d'une caverne? Et c'est avec de pareilles anecdotes cependant que l'on prétend résoudre les questions de prophylaxie, que l'on jette l'effroi dans les familles et qu'on y intimide le dévouement!

Des hommes d'une grande autorité nient absolument la transmission de la phthisie, soit par infection, soit par contact, soit par inoculation. M. Bricheteau a traité, dit-il, un grand nombre de tuberculeux presque tous entassés avec leur famille dans des habitations étroites et insuffisantes, usant du même lit, des mêmes ustensiles, etc., jamais aucun fait de contagion péremptoire n'est venu à sa connaissance.

Bosquillon, qui a eu occasion de voir et de suivre des milliers de phthisiques à Paris, n'a pu s'assurer qu'aucun d'eux le soit devenu par le contage ou par l'infection.

Dans nos hôpitaux, on ne paraît pas avoir non plus grandement foi dans la contagion, puisqu'on laisse les tuberculeux vivre dans un état de promiscuité complète avec les autres malades.

Pour M. Andral, la question n'est pas résolue, et dans le doute il se borne à recommander quelques précautions aux personnes qui ont des rapports journaliers avec les phthisiques, surtout pendant les derniers temps de la maladie. Mais ces précautions, quelles sont-elles, et contre quelle sorte de danger doivent-elles être prises?

Faut-il s'abstenir de tout contact avec les malades? Nullement, puisque le tubercule n'est ni un virus ni un venin; il n'est pas d'avantage un miasme. Quel inconvénient dès lors y a-t-il à partager la chambre et le lit d'une personne dévorée par la consomption pulmonaire?

Nul autre inconvénient que celui qui résulte de la consommation d'un air usé, chargé d'émanations altérables ou altérées. Si les assistants qui vivent dans ce milieu subissent en outre autour du malade l'influence prolongée de l'insomnie, des fatigues, des chagrins, ils se trouvent alors dans une des situations les plus menaçantes pour le poumon, surtout s'il y a chez eux prédisposition acquise ou héréditaire à la tuberculisation.

Expliquer d'une autre manière, par l'hypothèse de la contagion ou de l'infection, par exemple, les cas de phthisie née sous le régime de la communauté, ne serait qu'une interprétation manquée, c'est-à-dire la reproduction banale d'une antique superstition.

Séquestrer les tuberculeux est une mesure que rien ne justifie; s'éloigner d'eux est une lâcheté inutile. Il ne s'ensuit pas néanmoins que les personnes associées aux phthisiques doivent dédaigner toute précaution sanitaire; mais la prophylaxie, dans ce cas, se borne à prescrire de l'air pur, de l'intermittence dans les soins et de la distraction, quand elle est possible.

L'ampleur de la poitrine et des poumons constitue pour quelques médecins une sorte d'immunité contre la phthisie. L'étroitesse, l'aplatissement, toutes les altérations de forme ou de diamètre du thorax, la saillie des omoplates, la gracilité du tronc et des membres seraient au contraire les signes précurseurs

de la tuberculisation. Bien que les individus ainsi conformés aient pour la plupart une existence souffreteuse, surchargée de malaises, il ne faut pas néanmoins exagérer l'importance étiologique de ces dispositions anormales, car un grand nombre de tuberculeux étaient, avant l'invasion de la maladie, des sujets robustes, vigoureux et parfaitement constitués; et que, d'autre part, tous les rachitiques ne deviennent pas poitrinaires. L'homme peut donc vivre avec une poitrine étroite, sans être pour cela voué à la phthisie; la *cyrtométrie*, de même que la *spirométrie*, me paraissent absolument impropres à diagnostiquer sa destinée.

S'il est démontré que l'exiguité des poumons n'est pas incompatible avec l'état de santé, elle constitue cependant une véritable prédisposition à certaines maladies, telles que l'emphysème et la congestion pulmonaires, l'hypertrophie ou l'anévrisme du cœur, les palpitations, la dilatation des gros vaisseaux, l'hémoptysie. En effet, ces diverses lésions résultent habituellement d'un défaut de concordance entre la capacité des poumons et l'activité imprimée à la circulation et à la respiration par les exercices violents, les allures vives et rapides, le chant, etc.: il en est de même des entraves apportées à la locomotion thoracique; elles équivalent, pour l'effet, aux déformations congéniales, ainsi qu'aux inconvénients de l'effort prolongé.

En France, la statistique établit que la phthisie est plus commune chez la femme que chez l'homme: on a attribué cette fréquence relative à l'usage de certains vêtements, et particulièrement des corsets.

Le corset est en effet le principal vêtement des femmes; il les aide à simuler et à dissimuler: il a été inventé pour donner à la taille des contours de fantaisie, pour recevoir le sein et endiguer ses folles ondulations.

L'influence de cet ajustement sur la phthisie n'est peut-être qu'une assertion exagérée. En la supposant réelle, elle serait bien difficile à démontrer, car il faudrait, chose à peu près impossible, comparer entre elles un grand nombre de femmes de même âge, de même condition, dont les unes auraient porté des corsets de très-bonne heure, et les autres à la fin de leur accroissement, et voir si la proportion des phthisiques est plus considérable dans un cas que dans l'autre. M. Louis, si impartial et si lumineux dans ses jugements, fait remarquer que la part des corsets dans la phthisie, et en général de celles des choses qui nuisent au développement du corps, est d'autant plus douteuse que la tuberculisation pulmonaire se trouve à peu près également fréquente chez les sujets d'une constitution forte et chez ceux qui ont une constitution faible, qu'elle est plus commune chez le sexe féminin que chez le sexe masculin, à tous les âges de la vie, avant comme après l'usage des corsets. Quand ceux-ci consistent en une ceinture élastique à grandes dimensions, sans lames rigides, et modérément serrée à la base de la poitrine, ils obvient à la sensation de fatigue que les femmes éprouvent dans la position assise ou debout, en même temps qu'ils offrent un point d'appui au tronc habituellement penché en avant pendant les occupations de la vie sédentaire. A ces conditions, le corset ne peut qu'être avantageux, car il se concilie avec les exigences des habitudes et de l'organisme de la femme.

Ce qui expose les femmes à la bronchite, ce qui les conduit à la phthisie, c'est l'insanité de leur costume, c'est le despotisme de la mode qui les oblige à paraître en public la poitrine uniquement vêtue d'un camée ou d'une émeraude.

Quoique nous ne considérions pas l'étroitesse de la poitrine comme une prédisposition fatale à la phthisie, nous sommes convaincu cependant que l'ampleur du thorax et des poumons est un gage de force et de santé, une qualité indispensable à l'exercice de quelques professions. C'est à l'orthomorphie, à la gymnastique médicale employée de bonne heure et à propos, qu'il faut demander cette expansion de la poitrine.

Il n'est point de considérations morales ou hygiéniques capables de prévaloir contre les diaboliques inspirations de la coquetterie. La femme se croit née pour plaire, et, pour y réussir, elle se résigne à toutes les tortures, elle brave résolûment tous les dangers. Aussi les femmes ne s'habillent-elles ni contre le froid ni contre le chaud; elles s'habillent uniquement pour être vues.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Nonat.

Hystérie et rétention d'urine symptomatiques d'une métrite interne et d'un phlegmon péri-utérin.

(Observation recueillie par M. E. Bisson.)

Les affections utérines peuvent donner lieu aux désordres les plus graves et les plus variés. Nous avons déjà rapporté l'observation d'une malade atteinte d'accidents hystériformes, que nous avions rattachés à un engorgement péri-utérin et à une métrite interne du col et du corps de l'utérus (1). Le traitement employé contre ces deux affections avait fait disparaître l'hystérie, et depuis lors la guérison s'est soutenue. Nous publions aujourd'hui une observation qui présente un exemple d'attaques d'hystérie et de rétention d'urine se rattachant, ainsi qu'on le verra, à la même cause.

La nommée R... (Adèle), âgée de vingt et un ans, non mariée, d'une assez bonne constitution et d'un tempérament nerveux lymphatique, a eu ses règles à quatorze ans, après de vives souffrances. Les époques menstruelles se succédèrent très-irrégulièrement, et il y eut souvent des retards de deux et même trois mois. Les règles, du reste, étaient peu abondantes et fort douloureuses. La malade éprouvait alors dans tout le bas-ventre, et spécialement à gauche, des douleurs si intenses, qu'elle était obligée assez souvent de garder le lit. A dix-neuf ans elle commença à souffrir, aussi bien dans l'intervalle des règles que pendant leur durée. Les digestions devinrent pénibles, et furent fréquemment suivies de vomissements; la constipation était opiniâtre. En même temps, il survint une grande difficulté d'uriner, et au bout de deux mois environ, il y avait rétention d'urine complète.

Au mois de janvier 1857, les règles ne parurent pas; cette suppression rendit aux douleurs toute leur intensité. La malade n'eut plus un moment de répit. Le cathétérisme s'accompagna de souffrances si vives, qu'il fut souvent suivi d'une crise hystériforme; bientôt même il y eut de ces crises deux et trois fois par jour, soit sous l'influence du cathétérisme, soit sous l'influence d'une vive émotion, et, chose remarquable, il n'en survenait jamais quand la vessie était dans l'état de vacuité.

Ces attaques hystériformes étaient toujours précédées de douleurs dans le bas-ventre, et se montraient d'autant plus violentes et plus longues que celles-ci avaient été plus intenses. Du reste la sensation de la boule hystérique se faisait sentir dans les quelques instants qui précédaient les crises. Pendant leur durée, la malade cessait de souffrir, perdait connaissance, et, quand tout était fini, R..., suffoquée, se mettait à pleurer abondamment, sans toutefois avoir le moindre souvenir de ce qui venait de se passer.

C'est dans cet état que la malade fut adressée à M. Nonat. En raison des douleurs qu'elle accusait dans tout le bas-ventre et de leur caractère, M. Nonat soupçonna immédiatement l'existence d'une affection utérine, qui réagissait sur la vessie et provoquait les attaques d'hystérie. On pratiqua toutefois le cathétérisme de la vessie, qui fut très-douloureux. On constata un spasme très-prononcé et une sensibilité anormale de l'urèthre. Les urines étaient chassées par la sonde avec assez de force, et elles ne présentaient aucune altération. Tout cela excluait déjà la probabilité d'une lésion dans l'appareil urinaire; mais pour bien établir que la rétention d'urine n'était pas liée davantage à un état nerveux, qu'elle n'était nullement idiopathique, M. Bonnefin voulut bien soumettre la vessie à l'action d'un double courant par induction. Cette opération répétée sept jours de suite ne fit qu'accroître les souffrances, sans amener aucun changement du côté de la vessie.

Entrée à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 3, le 31 juillet 1857, on constate à l'examen des organes génitaux l'existence d'une antéflexion de l'utérus et une sensibilité exagérée par la pression hypogastrique et le toucher vaginal.

En arrière du pubis, sur la ligne médiane, on rencontre une grosseur mobile, bien distincte, développée dans le tissu cellulaire, placée entre l'utérus et la vessie, un peu aplatie, solide, non fluctuante, douloureuse au toucher, et du volume d'une petite noix. A droite et à gauche se trouve, dans les ligaments larges, une grosseur plus considérable, non fluctuante, non douloureuse, et nettement séparée du corps de l'utérus. La pression sur chacune de ces tumeurs donne la sensation d'un battement artériel, plus prononcé toutefois à droite. De là les douleurs s'irradient dans tout le bas-ventre, dans la cuisse, jusqu'au genou. Le ventre est tendu, boursouflé et douloureux; il y a de la faiblesse et de l'engourdissement dans la jambe gauche.

Malgré la chloro-anémie, M. Nonat prescrit une saignée de 125 gr., qui n'amène aucun soulagement.

Le 3 août, on examine au spéculum les organes génitaux. Le col de l'utérus est rouge et injecté; le vagin est rempli d'une grande quantité de mucus épais, visqueux, blanchâtre; on voit sortir par l'orifice utéro-vaginal un mucus de même nature. Les deux lèvres du museau de tanche sont d'un volume normal. — Cinq ventouses scarifiées sur les reins, du côté gauche.

Semblable application est renouvelée le 5. Des attaques de nerfs continuent à suivre invariablement le cathétérisme; mais les vomissements ont cessé, les douleurs du bas-ventre ont perdu de leur intensité.

Le 8, deux vésicatoires volants sont placés sur les fosses iliaques, et ne procurent que peu de soulagement.

Les jours suivants, on pratique, après le cathétérisme, une injection d'eau fraîche dans la vessie, et il en résulte une notable diminution dans l'intensité des souffrances qui suivent l'opération. Les crises nerveuses hystériformes sont moins longues et moins violentes depuis le 6; et à partir du 10 août elles ne suivent pas toujours l'introduction de la sonde. On essaye le cathétérisme pendant huit jours avec des sondes graduées, sans que l'on puisse en constater quelque bon résultat.

Le 16, quinze sangsues sur le bas-ventre; la malade éprouve une amélioration très-marquée. Deux jours se passent sans aucune crise hystériforme, et M. Nonat examine la tumeur placée en arrière du pubis: elle paraît avoir augmenté de volume et remonte jusqu'au col de la vessie. Le toucher vaginal et le cathétérisme qui le suit provoquent une attaque de nerfs.

Le 18, nouvelle application de quinze sangsues.

Le 21, cautérisation transcurrente légère sur le bas-ventre. Le lendemain, la malade est moins abattue, le jet des urines se fait avec plus de force; le bas-ventre est aussi douloureux. — Nouvelle application de quinze sangsues.

Pas de nouvelles attaques du 18 au 25 août.

Ce jour-là, il survient de vives souffrances du côté de l'estomac avec mouvement fébrile, qui cèdent en quelques jours à un régime sévère.

Le 4 septembre, quelques gouttes d'urine peuvent être rendues, mais sans que le besoin de la miction se soit fait sentir. — Le lendemain, à son réveil, la malade éprouve ce besoin et peut uriner seule. Pas de fièvre, plus de crises. Cette amélioration se soutient jusqu'au 12 septembre. Puis la miction redevient dans la journée douloureuse et moins facile. Il faut revenir au cathétérisme, qui n'amène aucun accident. — Cataplasmes chloroformés, quinze sangsues sur le bas-ventre.

Le 13 septembre, cette dernière application de sangsues a procuré un grand soulagement. Une nouvelle cautérisation transcurrente sur le bas-ventre et les reins achève d'enlever toutes les douleurs. La journée se passe dans l'état le plus satisfaisant.

Le 17, les douleurs du bas-ventre reparaissent tout à coup avec une assez grande intensité: quinze sangsues appliquées sur cette région restent sans effet. Le soir, la malade urine peu et difficilement. On est obligé de revenir le lendemain au cathétérisme, qui est suivi de deux attaques hystériformes très-courtes. Toutefois les souffrances actuelles ne sont rien en comparaison de celles que cette femme éprouvait à son entrée. Les crises qui suivent le cathétérisme ne sont ni aussi longues ni aussi violentes.

Le 19, la malade n'a pas d'attaque après le cathétérisme; le soir, elle peut même uriner un peu seule.

Le 20, les règles arrivent à leur jour fixe, coulent d'une façon normale et ne déterminent aucune douleur; mais la rétention d'urine reparaît complètement. Il ne survient pas de nouvelles attaques en dehors du cathétérisme. Les règles s'arrêtent le 22 au soir.

Le 23, la malade n'a pas d'attaques après le cathétérisme, mais dans la journée les douleurs du bas-ventre se réveillent, surtout à gauche, et de ce jour jusqu'au 5 octobre, non-seulement la malade a des crises hystériformes après avoir été sondée, mais il suffit, dans la journée, d'une contrariété ou d'une exagération de souffrances, pour qu'elle tombe dans des attaques qui sont cependant moins longues et moins violentes qu'autrefois. Le chloroforme en inhalations ou en topique produit un grand calme. Les crises se succèdent parfois à deux et trois minutes d'intervalle.

M. Nonat pratique une cautérisation transcurrente sur le bas-ventre le 5 octobre, et prescrit des frictions à la partie externe du vagin et sur le méat urinaire avec un onguent belladonisé dont on recouvre également la sonde; on continue les injections d'eau fraîche dans la vessie, après le cathétérisme. Les crises deviennent moins fréquentes, il n'en survient même que deux du 9 au 15.

Une cautérisation transcurrente et une saignée du bras de 60 grammes amènent une amélioration passagère, qui est suivie du retour de tous les troubles du tube digestif; ceux-ci se dissipent graduellement à leur tour après une diète de trois jours.

Le 18 octobre, les règles apparaissent sans crises nerveuses, et s'arrêtent subitement le 19, après une contrariété. Le lendemain, on trouve la malade très-agitée; le pouls est à 116 pulsations; la congestion vers le bas-ventre est considérable, ainsi que les douleurs. On pratique une saignée de 45 grammes, et le soir la malade urine seule.

Le lendemain, elle n'accuse aucune souffrance; mais pas d'amélioration du côté de la vessie, on continue le cathétérisme.

Le 26 octobre, nouvelle saignée de 45 grammes.

La malade urine seule, mais avec difficulté, jusqu'au 30; puis, tout en conservant le besoin d'uriner, elle ne peut plus satisfaire ce besoin. — Cautérisation transcurrente et saignée de 45 grammes.

Le 4 novembre, on est obligé de revenir au cathétérisme, qui est très-douloureux, et le lendemain matin il détermine une attaque très-violente qui ne dure pas moins de dix minutes. Ces crises se répètent deux fois par jour jusqu'au 14. Cependant la malade est dans des conditions bien meilleures.

Le 14 novembre, elle est sondée très-facilement et sans qu'il survienne d'attaque. A partir de ce jour, elle prend tous les matins un bain de siége tiède.

Les règles arrivent le 19 novembre, au soir; elles se passent sans crises nerveuses; la rétention d'urine persiste. La malade paraît beaucoup mieux; mais avec la cessation des règles reparaissent les douleurs du bas-ventre et des reins, et les crises hystériformes après le cathétérisme. — Saignée de 60 grammes.

Le 22, l'amélioration va croissant tous les jours. Une cautérisation transcurrente sur les reins et sur le bas-ventre, et une application de sangsues, procurent un grand soulagement.

Le 1er décembre, la malade urine seule. Cependant il faut de temps en temps recourir au cathétérisme, qui du reste n'est plus jamais suivi d'aucun accident. Une nouvelle cautérisation transcurrente le 8 octobre, et une application de sangsues le 9, enlèvent complètement la douleur du bas-ventre; la malade cesse de perdre en blanc.

Le 12 décembre, les règles arrivent sans douleur. La malade continue d'uriner seule et facilement. Les règles finissent le 14, et le lendemain on fait une saignée de 60 grammes.

L'état de la malade continuant d'être très-satisfaisant, le 17 on lui accorde son *exeat*, en lui donnant la prescription suivante à suivre pendant quelques mois: saignée de 45 grammes après chaque époque et dans l'intervalle des règles, s'il se manifeste quelque recrudescence; manuluves; repos autant que possible; bonne nourriture.

R... a fait savoir depuis lors que sa guérison se maintenait, et qu'il ne s'était plus manifesté aucun accident.

Ce fait présente plusieurs questions dignes d'intérêt, mais il en est deux sur lesquelles nous appelons spécialement l'attention: les crises hystériformes et la rétention d'urine.

Les crises nerveuses étaient-elles idiopathiques ou symptomatiques? La réponse n'est pas douteuse. Elles étaient symptomatiques. Elles étaient liées, en effet, aux recrudescences des douleurs du bas-ventre et du conduit excréteur de l'urine qui réagissaient sur le système nerveux et provoquaient les accidents.

Quelle était la cause des troubles fonctionnels de la vessie? Sous quelle influence s'était produite la rétention d'urine? Comment expliquer l'absence du besoin d'uriner et le spasme de l'urèthre? — Fallait-il en chercher la cause dans l'appareil urinaire? Sans doute, elle peut se trouver parfois dans cet appareil; mais chez la malade qui fait le sujet de cette observation, rien ne démontrait qu'il en fût ainsi, et tout se réunissait pour prouver le contraire. En effet, l'urine n'offrait aucune altération, n'indiquait aucun symptôme d'une maladie de vessie.

Les troubles fonctionnels étaient-ils liés à une névralgie uréthrale? — Cette sorte de névralgie nous expliquerait très-bien le spasme de l'urèthre, les douleurs du cathétérisme. Mais comment rattacher à une lésion de ce genre l'absence du besoin d'uriner avec la persistance des contractions musculaires de la vessie, et cette sorte de paralysie du sentiment au col de l'organe distendu par les urines? Cette réunion de symptômes était quel-

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 novembre 1857.

que chose d'anormal dans les affections des voies urinaires, nous ne pouvions nous arrêter à la pensée d'une névralgie uréthrale.

Ces faits si bizarres et si peu d'accord avec ce que l'on trouve dans les diverses affections de la vessie, nous firent donc penser qu'il fallait en chercher ailleurs la cause, et que nous la trouverions peut-être dans une lésion de l'utérus et de ses annexes exerçant sur la vessie une action refluxe semblable à celle qu'elle peut exercer sur la sensibilité et la myotilité. Les pertes blanches analogues à du blanc d'œuf, les douleurs aiguës que la malade éprouvait dans tout le bas-ventre et surtout à gauche, d'où elles s'irradiaient dans les flancs, les reins et les cuisses, le début des souffrances avec l'établissement des règles et leur prompte aggravation après une suppression brusque de la menstruation, les recrudescences qui coïncidaient avec les époques du flux sanguin, tout venait nous confirmer dans notre opinion. Nous examinâmes avec le plus grand soin les organes génitaux, et, si l'on n'a pas perdu de vue les lésions que nous pûmes constater, on comprendra comment nous n'hésitâmes pas à considérer la métrite interne et l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin comme les causes de tous les accidents éprouvés par la malade. De là se déduisaient tout naturellement les bases de notre traitement.

Cependant, en vue de prévenir toute objection, nous voulûmes essayer en premier lieu de combattre la rétention d'urine à l'aide de l'électricité. On a vu qu'il n'en résulta qu'une aggravation des souffrances, sans aucune amélioration pour la rétention d'urine. Le cathétérisme gradué, les calmants, la belladone sur le trajet de l'urèthre, les bains, les douches froides restèrent plus tard également sans succès.

Les émissions sanguines générales n'apportèrent d'abord qu'un faible soulagement; il n'en fut pas de même, on l'a vu, des émissions sanguines locales. L'amélioration se fit promptement sentir, et nous vîmes diminuer simultanément d'intensité les accidents et du côté de l'utérus et du côté de la vessie; les crises hystériformes devinrent moins longues et moins violentes. Plus tard, après l'emploi des émissions sanguines, la cautérisation transcurrente nous fut d'une grande utilité. La malade éprouva le besoin d'uriner; elle put momentanément uriner seule, et ce succès, quoique passager, nous donna l'espérance d'obtenir une guérison complète. Tous les accidents reparurent ensuite avec la même gravité, sous l'influence de vives contrariétés, et il fallut redoubler de prudence dans la direction du traitement. Mais enfin, au bout de quatre mois, après de nombreuses alternatives de pis et de mieux, R... était débarrassée des nombreux accidents qu'elle avait éprouvés : la guérison était complète.

Tout s'était passé comme nous l'avions prévu. La métrite interne entretenue, sinon déterminée par l'engorgement des ligaments larges, était disparue sans l'aide des cautérisations intra-utérines. En présence de ces faits, il est impossible de ne pas admettre que tous les accidents sur lesquels nous avons appelé l'attention, étaient symptomatiques des affections utérines. Cette observation, du reste, n'est pas le seul exemple que nous possédions, de rétention d'urine, d'hystérie, de troubles nerveux, contre lesquels on lutterait en vain, si l'on n'attaquait directement la lésion qui les produit et les entretient, c'est-à-dire l'affection de l'utérus et du tissu cellulaire péri-utérin.

URINAL DU DOCTEUR CAMBAY.

Le journal le *Bulletin des crèches* a rendu compte d'un appareil nouveau, simple et peu coûteux, composé par le docteur Cambay, destiné à préserver de l'action de l'urine les lits des enfants au berceau, des adultes et des vieillards atteints d'incontinence.

Si l'appréciation de ce journal spécial dans la matière est le résultat d'une expérimentation sérieuse, si l'appareil qu'il décrit remplit bien réellement l'objet pour lequel il est recommandé, il serait un bienfait pour les familles de toutes les classes de la société. En effet, non-seulement les jeunes enfants et les malades ne seraient plus en contact avec leur urine ou leur linge mouillé, et il n'y aurait plus cette absorption qui produit l'échauffement et les gerçures de la peau, mais encore, en l'absence de langes et de literie à faire sécher, on serait délivré des odeurs nauséabondes qui remplissent les appartements et altèrent la santé de ceux qui les respirent.

Outre les avantages dérivant de la propreté, de l'absence de toute odeur méphitique, il se serait produit chez des adultes, suivant ce journal, plusieurs cas remarquables de guérison. Ce succès imprévu paraîtrait avoir pour cause la composition même des tissus de cet appareil, qui est une combinaison de plusieurs gommes superposées et collées ensemble. Ne serait-il pas, en effet, rationnel d'attribuer ce résultat heureux à une action électrique produite par des résines de natures diverses combinées ensemble?

Quoi qu'il en soit de cette supposition, il est à désirer que l'appareil du docteur Cambay soit soumis par la pratique à l'appréciation d'un grand nombre de médecins, afin que l'opinion publique soit bien fixée sur sa valeur réelle et sur les services qu'il peut rendre.

L'espace nous a manqué jusqu'ici pour publier le travail lu par M. Bouvier à la Société de chirurgie dans la séance du 24 février dernier, et qui résume, pour ainsi dire, l'intéressante discussion qui a eu lieu dans le sein de cette savante compagnie sur la maladie de Pott.

Je croirais faire injure au talent, comme aux convictions de mon savant ami M. Broca, si je laissais sans réponse son argumentation de mercredi dernier.

La proposition soutenue par notre honorable collègue est celle-ci :

La maladie décrite par Pott n'est pas la même que celle qui produit les abcès par congestion.

C'est là une assertion grave, qui me paraît digne d'occuper un moment la Société de chirurgie.

Est-il vrai que depuis soixante-dix-huit ans, Anglais, Français, Allemands, Italiens, se soient mépris sur la signification du travail de Pott?

Ne croyez pas que ce ne soit là qu'une question purement historique, qu'une discussion de textes. C'est une question toute pratique, une question vitale, qui domine la pathologie des affections vertébrales, leur thérapeutique.

Elle équivaut, en effet, à celle-ci : L'affection vertébrale qui cause la paralysie est-elle ou non la même que celle qui s'accompagne d'abcès par congestion?

A l'égard de Pott, les arguments produits par M. Broca peuvent se résumer ainsi :

Pott voyait dans les abcès un moyen de guérison de la maladie qu'il a décrite, et non un symptôme grave appartenant à cette affection.

Pott a guéri tous ses malades, ce qui eût été impossible s'il avait jamais eu affaire à des abcès par congestion.

Pott parle à peine de ces abcès, et ce qu'il en dit montre qu'il les attribuait à une affection distincte de celle qu'il a décrite.

Son anatomie pathologique s'applique à une lésion différente de celle qui détermine les abcès par congestion.

Permettez-moi d'examiner l'une après l'autre ces quatre propositions.

1° M. Broca nous a rappelé le récit de Pott, qui vit un jeune homme affecté de courbure de l'épine guérir de paraplégie par la formation d'un abcès. Pott en déduisit l'utilité des suppurations extérieures dans cette affection. Mais Pott n'en savait pas moins le danger attaché aux abcès par congestion. Il n'a garde d'oublier ce symptôme grave dans un passage que j'ai déjà cité, et qui a échappé à l'attention de notre estimable collègue. Décrivant la marche fatale de la maladie : « Le patient périt enfin, dit-il, soit dans la consomption d'une fièvre hectique, soit d'un écoulement de pus, *by a drain*, par la formation d'un abcès au dedans du corps. » Vous le voyez, si Pott croyait à l'abcès qui sauve, il connaissait aussi l'abcès qui tue.

2° Les malades de Pott ont guéri : donc ils n'avaient pas d'abcès.

Les guérisons de Pott! elles ont abusé trop longtemps le monde médical; je suis heureux de trouver l'occasion d'en parler devant vous. Camper les jugeait en peu de mots : « J'avoue, dit-il, que M. Pott a proposé des vésicatoires et des caustiques sur les côtés de l'épine du dos viciée, mais le succès n'y répond pas (1). »

Mais ce n'est pas dans les écrits contemporains que je rechercherai ce que c'était que ces guérisons. Pott lui-même va nous l'apprendre.

Il est bien vrai qu'il s'est vanté de n'avoir trouvé « dans l'espace de trois ans, qu'un seul cas où sa méthode ait échoué; » mais lisons jusqu'au bout; Pott ajoute : « Et où cependant, d'après l'état de la maladie et du malade, on pouvait être raisonnablement fondé à espérer. » Cela signifie, si je ne me trompe, que Pott n'a réussi ou n'a appliqué sa méthode que dans les cas qui offraient le plus de chances de succès; dans les autres, ou bien il a échoué, ou il s'est prudemment abstenu. C'est ce que lui-même confirme en disant quelques lignes plus haut : « Dans les cas où la carie est très-étendue et la constitution par là même assez viciée pour produire un degré d'altération qui tende à la destruction du malade, on ne doit s'attendre à aucun succès. » Et plus loin : « Quand la destruction est à un degré considérable, que toutes les parties environnantes sont ulcérées, toutes les tentatives sont inutiles, le malade périra. » Ailleurs, il dit plus explicitement encore : « Dans tous les cas où le mal offrait des circonstances qui permettaient d'espérer avec quelque probabilité, les tentatives ont été heureuses. » Il est même plus modeste dans son premier mémoire : « S'il arrive, dit-il, par manque d'attention, la durée du temps ou quelque autre circonstance, que les corps des vertèbres deviennent complétement cariés, que les cartilages intervertébraux soient détruits, on ne doit plus attendre de secours du remède proposé. »

Une dernière citation vous prouvera que Pott n'a pas tenu ce langage par supposition, qu'il a réellement donné ses soins à deux séries différentes de malades, et que ses succès *constants* ne doivent s'entendre que d'une série de choix. « Le nombre des malades reçus à l'hôpital Saint-Barthélemy, dit-il dans son second mémoire, a été considérable, et, comme on peut le supposer, les uns étaient dans un état à permettre la guérison, les autres non. » Voilà comment nous sommes redevables à ce chirurgien célèbre de quelques bons détails d'anatomie pathologique, comment il a pu parler avec connaissance de cause, et des abcès profonds, invisibles pendant la vie, et des abcès migrateurs, qu'il a dû voir plus d'une fois ouverts à l'extérieur.

Vous voyez bien que la maladie décrite par Pott n'était pas aussi simple qu'on nous l'a dit, qu'elle était loin de guérir à tout coup, qu'elle comprenait; avec des cas heureux, les cas les plus graves que l'on puisse imaginer.

Mais ce n'est pas tout : on ne peut pas même accorder à Pott cette série de succès dont il se prévaut. Ecoutez, je vous prie, ce que Pott entendait par *guérison* dans le mal vertébral : « Je tiens les fontanelles ouvertes, dit-il, jusqu'à ce que la *guérison* soit complète, c'est-à-dire jusqu'à ce que le malade ait parfaitement recouvré l'usage de ses jambes. » « Dans l'espace des dix ou douze derniers mois, dit-il ailleurs....., je suis heureux de pouvoir dire que le traitement a non-seulement toujours rempli mais encore quelquefois surpassé mes espérances, en rendant à bien des gens l'*usage de leurs membres*. » Voulez-vous savoir combien de temps exigeaient ces *guérisons*? Ecoutez encore ceci : « Les praticiens doivent s'attendre, dit Pott, à trouver une différence notable à l'égard des malades qui reprennent l'*usage de leurs jambes*; quelques-uns ont le bonheur d'y atteindre dans *peu de semaines*, d'autres sont obligés d'attendre *plusieurs mois*. » J'extrais ces paroles d'un *post-scriptum* dont je vous remets la traduction du premier mémoire de Pott par un de ses élèves, le docteur Beerenbroek; ce post-scriptum manque dans l'édition anglaise des œuvres de Pott par Earle, dont je dois la communication à mon honorable ami M. Broca.

Le mal vertébral, un mal vertébral quelconque, guéri *en quelques semaines!* Vous ne le croyez pas; nul d'entre vous ne pensera même qu'il le fût au bout de *plusieurs mois*, malgré l'amélioration de la santé, le retour des forces et en partie de la rectitude, que Pott assure avoir observés chez ses malades en même temps que « la restauration du mouvement. »

Voilà les cures de Pott! Elles se réduisent à la cessation d'un symptôme, la paralysie, que nous voyons journellement disparaître plus ou moins promptement, *avec ou sans cautères*, sans que pour cela les malades soient guéris, sans qu'ils cessent d'être exposés à toutes les suites de leur mal, à de nouvelles paralysies, à des abcès par congestion, et cela pendant des années; témoin ce jeune homme de vingt-quatre ans cité par Nichet, qui eut en huit ans trois atteintes de paraplégie, et qui n'en paraissait pas encore délivré sans retour.

Que sont devenus les malades si rapidement *guéris* par Pott? On l'ignore. Aux hommes sensés qui lui firent l'objection que je reproduis ici, il répond « que, parmi ceux qu'il a traités, il n'en a pas encore (au bout de trois ans) rencontré un seul chez qui la maladie ait récidivé. » Vous savez comme moi ce que vaut une pareille assertion, toutes les peines qu'il faut prendre pour suivre des malades dans des cas semblables et pour s'assurer de la persistance de la guérison. Il est plus que probable que beaucoup de malades que Pott a perdus de vue se sont représentés plus tard à d'autres.

Dans son second travail, à la vérité, Pott, lentement éclairé par ses observations, sut enfin ce qu'un peu plus de lecture lui eût appris plus vite et plus tôt, la véritable nature des désordres qu'il combattait et leur mode de guérison par la soudure des portions saines du rachis; phénomènes bien exposés, longtemps avant ses recherches, par Plattner, Hunaud, Camper, Aurran et d'autres, dont il ignora ou méconnut les travaux. Il comprit que cette opération de la nature ne pouvait être que l'œuvre du temps, et devint un peu plus réservé à l'endroit des guérisons. Les cautères n'eurent plus simplement pour effet de rétablir les mouvements; ils eurent encore la vertu « d'arrêter la carie, d'amener la régénération, et finalement l'union des os par une sorte d'ankylose. » Etrange effet de la prévention! Pott n'hésite pas à mettre encore sur le compte des cautères des guérisons pour lesquelles « il a fallu deux ans, sans que les premiers seize mois du traitement eussent produit la moindre amélioration. » Voilà où conduit l'ignorance des faits antérieurs ou l'ambition de faire commencer la science à ses propres travaux; double défaut qui n'a pas disparu de notre temps. N'avons-nous pas vu, depuis vingt-cinq ans, surgir contre les abcès par congestion, par exemple, des méthodes infaillibles, comme celle de Pott, dans les mains de leurs auteurs, qui, étrangers à tout ce que nos bibliothèques renferment de faits précieux sur le sujet de leurs méditations, n'avaient pas même lu Abernethy!

On se tromperait si l'on croyait que Pott, avec les notions nouvelles qu'il avait acquises, n'admit plus, dans cette seconde période de ses travaux, que des guérisons sanctionnées par le temps. On le voit encore, dans son deuxième mémoire, présenter comme signe de guérison accomplie le retour des mouvements joint à l'amélioration de la santé, et tout en convenant de la longueur du temps nécessaire, « dans tous les cas, » à l'union des os, prétendre quelques lignes plus loin, que la cure a pu être « parfaite en deux ou trois mois. » Les faits de cette seconde période n'ont donc guère plus de valeur que ceux de la première, et je me crois autorisé par cet ensemble de considérations à conclure que, si Pott, dans ces trois ou quatre années, a suivi quelques malades jusqu'à parfaite guérison, comme le prouve une pièce vue par notre vénérable Larrey au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, les cas de ce genre sont certainement les moins nombreux.

En somme, rien ne prouve que la maladie décrite par Pott ait plus souvent guéri entre ses mains qu'elle ne guérissait avant lui, et que le mal vertébral ne guérit encore aujourd'hui, y compris les cas d'abcès par congestion. Ce qui fait la gloire de Pott, ce n'est pas le traitement qu'il a institué, comme le croyait naguère un de mes premiers maîtres, Boyer, traitement d'une efficacité douteuse et déjà indiqué par Albucasis, par Marc-Aurèle Séverin et par d'autres; ce qui attache à jamais le nom de Pott à l'affection vertébrale, c'est l'étude plus approfondie qu'il en a faite; c'est la description tracée de main de maître qu'il nous en a laissée.

Veut-on une dernière preuve à l'appui des assertions que je viens de présenter? On la trouve dans une dizaine d'observations publiées par Pott ou recueillies sous ses yeux par deux de ses élèves, MM. Beerenbroek et Jebb. En voici une très-courte analyse :

Obs. I (de Pott). — Enfant. Gibbosité cervicale; paraplégie récente. — Cautères; mieux au bout d'un mois. Mort de variole.

Obs. II (de Pott). — Homme de trente-cinq ans. Gibbosité dorsale; paraplégie incomplète. — Deux sétons; mieux au bout de six semaines. Suppression des sétons contre la volonté de Pott. Trois semaines plus tard, mouvement complétement rétabli.

Obs. III (de Pott). — Garçon de douze ans. Gibbosité dorsale; paraplégie complète. — Cautères. Au bout de trois mois, au moment où l'auteur écrivait, retour partiel du mouvement; état général meilleur.

Obs. IV (Beerenbroek). — Homme de vingt-cinq ans. Gibbosité dorsale, paraplégie commençante. — Cautères; mieux au bout de quatre semaines. Après deux mois de traitement, le mouvement est à peu près rétabli. Guérison *complète en très-peu de temps (sic)*.

Obs. V. (Beerenbroek.) — Fille de dix à onze ans. Gibbosité dorsale; paraplégie complète. — Cautères. Au bout d'un mois, amélioration. Ce mieux fait des progrès pendant les quatre mois suivants, puis la malade quitte l'hôpital.

Obs. VI. (Beerenbroek.) — Homme de vingt-quatre ans. Gibbosité dorsale; paraplégie. — Cautères. Au bout de quinze jours, quelques mouvements. Quelques jours après, gangrène aux hanches; mort rapide. On trouva les ligaments intervertébraux détruits de la cinquième à la dixième dorsale, les corps des huitième, neuvième, dixième vertèbres dorsales entièrement cariés et plusieurs autres vertèbres égale-

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, in-4°, t. V, p. 828.

ment altérées; enfin, sur les côtés des vertèbres, *deux gros sacs* contenant *deux pintes de matière sanieuse.*

Obs. VII. (Jebb.) — Homme de trente deux ans. Gibbosité dorsale; paraplégie. — Cautères. Retour lent et partiel des mouvements les six premiers mois. Plusieurs mois se passèrent encore avec une amélioration graduelle. Peu à peu rétablissement complet. Rien de plus sur la durée totale du traitement.

Obs. VIII. (Jebb.) — Jeune homme de dix-neuf ans. Gibbosité dorsale; paraplégie incomplète. — Cautères. Amélioration au bout d'un mois Sort de l'hôpital complétement guéri au bout de sept mois.

Obs. IX. (Jebb.) — Homme. Gibbosité lombaire; paraplégie incomplète; deux fistules provenant d'abcès par congestion. — Cautères. Mort au bout de quelques jours. Pas d'autopsie.

Obs. X. (Jebb.) — Garçon de sept ans. Gibbosité peu saillante au bas du dos. — Cautères refusés. Dix-huit mois après, gibbosité considérable, paraplégie complète; mort imminente. Elle eut lieu en effet peu de jours après. Jebb est disposé à croire qu'on l'eût prévenue si on avait suivi son conseil.

Voilà un échantillon des faits qui, la renommée de Pott aidant, ont convaincu toute l'Europe des guérisons qu'il disait obtenir dans le mal vertébral, ainsi que de l'efficacité des cautères contre cette redoutable affection!

3° Pott n'a pas traité avec détail des abcès par congestion, et, on ne l'a pas oublié, c'est un des arguments invoqués par M. Broca en faveur de sa thèse. Je répondrai qu'il ne l'a pas fait parce que cela n'entrait pas dans son plan. Il ne se proposait pas de traiter à fond de la maladie vertébrale, mais seulement d'un de ses symptômes, de la paralysie, en la rattachant à sa vraie cause, ce qu'il trouvait qu'on n'avait pas fait avant lui. Voyez le titre de ses mémoires; le premier est intitulé: *Remarques sur cette espèce de paralysie des membres inférieurs qui accompagne souvent une courbure de l'épine et que l'on suppose causée par celle-ci, avec la manière de guérir cette paralysie.* Le second mémoire a encore pour titre: *Nouvelles remarques sur l'état d'impotence des membres inférieurs par suite d'une courbure de l'épine.* C'est Duchanoy, traducteur de ce second mémoire, qui a créé le nom de *mal vertébral* et qui l'a mis dans le titre. Comme dit fort bien Brodie, Pott s'est spécialement occupé, dans ces excellentes dissertations, « des cas où la carie s'accompagne de la courbure de l'épine et de l'affection de la moelle. » Mais a-t-il entièrement omis pour cela les accidents de suppuration? Vous savez déjà le contraire. J'ai rappelé en commençant ce passage oublié par M. Broca, dans lequel la suppuration et les abcès sont présentés comme un des modes de terminaison fatale de la maladie. Vous avez déjà entendu citer deux fois, par M. Broca et par moi, un autre passage où il est question des abcès sessiles et migrateurs, que Pott dit avoir rencontrés *plusieurs fois* dans la maladie qu'il décrit. Il indique sommairement, mais avec exactitude, les caractères physiques de ces *collections* qu'il appelle encore des *sacs ou poches*, — le mot *kyste* ne signifiait pas alors autre chose, — et il signale la nature diverse du liquide qu'elles contiennent. Pott range ces cas de suppuration parmi les *formes* du mal, que, malgré leur variété, il n'en considère pas moins comme appartenant à une seule et même maladie. Il le dit — j'ai cité la phrase — en commençant l'énumération de ces formes; il le répète encore en la terminant. « Ces différentes affections de l'épine, ajoute-t il, et des parties les plus voisines, occasionnent beaucoup de désordres généraux et locaux..., et, entre autres, *cette courbure qui est l'objet de ces recherches.* »

Dans son premier mémoire même, où il n'est pas encore question d'abcès, Pott mentionne dans deux endroits, comme un fait général à une période avancée de la maladie, la présence « d'un liquide sanieux abondant, *a quantity of sanies*, déposé entre les os gâtés et la membrane d'enveloppe de la moelle épinière, » et le fait de Beerenbroek, que j'ai cité et que Pott a observé dès 1778, présente en effet deux collections purulentes dans le voisinage du canal vertébral. Wenzel a même attribué à Pott la pensée que la paralysie était due à la compression de la moelle par ce liquide purulent; mais il m'a été impossible de trouver cette explication dans les deux dissertations de l'auteur anglais.

Cependant, en dépit de tous ces textes, M. Broca voit dans un autre passage la preuve que Pott faisait deux maladies de la lésion qui cause la paralysie et de celle qui fait suppurer la colonne vertébrale ou les tissus voisins. Que dit ce passage? « Qu'il n'est pas rare de voir la carie sans courbure; que cette carie sans courbure se voit le plus souvent aux lombes, quoique cela ne soit en aucune façon ni constant ni nécessaire; que dans le cas de carie sans courbure, il arrive le plus souvent qu'il se forme des abcès internes et des collections de matière qui se font jour au dehors, à la hanche, à l'aine, à la cuisse, ou qui sont retenues au-dedans du corps et font périr le malade; que ce qu'on nomme communément *abcès lombaires ou du psoas*, se produit souvent de cette manière; que, contrairement à l'opinion générale, la carie de l'épine est plus souvent une cause qu'un effet de ces abcès. »

Veuillez remarquer que cet énoncé fait partie d'une récapitulation générale de tous les désordres, de toutes les variétés d'accident que Pott a reconnus dans la maladie dont il trace le tableau. Il nous fait connaître ici une nouvelle forme dont il n'avait pas encore parlé, la carie sans courbure; il la dit le plus souvent accompagnée d'abcès. Je ne puis, pour ma part, voir là une négation de ce qu'il a dit un peu auparavant des abcès survenant dans la carie avec courbure; je ne puis voir, dans cette indication d'une seconde cause d'abcès, une distinction absolue entre la lésion qui fait le principal sujet du travail de Pott et celle qui détermine les abcès par congestion.

Pott a dit, dans son *premier* mémoire (p. 238, 49 de la traduction française), que la courbure de l'épine, dans l'affection paralytique, se montre très-rarement à la région lombaire. Mais je ferai remarquer que Pott, dans son second travail, ne maintient plus ce qu'il avait dit dans le premier, du siége *très-rare* de la courbure paralytique aux lombes. Il se borne à dire (p. 268, 40 de la traduct.) que cette courbure peut affecter *le cou, le dos ou les lombes*, et s'il établit dans son résumé qu'elle est plus ordinaire aux vertèbres cervicales ou dorsales, et la carie sans courbure, cause fréquente d'abcès, plus ordinaire aux lombaires, il a soin d'ajouter que « cela n'est en aucune manière ni constant ni nécessaire. »

4° Si j'ai bien compris les paroles de notre savant collègue, l'anatomie pathologique de la maladie décrite par Pott ne s'appliquerait pas à l'affection qui produit les abcès. Les kystes, par exemple, trouvés devant la colonne vertébrale seraient des masses tuberculeuses ramollies. Ce serait l'affection tuberculeuse que Pott aurait décrite, sans connaître la nature d'une lésion organique dont on n'avait pas alors d'idée exacte.

Je ne suis pas, je l'avouerai, en état de dire si le mal vertébral avec paralysie, et sans abcès, est ou non constamment une affection tuberculeuse. Mais, quand cela serait, des faits nombreux n'en prouveraient pas moins que la même affection, — les tubercules vertébraux, — est aussi une cause fréquente d'abcès. La maladie décrite par Pott serait donc, même dans cette supposition, identique à celle qui donne lieu à beaucoup d'abcès par congestion. Je ne me sens d'ailleurs pas capable de décider si tous les cas observés par le chirurgien anglais appartenaient ou non à la maladie tuberculeuse. Mais j'ai relu avec toute l'attention possible ses descriptions d'anatomie pathologique, en m'attachant surtout à celles de son second travail, dans lequel il rectifie, comme il nous en avertit lui-même, quelques erreurs qu'il avait commises dans le premier. Je n'ai point trouvé, dans ces descriptions, de lésion qui ne puisse appartenir indifféremment soit aux cas accompagnés uniquement de paralysie, soit aux cas où il existe des abcès. La Société pourra en juger en jetant les yeux sur les six planches de l'ouvrage de Pott; les vertèbres s'y montrent altérées comme dans tous les cas de ce genre, qu'il y ait eu ou non abcès par congestion, abstraction faite, bien entendu, des nombreuses variétés que l'on rencontre en égard au siége, à l'étendue et même à la nature de l'affection osseuse.

Je n'ai considéré qu'une face de la question; il resterait à examiner jusqu'à quel point les observations modernes permettent de scinder l'affection vertébrale comme le voudrait M. Broca; jusqu'à quel point ses variétés anatomiques, que je rappelais il n'y a qu'un instant, peuvent rendre compte de la variété des symptômes et en particulier de la présence ou de l'absence de la paralysie et des abcès.

Si la Société de chirurgie n'est pas fatiguée de cette discussion, si son temps et son attention ne sont pas réclamés par des objets plus importants, je pourrai aborder ce sujet dans une séance prochaine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 mars 1858. — Présidence de M. Despretz.

Circulation du sang. — **M. Marey** lit un mémoire intitulé *Recherches sur la circulation du sang* (études hydrauliques). L'auteur résume ce mémoire en ces termes:

J'ai pensé que dans une question aussi complexe que celle de la circulation sanguine il fallait, procédant du simple au composé, étudier d'abord les lois hydrauliques isolément, et à ce sujet je me suis cru autorisé à opérer directement sur des tubes élastiques, comme Volkmann vient de le faire en Allemagne, suivant une voie analogue à la mienne.

1° *Influence des tubes élastiques sur la quantité de l'écoulement.* — La première conclusion que je tire de mes expériences, est que l'élasticité des tubes augmente la quantité de l'écoulement, seulement dans les cas d'afflux intermittent du liquide. Le dernier mot de la physiologie était, au contraire, que la force restituée par le retrait élastique des vaisseaux n'étant qu'une force d'emprunt, la quantité du sang qui passe des artères dans les veines n'est pas modifiée par l'élasticité artérielle. La raison qui avait fait méconnaître l'influence favorable de l'élasticité des tubes sur la quantité de l'écoulement, est qu'on avait employé des pressions constantes dans les expériences faites à ce sujet, tandis qu'une importante condition de la circulation du sang est l'intermittence de l'afflux.

L'expérience montre encore que dans les tubes élastiques chacun des afflux se fait plus facilement que dans un tube inerte de même forme. D'où il suit, en transportant ces conclusions au système vasculaire sanguin, que si les artères perdent leur élasticité comme dans l'ossification sénile, le cœur trouvera un véritable obstacle à sa systole ventriculaire, et, en vertu d'une loi pathogénique bien connue, devra s'hypertrophier. — Le relevé des observations contenues dans les Bulletins de la Société anatomique montre que dans l'ossification bien prononcée des artères il y a toujours hypertrophie du cœur.

2° *Influence de l'élasticité des tubes sur la forme de l'écoulement.* — Le rôle de l'élasticité agissant comme régulateur de l'écoulement a été bien compris dans son résultat final par les physiologistes, qui l'ont comparé à celui du réservoir d'air d'une pompe à incendie; mais si l'on veut saisir la nature des phénomènes qui dépendent en chaque point du tube de la tension intérieure, la question devient plus complexe. — Dans un premier ordre d'expériences, je cherche les conditions les plus favorables à la régularité de l'écoulement; cette régularité est plus ou moins grande, suivant le degré d'élasticité du tube, sa surface pariétale, et l'obstacle à l'écoulement. — J'examine ensuite les modifications que la forme tubuleuse amène dans la tension en chaque point de conduit. (Les lois de la décroissance des tensions dans les tubes à écoulement continu ont été données par Bernouilli.)

Pour étudier les modifications que subit la tension en chaque point d'un tube élastique sous l'influence d'afflux intermittents, j'ai employé des appareils spéciaux: 1° un manomètre nouveau que j'appelle *compensateur*, et que j'ai construit de manière qu'il donnât de lui-même les tensions moyennes; 2° un *sphygmographe* à levier analogue à celui de M. Vierordt. (J'adapte à la fois trois de mes manomètres et trois sphygmographes sur un tube élastique pour obtenir en différents points les tensions moyennes et la forme graphique des pulsations.)

Indications manométriques. — Dans le cas d'écoulement régulier, les niveaux varient suivant les lois de Bernouilli; celles-ci sont donc applicables aux tubes élastiques. Pour les cas d'afflux intermittents, les moyennes décroissent aussi vers l'orifice d'écoulement et suivant les mêmes lois. (Ces résultats concordent avec ceux qu'a obtenus Volkmann dans des expériences faites sur les animaux.)

Indications sphygmographiques. — Nous trouvons ici deux éléments importants:

1° La hauteur de la pulsation qui est proportionnelle à la tension, et qui pour les différents points du tube décroît comme les niveaux manométriques;

2° La forme graphique de la pulsation qui varie aussi pour les différents points du tube. Près de l'orifice d'entrée, le tracé du sphygmographe indique une augmentation brusque dans la tension, tandis que loin de cet orifice il indique un accroissement de tension lent au début, mais accéléré.

Des expériences sphygmographiques et de quelques autres encore, on est amené à déduire une théorie de la transmission de l'impulsion dans les tubes élastiques, de laquelle il ressort entre autres déductions que le retard du pouls n'est qu'apparent et dû seulement à l'imperfection de notre toucher, qui ne peut percevoir dès son début un mouvement très-faible d'abord, mais accéléré.

Tout ce qui augmente la dilatabilité du tube en amont du point observé, augmente le retard apparent et diminue l'intensité de la pulsation; ainsi agissent la grande longueur des tubes, ou la présence sur son trajet d'une ampoule élastique. — Pour le pouls artériel la même chose se passe: la grande distance du cœur au point observé la présence sur le vaisseau d'un anévrisme dilatable, diminuent ou suppriment la pulsation, ou la retardent sensiblement (Commissaires: MM. Milne Edwards, Rayer et Delaunay.)

Hémorrhagie vésiculaire. — **M. A. Puech** adresse un mémoire intitulé: *De l'hémorrhagie vésiculaire physiologique, de l'hémorrhagie vésiculaire morbide, et de leurs rapports avec les hématocèles rétro-utérines.*

L'auteur en terminant son mémoire le résume lui-même dans les propositions suivantes:

1° Les vésicules de Graaf sont le siége de deux hémorrhagies, l'une physiologique, l'autre morbide.

2° L'hémorrhagie vésiculaire physiologique accompagne constamment l'expulsion de l'ovule.

3° Le sang qui en résulte reste dans la vésicule ouverte ou est expulsé au dehors: dans ce dernier cas, il peut être recueilli par la trompe ou bien tomber dans le petit bassin.

4° La quantité de sang est toujours très-minime, et le caillot varie du volume d'une cerise à celui d'une amande.

5° L'hémorrhagie vésiculaire morbide s'effectue, soit dans des vésicules en voie de maturité et siégeant à la surface, soit dans des vésicules plus petites et siégeant près du centre.

6° Elle détruit l'ovule et détermine une stérilité momentanée.

7° Ces hémorrhagies affectent quatre, six, quelquefois dix vésicules; elles ne sont pas précédées de déchirures, ni suivies de cicatrices ni de corps jaunes.

8° Les caillots qui en résultent peuvent varier d'âge, c'est-à-dire être survenus à des intervalles divers; ils se résorbent vite, et sont presque toujours plus petits que le caillot physiologique.

9° Ni l'une ni l'autre de ces hémorrhagies ne sont l'origine des hématocèles rétro-utérines. (Commiss. précédemment nommés, MM. Velpeau et J. Cloquet.)

Appareil pour le traitement des maladies des voies respiratoires. — **M. Mayer** communique une nouvelle note dans laquelle il expose les modifications qu'il a apportées à son appareil à inhalations pour le traitement des maladies des voies respiratoires.

Lithotritie. — **M. Heurteloup** présente des remarques relatives à certaines assertions contenues dans un mémoire lu par M. Le Roy-d'Etiolles dans la séance du 22 février dernier.

Ces remarques ont pour objet de prouver qu'un instrument imaginé par un coutelier de Londres nommé Weiss, quoique ayant des rapports de forme avec celui dont M. Heurteloup a fait usage pour triturer par pression ou par percussion les pierres vésicales, et n'a pas été conçu dans l'intention d'opérer l'écrasement des pierres, mais bien de les diviser par la scie, puis de tenter la séparation des parties à demi divisées par l'introduction d'un coin.

La note de M. Heurteloup est renvoyée, ainsi que les deux documents qui l'accompagnent, à l'examen des commissaires précédemment nommés: MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe) et Civiale.

Dégénérescence de l'espèce humaine. — **M. Morel**, dans une lettre adressée à M. le secrétaire perpétuel, en exprimant de nouveau sa reconnaissance envers l'Académie pour le prix dont elle a honoré ses recherches sur les dégénérescences de l'espèce humaine, annonce l'intention de poursuivre son travail d'après un plan qu'il indique, et fait connaître quelques résultats qu'il a déjà obtenus. Nous nous contenterons de citer celui que l'auteur expose dans les termes suivants:

Lorsque par suite de transmission héréditaire un type de dégénérescence a été créé, ce type se retrouve chez tous les sujets où la dégénérescence est due aux mêmes causes et se distingue nettement de ceux qui se sont produits sous l'influence de causes différentes, de sorte que la variété, qui est l'expression des causes dégénératrices, agissant dans les grands centres industriels, n'a aucune analogie sous le rapport physique ou sous le rapport moral avec les types qui se créent dans les contrées marécageuses et dans les pays où la constitution géologique du sol agit d'une manière défavorable sur le développement physique de la race.

Albuminurie normale. — **M. Gigou** adresse d'Angoulême un exemplaire de deux mémoires qu'il a publiés sur l'albuminurie normale, et exprime le regret de n'avoir pu obtenir le jugement de l'Académie sur la première partie de ce travail qu'il lui avait adressée en manuscrit au mois de septembre dernier.

— **M. F. Foy** adresse pour le concours des prix Monthyon (médecine et chirurgie) un volume manuscrit ayant pour titre: *Des liquides et des solides dans les fièvres continues.*

— **M. Cadet** adresse de Maintenon, pour le concours du legs Bréant, une note sur le traitement du choléra-morbus au moyen de hautes doses de laudanum de Sydenham administrées coup sur coup.

Un nouveau journal quasi-médical vient de paraître sous le titre de *Gazette des Eaux*, revue générale des établissements de l'Europe.

Il annonce qu'il est distribué à 4,000 exemplaires; qu'il paraîtra tous les huit jours, et aura habituellement, pendant la saison des eaux, une feuille d'impression. Pendant la saison d'hiver, il publiera, avec la même périodicité, une demi feuille seulement, à moins que l'abondance des matières et l'intérêt des questions agitées n'exigent une publication plus active.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 32. — JEUDI 18 MARS 1858. (31e ANNÉE.) N° 32 — JEUDI 18 MARS 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 MARS 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la fièvre puerpérale prend de l'ampleur. Accoucheurs et médecins paraissent vouloir à l'envi apporter leur contingent d'expérience et de méditation sur le sujet en discussion. Aussi, les doctrines les plus diverses, les plus opposées même, viennent-elles s'entre-choquer à la tribune. Dans les précédentes séances, la question avait été nettement formulée dans ses termes les plus contradictoires, par les deux premiers orateurs, MM. Depaul et Beau, représentant l'un la doctrine de l'essentialité pyrétique de la fièvre puerpérale, le second, celle de la nature phlegmasique de cette affection.

Aujourd'hui, de nouvelles dissidences sont venues s'interposer entre ces deux opinions extrêmes.

En présence de la doctrine de l'essentialité, M. Piorry ne pouvait rester silencieux ; mais si M. Piorry n'est pas de l'avis de M. Depaul, il n'est pas davantage de celui de M. Beau. M. Piorry est de *son* avis En logicien rigoureux — nous n'en connaissons pas de plus inflexible —, M. Piorry ne pouvait admettre l'existence de la fièvre puerpérale comme unité morbide. Si l'on admet son principe, il n'est plus possible de contester jusqu'à la moindre des conséquences qu'il en déduit. Mais là justement gît la question. La dissidence où nous nous trouvons avec lui sur ce principe, ne nous empêchera pas de reconnaître tout ce qu'il y a de vrai et de juste dans l'analyse clinique que M. Piorry a faite des phénomènes morbides complexes de la fièvre puerpérale.

M. Hervez de Chégoin a cherché à prendre une position mixte entre MM. Depaul et Beau, ou plutôt entre M. P. Dubois et Désormeaux. Il reconnaît avec M. P. Dubois que la fièvre puerpérale, niée par Désormeaux, est une réalité, qu'elle a ses caractères particuliers comme maladie distincte, qu'elle peut exister indépendamment de toute affection inflammatoire ; mais il diffère d'opinion avec le professeur de la clinique d'accouchement, en ceci, qu'au lieu de considérer la fièvre puerpérale comme ayant une essence inconnue, une cause insaisissable, à l'égal de la plupart des maladies épidémiques, il lui reconnaît au contraire des causes parfaitement déterminées, qui se rattachent toutes plus ou moins directement aux conditions spéciales où se trouvent les organes de la femme après la parturition.

L'heure était avancée lorsque M. Trousseau est monté à la tribune pour lancer à la tête des différents partis un de ces paradoxes qui étourdissent d'abord et mettent les esprits aux abois, jusqu'à ce que le calme et la réflexion, venant faire la part de l'exagération et de la forme figurée du langage, permettent de saisir l'idée qui y était cachée.

Vous disputez sur la fièvre puerpérale, a-t-il dit, mais j'ai bien peur que vous ne fassiez que renouveler l'histoire de la dent d'or. La fièvre puerpérale n'existe pas, ou plutôt la fièvre puerpérale n'est pas une maladie spéciale aux femmes. Les enfants des deux sexes, les hommes mêmes ont la fièvre puerpérale. Cette proposition nous a rappelé cette bévue d'un ancien chirurgien militaire envoyant un soldat à l'hôpital avec une feuille portant pour inscription : *Fièvre puerpérale ;* et nous nous sommes demandé un instant si nous ne nous étions pas trop pressé d'en rire.

Mais les développements que M. Trousseau a donnés à sa proposition n'ont pas tardé à nous faire saisir le sens qu'il entendait lui donner. Nous nous sommes rappelé avoir nous-même, dans plusieurs circonstances, notamment à l'occasion des dernières épidémies de fièvre puerpérale, signalé quelques exemples d'une relation plus ou moins prochaine entre l'état sanitaire des salles d'accouchement et celui des salles voisines de médecine ou de chirurgie. Nous n'avions pas poussé le rapprochement au point où l'a poussé M. Trousseau pour rendre sans doute l'idée plus saisissante et plus palpable. Nous nous étions borné à montrer l'influence que peut avoir un foyer d'infection, bien que tout à fait spécial, sur l'état des malades ou des blessés qui se trouvent à proximité, en nous prémunissant toutefois contre les trompeuses apparences qu'eût pu faire naître une simple coïncidence. Du reste, M. Trousseau n'a eu que peu de temps pour développer sa proposition. Il se propose d'y suppléer dans la séance prochaine. Il sera sage, par conséquent, de suspendre notre jugement. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De la dysménorrhée.

D'après le sens étymologique du mot, la dysménorrhée signifie une menstruation difficile : c'est plutôt une menstruation douloureuse qu'il faut dire. M. Duparcque, dans son ouvrage sur les maladies utérines, a consacré de longs développements à la dysménorrhée, tandis que les auteurs du *Compendium* de médecine pratique ne la regardant pas comme une maladie particulière, mais seulement comme un symptôme, n'ont pas cru devoir la faire entrer dans le cadre nosologique. Valleix n'a point partagé cette opinion, et l'article de son livre sur cette question en fait foi.

Le premier caractère de l'affection est constitué par le phénomène douleur qui précède toujours de plusieurs jours ou de quelques heures l'écoulement des règles ; qui l'accompagne, quoique moins intense, à la période initiale du flux menstruel, mais qui ne persiste jamais après, à moins qu'il n'existe un état névralgique ou une maladie chronique de l'organe gestateur. La souffrance a principalement son siége dans la matrice elle-même, dans la région hypogastrique, ou s'irradie aux lombes, aux aines et à la partie supérieure des cuisses ; elle se manifeste par un sentiment de gêne, de pesanteur continu, et par des contractions utérines véritables, connues sous le nom de tranchées et de coliques. Son intensité est très-variable.

Le sang peut présenter certaines particularités : la quantité en est souvent normale, car pour qu'il y ait dysménorrhée, il n'est pas du tout nécessaire que l'abondance des menstrues ait diminué ; les contractions suffisent pour la caractériser. Mais il se fait quelquefois une coagulation intra-utérine, et les malades rendent séparément des caillots et du sérum ; c'est même cette formation de caillots — que l'on a pu prendre pour des produits de la conception, et qui ont conduit des médecins au diagnostic erroné d'un avortement — qui rend compte des tranchées.

Le flux cataménial revient-il à la même époque? Oui, dans un certain nombre de cas ; mais un retard de deux à quatre jours est souvent observé.

On a signalé dans maintes occasions la présence d'un écoulement leucorrhéique comme avant-coureur du sang menstruel. Pour ma part, je suis porté à croire qu'il ne s'agit là que du sérum, qui, isolé du caillot, a précédé l'expulsion de ce dernier. Comme cette prétendue leucorrhée n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucun examen chimique ou microscopique, le plus sage parti est de rester dans le doute et d'attendre.

Des femmes atteintes de dysménorrhée, les unes n'accusent que des douleurs utérines, tandis que les autres — et c'est le plus grand nombre — éprouvent un malaise indéfinissable, sont facilement émotionnées et agaçables ; se plaignent de ressentir des impressions nerveuses, et sont véritablement affectées de migraines, de névralgies de la tête, de gastralgie, de perte d'appétit.

La dysménorrhée est symptomatique et idiopathique. Elle est symptomatique d'un état local ou général. Arrêtons-nous d'abord sur le premier de ces états. La congestion utérine est un phénomène très-fréquent, mais qu'il faut bien se garder d'admettre dans tous les cas, comme l'a fait M. Duparcque, à qui il est si facile d'objecter que si la fluxion considérable de la matrice et la difficulté de l'exsudation sanguine constituent souvent l'état morbide auquel il faut rapporter les divers accidents observés dans la dysménorrhée, il en est d'autres, en revanche, où cette fluxion n'a rien qui sorte de la règle ordinaire, et où cependant les menstrues se produisent avec douleur.

Parmi les circonstances étiologiques, nous citerons encore l'inflammation aiguë du col ou du corps de l'utérus, la phlegmasie chronique de ces mêmes parties, et d'après Oldham et Valleix la formation d'un caillot sanguin dès le commencement de l'apparition des règles et la formation d'une fausse membrane fibrineuse. Les souffrances sont extrêmement vives et rappellent presque le travail de l'accouchement.

Valleix est le seul auteur qui ait noté l'antéflexion et la rétroflexion de l'utérus ; encore ce consciencieux observateur a-t-il remarqué, dans ce cas, l'existence concomitante d'une inflammation chronique du corps ou du col de la matrice. La dysménorrhée était-elle alors la conséquence de l'antéflexion, de la rétroflexion ou de l'état fluxionnaire chronique de l'utérus ?

L'étroitesse congéniale de la cavité du col et de son orifice interne ou externe, le rétrécissement succédant à une inflammation chronique du col, — comme j'en ai observé un exemple des plus remarquables, — les contractions spasmodiques de la cavité du col admises par Valleix, sont également autant de causes locales de la dysménorrhée.

On a prétendu que les maladies organiques de la matrice s'accompagnaient à leur début de dysménorrhée. Valleix a émis cette assertion, et j'avoue que son autorité ébranle un peu mes convictions, mais je dois dire que j'ai très-fréquemment vu des hémorrhagies signaler l'invasion de ces graves états pathologiques. Je poserai donc ici un point d'interrogation, et je ne vous cacherai pas non plus mon doute relativement à l'influence supposée de la névralgie lombo-utérine sur la présence et la marche des accidents dont nous traitons en ce moment.

La dysménorrhée peut-être symptomatique, ai-je dit, d'un état général. La pléthore et l'anémie sont, en effet, deux conditions susceptibles de favoriser le développement de cette affection. Mais, puisque j'ai prononcé le mot anémie, est-ce donc à la diminution des globules sanguins qu'est due la menstruation douloureuse? C'est possible ; je suis loin d'en être sûr, et je constate seulement un fait bien réel, c'est que la dysménorrhée est souvent liée à l'anémie.

Existe-t-il une dysménorrhée idiopathique? La chose se peut encore ; mais pour exprimer un jugement dans ce sens, il faut que le médecin ait minutieusement procédé à un examen des plus complets, et qu'il ait très-sérieusement reconnu qu'il n'y a chez sa malade aucune des causes que nous avons énumérées, et spécialement d'étroitesse congéniale de la cavité du col et de son orifice interne ou externe, et d'oblitération consécutive à une phlegmasie chronique, car ces phénomènes peuvent facilement passer inaperçus.

Récamier et Lisfranc combattaient la congestion sanguine de l'utérus par de petites saignées révulsives aussitôt que les douloureuses contractions de la matrice se faisaient sentir. M. Nonat est très-partisan de cette médication, et nous avons eu l'occasion de voir une femme à laquelle il avait fait ouvrir la veine quatre-vingt-douze fois. A la vérité, la perte de sang doit varier dans ces circonstances entre 80 et 125 grammes. L'émission sanguine fait incontestablement disparaître l'accès de dysménorrhée, mais il revient, et l'insistance sur ce mode de traitement amène un épuisement de la constitution, une maigreur, une anémie, une décoloration des tissus, et tous autres caractères de débilité dont il ne faut pas être en général le provocateur. Il est préférable de recourir à une large saignée du bras, à quelques sangsues au bas-ventre, au périnée ou aux cuisses, et, si ces moyens échouent, à l'hydrothérapie. Une fois l'inflammation chronique du corps et du col de l'utérus en voie de guérison, la dysménorrhée ne tarde pas à disparaître.

La dysménorrhée produite par la formation d'un caillot ou d'une fausse membrane, ne peut cesser, lorsqu'elle s'est produite, que par l'expulsion de ces corps étrangers. Seulement, comme cette variété de la maladie cause des douleurs excessivement vives, il est bon de prescrire des injections ou des lavements opiacés et de placer sur le ventre des cataplasmes laudanisés.

Dans les cas de flexion de la matrice, Valleix pratiquait le redressement, d'abord à l'aide de l'emploi journalier de la sonde utérine, ensuite par l'application du redressement intra-utérin.

Lorsqu'il existe une étroitesse congéniale, une oblitération ou un rétrécissement de la cavité du col et de son orifice interne et externe, aucun mode de traitement n'est préférable à la dilatation. Autrefois on faisait garder le lit au malade et on introduisait des sondes et des éponges ; tout ce déploiement d'appareils est aujourd'hui singulièrement simplifié, grâce à un petit instrument imaginé par M. Charrière, qui, sur ma demande, va le modifier d'une manière que je crois avantageuse : C'est un petit morceau d'ivoire flexible jouissant de la propriété de se gonfler au double et terminé par un renflement en os ; je propose d'y ajouter une rondelle aplatie, percée d'un trou au centre, ce qui

devra permettre de saisir facilement l'instrument avec la pince et d'y placer un fil. Ce cône d'ivoire flexible est de dix-huit grosseurs différentes, chacune portant son numéro d'ordre, et ce choix abondant de calibres divers rend la non-introduction de l'appareil tout à fait impossible.

Voici maintenant le procédé opératoire : on met le spéculum en place, on saisit le bout d'ivoire avec la pince, on l'insère dans la cavité du col, et on met ensuite un tampon de ouate muni d'un fil de soie. On retire alors le spéculum, on pratique le toucher vaginal afin de s'assurer si rien n'est dérangé, on coupe les deux fils et on attend ainsi vingt-quatre heures.

Le lendemain, on introduit un numéro plus fort, et généralement dans l'espace de huit jours la dilatation des orifices et de la cavité du col est bien suffisante. J'ajoute que les femmes peuvent vaquer à toutes leurs occupations, et qu'elles ne sont gênées en quoi que ce soit.

La dysménorrhée due à la pléthore sera combattue par la saignée générale, et on dirigera contre celle qui est liée à l'anémie des soins hygiéniques spécialement appropriés, un régime tonique, et l'administration à l'intérieur des préparations de quinquina de préférence aux ferrugineux.

Quant à la dysménorrhée idiopathique, si tant est qu'elle existe, je ne crois pas que la curation puisse en être plus efficacement obtenue que par l'hydrothérapie.

DE LA CRYPTORCHIDIE CHEZ L'HOMME

et les principaux animaux domestiques,

Par MM. Armand GOUBAUX, professeur à l'école d'Alfort, et FOLLIN, chirurgien des hôpitaux.

Le travail de MM. Goubaux et Follin est destiné à détruire une opinion ou plutôt un préjugé qui a eu cours pendant longtemps, savoir : que l'action prolifique des testicules renfermés dans la cavité abdominale était supérieure à celle des mêmes organes sortis de cette cavité pour venir prendre place dans le scrotum.

Georges Arnaud dit, d'après Graaf, que les animaux qui ont les testicules dans le ventre sont plus lascifs que les autres, et qu'ils sont plus féconds. Selon Haller, les individus chez lesquels existe cette disposition, *loin d'être impuissants, sont les plus valeureux champions de la déesse de Paphos.*

Cette opinion était encore corroborée par cette considération d'anatomie comparée : que certains animaux tels que les oiseaux, les lapins, etc., dont les testicules sont renfermés dans le ventre, sont les plus remarquables par leur salacité et leur fécondité.

Les recherches de MM. Goubaux et Follin sur la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques, et les différentes formes sous lesquelles elle se présente, portent sur l'anatomie et la physiologie des testicules contenus dans le ventre ou n'ayant point franchi le canal inguinal.

La cryptorchidie se présente sous les aspects suivants :

1° Les bourses sont complétement vides et les deux testicules sont retenus dans l'abdomen.

2° Un seul est retenu dans l'abdomen, et l'autre occupe la position normale.

3° Les deux testicules sont retenus dans les anneaux inguinaux

4° Enfin, un testicule n'est point descendu, et est retenu dans l'anneau inguinal correspondant, ou dans la région crurale, ou enfin dans le périnée.

Il résulte des recherches anatomiques des auteurs, que quand les testicules restent toute la vie dans l'abdomen, ils sont flottants et suspendus à l'extrémité d'un repli péritonéal. Quelquefois, il y a refoulement du péritoine par la partie postérieure de l'épididyme, vers la partie supérieure du trajet inguinal; il existe un commencement de gaîne vaginale, d'où l'on pourrait conclure que la formation de cette gaîne est la conséquence de la descente du testicule.

Les testicules qui restent dans l'abdomen sont mous et flasques. Il y a absence de spermatozoaires dans le canal déférent du testicule ou des testicules non descendus dans les bourses; leur structure se modifie; tantôt les canaux séminifères se transforment en ligaments fibreux minces; dans d'autres cas, il y a transformation graisseuse. Il est à remarquer que, dans ces sortes d'anomalies, le système veineux est toujours bien développé, mais qu'il y a toujours aussi atrophie du système artériel; ce qui s'observe d'ailleurs dans les cas de monstruosités *par défaut.*

Les mêmes recherches pratiquées sur les animaux domestiques ont donné les mêmes résultats.

« Dans tous les cas, est-il dit dans le travail de MM. Goubaux et Follin, l'expression la plus marquée d'une altération dans la structure du testicule a été l'absence des spermatozoïdes dans le liquide sécrété. »

Les faits nombreux rapportés dans ce travail confirment d'une manière incontestable cette proposition.

Selon MM. Goubaux et Follin, le liquide sécrété par les testicules non contenus dans les bourses est infécond, parce qu'il ne contient pas d'animalcules spermatiques, ainsi que le démontrent les recherches microscopiques auxquelles ils se sont livrés, ainsi que plusieurs autres observateurs qui sont arrivés à la même conclusion.

La double cryptorchidie paraît fort rare. On en trouve quelques exemples dans le Mémoire de MM. Goubaux et Follin, et encore ces exemples sont-ils tirés de la médecine vétérinaire.

M. le professeur Bouley cite un fait très-remarquable en ce qu'il présente les caractères physiques et *moraux* de la cryptorchidie complète. Il s'agit d'un cheval de gros trait, âgé de 6 ans, sur lequel s'élevait une contestation pour savoir s'il pouvait ou ne pouvait pas être utilisé comme étalon; l'examen de la région scrotale démontrait qu'il n'existait pas de testicules apparents, et qu'il n'y avait aucune trace de castration; ce cheval, mis en présence d'une jument, manifesta par des signes non douteux *qu'il ressentait l'influence de cette approche*; le membre génital prit par l'érection le volume ordinaire; tout prouvait en un mot que chez cet animal *l'orgasme génital était complétement développé.*

Dans trois épreuves de saillie faites à plusieurs jours d'intervalle, la liqueur séminale fut examinée au microscope; *cette liqueur ne possédait aucune des propriétés caractéristiques de la semence normale; elle ne constituait qu'un liquide séreux, opalin, inodore, dans lequel on n'a pu constater par le microscope aucune trace d'animalcules.*

Bien qu'il soit à regretter que les résultats des expériences ci-dessus, quant à la fécondation, ne soient point signalés, il est à présumer, comme on le verra par ce qui suit, qu'ils ont été nuls.

Les caractères assignés aux animaux cryptorchides se rapprochent beaucoup, et on pourrait même dire de ceux qu'on observe chez les eunuques. « Ces animaux, dit M. Rochat (*Hygiène militaire*, 1844), sont un sujet d'embarras et sont eux-mêmes exposés à beaucoup d'accidents; ils se détachent, frappent les autres chevaux, ou sont frappés par eux, portent le désordre dans l'écurie... Excités par les cavales, ils saillissent les juments, qu'ils ne fécondent pas. » Plus bas, et c'est l'un des auteurs qui parle, « dans les manœuvres de cavalerie, les chevaux cryptorchides portent souvent le désordre... C'est surtout le caractère du cheval entier qui domine chez le cryptorchide; mais on ne retrouve pas toujours le cheval entier dans les formes et surtout dans le volume de l'encolure. »

M. Mayne a constaté que les béliers anorchides, ou plutôt cryptorchides, étaient impropres à la reproduction. Sur deux cent cinquante brebis mérinos observées à Champignelles, près Ancy-le-Franc (Yonne), au milieu desquelles habitaient des béliers anorchides seulement, pendant un laps de temps qui a varié de dix-huit mois à deux ans et demi, bien que chacune de ces brebis ait été luttée plusieurs fois par ces mâles incomplets, aucune cependant n'a été fécondée. »

Les exemples de monocryptorchidie chez l'homme et les animaux ne sont pas rares, et la fécondité des sujets présentant cette disposition anormale est un fait démontré; mais ils n'ont pas une grande valeur, car il est prouvé qu'un seul testicule placé dans les conditions normales suffit pour la procréation.

Le fait suivant, rapporté dans le Mémoire de MM. Goubaux et Follin, et observé par M. Broca, donne une idée précise des conditions anatomiques dans lesquelles se trouve le testicule non descendu. Aussi croyons-nous utile de le faire connaître ici. Dans ce cas, le testicule gauche était retenu dans la fosse iliaque, à un centimètre environ de l'anneau inguinal du canal abdominal. L'artère spermatique, presque filiforme, naissait de l'artère rénale gauche. Une injection colorée, poussée dans l'artère spermatique avait pénétré dans l'épididyme, mais non dans le testicule, qui était resté aussi pâle qu'avant l'injection. « J'aperçus seulement, dit M. Broca, un petit vaisseau presque capillaire qui aboutissait à l'extrémité supérieure du testicule. Le trajet du canal déférent était normal, les deux vésicules séminales existaient. La droite présentait le développement ordinaire; la gauche, aussi large que la précédente, était moins longue d'un centimètre. Le sujet avait environ trente ans. »

Dans ce cas, comme dans deux autres observés également par M. Broca, le sperme contenu dans la vésicule correspondante au testicule anormal a été trouvé, par l'examen microscopique, complétement dépourvu de spermatozoïdes.

« Ce qu'on trouve constamment dans ce liquide dépourvu de spermatozoïdes, ajoute M. Broca, c'est une abondante production de matière jaunâtre qui se fragmente comme la matière grasse, et nous paraît en avoir quelques-unes des propriétés. »

La cryptorchidie complète est beaucoup plus rare; le mémoire actuel n'en présente que quatre cas.

1° Celui d'un élève de Cooper qui se suicida à cause de cette infirmité; les deux testicules étaient chez ce jeune homme renfermés dans l'abdomen près de l'anneau inguinal interne. Ces organes paraissaient d'un volume presque naturel. Les canaux déférents, est-il dit dans la relation du fait, contenaient du sperme; mais ainsi que le font observer les auteurs, il n'est pas dit à quels caractères on a reconnu que le sperme jouissait de toutes ses propriétés.

2° « Le docteur Fischer, de Boston, a rapporté un exemple curieux d'absence des deux testicules. L'absence fut remarquée dès la naissance, et le sujet de cette difformité, qui fut regardé comme un eunuque, mourut à l'âge de 45 ans. (*American journal of the medical sciences*, vol. XXIII, p. 352.)

3° M. Turnham (*London medical gazette*, vol. XX, p. 717), parle d'un enfant qui mourut à quatre mois, chez lequel aucun testicule n'était descendu dans les bourses; celui du côté droit était dans la cavité abdominale juste au-dessus de l'anneau inguinal interne; il n'y avait pas trace de testicule gauche.

4° Dans le courant de l'année 1854, les auteurs ont examiné, conjointement avec M. le docteur Broca, à l'Ecole pratique, le cadavre d'un individu âgé de 20 à 22 ans, dont les deux testicules étaient au-dessus de l'anneau inguinal interne. Aucun des caractères du sperme n'a été observé dans le liquide extrait des canaux déférents; ce liquide était en très-petite quantité, et l'examen microscopique n'a pas fait découvrir de spermatozoïdes.

Le mémoire de MM. Goubaux et Follin se termine par les conclusions suivantes :

1° L'examen microscopique montre qu'il n'y a pas d'animalcules spermatiques dans le liquide sécrété par les testicules qui restent dans la cavité abdominale pendant toute la vie, chez l'homme et les principaux animaux domestiques.

2° Les observations et les expériences prouvent que les animaux chez lesquels la cryptorchidie est double sont inféconds.

Bien que les faits rassemblés, tant dans ce mémoire que dans le savant travail de M. Godard, confirment pleinement la justesse de cette dernière conclusion, que d'ailleurs nous ne prétendons pas contredire, il est cependant fait mention de quelques faits, peu nombreux il est vrai, dont, en l'adoptant exclusivement, il est difficile de se rendre raison à moins de se retrancher dans le doute sur la question de paternité, ou de supposer que, dans certains cas de cryptorchidie, le sperme n'est pas dépourvu de ses qualités prolifiques.

Gruner (Thèse soutenue à Iéna en 1802 : *An vir qui testes perdidit, fœcundus et testabilis esse posset?*), cite le fait d'un cryptorchide auquel des jeunes filles se livraient avec sécurité, tant parce que ses testicules étaient cachés, que par son ardeur dans les exercices amoureux; elles eurent cependant lieu de se repentir de leur sécurité fondée sur les apparences, puisqu'elles devinrent enceintes.

Riolan (*Anthropogen.*, lib. II, cap. 29.), parle d'un gentilhomme dont les testicules étaient restés dans le ventre, et qui cependant eut une nombreuse famille.

Diemerbroeck rapporte également l'observation d'un jeune homme de vingt ans, qui, n'ayant point de testicules apparents, et ayant été marié, avait plus d'enfants que d'écus.

Mondat se prononce pour la fécondité des cryptorchides. D'après les recherches de MM. Goubaux, Follin et Godard, il serait naturel de conclure que la propriété fécondante du sperme se lie d'une manière indispensable à la présence des animalcules dans ce liquide.

Nous ne croyons pas hors de propos de mentionner ici quelques faits qui se rattachent à cette question.

Suivant Leuwenhoeck (qui regardait cependant les animalcules comme les rudiments du fœtus), et, après lui, Buffon, les animalcules spermatiques existent dans le liquide qui s'écoule des ovaires chez les femelles des animaux et dans le résidu de la nourriture qui s'attache aux dents, dans le chyle et dans les excréments. Leuwenhoeck a retrouvé ces animalcules dans ses propres excréments, lorsqu'ils étaient liquides et que les fonctions de l'estomac se faisaient mal.

Spallanzani a fécondé des œufs de grenouille avec du sperme dans lequel il s'était assuré qu'il n'y avait pas d'animalcules.

Malgré les quelques observations qui précèdent, et qui reposent d'ailleurs sur des faits si inférieurs en nombre à ceux que présente le travail de MM. Goubaux et Follin, nous pensons cependant que les recherches auxquelles ils se sont livrés et l'esprit de méthode qui les a dirigés sont d'une grande valeur pour la physiologie, et qu'elles n'ont pas moins d'importance pour la médecine légale en raison du jour qu'elles peuvent jeter sur certaines questions relatives au mariage, à la paternité, à l'admission à certaines professions ou à leur exclusion.

La monocryptorchidie ou la cryptorchidie complète sont-elles aussi rares chez l'homme, en raison de ce qu'on observe chez les animaux, qu'on pourrait l'inférer du mémoire dont nous venons de rendre compte? Voici une question de statistique à laquelle il est d'autant moins difficile de donner une solution satisfaisante que les bases sur lesquelles elle est fondée sont positives et ne présentent aucune matière à contestation, puisqu'il ne s'agit, pour y répondre, que de prononcer sur l'existence ou la non-existence, dans les bourses, d'un ou de deux testicules. Ce point serait d'ailleurs facilement éclairci par MM. les médecins militaires qui sont appelés à visiter les conscrits dans les conseils de révision.

Dr RAMON.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mars 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret rendu sur sa proposition le 6 mars courant, et par lequel l'Académie est autorisée à accepter la donation d'une rente annuelle de 500 fr. faite par les héritiers de feu M. Amussat, pour la fondation d'un prix de chirurgie expérimentale.

— M. le ministre du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aube en 1857. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le professeur Tigri (de Sienne) adresse une note écrite en italien sur l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale.

— M. le docteur Eugène Durrwell, de Guebwiller (Haut-Rhin), adresse un mémoire sur un cas de grossesse extra-utérine. (M. Danyau, rapporteur.)

— M. le docteur Peixoto (de Rio-Janeiro) envoie un relevé statistique des malades atteints de fièvre jaune qu'il a eu l'occasion de traiter. (Commissaire, M. Beau.)

— M. H. Roger prie l'Académie d'inscrire son nom sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination des membres de commissions de prix. Voici le résultat du scrutin :

Prix de l'Académie (microscope) : MM. Velpeau, Poiseuille, Moquin-Tandon, Devergie et Delafond.

Prix Portal (kystes) : MM. Cruveilhier, Cloquet, Barth, Robert et Cazeaux.

Prix Civrieux (névralgies et névrites) : MM. Bouillaud, Huguier, Mêlier, Gibert et Hervez de Chégoin.

Prix Itard : MM. Louis, Grisolle, Nélaton, Trousseau et Blache.

Prix Capuron : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul et Cazeaux.

Prix Barbier : MM. Rostan, Roche, Jolly, Guérin et Bégin.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Piorry.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. PIORRY. Sous le nom de fièvre puerpérale on a compris des phénomènes divers :

1° Des accidents fébriles précédés d'un frisson initial très-intense, suivis de symptômes généraux assez semblables à ceux des fièvres dites putrides, accidents dont la terminaison est presque toujours promptement funeste ;

2° Des phlébites utérines accompagnées des symptômes dont il vient d'être fait mention ;

3° Une phlébite s'étendant au loin, et qui est surtout accompagnée de phénomènes très-graves et analogues à ceux des empoisonnements par les matières putrides ;

4° Des métrites occupant soit la face interne de la matrice et présentant alors les caractères de la gangrène d'hôpital, soit la surface externe de l'utérus, et formant ainsi une variété de la péritonite des femmes en couches, variété circonscrite d'abord, mais qui, partant en général des régions voisines des trompes, s'étend au loin et occasionne le plus souvent la péritonite générale ;

5° Cette même péritonite générale accompagnée de la production de sérosité puriforme, du dépôt de fibrine mélangée de pus et de sanie ;

6° Des cas ordinairement plus légers, mais qui, faute d'une diagnose positive, sont rapportés à la fièvre puerpérale ; je veux parler de ceux où des matières et les gaz retenus et accumulés dans le tube digestif donnent lieu soit à une distension de ce tube et des parois du ventre, soit à d'excessives douleurs, et à un refoulement considérable des viscères suivi de dyspnée extrême, de dilatation stasique du cœur, d'hypoxémie et de phénomènes les plus graves ;

7° Certes, la fièvre puerpérale par excellence et à laquelle on ne donne guère ce nom, est celle qui a reçu le nom de fièvre de lait.

C'est donc à ces phénomènes considérés dans leur ensemble que l'on a donné en définitive le nom de fièvre puerpérale. Les opinions que les auteurs ont exprimées à ce sujet sont les suivantes :

1° Lorsque la doctrine de fièvres essentielles régnait, on admettait qu'il s'agissait ici d'*une fièvre primitive que l'on se donnait garde, vu les opinions d'alors, de rapporter à une altération ou à une intoxication du sang*..

2° Notre très-regrettable collègue M. Gasc, trouvant fréquemment que le péritoine était enflammé et rempli de matière séro-purulente, crut devoir rapporter à la péritonite la fièvre puerpérale des auteurs, c'est-à-dire l'ensemble précédent.

3° Bientôt Dance et ceux qui le suivirent, trouvant les veines enflammées et rencontrant dans divers organes des abcès se développant avec promptitude, rapportèrent à la phlébite utérine généralisée tous les symptômes de la fièvre puerpérale des auteurs.

4° D'autres, tenant compte de travaux récents sur la pyoémie, ne virent dans la fièvre grave qui suit l'accouchement que le résultat d'une résorption purulente.

5° Considérant l'état de la matrice après la parturition, les veines nombreuses qui s'ouvrent à sa surface interne, le sang qui séjourne dans la vaste cavité qu'elle circonscrit, sang qui, mélangé avec de l'air putréfié, répand une odeur fétide, un de vos collègues a pensé qu'il y avait ici pénétration dans les veines utérines, et partant dans le sang en général, de matières putrides et très-altérées : de là une septicémie d'une extrême gravité, qui pour certaines personnes devient l'ensemble de la fièvre puerpérale.

6° Ceux qui ont adopté une telle opinion pour se rendre compte de ce grand fait, que, dans les hôpitaux où les femmes enceintes sont rassemblées en grand nombre, la fièvre puerpérale sévit avec beaucoup plus de violence, de gravité et de fréquence qu'ailleurs, admettent que l'air altéré des salles où elles se trouvent exerce sur le sang en général, et sur les liquides et les caillots contenus dans la cavité utérine, une action décomposante qui devient une source active de septicémie, et par conséquent de l'ensemble des accidents généraux observés.

7° Vous avez entendu le très-remarquable travail de M. Depaul, dans lequel ce médecin habile cite des faits propres à établir qu'un poison spécial existe, et que ce virus est susceptible d'être communiqué, même par les mains de l'accoucheur, alors qu'après les avoir lavées et savonnées elles exhalent des odeurs très-fétides. Les accidents produits par ce virus constitueraient pour quelques personnes la fièvre puerpérale.

8° Le mot épidémie, si facile à se prêter à des idées fantastiques, comme à des inductions de faits positifs, a été également attribué à la fièvre puerpérale. Chacun l'a interprété à sa manière. Les bons esprits se sont attachés à le rapporter à une altération imprimée au sang, soit par des matières putrides répandues ou non dans l'air, soit par un virus contagieux. Ces derniers ont, suivant nous, le tort de vouloir qu'il s'agisse dans cette hypothèse d'*une fièvre essentielle*, c'est-à-dire existant sans lésion ; mais d'autres, amateurs des idées vagues, représentées par des mots mal définis, ont admis qu'il existait ici quelque cause occulte, indéterminée, résultat d'une diathèse incomprise, et liée ou non avec une autre cause dite épidémique, qu'ils ne détermineront pas davantage.

En somme, la plupart des auteurs ont vu dans l'ensemble des faits pathologiques précédents une maladie, une unité morbide, et ont subordonné les phénomènes observés : les uns à une affection épidémique ; les autres à une péritonite, d'autres encore à la phlébite, en un mot, à celui des caractères du mal qui leur paraissait prédominant, et qui se prêtait le mieux à leurs doctrines générales.

Pour bien comprendre, dans les idées organopathiques, la fièvre puerpérale, et pour diriger la thérapeutique avec un rationalisme éclairé et fécond en applications pratiques, il faut avoir égard aux circonstances dans lesquelles se trouvent les femmes qui viennent d'accoucher, et aux modifications que leur organisme présente :

1° D'une part, les préjugés aidant, elles sont presque toujours placées dans une atmosphère où l'air n'est pas renouvelé et où se trouvent répandues des odeurs fétides dégagées des liquides qui s'écoulent du vagin ou des autres parties du corps. La crainte puérile et tout à fait illusoire de provoquer par le refroidissement des abcès dans les glandes mammaires, fait qu'on évite de renouveler l'air des lieux où les nouvelles accouchées sont placées.

2° A la suite de la parturition, il y a en général un vide dans les vaisseaux, dû aux pertes de liquide que la femme vient de subir ; et les belles expériences de Magendie ont prouvé que dans ce cas l'absorption s'opère avec une extrême facilité.

3° L'utérus est alors revenu sur lui-même ; mais sa cavité présente une vaste poche dans laquelle du sang liquide ou coagulé mélangé avec de l'air est en contact avec les sinus utérins qui semblent faits tout exprès pour favoriser la pénétration dans l'appareil circulatoire des fluides sanieux que la matrice renferme.

4° Ajoutons que le sang de la femme récemment accouchée contient en général peu de globules, beaucoup de sérum, peu de fer ; que les organes abdominaux, les poumons, le cœur, le foie, si longtemps comprimés par l'utérus dilaté, sont profondément modifiés dans leur structure et leur consistance, et que le péritoine, qui naguère était distendu, abandonne en partie la surface de la matrice, et se trouve dans de telles conditions d'organisation qu'il doit être très-disposé aux altérations de structure.

5° N'oublions pas encore que bientôt après l'accouchement se prépare un nouveau travail accompagné, vers la cinquantième heure, d'un mouvement fébrile, de la congestion sanguine des glandes mammaires et de la sécrétion du lait.

6° Disons enfin que la femme éprouve alors des impressions morales très-diverses et qui peuvent avoir sur l'accomplissement des fonctions une influence que l'on a parfois exagérée, mais qui n'en est pas moins très-réelle. C'est dans l'étude attentive de ces faits que se trouve l'explication logique des accidents puerpéraux, et ce n'est pas l'admission d'une *unité morbide*, dite *fièvre puerpérale*, qui d'une part rend raison des phénomènes observés, et qui de l'autre conduit à un traitement utile et rationnel.

Les circonstances précédentes expliquent en effet :

1° Les accidents locaux, la souffrance utérine.

2° La péritonite qui, d'abord simplement utérine, s'étend bientôt à toute l'étendue du ventre ; son caractère extensif et funeste est dû à l'influence délétère des matières putrides contenues dans l'utérus.

3° Cette altération profonde, très-analogue à celle des plaies atteintes de gangrène d'hôpital, que présente la face interne de l'utérus en rapport immédiat avec le sang altéré que contient la matrice.

4° La phlébite utérine s'étendant bientôt à tout l'appareil circulatoire, avec ce même caractère septique que nous venons de voir aggraver d'une manière si funeste la péritonite consécutive à l'accouchement.

5° L'ensemble des phénomènes septicémiques (frisson initial, petitesse et fréquence du pouls, profonde altération des traits, selles liquides, abondantes et fétides, etc.) dus à la présence dans les liquides circulants de la sanie putride que l'utérus contient.

6° La tendance aux abcès, et le passage si prompt des phlegmasies à l'état pyoïque, due soit à la septicémie, soit à la pénétration dans le sang des globules de pus sécrété dans l'utérus, soit enfin à l'introduction dans l'appareil circulatoire de petits globules lactés formés à l'époque de la fièvre dite de lait. C'est l'ensemble de ces dernières circonstances qui explique la gravité des divers états organiques qui, dans les jours qui suivent le travail de l'accouchement, se déclarent vers les poumons, l'encéphale, les jointures, etc.

Il n'est pas cependant impossible qu'il existe un virus qui ait la funeste prérogative de communiquer le mal. Les faits cités par M. Depaul imposent aux observateurs le devoir de faire tous leurs efforts pour résoudre cette question ; mais, s'il en était ainsi, il faudrait au moins convenir que ce virus se développerait spontanément chez des malades qui n'ont communiqué avec aucune personne atteinte de fièvre puerpérale ; car il suffit, pour que l'ensemble d'accidents ainsi désignés vienne à se manifester, que plusieurs femmes saines et récemment accouchées habitent conjointement dans un lieu petit et mal aéré.

Il n'y aurait du reste ici, sous le rapport de la contagion, rien de spécial à la fièvre puerpérale, puisque beaucoup d'autres affections septicémiques sont évidemment contagieuses.

Il résulte de ce qui précède 1° qu'il ne s'agit pas, dans l'ensemble d'accidents qui viennent d'être signalés, d'une unité morbide dite fièvre puerpérale, d'une affection essentielle, d'une maladie à venin spécial, à marche régulière, la même pour toutes les malheureuses qui en sont frappées, maladie qui comporterait un traitement empirique, spécifique, puisé dans quelque théorie illusoire ou dans une pratique routinière ; 2° qu'il s'agit au contraire d'une femme qui, présentant les circonstances d'organisation propres à l'état de gestation et de parturition, éprouve déjà les phénomènes physiologiques de la sécrétion lactée et peut-être d'une véritable galactémie ; d'une femme qui, se trouvant ordinairement dans un lieu encombré, est soumise à l'action d'un virus ou d'une cause septique, lequel porte une influence délétère sur son sang par la respiration et sur des liquides contenus dans un utérus dont les veines se trouvent dans des conditions telles que ces liquides peuvent y pénétrer ; d'une femme enfin qui est atteinte de quelques-uns ou du plus grand nombre des états organopathiques suivants :

1° Une utérite grave et de cause septique ;

2° Une phlébite partielle ou générale modifiée et aggravée par la présence de matières putrides accumulées dans l'utérus ;

3° Une péritonite utérique ;

4° Une septico-péritonite sur les produits pyoïques de laquelle la galémie ou la pyémie due à l'absorption des matières sanieuses et purulentes contenues dans l'utérus peut influer ;

5° Une septicémie ;

6° Une pyémie ;

7° Des pleurites, des arthrites, des ethmoïtes promptement pyogéniques, c'est-à dire suivies de suppuration.

8° Des arrêts de matières fécales et de gaz dans l'intestin simulant les péritonites.

9° Une hypémie extrême résultant de la déperdition des liquides.

10° Un refoulement des viscères et du diaphragme résultant des états précédents et qui a pour conséquence une gêne très-grande de la respiration, une dilatation du cœur, des congestions pulmonaires hypostasiques, l'accumulation de l'écume dans les bronches, l'hypoxémie et la mort.

En considérant les faits de cette façon, des indications rationnelles se présentent tout d'abord et se rapportent évidemment non pas à la maladie, fièvre puerpérale, mais à ses éléments composants.

Voici les conséquences pratiques que M. Piorry déduit de ce qui précède :

1° Que le repos, les cataplasmes, les soins de propreté, sont utiles contre l'utérite.

2° Que la péritonite, *alors qu'il y a dans l'organisme assez de sang*, est améliorée par les saignées locales, les fomentations aqueuses et les purgatifs doux.

3° Qu'il est indispensable de nettoyer au moyen d'injections faites avec précaution, la cavité utérine du sang et de la sanie putride qu'elle contient.

4° Que l'on ne possède guère de moyens contre le caractère septicémique et galémique de la péritonite.

5° Que l'utilité de l'aération et des soins de propreté est, sous le rapport de la préservation et de la curation dans la septicémie, d'une extrême importance.

6° Que contre la pyémie ou cachexie purulente, il n'y a qu'aux purgatifs que l'on peut penser.

7° Que contre les phlegmasies pyogéniques, ces mêmes purgatifs, tout inutiles qu'ils sont, sont encore les seuls proposables.

8° Que dans les cas ou des matières et des gaz sont accumulés et simulent la péritonite, des purgatifs administrés par le rectum, des frictions huileuses ou graisseuses et mercurielles sur le ventre faites dans la direction du gros intestin, remédient, comme par enchantement, aux douleurs et aux accidents que les malades éprouvent.

9° Que l'hypémie exige, s'il est possible de les donner, l'emploi d'aliments réparateurs, et qu'elle exclut, quand elle est portée à un haut degré, l'emploi des saignées et des moyens propres à évacuer des liquides, etc.

10° Qu'au contraire, le refoulement des viscères et les accidents cardiaques et pulmonaires qu'il cause exigent impérieusement l'emploi des médications propres à évacuer les fèces et les gaz.

10° Que ces indications n'excluent en rien celles-ci : 1° administrer du sulfate de quinine alors que la rate est volumineuse et qu'il existe des phénomènes intermittents ; 2° avoir recours à des émétiques si le liquide s'accumule dans le conduit de l'air ; 3° évacuer l'urine s'il arrive qu'elle s'accumule dans la vessie ; 4° changer fréquemment la position de la malade si la pneumonie hypostatique vient à se déclarer.

M. Piorry termine par quelques considérations générales critiques sur les unités morbides et les maladies générales et sur la nécessité de tenir compte des altérations du sang et des lésions organiques dans les maladies épidémiques.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Desormeaux disait qu'il n'y avait pas de fièvre puerpérale ; qu'il fallait bannir ce mot de la science, comme non spécifique, et nommer par leur nom ordinaire les maladies qui succèdent à l'accouchement, *métrite, péritonite puerpérale* ; que le bon sens le plus commun commandait cette manière de voir, généralement adoptée aujourd'hui. Desormeaux parlait ainsi en 1827. En 1842, M. P. Dubois, dans un article remarquable, écrivait que la fièvre puerpérale est une *réalité*, mais que son essence nous est inconnue, que sa cause est insaisissable comme celle du choléra, de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde ; qu'on a pris l'effet pour la cause en considérant les altérations pathologiques qu'on rencontre à l'autopsie comme la cause de la maladie ; qu'il faut, dans la plupart des cas, reconnaître une altération préalable du sang ; qu'il peut bien se faire que des caillots retenus dans la matrice, ou la putrescence de cet organe, entraînent des accidents graves, mais que ces cas particuliers ne doivent point faire rejeter l'existence de la fièvre puerpérale essentielle, dont le principe nous échappe comme celui des épidémies et des fièvres éruptives ; et, passant en revue toutes les théories imaginées pour expliquer cette maladie si obscure et dont les caractères sont si distincts, il ne peut, comme Desormeaux, en reconnaître le point de départ dans les péritonites et les métrites, dans la pyogénie des femmes en couches, la suppression des lochies et de la sécrétion du lait, et tout en reconnaissant dans les conditions antérieures de la santé des malades ou de l'air qu'elles respirent, des causes prédisposantes, il ne peut s'empêcher de remarquer que la fièvre puerpérale se développe quelquefois dans les classes les plus élevées de la société, au milieu de tous les avantages de la santé et de l'opulence.

Desormeaux se trompait, en effet, en ne voyant dans la fièvre puerpérale que des métrites et des péritonites ; et, comme M. P. Dubois, nous la considérons comme une maladie bien distincte, qui a ses caractères particuliers, qui peut exister indépendamment de toute affection inflammatoire.

Mais cette maladie si grave, si singulière et si bien caractérisée qui se développe dans des conditions hygiéniques si opposées, tantôt sous la forme sporadique, souvent sous la forme épidémique, est-elle vraiment insaisissable dans son essence, dans son étiologie ? Est-elle aussi mystérieuse que le génie des épidémies, des fièvres éruptives, et doit-on, après les opinions si différentes des deux autorités si compétentes que je viens de citer, renoncer à toutes recherches ultérieures, et le dernier mot enfin est-il dit sur la fièvre puerpérale ?

Si des caillots retenus et putréfiés dans la matrice elle-même développent l'ensemble des symptômes qui caractérisent cette maladie, dont on croit devoir chercher encore l'inconnue, pourquoi ne pas s'arrêter à cette étiologie si vraie et si simple que tous les médecins connaissent, mais à laquelle on n'a pas donné toute sa valeur, par cela même peut-être qu'elle est trop palpable. Ce qui a jeté de l'obscurité, de l'incertitude sur la nature de la fièvre puerpérale, c'est qu'on a voulu la rapporter à une seule et même forme, et qu'alors on a pris pour des phénomènes inexplicables ce qui se rapporte à des causes différentes, dont les résultats finissent en effet par se confondre, mais dont les

symptômes primitifs, le point de départ et la marche, ne sont point les mêmes.

Il est donc certain que quelques inflammations de la matrice, non pas immédiatement comme dans le cas précédent, mais après un temps variable, sont suivies de tous les symptômes de la fièvre puerpérale. On devine déjà que si dans la première forme il s'agissait d'une infection putride, il s'agit dans cette seconde forme d'une infection purulente, et l'on comprend que cette métrite puerpérale n'est point elle-même la fièvre puerpérale comme l'entendait Desormeaux, et qu'elle n'en devient l'origine plus ou moins éloignée qu'à dater du moment où le produit de cette inflammation est devenu la cause d'une infection générale. On comprend aussi sur-le-champ quelle différence cette diversité d'origine doit apporter dans les symptômes primitifs, dans la thérapeutique du début, quoiqu'en définitive les derniers symptômes et le dernier traitement doivent se confondre.

Telles sont les idées que j'ai émises depuis longtemps déjà sur la fièvre puerpérale.

Reprenant ces deux causes différentes de la fièvre puerpérale, l'orateur caractérise en ces termes la fièvre puerpérale putride et la fièvre puerpérale purulente.

Toutes les altérations pathologiques que l'on rencontre à l'autopsie, ne sont pas pour moi, non plus que pour M. Paul Dubois, les causes de la maladie, mais les effets; et nous ne différons ici qu'en ce que cette cause n'est plus une énigme pour nous, mais une cause matérielle que les sens peuvent saisir dans la fièvre puerpérale purulente; le début n'a point d'époque fixe, parce qu'il est subordonné à celui de l'inflammation, qui peut être déterminé par des causes immédiates ou tardives. Dans cette forme d'origine inflammatoire, à l'inverse de la forme putride, le ventre est douloureux dès le principe; le frisson, la fièvre, se manifestent également, mais le pouls est moins fréquent, moins faible, la chaleur de la peau plus vive, il n'y a point de délire. Ce n'est que plus tard, quand l'absorption purulente a commencé, que des symptômes à peu près semblables à ceux de la forme putride se développent aussi. Ici encore tous les effets de cette intoxication purulente sont bien connus. Il suffit de les indiquer, et les désordres secondaires qu'on rencontre à l'autopsie ont été décrits bien des fois. Ils sont, comme dans l'autre forme, le résultat et non la cause de la maladie.

La distinction de ces deux formes, putride et purulente, satisfait à toutes les explications et dicte aussi la thérapeutique rationnelle de la maladie, en même temps qu'elle enseigne que la médication préventive, appliquée d'avance et sans savoir encore à quelle forme on aura affaire, ne peut tomber juste.

Assurément, dans la forme putride, toutes les conditions hygiéniques de salubrité, qu'il n'est pas besoin d'énumérer, sont de la plus haute importance. Mais il faut chercher ailleurs, et combattre autrement, la cause future de la maladie, chez les femmes qui, en pleine santé à l'heure de l'accouchement, sont prises les jours suivants des premiers symptômes de la fièvre puerpérale putride. C'est dans l'accouchement lui-même, dans la manière dont il s'est accompli, qu'on trouvera et la cause de la maladie, et l'indication primitive à remplir.

Mais cette infection une fois accomplie, ou autrement dit la fièvre puerpérale putride une fois développée, quel est le traitement qu'il convient de lui opposer?

Trois indications se présentent à remplir :

1° Eliminer la cause;

2° La neutraliser;

3° Mettre tout l'organisme dans les conditions propres à résister à la cause toxique.

Pour la première indication, les injections doivent être placées en première ligne; leur efficacité dépend de leur opportunité, c'est-à-dire de l'attention du médecin à saisir le moment convenable. Les autres moyens d'élimination sont les purgatifs et les sudorifiques. Par quel moyen peut-on espérer de neutraliser ou d'atténuer au moins l'action toxique des matières absorbées?

L'expérience sans doute doit rendre circonspect à prôner l'efficacité de tous les médicaments administrés dans cette intention.

Mais n'est-il pas rationnel d'appliquer ici tous les antiseptiques, tous les toniques fixes et diffusibles, avec lesquels on doit tenter de remplir les deux dernières indications?

Dans la forme puerpérale purulente, les indications thérapeutiques sont bien différentes dans le début, et l'on comprend que la médication antiphlogistique employée dans toute son énergie, les purgations, les frictions mercurielles, constituent le meilleur traitement prophylactique de la fièvre puerpérale purulente qui n'existe pas encore, mais que le médecin doit toujours avoir en prévision, quand il voit poindre une inflammation de la matrice après l'accouchement.

D'après les idées et les considérations que je viens d'émettre, ajoute M. Hervez, on comprend facilement comment la fièvre puerpérale putride peut se développer dans les meilleures conditions hygiéniques; mais on comprend aussi comment les causes atmosphériques propres à altérer promptement les liquides organisés, propres à développer des symptômes inflammatoires, sont propres aussi à déterminer et la fièvre puerpérale putride et la fièvre puerpérale purulente.

Sous le rapport de la contagion, il est clair qu'un grand nombre de femmes accouchées réunies dans un même local peuvent devenir un foyer d'infection qui ne s'opère plus alors de dedans en dehors, mais de dehors en dedans, par les voies de la respiration, produisant même alors des effets plus prompts que dans l'absorption utérine, puisque celle-ci exige plusieurs jours d'incubation pour la putridité des matières qui en deviennent la cause, tandis qu'elle est toute effectuée quand elle s'exhale du corps qui en est imprégné.

Cette contagion peut-elle s'opérer par la présence du médecin ou d'une personne qui vient de visiter une accouchée atteinte de fièvre puerpérale? Je ne le pense pas; la quantité de miasmes qu'il peut transporter ne paraît point suffisante pour ce mode de transmission.

M. Hervez termine en concluant en ces termes :

1° Que la fièvre puerpérale n'est autre chose qu'une infection générale; et je reconnais, avec M. P. Dubois, qu'elle consiste dans une altération du sang, mais avec cette différence, qu'au lieu de la croire préalable à l'accouchement, je la considère comme secondaire;

2° Cette infection est de deux sortes, putride ou purulente;

3° Son foyer est dans la matrice, et j'ai cru pouvoir dire avec vérité : *Morbus totus ab utero procidit.*

Ces deux formes, différentes dans le début, se confondent dans leur dernière période.

Les causes de la fièvre puerpérale putride sont toutes celles qui retiennent dans la matrice des matières qui devaient en être expulsées après l'accouchement. Ces causes sont souvent individuelles. Elle reconnaît aussi des causes hygiéniques, ce sont celles qui peuvent favoriser la putridité de ces matières.

La fièvre puerpérale purulente reconnaît pour cause toutes celles qui peuvent produire l'inflammation de la matrice, soit aussi individuelles, soit hygiéniques.

Le traitement, bien différent dans la première période de la forme purulente, devient le même quand l'infection est effectuée.

La fièvre puerpérale ainsi envisagée n'offre plus rien d'étrange ni d'inexplicable, et rentre dans la catégorie ordinaire des infections générales, dont il est si difficile de triompher.

Les femmes qui accouchent isolément et dans les meilleures conditions peuvent être atteintes de fièvre puerpérale putride et purulente. Elles ont seulement de moins à craindre que celles qui accouchent agglomérées l'infection par les voies extérieures.

Alors même qu'à l'autopsie on ne trouverait plus les restes des causes d'infection, on ne devrait point en conclure qu'elles n'ont point existé; elles peuvent avoir disparu. On les a toujours trouvées quand on les a cherchées avec persévérance.

M. TROUSSEAU pense que cette discussion pourrait bien être le pendant de l'histoire de la dent d'or, et qu'il n'y a pas en réalité de *fièvre puerpérale*. Il est bien vrai que les femmes récemment accouchées succombent souvent à des phlegmasies multiples, mais les hommes peuvent être atteints de la même maladie et en mourir. Il n'y a là rien qui soit propre à la femme en couches, et on trouve à l'autopsie des hommes qui ont succombé dans les hôpitaux où ils vivent à côté d'un service d'accouchées, des lésions très-analogues à celles qui caractérisent la fièvre puerpérale. Ce rapprochement avait déjà été fait, pour l'enfant et le fœtus, par M. Lorain, en 1855 (*Thèse sur la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*). Dans l'épidémie dont ce médecin et M. Charrier ont tracé l'histoire, les phlegmasies des organes thoraciques accompagnaient souvent, pendant deux mois surtout, celles des viscères abdominaux; les pleurésies suppurées étaient très-fréquentes et tout aussi graves que les péritonites. On vit alors se reproduire un fait souvent noté : la mortalité des nouveau-nés devint effrayante, et cela tout aussi bien parmi les enfants dont les mères n'étaient pas atteintes que parmi ceux que la fièvre puerpérale privait du sein maternel. Ces petits êtres mouraient avec des phlébites de la veine ombilicale, des péritonites et surtout des pleurésies, c'est-à-dire avec les mêmes lésions que les femmes accouchées, et sous la même influence.

En outre, des femmes non atteintes mettaient souvent au monde, avant terme, des fœtus morts, sur lesquels on retrouvait encore les mêmes phlegmasies des séreuses, pleurésie, péritonite.

Dans les hôpitaux comme Beaujon, Saint-Antoine, etc., où les mères nouvellement accouchées viennent faire fonctions de nourrice, les enfants succombaient en grand nombre à des érysipèles qui de l'ombilic gagnaient le tronc, à l'inflammation de la veine ombilicale ou de la veine-porte, et à des lésions semblables à celles qui régnaient dans les services d'accouchements. Les ophthalmies purulentes étaient fréquentes, et les enfants venus de la ville étaient tout aussi souvent atteints que les autres.

Bien plus, là où des services avoisinaient les foyers d'infection, à la Clinique, à l'Hôtel-Dieu, les opérations, même les plus simples, étaient suivies d'accidents analogues : suppurations multiples, pleurésies, arthrites suppurées promptement mortelles.

La même chose arrivait aux malades qui n'avaient subi aucune opération. Quand en 1856 le service d'accouchements de la Clinique fut évacué et consacré à des maladies ordinaires, celles-ci, quand elles étaient légères, traînaient en longueur. Les fièvres putrides, les pleurésies étaient beaucoup plus graves qu'ailleurs; M. Pidoux était effrayé de la mortalité insolite qui décimait ses salles.

Dans le service chirurgical voisin, on voyait souvent, chez des sujets non opérés, apparaître des symptômes généraux inquiétants, de l'inappétence, de la diarrhée, et l'opération la plus légère entraînait presque inévitablement la mort chez les individus qui présentaient ces symptômes.

Ce n'est pas un paradoxe que de dire que la fièvre puerpérale, comme maladie propre à la femme, n'existe pas, et que l'affection qu'on a ainsi nommée atteint également l'homme.

M. Trousseau complétera dans la séance de mardi prochain l'exposé de ses opinions sur cette maladie.

La suite de la discussion sur la fièvre puerpérale est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

En nous adressant son offrande destinée aux deux confrères malheureux en faveur desquels nous avons, à plusieurs reprises, fait appel à la charité du corps médical, M. le docteur Colass nous écrit :

Je croyais que votre appel en faveur de nos deux malheureux confrères ferait affluer de grosses offrandes dans votre caisse, et j'hésitais à vous adresser la modeste somme dont je puis disposer; mais puisque ceux qui peuvent beaucoup mettent si peu d'empressement, je me décide à vous envoyer dix francs, regrettant de ne pouvoir faire davantage. Combien il est fâcheux qu'il n'existe pas encore pour les médecins une caisse de secours, comme il y en a dans presque toutes les professions, et que la triste situation des deux confrères qui implorent par votre organe la bienveillance confraternelle, devrait faire réfléchir ceux qui hésitent encore à faire connaître leur désir d'adhérer à l'association dont vous nous avez plusieurs fois entretenus!

Suite de la liste de souscription pour deux confrères dans le malheur.

M. Colass, à Ennezat.	10 fr.
B. de B.	20
Baillarger.	20
Sommes reçues précédemment. . . .	251
Total.	301 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Gailleton, chirurgien aide-major de l'Antiquaille, a pris le 1er mars possession du service, qu'il remplira à cet hospice jusqu'au moment de son entrée en fonctions comme chirurgien-major.

— Durant l'été dernier, deux cas de varioloïde s'étant présentés à l'Ecole vétérinaire de Lyon, M. le docteur Rougier, médecin de l'établissement, proposa de soumettre à la revaccination tous les élèves qui y voudraient consentir. Il en fut pratiqué sur soixante-dix jeunes gens tous porteurs de belles cicatrices vaccinales. Neuf des revaccinés ont eu à chaque piqûre la pustule vaccinale caractéristique. Trois n'ont eu qu'une seule pustule. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Les *Annales cliniques de Montpellier*, rédigées par M. le professeur Alquié, ont cessé de paraître. La *Revue thérapeutique du Midi* est désormais le seul journal de médecine qui se publie à Montpellier.

— Vichy, dit la *Gazette des Eaux*, voit sortir de terre le nouvel établissement qui va doubler le nombre des salles de bains et des douches. De jolis jardins se dessinent à l'entour, et une galerie pleine d'ombre recevra les baigneurs avant l'heure du bain et les buveurs au retour de la buvette. On parle de percements à faire, de rues projetées, de constructions nouvelles, qui donneront un autre aspect et une plus vaste étendue à la belle promenade du Parc; on parle même d'un éclairage au gaz.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 33. — SAMEDI 20 MARS 1858. (31e ANNÉE.) N° 33 — SAMEDI 20 MARS 1858

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Névrose hystérique des plus complexes.

(Bronchite intercurrente déterminant un spasme du larynx et une aphonie persistante. — Invasion d'une fièvre typhoïde faisant cesser tous les symptômes nerveux. — Retour de tous ces symptômes après la guérison de la pyrexie aiguë.)

M. le docteur Gaucher a publié récemment dans ses plus grands détails l'observation extrêmement curieuse d'une jeune fille hystérique, ou, pour parler plus exactement, névropathique au plus haut degré, qui est depuis plus d'un an dans le service de M. Pidoux, à l'hôpital Lariboisière. Cette observation renferme des particularités du plus haut intérêt au point de vue nosologique et pratique. Nous en empruntons les principaux traits à l'*Union médicale*, où elle a été consignée.

Eugénie D...., entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Élisabeth, n° 5, pour s'y faire traiter d'une bronchite aiguë datant de quelques jours. Cette jeune fille, âgée de dix-neuf ans, d'une constitution faible, a été menstruée pour la première fois à l'âge de seize ans. Depuis, ses règles ont paru régulièrement ; mais elles sont douloureuses, peu abondantes. Elle a eu dans son enfance des convulsions ; elle est chlorotique, et depuis longtemps sujette à de la dyspepsie, de la céphalalgie, à des points névralgiques vagues, des palpitations, etc.

Le 12 décembre 1856, sans cause appréciable, elle fut prise de fièvre, de vomissements, de céphalalgie et de toux, et le 22 elle entrait dans le service de M. Pidoux, où l'on constata à l'auscultation des râles sibilants et muqueux dans toute l'étendue de la poitrine. La fièvre et la toux continuèrent jusqu'au 15 janvier. Le 20, l'état général s'était amendé, les râles avaient disparu, et il ne restait plus, du côté des voies respiratoires, qu'un sifflement laryngé assez fort, qui s'accroissait sous l'influence de la moindre émotion. L'auscultation du larynx ne faisait percevoir d'ailleurs que le murmure respiratoire laryngien, mais plus intense qu'à l'état normal.

Ni le sulfate de quinine, ni l'opium, ni la belladone, ni l'*assa fœtida*, ni le musc, ne parvinrent à modifier ce spasme, qui, au bout de quelques jours, se compliqua de difficulté de la déglutition. Cette sorte d'œsophagisme augmenta au point qu'il devint bientôt impossible de faire passer ni solides ni liquides.

Les antispasmodiques de toute nature et sous toutes les formes furent vainement employés. Les inspirations de chloroforme eurent seules quelques succès ; encore l'amélioration ainsi obtenue n'était-elle que momentanée.

Cet état allant en empirant, le 30 janvier la malade ne parlait plus, sa voix était complétement supprimée, et elle ne pouvait, quelque effort qu'elle fît, réussir à former un son. La déglutition était également empêchée, et l'on était obligé de recourir à la sonde œsophagienne pour introduire dans l'estomac les médicaments (opium et fer), et les aliments (vin, bouillons, potages).

A ces symptômes vinrent s'ajouter d'autres désordres des appareils nerveux de la vie de relation. La sensibilité fut atteinte ; les membres, la face, le cou et le tronc étaient complétement insensibles aux piqûres d'épingle. Les muqueuses du nez, des yeux, de la bouche, étaient également frappées d'anesthésie, pendant qu'au contraire la muqueuse du vagin et le col de l'utérus (explorés à travers le rectum), étaient le siége d'une vive hyperesthésie. Enfin quelques-uns des sens spéciaux, l'odorat, le goût, cessèrent de sentir l'action de leurs excitants habituels. La vue et l'ouïe restèrent à peu près intactes ; mais il y eut des otalgies d'une violence excessive, qui privèrent la malade de sommeil pendant un grand nombre de nuits.

Dans le mois de février, la paralysie envahit les muscles soumis à la volonté. La jambe gauche d'abord, la droite ensuite, furent complétement paralysées. La paralysie fut précédée, à gauche surtout, d'un phénomène remarquable : tandis que la peau était complétement insensible aux excitations extérieures, telles que le contact des doigts, le pincement, les piqûres d'épingle, il n'en était pas de même des tissus placés plus profondément. Lorsqu'on pressait les masses musculaires, même modérément, on arrachait des cris à la malade. Dans le courant de ce même mois, la paralysie gagna le bras gauche, puis le bras droit, toujours précédée dans sa manifestation et s'accompagnant de douleurs profondes. Enfin la malade accusait des douleurs dans les dents, dans toute la tête.

Les choses continuèrent ainsi pendant les mois de février et mars ; vers le milieu d'avril, M. Pidoux, après avoir essayé sans résultat la strychnine et l'électricité, eut recours à l'hydrothérapie ; mais elle n'eut pas plus d'action que les autres moyens.

Sauf quelques intermittences dans la paralysie du larynx et du pharynx, l'état de la malade resta à peu près le même jusqu'au mois de juillet. A cette époque, il survint de la courbature et quelques phénomènes fébriles qui furent bientôt suivis de l'explosion d'une fièvre typhoïde bien caractérisée. Et, chose remarquable, dès ce moment la malade recouvra la sensibilité générale, la sensibilité spéciale et l'usage de ses membres depuis si longtemps condamnés à l'immobilité. Dans le délire, elle se levait, marchait, et ne paraissait plus ressentir aucune des douleurs qu'elle éprouvait auparavant.

La maladie aiguë intercurrente suivit sa marche ordinaire, sans présenter aucun phénomène digne de remarque. Le 15 août, après un mois environ de durée, la maladie entra dans sa phase de convalescence. Dès lors une sorte de lutte sembla s'établir entre les symptômes typhiques qui allaient en s'effaçant et les phénomènes nerveux chroniques un moment étouffés par la maladie intercurrente. Des maux de tête, des points névralgiques semblaient alterner avec quelques mouvements fébriles et des retours de diarrhée. Le 5 septembre, l'affection primitive reprenait décidément le dessus. La fièvre et la diarrhée avaient complétement cessé. Mais à chaque visite on constatait le retour d'un nouveau phénomène nerveux, et l'on vit ainsi reparaître successivement les douleurs de tête, l'épigastralgie, la dysphagie, l'aphonie, l'anesthésie cutanée, la sensibilité profonde des muscles, la paralysie du mouvement et enfin l'impossibilité d'avaler solides et liquides.

Une circonstance digne de remarque, c'est que malgré l'obstacle que la difficulté de la déglutition semblait devoir apporter à une réparation suffisante après une affection aiguë aussi grave que la fièvre typhoïde, la coloration et un certain degré d'embonpoint et de fraîcheur avaient reparu et semblaient progresser à mesure de la réapparition de tous les symptômes nerveux.

Depuis lors l'état de la malade est resté à peu près le même, à quelques variations près dans l'intensité et l'existence de quelques phénomènes névrosiques. Il s'y est joint, en outre, de l'atrophie musculaire dans les membres inférieurs.

Voici maintenant quelques-unes des remarques dont M. Gauchet a fait suivre la relation de cette curieuse observation, et qui ont été écrites en grande partie sous l'inspiration de M. Pidoux. Il importe d'abord de résumer à grands traits les caractères les plus saillants du fait :

On voit dans cette observation une jeune fille lymphatique, faible de constitution, chlorotique, sujette aux névralgies vagues, aux céphalalgies nerveuses, et extrêmement impressionnable aux émotions même les plus légères, déterminent chez elle des battements de cœur tumultueux, l'*aura* sous forme de boule s'élevant de la région épigastrique, et des pertes de connaissance, mais jamais des crises convulsives. Une bronchite fébrile survient, et au moment où elle cesse, un nouveau symptôme se manifeste, qui prend pour siége un point même des voies respiratoires à peine dégagées, et qui devient comme le point de départ d'une nouvelle série d'accidents et de phénomènes nerveux de plus en plus graves.

Or les premières questions que l'on s'est posées en présence de ce fait, sont celles-ci :

D'abord, en considérant le trait le plus saillant de cette maladie, la paralysie, on a dû se demander si elle n'était par la traduction d'une lésion matérielle des centres nerveux. Mais les circonstances commémoratives ne permettaient pas de doute à cet égard ; elles donnaient lieu de croire, au contraire, que ces phénomènes étaient de nature purement nerveuse, que l'on avait affaire à une paralysie hystérique.

En second lieu, quelle a pu être la part de la bronchite dans la production du spasme du larynx bientôt dégénérée en aphonie, et qui a ouvert la scène à une nouvelle phase de la maladie, à l'invasion d'un nouveau groupe de symptômes névrosiques.

Considérant, d'une part, le point de l'économie où ce spasme est venu se manifester, et, d'un autre côté, tenant compte du trait prédominant de la constitution de la jeune fille, de la disposition névropathique dont son organisme est si profondément empreint, on s'explique assez naturellement l'influence du catarrhe sur l'apparition des troubles fonctionnels laryngiens. C'est un de ces exemples de l'action provocatrice qu'une maladie aiguë peut exercer sur le développement d'une maladie chronique qui

FEUILLETON.

L'Année scientifique et industrielle. — Corrélation des forces physiques. — Le son produit par la combustion des gaz. — Nouveau dictionnaire d'histoire naturelle. — Essais scientifiques.

Depuis une quinzaine de jours nous avons reçu quelques livres de sciences accessoires ; ils étaient là sur notre bureau, nous attirant par le charme de leurs titres, nous avons succombé à la tentation. Il nous faudra donc aujourd'hui sortir un peu de notre cadre ordinaire, et, laissant reposer Académies et Revues, suivre le mouvement de la littérature scientifique. Trois volumes ! nous n'en avons encore lu qu'un seul ; nous ne parlerons pas de lui, car, quoi qu'en disent certains critiques, la tâche est trop ingrate de faire un compte rendu d'après une table de matières. Le premier en date est l'*Année scientifique et industrielle* (1), que nous vous avons déjà annoncé.

(1) *L'Année scientifique et industrielle*, par M. Louis Figuier. 2e année, Paris, Hachette et Cie, libraires.

Vous connaissez le but de l'auteur ; vous savez que, rédacteur du bulletin scientifique d'un grand journal, il répand chaque semaine, dans un style clair, précis et agréable, ces perles de la science qu'on laissait autrefois recouvertes d'informes enveloppes. La science s'est faite aimable et n'y a certainement rien perdu. Nous pourrions ici faire l'histoire de ce développement intellectuel, qui date à peine d'hier ; mais il est inutile de s'égarer dans ces considérations ; entrons donc de plain-pied dans ce recueil de faits, de découvertes et d'études.

Voici d'abord l'astronomie, avec son cortége de comètes. L'année 1857 a été féconde en ce genre ; le 13 juin, on tremblait devant la fameuse comète qui devait détruire le monde : le 13 juin a passé, et le monde existe toujours, et cependant six petites comètes sont venues nous faire visite depuis cette terrible époque. Une étude des petites planètes télescopiques comprises entre Mars et Jupiter, de nouveaux travaux sur la figure de la terre, et l'invention par M. Foucault d'un télescope en verre argenté, constituent le bilan astronomique de l'année.

La physique est mieux partagée. M. Figuier ouvre ses études par une analyse fort intéressante sur un ouvrage de M. Grove (*De la corrélation des forces physiques*). Nous y reviendrons. Chargé, nous aussi, de vous tenir au courant de ce qui se passe dans les sciences accessoires, il nous était impossible de ne pas nous trouver de temps à autre sur le même terrain que notre savant confrère de la *Presse*, aussi ne signalerons-nous ici que des faits qu'il ne nous a pas encore été donné de vous exposer.

Les vibrations sonores ont trouvé le moyen de se rendre sensibles à la vue. Pour arriver à ce résultat, M. Lissajoux a dû transformer un phénomène d'acoustique en un phénomène d'optique.

Mais suivons : Voici la machine à vapeur réchauffée de M. Séguin aîné, un nouveau baromètre à siphon, l'hydrostat de M. Kœpelin, les métaux chanteurs, le chauffage à la glace !

J'en passe, et des meilleurs, pour arriver à la chimie. Cette partie de la science a fourni un beau contingent. Nous remarquons surtout la production artificielle du diamant, le diamant de bore, les procédés nouveaux de fabrication du fer, un travail important sur le dosage de la quantité de gaz inflammable contenu dans les mines de houille, et l'application du collodion sec en photographie.

Que de découvertes ! que de procédés ! Et nous n'avons encore parlé que de deux ou trois chapitres ! Que serait-ce donc si l'espace nous permettait de vous conduire à travers l'histoire naturelle, les arts industriels, les constructions ? Car il y a de tout dans ce volume, savant résumé de la science du jour. La marine, les chemins de fer, la télégraphie électrique, y sont représentés. La linguistique elle-même a son chapitre. Et, près de la médecine et de la physiologie, nous voyons les découvertes de l'agriculture. Le livre se termine par un chapitre de voyages scientifiques et le rapport sur l'exposition universelle de 1855. Ajoutez les prix décernés par les sociétés savantes, et vous aurez l'aperçu le plus complet de ce nouveau volume des *Annales de la science au dix-neuvième siècle*.

Que de travaux laissés dans l'ombre il y a trente ou quarante ans à peine, qui eussent aujourd'hui trouvé leur place au grand jour ! Jour-

vient s'y associer. L'extension de cet état névropathique primitivement localisé en ce point, sa généralisation à presque toute l'économie, n'est pas plus difficile à comprendre dans les conditions de tempérament et de constitution que l'on connaît.

Mais voici une circonstance des plus remarquables de cette observation, qui va fournir un nouveau témoignage irrécusable, s'il en était besoin encore, en faveur de la nature névrosique de tout cet ensemble de phénomènes morbides. Une fièvre typhoïde survient pendant que la malade est en proie à tous ces troubles nerveux. Dans le délire, la malade, jusqu'alors paralysée, se lève, marche et ne paraît plus ressentir aucune des douleurs névralgiques qui la faisaient tant souffrir quelques jours avant. Puis, quand la guérison de la fièvre arrive, elle fait place de nouveau au retour de tous les mêmes phénomènes qu'elle avait suspendus.

Mais de ce que l'affection à laquelle cette jeune fille est en proie est une névrose, névrose complexe, il est vrai, résultant d'une sorte d'association de l'hystérie et de la chlorose, s'en suit-il qu'on doive porter un pronostic peu grave sur son issue? Telle n'est pas l'opinion de M. Pidoux. Mais les motifs sur lesquels il se fonde, et les considérations intéressantes dans lesquelles il est entré à ce sujet sur les névroses en général, demanderaient des développements trop étendus pour le moment. Nous les réservons pour une revue prochaine.

Affection calculeuse des reins datant de plusieurs années. Colique néphrétique consécutive à un cathétérisme curatif. Abcès rénal. Terminaison favorable.

Nous devons à l'obligeance de M. J. Arnould, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, la communication de l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Champouillon, et qui présente de l'intérêt sous plus d'un rapport.

D..., sous-officier d'artillerie, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution moyenne, entré au service à l'âge de dix-sept ans, éprouvait déjà parfois avant cette époque un sentiment de pesanteur et de tension à la région lombaire gauche, phénomènes peu intenses et passagers qui n'altéraient ni sa santé générale ni son développement physique. Il y a cinq ans, il eut une fièvre typhoïde grave à la suite de laquelle se montrèrent des accidents néphrétiques très-sérieux. Deux séjours successifs aux eaux de Vichy lui procurèrent un grand soulagement.

En 1855, il contracta une blennorrhagie. Jusqu'à cette époque, les accès néphrétiques ne duraient que de trois ou quatre heures à un jour, et étaient assez tolérables, quoique les douleurs s'irradiassent, en suivant l'uretère, jusqu'au testicule et à la région inguinale, et qu'elles reparussent à de courts intervalles.

Habituellement la miction n'avait lieu chez lui que plusieurs minutes après qu'il s'était présenté au vase; elle s'opérait ensuite sans difficulté. A plusieurs reprises, on a constaté dans son urine un sédiment rouge semblable à de la brique pilée, mêlé quelquefois avec des mucosités épaisses; jamais il n'a rendu de gravier considérable.

Il y a environ trois ans, pendant qu'il était à l'hôpital pour sa blennorrhagie, D... éprouva durant huit jours les mêmes accidents, à l'intensité près, que ceux qui vont être décrits. Depuis cette époque, il eut quelques accès de douleur néphrétique.

Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 26 décembre 1857, il présentait une affection fébrile de peu de gravité, à la fin de laquelle il passa à la salle 33 (service des blessés), pour y être traité d'un rétrécissement uréthral.

On appliqua la dilatation progressive. Une bougie était passée tous les jours ou tous les deux jours, et ne restait jamais plus d'une heure dans le canal. Ces manœuvres déterminaient constamment de la douleur dans l'urèthre, et il en était résulté une cystite du col avec ténesme vésical assez incommode.

Après environ quinze jours, le malade fut repris brusquement de ses douleurs lombaires, mais avec une telle violence que des cris et des larmes lui échappaient au milieu de contorsions désespérées. C'était le 28 janvier.

Après deux jours de tortures, il entra dans la division de M. Champouillon. Une application de sangsues lui avait été faite à la région lombaire gauche. Les douleurs étaient moins violentes. Il était alors tourmenté par un hoquet convulsif extrêmement pénible, qui ne lui laissait que de courts intervalles de répit. Face anxieuse, un peu grippée; pouls petit, légèrement accéléré; respiration et température à peu près normales. Perte d'appétit et de sommeil. Constipation médiocre; il y avait eu de fréquents vomissements. Décubitus dorsal. Douleur tensive à la région lombaire gauche, s'exaspérant à la pression.

Le 1[er] février, 12 ventouses mouchetées sont appliquées à la région lombaire gauche; large cataplasme; 3 bouteilles d'eau de Seltz; glace; tisane de salsepareille nitrée; potion antispasmodique; diète.

Le 2, même état; douleurs modérées; hoquet persistant; urines abondantes, rougeâtres, légèrement troubles, dont l'émission est suivie d'une sensation de chaleur dans le canal. — Fomentations émollientes; bain prolongé; pilules avec morphine, 0,01, musc, 0,01, camphre, 0,03 pour 3 pilules; tisane de camomille.

Le 3, on essaye des inhalations de chloroforme jusqu'à commencement d'anesthésie; le hoquet cesse immédiatement et le malade jouit de quelques heures de sommeil, bientôt troublé par de nouveaux spasmes. — Vésicatoire au creux épigastrique; bain; infusion de valériane; eau de Seltz; glace; bouillon.

Le 4, de nouvelles inhalations de chloroforme sont pratiquées avec le même succès éphémère.

Le 5, le hoquet diminue peu à peu; l'état général semble amélioré, quoique les douleurs tensives à la région lombaire gauche persistent. — Bain de son; pilules avec extrait d'opium, 0,05, camphre, 0,05, musc, 0,02 pour 3 pilules. On cesse le chloroforme.

Le 10, les urines sont rouges et bourbeuses, de la couleur et de la consistance de lie de vin épaisse. La palpation au niveau des dernières côtes et au-dessous, dans la largeur de trois travers de doigt, réveille des douleurs à la région lombaire gauche. La même région, à droite, est un peu sensible. — Vésicatoire sur les lombes gauches; continuation des prescriptions précédentes; aliments légers.

Le 13, augmentation de l'état sanguinolent et bourbeux de l'urine, qui précipite un dépôt blanc, grumeleux, très-abondant. Le microscope y fait reconnaître du sang et du pus en grande quantité.

Le 15, état général satisfaisant; appétit modéré; sommeil; urines abondantes, mais encore très-chargées de pus. — Le quart.

Le 20, l'urine s'éclaircit. Encore très-louche le matin, le soir, après les mictions fréquentes de la journée, elle est presque limpide. Etat général très-satisfaisant. La plupart des médicaments sont suspendus, et on alimente le malade.

Le 23, les urines sont à réaction acide et précipitent encore assez abondamment, par l'acide nitrique, un dépôt blanc, d'aspect féculent.

Le 25, l'état du sujet est très-satisfaisant sous tous les rapports.

Cette observation retrace assez exactement l'histoire classique de la néphrite calculeuse sous le rapport de la persistance de cette affection, de ses accès fréquents, variables par leur durée et leur intensité, mais reparaissant toujours après un temps de calme plus ou moins long. Les douleurs excessives, le hoquet fatiguant font encore partie du cortége de phénomènes de la colique néphrétique.

Mais ce que ce fait présente de remarquable surtout, c'est la coïncidence de l'apparition d'un accès violent avec des manœuvres de cathétérisme, ayant déterminé une irritation sur les dernières voies du système urinaire, en d'autres termes, l'influence manifeste de la bougie à demeure sur la production du phlegmon des reins. Il y a sans doute dans les souffrances qui se réveillent soudain à l'origine de ces voies plus qu'une simple sympathie. N'est-on pas fondé à y voir une propagation de l'inflammation se rapprochant assez du mécanisme par lequel l'épididymite succède à l'inflammation du canal de l'urèthre? Cette propagation s'explique d'ailleurs par la présence de l'épine inflammatoire permanente dans le rein, l'état d'irritation continuelle et de susceptibilité de cet organe dans le cas observé. Ce sont deux inflammations qui marchent l'une vers l'autre; le travail se fixe définitivement là où il trouve le plus d'aliments.

Nous ferons remarquer aussi comme une circonstance heureuse, dans ce cas, la parfaite circonscription du travail inflammatoire dans le rein; il n'y a jamais eu, en effet, la moindre apparence d'inflammation péritonéale, malgré la quantité considérable du parenchyme rénal qui a dû participer au phlegmon et s'abcéder, si l'on en juge par la masse de pus évacuée avec l'urine pendant huit à dix jours, évaluée à 4 litres et demi environ.

Cette quantité de pus, bien que considérable, ne l'est cependant pas autant encore qu'elle l'était chez un malade, garde de Paris, qui était, il y a quelques années, dans le service de M. Champouillon. Ce malade rendait jusqu'à 5 litres de pus par jour dans les derniers temps de son existence. On trouva à l'autopsie 23 calculs dans les reins; deux de ces calculs avaient exactement la forme et le volume de figues fraîches.

Consultation au sujet d'un cas de monocryptorchidie ou d'inclusion testiculaire inguinale.

Un de nos honorables correspondants, M. le docteur Rousse, de Bagnères-de-Bigorre, nous soumet le fait suivant, et nous demande notre avis sur ce qu'il serait le plus opportun de faire dans les circonstances que nous allons indiquer.

Un jeune homme de dix-huit ans, M. R..., d'une constitution frêle, quoique toutes les parties de son corps soient assez bien proportionnées et offrent un aspect régulier, a habituellement le testicule gauche renfermé dans l'abdomen, ou plutôt, comme on va le voir par les détails qui suivent, arrêté dans le canal inguinal. Cette disposition est congéniale. La mère de ce jeune homme se rappelle qu'à l'âge de sept ans, il a commencé à éprouver de petites douleurs près de l'anneau inguinal gauche; cette circonstance ayant appelé son attention, elle remarqua que le testicule gauche manquait dans le scrotum, tandis que le droit y occupait sa place naturelle. Il existait en même temps, près de l'anneau inguinal gauche, une petite tuméfaction qui fut prise alors pour une hernie. A cette époque, l'état des parties était donc, suivant toute apparence, le même qu'aujourd'hui, sauf la différence due à leur accroissement.

Depuis trois ans, R... a fait la remarque que lorsqu'il saute ou monte à cheval, le testicule sort du bas-ventre, franchit l'anneau inguinal et arrive seulement jusqu'à la partie moyenne du scrotum, où il s'arrête. Alors surviennent des douleurs vives dans le ventre, des envies de vomir et des vomissements bilieux qui persistent jusqu'à ce que le testicule ait été réintroduit dans l'abdomen.

Il y a un an environ, le testicule a paru plus proéminent sous l'anneau. C'est alors que de plus fortes coliques se sont fait sentir. Les douleurs cessaient, du reste, comme d'habitude, dès que le testicule était rentré, et l'on remarquait alors que le scrotum était très-contracté.

Aujourd'hui, ce testicule fait un peu de saillie à la partie supérieure de l'anneau inguinal. Dans cette situation, qui est sa situation habituelle, on constate qu'il n'est pas plus sensible qu'à l'état normal, et il a, autant qu'il est possible d'en juger, le volume ordinaire. Mais aussitôt qu'il est descendu dans le scrotum, il devient d'une sensibilité excessive à la moindre pression, et il paraît alors un peu plus volumineux que celui du côté droit. Il est d'ailleurs lisse, uni, sans bosselures, d'une consistance normale, et à cela près de son excessive sensibilité et d'un peu d'augmentation de volume, il paraît sain et placé suivant sa direction normale. Le cordon est un peu plus gros et beaucoup plus court que le droit; il ne permet pas au testicule de descendre plus bas qu'à la moitié environ du scrotum; il ne présente du reste non plus aucune apparence morbide. La descente du testicule n'est précédée ni suivie d'aucun gonflement herniaire.

---

naux scientifiques, livres recueillant jour par jour les efforts des travailleurs, quel noble stimulant pour tous ceux qui veulent se faire leur titre de gloire!

L'*Année scientifique* est un livre qui ne peut se résumer. Ce sont des faits portant tous leur cachet d'intérêt, chacun dans un ordre différent. On les lit, on les relit, on en tire des enseignements souvent pratiques; mais ils se pressent trop nombreux pour que la plus courte analyse leur permette d'entrer tous dans le court espace qui nous est réservé.

Prenons cependant entre mille un seul sujet; et, pour justifier ce choix, il nous suffira d'appeler l'attention sur les magnifiques résultats auxquels ce travail semble devoir nous amener.

On entend par *corrélation des forces physiques* le mutuel enchaînement des forces qui, dans la nature, peuvent produire alternativement la chaleur, la lumière ou l'électricité. Cette corrélation a été, comme nous le disions plus haut, l'objet du travail d'un savant anglais, M. Grove. Il s'agissait de prouver que ces diverses forces ont entre elles des relations intimes et sont dans une dépendance mutuelle les unes des autres.

« Aucune de ces forces, dans un sens absolu, ne peut être dite la cause nécessaire et essentielle des autres; mais chacune d'elles peut produire toutes les autres ou être engendrée par elles; elles peuvent toutes se convertir l'une dans l'autre dans des conditions données. »

Et si nous demandons de suite la preuve de cette assertion aux connaissances actuelles de la science, nous voyons le mouvement produire la chaleur et dans le frottement de deux corps, et lorsqu'on vient à l'arrêter subitement. La chaleur elle-même se convertira en mouvement, lorsque sous le piston d'une machine à vapeur, la vapeur d'eau se détendant dans le vide, se refroidit par son expansion, de telle sorte que l'on voit alors se transformer en mouvement le calorique disparu.

Mais le mouvement peut encore engendrer l'électricité, le magnétisme, la lumière, l'affinité chimique. Qu'on frotte deux corps hétérogènes (drap et cire à cacheter), et la chaleur fera place à l'électricité.

L'expérience de M. Babinet est assez curieuse pour trouver ici sa place.

Sur le bouchon d'une carafe, placez en équilibre, dans une position horizontale, une canne un peu lourde en bois ou en jonc, de telle sorte qu'elle soit très-mobile et puisse tourner facilement autour de son point d'appui. Prenez alors un petit morceau de cire à cacheter, frottez-le vivement sur la manche de votre habit, et approchez-le rapidement de l'une des extrémités de la canne sans la toucher. Cédant à l'attraction de l'électricité dégagée par le frottement, la canne tournera sur son point d'appui, et suivra le morceau de cire dans tous ses déplacements. Le mouvement aura donc engendré l'électricité, et l'électricité à son tour aura donné naissance au mouvement.

A son tour, M. Grove a institué une fort belle expérience pour démontrer ce fait fondamental de la corrélation des forces physiques: elle n'a pas encore été répétée dans les cours publics de Paris.

On introduit dans une boîte remplie d'eau et fermée sur une de ses faces par une lame de verre, une plaque daguerrienne sensibilisée, que l'on défend de l'action de la lumière en recouvrant la lame de verre d'un écran opaque. Entre le verre et la plaque, on place un grillage en fils d'argent; on met la plaque en contact avec l'une des extrémités du fil d'un galvanomètre, et le grillage en contact avec l'une des extrémités de l'hélice d'un thermomètre métallique de Bréguet. On fait communiquer entre elles la seconde extrémité du fil du galvanomètre et de l'hélice; enfin, on amène aux zéros les aiguilles du galvanomètre et du thermomètre. Enlevant alors l'écran opaque, on laisse tomber la lumière sur la plaque daguerrienne, et l'on voit aussitôt les deux aiguilles se mettre en mouvement, et indiquer ainsi l'une l'apparition d'un courant électrique, l'autre un dégagement de chaleur. Une seule cause, la lumière, a donc fait naître sur la plaque *une action chimique*; dans les fils d'argent, *un courant électrique*; dans la bobine du galvanomètre, *un courant magnétique*; dans l'hélice, *de la chaleur*; dans les aiguilles, *du mouvement*. Ainsi dans cette expérience, une force unique, la lumière, a tout engendré médiatement ou immédiatement: *action chimique, électricité, magnétisme, chaleur, mouvement.*

Mais ce qui caractérise cette génération commune des forces naturelles, c'est qu'elle a lieu en proportions fixes et définies, suivant une loi toute semblable à celle des équivalents chimiques.

Ainsi, par exemple, la chaleur qui élève d'un degré la température d'un kilogramme d'eau, si nous la convertissons en mouvement, produira une force mécanique capable d'élever 430 kilogrammes environ à un mètre de hauteur en une seconde, de sorte que 430 sera l'équivalent mécanique de la chaleur.

Ainsi, quand on considère de haut et dans leur ensemble les forces

On peut alors introduire aisément l'extrémité du doigt indicateur dans l'anneau inguinal, et il n'y perçoit aucune tumeur.

Enfin, le malade dit qu'il sent très-bien que si le testicule pouvait descendre davantage lorsqu'il sort de l'anneau, il serait guéri ; mais ne pouvant résister aux douleurs qu'il éprouve alors, il sollicite avec instance son médecin de le faire rentrer.

Quant au testicule droit, il est tout à fait dans les conditions normales.

Ce jeune homme, quoique délicat, n'a du reste aucune apparence d'une maladie cachectique. Sa santé est assez bonne. Ses digestions se font bien. Il grandit et se développe régulièrement. Les renseignements recueillis auprès des parents n'ont rien révélé qui ait pu faire présumer une disposition héréditaire.

Notre confrère nous demande ce qu'il faut faire en pareille occurrence; s'il est utile d'empêcher le testicule de rentrer dans l'abdomen lorsqu'il est descendu dans le scrotum; s'il convient de chercher à dilater l'anneau par des onctions de pommade de belladone, moyen qu'il avoue d'ailleurs lui inspirer peu de confiance, ou bien si, en présence des accidents et des douleurs atroces qu'éprouve ce jeune homme lorsque son testicule vient à descendre dans le scrotum, il fait bien, pour couper court à ces souffrances, de faire rentrer le testicule dans l'abdomen.

Notre correspondant nous demande, enfin, si nous pensons qu'il serait utile de maintenir le testicule dans le ventre à l'aide d'un bandage inguinal, jusqu'à ce que le cordon testiculaire ait acquis la longueur voulue, et qu'il permette au testicule de reprendre et de conserver sa place dans le scrotum.

Avant de répondre aux questions qui nous sont adressées, il importe d'abord de chercher à bien établir à quel genre de lésion ou d'anomalie testiculaire on a affaire, et de voir si dans les recueils ou traités spéciaux nous trouverons quelques cas analogues qui puissent nous guider dans la détermination des indications et dans le choix des moyens à employer.

Les annales de la science fourmillent d'observations d'ectopie et d'anomalies testiculaires de toutes sortes, mais ce n'est que dans ces derniers temps que l'histoire des divers vices de conformation résultant de la migration imparfaite des testicules a été vraiment éclairée dans ses causes, dans son mécanisme et dans ses effets. Nous trouverons à cet égard des renseignements utiles dans l'ouvrage de Curling traduit et annoté par M. Gosselin (1), dans la thèse soutenue, en 1851, par M. Lecomte, sous le titre d'*Ectopies congéniales des testicules*, et surtout dans les belles recherches de M. Godard sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme, et de MM. Goubaux et Follin sur les mêmes discussions chez les animaux.

Il résulte de l'ensemble de ces recherches que la monorchidie (qui doit seule nous occuper ici), peut être le résultat ou d'une disposition anatomique vicieuse, ou d'une application importune d'un bandage par suite d'une erreur de diagnostic qui a fait prendre un testicule retenu au-dessus de l'anneau inguinal externe pour une hernie, ou d'une contraction spasmodique du crémaster. Les dispositions anatomiques vicieuses qui peuvent être causes de la monorchidie sont relatives au testicule, au *gubernaculum testis*, et aux piliers de l'anneau inguinal.

Le testicule, pendant son évolution, peut s'enflammer, et, par suite, augmenter de volume de manière à ne pouvoir plus franchir ni alors ni plus tard les anneaux du canal inguinal, soit à cause de l'excès de volume persistant, soit à cause des adhérences que le testicule a contractées. Cet accident paraît rare. Cependant M. Godard dit en avoir constaté un exemple sur un nouveau-né. La glande, par suite d'un engorgement inflammatoire, avait quadruplé de volume.

L'une des causes les plus communes de l'arrêt du testicule dans un des points du trajet qu'il a à effectuer est dans l'état du *gubernaculum testis* et les diverses lésions qu'il peut présenter à l'époque de l'évolution de cet organe. La plupart des physiologistes admettent aujourd'hui que le testicule est graduellement amené jusqu'à l'anneau par les contractions lentes du *gubernaculum*, composé en grande partie de fibres musculaires. Mais on s'expliquait difficilement, par les dispositions de ce muscle, comment le testicule parvenu à ce point pouvait descendre plus bas et arriver jusque dans le scrotum. M. Curling, qui a étudié avec un soin minutieux le mécanisme de l'évolution testiculaire, en explique ainsi les diverses phases par des dispositions particulières et inaperçues jusqu'alors des divers faisceaux dont se compose le muscle du *gubernaculum*. D'après l'auteur anglais, les fibres du *musculus testis*, qui partent du ligament de Poupart ou du muscle oblique interne, ont pour action de diriger la glande dans l'intérieur du canal inguinal ; celles qui s'insèrent au pubis l'amènent au dehors de l'anneau cutané; enfin, celles qui partent du fond du scrotum la conduisent au lieu qui lui est destiné.

(1) *Traité des maladies du testicule*, etc., par Curling, traduit par M. Gosselin, avec des notes du traducteur. Paris, 1856. Chez Labé.

Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur les autres particularités connues de ce phénomène physiologique. La connaissance de cette particularité suffit pour faire comprendre, soit par l'absence, soit par l'atrophie ou la paralysie du muscle gubernaculum ou de l'un de ses faisceaux seulement, soit enfin par leur insertion anormale sur l'un des points du testicule, la plupart des variétés connues d'ectropie de cet organe. Ainsi, soit l'absence ou la paralysie des trois insertions inférieures de ce muscle, la glande restera dans l'abdomen; soit seulement l'absence des fibres qui partent du fond du scrotum, on aura un arrêt de testicule dans le point où l'a amené la contraction des vaisseaux pubiens, c'est-à-dire au niveau de l'anneau inguinal cutané; ce qui nous paraît, pour le dire en passant, être le cas du jeune homme en question.

On s'expliquera également, par les diverses anomalies d'insertions de ces divers faisceaux musculaires, les diverses variétés d'ectropie ou d'inclusion plus ou moins bizarres dont on a publié des exemples, telles que l'inclusion périnéale, l'inclusion crurale, iliaque, etc.

D'un autre côté, il peut se faire que le testicule ait accompli toutes les phases de son évolution, qu'il soit descendu dans le scrotum, et que, par un phénomène en quelque sorte inverse de celui qui vient d'être décrit, le testicule soit refoulé dans le canal pour y être désormais fixé. C'est le cas où une contraction spasmodique du crémaster peut faire remonter le testicule, l'engager dans l'anneau, et fixer ainsi dans le canal inguinal un testicule déjà descendu. Cette variété paraît rare, mais pas assez cependant pour que M. Godard n'en ait pas réuni deux exemples dans son travail sur ce sujet (1).

Nous ne nous arrêterons pas sur les autres causes possibles d'ectopie testiculaire, telles que manœuvres ou applications inopportunes de bandages, violences extérieures, etc., aucune de ces circonstances n'étant applicable à l'espèce. Nous en dirons autant d'une inflammation ou de toute autre lésion pathologique du testicule, dont il n'existe nulle apparence ici, et qui d'ailleurs serait naturellement exclue par le fait de la descente temporaire bien qu'incomplète de la glande. Des divers ordres de causes énoncées, nous ne voyons guère que les deux dont il vient d'être question qui puissent s'adapter au cas de ce jeune homme. Or, la dernière nous paraît devoir être mise en cause ici, par les dispositions même que nous avons fait connaître. Il ne reste donc comme la plus probable que l'hypothèse d'une disposition vicieuse du faisceau scrotal du muscle du gubernaculum, à moins que l'on n'aime mieux admettre une brièveté primitive de la masse du cordon.

Dans cet état de choses, qu'y a-t-il à faire, et quel pronostic peut-on porter ?

Il n'y a point de hernie ici, par conséquent on n'a point à se préoccuper de cette complication qui fournirait un des éléments principaux d'indication. Le cas est des plus simples, — des plus simples toutefois sauf les douleurs ; — car, s'il n'y avait point de douleurs lors de la descente du testicule, rien de plus naturel que de chercher, quand il aurait été ramené dans le scrotum, à l'y maintenir et à l'empêcher de remonter, en appliquant un bandage légèrement compressif ou simplement contentif au-dessus de l'anneau cutané. Mais on a vu que toutes les fois que le testicule descend accidentellement dans le scrotum, il est non-seulement extrêmement sensible, mais pendant autant de temps qu'il y séjourne, il donne lieu à des douleurs intolérables et à des accidents sérieux. Eh bien, là est tout entière l'indication à remplir. Mais de quelle manière la remplir ? Sera-ce en se bornant, toutes les fois que la sortie accidentelle du testicule viendra provoquer les crises douloureuses, à faire rentrer l'organe et à le maintenir dans sa position habituelle où il ne donne lieu à aucune gêne ni à aucune souffrance; ou bien en cherchant à le réduire complétement et à le faire rentrer définitivement dans le ventre?

(1) Voir *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie*, t. III de la 2e série, 1857.

Nous inclinons pour le premier avis, fondé en cela d'ailleurs sur l'opinion de M. Godard, qui a bien voulu nous aider, dans cette circonstance, de son expérience et de ses conseils. En voici les raisons.

Maintenant que, grâce aux savantes recherches des auteurs que nous avons cités, on connaît mieux les effets ordinaires de la cryptorchidie ; que l'on sait que les glandes séminales renfermées dans la cavité abdominale y dégénèrent fréquemment, que le liquide qu'elles sécrètent ne possède presque jamais ses propriétés fécondantes, ainsi qu'on a pu le voir encore dans la note insérée dans le précédent numéro, un testicule sorti, mais ne pouvant rester dans le scrotum, perdrait il ses propriétés fécondantes s'il était refoulé à tout jamais dans l'abdomen ? C'est ce que les faits ne nous ont pas encore appris ; aussi il faut être extrêmement circonspect dans l'emploi d'une pareille ressource.

Ici, sans doute, où il ne s'agit que d'un seul testicule, son inclusion définitive dans la cavité abdominale aurait moins d'inconvénient que s'il s'agissait des deux glandes séminales ; aussi pourrait-on à la rigueur conseiller de recourir à ce moyen extrême s'il y avait une raison majeure qui pût y déterminer, comme la complication d'une hernie, par exemple. Mais en l'absence de toute complication de ce genre, cette pratique serait tout à la fois inutile et inopportune, ajoutons même peut-être dangereuse. Mieux vaut donc s'en tenir tout simplement à replacer le testicule dans sa position habituelle toutes les fois que la sortie provoque des accidents, ce que le malade pourra s'exercer à faire lui-même au besoin, sauf à laisser plus tard les choses livrées à elles-mêmes, s'il arrivait que ces accidents cessassent d'eux-mêmes à se produire; ou si on pouvait arriver à les calmer par des applications topiques.

Tel est l'avis que nous soumettons à l'honorable confrère qui nous a fait l'honneur de nous consulter.

DE L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE

contre la hernie étranglée.

Par M. A. Garcia Lopez.

Une femme de cinquante ans portait depuis longtemps une petite hernie crurale du côté droit, contre laquelle elle n'employait aucun bandage, ignorant la nature de cette tumeur, qu'elle réduisait ordinairement avec facilité. Ayant été appelé près d'elle il y a quatre ans, je trouvai cette hernie, du volume d'une noix, étranglée, avec douleur et tiraillements locaux, et tout le cortége des autres symptômes généraux ; l'anxiété et les vomissements étaient des plus pénibles. Je pratiquai le taxis pendant longtemps sans résultat. J'employai ensuite les frictions avec la pommade de belladone, les cataplasmes émollients, un grand bain tiède, et à l'intérieur les antispasmodiques, l'opium et la belladone pour combattre les vomissements et les autres symptômes nerveux. Néanmoins je n'obtins aucun effet de ces divers moyens durant trente-six heures. L'état de la malade s'aggravait de plus en plus : outre les vomissements continuels, l'anxiété et l'agitation, le pouls devenait petit et fréquent, et des attaques hystériformes se manifestèrent. Je ne crus pas devoir différer davantage l'opération, et je me disposais à l'exécuter, lorsque je dis à mon aide : « S'il y avait

---

naturelles qui sont en jeu dans l'univers, on reconnaît que rien ne se perd, rien ne se crée dans la nature, mais que tout s'y convertit et s'y transforme.

Cette page, analysée, écourtée et ayant perdu par conséquent le charme du style et la *manière* de l'auteur, nous semble suffisante pour montrer l'intérêt du livre de M. Figuier. Si les problèmes les plus élevés de la science sont traités avec cette clarté, quelle sera donc la facilité et l'agrément de questions plus à la portée de tous?

Nous ne saurions prendre de conclusions trop favorables pour ce livre : il est éminemment instructif, rempli d'intérêt, et digne à tous égards d'entrer dans la bibliothèque de tout homme éclairé, et surtout d'un médecin. Pour notre propre compte, nous remercions vivement M. Figuier de nous avoir procuré la lecture de son excellent livre, et nous souhaitons sincèrement de lui voir continuer chaque année une œuvre dirigée avec autant de talent.

— Le *Journal de médecine et de pharmacie* renfermait dans un de ses derniers numéros une petite note qu'il est bon de ne pas laisser passer sous silence. Il s'agit d'observations nouvelles sur le phénomène curieux que l'on désigne dans les cours sous le nom d'*harmonica chimique*.

Le son produit pendant la combustion des gaz dans des tubes de verre n'est autre chose que le résultat des petites explosions successives dues à la combinaison périodiquement intermittente de l'oxygène avec les gaz. Telle est l'opinion la plus communément reçue. En étudiant ce phénomène, M. Tyndall a observé que la hauteur de la flamme avait une grande influence sur le son produit. On peut toujours lui donner naissance avec un tube, mais selon la hauteur de la flamme, il est ou fondamental ou l'un de ses harmoniques.

M. Schaffgotsch avait déjà annoncé que si l'on chantait à l'unisson de la flamme et à peu de distance, elle paraissait agitée d'un vif mouvement et pouvait s'éteindre. M. Tyndall a répété la même expérience avec une sirène, et lorsque le son de la sirène approchait de celui de la flamme, elle éprouvait une agitation qui cessait à l'unisson parfait pour se reproduire lorsque le son de la flamme dépassait le son de la sirène. Qu'est-ce que cette agitation? Une suite de battements rendus visibles, et qu'au moyen d'un diapason on rend plus évidents, car alors l'oreille entend les battements au même instant où l'œil voit la flamme s'allonger subitement.

La flamme de gaz peut brûler sans bruit, mais alors on peut faire naître celui-ci en produisant un son de même hauteur que le son propre du tube. En apparence constante, la flamme qui produit un son varie cependant périodiquement. Il suffit de passer rapidement au-devant de l'œil un miroir dans lequel on regarde la flamme. Si elle brûle librement à l'air, sans être emprisonnée dans un tube, ou si elle ne produit pas de son, au déplacement du miroir l'image de la flamme se change en un jet continu ; tandis que lorsque le son se produit, on voit une série de flammes distinctes séparées par des intervalles obscurs.

— Nous nous bornons à annoncer aujourd'hui deux volumes, dont nous rendrons prochainement compte : le premier, dû à la plume de notre savant confrère de l'*Ami des sciences*, est le second volume des *Essais scientifiques* de M. V. Meunier ; l'autre est le *Dictionnaire d'histoire naturelle* de M. Bossu. A Bientôt. Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr Cramoisy. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

De la Vie et de l'Intelligence ; par M. Flourens, de l'Académie française et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Un vol. in-12. Prix, 3 fr. 50. — Paris, chez Garnier frères, libraires, rue des Saints-Pères, 6, et Palais-Royal, 215.

Philosophie mathématique et médicale de la vaccine ; par E.-A. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, etc. In-8o. — Paris, chez Méquignon-Marvis, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 3.

Études sur la revaccination ; par M. le docteur P. D. Lalagade, lauréat de l'Académie de médecine. Brochure in-8o Prix, 1 fr. 50. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Considérations sur la tumeur blanche. Examen pathologique, clinique et critique de la tumeur blanche envisagée au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique médicales, par M. le docteur Scheving. Broch. in-8o ; se vend dans toutes les librairies médicales.

» une force dans le ventre qui tirât sur l'intestin, la hernie se réduirait » facilement : or donc, la strychnine ayant la propriété de développer » des contractions du tissu musculaire, peut-être développerait-elle » dans la hernie un mouvement contractile favorable à sa réduction. » Ayant réfléchi un moment à cet égard, j'employai ce médicament de la manière suivante :

Ayant dissous 25 milligrammes de strychnine dans 250 grammes d'eau distillée, j'en administrai la moitié en lavement, et aucun phénomène sensible ne se manifestant, j'administrai l'autre moitié un quart d'heure après de la même manière. Quelques minutes après, la malade éprouva un tremblement général, une constriction de la mâchoire inférieure et tous les signes d'une intoxication légère. Ayant alors pratiqué le taxis de nouveau et pressé légèrement la tumeur entre les doigts, elle se réduisit aussitôt complétement. On donna immédiatement un autre lavement tiède opiacé, préparé d'avance, et tous les symptômes développés par la strychnine disparurent sans laisser de traces fâcheuses. La malade fut bientôt rétablie, et, ayant contenu sa hernie avec un bandage, aucun accident ne s'est reproduit depuis.

(*Espana medicà.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mars 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un homme adulte à qui il a pratiqué la résection pour une fracture non consolidée de la partie moyenne du fémur. Cet homme, dans une chute d'un lieu élevé, s'était fait des fractures multiples des os de la face ; en outre, il s'était fracturé obliquement le corps du fémur droit, et l'un des fragments avait fait issue à travers les chairs. La réduction de cette dernière fracture ne put être maintenue, à cause des accidents qui survinrent. La plaie se referma, mais les fragments, qui chevauchaient notablement l'un sur l'autre, se cicatrisèrent isolément, et la consolidation ne put être obtenue. Sept mois après, M. Chassaignac se décida à entreprendre une opération, et donna la préférence à la résection, parce que, les fragments n'étant pas placés bout à bout, les autres méthodes paraissaient devoir échouer. Une incision en C, à base tournée en haut, fut pratiquée à la face antéro-externe de la cuisse, et permit d'atteindre successivement les deux fragments. Aujourd'hui, la plaie est cicatrisée, et la consolidation est complète ; seulement, il y a un raccourcissement assez considérable, le cal est irrégulier, et le membre présente à ce niveau une déviation anguleuse. Toutefois, l'application d'un appareil suffit pour remédier à cet inconvénient, et le malade marche très-bien.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le mal vertébral. — M. BROCA, en réponse aux opinions émises par plusieurs membres de la Société, et notamment par M. Bouvier, sur l'unité du mal vertébral, lit un travail intitulé : *Des différences qui existent entre les deux principales espèces du mal vertébral.* (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

— M. VALLET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, lit un travail intitulé : *Deux cas de résection partielle du maxillaire supérieur, pratiquées pour extraire des polypes volumineux des fosses nasales, du pharynx et du sinus maxillaire.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Désarticulation coxo-fémorale ; succès. — M. LARREY présente, au nom de M. Peixoto, de Rio-Janeiro, le fémur d'un homme à qui ce chirurgien a pratiqué avec succès la désarticulation de la cuisse. Voici le sommaire de l'observation qui a été communiquée à l'Académie de médecine :

« Un Brésilien, âgé de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, mais atteint d'accidents de syphilis tertiaire et d'un rhumatisme articulaire généralisé, sentit cette dernière affection se fixer dans le membre abdominal gauche. Un vaste abcès froid se développa dans la cuisse, au mois d'avril 1857, sans autre cause appréciable. Une infiltration purulente des muscles amena la dénudation et la carie du fémur, dans la plus grande étendue de sa diaphyse. La fracture de son extrémité inférieure survint alors, dans un simple mouvement du malade pour uriner. Il fut soumis le 18 août à l'examen de M. Peixoto, qui le trouva dans un état d'émaciation prononcée, sans que le membre lui offrît de chances de conservation.

» On fut donc d'avis d'amputer la cuisse le plus haut possible, sans en venir immédiatement à la désarticulation ; mais M. Peixoto crut devoir la pratiquer, eu égard à l'étendue de l'altération osseuse. Il procéda par la méthode à lambeau antéro-postérieur. L'opération, simplifiée par l'emploi du chloroforme, ne présenta rien de notable.

» La réunion fut faite par première intention, et un traitement commencé par l'iodure de potassium fut continué. La ligature de l'artère fémorale tomba le seizième jour, la suppuration fut abondante et prolongée ; la cicatrisation enfin parut complète le 5 octobre, quarante-quatre jours après l'opération. Nous en connaîtrons plus tard le résultat définitif.

» Quant à la pièce anatomique, elle nous montre une ostéite condensante plutôt que raréfiante de la diaphyse du fémur, depuis l'extrémité inférieure, irrégulièrement rompue à quelques centimètres au-dessus des condyles, jusque vers la base des trochanters.

» D'après cette limite de l'altération, il eût été possible peut-être de s'en tenir au parti pris d'abord, à savoir, d'amputer le membre dans la continuité, si rapprochée que fût l'articulation. »

Fracture en V du tibia. — M. DEGUISE présente un nouvel exemple de fracture en V du tibia, provenant d'un malade à qui il a été obligé de couper la cuisse. Cette fracture, produite dans une chute, était située vers le tiers inférieur de la jambe, et était compliquée de plaie avec issue des deux fragments. Pour obtenir la réduction, M. Deguise fut obligé de réséquer l'extrémité des deux fragments. Pendant cette opération, il remarqua sur le fragment inférieur une fêlure presque verticale qui partait du sommet de l'angle rentrant du V, et qui se dirigeait vers l'articulation tibio-tarsienne. De graves accidents survinrent ; des fusées purulentes se formèrent, et remontèrent jusqu'au genou ; enfin le malade, épuisé par la fièvre, par le dévoiement et par l'excès de suppuration, a dû se soumettre à l'amputation de la cuisse.

Sur la pièce que présente M. Deguise, on trouve toutes les lésions des fractures en V, telles que M. Gosselin les a décrites. La fêlure verticale du fragment inférieur pénètre dans l'articulation tibio-astragalienne ; celle-ci renferme une mince couche de sang coagulé, mais ne paraît pas autrement malade.

M. GOSSELIN demande s'il y a du pus infiltré dans la moelle et dans le tissu spongieux.

M. DEGUISE répond qu'il n'y avait pas de pus dans la moelle, mais qu'il n'a pas encore pratiqué le trait de scie nécessaire pour examiner le tissu spongieux.

Hernie crurale étranglée ; sac à deux collets superposés. — M. RICHET présente le sac et l'intestin d'une hernie crurale qu'il a opérée sans succès chez une femme de soixante et un ans. A la suite du débridement, la réduction paraissait complète ; mais les accidents continuèrent, et la malade succomba.

Sur les pièces que présente M. Richet, on reconnaît la cause de la persistance de l'étranglement. La hernie avait deux collets ; le sac avait deux compartiments. Le débridement avait divisé le collet inférieur, et la hernie, repoussée dans le compartiment supérieur, avait paru réduite ; mais le collet supérieur avait continué à étrangler l'intestin.

M. Richet annonce qu'il remettra ultérieurement l'observation complète de ce fait remarquable.

Mal vertébral. — M. GUERSANT présente deux pièces qui proviennent d'enfants morts de mal vertébral. La première est une carie de la dernière vertèbre lombaire ; le corps de cette vertèbre est presque entièrement détruit, et cependant il n'y a qu'une gibbosité assez légère. Cette lésion était accompagnée d'un abcès par congestion.

La seconde pièce de M. Guersant est la colonne vertébrale d'une petite fille de dix ans et demi. Cette enfant était entrée à l'hôpital pour un abcès par congestion très-volumineux qui commençait sous le rebord inférieur des fausses côtes et descendait jusqu'au pli de l'aine. La ponction en retira 750 grammes de pus en une seule fois. Au bout de quelque temps, la petite malade, épuisée par la suppuration, tomba dans le marasme, et mourut. A l'autopsie, on a trouvé que le pus venait de la région dorsale du rachis. Une énorme poche purulente, descendant jusqu'au pli de l'aine, prend son origine au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Les corps de ces deux vertèbres sont à nu dans le foyer ; le disque inter-vertébral correspondant est entièrement détruit ; la forme des deux corps vertébraux dénudés n'est point altérée, et leur consistance n'est point diminuée. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que presque tous les autres disques inter-vertébraux de la région dorsale, et même de la région lombaire, sont ou presque entièrement détruits ou très-profondément altérés ; ce qui en reste est notablement ramolli. La plupart des corps vertébraux, exception faite de ceux des quatrième et cinquième dorsales, sont à peu près complétement sains. On trouve à peine, sur quelques-uns d'entre eux, des cribiures et de petites érosions superficielles qui ne présentent aucun des caractères de la carie. Beaucoup paraissent tout à fait normaux. Ainsi, dans ce cas, le mal vertébral paraît avoir eu pour siége primitif les disques inter-vertébraux, et il est permis de penser que les lésions des corps vertébraux, relativement très-légères, n'ont été que consécutives.

Enfin, il faut noter que malgré la gravité de la lésion du rachis, et malgré les pertes de substance qui résultent de la destruction de plusieurs disques, il n'y a eu pendant la vie aucune déviation, aucune gibbosité. Sur la pièce anatomique, on peut aisément produire une légère exagération de la courbure normale de la région dorsale du rachis, mais on ne produit pas de gibbosité véritable.

M. MARJOLIN remarque à ce propos que le degré de saillie des gibbosités n'est pas toujours en raison directe de la perte de substance de la colonne. Il est néanmoins fort singulier que dans la seconde observation de M. Guersant, il n'y ait eu aucune trace de gibbosité.

Entéro-épiplocèle inguinale étranglée. Disposition remarquable de l'S iliaque et du côlon transverse autour du collet. — M. HUGUIER présente des pièces provenant d'un homme âgé de quarante-trois ans, mort à la suite de l'opération de la hernie étranglée.

Voici le résumé de cette observation :

Prévost, cocher, d'une constitution robuste, presque athlétique. Depuis son enfance il est atteint de hernie inguinale gauche. Il prétend qu'il l'a toujours exactement maintenue au moyen d'un bandage ; mais on verra tout à l'heure que ce renseignement ne peut pas être exact. Cette hernie n'a jamais produit d'accidents ; elle est sortie plusieurs fois, mais la réduction était toujours facile.

Le 2 mars, dans un violent effort de toux, la hernie glissa sous le bandage ; presque aussitôt le malade fit et fit faire de vigoureuses tentatives de réduction qui furent infructueuses. Le soir il commença à vomir, et à minuit il entra à l'hôpital Beaujon. Les internes firent de nouvelles tentatives qui échouèrent encore.

Le 3 mars, à la visite, on endormit le malade et on essaya de nouveau de réduire la hernie sans pouvoir réussir. La tumeur, un peu plus grosse que le poing, descendait jusqu'au fond du scrotum ; elle était très-ferme, et donnait partout de la matité à la percussion. M. Huguier, à la fin de la visite, se décida à pratiquer l'opération du débridement.

Le sac incisé laissa écouler une assez grande quantité de liquide séro sanguinolent. La hernie renfermait une quantité considérable d'épiploon, dont le pédicule formait une corde de la grosseur du doigt. Derrière cet épiploon, qui adhérait solidement à la partie interne du sac, se trouvait une anse intestinale longue de 15 à 20 centimètres, très-injectée et paraissant déjà le siége d'une vive inflammation. La tunique péritonéale présentait plusieurs éraillures qu'on attribua aux tentatives de taxis. Les autres tuniques de l'intestin étaient entières. Le doigt, introduit de bas en haut dans le sac, pénétra facilement jusque dans le ventre. Néanmoins, l'anse herniée trop distendue ne put être réduite. M. Huguier, pour en diminuer le volume, fit avec un fin trocart *à pointe conique* une ponction qui donna issue à une grande quantité de liquide lie-de-vin. Après cette évacuation, la réduction ne pouvant encore être obtenue, M. Huguier fit un débridement directement en dehors. L'intestin alors rentra facilement, mais l'épiploon ne put être réduit qu'en partie, et fut laissé dans le sac. Trois points de suture et un pansement simple terminèrent l'opération.

Malgré l'administration de plusieurs purgatifs, le cours des matières ne se rétablit pas. Les vomissements, d'abord arrêtés, reparurent dans la matinée du 5 mars avec des hoquets et les autres signes de la péritonite. Le malade mourut la nuit suivante.

Autopsie. — Aucun épanchement dans l'abdomen. Les anses de l'intestin grêle, énormément distendues et très-injectées, sont réunies entre elles par une couche pseudo-membraneuse molle et mince. L'anse qui faisait partie de la hernie appartient à la partie moyenne de l'iléon. Elle se reconnaît au milieu des autres à sa couleur d'un bleu foncé. Elle est recouverte en certains points d'une mince couche de pus. Il est absolument impossible de reconnaître le point où l'on a fait pénétrer le trocart au moment de l'opération. M. Huguier fait remarquer l'innocuité des ponctions faites sur l'intestin avec un trocart fin et conique comme celui qu'il a employé. Cet instrument écarte les fibres sans les diviser, tandis que les trocarts triangulaires, coupant toujours quelques fibres, laissent une ouverture qui peut livrer passage à un épanchement stercoral.

Voici maintenant le point le plus remarquable de cette observation. Le côlon ascendant et le côlon descendant occupent à peu près leur situation habituelle ; mais, attiré en bas par l'épiploon, qui est presque tout entier contenu dans la hernie, le côlon transverse est descendu jusque dans la fosse iliaque gauche, et est venu se placer au-devant de l'ouverture abdominale du canal ; il en résulte que le méso-côlon transverse, allongé et tendu, descend comme un tablier au-devant des anses de l'intestin grêle. D'un autre côté, l'S iliaque, depuis longtemps déplacée, s'est fixée à la paroi abdominale antérieure, immédiatement au-dessous de l'ouverture abdominale du canal inguinal, où elle a contracté de solides adhérences. Cette ouverture, par conséquent, est limitée en avant par le côlon transverse, en arrière par l'S iliaque, de sorte qu'un débridement soit en avant, soit en arrière, aurait presque inévitablement lésé le gros intestin. L'anse intestinale herniée passait donc entre le côlon transverse et l'S iliaque.

Le déplacement de l'S iliaque paraît indiquer que le développement du sac herniaire s'est fait en grande partie aux dépens du péritoine du bassin. Le sac renfermait encore la presque totalité de l'épiploon, qui y était retenu par des adhérences anciennes. Il n'est pas douteux, par conséquent, que, contrairement à la narration du malade, la hernie était en partie irréductible, et que le bandage ne la maintenait pas exactement.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, PAUL BROCA.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lévy, de Sarrebourg (Meurthe) ; *Relation de l'épidémie de fièvre puerpérale observée aux cliniques d'accouchement de Strasbourg.*

Sarrazin, de Calais (Pas-de-Calais) ; *Notes sur l'intoxication paludéenne à Rome.*

Humbourg, de Strasbourg (Bas-Rhin) ; *De l'usage externe du camphre.*

Libermann, d'Illkirch (Bas-Rhin) ; *Recherches sur les plaies pénétrantes des articulations.*

Arnould, de Salonnes (Meurthe) ; *Du rôle de l'épiderme dans la pathogénie des ulcères.*

Triponel, de Rouffach (Haut-Rhin) ; *Des fractures dites spontanées.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Tout le monde sait avec quel rare talent d'imitation les Florentins reproduisent avec la cire les plus minutieux détails anatomiques. Tous les médecins qui ont voyagé en Italie ont admiré le musée anatomique de Florence. Mais tous nos confrères n'ont pas le loisir de faire un voyage en Toscane. Ceux qui désireraient cependant se faire une idée de ces belles imitations, pourront se satisfaire à moins de frais.

Qu'ils se dirigent vers la rue de Rivoli, et ils trouveront là, au n° 51, une collection de pièces anatomiques artificielles, qui sont encore un perfectionnement sur ce que l'on avait considéré jusqu'ici comme le plus parfait en ce genre. Ces pièces sont de M. le professeur Calenzoli, de Florence Presque tous les détails anatomiques de toutes les régions du corps, tous les systèmes d'organes, tous les organes, tous les tissus jusqu'aux plus fins et aux plus déliés, y sont représentés avec une admirable précision. Le double système circulatoire artériel et veineux, le système nerveux, le système lymphatique, y sont figurés dans leurs plus minutieux détails, ainsi que la grossesse dans ses principales phases et dans quelques-unes de ses anomalies; les organes des sens, l'appareil optique, l'appareil auditif, l'appareil olfactif, soit dans leurs dimensions naturelles, soit dans des dimensions exagérées, afin d'en rendre l'étude plus facile, pourvus de tous leurs appareils accessoires, tels que muscles, nerfs, vaisseaux, etc. A la perfection d'imitation M. Calenzoli a joint l'avantage de rendre ces pièces mobiles les unes sur les autres, de manière à pouvoir enlever et découvrir successivement, couche par couche, toutes les parties depuis le tégument jusqu'aux parties les plus profondes, à peu près comme dans les pièces d'anatomie clastique de M. Auzoux.

Grâce à une modification dans le mode de préparation de la matière, M. Calenzoli a pu donner à des couches minces de cire une solidité et une transparence qui lui ont permis d'imiter tous les tissus transparents. Enfin, sous le rapport des formes extérieures, ses pièces sont de véritables objets d'art.

— Un de nos plus honorables confrères de Tarn-et-Garonne, M. le docteur Dufaur, de Belbèze, vient de mourir à l'âge de 45 ans.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 34. — MARDI 23 MARS 1858. (31e ANNÉE.) N° 34. — MARDI 23 MARS 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 MARS 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à enregistrer dans cette séance qu'une seule communication, c'est une note de M. Flourens sur la circulation nerveuse. Dans cette note, M. Flourens démontre la circulation nerveuse à l'aide de deux grands faits physiologiques découverts à notre époque, la sensibilité récurrente et l'action réflexe; deux actions qui se complètent, chacune d'elles faisant un demi-circuit, l'une par la moelle épinière, l'autre par les extrémités des nerfs, et ces deux demi-circuits réunis formant le cercle complet, c'est-à-dire la *circulation* entière. Ce travail est en quelque sorte le commentaire de cette proposition énoncée dans le nouvel ouvrage de M. Flourens (*De la vie et de l'intelligence*) : « le mouvement est essentiellement distinct de la volonté; la volonté n'est jamais que cause occasionnelle du mouvement. » Nous n'essayerons pas d'analyser ici cette note, qui n'est elle-même qu'une analyse très-succinctement résumée des précédents travaux de l'auteur sur ce même sujet; nous renvoyons les lecteurs au compte rendu, où ils la trouveront textuellement reproduite.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. DELPECH.

Gangrène du scrotum dans un cas de fièvre typhoïde.

Le 20 février dernier, il entrait au n° 15 de la salle Ste-Jeanne (service de M. le professeur Rostan, suppléé en ce moment par M. le Dr Delpech), un jeune homme de 22 ans, qui, probablement sous l'influence de la constitution médicale régnante à cette époque, avait commencé à tousser le 1er février. Un enrouement d'abord peu prononcé, puis bientôt la perte accidentelle de la voix, survinrent; mais le malade, sans beaucoup se préoccuper de ces symptômes, du reste peu graves, ne vint réclamer les secours de l'hôpital qu'un peu plus tard, alors qu'il se trouvait sous le coup d'une fièvre typhoïde à sa période confirmée.

Ce jeune homme se plaignait d'être très-faible, et la prostration des forces est un phénomène qu'il importe le plus de noter, puisqu'elle croît en raison directe de l'intensité de la maladie, et que, toutes choses égales d'ailleurs, un semblable abattement ne se retrouve dans aucune autre affection fébrile de nos climats, — et d'avoir complétement perdu l'appétit. En poursuivant les investigations cliniques, on constatait des crachats noirâtres provenant certainement des fosses nasales; car dans un certain nombre de cas, l'épistaxis ne se manifeste pas autrement; de la céphalalgie, de la douleur abdominale augmentée par la pression et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais rien ailleurs.

Très-peu de jours après, M. Delpech et M. le docteur L. Hirschfeld, chef de clinique, découvrirent le malade, et leur attention fut de suite appelée sur la région scrotale, où s'était produite une tuméfaction anormale. La peau était tendue, luisante, et faisait d'autant mieux ressortir une plaque d'un aspect noirâtre, d'une odeur *sui generis*. Les nombreux élèves présents à la visite furent les témoins du fait.

A quoi tenait cette production gangréneuse, se demanda M. Delpech? Ce malade a-t-il eu un arrêt dans la circulation des urines? S'est-il produit une éraillure de l'urètre, ou la tache caractéristique n'est-elle que le résultat de la nature sphacélique de l'affection typhoïde? Sur ces entrefaites, M. le professeur Laugier fut appelé. Il vérifia l'état de ce jeune homme, et resta indécis entre l'idée d'une infiltration urineuse et celle d'un sphacèle. Toujours est il qu'il plongea son bistouri dans les bourses et qu'il pratiqua une large incision. Tous les assistants perçurent une odeur urineuse très-pénétrante; mais dans un cas confirmé de fièvre typhoïde, peut-on en tirer une induction? Quoi qu'il en soit, il existait très-manifestement une large plaque gangréneuse, et c'est là le point principal auquel il faut s'attacher.

Eh bien, ce n'est pas un fait rare dans la fièvre typhoïde, et tout le monde sait combien la peau, chez les malades atteints de cette affection, a une tendance marquée à la gangrène. M. Delpech est un trop bon clinicien pour avoir laissé échapper cette occasion sans s'appesantir sur elle à l'amphithéâtre. C'est principalement, a-t-il dit aux élèves, sur les parties qui supportent le poids du corps et qui sont toujours en contact avec le lit, que se produisent les gangrènes plus ou moins étendues. Elles commencent par une rougeur peu vive et un léger gonflement qui bientôt augmentent et s'étendent. Plus tard, la peau prend une teinte violacée, se ramollit, se détache, et laisse à nu une plus ou moins grande portion du tissu sous-cutané, qui se mortifie à son tour. Le siége de prédilection de la gangrène est au sacrum, d'où elle se propage quelquefois au loin. On l'observe aussi au niveau des grands trochanters chez les sujets amaigris, aux talons, aux coudes, partout, en un mot, où la pression s'exerce sur des saillies osseuses. La surface des vésicatoires est fréquemment exposée à la mortification, et quelquefois aussi la gangrène est provoquée par une trop longue application de sinapismes.

Parmi les autres complications de la fièvre typhoïde, du côté de la peau, il faut noter l'érysipèle, que l'on ne voit, en général, apparaître que dans un certain nombre de cas graves. Il ne survient qu'à une époque assez avancée de la maladie, et il a son siége principal à la face; mais dans quelques circonstances, il se développe dans d'autres parties du corps et envahit parfois une grande étendue de l'enveloppe cutanée. Parfois aussi il se termine par la gangrène.

Des observateurs ont insisté sur la production de pustules d'érythème et d'acné, et MM. Chomel et Louis les ont signalées dans la fièvre typhoïde comme résultant de l'imbibition par les urines. On les a regardées également comme provenant d'un exanthème particulier; mais quelle qu'en soit l'origine réelle, l'important est de reconnaître le plus tôt possible tous les accidents cutanés et de favoriser la réparation des tissus sphacélés.

L'avenir réservé au jeune homme de la salle Sainte-Jeanne fut à juste titre regardé comme très-sombre. L'état général était mauvais, le pouls très-fréquent. La prostration des forces s'accroissait chaque jour, et le malade était pris de délire pendant la nuit.

M. Delpech essaya de relever cet organisme si abattu au moyen de vin et de préparations de quinquina; il fit couvrir les bourses de compresses imbibées d'un mélange d'eau et de liqueur de Labarraque, et fit saupoudrer les parties voisines de poudre de quinquina.

Le 1er mars, la gangrène du scrotum s'était propagée aux parois abdominales, et le malade succombait.

L'autopsie du cadavre fut faite le lendemain, et on put constater, chez ce sujet, toutes les lésions anatomiques les plus intimement liées à l'affection typhoïde : ulcérations intestinales profondes, léger épanchement dans la cavité péritonéale, rate très-volumineuse et gorgée de boue noirâtre, etc.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LARREY.

Tumeur dite fibro-plastique de la cuisse; extirpation totale; récidive; cachexie; mort; examen anatomique.

C'est sous ce titre que M. Larrey a fait connaître à la Société de chirurgie, dans la séance du 17 février dernier, le complément de l'observation d'un malade dont il résume d'abord les antécédents de la manière suivante :

Le malade présenté la première fois à la Société de chirurgie le 18 juin 1856, était un maître poudrier d'artillerie, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une constitution et d'une santé excellentes. Il avait eu la cuisse droite souvent heurtée par le choc d'un manche de pic ou de pioche. Une tumeur, à peine perceptible au début, s'était manifestée dès 1851, vers la face antérieure et interne du tiers moyen du membre. Son développement progressif, d'abord assez lent, rapide ensuite, s'accrut beaucoup par le choc d'un madrier. Son volume était enfin devenu tel, qu'occupant la plus grande partie de la cuisse, cette tumeur mesurait 80 centimètres de circonférence à sa base, et s'étendait en haut vers le pli de l'aine, en bas jusque vers le genou. Elle offrait tous les signes présumés des tumeurs fibro-plastiques.

L'extirpation en fut pratiquée deux mois après au Val-de-Grâce par M. Larrey, qui rendit compte de cette opération le 20 août 1856, à la Société, en lui soumettant l'examen anatomique de la tumeur. Elle paraissait cancéreuse aux yeux de quelques-uns, mais exclusivement fibro-plastique pour d'autres.

Cette opération grave, après quelques accidents de défaillance, eut enfin un résultat à peu près inespéré. Le malade paraissant guéri, fut présenté de nouveau à la Société le 14 janvier 1857. La vaste plaie s'était cicatrisée dans toute son étendue, sans présenter la moindre trace de récidive; et la cuisse avait même repris sa forme normale sans atrophie ni rétraction du membre. La marche enfin pouvait se faire à l'aide d'une canne, sauf un peu de roideur dans les mouvements.

Ce fut dans ces heureuses conditions que l'opéré sortit de l'hôpital, le 18 janvier 1857, pour retourner à son poste, en Bretagne, et dès la fin de février, il put reprendre ses travaux de maître-poudrier à Pont-de-Buitz, malgré une ulcération superficielle et accidentelle de la cicatrice, vers un point de sa partie inférieure. Il se trouva cependant très-bien jusqu'au mois de mai, lorsque la fatigue l'obligea à s'aliter, bien que la cicatrice n'offrît aucune altération. Envoyé, le 1er juin, aux eaux de Baréges, il s'en trouva bien et en revint deux mois après, assez fort pour supporter de longues marches sans le secours même de sa canne.

Mais, dès son séjour aux eaux, il avait remarqué, vers la partie supérieure de la cicatrice, une petite tumeur grosse comme une noisette, dure, indolente, de la même couleur que le tissu cicatriciel; et il ne s'en était point inquiété, lorsque, dans les premiers jours du mois d'août, il commença à éprouver dans le membre un engourdissement pénible, puis de véritables douleurs, et un malaise général qui l'obligea

FEUILLETON.

COUP D'OEIL ANECDOTIQUE SUR LES MALADIES SIMULÉES (1).

La lecture des ouvrages de médecine inspire quelquefois bien mal les personnes étrangères à notre art. Je n'en veux citer qu'un exemple, et celui qui me le fournit est justement le héros de ce procès rouennais dont j'ai promis la relation. Pierre Dérozier, âgé de quarante-deux ans, marchand forain, sans domicile fixe, fut accusé d'avoir commis douze vols dans différentes églises de la Normandie. Arrêté et interrogé d'abord par le juge de paix du canton de Gournay, il s'avoua coupable, et en narrant les faits qui lui étaient imputés, il entra dans des détails précis, très-exacts, et dénonça même un sieur Chapoteau, son complice, que l'instruction n'a pu retrouver, mais qui n'est vraisemblablement pas un personnage imaginaire. Il ne s'agissait alors que de trois vols d'une minime importance; mais dans l'espace de deux mois, l'enquête judicaire en découvrit neuf autres, et amoncela contre Dérozier les preuves les plus accablantes.

Sur ces entrefaites, le prévenu cessa tout à coup de répondre et conserva, dans ses interrogatoires, le mutisme le plus absolu. Ayant lu, comme il l'a dit depuis, que l'autopsie la plus minutieuse ne pouvait trouver la cause anatomique de l'aliénation pendant la vie, que *les caractères de cette affection étaient loin d'être bien définis*, il pensa qu'un accès de folie présentant des caractères inattendus, nouveaux, pris au hasard, seraient de nature à dérouter les investigations des médecins et à appeler sur lui le bénéfice de l'irresponsabilité. Il imagina alors une entité morbide de circonstance, et c'est par le silence, par quelques sourires et par un geste d'insouciance ou de bravade qu'il préluda à son délire. Bientôt il devint méchant, et dans la maison d'arrêt de Neufchâtel il frappa un détenu et cassa des carreaux. Les magistrats s'émurent d'un tel état de choses, et ils demandèrent à M. le docteur C... un rapport médico-légal sur l'état mental de Dérozier. Notre confrère fut induit en erreur; il ne douta pas de l'altération des facultés intellectuelles, et il ajouta que l'idée dominante de l'accusé paraissait être de s'échapper de la prison. Cette observation était justifiée par une tentative d'évasion.

De quelles douces illusions dut se bercer le prévenu en cet instant!...

Cependant, dirigé sur le palais de justice de Rouen, l'étrange *polymane* eut bientôt mailles à partir avec M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon. Ce savant confrère interrogea d'abord le prévenu sur son âge, et la réponse qu'il en obtint fut celle-ci : 245 *francs* 35 *centimes*, 124 *voitures pour faire aller ça*. 35 *millions... je n'étais pas riche, je n'avais que cela.*

A la même demande répétée d'une manière précise, catégorique, il répond une autre fois : 5 *mètres* 75 *centimètres*.

D. — Y a-t-il longtemps que vous avez la tête dérangée?

R. — Des chats, toujours des chats! — ou, je ne suis pas fou. Les fous ne tournent pas (l'accusé se lève vivement et fait trois ou quatre tours sur lui-même).

D. — Avez-vous une famille, des frères, des sœurs, des enfants?

R. — J'en ai fourni beaucoup de coupons, des bas de soie, j'avais une fabrique, 35 millions. — Chapoteau m'a volé tout cela.

L'insistance sur la même question amène toujours des réponses non moins absurdes et nullement en rapport avec la demande.

D. — Où êtes-vous ici?

Tantôt il répond qu'il est à Saint-Joseph, mais le plus habituellement qu'il est dans la maison du diable.

D. — Quel jour de la semaine sommes-nous?

Il répond au hasard, lundi, jeudi, vendredi.

D. — Dans quelle saison sommes-nous? (Cette question était posée le 22 juillet).

R. — Au mois de janvier. Puis il regarde instinctivement du côté de la fenêtre, comme frappé par l'absurdité de sa réponse, et dit : Tiens! on dirait qu'il fait chaud.

D. — Où avez-vous connu Chapoteau?

R. — C'est un juif, un brigand, un assassin; il a voulu m'empoisonner. J'ai mis mes pieds dans la rivière.

D. — Dormez-vous?

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mars.

à suspendre ses travaux. Dès lors apparurent sur différents points de la cicatrice indurée plusieurs bosselures violacées, d'abord petites, dures, rénitentes, et peu sensibles à la pression. L'une de ces bosselures situées à l'extrémité inférieure, s'accrut rapidement et s'étendit jusque sous le jarret, en entraînant la flexion de la jambe sur la cuisse, avec augmentation des douleurs et sensation de chaleur.

Le 15 septembre, l'une des tumeurs du milieu se ramollit, s'ulcéra, en donnant lieu à plusieurs hémorrhagies peu abondantes et facilement arrêtées, mais qui affaiblirent le malade. Les autres bosselures grossissaient de plus en plus en subissant un travail de ramollissement. Le 3 octobre, des douleurs lancinantes bien caractérisées furent senties dans la cuisse, et une hémorrhagie considérable provenant de l'ulcération ne fut arrêtée qu'avec peine, pour se reproduire les jours suivants.

Le malade, très-affaibli par ces pertes de sang, voulut revenir au Val-de-Grâce, où il fut reçu, le 8 octobre, dans de malheureuses conditions. On dut tout d'abord combattre une nouvelle hémorrhagie par le tamponnement et par le perchlorure de fer. La pâleur de la face, la petitesse du pouls, l'affaiblissement de la constitution, réclamaient avant tout un régime aussi réparateur que possible.

L'hémorrhagie suspendue permit d'enlever l'appareil le surlendemain; toutes les pièces de linge et la charpie étaient imprégnées d'une suppuration abondante, sanieuse et fétide, provenant de l'ulcération. La cuisse, mise à nu, se trouvait déformée par quatre principales bosselures ou tumeurs siégeant sur différents points de la cicatrice, qui s'étendait depuis la région sous-inguinale jusque vers le genou. Chacune de ces tumeurs, du volume d'un œuf ou un peu plus, était recouverte d'un tissu cicatriciel aminci, et offrait à son sommet une fausse fluctuation, comme celle du tissu encéphalique ramolli, tandis que la base était dans un état d'induration avec teinte violacée. Une tumeur plus volumineuse que celle-là siégeait à la partie inférieure de la cicatrice, et soulevait la peau près du genou. La jambe, rétractée sur la cuisse, ne permettait pas les moindres mouvements sans déterminer des douleurs ou sans les augmenter. Les pièces de pansement, imprégnées de persulfate de fer au lieu de perchlorure, empêchèrent le retour des hémorrhagies. Mais bientôt l'ulcération s'aggrandissant davantage, mit à découvert un tissu grumeleux, rougeâtre, comme un caillot sanguin dissocié, dont des portions se détachaient facilement.

L'état général du malade était devenu meilleur par le repos absolu et par le régime analeptique. L'état local, au contraire, s'aggravait par l'ulcération des diverses tumeurs et par l'imminence de nouvelles hémorrhagies qui furent prévenues ou arrêtées à l'aide de l'eau hémostatique. Le tissu cicatriciel compris entre les tumeurs fut détruit par gangrène, et toute l'étendue de la vaste cicatrice fut remplacée par une plaie ulcérée profondément, à bords saillants, irréguliers, et dont le fond blafard laissait à nu la gaîne des vaisseaux fémoraux. Les battements de l'artère étaient visibles.

Enfin, dans les derniers jours d'octobre, la suppuration abondante, ichoreuse et fétide de cette immense plaie, épuisa les forces du malade, en même temps que le reste de la cicatrice se détruisait par ulcération gangréneuse. Cependant, vers le 10 novembre, le fond de la plaie semblait se déterger et se couvrir de bourgeons charnus assez volumineux, comme si un travail réparateur tendait à s'établir, et déjà des traces de cicatrisation nouvelle apparaissaient sur les bords, lorsqu'à la partie supérieure se développa un champignon fongueux, résistant, dont la consistance mollasse et l'accroissement rapide avaient bien l'aspect des productions cancéreuses. En augmentant de volume, dans le courant de décembre, il sembla se pédiculiser par la cicatrisation progressive d'un côté à l'autre de la cuisse.

C'est alors que, malgré cette amélioration partielle, des symptômes généraux se déclarèrent; la fièvre survint avec de la diarrhée, la teinte jaune-paille de la peau annonça une cachexie générale, et dans les premiers jours de janvier 1858 une douleur dans le côté droit de la poitrine, au-dessous des fausses côtes, compliqua cette situation, qui, s'aggravant de plus en plus pendant un mois, amena enfin la mort le 12 février.

Le complément de l'observation a été recueilli avec la plus grande exactitude par M. Lhonneur, aide-major de la clinique, en même temps que M. Baizeau, agrégé de l'école, donnait les derniers soins au malade. M. Legouest, qui m'a remplacé comme professeur, a procédé enfin à l'autopsie, dont voici le résultat sommaire :

Teinte jaunâtre de la peau de toute la surface du corps; émaciation profonde.

Rien de notable dans la cavité crânienne.

Tumeur dans la poitrine, du côté droit, légèrement adhérente au sternum et naissant de la racine du poumon, en avant des grosses bronches et des vaisseaux, et semblant s'être développée dans le médiastin. Elle est formée d'une substance molle, colloïde, d'un blanc jaunâtre, striée de sang vers le pédicule. Autres petites tumeurs composées de la même substance, siégeant au-dessous de la plèvre viscérale et refoulant le parenchyme pulmonaire. — Ganglions bronchiques noirs hypertrophiés, très-ramollis. — Aucune trace de tuberculisation. Ramollissement de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin. Foie volumineux et dur; veines hépatiques et veine-cave gorgées de sang.

État de la cuisse déjà décrit: série de tumeurs mamelonnées, molles, quelques-unes ulcérées, composées toutes de la même substance que la tumeur du thorax.

L'examen microscopique de la substance de toutes les tumeurs, fait avec le plus grand soin par MM. Coulier et Trudeau, agrégés du Val-de-Grâce, a présenté une quantité considérable de matière grasse et une proportion notable de *cellules cancéreuses*. La matière mélanée des ganglions bronchiques contenait aussi des cellules cancéreuses, que d'autres observateurs considéreront peut-être comme des noyaux fibro-plastiques.

M. Larrey présente avec la pièce anatomique une pièce artificielle moulée quelque temps avant la mort, et coloriée par M. Léger d'après le procédé de Thibert. Ces pièces, jointes aux précédentes, appartiennent au musée du Val-de-Grâce.

Examen microscopique de la pièce de M. Larrey. — M. Verneuil a examiné le tissu de la tumeur de la cuisse, des ganglions inguinaux, et des foyers du poumon; partout la composition a semblé identique; la pulpe de ces tumeurs était composée de noyaux ovoïdes ou sphériques, à contours nets, uniformément granuleux, avec nucléoles très-petites ou sans nucléoles.

Dans la tumeur de la cuisse, les noyaux sphériques étaient plus abondants que les noyaux allongés. Dans les tumeurs du poumon, c'était le contraire.

Ces noyaux, qui composaient à peu près sans mélange tout le tissu morbide, sont les types connus et décrits sous le nom de noyaux fibro-plastiques des deux variétés sphérique et elliptique.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

De la diète dans les fièvres typhoïdes.

Par M. le Dr Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque, et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

Il y a déjà longtemps que j'ai écrit que dans la plupart des maladies, sinon dans toutes, la médecine avait à compter avec la nutrition, tandis que plus tard M. Chossat concluait de ses belles expériences physiologiques sur l'inanition, que *toute maladie était un problème d'alimentation*. Si ces paroles sont vraies pour la plupart des maladies, elles le sont dans toute leur force d'expression pour la fièvre typhoïde; car la question d'alimentation est une des plus importantes que le médecin ait à résoudre dans cette affection, celle qui lui donne le plus de difficultés à surmonter au lit du malade.

Voilà vingt ans que je suis aux prises avec ces difficultés sans qu'il m'ait été possible de trouver un principe assez net et clair pour ne pas faire de cette question diététique un problème pour chaque malade. Toutefois, je lis dans la *Gazette* du 30 janvier 1858, que les médecins les plus éminents de l'époque, dans une séance de la Société des hôpitaux, se sont occupés de le résoudre. Malheureusement, j'y vois deux camps, sinon trois. En effet, je vois d'une part M. Barth, qui trouve comme moi qu'il est fort difficile de saisir le moment auquel il faut prescrire des aliments, « à cause des accidents qui surviennent lorsqu'ils sont donnés trop tôt. » Dans les deux autres camps, MM. Trousseau, Blache et Aran sont pour l'alimentation au début de la fièvre, mais non pas à la fin; MM. Bouchut, Legendre et Legroux, au contraire, repoussent énergiquement cette alimentation du début, et la réservent seulement pour la fin de la maladie.

La diversité de ces opinions, l'antagonisme même de ces principes, prouvent la difficulté que nous signalons, et nous justifient de venir nous mêler à ce débat. Je n'aurais pas osé cependant joindre ma faible voix à celle des médecins des hôpitaux de Paris, si des convictions profondes ne me faisaient penser qu'il pourrait être utile d'appeler l'attention des praticiens sur quelques considérations de physiologie et de climatologie pathologiques, trop oubliées de nos jours.

En effet, précisément parce que M. Aran a pu dire que Stock en Allemagne, Bennet en Angleterre, agissent heureusement et sagement en donnant de bonne heure des aliments solides à leurs malades, je puis soutenir avec la même justesse qu'une diète rigoureuse est indispensable en Italie et dans le midi de la France. Chacun sait que, tandis que les Allemands et les Anglais se nourrissent des viandes les plus succulentes et en font un abondant usage, les méridionaux vivent avec des légumes herbacés, du riz, des oignons, des melons et des pastèques; tandis qu'une pneumonie n'exige qu'une ou deux saignées à Paris, pareille maladie en réclame 15 à 18 en Italie et dans nos pays. Mais il y a plus que tout cela! C'est que, entre les exigences individuelles variées à l'infini, celles des diverses années sont encore différentes. Ainsi, dans la pneumonie, comme les Italiens, j'ai saigné avec avantage (tout en donnant le tartre stibié comme aujourd'hui) jusqu'à quinze et seize fois. Il y a plus de dix ans que je n'ai pas dépassé, en pareille circonstance, quatre ou cinq évacuations sanguines. J'ai écrit, il y a quelques années, que, dans les phlegmasies des ivrognes les saignées étaient habituellement funestes, et que la diète et des boissons émollientes étaient des antiphlogistiques suffisamment énergiques pour des individus perpétuellement alcoolisés. Qu'y a-t-il d'étonnant après cela, que des Allemands, des Anglais, des Parisiens, qui mangent habituellement d'énormes quantités de viande de bœuf, supportent le bouillon des hôpitaux comme de la tisane, et que des méridionaux, des campagnards, qui ne mangent de la viande de mouton qu'en très-petite quantité, une, deux, trois fois par semaine, sinon par année, exigent dans leurs fièvres les boissons les plus délayantes? J'ai vu des paysans de nos pays arrivés à l'âge de soixante-dix ans sans avoir jamais goûté de la viande. L'un deux, à qui j'ordonnais du bouillon, précisément après une fièvre typhoïde, me disait que la seule fois qu'il en avait pris, il avait été purgé comme avec la plus violente médecine.

D'ailleurs, qu'invoquent les partisans de l'alimentation hâtive? une convalescence difficile, la faim exagérée, les *fringales*, car ils n'ont parlé que fort timidement de convalescences plus rapides, de morts moins fréquentes. Les faits qui vont suivre répondront à ces questions, toujours relativement au midi de la France et aux conditions de notre pratique. Ici, en effet, il nous semble parfaitement certain que nous n'aurions pu faire autrement que ce que nous avons fait, puisque maintes fois nous avons cherché à alimenter nos malades, que souvent les malades eux-mêmes ont dépassé nos prescriptions. Or, dans tous ces cas, ne nous serions-nous pas aperçu des bienfaits d'une alimentation prématurée? D'ailleurs, comme on le verra, dans toutes ces circonstances, nous avons eu moins à compter avec l'estomac, dont semblent se préoccuper particulièrement les médecins de Paris, qu'avec les mouvements de la circulation.

Ajoutons toutefois que nous ne saurions rien opposer à la manière de voir de MM. Trousseau et Blache. Quoique n'ayant aucun fait qui puisse venir en aide à une doctrine si différente de celle des pères de la science, j'apprécie trop les lumières de ces savants maîtres pour ne pas prendre en considération leur opinion et chercher à me persuader qu'il y a en elle quelque chose de vrai. Je me propose donc d'essayer cette diététique; mais en attendant les enseignements de l'avenir, voici ce que m'a appris le passé.

Dans une phlegmasie aiguë de la poitrine, bronchite, pneumonie ou pleurésie, dans une inflammation cérébrale, aussitôt l'affection locale disparue, la fièvre disparaît. M. Sestier fait dire à M. Chomel que dans la pneumonie, lorsque la fièvre a cessé, souvent l'inflammation parenchymateuse a disparu depuis un ou deux jours. J'ai en effet quelquefois vérifié la justesse de cette remarque. Mais dans la fièvre typhoïde, l'impossibilité de connaître les phases de l'exanthème intestinal, les évolutions inflammatoires de son éruption, met le praticien dans la nécessité

R. — Je ne puis pas me plaindre; il y a trop de chats.

Voulant ensuite s'assurer si le prévenu n'est pas tourmenté par quelque hallucination de la vue ou de l'ouïe, M. Morel lui demanda brusquement et de manière qu'il ne puisse s'égarer dans la recherche de réponses incohérentes :

D. — Mais Chapoteau, le juif, l'assassin, le voyez-vous? l'entendez-vous?

R. — Il a un habit en drap vert; on fait bien la faction la nuit.

Dérozier n'abandonne pas ses tics habituels; il a un mouvement de balancement latéral, ses yeux sont perpétuellement voilés par le clignotement des paupières, son regard ne se fixe sur rien; il obéit à ce qu'on lui demande, s'assoit sans difficulté, mais ne peut rester en place. Il se lève, se replace sur sa chaise, jette un regard furtif dans les coins de la chambre, marche avec précaution, tourne sur lui-même, et semble être en proie à des sentiments de crainte et de défiance. Ses réponses, comme on vient de le voir, sont constamment *incompatibles* avec la demande; elles ne sont pas celles d'un fou. Ainsi que l'a fait très-judicieusement observer M. Morel, les aliénés dans leurs divagations les plus insensées, dans leurs délires les plus furieux, ne confondent pas ce qu'il est impossible à la logique la plus dévoyée de confondre. Que l'on demande au malade le plus en dehors des lois normales quel est son âge, il répondra, par exemple, qu'il a six mille ans ou six mois, selon qu'il se croit éternel ou bien un être tellement infime qu'il en est réduit à l'état d'enfance. D'autres répondront qu'ils n'ont pas d'âge, parce qu'ils se croiront morts; mais jamais le dément le plus incohérent, questionné sur son âge, ne dira : 245 francs 35 centimes, ou 5 mètres 75 centimètres. A la demande qui leur sera faite sur leur filiation généalogique, ils répondront qu'ils sont fils du roi, de l'empereur, de Dieu, ou Dieu eux-mêmes; ils seront fils du prince des ténèbres ou de n'importe quel être surnaturel ou divin, selon qu'ils seront dominés par les idées de grandeur ou obsédés par quelque idée délirante de possession démoniaque; mais jamais ils ne feront de réponses qui n'auraient pas pour résultat de rattacher un effet à une cause. « La raison en est simple, ajoute M. Morel; l'aliéné, par cela même qu'il reste membre de la famille humaine, n'est pas soustrait aux lois qui régissent les intelligences humaines, et la preuve c'est qu'il pense. Il viole, sans doute, et il viole fatalement bien des règles de la logique; il se repaît de l'erreur, il se bâtit des systèmes absurdes en rapport avec son délire; mais il ne faut pas s'y méprendre, la pensée même qui l'égare, ne peut *penser* que sous certaines formes déterminées. »

Après un examen scrupuleux de l'état physique et mental de Dérozier, après avoir établi que ses fonctions physiologiques n'étaient point troublées, que ses actes d'extravagance ne pouvaient se rapporter à aucune lésion des centres nerveux, et que le prévenu n'était ni maniaque, ni mélancolique, ni halluciné, ni dément, ni imbécile, M. Morel conclut à la simulation.

Cependant, les magistrats frappés de la contradiction si flagrante des opinions émises par le médecin de Neufchâtel et par l'aliéniste de Rouen, touchés des récits bizarres des gardiens et infirmiers de la prison, ébranlés d'ailleurs par la persistance et le courage inouï que Dérozier mettait au service de sa cause, ne furent pas convaincus par ce premier rapport de M. Morel, et le procès fut renvoyé à la session suivante.

Le médecin en chef de l'asile de Saint-Yon fut chargé officiellement de nouveau de suivre l'observation du prisonnier, et il s'aida cette fois des conseils éclairés de M. Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre, et de MM. Vingtrinier, Duclos, Leudet et Aubé, de Rouen. Ces distingués confrères émirent unanimement l'avis d'une simulation. Dérozier est toujours aussi incohérent; il se dit aujourd'hui le *roi de Beauvais*. S'il fait jour, il répond qu'il fait nuit; si l'on lui demande la main droite, il donne invariablement la gauche; s'il joue aux dames, il montre qu'il connaît le jeu, mais un gardien vient-il à passer, il brouille les pions et les pousse dans toutes les directions. Il va sans dire que les conclusions du second rapport de M. Morel furent identiquement semblables à celles du premier. La chambre des mises en accusation ordonna dès lors la comparution de Dérozier devant le jury de la Seine-Inférieure.

Le jour du procès, « une foule considérable, dit le *Journal de Rouen*, était venue aux débats, et les sympathies ne faisaient pas défaut à ce pauvre fou, dont la figure aux traits altérés, les yeux hagards et la mise excentrique, avaient de quoi impressionner l'auditoire. M. le président avait permis que Dérozier comparût avec les décorations dont il s'affuble, et avec le bonnet orné de plumes qui couvre sa tête. Pendant une déposition, le prévenu s'agite violemment sur son banc et

de se guider presque exclusivement d'après le pouls. D'ailleurs ici toute l'affection réside-t-elle dans les follicules intestinaux turgescents? La malignité, la putridité, l'essentialité fébrile des anciens ne sont-elles pas justifiées par l'altération du sang reconnue et admise aujourd'hui? Ne faut-il pas que la fièvre, cette réaction physiologique déjà si bien appréciée par Hippocrate et Sydenham, cuise, brûle, élimine, débarrasse en un mot la substance de l'intoxication morbide, cause première ou effet, n'importe, mais toujours élément maladif capital?

Ce travail fébrile réellement physiologique est si positivement destiné à *cuire*, à *brûler*, à *éliminer* ce poison morbide, comme nous l'avons dit, pour prolonger la métaphore d'Hippocrate, mais aussi pour expliquer le travail organique curateur, que, si l'alimentation arrive à un moment inopportun, alors que la respiration n'a pas brûlé assez longtemps notre substance imprégnée, les sécrétions n'ont pas encore suffisamment éliminé les matériaux excrémentitiels infectés; si la nourriture vient ainsi contrecarrer ces divers mouvements physiologiques en forçant les organes à un travail inverse, à brûler les aliments respiratoires ingérés au lieu de la graisse en réserve, à assimiler de nouveaux matériaux introduits au lieu d'éliminer les anciens, alors l'organisme, pour suffire à tout, redouble d'efforts; la circulation et la respiration augmentent de vitesse; la chaleur, les sueurs reparaissent; enfin, la maladie reprend toute son acuité, parce que les mouvements physiologiques ont autant d'obstacles à surmonter qu'au début. Or dans ce cas cette lutte en pure perte use la puissance organique; elle peut même faire défaillir la force impulsive, qui est réellement la force médicatrice. Voilà donc pourquoi la question diététique est si importante dans toute maladie en général, et dans la fièvre typhoïde en particulier.

Elle est si importante que j'ai été obligé de faire supprimer des boissons à une dame qui était arrivée au trente-sixième jour de sa maladie, tant le pouls conservait d'énergie et la peau de chaleur; que j'ai vu succomber un homme à un rétrécissement intestinal, je crois, venu à la suite de trois retours de fièvre occasionnés par une alimentation trop hâtive; que chaque jour je me trouve en face de fort grandes difficultés pour bien apprécier le moment où je puis donner quelques aliments. Souvent la peau est devenue fraîche, les exacerbations fébriles ont disparu, les sens se sont réveillés, le pouls seul conserve un peu de fréquence, que l'on est tenté de rapporter à la faiblesse, à la fluidité du sang, et cependant quelques bouillons ramènent la fièvre et la chaleur.

Dans ces diverses difficultés, je distingue tout d'abord deux espèces, je ne dirai pas de maladies, mais de malades. Chez les uns la fièvre, quoique grave, a une marche régulière, soutenue, non pas sans troubles nerveux, mais sans de trop grandes variations dans les fonctions de l'innervation; ici la fièvre prédomine, mais d'une manière continue; chez les autres malades, quelquefois même dès le début, on observe des variations notables dans cette fièvre : elle se montre par redoublements marqués, rougeur, chaleur, délire, coma; puis elle cède en d'autres moments; la peau devient pâle, rarement fraîche, l'hébétude remplace le délire, la prostration, l'exaltation. Mais citons des exemples pour mieux faire distinguer ces différences et leurs indications pratiques.

Obs. I. — J'ai encore dans les salles de l'hôpital de Manosque un garçon de dix-huit ans, fils d'un père scrofuleux et rhumatique, présentant lui-même les caractères de ce tempérament que j'ai appelé albumineux, qui fut pris de fièvre typhoïde avec céphalalgie, forte fièvre, stupeur, diarrhée, ballonnement du ventre, etc. Soir et matin, l'état du malade était à peu près le même; aussi je prescrivis une diète absolue, boissons abondantes rendues alcalines par 4 grammes de bicarbonate de soude pour faciliter les sécrétions, tempérer la chaleur et prévenir l'*oïdium albicans* si fréquent dans le midi de la France et chez des individus de ce tempérament; lavements soir et matin; serviette imbibée d'eau tiède sur le ventre.

A l'aide de ce traitement spoliatif, la fièvre diminua insensiblement, et cessa tout à fait le vingt-huitième jour, premier moment où je lui permis d'abord quelques cuillerées de bouillon corrigé; puis le lendemain j'en permis un peu plus, et ainsi progressivement. Lorsque j'étais bien certain de l'innocuité du régime, je donnais en plus quelques cuillerées de panade, puis du bouillon gras léger, ainsi de suite. Chose remarquable, le médecin peut ici se fier si peu sur les sensations organiques, que ce garçon, lorsqu'il avait une fièvre ardente, se plaignait à grands cris de la faim, menaçait de se lever et de quitter l'hôpital, lorsqu'il n'aurait pu se soulever sur son lit, et ne réclamait rien lorsque la fièvre fut tombée, et que je lui ordonnai les premières cuillerées d'aliments.

Tels sont les cas les plus simples et dans lesquels il est le plus facile de diriger le régime diététique, parce que la fièvre est d'abord violente et continue, et ensuite progressivement décroissante. Alors, si l'on a la précaution d'attendre les derniers mouvements fébriles, qui n'apparaissent quelquefois que pendant quelques heures, il est rare que les premiers essais de nourriture redonnent la fièvre. Cependant ce n'est toujours qu'à condition d'être légère et surtout lentement progressive. Mais voici un exemple de cas qui offrent de sérieuses difficultés :

Obs. II. — Un homme de 55 ans environ, d'une constitution musculeuse sèche et nerveuse, tempérament que j'ai appelé fibrineux, est pris, à la suite d'un refroidissement, toujours à la saison d'automne, d'une fièvre typhoïde grave : fièvre assez vive d'abord, céphalalgie, délire, ventre très-ballonné. Mais plus tard les variations devinrent si extrêmes qu'elles en étaient alarmantes. Le soir, exacerbation de la fièvre, avec délire ou coma profond, soubresaut dans les tendons, et le matin, pâleur, stupeur, sueur froide, pouls serré, petit, quelquefois misérable.

Fallait-il reconnaître dans ces phénomènes une rémittence, et administrer le sulfate de quinine qu'on a donné d'ailleurs contre la fièvre typhoïde, et que M. Briquet a reconnu depuis être sédatif? Je l'avais essayé d'autres fois, trop timidement peut-être, mais n'en avais rien obtenu, sinon quelquefois plus de violence dans les phénomènes fébriles. Je n'y pensai donc pas plus longtemps, persuadé du reste que ces variations tenaient aux conditions organiques individuelles, à un défaut dans la dynamie nerveuse, défaut de force d'impulsion qui expliquait le trouble dans l'harmonie fonctionnelle et partant la violence de la réaction circulatoire, qui, en finissant, laissait l'organisme accablé.

Fallait-il alors, dans ces moments d'affaissement, donner quelques aliments pour soutenir la vitalité défaillante? Mais la maladie n'était pas terminée et des bouillons, que j'avais essayés en d'autres circonstances plus favorables, ne rendaient que plus alarmants les symptômes fébriles prochains. D'ailleurs le malade pouvait-il assimiler en pareille condition? Avait-il besoin de fournir à la rénovation de ses chairs, lorsqu'elles devaient encore tant perdre avant d'arriver à la guérison? Dans ces moments d'affaissement il ne me parut manquer que de chaleur, de puissance nerveuse, de même qu'il en avait en excès lors de l'exacerbation fébrile!

N'avais-je pas vu d'autres fois que soit par la diète, soit par les lavements, soit par les boissons abondantes, sueurs froides et glacées, le but à atteindre consistait à soustraire du calorique? En 1842 je préconisais les bains tièdes avant M. Rayer, je crois, et je ne pouvais m'en expliquer l'action que par une soustraction de calorique que les heureux résultats des affusions froides sont venus mettre hors de doute.

Avec ces données je marchais résolûment : je donnais le matin, pendant l'affaissement, quelques cuillerées de vin de Malaga mitigé, choisissant ainsi un excitant de la force nerveuse et un aliment presque uniquement respiratoire, comme a dit si ingénieusement Liebig, c'est-à-dire capable de provoquer la chaleur sans s'adresser à la nutrition.

Dans le moment de l'exacerbation de la fièvre, souvent dès le premier mouvement fébrile, je faisais mettre quelques sangsues à l'anus et donner un bain tiède, luttant ainsi pas à pas contre l'exagération des mouvements organiques que je cherchais à régulariser, faisant en un mot de la médecine fonctionnelle et vraiment physiologique.

Obs. III. — Ces principes et ces moyens réussirent également bien l'an passé chez une jeune pensionnaire du couvent de la Présentation de Manosque, à qui je conseillais de préférence au bouillon le vin de Bordeaux mitigé pendant les moments d'affaissement d'une fièvre typhoïde des plus graves et des plus irrégulières. Ici, l'altération du sang était d'autant plus grande qu'elle était liée à une chlorose constitutionnelle et héréditaire, et cette disposition ne fut peut-être pas sans influence sur des hémorrhagies qui se renouvelèrent plusieurs fois par les mêmes piqûres de sangsues, qui s'effectuèrent pendant plusieurs jours par les gencives, à la racine des dents.

Voilà donc certaines conditions diététiques expliquées et réglées, mais est-ce tout?... Mon savant ami le docteur Marrotte, médecin de la Pitié, a signalé des cas où la fièvre était entretenue et le vomissement survenait par l'abstinence et l'usage trop prolongé des boissons, tandis que l'estomac s'apaisait et la convalescence commençait avec les premières cuillerées d'aliments.

Je ne sais si la différence des malades et du climat apporte une si grande influence qu'il faille avant tout, même pour les plus petites zones, prévenir avec Baglivi que l'on écrit de telle ou telle contrée... Ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai observé le phénomène indiqué par le sagace médecin de la Pitié, mais si rarement, que pareils faits seraient passés inaperçus pour moi, si mon attention n'avait été appelée sur ce point. Je puis même, puisque nous en sommes aux particularités pratiques, toujours si utiles à connaître, ajouter un autre cri de l'estomac pour appeler de la nourriture, ce sont des aigreurs, quoique l'on cesse toute boisson sucrée et chaude. L'on peut encore dire que ces deux signes du besoin d'alimentation dans la fièvre typhoïde sont presque chacun entièrement limités à l'un des sexes. Autant qu'il m'en souvient, M. Marrotte n'a constaté le rejet des liquides ingérés que sur des femmes, tandis que moi-même je ne l'ai jamais observé que parmi les plus nerveuses. Les acidités se rencontrent surtout chez les hommes, lorsque l'estomac ne peut plus supporter les liquides et appelle une certaine alimentation.

Reste à savoir maintenant si chacun de ces signes, lorsqu'il se présente, est bien l'indice de la fin de la maladie et du commencement de la convalescence; en un mot, si l'on peut toujours se fier à eux pour donner de la nourriture? Voici un fait récent qui a pour ainsi dire inspiré cet article.

Obs. IV. — Une religieuse de la Présentation, maigre, sensible, nerveuse, est prise deux fois, à douze ans d'intervalle, de la fièvre typhoïde. La première fois, elle est restée, dit-elle, trois mois au lit avec la fièvre; la seconde, je la laisse à une diète rigoureuse, avec purgation, bains et sangsues, jusqu'au vingt-quatrième jour, époque où la fièvre était calmée, et où elle accuse d'ailleurs une fatigue, une pesanteur d'estomac, qui ne cessent que par le vomissement de la tisane ingérée. A ce signe, à ce moment de la maladie, avec l'amélioration de tous les autres symptômes, je ne puis méconnaître la circonstance relatée par M. Marrotte; je donne en conséquence un peu de bouillon de courge, puis d'agneau, puis de pain, au grand avantage de la malade, qui dort tranquillement après chaque bouillon, et qui voit disparaître le reste de fièvre qu'elle avait encore. Tout faisait donc espérer une convalescence certaine, lorsque le troisième ou le quatrième jour, la fièvre reparaît avec beaucoup de violence. Donc, retour à la diète, et lorsque la fièvre est calmée de nouveau, mêmes plaintes de l'estomac, mêmes vomissements.

Était-ce cette fois le véritable indice de la convalescence?... Je donne avec plus de précaution peut-être les mêmes bouillons; la peau reste pâle, fraîche, le pouls calme, les sens éveillés; mais trois jours après, la peau redevient chaude, les pommettes rouges, les yeux ternes et affaissés, et le pouls s'agite de nouveau. Ne serait-ce qu'un mouvement passager?... Je continue ce régime sans l'augmenter. Mais, malgré ce soin, le pouls se relève encore, et la chaleur augmente tant, que je suis contraint de nouveau de revenir à la diète. Enfin, au quarante-troisième jour de la maladie ainsi prolongée, je ne veux plus permettre pour première nourriture que du petit-lait, donné d'abord à fort petites doses et à longs intervalles, puis plus abondamment et à intervalles plus rapprochés, tandis que je n'ajoute un peu de bouillon d'agneau qu'au bout de cinq jours, après avoir vu constamment et successivement la fièvre se calmer et s'amoindrir. Alors, je m'en tins encore aussi longtemps au petit-lait et aux bouillons d'agneau, alternant toutes les deux heures; puis, après cinq autres jours, je remplaçai le petit-lait par du bouillon de pain un peu crémeux. Ainsi de suite, en procédant fort lentement et par les changements les plus insensibles, j'esquivai avec peine une troisième rechute.

Certes, les effets de l'alimentation sont ici bien explicites! Aussi je ne puis comprendre les praticiens qui nourrissent toujours un peu leurs malades. Ils prétendent diminuer la longueur de la convalescence... Je l'ignore! mais à coup sûr, ils prolongent, s'ils n'aggravent pas la maladie.

Serait-ce à dire que, d'après MM. Delarroque et Beau, nous aurions évité une aussi longue diète à nos malades si nous avions

---

pousse des cris aigus. Les sévères admonitions de M. le président suffirent néanmoins pour le rappeler à l'ordre. Les dépositions de M. le docteur C., médecin de la prison de Neufchâtel, qui abandonne ses premières conclusions sur l'existence de la folie, et qui se range à l'opinion de M. Morel, paraît mettre à son comble l'exaspération de cet homme. M. le président le menace de le faire reconduire à la prison, et il se calme.

« Les nombreux témoins qui sont assignés fournissent ensuite à Dérozier l'occasion de faire toutes sortes d'excentricités, lors surtout qu'ils s'approchent de lui et cherchent à reconnaître ses traits à la lumière incertaine des bougies... Le jury entra en délibération à dix heures du soir, et sortit à minuit avec un verdict de culpabilité sans circonstances atténuantes, et le simulateur fut condamné à vingt ans de travaux forcés. »

Le lendemain, on lisait dans le même journal, sous la signature de M. Vésinet, rédacteur en chef, l'article suivant :

« La folie du nommé Dérozier, condamné hier à vingt années de travaux forcés, a disparu avec la condamnation qui l'a frappé. Rentré dans sa prison, il a cessé son rôle d'insensé, abandonnant son titre et ses insignes, et regrettant la peine et le tourment qu'il s'était donnés en vain durant neuf mois entiers. Il a jeté ses plumes et ses décorations, et n'a plus voulu de la qualité de *roi de Beauvais*.

» Il a dit que plusieurs fois à l'audience la pensée lui était venue de songer à sa défense et de contredire certaines allégations du ministère public qu'il croyait erronées; mais il avait fait tant d'efforts jusque-là pour paraître fou, ses illusions lui faisaient tellement croire qu'il présentait l'aspect véritable d'un insensé, qu'il n'a pu se résoudre à interrompre ses gestes et ses cris. Il a mieux aimé poursuivre jusqu'à la fin la rude tâche qu'il s'était imposée avec une patience et une persévérance extraordinaires.

» Enfin, voyant que désormais pour lui il était inutile de se mettre davantage l'esprit à la torture, il a jeté le masque, et s'est adressé hier aux gardiens pour leur faire ses excuses de toute la peine et le dérangement qu'il leur avait causés; il a exprimé ses regrets en des termes qui sont loin de dénoter une intelligence affaiblie, et qui sont, au contraire, la preuve d'une élocution facile et même élégante.

» Il a été bien aise, a-t-il dit, de laisser calmer ses nerfs irrités par des efforts incessants, et a juré que, lors même qu'il s'agirait d'éviter une condamnation à mort, il ne se résignerait pas à entreprendre de pareils moyens. »

Ainsi que le rapporte M. Morel dans les *Annales médico-psychologiques*, où il a consigné dans de grands détails l'observation qui précède, Dérozier témoigne le désir de voir le médecin en chef de Saint-Yon. « Je ne vous en veux pas, me dit-il, d'avoir *paralysé mon avocat et d'être la cause de ma condamnation; j'ai mérité mon affaire*, et si le médecin de Neufchâtel n'avait pas *déserté son certificat*, j'aurais continué mon rôle avec la certitude de *mourir à la peine*. Vous ne pouvez croire, ajouta le condamné, ce que j'ai souffert. J'ai cru devenir réellement aliéné, et j'avais plus de crainte encore de *tomber fou que d'aller au bagne*. J'ai passé plusieurs mois sans dormir. Il me semblait que la moitié de mon cerveau était vide, et qu'une boule d'eau située dans la *partie pleine* venait frapper contre la *partie vide*. » M. Morel chercha à consoler ce malheureux en lui faisant entrevoir une commutation de peine pour prix de sa bonne conduite à Cayenne. Dérozier secoue mélancoliquement la tête en disant : « *Une fois qu'on est enferré dans le mal*, on a de la peine à s'en tirer. J'ai quarante-deux ans, c'est trop tard. Je me retire du monde maintenant; *j'entre au cloître, et mon rôle est fini!...* »

Nous ne terminerons pas ce rapide coup d'œil anecdotique sur les maladies simulées sans dire combien nous croyons à l'utilité de la capacité spéciale des médecins dans les questions judiciaires. Leur intervention dans les débats médico-légaux ne doit plus passer désormais pour une *politesse* des tribunaux, mais bien pour un droit justement acquis; leur rôle est d'ajouter aux lumières naturelles de la raison le tribut d'une connaissance intime et profonde du cœur humain, ainsi que la parfaite aptitude à discerner ce qui est le fait de la passion ou de la fraude, et ce qui est du domaine de la folie. En cela, M. le docteur Morel a rendu un véritable service à la science en projetant une si vive lumière sur le procès de Dérozier : la société outragée avait besoin d'une éclatante vengeance; il l'a résolûment appelée sur la tête du coupable. En effet, une distance immense sépare le criminel de l'aliéné; honte et répression pour l'un, mais grâce et pitié pour l'autre!

Dr Legrand du Saulle.

employé la méthode purgative? Certainement, sans admettre ce traitement pour tous les cas et à toutes les époques de la maladie, sans croire avec ces auteurs que nous ayons à expulser ainsi la bile altérée, cause première de la maladie, nous croyons fermement que nous soustrayons, par ces excrétions provoquées, des matériaux à l'affection, tandis que nous évitons son aggravation en empêchant des résorptions septiques qui augmenteraient l'infection sanguine. Nous croyons encore que, par les purgatifs comme par de prudentes évacuations sanguines, dirigées surtout sur la veine-porte et les veines mésentériques, nous diminuerons la longueur de la maladie, atténuerons ses symptômes et ses accidents, parce que nous agissons en définitive sur la nutrition, parce que nous enlevons des matériaux dont ce travail organo-fonctionnel aurait été obligé de se débarrasser.

C'est ainsi que l'usage des purgatifs peut diminuer la longueur de la diète comme celle de la maladie. Tous nos travaux attestent l'importance que nous attachons aux excrétions. La religieuse dont il vient d'être question a été purgée plusieurs fois. Mais cependant, jusqu'à présent, nous n'avons pu nous décider à employer ce traitement avec la rigueur qu'y mettent MM. Delarroque et Beau, lorsque surtout nos malades joignent à la fièvre ardente une langue rouge, dépouillée de son épithélium ou recouverte de l'*oïdium albicans*, de M. Gubler. Faisons-nous mal? C'est à l'observation ultérieure à prononcer, et j'en appelle à la pratique des médecins du midi de la France, des campagnes surtout, qui observent comme moi cette forme inflammatoire plus souvent qu'à Paris. En attendant donc, je crois, par les faits qui précèdent, pouvoir poser les conclusions suivantes sur la question pratique dont il s'agit :

1° Les conditions fébriles de la fièvre typhoïde varient suivant les individus, les dispositions organo-fonctionnelles.

2° La diète ou plutôt l'abstinence est la première, la plus puissante médication à opposer à la fièvre typhoïde; elle est le principal moyen qui soit entre les mains du médecin pour agir contre le principe morbide producteur.

3° C'est par elle en effet que doit se consumer, se détruire ou s'éliminer la cause morbifique.

4° La diète est une des questions les plus importantes et les plus difficiles de la thérapeutique des fièvres typhoïdes. D'après les faits que nous avons observés et produits, il vaut mieux incliner à trop qu'à trop peu de rigueur.

5° La fièvre, si minime qu'elle soit, doit faire craindre une augmentation de ce trouble circulatoire, si l'on ne trouve pas le moyen de proportionner la diète au mouvement fébrile qui reste.

6° Dans le cas de faiblesse, de chute du pouls, alternant avec des paroxysmes, on doit se borner à des aliments respiratoires, pour ne pas contrarier le mouvement d'élimination par des aliments assimilables, albumineux et fibrineux.

7° Lorsque la fièvre a cédé, de concert avec les autres symptômes, d'une manière lente, progressive et harmonique, ce qui est véritablement le seul indice de la convalescence, les premiers aliments doivent être choisis parmi ceux qui contiennent aussi, immédiatement dissous, les principes solubles du sang. Je place en première ligne le petit-lait, puis successivement les bouillons de poulet, d'agneau, de veau, de courge, de riz, de pain, etc.

8° Le vomissement des liquides, les acidités gastriques, qui sont des indices de la révolte de l'estomac, ne sont malheureusement pas des signes certains de la fin de la maladie. Aussi, si on prend en considération de telles manifestations organiques, ce ne doit être qu'avec beaucoup de prudence et de tâtonnement.

JUMEAUX NÉS EN MÊME TEMPS,

par James B. Balfour, docteur en médecine, etc.

Le 18 mars, appelé auprès de madame M..., âgée de trente ans, à sa seconde grossesse, j'arrivai chez elle vers les cinq heures après midi; les membranes s'étaient rompues vers les deux heures, et depuis ce moment le travail avait été énergique et incessant. Peu de temps avant l'instant où je la visitai, elle avait senti que quelque chose était sorti et faisait saillie en dehors du vagin; je l'examinai, et je trouvai les deux pieds d'un enfant engagés à la fois. A la suite de quelques douleurs seulement, la partie inférieure du corps se présenta également, mais tout à coup, et sans qu'on puisse d'abord se l'expliquer, la marche de l'accouchement fut arrêtée. L'enfant présentait l'abdomen tourné vers le sacrum de la mère. En recherchant la cause de ce temps d'arrêt, je trouvai la tête d'un second enfant s'avançant dans la cavité pelvienne, l'occiput occupant la concavité du sacrum et la face posée sur la partie supérieure de la poitrine et sur le cou du premier enfant; le menton se trouvait au-dessous du menton de ce premier enfant et lui était tout à fait opposé; celui-ci demeurait ainsi au bord du bassin sans pouvoir s'y avancer davantage. Par bonheur, j'avais avec moi un petit forceps et je l'appliquai immédiatement sur la tête du second enfant; tout en en faisant usage, j'opérai de légères tractions sur le premier enfant, en le saisissant par les jambes, que j'amenai ainsi doucement au dehors; sans beaucoup de difficulté je pus ensuite entraîner la tête du second enfant, et en agissant de cette façon, la tête du premier descendit dans la cavité du bassin et reprit la position qu'elle occupait d'abord; seulement, c'était maintenant la tête de ce premier enfant qui empêchait le corps du second de descendre. Je maintins alors la tête du second aussi en arrière que possible, et ayant saisi les membres du premier, j'exerçai avec précaution de nouvelles tractions : sa tête glissa bientôt sous l'arcade du pubis et ce premier enfant vint au monde, tandis que l'autre se dégageait facilement et arrivait aussi au dehors.

C'étaient deux petites filles d'une organisation délicate, mais au-dessous du volume ordinaire des jumeaux, ce qui me fit penser que l'accouchement était prématuré et de quelques semaines avant terme. Toutes deux allaient bien, étaient en bonne santé au moment où je cessai de donner mes soins à l'accouchée. Un double placenta avait été expulsé peu de temps après l'accouchement, et l'utérus s'était aussitôt convenablement contracté. La mère se rétablit en peu de jours. Il ne s'écoula pas plus d'une heure entre le moment où j'arrivai à la demeure de la patiente et celui où je la quittai après m'être assuré de l'état de contraction de la matrice.

J'ajoute, en terminant, que je n'employai pas le chloroforme en cette circonstance, parce que la mère était tourmentée d'une légère affection du cœur suite d'une attaque de rhumatisme articulaire qui remontait déjà à quelques années. (*Edinburgh med. Journ.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 mars 1858. — Présidence de M. Despretz.

Circulation nerveuse. — **M. Flourens** lit la note suivante sur la circulation nerveuse.

§ I. *De la sensibilité récurrente.* — J'ai rappelé dans une occasion récente la belle expérience de Magendie sur la sensibilité récurrente.

Si l'on coupe la racine antérieure d'un nerf, cette racine, qui donnait auparavant des signes de sensibilité dans toute son étendue, n'en donne plus que par son bout périphérique : le bout médullaire est devenu insensible.

La sensibilité de la racine antérieure lui vient donc de la racine postérieure et non de la moelle.

Ce n'est pas tout. Si, laissant la racine antérieure intacte, on coupe la postérieure, la sensibilité de la racine antérieure est aussitôt perdue.

C'est donc, encore une fois, de la racine postérieure que vient la sensibilité de la racine antérieure.

Mais comment en vient-elle? Evidemment par retour, par circuit, ou du moins par demi-circuit. Et ce retour, ce demi-circuit, ne se fait pas immédiatement.

Magendie a coupé le nerf total, le nerf mixte, le nerf résultant de la jonction des deux racines, après le point de jonction; il l'a coupé 4 lignes, 6 lignes après ce point, et la sensibilité de la racine antérieure a été également perdue.

Le retour ne se fait donc pas immédiatement; il ne se fait que loin, très-loin, et par les extrémités mêmes des nerfs, comme le retour du sang des artères aux veines ne se fait qu'aux extrémités mêmes des veines et des artères.

Cette sensibilité de retour, cette sensibilité récurrente, est le premier trait de ce que j'appelle la circulation nerveuse.

§ II. *De l'action réflexe.* — En 1822, dès mon premier mémoire lu à l'Académie, j'ai fait connaître les effets singuliers de l'ablation du cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux).

L'animal qui a perdu ses lobes a perdu aussitôt toute perception, toute faculté intellectuelle, toute volition.

Il a perdu toute volition, toute volonté, et il n'en conserve pas moins la régularité la plus parfaite de ses mouvements; il marche, il vole quand on l'y pousse; il s'agite quand on l'irrite, etc. En un mot, il a tous ses mouvements et n'a plus sa volonté.

Ce sont ces mouvements, opérés par l'animal qui a perdu son cerveau, ses lobes, et par suite sa volonté, que quelques physiologistes ont appelés mouvements réflexes.

A ce compte, j'aurais découvert les mouvements réflexes avant ces physiologistes.

On est allé plus loin. Après avoir appelé les mouvements dont il s'agit mouvements réflexes, on a dit que le siége de ces mouvements était la moelle épinière; et ceci encore je l'avais sûrement dit avant qui que ce soit.

Voici comment je m'exprimais en 1822, dès mon premier mémoire :

« En interceptant, par des sections transversales, deux ou plusieurs portions de moelle épinière, on établit incontinent deux ou plusieurs centres d'irritation. Parallèlement, en détachant un nerf de la moelle épinière, on localise incontinent les irritations aux seuls nerfs unis avec lui.

» C'est donc par la moelle épinière que s'effectue la dispersion, ou, si l'on veut, la généralisation des irritations : généralisation qui constitue précisément ce que les physiologistes ont appelé sympathies nerveuses.

» Communément on attribue ces sympathies au cerveau. Leur siége réel est la moelle épinière; c'est elle qui les effectue, le cerveau ne fait que les ressentir.

» La moelle épinière est donc l'organe ou l'instrument des sympathies générales; les nerfs ne sont que les instruments de sympathies partielles. Le sentiment ou la conscience de ces sympathies appartient exclusivement aux seules parties centrales, siéges de perception.

» § III. *De la perméabilité de la moelle épinière à tous les sens de l'irritation.* — Avant moi, on croyait que les irritations de la moelle épinière allaient toujours de haut en bas et ne remontaient jamais. C'était l'opinion d'Haller, de Bichat, de tous les physiologistes.

» Voici l'expérience que je fis pour prouver le contraire :

» Je mis à nu, sur un pigeon, toute l'étendue de moelle épinière comprise entre les deux renflements (antérieur et postérieur).

» Lorsque j'irritais à une égale distance des deux renflements, les convulsions se manifestaient également aux jambes et aux ailes.

» Lorsque, au contraire, j'irritais en deçà ou au delà de ce point mitoyen, les convulsions prédominaient, ou même, si l'irritation était légère, se bornaient aussitôt aux jambes ou aux ailes, selon que le point irrité était plus voisin des unes ou des autres. »

Je prie qu'on veuille bien un peu analyser cette expérience.

1° Lorsque j'irrite le point mitoyen entre les deux renflements, l'irritation va également à l'un et à l'autre, à l'antérieur comme au postérieur. Elle remonte et descend donc avec une facilité toute pareille.

2° Lorsque j'irrite plus près du renflement antérieur, l'irritation se fait plus sentir à ce renflement; lorsque j'irrite plus près du renflement postérieur, elle se fait plus sentir au renflement postérieur.

La perméabilité de la moelle épinière est donc complète, elle est perméable en tous sens, au cours ascendant comme au cours descendant, au cours rétrograde comme au cours progressif de l'irritation. Entre ces deux cours nulle différence.

Mais poursuivons. Notre expérience prouve bien plus encore. Elle prouve qu'il n'y a jamais réflexité dans la moelle épinière, prise en elle-même.

Car, soit que l'irritation, l'impression, monte, soit qu'elle descende, le cours est toujours direct.

A mesure que l'irritation monte, je la vois se communiquer à tous les points de moelle épinière, à toutes les origines de nerfs qu'elle atteint. Elle marche toujours tout droit.

Et quand elle descend, il en est de même. Elle avance directement, elle émeut successivement tout ce qu'elle atteint.

Et, ce qui dit bien plus encore que tout cela, c'est que sa marche est bornée comme son intensité.

Très-faible, elle s'arrête au renflement postérieur; plus forte, elle s'étend jusqu'à l'antérieur; plus forte encore, elle ébranlerait tout l'être.

L'action réflexe n'est donc, pour la moelle épinière prise en elle-même, qu'une interprétation inexacte des phénomènes.

§ IV. *De la vraie action réflexe.* — La tête (ou, ce qui revient au même, le cerveau proprement dit) étant retranchée à un animal, je pince la patte ou la queue de cet animal, et l'animal retire aussitôt sa patte ou sa queue. Ceci est le cas si bien étudié par M. Marshall-Hall.

Que s'est-il passé dans ce cas? Le nerf sensible du point irrité, soit de la patte, soit de la queue, a porté l'impression au point correspondant de la moelle épinière; de ce point, l'irritation s'est communiquée au nerf moteur, et la patte ou la queue se sont mues.

L'action réflexe, ainsi entendue, est le complément de l'action récurrente : celle-ci fait le retour par les extrémités des nerfs, comme l'autre le fait par la moelle épinière.

Les deux demi-circuits, récurrents et réflexes, font le circuit complet, la circulation entière.

— **M. Magitot** prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire qu'il a publié comme thèse inaugurale sur le développement et la structure des dents humaines. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— Un auteur dont le nom est renfermé sous pli cacheté, adresse pour le concours du legs Bréant un travail manuscrit très-considérable, portant pour titre : *Observations médico-historiques sur le choléra asiatique*, avec cette épigraphe :

« *... Quoque te causas et signa docebo.* »

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Thomas, d'Alkirch (Haut-Rhin) : *Considérations sur le traitement des plaies d'armes à feu de la main et des doigts.*

Cambé, d'Altkirch (Haut-Rhin) : *De l'empoisonnement par le nitrate acide de mercure.*

Pernod, d'Avignon (Vaucluse) : *Essai sur les kystes de l'ovaire considérés surtout au point du traitement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La *Presse médicale belge* annonce la mort de M. le docteur Barthélemy Thiry, de Bastogne. Cet honorable confrère avait été victime d'un bien grave accident : il avait eu les deux jambes cassées, et l'une d'elles était fracturée comminutivement avec sortie des fragments à travers les téguments. C'est au début d'une carrière brillante, où tout semblait devoir lui sourire, que ce jeune et savant médecin a été enlevé à l'affection de tous ceux qui le connaissaient. M. Thiry n'était âgé que de 27 ans.

— Un élève distingué de l'école de médecine de Bordeaux, interne de l'hôpital Saint-André, M. Campagnac, vient de succomber à la suite d'une fièvre typhoïde contractée au service des malades. Plein d'intelligence et de cœur, il avait su se concilier l'estime et l'affection de ses maîtres et de ses condisciples. Sa mort a été pour tous comme un deuil de famille.

M. Gintrac père, directeur de l'école de médecine et membre de la commission des hospices, M. Levieux, médecin de l'hôpital Saint-André et président de la réunion médico-chirurgicale, M. Delmas, premier interne, ont successivement pris la parole sur le bord de la tombe, et ont exprimé en termes parfaitement sentis les regrets que faisait naître une mort si cruelle et si prématurée. (*Journal méd. Bordeaux.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire de Thérapeutique, de Matière médicale, de Pharmacie et de Toxicologie pour 1857, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1856, et les formules des médicaments nouveaux; suivi d'un mémoire sur l'*oligurie*, avec des considérations sur la *polyurie*; par M. le professeur Bouchardat. Un vol. grand in-32 de 320 pages. Prix, 1 fr. 25 c. (*franco*).

Notices sur Hyères et Cannes, par le docteur Edwin Lee, suivies d'observations sur l'influence du climat dans la phthisie pulmonaire. Un vol. in-18, broché. Prix, 1 fr. 50 (*franco*).

Leçons d'hydrothérapie professées à l'Ecole pratique de médecine de Paris par M. le docteur Macario, directeur de l'établissement hydrothérapique de Serin, près Lyon, etc. Un vol. in-18. Prix, 2 fr. (*franco*).
Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

De l'administration du sulfate de quinine d'après les études faites en Algérie, par M. le docteur A. Ronzier-Joly. Broch. in-8°. — A Montpellier, chez Ricard frères.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 35. — JEUDI 25 MARS 1858. (31e ANNÉE.) N° 35. — JEUDI 25 MARS 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie de Médecine.

PARIS, LE 24 MARS 1858.

M. Trousseau seul a occupé la tribune, et pendant plus d'une heure il a tenu l'assemblée attentive. Le disert orateur ne s'était pas dissimulé l'effet qu'avait dû produire la proposition assez étrange, au moins dans sa forme, qu'il avait jetée à travers la discussion sans que le temps lui eût permis de la développer. Aujourd'hui, il s'en est expliqué tout à son aise.

En traitant, il y a huit jours, cette proposition de paradoxe, nous étions certain d'avance qu'elle renfermait une idée qu'il suffirait de dégager de sa forme un peu abrupte, sinon pour la faire accepter d'emblée, du moins pour légitimer ses droits à la discussion. L'idée est maintenant devenue en effet accessible; elle s'est peu à peu dépouillée de ce qu'elle avait d'étrange au premier abord, à mesure qu'on en a pu suivre les développements.

Cette idée est celle-ci : La fièvre puerpérale n'est pas une affection due uniquement aux conditions organiques particulières dans lesquelles se trouve la femme en couches, ni exclusivement caractérisée par des désordres inhérents aux fonctions de la puerpéralité; la fièvre puerpérale n'est qu'un cas particulier d'une affection plus commune et plus générale qui peut se traduire par des formes très-diverses. Cette affection, c'est ce que l'on a désigné sous les noms d'infection purulente, d'infection putride. Les conditions de la puerpéralité ne sont qu'une sorte d'état diathésique qui prédispose au développement de ces accidents, à la manière de tout autre traumatisme; elles impriment à ces accidents une physionomie particulière; mais elles n'en constituent ni la cause ni l'essence. La cause qui leur donne lieu est cette même cause épidémique inconnue qui vient fréquemment compliquer d'une manière si grave les suites des opérations dans les hôpitaux et au sein des grandes villes.

Si la filiation entre ces deux faits ne paraît pas d'abord suffisamment claire, elle devient plus sensible dès qu'on place entre eux, comme transition, les faits si intéressants exposés par M. Lorain dans la remarquable dissertation que nous avons signalée il y a environ deux ans à l'attention de nos lecteurs....

Cette idée est discutable, elle sera discutée certainement; mais du moins a-t-elle perdu, par les développements que M. Trousseau a eu le loisir de lui donner aujourd'hui, le caractère de singularité qu'elle a eu tout d'abord. Quelle que soit l'opinion à laquelle nous devions nous arrêter à cet égard, — nous nous en expliquerons plus tard —, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître dès à présent que cette manière d'envisager la question de la fièvre puerpérale, qui se rattache d'ailleurs à un ensemble d'idées doctrinales d'une incontestable vérité, aura une grande influence sur la suite de ce débat.

Avant la reprise de la discussion, M. Guérard a lu un rapport sur un travail physiologique dont l'objet était très-digne assurément d'intérêt; mais l'attention était ailleurs. Aussi les conclusions ont-elles été votées sans qu'il se soit manifesté la moindre velléité de contradiction. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIERE. — M. BAILLARGER.

De la manie congestive.

« Si en observant la manie à son début, dit Esquirol, on démêle » des symptômes de paralysie, quelque légers que soient ces » symptômes, on peut hardiment pronostiquer que la démence » succédera à la manie; il en sera de même de la monomanie, » quel que soit le caractère du délire, et l'on peut ajouter que » la mort ne tardera pas à mettre fin à la maladie. »

Ce qu'Esquirol entend ici par des signes très-légers de paralysie, c'est un peu d'hésitation dans la parole, hésitation qui échappe presque toujours aux personnes qui entourent le malade, et même quelquefois aux médecins qui lui donnent des soins.

Il y a chez les maniaques un autre symptôme qui, pour quelques auteurs, est peut-être aussi fâcheux qu'un peu d'hésitation de la parole: c'est le délire ambitieux. Quand il est bien tranché, ce délire a suffi parfois pour établir le diagnostic de la paralysie générale.

On trouve dans la thèse de M. Jules Falret une observation qui a pour titre: *Folie paralytique au début; activité extrême de l'intelligence; conceptions multiples et gigantesques; violence des actes: phénomènes paralytiques non encore appréciables.*

Le diagnostic est surtout fondé, dans ce cas, comme l'auteur l'indique, « sur les caractères si tranchés du délire et la mar« che de la maladie. »

M. Calmeil lui-même, qui est loin d'accorder au délire ambitieux la même importance que Bayle, déclare que ce délire « mérite d'autant plus d'attention, que très-souvent il a servi à diagnostiquer la paralysie générale plusieurs mois avant son apparition. »

On voit par ce qui précède que ce diagnostic est tantôt fondé sur un peu d'hésitation dans la parole chez un maniaque, tantôt même sur l'existence d'un délire ambitieux très-tranché.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'à plus forte raison affirme-t-on l'existence de la maladie, et porte-t-on le pronostic le plus fâcheux lorsqu'on trouve réunis les deux ordres de symptômes. Cependant Esquirol avait déjà rencontré quelques cas heureux où le pronostic porté par lui ne s'était point réalisé. Il citait comme autant d'exceptions trois exemples de guérison; d'autres auteurs ont vu, comme Esquirol, mais plus souvent que lui, de ces cas qui se sont terminés d'une manière favorable.

M. Parchappe a guéri 8 malades sur 152.

« Je trouve dans mes notes, dit M. Guislain, cinq ou six faits « de paralysie générale, dont la terminaison a été le retour à la « santé. »

Mais si les guérisons ont été jusqu'à présent regardées comme très-rares, il est un ordre de faits qu'on observe, au contraire, de plus en plus fréquemment. Rien de plus ordinaire que de voir des malades qui, après avoir eu un accès de manie ambitieuse avec ou sans signes très-légers de paralysie, ne conservent de leur maladie qu'un affaiblissement peu apparent de l'intelligence, avec ou sans embarras de la parole, et qui, pendant six mois, un an ou deux, peuvent rentrer dans leurs familles, où ils sont très-souvent considérés comme guéris; puis, la maladie, après cette suspension incomplète, apparaît de nouveau, offrant alors dès le début des signes ordinairement graves de paralysie générale.

On dit que ces malades n'ont eu qu'une rémission, et j'ai moi-même étudié dans un mémoire spécial ces rémissions de la paralysie générale (1), et surtout l'état intellectuel spécial qu'offre le plus grand nombre des malades.

Les faits de ce genre sont, je le répète, assez communs, et M. Moreau (de Tours), qui observe à Bicêtre beaucoup de paralytiques, me disait récemment encore que ces cas s'étaient présentés si souvent dans son service, qu'il avait cessé de les compter.

Cependant, à mesure que les observations se sont multipliées, on a pu constater des cas dans lesquels ces rémissions se sont prolongées pendant plusieurs années et jusqu'à quatre, cinq, six ans et plus. J'ai vu aussi des rechutes évidemment provoquées par de nouvelles causes de congestion auxquelles les malades avaient été soumis. J'en suis donc arrivé peu à peu à penser que ces rémissions pourraient peut-être se changer plus souvent en de véritables guérisons si les malades étaient soumis aux règles d'hygiène et aux moyens de traitement les plus propres à prévenir le retour de la maladie.

J'ai vu encore dans quelques cas rares la manie ambitieuse, avec des signes légers de paralysie, se terminer par la manie chronique.

L'un des malades est resté neuf ans maniaque, n'offrant plus ni le délire ambitieux ni l'hésitation de la parole observés pendant les premiers mois, et qui avaient servi à établir le diagnostic; il était simplement maniaque et en démence.

(1) Voir les *Annales médico-psychologiques*, année 1855.

Les conditions de régime auquel il avait été jusque-là soumis ayant été gravement modifiées, il survint de nouveau, après neuf ans, des signes de congestion cérébrale; l'embarras de la parole reparut, et immédiatement avec lui le délire ambitieux.

Quelques mois s'étaient à peine écoulés que le malade succombait à des accidents brusques de congestion.

Cependant, si on compare entre eux tous ces faits de guérison complète ou de suspension plus ou moins longue de la maladie, on reconnaît bien vite qu'il y a certains cas de paralysie générale qui ne sont susceptibles ni de guérison ni de suspension, et que les terminaisons favorables ne peuvent être espérées que pour une classe spéciale de malades.

C'est ce qu'a déjà très-bien reconnu M. Guislain.

« Dans les cas qui guérissent, dit-il, l'hésitation de la parole » est peu apparente, l'état paralysiforme est *à peine sensible*, » *appréciable*, les idées rappellent la manie et la mélancolie. »

Tout ce que j'ai observé confirme sur ce point l'opinion du célèbre médecin de Gand.

Dans les cas nombreux de démence paralytique à l'état de simplicité qui se présentent surtout chez les femmes, on ne voit que très-exceptionnellement la maladie suspendre son cours; les signes de démence et de paralysie qui la constituent seuls se développent lentement, mais d'une manière continue.

Au contraire, le malade est-il dès le début en proie à une manie ambitieuse avec des signes très-légers de paralysie, on observe des guérisons quelquefois, mais des suspensions assez souvent.

Cela arrive surtout, je n'ai pas besoin de le dire, pour les malades qui, comme dans l'observation rappelée plus haut de M. Jules Falret, n'offrent comme signes fâcheux que le délire ambitieux sans hésitation de la parole.

Il y a donc, comme on le voit, dans ce qu'on désigne sous le nom commun de paralysie générale, des distinctions importantes à faire, au moins sous le rapport du pronostic.

Mais doit-on s'arrêter-là? La paralysie générale, réduite dès le début à son état de simplicité, c'est-à-dire à ses véritables symptômes pathognomoniques, la démence et la paralysie, n'offre-t-elle pas le contraste le plus tranché avec la manie ambitieuse, dans laquelle, pour rappeler les expressions de M. Guislain, l'état paralysiforme *est à peine sensible?* Quand on observe de telles différences dans les symptômes, dans la marche, dans le pronostic, n'est-on pas porté à se demander si c'est bien la même maladie, s'il n'y a pas sous ce rapport quelques distinctions à établir? Cette question se présente surtout naturellement si on considère qu'une partie des faits dont il est ici question ont été et sont encore très-diversement interprétés par les auteurs. On a vu que pour quelques-uns d'entre eux le délire ambitieux suffit lorsqu'il offre certains caractères très-tranchés pour établir le diagnostic de la maladie; mais, pour d'autres, il n'en est point ainsi, et, tant qu'il n'y a pas de signes de paralysie tranchés, ils laissent les cas de manie ambitieuse réunis à la manie simple.

C'est ce qu'on peut voir en particulier dans les observations de manie aiguë publiées par M. Parchappe. On trouve là un certain nombre d'observations dans lesquelles se trouve noté le délire ambitieux le plus exubérant, ce qui n'a pas empêché l'auteur de les laisser dans le cadre de la manie simple.

Ainsi, ces cas de manie ambitieuse avec ou sans signes très-légers de paralysie, n'offrent pas seulement avec la véritable paralysie générale des différences tranchées au point de vue des symptômes, de la marche et du pronostic, ils sont, en outre, très-diversement interprétés par les auteurs. C'est pour toutes ces raisons qu'il me semble utile de les étudier à part pour tâcher de déterminer leur véritable nature.

Ce travail a pour but de démontrer que la manie ambitieuse, avec ou sans signes légers de paralysie, ne doit être ni assimilée de prime abord à la paralysie générale, ni rester confondue avec la manie simple.

Elle me semble devoir former une variété spéciale de manie ayant ses symptômes propres, et qui, à cause de sa nature, me paraîtrait devoir être désignée sous la dénomination de *manie congestive.*

Les folies congestives seraient alors à la démence paralytique ce que les folies simples sont à la démence simple.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. MARJOLIN.

Abcès par congestion vertébrale. — Injection iodée. — Rupture de la poche. — Passage de l'injection dans le péritoine. — Mort prompte.

Dans le courant du mois de septembre 1857, la nommée J. Allard, âgée de 5 ans, d'un tempérament essentiellement lymphatique, entra dans mon service pour une gibbosité peu prononcée de la région lombaire, et pour une nécrose des phalanges d'un orteil. Comme à cette époque nous n'avions constaté l'existence d'aucun abcès symptomatique, soit aux lombes, soit dans le bassin, et que d'ailleurs la constitution de l'enfant n'était encore que peu affaiblie, je regardai le pronostic comme moins fâcheux que de coutume, et je n'hésitai pas à faire appliquer successivement, à quinze jours d'intervalle, huit mouches de pâte de Vienne le long des gouttières vertébrales. L'enfant fut en outre, autant que possible, couchée sur le ventre et soumise à un régime fortifiant, à l'usage du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina, etc. Dans le courant de novembre, un abcès peu saillant, environ du volume d'une noix, se montra sur la partie latérale gauche de la région malade. Comme on pouvait espérer que sous l'influence du traitement général, vu le peu de volume de cette collection, elle pouvait encore se résorber, je ne voulus point faire de ponction.

Plus tard, vers la fin de décembre, un nouvel abcès plus volumineux se manifesta à la partie interne et moyenne de la cuisse gauche; en examinant avec soin cette nouvelle collection, je reconnus qu'elle communiquait facilement avec la première tumeur des lombes. A ce moment il me sembla que la saillie de la gibbosité avait notablement diminué. J'étais bien décidé à ouvrir l'abcès le plus promptement possible, avant que la collection fût devenue trop considérable et les téguments amincis, mais un érysipèle du dos, ayant pour point de départ les cautères, m'obligea à ajourner la ponction. A ce moment il y eut une véritable épidémie d'érysipèles dans le service de chirurgie, garçons et filles.

L'ouverture de l'abcès fut faite avec un bistouri très-étroit le 18 février, avec toutes les précautions voulues : 1° pour éviter autant que possible l'introduction de l'air dans le foyer; 2° pour éviter de léser les vaisseaux qui croisaient la direction de l'abcès. Le pus qui s'écoula était mal lié, mêlé de grumeaux; il en sortit une très-grande quantité. Immédiatement après, j'introduisis par l'ouverture une sonde en gomme élastique peu volumineuse. Cette sonde pénétra au plus de 4 à 5 centimètres sans atteindre la hauteur du ligament de Fallope; un lavage fut fait avec de l'eau tiède, et ensuite une injection iodée avec la teinture d'iode, formule de Guibourt. Aucune réaction n'eut lieu le lendemain ni les jours suivants; et en voyant l'état général et la diminution de la suppuration, je croyais, cette fois, avoir rencontré un cas favorable à la méthode des injections iodées; aussi, le 25 février, je n'hésitai pas, après avoir fait un lavage, à faire une nouvelle injection iodée. Malheureusement, cette fois, je fus témoin d'un accident dont je vais rapporter tous les détails.

J'avais introduit *moi-même* la sonde dans le foyer, avec les mêmes grandes précautions que la première fois; le lavage avait été fait, et l'injection iodée avait à peine pénétré dans le foyer, qu'à l'instant même l'enfant poussa des cris, accusant une vive douleur dans l'abdomen, principalement à gauche.

Comme je le fais habituellement, je fis sortir ce que je pus de la teinture d'iode qui avait été injectée, et l'enfant fut pansée et replacée dans son lit. A ce moment, elle fut prise de vomissements et d'envie d'aller à la selle, les douleurs abdominales persistant. Un large cataplasme appliqué sur le ventre sembla amener un peu de calme, mais au bout d'une demi-heure de nouveaux vomissements survinrent; ce n'était plus, comme la première fois, des matières alimentaires, c'était un liquide brun comme de la sépia.

L'enfant tomba alors dans un abattement profond; les traits se grippèrent, le visage devint pâle, les yeux caves; la peau se refroidit; le pouls, qui était très accéléré, devint d'une petitesse extrême. Il n'y eut ni hoquet ni ballonnement du ventre. La connaissance était restée intacte : la petite malade répondait parfaitement à toutes les questions, mais d'une voix éteinte. Cet état dura environ une heure, puis de nouveaux vomissements survinrent, analogues à ceux dont nous avons parlé, et la mort eut lieu deux heures après l'injection. A la même visite, j'avais pratiqué deux autres injections iodées dans la même salle pour des cas analogues; aucun accident n'était survenu.

L'enfant avait pris le matin, suivant l'habitude, un peu avant la visite, une assiette de soupe et deux cuillerées à bouche de sirop d'iodure de fer. La matière brune des vomissements, qui fut analysée de suite, contenait une forte proportion d'iode.

Quelle pouvait être la cause d'accidents aussi instantanés et aussi terribles? Pour moi, il n'y avait pas de doute, la poche de l'abcès s'était rompue, soit spontanément pendant les efforts de l'enfant, soit pendant l'une des deux injections, ou celle faite avec de l'eau tiède, ou celle faite avec la teinture d'iode; mais ce qui était certain, et ce qui m'était confirmé par l'analogie des symptômes dont j'avais déjà été témoin une fois en ville avec MM. Danyau et Contour, c'est que bien certainement, outre les accidents dus à une péritonite suraiguë suite d'une perforation du péritoine, il y avait en outre une intoxication causée par l'introduction d'une certaine quantité d'iode dans la cavité abdominale.

Voici les détails recueillis à l'autopsie par M. Pradaud, interne du service, qui a rédigé la note suivante :

L'autopsie fut faite vingt-six heures après la mort. Le ventre n'était nullement ballonné. Nulle part on ne remarquait aucun changement de couleur à la peau. En examinant la région dorsale, il serait bien difficile de dire si jamais il y a eu une gibbosité.

La cavité abdominale contient une notable quantité de sérosité rosée, au milieu de laquelle nagent en assez grande abondance des détritus puriformes et quelques flocons gélatineux qui ont en quelque sorte emprisonné quelques-uns de ces détritus. La coloration de la sérosité n'est pas très foncée. Nulle part dans la cavité du péritoine on ne trouve de fausses membranes soit anciennes, soit récentes; seulement tout le feuillet de cette membrane, contigu à la paroi abdominale, présente une arborisation rosée qui fait distinguer les vaisseaux les plus ténus. Aucune adhérence entre les anses intestinales; pas la moindre agglutination.

L'intestin fut détaché avec soin, deux ligatures ayant été placées à ses extrémités; nulle part il n'y avait de perforation. Il n'en était pas de même de la portion du péritoine tapissant la paroi postérieure de l'abdomen. En effet, sur la partie latérale gauche de la région lombaire, à peu près à un intervalle égal entre la partie inférieure du rein et la symphyse sacro-iliaque, il existe une déchirure irrégulière du péritoine, assez large pour permettre l'introduction du petit doigt. Par rapport à l'étendue totale du foyer, cette ouverture existe à la hauteur de la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Un examen très-attentif du foyer permit de constater jusqu'à quelle hauteur l'injection iodée avait pénétré, la coloration jaune existant encore sur les parois du trajet. Non-seulement elle n'avait pas dépassé l'ouverture accidentelle, et n'arrivait pas dans le haut de l'abcès qui s'étendait en arrière tout le long du rein gauche, mais elle ne pénétrait pas jusque dans les portions malades des trois dernières vertèbres lombaires, point de départ de l'affection. Là cependant il existait, par suite de la destruction partielle du corps des vertèbres, un foyer assez étendu.

La portion de la colonne malade fut enlevée avec précaution, et voici ce que l'on put voir : au premier aspect, toute trace de gibbosité avait disparu; les corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont couverts par une sorte de magma blanchâtre purulent, en tout semblable à la matière sur laquelle reposait le rein; cette matière n'est nullement colorée par l'iode; elle recouvre non-seulement tout le corps des vertèbres, mais s'étend aussi un peu sur les parties latérales et sur la partie supérieure du sacrum. L'altération pathologique a principalement porté sur le corps des deux dernières vertèbres lombaires et sur la partie supérieure du sacrum; les disques intervertébraux entre les troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont totalement détruits. Le corps des deux dernières vertèbres est érodé, en partie détruit, principalement sur la partie latérale droite; l'altération osseuse n'a pas l'aspect de la carie; le tissu osseux est devenu d'un blanc jaunâtre; il est dur et couvert de rugosités; à l'union du sacrum avec la dernière vertèbre, on retrouve la même altération.

Les disques intervertébraux sont remplacés par de la matière pultacée; il est possible même que l'affection se soit étendue dans ce point jusqu'à l'intérieur du rachis, point qu'on pourra peut-être élucider après la coupe de la pièce. Les deux dernières vertèbres avaient éprouvé une telle usure sur la partie latérale droite de leur corps que, si l'enfant eût survécu, très-vraisemblablement il y aurait eu une inclinaison latérale droite du tronc sur le bassin.

A ces détails, qui ont été recueillis devant moi et que j'ai pu vérifier ayant la pièce sous les yeux, j'ajouterai que très-probablement l'étroitesse du canal, de l'abcès migrateur dans la fosse iliaque gauche, a pu empêcher de reconnaître l'époque précise où des lombes le pus a fusé à travers la gaîne du muscle psoas et iliaque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Les dimensions du canal permettaient au plus dans un point l'introduction du petit doigt.

Sitôt après l'autopsie, j'eus soin de faire examiner au point de vue de la question de toxicologie plusieurs parties du corps de l'enfant. L'estomac, le cœur, des portions de foie, un rein, une certaine quantité de sang et de sérosité du péritoine furent soumis à l'analyse chimique par l'interne en pharmacie du service et l'un de ses collègues, et constamment dans chacune de ces parties on trouva une certaine quantité d'iode.

TAILLE MÉDIO-LATÉRALE SOUS-BULBEUSE

pratiquée à l'aide d'un cathéter rectangulaire,

Par le Dr BUCHANAN, de Glascow (Ecosse).

L'opération que nous allons décrire, et qui est pratiquée avec succès en Ecosse depuis dix ans, a pour but de simplifier la taille latéralisée en rapprochant directement la prostate du bistouri du chirurgien.

Le cathéter dont on fait usage est composé de deux branches, l'une horizontale, l'autre verticale, plus courte de sept centimètres, proportionnée d'ailleurs au volume de l'instrument. Elle représente le bec des sondes ou des cathéters ordinaires, et porte sur le côté une cannelure. Ces deux branches forment entre elles un angle égal à un angle droit. Le bistouri est assez large, à dos droit et tranchant dans une étendue de deux centimètres à partir de sa pointe. Cette disposition permet d'arriver immédiatement dans la cannelure du cathéter. Chaque cathéter exige un bistouri ayant la même longueur que sa branche la plus courte.

Manuel opératoire. — L'opérateur, ayant introduit le cathéter dans la vessie (ce qui n'est pas plus difficile à pratiquer qu'avec un cathéter courbe), peut sentir le calcul, et, sous ce rapport, la forme rectangulaire du cathéter présente un avantage marqué sur la sonde ordinaire. Après avoir placé le malade comme pour la taille latéralisée, le chirurgien doit fixer lui même le cathéter de la manière suivante : il introduit l'index de la main gauche dans le rectum, et, lorsqu'il a senti le corps de la prostate entre son doigt et la branche horizontale du cathéter, il maintient l'angle saillant de cet instrument à la partie antérieure de la glande; en même temps il déprime fortement le manche du cathéter de manière que l'angle fasse saillie au périnée dans l'espace compris entre l'anus et le bulbe de l'urèthre. A l'aide de cette saillie, le pouce gauche va s'assurer au-dessus de l'orifice anal de la rainure du cathéter. Le manche de l'instrument est alors confié à un aide qui a pour mission de continuer à le déprimer fortement et dans la même position. Le chirurgien doit lui-même maintenir son index gauche dans le rectum pendant toute la durée de l'opération.

Le bistouri est introduit directement dans la rainure du cathéter, sur la ligne médiane, au-dessus de l'anus, à l'endroit où la peau se transforme en muqueuse. Il divise successivement les téguments, le tissu cellulaire, des fibres antérieures du sphincter de l'anus, l'aponévrose superficielle, et quelques fibres du releveur de l'anus. Arrivé dans la cannelure (ce que l'on sent aisément, grâce au tranchant du dos du bistouri), le bistouri est poussé jusqu'à l'extrémité de cette rainure, en maintenant soigneusement son manche à angle droit avec celui du cathéter. Il peut arriver que l'on incise un peu la portion membraneuse de l'urèthre, mais il n'en est pas toujours ainsi, et cette partie échappe à l'incision. En retirant le bistouri, on coupe d'abord en dehors et en bas, puis directement en bas, de sorte que l'incision, qui doit avoir 2 ou 3 centimètres de longueur, contourne le doigt du chirurgien dans le rectum.

On peut objecter à cette pratique qu'en transperçant ainsi du premier coup, on fait une incision transversale de la prostate. Mais ce reproche n'est pas fondé; il suffit de se rappeler l'effet d'une dépression directe de l'urèthre dans la glande prostatique, pour comprendre que l'incision est réellement un peu oblique. Cette incision ressemble donc beaucoup à celle de la taille latéralisée, à moins qu'on ne veuille pas lui donner d'emblée la même largeur, surtout au niveau du col de la vessie. Si le calcul est trop volumineux pour passer facilement après une légère dilatation avec le doigt, il faudra, par une section bilatérale, diviser un peu le côté droit de la prostate, soit avec le même bistouri, soit avec un bistouri étroit boutonné. En même temps, on divise légèrement les téguments au-dessus et à droite de l'anus.

Le procédé que nous venons de décrire est très-applicable aux enfants, chez lesquels le procédé ordinaire rencontre toujours des difficultés résultant des petites dimensions des parties et de la plaie.

Jusqu'à ce jour, trente-sept malades ont été opérés par ce procédé à l'hôpital de Glascow; beaucoup d'autres l'ont été soit dans la pratique de la ville, soit dans l'ouest de l'Ecosse. Sur ces trente-sept opérés, trois seulement ont succombé, ce qui donne approximativement une mortalité de 1 sur 12, et, bien que ces observations ne soient pas nombreuses, il est cependant permis d'en accepter le résultat comme une moyenne sincère, car elles n'appartiennent pas à la pratique d'un seul opérateur habitué à ce procédé, mais à celle de sept chirurgiens qui ont eu le désavantage d'aborder pour la première fois une opération nouvelle.

En résumé, voici les avantages de cette taille pratiquée avec le cathéter rectangulaire :

1° C'est l'opération la plus directe pour pénétrer dans la vessie au travers de la prostate.

2° L'opération est prompte et facile : on la commence et on la termine par une seule introduction du bistouri.

3° Il n'y a guère d'hémorrhagie comparable à celles qui résultent de la taille latéralisée; l'incision est éloignée du trajet des vaisseaux transverses du périnée, et la pression exercée d'une façon continue par le cathéter éloigne le bistouri de l'artère du bulbe.

4° On ne peut craindre une blessure du rectum, dont la paroi antérieure est abaissée et aplatie, protégée par le rebord inférieur de la cannelure du cathéter, par la masse de la prostate qui contient toute l'incision, et, plus en dehors, par la masse assez volumineuse du releveur de l'anus.

5° Cette opération est beaucoup moins grave que les autres, et la guérison, en conséquence, en est plus rapide; les incisions faites du premier coup sont les moins étendues qu'on puisse pratiquer, et le voisinage des parois du rectum donne à l'incision extérieure une extensibilité remarquable.

6° S'il arrivait que la pierre fût volumineuse, les incisions pourraient être agrandies par le procédé le plus avantageux, une incision du côté droit de la glande. On peut ainsi obtenir de très-grandes incisions, mais on ne doit le faire qu'avec précaution et circonspection.

En face de ces avantages, qui sont pour nous d'une démonstration évidente et qui ne peuvent rester douteux pour personne, en présence des résultats qui jusqu'à ce jour n'ont pas trompé nos espérances, nous croyons que cette taille n'est pas employée plus généralement parce qu'elle n'est pas connue. Si pourtant ce procédé n'est pas ignoré, il a été probablement examiné avec des idées préconçues, et on l'a sans doute considéré comme une recherche *curieuse* plutôt que comme un procédé d'une grande valeur pratique.

RHUMATISME DU DIAPHRAGME OU DIAPHRAGMODYNIE.

Par M. le docteur CHENEVIER.

Le rhumatisme musculaire est, dans les contrées où la température subit des variations vraiment extraordinaires, une des affections que l'on observe le plus fréquemment. Il peut atteindre tous les muscles, et cependant si la douleur n'est pas excessive, si elle n'intéresse pas certaines régions, le médecin s'en occupe fort peu, à cause sans doute de son peu de gravité. Les auteurs eux-mêmes semblent partager cette indifférence. Ils ne décrivent avec soin ce rhumatisme que dans le cas où il siége dans un muscle dont le défaut de contraction gêne une grande fonction : ainsi le lombago et le torticolis pour la motilité, la pleurodynie pour la respiration, ou bien encore dans ceux où le lieu de la douleur pourrait faire redouter une maladie grave, ainsi le rhumatisme de l'utérus et des parois abdominales.

Toutefois, il est un muscle dont les contractions ont une grande importance sur le jeu de nos principaux organes, et sur le rhumatisme duquel on s'est jusqu'à présent si peu arrêté que l'histoire n'en est pas encore faite. Je veux parler du diaphragme.

En effet, si les ouvrages classiques rappellent qu'il y a plusieurs observations de rhumatismes du diaphragme répandues dans la science, c'est seulement pour en démontrer la possibilité. Néanmoins, je crois ce rhumatisme plus fréquent qu'ils ne semblent le supposer. Pour mon compte, j'ai pu en recueillir deux observations, et une troisième m'a été communiquée par mon ami et confrère M. Roche, cette dernière ayant d'autant plus de valeur que c'était lui qui l'observait. C'est d'après le résumé de ces trois

observations et de celles qui ont déjà été publiées, que j'essayerai de donner la description de cette maladie.

Obs. I. — M. Lac..., lieutenant d'artillerie, âgé de trente-trois ans, tempérament sanguin, sujet à des douleurs rhumatismales depuis quelques années, est pris, à la suite de travail de nuit au polygone, le 11 septembre 1854, de pleurodynie sous le sein droit. — Repos, ventouses scarifiées *in loco dolenti*, boissons sudorifiques.

Le 12, à neuf heures du matin, on vint me chercher pressamment : il étouffait, me dit-on. Lorsque j'arrivai, je le trouvai assis sur son lit, la figure plutôt inquiète que mauvaise ; la parole était saccadée, la respiration très-courte, et, ce qui me frappa le plus, ne se faisant que par la partie supérieure de la poitrine. Il me montrait une barre qui, me disait-il, l'étouffait. Cette barre, oblique d'avant en arrière, et de haut en bas, correspondait aux attaches du diaphragme, qui ne s'abaissait pas pendant l'acte respiratoire. Quelques secousses de hoquet venaient, à de rares intervalles, augmenter les douleurs. Le ventre était souple, les urines claires et faciles ; il y avait eu une selle quelques heures auparavant. Le pouls, à 70, n'avait rien d'anormal. A la percussion, la poitrine offrait des deux côtés une égale sonorité. A l'auscultation, la respiration un peu puérile en haut, était plus faible à la base ; mais le murmure vésiculaire y était assez sensible pour que je fusse assuré qu'il n'y avait là ni hépatisation ni liquide épanché. J'avoue qu'au premier moment, je ne me rendis pas bien compte de ce que ce pouvait être. Les symptômes généraux me firent tout rattacher à un état d'énervement. J'envoyai chercher une potion calmante, et pendant ce temps j'appliquai un vaste sinapisme en ceinture. L'accès avait commencé subitement, une demi-heure avant que j'arrivasse. Au bout d'une heure tout alla en s'amendant, et deux heures après le début, le malade était tout à fait remis. Le point pleurodynique, qui avait disparu, revint dans la soirée pour le quitter tout à fait le lendemain.

Ce malade partit un an après, n'ayant ressenti depuis que quelques douleurs de scapulodynie à laquelle il était sujet.

Ce ne fut qu'après l'accès, lorsque le malade put parler librement, qu'en procédant par voie d'exclusion, et surtout en ayant égard à cette ceinture douloureuse qui rendait la respiration diaphragmatique costo-inférieure impossible, j'arrêtai mon diagnostic. Le rhumatisme du diaphragme était la seule affection à laquelle je pouvais rapporter tous ces symptômes, ainsi que je le montrerai plus loin.

Obs. II. — M. R..., horloger, âgé de trente ans, tempérament lymphatico-sanguin, a été militaire en Afrique, et là il a contracté des douleurs rhumatismales. Au commencement de février 1856, il fut pris de lumbago (ventouses scarifiées, bains, liniments, calmants). Il était convalescent de ce rhumatisme quand, le 25, à dix heures du matin, et traversant la promenade Granvelle, sans cause connue, il se sentit étouffer, pour ainsi dire, par une ceinture qui lui serrait la base de la poitrine comme dans un étau. Il se traîna avec peine jusqu'à son logement, qui n'était pas éloigné. On m'envoya chercher; je n'arrivai que vers midi. Le malade se trouvait déjà mieux, à ce qu'il me dit. Malgré cela, la respiration était encore courte et pénible; elle ne se faisait que par la partie supérieure de la poitrine, la partie inférieure et le ventre restant pour ainsi dire immobiles. Rien à l'auscultation ni à la percussion; pas de météorisme; le pouls normal; pas de toux ni de hoquet.

Il me raconta que tout à coup il avait senti une ceinture le serrer au point de l'étouffer; et en me disant cela, il dessinait le contour des attaches du diaphragme. Il ne ressentait rien à la pression; mais une inspiration profonde ramenait les plus vives douleurs.

Mis en garde par ce que j'avais vu deux années auparavant, et l'accès tirant à sa fin, je me contentai de prescrire quelques frictions avec le baume tranquille et le laudanum. Vers deux heures du soir, le malade se sentit assez bien pour prendre un bouillon. Le lombago ne reparut plus. Ce malade me raconta que deux ans auparavant, à son retour d'Afrique, il avait éprouvé un accident semblable.

La conformité des symptômes de cette observation avec ceux de la précédente, me fait dire qu'ici encore j'ai eu affaire à un accès de rhumatisme du diaphragme succédant à un lombago. Cet accès revenait pour la seconde fois, ce qui n'a rien d'étonnant, vu la fréquente récidive des douleurs rhumatismales.

Obs. III. — Voici le résumé de ce que M. Roche m'a communiqué ;

Le 22 avril 1855, ayant quitté ma flanelle d'hiver, je fus pris, à trois heures du soir, au milieu d'une santé parfaite, de douleur à la base du thorax. Cette douleur, sous forme de demi-ceinture antérieure, gênait les aspirations profondes. Cette gêne alla en augmentant insensiblement jusqu'à dix heures du soir ; à partir de ce moment, toute la base de la poitrine fut serrée comme dans un étau. Les inspirations devinrent courtes ; la respiration diaphragmatique et costo-inférieure ne se faisait plus sentir, la costo-supérieure étant seule possible.

L'action de me moucher exaspérait ma douleur. La pression sur les points douloureux, que je reconnaissais être aux attaches du diaphragme, n'augmentait en rien la souffrance. Je ne toussais pas, je n'avais ni frissons ni nausées; le ventre ne présentait pas de trace de météorisme, le pouls était normal. Je ne me connaissais aucune affection organique.

Toutes ces données me firent rejeter l'idée d'un asthme, d'une angine de poitrine, d'une névralgie intercostale. Je pris de l'éther, et me fis appliquer un vaste sinapisme en ceinture. Rien ne me calma. Je fis appeler M. le professeur Martin; il ne trouva rien à l'auscultation ni à la percussion. Je pris une potion antispasmodique et un lavement avec de l'assa fœtida. Vers deux heures du matin, les symptômes allèrent en s'amendant, et à quatre heures je ne ressentais plus rien.

La lésion anatomique de ce rhumatisme, comme de tout rhumatisme musculaire en général, n'est pas connue. De toutes les hypothèses, celle qui me paraît la plus probable est celle qui range cette affection dans la classe des névroses.

Causes. — Parmi les causes prédisposantes, on ne signale guère que l'âge adulte. Parmi les causes occasionnelles, la seule certaine est l'impression du froid humide.

Symptômes. — Le début est marqué par la douleur ; brusque la plupart du temps, elle arrive quelquefois graduellement jusqu'à son paroxysme, s'y maintient quelque temps, pour diminuer ensuite insensiblement. Cette douleur a son siége aux attaches du diaphragme; elle n'augmente pas par la pression; elle donne lieu à une forte constriction, en forme de ceinture, à la base du thorax. Inspirations profondes, impossibles. Respiration courte, se faisant par les côtes supérieures seulement; rien à la percussion. A l'auscultation un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire à la base, par suite du défaut de respiration diaphragmatique et costo-inférieure. Absence de toux. Pouls normal. Quelquefois du hoquet, mais alors il est très-pénible. Rien d'anormal du côté des autres organes.

Durée, pronostic. — L'accès peut durer d'une à huit heures et se terminer sans laisser de traces. Le pronostic, par conséquent, ne peut en être grave.

Diagnostic. — L'absence complète des symptômes pathognomoniques des inflammations, épanchements, obstructions des organes abdominaux et pectoraux, fait qu'on ne peut confondre la diaphragmodynie avec aucune de ces maladies. Ce n'est guère que dans la classe des névroses qu'on rencontre des affections qui pourraient simuler celle qui nous occupe. Elle en diffère cependant par des caractères assez tranchés. La pleurodynie occupe un point plus limité. La névralgie intercostale occupe un seul côté, et, à la pression, on retrouve les trois points où le nerf envoie des rameaux superficiels aux téguments. Dans l'angine de poitrine, le point de départ est le sternum, et la douleur s'irradie d'un seul côté, jusqu'à l'épaule, et même jusqu'au bras. L'asthme nerveux débute, lui aussi, brusquement par la dyspnée; mais il n'y a pas la ceinture constrictive aux points d'attache du diaphragme, et la respiration costo-supérieure, les seuls signes vraiment pathognomoniques de la diaphragmodynie; et puis dans l'asthme il y a de la toux, suivie de râles sibilants et ronflants. Quant à la dyspnée, suite de tympanite, la confusion ne saurait être possible.

Complications. — Ordinairement la diaphragmodynie coïncide avec d'autres douleurs rhumatismales.

Traitement. — Le traitement, comme celui de tout rhumatisme, est préservatif et curatif. Les préservatifs sont la flanelle, les bains de vapeur, le massage, l'hydrothérapie, une habitation convenable. Le traitement curatif consiste dans l'emploi des ventouses, sinapismes, liniments et potions calmantes, ou avec le chloroforme. Si l'accès durait un certain temps, on pourrait avoir recours aux vésicatoires et à la morphine par la méthode endermique.

OPÉRATION CÉSARIENNE SUIVIE DE SUCCÈS pour la mère et l'enfant;

par M. le docteur Duclos, de Vitré (Ille-et-Vilaine).

La femme Goudard, fermière, demeurant dans la commune de Saint-M'Hervé, à huit kilomètres de Vitré, est âgée de quarante-trois ans. D'une bonne constitution, elle s'est toujours bien portée jusqu'à sa grossesse. Mariée en septembre 1854, ce n'est que vers la fin de 1855, qu'elle vit ses règles se supprimer. Au mois de mars 1856 elle tomba malade et fit appeler M. le docteur Rupin, qui diagnostiqua une péritonite et constata en même temps 1° une tumeur volumineuse faisant corps avec la matrice et remontant au côté droit de l'abdomen jusqu'à l'hypochondre ; 2° une seconde tumeur située derrière le col de l'utérus et ne pouvant être circonscrite par le doigt. La malade dit qu'elle avait toujours eu le ventre un peu gros, mais qu'elle n'y avait jamais remarqué de tumeur. Elle attribuait à une grossesse le développement actuel de son ventre, ce qui fut révoqué en doute, tant à cause de l'âge de la malade que de la tumeur située près du col de l'utérus. La femme Goudard guérit et put reprendre ses travaux.

Dans la nuit du 28 au 29 septembre, M. le docteur Rupin fut appelé de nouveau, et cette fois reconnut que la femme Goudard était enceinte et prise de douleurs d'accouchement qui s'étaient déclarées la veille, et qui se continuèrent les jours suivants avec une intensité variable, mais sans amener de dilatation sensible. Les tumeurs constatées précédemment existaient toujours.

Le 1er novembre, inquiet sur l'issue de cet accouchement, M. Rupin fit appeler M. le docteur Hirou, qui fut d'avis d'attendre encore l'effet du travail de la nature, la femme conservant d'ailleurs toutes ses forces.

Le 3 novembre, les eaux s'écoulèrent. M. Rupin, pensant que le moment d'agir était arrivé, redemanda M. Hirou ; mais celui-ci n'était pas disponible ; il me pria de me rendre à sa place.

Voici dans quel état je trouve la femme Goudard. Une énorme tumeur bosselée occupe toute la moitié droite de l'abdomen; elle fait évidemment partie de la matrice, qui est rejetée à gauche. Le toucher apprend que l'orifice utérin est situé derrière le pubis, refoulé par une autre tumeur volumineuse, occupant la presque totalité du diamètre du bassin. Le col est aminci à sa partie antérieure; mais sa lèvre postérieure, contiguë à la tumeur, n'a éprouvé aucun changement. La dilatation est peu sensible; cependant elle permet d'introduire le doigt dans la matrice et de bien reconnaître que la tumeur s'est développée dans ses parois.

Cette tumeur, qu'il était impossible de refouler ni de déplacer, nous parut un obstacle invincible au passage du fœtus, et à l'emploi de manœuvres quelconques pour son extraction par les voies naturelles. Après avoir constaté que l'enfant était plein de vie, nous nous décidâmes pour l'opération césarienne, nous ajournant au lendemain, afin de pouvoir dans cette circonstance difficile nous adjoindre notre confrère M. Hirou.

Le 4, nous trouvâmes tout dans le même état. La femme perdait ses forces; les battements du cœur de l'enfant s'entendaient encore, mais faiblement. M. Hirou insista pour essayer une application de forceps, qui ne réussit point. L'opération césarienne fut alors jugée nécessaire et pratiquée par M. le Dr Hirou suivant les règles ordinaires; seulement on fut obligé, afin de ne pas tomber sur les tumeurs, de faire l'incision un peu à gauche de la ligne blanche. L'opération ne fut compliquée ni d'hémorrhagie ni d'aucun autre accident, et nous fûmes assez heureux pour extraire un enfant que quelques soins ranimèrent entièrement.

Quant à la mère, à notre plus grand étonnement, elle n'éprouva pas le plus léger accident : c'est à peine si elle eut la fièvre. La cicatrisation était complète au bout de quinze jours, et six semaines après l'opération la femme Goudard venait au marché de Vitré.

Après l'extraction de l'enfant, il nous fut facile de reconnaître par la vue et le toucher que les tumeurs faisaient partie de la matrice, et qu'elles étaient bien réellement ce que nous avions pensé d'abord, *des corps fibreux* développés dans l'épaisseur des parois utérines. Il serait intéressant de pouvoir suivre la femme Goudard pour savoir ce que deviendront ces corps fibreux, où s'arrêtera leur développement, et s'ils ne viendront pas à dégénérer dans un avenir plus ou moins éloigné. (*Revue médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° De nouveaux renseignements sur les eaux de Forges-les-Briis (Seine-et-Oise), sur lesquelles il a été fait un rapport négatif (commission des eaux minérales);

2° Les comptes rendus de maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Jura, de la Creuse, de la Gironde, du Pas-de-Calais et de la Dordogne (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine adresse le compte rendu des actes de cette association pendant l'année 1857.

— M. le docteur Ménière prie l'Académie d'inscrire son nom sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. Galy, pharmacien à Paris, adresse un mémoire sur l'iode, son emploi en médecine, son action toxique et sur le moyen de la neutraliser avant son ingestion. (Commissaires : MM. Blache, Boutron et Chatin.)

— M. Boullay donne lecture d'une lettre dans laquelle M. Eug. Marchand (de Fécamp) informe l'Académie qu'il a pu constater récemment la présence de l'iode dans l'eau de neige, en proportion considérable (0,002 millig. par 40 litres).

RAPPORT.

Température de l'homme et des animaux. — M. Guérard lit en son nom et au nom de M. Longet un rapport sur un travail de M. da Camara, ayant pour titre : *De la température de l'homme et des animaux*. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de réunir et de grouper méthodiquement les recherches qui ont été faites sur ce sujet. Il commence par établir les trois propositions suivantes :

1° L'homme et les animaux produisent de la chaleur.

2° La quantité de chaleur produite n'est pas la même dans toute la série animale.

3° Elle varie chez le même individu suivant une foule de circonstances.

En partant de ces propositions, il est naturellement conduit à diviser son travail en trois parties : dans la première, il étudie les sources de la température animale ; dans la seconde, la distribution de cette température dans l'échelle zoologique ; dans la troisième, les variations qu'elle peut subir chez un même individu.

Des faits exposés dans la première partie, l'auteur conclut qu'une seule théorie reste assise sur des bases solides au milieu des débris d'une infinité d'hypothèses anciennes et modernes ; c'est la théorie de Lavoisier.

Dans la seconde partie, consacrée à l'examen de la température chez les animaux des diverses classes, M. da Camara émet un jugement fondé sur la considération des appareils respiratoire et circulatoire. Il détermine expérimentalement la distribution de cette chaleur dans la série zoologique, et il classe les animaux d'après le degré de leur puissance calorifique. Ainsi, ce sont les oiseaux qui occupent le premier rang ; viennent ensuite les mammifères, puis les insectes, les reptiles, les poissons, les mollusques, les annélides, les crustacés, et finalement les zoophytes.

Pour ce qui regarde l'homme, l'auteur s'attache d'abord à noter les températures trouvées sur un même point du corps, afin d'en déterminer la température moyenne approximative et les limites d'oscillation. Il étudie ensuite la répartition de la chaleur dans les diverses parties de l'organisme, et il cherche à évaluer les différences qu'elle présente, suivant le sexe, la race, le tempérament et la constitution. Enfin, il donne le calcul approximatif de la chaleur produite dans la période de vingt-quatre heures, etc.

En résumé, M. le rapporteur apprécie en ces termes l'ouvrage de M. da Camara :

Cet ouvrage ne contient point de faits nouveaux ou saillants, mais il renferme un nombre considérable de recherches bibliographiques, et il résume d'une manière claire et méthodique, en les appréciant avec une sage critique, les travaux publiés sur la température de l'homme et des animaux.

A ces titres, la commission a jugé que cet ouvrage est digne de l'approbation de l'Académie, et elle vous propose d'ordonner qu'il soit déposé honorablement dans vos archives, et que des remercîments soient adressés à l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Trousseau.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. Trousseau regrette de n'avoir pu mettre par écrit les dévelop-

pements qu'il lui reste à donner sur la proposition émise par lui dans la dernière séance. Il rappelle que cette proposition revenait à dire : qu'il n'y a pas de fièvre puerpérale exclusivement propre aux accouchées; que la maladie ainsi nommée peut frapper les femmes en dehors de l'état puerpéral, l'enfant avant ou après la naissance, les blessés, et même les sujets mâles qui n'ont aucun traumatisme, lorsqu'ils subissent les mêmes influences que les accouchées.

Ainsi formulée avec une certaine crudité, une apparence de brutalité, cette opinion a dû paraître étrange au premier abord. Mais, ajoute M. Trousseau, on a pu se convaincre, par les explications que j'ai ajoutées, que je m'étais fait un drapeau d'idées courantes, indiquées dès 1826 par M. Velpeau et par Dance, développées en 1838 par M. Tessier, alors qu'il était encore dans les voies scientifiques régulières, et souvent reproduites depuis. Vous avez pu en retrouver des traces chez MM. Beau et Hervez de Chégoin. Aujourd'hui, j'essayerai d'en démontrer l'exactitude en prouvant que les principales formes de la fièvre puerpérale peuvent être observées ailleurs que chez les femmes récemment accouchées.

Je rappellerai en deux mots que ces formes sont : la purulente, la putride et la nerveuse.

La première, qu'on l'appelle fièvre purulente ou infection purulente, la plus commune de toutes et la plus connue, est caractérisée par la formation du pus dans les veines utérines ou hypogastriques; dans le péritoine, la plèvre et les autres séreuses, dans les articulations; par la *phlegmatia alba*, les lymphagites utérines, les phlegmons des ligaments larges, les abcès dits métastatiques.

La forme putride, décrite sous les noms de putrescence ou d'inflammation gangréneuse de l'utérus, était déjà connue dans le dernier siècle; elle a été décrite par M. Danyau. En la séparant de la précédente, M. Hervez de Chégoin n'a donc rien fait de bien nouveau.

Dans la troisième forme, dans le typhus nerveux puerpéral, les symptômes nerveux les plus graves se montrent d'emblée et avec des caractères qui ne permettent pas de la méconnaître.

Recherchons maintenant ces trois formes en dehors de l'état puerpéral.

Et d'abord M. Lorain nous a fait retrouver les accidents les plus graves de la fièvre puerpérale chez le fœtus. Sept ou huit fois il a vu, chez des enfants mort-nés, des péritonites suppurées ou avec fausses membranes purulentes, adhérences des intestins, etc. Remarquez que les mères de ces avortons n'étaient pas toujours atteintes de fièvre puerpérale.

Pour les nouveau-nés, j'ai rattaché, dès 1842, certaines phlébites, des érysipèles, la forme grave du muguet à la fièvre puerpérale, et je sais gré à MM. Bouchut et Lorain d'avoir fécondé mes idées; leur mérite est plus grand que le mien. Je rappellerai seulement que, d'après les recherches de M. Lorain, les enfants nés dans les foyers de fièvre puerpérale meurent souvent d'inflammations suppurées des cavités séreuses ou synoviales, d'abcès multiples, et que pour cela il n'est pas nécessaire que la mère ait été malade.

Les collections de pus sous les plèvres, rapportées par M. Sédillot à la pyoémie, ont été retrouvées par M. Bouchut chez les nouveau-nés placés dans ces conditions. On les voit encore mourir de diphthérites analogues à la pourriture d'hôpital, qui ne sont pas rares chez les accouchées dans les épidémies de fièvre puerpérale.

Ici nous sommes encore sur un terrain voisin de l'état puerpéral. Le fœtus fait partie de l'organisme maternel. Le nouveau né conserve encore une certaine analogie avec cet organisme, et d'ailleurs M. Lorain a pu tracer un parallèle ingénieux entre ses conditions particulières d'organisation et la puerpéralité. Comme la mère, il présente une plaie qui offre une voie facile à l'absorption; et la suppuration de cette plaie, *les lochies ombilicales*, rendent l'analogie plus complète encore. Pourtant, c'est quelquefois au travers de l'organisme maternel, qui résiste, que se fait l'infection, comme le fœtus peut contracter la variole, sans que la mère ait été autre chose qu'un véhicule impassible.

Faisons un pas de plus pour nous écarter de la puerpéralité. La fièvre puerpérale peut atteindre la femme quand le travail est à peine commencé, quand il n'y a pas encore de surface dénudée, pas de solution de continuité. M. Tarnier a vu un cas de ce genre en 1856; le frisson, l'altération caractéristique de la face, survinrent tout au début du travail chez une femme en pleine santé, qui mourut au troisième jour.

Les élèves sages-femmes, pendant l'époque menstruelle, ont présenté plusieurs cas semblables à MM. Dubois, Depaul et Danyau. Il est vrai que les modifications que subissent alors les organes de la génération rapprochent quelque peu ces femmes de celles qui sont récemment accouchées. Il n'en fut plus de même chez une élève observée par M. Tarnier, laquelle ayant eu ses règles dans les premiers jours de mai, tomba malade le 11 et mourut le 13 ou le 14. Le flux menstruel avait cessé plusieurs jours avant l'invasion de la fièvre; il est vrai que pendant ces quelques jours cette élève éprouvait quelques malaises, de l'anorexie; ce n'était peut-être que l'incubation d'une infection qui s'était faite auparavant.

Eliminons maintenant tout à fait la puerpéralité. Passons à l'homme. Les pleurésies, les arthrites suppurées, les abcès métastatiques, signalés par Dance chez les blessés morts de fièvre purulente, avaient été observés par M. Velpeau dans les épidémies de fièvre puerpérale des cliniques. M. Tessier fut le premier qui établit, en 1838, un rapprochement entre ces deux maladies, basé sur la ressemblance des lésions. Ce qui est vrai pour la forme purulente l'est pour la putride, qui s'observe également à la suite des traumatismes ordinaires; et n'oublions pas que la gravité des symptômes n'est nullement en rapport avec l'étendue du foyer d'infection. Quant à la forme nerveuse, au *typhus nerveux*, tout le monde sait combien il est fréquent et grave à la suite des émotions vives, comme celles d'une bataille, de l'abus des spiritueux ou d'autres causes semblables.

Que résulte-t-il de là, si ce n'est que toutes les blessures peuvent se compliquer des accidents qu'on attribue en propre à la fièvre puerpérale? Prouvons actuellement que ce sont là des maladies identiques.

Je me trouve ici en opposition avec M. Voillemier, qui sépare la fièvre puerpérale de l'infection purulente, parce qu'il n'a pas trouvé d'abcès métastatiques dans la première. Mais ce que M. Voillemier n'a pas vu, d'autres l'ont observé, à commencer par M. Velpeau jusqu'aux historiens des épidémies les plus récentes, MM. Lorain et Tarnier.

En 1829, M. Tonnelé nota dans 222 autopsies :

43 fois des pleurésies suppurées;
8 fois des abcès métastatiques dans les poumons;
3 fois dans le foie;
2 fois dans le pancréas;
14 fois dans les muscles;
10 fois des abcès péri-articulaires.

Si donc ces phlegmasies se retrouvent ailleurs que chez les accouchées, il n'est pas permis d'en demander l'explication aux conditions spéciales de l'état puerpéral. En cherchant à déterminer à quelle cause elles doivent être rapportées, je sens que ma tâche est difficile et délicate; car j'aurai à discuter les opinions des orateurs qui m'ont précédé à cette tribune.

J'ai prouvé assez surabondamment que la fièvre puerpérale n'est pas expliquée par quelque chose de particulier à l'état puerpéral, pour pouvoir me dispenser de combattre les opinions de MM. Guérard, Depaul et Dubois. Je me hâte pourtant d'ajouter que les localisateurs n'ont pas de plus grand ennemi scientifique que moi. C'est M. Hervez de Chégoin qui s'est posé le plus franchement comme organicien. M Beau est un organicien un peu douteux; il a transigé avec les spécialistes au moyen de sa diathèse phlegmasique. Quant aux opinions de M. Piorry, sacramentalement proclamées *urbi et orbi*, je les laisserai dans l'auréole glorieuse de l'apothéose qu'elles partagent avec sa nomenclature; je craindrais, en y touchant, de mériter la même [illegible] que M. Depaul.

Je m'en prends d'abord à la fièvre purulente. L'absorption du pus, qui se ferait d'une maladie locale à une affection généralisée (et non générale), a été plus ou moins invoquée par Dance, MM. Velpeau, Hervez et Béhier. Pour expliquer les lésions de la fièvre purulente, ils ont dit plus ou moins clairement que le pus allait se déposer en nature et former ainsi les abcès métastatiques. A cela, des micrographes très-pertinents répondent que le pus ne peut pas être absorbable. D'ailleurs, comment expliquer, avec cette théorie, les quantités considérables de pus que j'ai vu se former consécutivement à une plaie insignifiante, ou les abcès des femmes mortes de fièvre puerpérale pendant l'époque menstruelle, ou les pleurésies suppurées des fœtus mort-nés? Comment expliquer encore la fréquence plus grande des accidents dans les grandes villes? Ce n'est pas par l'habileté plus consommée des opérateurs de la campagne; ce n'est pas par la nature du traumatisme, qui est le même ici et là. La cause de ces accidents est évidemment ailleurs que dans le traumatisme.

L'explication de M. Beau, l'hypothèse d'une diathèse phlegmasique puerpérale, jette-t-elle plus de jour sur la question? D'abord, M. Beau aurait bien fait de nous démontrer un peu clairement l'existence et la nature de sa diathèse. Distinguer une pyrexie d'une phlegmasie en dosant la fibrine du sang, c'est se servir de fort mauvaises raisons, et qui n'ont plus cours dans la science. Mais puisque M. Beau transige avec les vitalistes, je le suis dans leur camp pour l'y combattre. Il est vrai que j'y perds en fait d'alliés tous les chirurgiens localisateurs, M. Velpeau en tête.

Que M. Beau, qui pense que la diathèse n'est rien, nous dise ce qu'il fait des diathèses qui tuent sans lésions appréciables, en quelques heures, comme le sang de rate, comme la variole qui tue sans éruption. Est-ce là un élément qu'on puisse oublier? Chez un scrofuleux qui se donne une entorse, M. Beau, qui est malgré lui bon médecin, fera tout ce qu'il pourra pour empêcher la diathèse de produire la scrofule articulaire.

M. Beau a eu deux torts; le premier, c'est qu'il n'a admis sa diathèse qu'en vertu d'une pétition de principes, parce qu'il en avait besoin; il dit oui, je dis non, et rien n'est prouvé. Le second tort de M. Beau, c'est de ne pas avoir reconnu qu'il y a des accidents puerpéraux dans la fièvre puerpérale. Ne voit-on pas des péritoutes formidables, d'autres phlegmasies puerpérales succéder à une opération césarienne, à des manœuvres inhabiles, hors de toute influence épidémique? Et pourtant ces accidents ne ressemblent pas plus à ceux de la fièvre puerpérale qu'une pneumonie traumatique ordinaire ne ressemble à celle qui survient dans un camp ravagé par la pourriture d'hôpital. Dans un cas, guérison; dans l'autre, mort. A quoi donc tient cette différence qui existe pour les phlegmasies puerpérales suivant les temps et les lieux? Je reviens à mon dire : *Redeo ad vomitum meum.* Cela tient à quelque chose de *spécifique*.

Les médecins n'aiment pas les espèces. Si les botanistes imitaient leur exemple, il n'y aurait plus que des monocotylédunées et des dicotylédonées. Mais tant que vous n'aurez pas d'espèces en pathologie, vous n'y aurez que des erreurs. Vous ne distinguez pas par les réactifs de vos boîtes, le pus de l'ecthyma de celui de la variole, ni le venin de la vipère d'une eau un peu gommée. Mais nous avons un réactif plus sensible, l'organisme vivant, qui vous dira qu'il y a là quelque chose de spécifique. De même l'anatomie ne saurait distinguer une péritonite simple de celle qui est le fait de la fièvre puerpérale; et de même encore, vous ne pouvez pas conclure de là que c'est la même chose dans les deux cas.

En confondant ainsi les espèces pathologiques, vous feriez une même maladie de la dysenterie bénigne et de celle qui, à l'état épidémique, fait plus de ravages dans nos camps que le canon de l'ennemi; de l'entérite simple et de la fièvre typhoïde; d'un rhume et d'une coqueluche.

Il y a là des différences profondes, intimes, et en les rapportant avec Darcet à une *materia peccans*, à des ferments, nous ne faisons que suivre l'exemple de Van Swiéten.

L'antique *væ soli* ne reçoit nulle part un démenti plus solennel que dans les grandes agglomérations d'hommes. Mais l'accumulation ne nous est pas nécessaire pour engendrer des virus; seuls, dans les conditions les plus avantageuses, nous en procréons encore, comme le loup qui, isolé dans un bois, élabore encore le venin de la rage; comme le mouton, qui succombe au sang de rate dans des pâturages parfaitement salubres. Comment cela se fait-il? Ce n'est pas facile à dire. Nous sommes comme les plantes qui, suivant l'espèce, préparent, avec les mêmes éléments, un poison mortel ou un aliment précieux. Mais, quoique inexplicable, le fait est là : nous engendrons le virus de la fièvre purulente ou puerpérale, ou nous le recevons du dehors; il se multiplie et se répand dans toute l'économie comme le virus varioleux, et constitue ce qu'il y a de spécifique dans des phlegmasies multiples de cette affection.

La spécificité n'est donc pas dans l'état puerpéral. Je n'entends pas dire, je me hâte de l'ajouter, que l'état puerpéral n'est rien; c'est lui qui est la diathèse, c'est-à-dire que c'est lui qui constitue une opportunité morbide particulière. Mais c'est là tout, je ne reconnais pas d'autre importance à tout l'orgasme génénique manifesté dans les phénomènes de la menstruation, ou dans les modifications variées des solides et des liquides pendant la grossesse ou l'accouchement.

Il ne me reste que peu de chose à dire sur les moyens de prévenir et de combattre la fièvre puerpérale.

Comme moyen prophylactique, que dirai-je de ce qu'on a appelé le traitement des portes et fenêtres par lequel on a voulu nous préserver de toutes les épidémies? M. Malgaigne pourra vous dire le cas qu'en fit le choléra quand ses blessés goûtaient les bienfaits de la ventilation sous le ciel de la Pologne. Adressez-vous encore à M. Michel Lévy, et vous saurez si à Varna l'aération a tenu ses promesses.

Ou bien croirez-vous que les injections préservent de l'empoisonnement putride, quand vous verrez les accouchées de la campagne se rétablir sans encombre, malgré l'inobservance des plus simples soins de propreté et avec des lochies d'une horrible fétidité, et nos malades succomber dans les hôpitaux et en ville malgré des injections répétées, chlorurées, et suffisantes pour enlever toute odeur aux lochies?

Demanderez vous au sulfate de quinine de préserver vos accouchées, comme M. Piedagnel? Pendant que dans ses salles, situées à un étage au-dessus des miennes il n'y avait pas de décès, les fièvres puerpérales se succédaient dans les miennes malgré l'usage préservatif du sulfate de quinine.

Abordons le traitement curatif par la quinine.

M. Beau s'est mis fort à son aise. Je guéris, dit-il, les péritonites sous-ombilicales; mais pour celles qui se sont généralisées, je n'y touche pas; les abcès métastatiques, je ne m'en mêle pas; les méningites, *nescio*. Eh! mais à ce titre, M. Beau ne réussit pas mieux que nous!

Comme nous, il ne guérit pas même toutes les péritonites sous-ombilicales, c'est-à-dire celles où le péritoine des intestins, du foie, l'épiploon, l'arrière-cavité, est intact.

Et pourtant en 1856, pendant que le sulfate de quinine donnait des succès à M. Beau, nous n'en retirions presque nul avantage. Nous étions cependant guidé dans son administration par M. Lepetit, qui l'avait vu employer à Cochin, à la Clinique, à la Maternité. J'ai en trop haute estime M. Beau pour douter un instant de ses succès. Mais pour moi, ils ne prouvent pas que M. Beau les aurait obtenus dans mes salles. J'ai vu les mêmes différences à l'Hôtel-Dieu d'une salle à l'autre, du premier étage au second. Il y avait là une influence occulte, mais terrible, qui passa aussi sur la Maternité, quand M. Moreau y vit en trois jours consécutifs :

Le 1er jour,	17 accouchements,	17 morts.	
Le 2e »	14	»	14 guérisons.
Le 3e »	12	»	12 morts.

Cette influence, quelle est-elle? Je l'ignore; mais ce que je sais, c'est que la fièvre puerpérale lui emprunte son caractère de maladie spécifique, et que, grâce à elle, elle étend son influence aux femmes en couches, aux femmes pendant la période menstruelle, aux femmes enceintes et à celles qui ne sont dans aucune de ces conditions, au fœtus, au nouveau-né, à tout individu blessé, à tout le monde.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les docteurs en médecine autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans les amphithéâtres de l'école pratique, pendant l'année 1857-1858, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres pour le semestre d'été aura lieu le mardi 30 mars à 11 heures et demie, à l'Ecole de médecine.

MM. les docteurs qui désirent faire des cours dans les mêmes amphithéâtres pendant l'année scolaire 1858-1859, sont invités à déposer leur demande d'autorisation à M. le ministre de l'instruction publique, avant le 1er mai prochain, au secrétariat de la Faculté.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Mausuy, président du jury médical des Vosges, médecin de l'hôpital d'Epinal et chevalier de la Légion d'honneur. Ce très-regrettable confrère a succombé des suites de la grippe, à un âge encore peu avancé, et il laisse dans le département où il s'était fixé au sortir de la chirurgie militaire, des regrets très-vivement sentis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons cliniques et théoriques sur les affections cutanées parasitaires, professées par M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, rédigées et publiées par Alfred Pouquet, interne de l'hôpital Saint-Louis; revues et corrigées par le professeur. Un vol. in-8°, orné de 5 planches sur acier. Prix, 5 fr. — A Paris, chez F. Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13; et Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Relation médico-chirurgicale succincte de la campagne de Kabylie en 1857, par M. le docteur L. Scoutetten, médecin aide-major de 1re classe. In-8°. — Metz, imprimerie de Blanc, rue du Palais.

Des varices artérielles (anévrismes cirsoïdes) **considérées au point de vue de leurs indications et de leur traitement.** Dissertation inaugurale par le docteur A. Decès, interne des hôpitaux de Paris. In-4°. — Paris, imprimerie de Rignoux.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr Gramoisy. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 36. — SAMEDI 27 MARS 1858. (31e ANNÉE.) N° 36. — SAMEDI 27 MARS 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Epidémie d'angines couenneuses.

Une épidémie meurtrière d'angines couenneuses sévit en ce moment dans plusieurs communes du département de l'Yonne. Malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, la mortalité prend des proportions effrayantes. La jeunesse et l'enfance seulement payent à la maladie un tribut inaccoutumé.

Voici, d'après les renseignements que nous transmet à ce sujet M. le docteur Duché, d'Ouanne, les principaux traits de cette épidémie : Céphalalgie, fièvre plus ou moins intense, puis douleur dans l'arrière-bouche.

A l'inspection, rougeur et gonflement des amygdales, et apparition d'une plaque blanche de largeur variable, tantôt sur une seule de ces glandes, tantôt sur les deux à la fois. Ces plaques s'élargissent promptement, gagnent le voile du palais et la luette, qui acquiert parfois des dimensions énormes ; plus tard, elles font invasion sur les parois postérieures du pharynx et descendent graduellement dans le larynx et les bronches et même dans l'œsophage et les organes digestifs. Alors des accidents variés se prononcent suivant la région envahie. La première période, qu'on pourrait appeler pharyngienne, ne donne lieu qu'à une sensation douloureuse et à l'émission de crachats abondants mêlés de sang et de fausses membranes. L'invasion du larynx est annoncée par tous les signes du croup, et l'asphyxie termine promptement la scène d'angoisses. Quand, au contraire, le larynx est préservé, il y a un calme apparent qui tromperait les yeux peu exercés. Quelques vomissements de matières glaireuses, soif vive, absence de douleur, mais bientôt anéantissement complet ; pouls insensible, absence des urines pendant quatre et cinq jours, et mort dans une syncope.

Il est généralement facile, à l'aide d'une pince recourbée, de saisir et d'arracher les productions membraneuses quand elles ne tapissent encore que les amygdales, la luette ou le pharynx. La muqueuse, découverte alors, est livide et saignante ; et malgré les cautérisations les plus énergiques, quelques heures suffisent pour que de nouvelles formations morbides succèdent aux premières. La gangrène du pharynx termine souvent la maladie d'une manière brusque, et on est averti de cette issue fatale par la fétidité de l'haleine et des matières rejetées par la bouche.

Les caustiques, tels que le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'acide chlorhydrique, les insufflations d'alun, de calomel, de soufre, de tannin, ont un résultat avantageux pour modifier l'état local de la bouche et du pharynx. Mais que faire quand il s'agit du larynx et des bronches, quand il s'agit de l'œsophage et de l'estomac?

Vainement, ajoute M. Duché, on nous engage à faire usage de la solution caustique dans l'intérieur de la trachée. Ce qui se passe sous nos yeux dans l'arrière-bouche nous démontre l'impuissance des caustiques, puisque la régénération des fausses membranes est presque instantanée, et que la diathèse couenneuse n'est pas détruite par une application locale.

Pour modifier les fluides en général, à quel agent faudra-t-il s'adresser?

Le chlorate de potasse n'a donné aucun résultat; les alcalins n'ont pas le temps de modifier assez vite l'état du sang ; les saignées ne produisent aucun avantage sensible.

Chez quelques sujets, il m'a semblé que les cataplasmes fortement alcalinisés ont aidé, par l'absorption cutanée, la dissolution des pseudo-membranes.

M. Duché termine sa communication en exprimant le regret que la thérapeutique soit aussi impuissante contre cette affection, et le vœu que l'on trouve un jour quelque agent nouveau susceptible d'agir avec assez d'énergie, et surtout avec assez de promptitude pour enrayer la marche si rapidement fatale de ces accidents.

Nous ne pouvons que nous associer aux regrets et aux vœux exprimés par notre honorable correspondant. Cependant, tout en déplorant avec lui l'insuffisance de l'art, nous croyons qu'il n'y a pas lieu de se décourager, et qu'il y aurait quelque injustice à accuser la thérapeutique d'impuissance absolue. Plus l'affection est grave, plus la thérapeutique est difficile et incertaine dans ses résultats, plus il importe de multiplier les efforts et d'élever l'énergie des moyens à la hauteur de ces difficultés ; car abandonner les malades en ce cas aux seules ressources de la nature, c'est les vouer à une mort presque certaine. Qu'on se rappelle cette proposition formulée par M. Trousseau, dans une des leçons que nous avons publiées dans le courant de 1855 : « Toutes les fois que vous serez appelés auprès de pareils malades, attendez-vous à échouer, à moins d'un traitement d'une violence brutale et d'une *sauvage énergie.* » Nous ne manquerions pas d'exemples à citer dans lesquels des enfants atteints d'angines couenneuses ou diphthéritiques des plus graves, ont été littéralement arrachés à la mort par une médication énergique. Les cas de guérison sont rares sans doute relativement aux cas de mort, mais ils n'en témoignent pas moins d'un certain degré d'efficacité des moyens thérapeutiques mis en usage. Parmi les nombreuses communications que nous devons à l'obligeance de nos confrères, et dont l'abondance des matières ne nous permet pas de faire usage aussi souvent que nous le voudrions, nous pourrions citer une observation de M. le docteur Delpierre, de Campagne-lès-Hesdin, relative à un cas d'angine couenneuse avec œdème de la glotte, guérie par les cautérisations énergiques avec l'acide chlorhydrique fumant et l'administration répétée du tartre stibié. Mais c'est moins aux faits individuels qu'aux résultats collectifs obtenus dans les épidémies, et à l'opinion des médecins qui ont eu occasion de les observer, qu'il faut demander les éléments d'appréciation des effets du traitement.

Or, voici l'appréciation sommaire qu'en faisait M. Barth il y a quelques mois seulement dans son rapport général sur les épidémies à l'Académie de médecine, à l'occasion des épidémies d'angines couenneuses qui ont régné en 1855 dans un grand nombre de départements, en même temps qu'il en régnait une semblable à Paris : « L'influence du traitement a été ici très-marquée ; les victimes se multipliaient, surtout quand la maladie était livrée à elle-même, et le nombre des guérisons devenait notablement plus grand sous l'influence de la prompte administration des vomitifs, de l'application des caustiques et de l'usage des toniques à l'intérieur. »

Voici quelques détails plus précis que nous empruntons à un rapport de M. le docteur Pichenot sur une épidémie d'angine couenneuse très-meurtrière qui a été observée dans la commune de Censerey (Côte-d'Or). On y trouvera d'utiles renseignements pratiques.

Les indications qui ont guidé M. Pichenot dans le traitement qu'il a employé sont les suivantes : « Avant tout, soutenir les forces vitales, si rapidement déprimées, en provoquant une réaction capable de mettre l'organisme en état de lutter contre le mal, chercher à prévenir ou à borner le développement des fausses membranes et à favoriser plus tard leur expulsion. »

Avant l'apparition des fausses membranes, l'administration d'un vomitif, le plus ordinairement le sirop d'ipécacuanha à la dose de 45 à 60 grammes, produisait généralement de bons effets. Mais quand ce médicament était employé après la production des fausses membranes, au lieu de donner un résultat heureux et favorable aux succès de la cautérisation, il aggravait la prostration générale. Immédiatement après la cessation des vomissements, la cautérisation était pratiquée au moyen de l'alun appliqué directement sur la muqueuse en couches épaisses.

Lorsque les plaques diphthéritiques étaient détachées, l'alun était remplacé par le crayon de nitrate d'argent employé deux fois par jour. Le nitrate d'argent était encore employé en solution pour injections dans la gorge et dans les narines, ou bien pour écouvillonner la cavité bucco-pharyngienne avec une tige de bois ou de baleine garnie de charpie grossière trempée dans la solution. On provoquait, de cette manière, l'expulsion des fausses membranes, qui se détachaient difficilement et gênaient la respiration.

L'acide chlorhydrique, la teinture d'iode pure, le miel boraté, ont été inférieurs au nitrate d'argent, qui modifiait l'état des muqueuses d'une manière plus prompte et plus énergique.

On ne cessait les cautérisations que lorsque les fausses membranes ne se reproduisaient plus ou que la résorption s'en opérait.

Quand l'âge ou l'intelligence des enfants le permettaient, on

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes médicales sur les poëtes latins, par M. le Dr MÉNIÈRE (1).

Nous sommes de ces arriérés qui croient encore à l'utilité des études classiques, qui s'imaginent que nos pères n'étaient pas des idiots parce qu'ils étudiaient avec amour les auteurs grecs et latins, qui pensent enfin que l'on possède d'autant mieux sa langue que l'on connaît plus à fond celles qui l'ont précédée. Nous osons croire, avec M. Ménière, que pour être un bon latiniste, on n'en est pas moins un bon médecin.

« Dans les siècles précédents, dit-il, la Faculté comptait par centaines des hommes qui écrivaient le latin avec une grande élégance, qui possédaient à fond la littérature romaine, et nous ne voyons pas qu'ils en comprissent moins bien les devoirs de leur profession.... Si de nos jours on semble dédaigner ces études dont les illettrés se vengent en les appelant *pédantesques*, il n'est pas démontré que le bonnet de docteur recouvre aujourd'hui des têtes mieux meublées, des cerveaux plus capables, en un mot que le personnel médical, qui ne pourrait pas même formuler en latin le plus vulgaire médicament, ait gagné quoi que ce soit à cet abaissement des études classiques...... » Et plus loin à l'occasion de la *bifurcation :* « On verra bientôt si les étudiants en médecine, qui savent à peine faire une version de Tite-Live ou de Cornelius Nepos, sauront mieux l'anatomie, et suivront avec plus de fruit les leçons de leurs professeurs. Nous inclinons à penser que l'absence de cet aliment salutaire aux esprits n'ajoutera rien à leur force, à leur vivacité, et que, cet exercice des intelligences venant à leur manquer, il résultera de ce défaut de culture une faiblesse relative qui influera sur tout leur avenir. »

A notre avis, M. Ménière est dans le vrai ; nous ne saurions trop approuver ses plaintes, et tout ce que nous souhaitons, c'est que son éloquent plaidoyer en faveur des études classiques tombe sous les yeux des hommes qui, par leur position, sont en mesure de rendre à l'enseignement de la jeunesse l'éclat qu'il avait en France avant l'invasion de ces barbares et funestes idées.

M. Ménière avait plus que personne le droit de faire ces réflexions. Parvenu à l'agrégation par le concours, on ne pourrait lui reprocher sans injustice l'insuffisance de son instruction médicale. Le livre que nous avons aujourd'hui sous les yeux prouve de la manière la plus incontestable qu'il n'est pas moins compétent en matière de latinité, et qu'il est parfaitement autorisé à faire entendre les réclamations que nous avons rapportées.

Dans ses *Etudes médicales sur les poëtes latins*, M. Ménière a voulu rechercher les traces des idées médicales éparses çà et là dans les œuvres littéraires d'un peuple qui se vantait presque de n'avoir pas de médecins, et chez lequel, en effet, la science ne se formula que fort tard. Il lui a semblé utile de montrer comment cette science s'est constituée peu à peu, à l'insu des hommes qui affectaient de la mépriser ; d'indiquer la place qu'elle tenait dans le langage de la foule, dans les drames qu'on représentait sur le théâtre, en un mot dans cette littérature populaire, confiée à la mémoire de tous, que l'on récite, que l'on chante avant de l'écrire, et qui renferme les meilleurs documents de l'histoire primitive des peuples.

Certes il est curieux de suivre avec M. Ménière les progrès de ses connaissances médicales, depuis Ennius, le plus ancien versificateur latin, jusqu'à Martial, en passant par Plaute et Térence, par Virgile, Horace, Ovide et Juvénal.

Déjà dans Ennius, où l'on rencontre bien peu de choses de ce genre dignes de quelque intérêt, on trouve des faits de physiologie qui révèlent un profond observateur ; nous ne citerons que la description des mouvements qui s'opèrent dans la face d'une tête qui vient d'être tranchée ; cette description a conservé toute sa vérité. Hâtons-nous de dire qu'à côté, nous rencontrons des croyances qui ne le cèdent en rien pour le ridicule à celles qui règnent encore aujourd'hui dans le peuple. Un musicien sonne de la trompette et par les sons de son instrument excite les combattants ; un ennemi lui tranche la tête ; mais privée du souffle nécessaire, la trompette achève cependant le son commencé. Cette assertion ne vaut-elle pas la croyance populaire actuelle, qui veut que la tête de Charlotte Corday décapitée ait rougi sous le soufflet que lui imprima la main du bourreau ?

Après Ennius, Lucilius, dans lequel nous trouvons des signes diagnostiques assez importants, la douleur de côté de la pleuropneumonie,

> **Lateralis dolor, certissimus nuntius mortis;**

puis les symptômes de la gale, des dartres, etc., le tout formant un contingent assez ample de matériaux scientifiques pour mettre hors de doute une proposition que l'auteur des *Etudes* formule ainsi : Même à une époque où la médecine est nulle comme science et comme art, il y a dans la nation romaine une masse de connaissances vulgaires qui indiquent une tendance vers un savoir plus méthodique et plus utile.

Dans Plaute et dans Térence, dont l'étude critique suit celle de Lucilius, les allusions à l'art et à la profession se multiplient.

C'est dans le premier de ces auteurs que M. Ménière constate la plu

(1) Un vol. in-8°. Chez Germer Baillière.

faisait usage de gargarismes dans lesquels entraient l'alun et le quinquina. Lorsque la séparation des fausses membranes s'opérait, on avait recours aux lotions émollientes et chlorurées.

La saignée générale et locale a été essayée chez quelques enfants qui, par leur âge et leur vigoureuse constitution, semblaient en réclamer l'emploi; mais les résultats, dit M. Pichenot, en ont toujours été déplorables; tous les symptômes prenaient rapidement de la gravité, et la mort ne tardait pas à arriver.

Le bicarbonate de soude n'a pas eu de meilleur résultat. Les révulsifs, les pédiluves chauds et sinapisés, les vésicatoires ont été également sans succès.

Aux moyens ci-dessus, on associait la médication tonique, et c'est à cet auxiliaire puissant que M. Pichenot attribue le succès des vomitifs et des caustiques.

Le quinquina était administré le plus souvent sous la forme de teinture ou d'extrait à la dose de 4 grammes dans 125 grammes d'infusion de menthe ou de mélisse et 30 grammes de sirop de Tolu et de gomme.

Quelquefois le quinquina était remplacé par la teinture de cannelle et 2 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Quand les fausses membranes se détachaient, on substituait aux agents précités 4 à 6 grammes de chlorate de potasse dans les mêmes véhicules. A toutes les périodes, les malades prenaient du bouillon de bœuf ou de poule. Aussitôt le début de la convalescence, toute médication était supprimée pour faire place à une alimentation réparatrice et aux vins généreux si l'estomac le permettait.

Enfin les opiacés se sont montrés utiles, dans la convalescence, pour combattre les vomissements et l'insomnie.

Sur 125 enfants ainsi traités, mais dont l'affection, il est vrai, présentait des degrés très-divers de gravité, 77, un peu moins des deux tiers, ont guéri; 48 ont succombé.

Nous reviendrons, dans une des prochaines revues, sur quelques points pratiques de cette importante question.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — Phlegmon périnéal. — Abcès sympathique rétro-pharyngien.

Les rétrécissements de l'urèthre qui succèdent aux contusions et aux plaies contuses de ce canal ne sont pas très rares, et on sait que souvent ils présentent un tel degré de gravité qu'il est impossible d'en obtenir la guérison par la dilatation; on ne peut, en effet, les franchir à l'aide des bougies les plus fines: il devient donc nécessaire de recourir à la cautérisation et à l'uréthrotomie. L'usage des bougies en baleine, des précautions particulières pour le cathétérisme, et une persévérance qu'on ne saurait trop recommander, ont permis à M. Phillips de triompher d'un de ces rétrécissements réputés infranchissables; c'est ce que démontre le fait suivant recueilli par M. Gust. Baillière à la clinique de M. le professeur Nélaton.

Le fait que nous allons rapporter n'est point seulement intéressant sous le rapport de la difficulté vaincue; il nous montre encore que les malades ne sont pas absolument à l'abri des infiltrations urineuses alors que le cathétérisme a pu être fait sans qu'il ait provoqué d'accidents immédiats; il nous montre enfin une des conséquences sur l'économie des vastes foyers de suppuration, c'est-à-dire l'apparition de phlegmons dans un point du corps autre que celui qui avait été primitivement affecté. Nous y voyons un abcès rétro-pharyngien succéder à un phlegmon urineux du périnée.

Un homme, âgé de trente ans, se présente à l'hôpital le 4 décembre 1857 pour se faire soigner d'un rétrécissement de l'urèthre. Il y a trois ans, étant monté sur une échelle double, il tomba, eut le périnée accroché par un des montants de l'échelle, et lorsqu'il voulut uriner, il s'aperçut que son urine était mêlée de sang. Deux jours après, cette hémorrhagie cessa; mais peu à peu le jet de l'urine devint plus fin, l'envie d'uriner plus fréquente, et maintenant cet homme ne pisse qu'avec de grandes difficultés et de grandes douleurs. Le cathétérisme au moyen d'une bougie en gomme élastique fut complétement infructueux. Sur l'invitation de M. Nélaton, M. Phillips vint lui-même essayer le cathétérisme au moyen de bougies en baleine. Ces bougies, passées à la filière, offrent, à volume égal, plus de résistance que les autres, et conservent mieux la courbure imprimée à leur extrémité. M. Phillips a passé trois séances, de trois heures chacune, auprès du malade; celui-ci était debout, le dos appuyé au mur, de façon à ne pouvoir pas reculer lorsque la sonde viendrait heurter le rétrécissement. Ces tentatives n'ont pas amené de résultat; la sonde en baleine n'a pu franchir le rétrécissement.

Parmi les accidents de cette méthode se trouvent les syncopes, dues moins à la violence de la douleur qu'à la position verticale trop longtemps maintenue; mais M. Phillips, loin de redouter ces syncopes, les regarde plutôt comme favorables, car pendant leur durée les muscles uréthraux se relâchent.

Huit jours après, M. Phillips a consacré trois nouvelles séances à ce malade, et cette fois le résultat fut heureux; mais il ne l'a obtenu qu'après dix-huit heures de tentatives. Une petite bougie avait franchi l'obstacle. La guérison devait donc être considérée non-seulement comme très-probable, mais encore comme prochaine lorsque des accidents dont il était impossible de prévoir le développement vinrent entraver la marche régulière de cette affection.

Sept jours après les dernières tentatives de cathétérisme, le malade se plaignit de douleurs au périnée, et on reconnut une tuméfaction pâteuse, indice d'un travail inflammatoire profond, encore à son début; enfin un phlegmon se déclara. Une incision donna issue à l'urine accumulée dans le tissu cellulaire, derrière le rétrécissement.

Le lendemain il se déclara des accidents locaux et généraux formidables.

La tumeur périnéale s'était étendue au scrotum. Les bourses, la peau de la verge, les deux régions inguinales, présentaient une tuméfaction considérable accompagnée de rougeur, de chaleur et de douleur très-vive au moindre contact. Le malade avait une fièvre intense, était très-agité, sa face était contractée par la douleur.

Deux nouvelles incisions très-longues et très-profondes furent pratiquées à droite et à gauche du périnée. Cette large voie d'évacuation permit l'issue d'un liquide séreux, mélangé de sang et d'urine.

Cette opération provoqua un changement total dans l'état du malade. La physionomie est meilleure; le malade a passé une bonne nuit; il y a diminution considérable des bourses, qui ont presque repris leur coloration.

Un mois et demi après, le malade attendait la complète occlusion des fistules périnéales qui avaient succédé aux incisions, lorsqu'une nouvelle affection se déclara. Des douleurs très-vives, avec exacerbations nocturnes, apparurent dans la partie latérale droite de la tête, à la superficie des régions frontale, temporale, mastoïdienne, et même occipitale; on pouvait croire à une douleur névralgique.

Le sulfate de quinine fut essayé, mais sans succès.

Quelques jours après la gorge fut envahie, l'amygdale droite devint rouge et tuméfiée. On pensa à une angine, et on ordonna, mais en vain, des purgatifs, des vomitifs et des gargarismes émollients. Le gonflement s'étendit à la région mastoïdienne; ce n'était pas une tumeur gommeuse du muscle sterno-mastoïdien, car le muscle était situé en avant de la tumeur, sur la surface de laquelle on pouvait le faire mouvoir.

L'exploration attentive montra que cette tumeur s'enfonçait profondément dans la région sterno-mastoïdienne, qu'on pouvait suivre ses prolongements du côté du pharynx jusqu'à sa paroi postérieure, où l'on rencontrait une saillie volumineuse, arrondie, cachée par la base de la langue; cette tumeur était élastique, molle, rénitente; il n'y avait plus de doute sur sa nature, c'était un abcès phlegmoneux rétro-pharyngien.

Je pense, dit M. Nélaton, qu'il y a ici une relation entre l'affection des voies urinaires et l'affection du pharynx. En effet ce malade, soumis à une suppuration considérable du périnée, était exposé à des suppurations sympathiques en d'autres points. Or, les points d'élection de ces suppurations sympathiques sont ceux de la base du crâne.

Quant à la vive douleur névralgique, loin d'être exceptionnelle, elle est souvent un prodrome des abcès phlegmoneux de la base du crâne; elle est même un phénomène précurseur dans certains cas d'un travail inflammatoire profond. Voici comment cela s'explique:

Dans le cas que nous avons sous les yeux, les douleurs siégent dans les régions qui reçoivent leur sensibilité des nerfs qui partent des premiers trous de conjugaison. Or, le travail phlegmasique qui occupait justement les parties latérales du rachis; donc ces nerfs étaient enveloppés par la collection purulente, et tout porte à admettre une périnévrite comme cause des douleurs névralgiques.

Ce malade présenta, comme dans tous les cas de phlegmon rétro-pharyngien, une grande gêne dans la déglutition, par défaut de locomotion de la paroi postérieure du pharynx; la respiration était difficile à cause de la tuméfaction œdémateuse des parties qui environnent le larynx, et qui avait produit le rétrécissement de l'orifice supérieur de cet organe et de la glotte. Cette gêne est assez fréquente et peut se produire instantanément; le praticien devra être prévenu de ce fait, car il pourrait croire, surtout chez un enfant, à une affection des voies respiratoires.

Cette erreur de diagnostic est d'autant plus grave que le phlegmon rétro-pharyngien est une affection mortelle lorsqu'on l'abandonne à elle-même, et que ces collections purulentes ont une tendance remarquable à s'accroître avec rapidité, et toujours dans un sens préjudiciable, car la pesanteur les sollicite à descendre vers la poitrine. Il faut donc se hâter de recourir à l'opération. L'incision ne doit pas être trop grande, car si elle offre au pus une issue facile, et permet au foyer de se vider rapidement, il est à craindre qu'à chaque déglutition, une certaine quantité de liquide n'entre dans le foyer et y séjourne, ce qui entretiendrait une cause d'irritation. Aussi dans ces cas et dans ceux où il se fait une ouverture spontanée qui reste béante est-on obligé de nourrir le malade avec une sonde œsophagienne.

Si l'incision est trop petite, le foyer se vide mal, il faut recommencer de nouvelles ponctions, la maladie peut prendre une marche chronique, et une suppuration longtemps prolongée peut épuiser le malade.

Une incision d'un centimètre de longueur fut pratiquée chez ce malade; il sortit une assez grande quantité d'un pus bien blanc, bien phlegmoneux, dont l'écoulement fut facilité par une pression extérieure.

Quant au rétrécissement, il en est venu à un point tel, qu'une sonde d'un centimètre de diamètre le franchit facilement.

De l'emploi des acides, principalement de l'acide chlorhydrique, dans le traitement de la dyspepsie, et plus spécialement dans le traitement de la dyspepsie liée à l'affection tuberculeuse.

Dans ses leçons cliniques sur la dyspepsie, M. le professeur Trousseau a indiqué l'emploi des acides parmi les moyens dont on peut retirer d'incontestables avantages dans le traitement de cette maladie. Il nous paraît utile de revenir aujourd'hui sur cette

---

ancienne allusion à la question des honoraires qui, d'après ses commentaires et ses interprétations, sembleraient être assez élevés, puisqu'ils se monteraient environ à une somme équivalente à deux francs de notre monnaie. Si l'on réfléchit à la différence de la valeur de l'argent à cette époque et à la nôtre, on verra que nos confrères des temps antiques n'avaient pas trop à se plaindre, lorsque leurs clients les honoraient.

Mais c'est aussi dans ses comédies que commencent à paraître ces épigrammes, que l'on n'a cessé depuis si longtemps, et que l'on continue encore aujourd'hui avec un goût plus ou moins douteux, à diriger contre les médecins. Certes, il faut avouer que dans quelques circonstances, ces plaisanteries sont bien méritées, et nous ne saurions qu'applaudir à ces vers que Plaute met dans la bouche d'un malade impatient; ce médecin inexact ne manquera jamais de bonnes raisons pour excuser son retard:

> Ait se obligasse crus fractum Æsculapio,
> Apollini autem brachium.

« Il va me raconter qu'il a dû réduire à Esculape une fracture de la cuisse, une fracture du bras à Apollon! — Si tous ceux qui ne sont pas exacts aux rendez-vous, ajoute à ce propos M. Ménière, savaient combien on est enclin à médire d'eux, ils se presseraient un peu plus d'arriver, afin de couper court aux propos désobligeants des confrères qui les attendent.

Plus loin, nous retrouvons, et présentés de la façon la plus burlesque, les arguments encore en usage aujourd'hui de la part de ceux qui ont peur du bistouri. Il s'agit d'ouvrir un abcès, et le malade s'écrie:

> Metuo ne immaturam secem, ne exhibeat plus negoti.

« Je crains qu'on ne l'ouvre avant qu'il soit mûr, et que le mal n'augmente. » Les poltrons procèdent-ils autrement de nos jours?

Dans plusieurs pièces de Plaute, il est fait de longues et fréquentes allusions aux accouchements, aux rôles qu'y jouaient les matrones, aux cérémonies auxquelles ils donnaient lieu. On y trouve de bien curieux documents sur les habitudes du peuple romain, entre autres sur la coutume qui paraissait toute simple alors, et complétement passée dans les mœurs, de supprimer un enfant dont la naissance n'avait pas été désirée, de provoquer l'avortement, etc.

Une circonstance bien singulière est celle-ci, que dans tous les endroits où il est question de la durée de la grossesse, c'est toujours une durée de dix mois que lui attribuent les auteurs, depuis les plus anciens jusqu'aux plus modernes, et nous nous contenterons ici de rappeler ce fameux vers de Virgile:

> Matri longa *decem* tulerunt fastidia menses.

C'est en vain que M. Ménière a cherché à expliquer cette durée, à laquelle on n'arriverait probablement qu'en supposant que les Romains avaient en vue le mois lunaire de vingt-huit jours seulement; mais ce qu'il était important de constater, c'était le fait, sur lequel tous les auteurs latins sont unanimes.

De Virgile et d'Horace, il n'en sera pas longuement question ici. Ce sont les deux poëtes latins qui sont certainement les plus connus, et, sans avoir examiné avec le même soin, avec la même finesse que M. Ménière tous les passages qui se rattachent par un côté quelconque à la médecine et aux sciences qui la composent, nous aimons à croire que nos confrères ont conservé dans un coin de leur mémoire quelques uns des passages auxquels l'auteur des *Etudes médicales* fait allusion; botanique, art vétérinaire, chirurgie, médecine, on rencontre un peu de tout dans Virgile, sans compter les préjugés populaires et les croyances absurdes dont se trouvent mélangées les observations réelles faites sur nature.

Dans Horace, les allusions aux maladies et à la médecine humaine sont surtout nombreuses, et l'on s'en rendra facilement compte si l'on fait attention que le poëte était d'une assez faible santé, et que cette circonstance le rapprochait tout naturellement des médecins, c'est-à-dire de ceux qui avaient le pouvoir et le désir de soulager ses souffrances. Aussi est-il rare de trouver chez lui des allusions désobligeantes pour les médecins.

Après les deux grands poëtes du siècle d'Auguste, M. Ménière fait successivement passer sous nos yeux Catulle, Tibulle, Ovide, Juvénal, Lucien, dans les œuvres desquels deviennent de plus en plus fréquentes les citations médicales, les formules, etc., qui témoignent des progrès incessants que faisaient insensiblement, et presque sans qu'on pût s'en rendre compte, les connaissances relatives à notre art.

Ici, et à l'occasion de l'élégant Catulle, du chantre du moineau de Lesbie, peut-être ne serait-il pas déplacé de rectifier une erreur par trop généralement répandue sur laquelle M. Ménière attire l'attention.

La plupart de ceux qui n'ont parcouru de Catulle que les éditions *expurgatas* et *emendatas*, s'imaginent qu'à part quelques légers écarts par trop anacréontiques, le galant auteur s'est borné à soupirer des plaintes amoureuses, à célébrer les charmes de sa maîtresse, à maudire la volage qui l'abandonne pour un autre amant. Erreur profonde! Qu'ils osent ouvrir un exemplaire bien complet de ses poésies, et ils auront bientôt changé d'opinion. Ils y trouveront des plaisanteries au gros sel, littéralement impossibles à rendre en français, même avec les circonlocutions les plus prudentes.

Ils y rencontreront, non pas des conseils, mais des recettes d'hygiène

question, dont l'expérience montre chaque jour le grand intérêt pratique.

Cette médication par les acides n'est pas une médication nouvelle. Déjà Cullen en parle dans son chapitre de la dyspepsie, à propos des médicaments qui agissent directement sur l'estomac. « Les acides de toute espèce, dit-il, semblent avoir la puissance de stimuler l'estomac et en conséquence d'augmenter l'appétit. Mais, ajoute-t-il, les acides natifs peuvent d'ailleurs nuire et devenir douteux dans la pratique, en ce qu'ils sont sujets à la fermentation. C'est pourquoi les acides que l'on a employés particulièrement avec succès sont l'acide vitriolique, l'acide marin et l'acide distillé des végétaux, tel que celui qui donne l'eau de goudron. Tous ces acides sont antizymiques, incapables d'arrêter la fermentation. » Tout en le préconisant le premier en France, M. Trousseau a eu soin de dire qu'il avait puisé dans les auteurs anglais l'idée de cette médication. Mais ce que ni Cullen ni les auteurs anglais n'avaient fait, c'était de préciser les indications.

Dans un travail qui a été reproduit par quelques journaux, le docteur Haufield Jones avait cherché à établir que l'acide lactique doit être donné à la dose de 15 à 20 gouttes contre la dyspepsie douloureuse et imparfaite, non au début, mais quand l'irritation et l'éréthisme vasculaire sont un peu diminués; cette indication est bien vague; elle nous paraît surtout en contradiction avec les faits dont le médecin de l'Hôtel-Dieu nous a rendu témoin.

C'est en effet principalement dans ces dyspepsies aiguës, qui surviennent si fréquemment dans le cours et à la fin de la phthisie pulmonaire, accompagnées de vomissements et de fièvre, que l'emploi des acides nous a semblé le plus avantageux. Chez plusieurs malades, dont une jeune femme entre autres actuellement encore couchée au n° 4 de la salle St.-Bernard pourrait servir de type, nous avons vu l'acide chlorhydrique administré à la dose de 4 gouttes dans un julep après chaque repas, faire cesser les vomissements et faciliter la digestion, alors que jusque-là la plus petite quantité de bouillon ne pouvait être supportée.

C'est donc principalement, comme M. Trousseau l'a indiqué dans ses leçons cliniques en citant des faits à l'appui, dans les dyspepsies liées à des affections chroniques et plus spécialement encore dans les dyspepsies liées à l'affection tuberculeuse que l'acide chlorhydrique constitue une médication réellement utile. Nous disons l'acide chlorhydrique, car après avoir essayé de le remplacer par l'acide lactique et par le vinaigre, c'est à cet acide qu'il a fallu revenir. Son action, sans qu'on puisse l'expliquer, paraît avoir quelque chose de spécifique. Mais si dans ces cas, si dans la dyspepsie liée à des affections chroniques la médication acide est utile, il ne faut pas oublier que son utilité est réelle encore dans certains cas de dyspepsie idiopathique; ici, toutefois, les indications ne sauraient être nettement précisées.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Calculs vésicaux. — Singulières difficultés de diagnostic. — Taille latéralisée. — Mort à la suite d'accidents cholériformes. — Anomalie de l'intestin grêle.

(Observation recueillie par M. le docteur G. Blachez.)

M. P..., âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution remarquablement vigoureuse, ayant toujours joui d'une excellente santé, habitant la campagne, présentait depuis un an environ tous les symptômes d'un calcul vésical, lorsqu'il vint à Paris en 1853. On reconnut l'existence d'une pierre, qui fut broyée. Il y eut un soulagement momentané.

Six semaines après, éprouvant les mêmes symptômes que précédemment, il vint consulter M. le docteur Manec, qui le sonda, ne trouva pas de calculs, et prescrivit une application de sangsues et des boissons délayantes. M. P... retourna dans son pays.

Trois mois après, il revint à Paris se présenter de nouveau à M. Manec. C'était en novembre 1853. Il souffrait horriblement, avait des hématuries, du ténesme vésical. M. Manec le sonda de nouveau avec une sonde d'argent. Une injection fut pratiquée dans la vessie, dont on explora la cavité avec le plus grand soin. Le malade fut placé dans les attitudes les plus favorables à cette exploration. Le résultat fut toujours le même. — On prescrivit des sangsues, des bains, des délayants.

A plusieurs reprises, M. Manec revint au cathétérisme avec des sondes de toute courbure, et avec des instruments lithotriteurs qui étaient ouverts dans la vessie et promenés dans tous les sens.

Tous les signes rationnels d'un calcul existaient cependant, bien qu'on ne pût constater sa présence ni par le cathétérisme ni par le toucher rectal.

M. Michon fut appelé en consultation. L'exploration de la vessie fut de nouveau pratiquée avec le plus grand soin et avec le même résultat négatif. MM. Manec et Michon, pour soulager les souffrances du malade, conseillèrent une irrigation continue à l'aide d'une sonde à double courant.

Le lendemain, M. Manec, en introduisant la sonde en gomme élastique pour pratiquer l'irrigation, fut fort étonné de sentir manifestement un calcul contre lequel la sonde vint se heurter d'emblée en entrant dans la vessie. Une sonde d'argent fut introduite et ne rencontra rien. On reprit l'algali de gomme élastique, et l'on eut de nouveau la sensation la plus nette d'un calcul.

Le lendemain, M. Manec apporta des lithotriteurs; ceux-ci furent facilement introduits, mais il fut impossible de rien sentir. On eut recours à la sonde de gomme élastique. Même sensation parfaitement nette de calcul. On remit l'opération.

M. Michon fut de nouveau appelé. Il ne put venir. On manda M. Larrey.

Ce chirurgien introduisit une sonde en argent. Résultat nul. Le toucher par le rectum, déjà pratiqué plusieurs fois, ne fut pas plus concluant. M. Larrey prend une sonde élastique, et tombe d'emblée sur la pierre. Il reprend aussitôt la sonde d'argent, et ne trouve plus rien.

Il fut décidé qu'on taillerait le malade, dont les souffrances étaient de jour en jour plus vives. La défécation était devenue tellement douloureuse qu'il ne se décidait à aller à la selle qu'après avoir résisté le plus longtemps possible.

L'opération fut pratiquée le lendemain par M. le docteur Manec, en présence de MM. Larrey et Payen. On suivit le procédé de la taille latéralisée. L'embonpoint du sujet rendit l'opération assez difficile. Elle fut cependant exécutée rapidement et sans accident. Trois pierres de la grosseur d'une très-forte noisette furent successivement extraites sans grande difficulté. En commençant l'opération, on avait introduit le cathéter conducteur sans constater la présence d'aucun calcul.

Les pierres étaient lisses, roulantes, parfaitement libres. A la coupe, elles présentaient un noyau urique jaunâtre, entouré de phosphate de chaux disposé par couches concentriques.

On pansa à plat, et le malade fut placé dans son lit, le siége fortement élevé avec une sonde en gomme dans la vessie.

L'opération fut parfaitement supportée.

Le malade, soumis au chloroforme, ressentit à peine quelques douleurs vers la fin de l'opération.

Les suites furent très-heureuses. La sonde donna d'abord du sang pur, puis de l'urine sanguinolente, et enfin de l'urine limpide. La plaie était belle et marchait rapidement vers la cicatrisation.

Au bout de quinze jours elle avait à peine 2 centim. et était fort rétrécie. La sonde avait été retirée au bout de dix jours. Bientôt le malade put se mettre dans un fauteuil, et M. Manec le trouva un matin debout et se livrant à quelques soins de toilette. Au bout de quelques jours il put se promener dans son jardin. L'appétit était vif et tout faisait espérer le succès, lorsque survint une diarrhée cholériforme vingt-cinq jours après l'opération. Cette diarrhée ne céda qu'avec la plus grande difficulté aux astringents et aux opiacés. Elle avait à peine cessé, qu'une bronchite double se déclara, et le malade fut rapidement emporté. La mort arriva le 22 mars 1854, trente-quatre jours après l'opération.

Autopsie. — Les viscères abdominaux ont seuls été examinés. La peau du ventre forme un large repli qui tombe au-devant du pubis et indique l'embonpoint considérable du sujet avant sa maladie. On ouvre la cavité abdominale par une incision en demi-cercle. L'intestin grêle tout entier est distendu par des gaz et fait issue hors de l'abdomen. Dans son tiers inférieur et dans tout le côlon, on constate une teinte violacée, ardoisée, indiquant une entérite. La muqueuse est ramollie, sans ulcération.

On trouve à la partie moyenne de l'iléum une sorte de *diverticulum* de la grosseur d'un œuf de pigeon. L'intestin est coupé entre deux ligaments, insufflé, et alors on peut étudier cette poche supplémentaire, qui présente les particularités suivantes : ses parois minces sont recouvertes par la séreuse, au-dessous de laquelle se voient par transparence quelques fibres musculaires à anses doublées par la tunique muqueuse. Cette muqueuse fait hernie à travers les fibres transversales de la tunique musculeuse, et sur quelques points de la poche anormale se trouvent quelques petites poches partielles à parois très-minces, comme insufflées, et qui semblent formées par la tunique séreuse seule.

Les reins sont ensuite examinés. Le rein droit présente une surface extérieure inégale et une teinte rougeâtre indiquant une congestion. La substance corticale est fortement injectée. La substance tubuleuse offre une teinte ardoisée. Le rein gauche offre les mêmes altérations à un degré moins avancé. Les bassinets et les uretères ne contiennent pas trace de calculs.

Une incision est pratiquée sur la face antérieure de la vessie. La muqueuse est injectée et présente une légère cystite. On sent, en recourbant le doigt en arrière, l'incision de la taille obliquement dirigée, et réduite à des dimensions telles, qu'on ne peut y introduire le petit doigt. La prostate est énormément tuméfiée, de la grosseur d'une pêche moyenne. En contournant sa partie postérieure, on tombe dans un cul-de-sac profond, formé par le bas-fond de la vessie. La disposition de ce bas-fond, masqué par le développement de la prostate, et formant une sorte de loge, expliquerait assez bien pourquoi des sondes rigides ne pouvaient atteindre les calculs, tandis que les sondes élastiques, se recourbant fortement et se moulant sur la prostate, allaient pour ainsi dire les chercher derrière elle. Mais les calculs étaient mobiles, la vessie pleine d'eau, et dans les attitudes variées qu'on faisait prendre au malade le bas-fond devenait plus élevé que le reste de la vessie. Comment alors les pierres ne tombaient-elles pas sur les instruments?

La cavité vésicale est libre de tout calcul. Evidemment le succès de l'opération était assuré sans les complications fâcheuses qui sont venues enlever le malade.

On n'avait pas, croyons-nous, signalé jusqu'ici des difficultés analogues de diagnostic dans un cas où les calculs étaient parfaitement libres et mobiles. On a même peine à se rendre compte de ces difficultés. Il nous semble cependant que, dans les cas où, tous les symptômes rationnels d'un calcul existants, on ne pourrait avec les instruments ordinaires arriver sur le calcul, on ne devrait pas négliger l'exploration à l'aide des sondes ou bougies élastiques, qui seules dans le cas que nous rapportons ont pu permettre d'obtenir le signe pathognomonique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mars 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résultats d'anciennes amputations. — Discussion sur le traitement de la gangrène par congélation. — M. CHASSAIGNAC présente un malade à qui Gerdy a pratiqué, il y a un grand nombre d'années, des amputations sur les quatre membres; savoir :

1° L'amputation de l'avant-bras droit au tiers supérieur;

2° L'amputation des deux dernières phalanges des quatre derniers doigts de la main gauche;

3° et 4° L'amputation des cinq orteils de chaque pied dans les articulations métatarso-phalangiennes.

Tous ces moignons sont dans le plus bel état. Ceux des pieds sont surtout remarquables par leur régularité. L'opéré marche avec la plus grande facilité, et fait volontiers dix lieues dans un jour. Quoique mutilé, il gagne sa vie comme marbrier. Il fixe les pièces de marbre avec le moignon de son bras droit, et les travaille en maniant ses instruments avec les débris de sa main gauche.

Les renseignements fournis par l'opéré prouvent que ces amputations multiples et presque simultanées ont été faites pour des gangrènes. La cause de ces gangrènes lui est inconnue; elles survinrent, dit-il, après qu'il eut travaillé quelque temps dans un marais.

L'opéré répond à une question de M. Broca que l'accident est sur-

---

dentaire, par exemple, à faire soulever le cœur, dans le genre de celle-ci :

> Egnati, opaca quem bonum facit barba,
> Et dens, hibera defricatus urina.

Singulier dentifrice, il faut l'avouer, et qui était en usage dans certains pays, à ce qu'il paraît, puisque plus loin il y revient encore :

> Nunc Celtiber es; Celtiberia in terra
> Quod quisque minxit, hoc solet sibi mane
> Dentem atque russam defricare gengivam...

Ne poussons pas plus loin ces citations de passages qui sont le plus triste côté du talent de Catulle, pour arriver à Martial dans lequel nous trouvons, mais cette fois à profusion, bien plus nombreuses encore que dans Plaute et dans Térence, ces sanglants sarcasmes dont l'antiquité était si prodigue contre la médecine et les médecins. Qu'on nous permette d'en rappeler quelques-uns qui ont évidemment servi de modèles à plusieurs de nos poëtes satiriques.

> Nuper erat medicus, nunc est vespillo Diaulus,
> Quod vespillo facit, fecerat et medicus.

Cette plaisanterie du médecin devenu *croque-mort* et qui n'a pas changé de métier est une de celles qu'il semble affectionner le plus, et sur laquelle il revient le plus fréquemment. On la retrouve sous différentes formes dans ses épigrammes.

Et autre part :

> Hoplomachus nunc es, fueras ophthalmicus ante;
> Fecisti medicus quod facis hoplomachus.

Ce que M. Dubos père a traduit par les deux vers suivants, lesquels, s'ils ne rendent pas le sens littéral, ont le mérite de donner une idée du jeu de mots latin :

> Médecin autrefois, aujourd'hui spadassin,
> Paul, tu n'as pas quitté ton métier d'assassin.

On voit par ces passages, et par cent autres du même goût, que les sarcasmes de Molière et de Boileau ne sont que renouvelés... des Latins.

La pathologie de Martial est assez immonde; il semble qu'il ait toujours l'esprit tourné vers les obscénités, et ceux qui prétendent, avec raison, à notre avis, que la syphilis date de temps plus anciens que la découverte de l'Amérique, trouveront dans le poëte latin bien des arguments en faveur de leur opinion.

Rougit-il au moins de toutes les saletés qu'il entasse dans son recueil? Nullement; il les excuse; il peut se permettre ces jeux innocents, dit-il; sa page est ordurière, mais sa vie est honnête.

> Innocuos censura potest permittere lusus.
> Lasciva est nobis pagina, vita proba est.

Certes c'est après avoir lu Martial que Boileau a dû dire :

> Le latin dans les mots brave l'honnêteté.

Arrêtons-nous. Il nous faudrait un volume pour donner un aperçu à peu près complet du livre de M. Ménière. Ceux qui prendront la peine de parcourir cette rapide analyse comprendront, d'après le peu que nous avons dit, tout ce qu'offrent d'intéressant au point de vue de l'histoire de l'art ses *Études médicales sur les poëtes latins*. Ils comprendront aussi ce qu'il lui a fallu de travail, de recherches de toute espèce, combien il a dû compulser de scholiastes, de commentateurs, pour restituer des textes restés obscurs et même inintelligibles. Mais de tout ce labeur, il a gardé la partie ingrate pour lui, et il a su rendre attrayante la lecture d'un livre qui jusqu'à ce jour est resté sans analogue dans aucune langue et dont à première vue l'exécution n'eût pas semblé possible.

Pour nous, qui connaissons depuis longtemps l'auteur et qui avons pu apprécier la finesse de son esprit, la rectitude de son jugement, la solidité et la profondeur de son savoir, nous ne formons qu'un vœu, c'est qu'il ne nous fasse pas trop attendre le pendant du volume actuel, les *Etudes médicales* sur les poëtes grecs, dont nous croyons savoir qu'il s'occupe en ce moment.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris (fascicule 3e). Ce recueil paraît par fascicules de 6 à 8 feuilles d'impression, en janvier et juillet de chaque année. Prix des deux fascicules annuels, 3 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

De l'hématocèle rétro-utérine. Dissertation inaugurale par M. le docteur A. Voisin, interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

Principes de mécanique animale, ou Etude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés; par M. le docteur F. Giraud-Teulon, ancien élève de l'Ecole polytechnique. Ouvrage accompagné de 65 figures intercalées dans le texte. Un vol. in-8° de 484 pages. Prix, 7 fr. 50 c. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

venu dans le mois de décembre, ce qui rend probable l'hypothèse d'une gangrène par congélation.

M. LENOIR, désirant savoir si ces gangrènes n'étaient pas le résultat de l'ergotisme, demande à son tour à l'opéré si quelque autre personne dans le pays où il travaillait alors a eu des accidents de même genre. L'opéré répond que non.

M. LARREY a vu un sous-officier des Invalides qui, ayant eu les mains et les pieds gelés dans la campagne de Russie, avait perdu presque tous les doigts et les orteils. Il avait même hâté l'élimination des extrémités sphacélées en les détachant lui-même avec un couteau de soldat, à peu près comme aurait pu le faire le bistouri d'un chirurgien. La cicatrisation des doigts et des orteils ainsi mutilés était devenue assez régulière pour permettre aux mains et aux pieds de se mouvoir et d'agir avec aisance et même avec une sorte d'agilité.

D'après ce fait et quelques autres qui lui seraient comparables, on peut présumer que l'ouvrier sur lequel Gerdy avait pratiqué des amputations partielles des quatre membres avait été atteint de congélation. Reste à savoir si l'amputation doit toujours devancer l'élimination des parties mortifiées.

M. LEGOUEST pense que dans le cas présenté par M. Chassaignac la congélation a été la cause de la gangrène, et approuve la conduite de Gerdy, qui a préféré pratiquer l'amputation plutôt que d'attendre la séparation spontanée. A propos des accidents de congélation qui ont été observés dans la dernière guerre de Crimée, on a discuté s'il fallait amputer les parties gangrenées, ou laisser agir jusqu'au bout le travail d'élimination. M. Legouest, alors comme aujourd'hui, s'est prononcé en faveur de l'amputation, qui donne des résultats bien préférables, surtout au point de vue de la régularité des moignons.

M. GUERSANT appuie cette opinion. Il a eu l'occasion de traiter plusieurs enfants atteints de gangrène du pied consécutive à des engelures. Il se souvient, entre autres, de deux frères dont l'un avait une gangrène totale du pied, l'autre seulement une gangrène des orteils. Le premier fut amputé et guérit très bien; le second ne subit aucune opération; on laissa les orteils se détacher spontanément, et il en résulta une plaie dont la guérison fut très-longue et très-difficile.

M. MOREL-LAVALLÉE accorde que l'amputation donne des moignons plus réguliers et plus beaux, et qu'après la guérison, le résultat est bien meilleur qu'il ne l'est à la suite de l'élimination spontanée; mais celle-ci offrant moins de danger, il lui donne la préférence. Les petites opérations que l'on pratique pour régulariser les moignons, soit après les congélations, soit après les écrasements, donnent souvent lieu à des accidents formidables, notamment à des foyers purulents dans les gaînes, lorsqu'il s'agit des doigts ou des orteils. Lorsqu'on laisse agir la nature, ces accidents sont moins fréquents et moins graves, parce que les gaînes s'oblitèrent avant l'élimination. Les os font souvent saillie; il se produit des nécroses qui retardent beaucoup la cicatrisation, et finalement le moignon est moins beau; mais le malade a couru des chances moins graves que si on l'eût amputé.

M. LEGOUEST répond qu'il ne faut pas confondre les accidents de la contusion et de l'écrasement, avec ceux de la gelure. C'est aux premiers surtout que l'argumentation de M. Morel-Lavallée est applicable. M. Legouest, d'ailleurs, rejette l'amputation primitive dans le cas de gangrène par congélation. Si on opérait trop tôt, on s'exposerait aux graves inconvénients signalés par M. Morel Lavallée. Mais lorsqu'on attend que la gangrène soit limitée par le cercle éliminatoire, l'amputation, pratiquée dans le voisinage de ce cercle, n'est pas plus grave que la même opération faite dans des tissus parfaitement sains.

M. CHASSAIGNAC rappelle qu'il a pratiqué avec succès l'amputation tarso-métatarsienne sur une jeune fille qui avait eu l'avant pied gelé dans le bois de Vincennes, et qui marche parfaitement bien. Cette opérée a été présentée dans le temps à la Société de chirurgie.

M. MOREL-LAVALLÉE ne partage pas l'opinion de M. Legouest, relativement aux cas de congélation. Il reconnaît qu'après la formation du cercle éliminatoire, l'amputation est moins grave qu'avant cette époque, mais il ajoute qu'à ses yeux l'élimination spontanée est moins grave encore. Il repousse donc toute opération, et l'expectation lui paraît indiquée à plus forte raison dans le cas d'écrasement; mais il ne parle, bien entendu, que des lésions des doigts et des orteils.

M. GUERSANT repousse aussi l'amputation dans le traitement des écrasements des doigts et des orteils. Il préfère le traitement par l'irrigation continue, qui donne d'excellents résultats. Mais pour les cas de congélation, il admet un principe inverse, et l'amputation, pratiquée à l'époque que M. Legouest vient d'indiquer, lui paraît préférable à l'expectation.

CORRESPONDANCE.

M. GIRALDÈS fait part à la Société de la mort de Benjamin Travers, membre du conseil royal des chirurgiens de Londres, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, associé étranger de la Société de chirurgie de Paris.

M. FERDINAND MARTIN lit un travail sur le traitement du mal vertébral. (Commissaires: MM. Richet, Huguier et Voillemier.)

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, BROCA.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 décembre 1857. — Présidence de M. BOSSU, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. LE Dr GIGOT (de Levroux) adresse un travail intitulé *Etudes cliniques sur le traitement de l'angine couenneuse et du croup.* (M. Terrier, rapporteur.)

Méningite aiguë; catalepsie et éclampsie. — **M. DUHAMEL** lit en son nom et au nom de M. Jalade-Lafond, un rapport sur le travail de M. Elleaume.

M. le rapporteur, après avoir rapidement analysé le cas en question, fait ressortir l'influence exercée sur la forme de la maladie par la constitution médicale typhoïde qui régnait à l'hôpital des Enfants à l'époque où a été recueilli ce fait. La complication de convulsions n'est pas rare dans le cours de la méningite, mais celle de la catalepsie est beaucoup plus rare, et M. Elleaume n'en a rencontré que trois cas pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital des Enfants. Cette complication de catalepsie a-t-elle influé sur la terminaison funeste? Avec l'auteur, M. Duhamel pense que non; elle semblerait peut être même l'avoir retardée, car la méningite tue d'habitude vers le dixième ou douzième jour, et ici la mort n'est survenue qu'au bout de vingt ou vingt et un jours. D'ailleurs, comment une affection qui, idiopathique, n'est jamais mortelle, eût-elle pu, apparaissant comme symptôme, provoquer une terminaison funeste?

Enfin, M. le rapporteur termine par quelques considérations sur les affusions d'eau froide dans les affections du cerveau, dans les fièvres éruptives, dans certaines maladies graves de l'estomac, toutes circonstances dans lesquelles il les a vues rendre de grands services. Il conclut à l'admission de M. Elleaume.

M. MATTEI. Le rapport de M. Duhamel me semble des plus intéressants; je ferai à son sujet une simple observation relative au titre choisi par M. Elleaume. L'éclampsie ne se constitue presque jamais par une seule attaque, ou du moins les exemples en sont si rares, qu'ils ont été révoqués en doute. Dans le cas en question, on peut expliquer cette sorte d'éclampsie. Il s'agit d'un enfant, et sans me préoccuper s'il y a eu ou non albuminurie, on a constaté une méningite. Je crois donc que le titre le plus convenable à employer était celui-ci: *Convulsions coïncidant avec une méningite.*

M. DUHAMEL demande s'il existe bien réellement de sérieuses distinctions entre les convulsions et l'éclampsie.

M. MATTEI. L'éclampsie vient par attaques; il existe du trouble de l'intelligence; les yeux tournoient; des mouvements cloniques se manifestent; il y a arrêt de respiration, stupeur. Puis survient une deuxième attaque; les facultés se non-seulement s'altèrent; la fièvre n'existe pas; à peine constate-t-on un peu de céphalalgie, d'oppression et de douleur sternale.

M. DUHAMEL ne trouve pas, dans ces explications, les différences qu'il demandait, car chez les enfants on observe les mêmes signes physiques avec grimaces, convulsions semblables à celles qui caractérisent ce que l'on appelle l'éclampsie des femmes en couches; je ne vois dans ceci que deux mots différents exprimant une même chose.

M. BOSSU. Tous les traités de pathologie sont d'accord pour établir une différence entre l'éclampsie et les convulsions, et ces deux dénominations méritent d'être conservées. Les convulsions en effet appartiennent surtout aux enfants. L'éclampsie s'adresse plus particulièrement aux organes de la vie végétative, et constitue l'épilepsie aiguë des enfants.

M. GUERSANT partage l'opinion de M. Bossu, relativement aux différences qui séparent l'éclampsie des convulsions. Celles-ci offrent chez les enfants un cachet tout particulier.

Les conclusions du rapport de M. Duhamel étant adoptées, on procède au vote sur l'admission de M. Elleaume, dont l'admission est prononcée.

Monorchidie et cryptorchidie chez l'homme et les animaux domestiques. — **M. RAMON** lit un rapport sur un important mémoire de MM. Goubaux et Follin, relatif à ce sujet. Voir le numéro du 18 mars. (Remerciments aux auteurs.)

Intoxication saturnine. — M. Terrier rend compte, d'après les bulletins de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, d'une discussion qui s'est élevée dans le sein de cette Société sur la difficulté que l'on éprouve à reconnaître, dans certains cas, la source de l'intoxication saturnine. Cette discussion eut lieu à propos d'une communication de M. Vigla sur une observation de colique désignée par lui sous le nom de colique végétale chez un marin atteint plusieurs fois dans ses traversées de coliques sèches avec constipation et vomissements. Cet homme porte une paralysie des extenseurs de la main et des doigts. La peau présente une teinte jaune; les muqueuses sont décolorées, la langue nette mais blanche, les gencives bordées d'un liséré ardoisé. Il se plaint d'éructations fréquentes et de sensation de pirosis avec goût amer et haleine non fétide. Il y a de l'appétit, les digestions sont assez satisfaisantes. Il n'y a plus de coliques depuis deux mois. Les selles sont régulières; mais la faiblesse va toujours croissant, et la paralysie des membres supérieurs semble s'étendre.

Ce n'est qu'après plusieurs jours de questions multipliées qu'on apprit dans quelles circonstances exceptionnelles le malade avait été pris de ces coliques sèches. Elles s'étaient manifestées toutes les fois que le malade s'était embarqué sur un navire fraîchement réparé et qu'il avait couché dans une cabine récemment peinte à la céruse. A la même époque où pour la première fois il en avait été atteint, plusieurs marins en avaient été également affectés, et deux avaient succombé.

D'après ces renseignements, l'origine de la maladie ne paraît plus douteuse.

Cette observation intéressante a donné lieu à des remarques importantes sur la difficulté du diagnostic et les formes variées suivant lesquelles se fait l'intoxication.

Une des difficultés pour le diagnostic des accidents saturnins est l'absence du liséré ardoisé des gencives. Le liséré ardoisé a souvent manqué dans les cas où le plomb n'avait pas été introduit par les voies supérieures, la bouche, ou les organes respiratoires. Telles sont les intoxications survenues à la suite de lavements d'acétate de plomb ou de compresses d'eau de Saturne sur des plaies. Le liséré ardoisé a manqué également chez un enfant atteint de colique saturnine par suite de l'emploi d'un vernis pour meuble.

Une autre difficulté pour asseoir le diagnostic, est de constater que le malade a été soumis à l'intoxication saturnine; car les émanations de plomb les plus subites, étant aussi les plus dangereuses, passent cependant inaperçues dans beaucoup de cas. C'est ainsi que M. Guérard attribuerait la maladie, qui a enlevé Olivier d'Auger, à l'habitation d'un appartement fraîchement remis à neuf; M. Lasègue aurait vu une colique saturnine chez son enfant, due à l'habitude de passer dans sa bouche une plume d'acier préalablement passée dans des grains de plomb; M. Delasiauve attribuerait divers accidents nerveux à l'habitation d'appartements fraîchement décorés. Lors donc qu'il y a raison de soupçonner l'influence du plomb sur le malade soumis à l'observation, il est nécessaire de s'étendre sur les moindres détails, si la cause de la maladie est obscure.

L'intoxication n'aurait pas lieu seulement en respirant la poussière de céruse ou les émanations de cette même substance quand on la broie ou qu'on l'emploie à décorer les appartements; M. Guérard lui accorde aussi une action tonique très-puissante quand elle se mêle à la partie volatile de la térébenthine qui lui sert comme de véhicule ou de mélange dans les travaux de peinture. C'est la même pensée qui attribuerait les affections saturnines aux préparations de plomb employées dans la fabrication des ustensiles en caoutchouc. M. Legroux, qui attribue les accidents saturnins à l'inspiration des poussières renfermant des sels de plomb, aurait remarqué une plus grande fréquence des accidents d'intoxication chez les ouvriers employés au grattage que chez ceux travaillant à décorer avec les peintures fraîches. De toutes ces considérations il résulterait que les conditions les plus dangereuses pour l'intoxication sont l'extrême division des sels de plomb répandus dans l'air qu'on respire. Les empoisonnements par les cidres clarifiés à l'aide du plomb, en 1854, sont encore une preuve des effets toxiques du plomb dans son état de division. Les empoisonnements de Claremont par des eaux qui traversaient des tuyaux de plomb et les accidents fréquents résultant de la falsification des vins sont encore des preuves du même genre. Si l'usage du plomb dans les arts ou dans les besoins du ménage présente tant de dangers, on ne s'étonnera pas que la société des hôpitaux ait condamné cet usage du plomb sous toutes ses formes.

Le secrétaire annuel, AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 18 mars 1858, M. Coze, ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé doyen honoraire de ladite Faculté;

M. Bouliech, docteur en médecine, est nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. le docteur Calvo vient d'être nommé médecin inspecteur adjoint des eaux minérales du département de la Seine.

— Un de nos correspondants avait été mal informé, en nous annonçant la mort de M. le docteur Mansuy, d'Epinal. Cet honorable confrère a été effectivement très-malade, mais nous apprenons avec un vif plaisir qu'il est en ce moment hors de tout danger.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants à dater du mois d'avril. Tous les jeudis, à huit heures, visites des malades; de neuf heures à dix heures, leçons et opérations.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 MARS 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La médecine, la chirurgie, la physiologie, voire même la thérapeutique et l'hydrologie médicale, ont eu une large part dans cette séance. Vu le grand nombre de communications qui se recommandent à notre intérêt, il nous serait difficile de faire ici de chacune d'elles une analyse appréciative ; nous nous bornerons à les signaler, suivant leur degré d'importance, à l'attention des lecteurs.

La théorie de la glycogénie hépatique a reçu un nouvel appui dans la lecture du mémoire de MM. Poiseuille et J. Lefort. Ayant à faire intervenir le rôle que peut jouer cette fonction dans l'explication d'un certain ordre de phénomènes physiologiques dont il poursuit depuis longtemps l'étude, mais quelque peu ébranlé par les objections pressantes et redoublées qu'a soulevées la doctrine de M. Cl. Bernard, M. Poiseuille s'est proposé, avant d'aller plus avant, de reprendre *ab ovo* la question, et de vérifier par lui-même la solidité des fondements sur lesquels repose cette doctrine. Il a recherché, avec le concours de M. Lefort, le glycose (ou la glycose, comme les auteurs du *Dictionnaire Nysten* veulent qu'on dise), non-seulement dans le foie, mais encore dans tous les autres organes des animaux vertébrés. C'est le résultat de ces recherches que les auteurs ont consigné dans ce mémoire, dont les conclusions sont, ainsi qu'on peut le voir, confirmatives de la doctrine en question.

Deux communications sont relatives à l'étude des agents anesthésiques, dont médecins et physiologistes s'occupent toujours activement et avec raison, tant elle soulève de questions intéressantes à résoudre pour la science et pour les applications pratiques. L'une est une simple note de M. Piedagnel, sur une combinaison destinée à anesthésier les parties soumises à l'action d'un caustique ou d'un vésicant. Nous ajournons la publication de cette note, qui nécessitera quelques développements que nous ne pourrions pas lui donner ici. La seconde est un mémoire de M. le docteur Herpin, de Metz, sur l'emploi du gaz carbonique, l'un des agents anesthésiques qui ont été tout récemment l'objet de recherches expérimentales intéressantes de la part de M. le docteur Ozanam. M. Herpin s'est principalement proposé, dans ce travail, de rechercher les conditions spéciales de cet agent, auxquelles il serait nécessaire d'avoir égard dans ses applications à la pratique, et les indications qu'il paraît plus particulièrement apte à remplir.

Nous signalerons ensuite une note de M. L. Sandras, sur une affection nerveuse singulière ; un mémoire de M. Puech, sur la rétention de la menstruation, pour faire suite à ses recherches sur l'hématocèle rétro-utérine ; un mémoire de M. Reybard, sur les anus contre nature et sur les opérations autoplastiques qui leur sont applicables, etc.

Dans un ordre de faits un peu plus éloigné de l'objet habituel de nos études, nous aurions à mentionner encore, si l'espace ne nous faisait défaut, un rapport du plus zélé des rapporteurs, le vénérable M. Duméril, sur un mémoire de M. Fabre, d'Avignon, relatif à l'hypermétamorphose des méloïdes, fait nouveau et extraordinaire dans l'histoire des métamorphoses que subissent presque tous les insectes. Mais nous comptons sur notre collaborateur M. Renaud pour combler cette lacune.

Il nous reste enfin à signaler une communication importante ; c'est la relation faite par M. le professeur Sédillot d'un cas de lésions multiples et graves des os, dont la guérison constitue un des plus beaux faits de la chirurgie conservatrice. Nous réservons la publication détaillée de ce fait pour notre prochaine revue clinique.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de mécanique, en remplacement de M. Cauchy. Les candidats présentés par la section étaient MM. Clapeyron, Barré de Saint-Venant, Phillips et Rech. M. Clapeyron ayant réuni la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie. Les autres voix ont été réparties entre MM. Barré de Saint-Venant, Léon Foucault et Phillips. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. DELPECH.

Détails complémentaires sur un cas de gangrène du scrotum chez un sujet atteint de fièvre typhoïde.

Le jeune malade dont je vous ai parlé dans la séance précédente (1) a succombé comme nous l'avions prévu. L'autopsie, dont je vous présente les pièces, a démontré l'existence d'une fièvre typhoïde à la période d'ulcération.

Depuis que nous avions examiné ce malade, la gangrène du scrotum avait fait des progrès rapides ; elle s'était propagée à la paroi abdominale, et remontait vers la fosse iliaque.

L'examen des voies urinaires a confirmé l'opinion que M. le professeur Laugier avait exprimée devant vous. Se fondant sur la marche de la gangrène, il avait repoussé l'idée d'une infiltration urineuse dans les bourses (2).

L'absence de tout écoulement urineux, après l'incision, avait corroboré cet avis dont l'examen anatomique est venu complétement démontrer l'exactitude. Il s'agissait donc là d'un sphacèle uniquement dû à l'influence typhoïde et tout à fait analogue aux gangrènes variées qui se produisent dans la dothinentérie et que je vous ai signalées.

Sur une forme particulière de variole compliquée d'éruption purpurique, désignée en Angleterre sous le nom de VARIOLOUS RASCH.

Le malade sur lequel je veux aujourd'hui fixer votre attention est couché au n° 4 de la salle Ste-Jeanne. Il est âgé de seize ans, d'une constitution chétive, très-peu développé pour son âge. Il a été vacciné et porte aux deux bras des cicatrices caractéristiques. Il est à Paris depuis sept mois. Bien qu'il fût toujours un peu souffrant, il n'a interrompu ses travaux que depuis trois semaines. Il y a quinze jours, il a subi à la Charité un traitement par le kousso pour un ver solitaire qui paraît avoir été complètement expulsé. Il ne resta que trois jours à l'hôpital, du 3 au 6 février. Il y était couché à côté d'un malade atteint de variole confluente. Rentré chez lui, il y resta jusqu'au 17. Il était souffrant, et n'a pas pu reprendre ses travaux. Le 17, il fut obligé de s'aliter. Il avait la peau brûlante, un grand mal de gorge et des douleurs lombaires très-prononcées.

(1) Voir le numéro du 23 mars.

(2) Voici sur quels caractères et sur quel ordre de considérations M. Laugier s'est fondé pour établir ce diagnostic : Le scrotum, dans ce cas, était de la grosseur d'une tête d'enfant, globuleux, d'un rouge sombre dans presque toute sa surface, excepté à la partie moyenne et extérieure, où se voyait une longue eschare gris de fer. Des gaz étaient infiltrés sous cette eschare, et quant à la forme générale du scrotum, c'était celle de l'emphysème de cette partie plutôt que celle du phlegmon. Le pénis n'était ni violacé, ni rouge, ni infiltré de gaz ou de liquide. Le périnée proprement dit, c'est-à-dire l'espace compris entre les bourses et l'anus, n'offrait aucune tuméfaction, mais la souplesse ordinaire à la pression. Aucun antécédent ne donnait à penser qu'il existât une lésion dans l'urèthre. Tels sont les signes qui ont fait déclarer à M. Laugier qu'il n'était pas question d'une infiltration d'urine, mais seulement d'une gangrène spontanée, dont le caractère emphysémateux venait de la nature du tissu cellulaire de la région, facile à dissoudre par les gaz comme le tissu cellulaire des paupières.

L'infiltration urinaire aurait offert d'autres caractères : avec un pareil volume du scrotum la verge elle-même eût été infiltrée d'urine, emphysémateuse, contournée sur elle-même, en partie sphacélée ; le scrotum, avec ce volume, n'aurait pas été aussi également emphysémateux, mais en beaucoup de points plus compact, plus *phlegmoneux*. La loge inférieure du périnée entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose inférieure eût été remplie de pus et d'urine, et une tumeur médiane se fût étendue entre le scrotum et l'anus.

Il est douteux encore qu'avec un pareil volume du scrotum par infiltration d'urine, la région du pubis et des aines ne fût pas elle-même envahie.

En résumé, le sphacèle du scrotum devenu une tumeur du volume d'une tête d'enfant, emphysémateuse, rénitente, sans dureté, avec absence de tuméfaction au périnée, à la verge, au pubis et aux aines, chez un sujet atteint de fièvre typhoïde, tels sont les signes qui ont fait affirmer à M. Laugier l'existence d'un sphacèle indépendant de l'infiltration urineuse.

A son entrée, le 20 février, le pouls est à 76 ; la chaleur de la peau un peu augmentée. Au visage et sur les bras, on observe quelques petites pustules disséminées contenant une très-petite quantité de sérosité lactescente. L'apparition de ces boutons, qui appartiennent évidemment à une varioloïde légère, a eu lieu quarante-huit heures avant son entrée.

On voit donc, en se reportant aux antécédents, que la période d'incubation aurait été de douze jours, du 6 au 18 février environ. L'éruption aurait été précédée de trois ou quatre jours de prodromes. La précision des dates permet d'établir nettement la durée de la période d'incubation en même temps que celle des prodromes.

Mais ce qui chez ce jeune homme doit surtout attirer votre attention, c'est une éruption particulière dont on constate l'existence à la partie supérieure des cuisses et à la région hypogastrique, au voisinage du pli de l'aine.

Elle est constituée par de petites taches intradermiques, sans elevûre à la peau, d'une teinte écarlate, formant un pointillé très-fin et très-abondant, ne se réunissant pas en plaques, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt. Ces taches, de si près qu'on les examine, ne présentent à leur surface aucune vésicule.

Le malade n'accuse ni chaleur ni démangeaison. Il dit que cette éruption lui est survenue dans la nuit qui a précédé son éruption pustuleuse.

La langue offre une teinte écarlate très-prononcée. Elle est lisse, comme satinée, sans trace d'enduit. Le lendemain de l'entrée du malade, elle est encore lisse ; mais la teinte écarlate est remplacée par une couleur rouge sombre, comme ardoisée.

La gorge, encore douloureuse, est plus rouge qu'à l'état normal. La muqueuse est d'ailleurs libre de tout produit. A quel genre d'exanthème doit-on rapporter cette éruption ? Serait-elle due à la simple complication résultant de la présence indépendante et simultanée de deux exanthèmes ?

Il n'est pas très-rare en effet de voir ces affections se compliquer entre elles.

En 1847, M. Rostan (*Gazette des Hôpitaux*) eut à observer un malade chez lequel il constata l'existence de quatre éruptions distinctes : une roséole, une rougeole, une scarlatine et une variole.

L'éruption que nous avons sous les yeux ne peut être confondue avec un simple érythème d'origine gastrique qu'aurait déterminé chez notre malade l'administration du kousso. La date éloignée de l'apparition, la couleur écarlate, le pointillé de l'éruption qui ne disparaît pas sous la pression, nous font écarter un simple érythème.

La forme pointillée de l'éruption, l'absence de catarrhe nasal, de conjonctivite, ne permettent pas de soupçonner l'existence d'une rougeole.

Les deux affections avec lesquelles notre éruption a évidemment le plus d'analogie sont la scarlatine et le purpura.

La couleur de la langue le jour de l'entrée, sa surface lisse et comme glacée, offrent une certaine analogie avec l'aspect que présente le même organe dans la scarlatine. Le mal de gorge, sans être très-intense, avait cependant été assez douloureux pour attirer presque exclusivement l'attention du malade.

On serait donc tenté, au premier abord, de rapporter l'éruption à une scarlatine. Mais la scarlatine qui s'accompagne de taches cutanées hémorrhagiques ne se développe pas sans un cortége de symptômes beaucoup plus graves. Lorsqu'elle se limite, ce qui est rare, à une petite étendue de la surface de la peau, elle ne présente jamais ce caractère spécial. De plus, si on examine avec soin l'arrière-gorge, on constate que l'angine dont se plaint le malade doit être rapportée à la présence de ces pustules varioliques développées sur la muqueuse du pharynx et du voile du palais ; pustules dont l'évolution est bien plus rapide que celle des pustules cutanées, qu'elles précèdent et annoncent ordinairement.

Enfin la couleur rouge ou légèrement ardoisée de la langue, l'aspect glacé de sa surface se rencontrent souvent dans les irritations gastro-intestinales, et notre jeune malade était depuis longtemps sous l'influence d'une affection des voies digestives.

Reste donc le purpura. Mais ici encore, nous ferons remarquer que le purpura simplex se localise rarement d'une manière aussi limitée ; il ne disparaît pas avec autant de rapidité que l'éruption qui nous occupe ; il présente rarement ce pointillé fin que nous remarquons chez notre malade. Avouons cependant que c'est avec cette dernière affection que l'exanthème qui nous occupe présente le plus d'analogie.

Mais il faut faire ici une distinction. Quand même on classerait cette éruption parmi les affections purpuriques, devons-nous ici la considérer comme un purpura simple et coïncidant par hasard avec une affection variolique? Je ne le crois pas.

Cette éruption me paraît devoir être rapprochée de celles qui ont été décrites en Angleterre, où on a observé depuis longtemps leur coïncidence assez fréquente avec la variole. Les Anglais la désignent sous le nom de *variolous rash*. Dans le traité d'inoculation de Dezoteux et Valentin publié en l'an VIII, on trouve signalés plusieurs cas analogues. Dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1854, M. A. Moreau a relaté quatre observations de ce genre.

Chez notre malade, l'éruption paraît avoir été beaucoup moins étendue qu'elle ne l'est habituellement chez les malades observés par ces différents auteurs. M. Moreau a noté chez ses malades une multitude de petites pustules remplies de sérosité louche se renouvelant à plusieurs reprises, et surmontant les taches purpuriques.

Nous n'avons rien observé de semblable; mais les caractères de l'éruption sont bien évidemment les mêmes que ceux qui ont été signalés par ces différents auteurs. Cette éruption présente un intérêt assez grand, en ce qu'elle précède presque toujours de vingt-quatre heures celle des pustules varioliques. Dans les quelques cas que j'ai observés, j'ai pu prévoir et annoncer à l'avance le développement d'une variole et d'une variole bénigne.

Toutes ces observations s'accordent, en effet, à établir la terminaison favorable de la variole dans ces circonstances; terminaison d'autant plus remarquable que, le plus souvent, les médecins, en présence de ces éruptions, ont cru avoir affaire à une scarlatine ou à une variole hémorrhagiques, et que leur pronostic avait toujours été fort grave.

Dans tous les cas observés, la variole a toujours été à peine indiquée.

Il en a été de même chez notre malade. Les pustules varioliques, à peine formées, se sont desséchées du sixième au huitième jour, sans passer à la suppuration. Au bout de vingt-quatre heures, l'éruption purpurique était méconnaissable; elle ne consistait plus qu'en taches brunâtres, qui disparurent dès le lendemain. Dr P. Blachez.

HOPITAL COCHIN. — M. Beau.

De la gale.

Au n° 1 de la salle Saint-Jean est couché un jeune homme de 30 ans, atteint d'une affection du cœur par insuffisance aortique. Il porte de plus les traces non équivoques de la gale.

Une friction générale, faite avec l'essence de térébenthine, a suffi pour l'en débarrasser. Cependant la nuit suivante, la démangeaison s'étant manifestée sur le ventre, M. Beau pensa que quelques acarus avaient pu échapper à la première friction, et on en fit une seconde, qui fut toute-puissante.

A cette occasion, M. Beau a cru devoir présenter quelques considérations cliniques sur cette maladie, qui se présente si rarement dans son service.

La gale, dit-il, connue des médecins grecs, romains et arabes, ainsi qu'il résulte des savantes recherches de Dezeimeris, n'a été bien étudiée que depuis une vingtaine d'années. C'est, en effet, vers 1834 qu'on s'est mis d'accord sur sa cause unique, la présence de l'acarus, dont l'existence avait été jusque-là alternativement acceptée ou mise en doute. Les travaux de M. Renucci, qui, le premier à cette époque, vint montrer de nouveau l'acarus à l'hôpital Saint-Louis, et ceux de MM. Gras et Aubé, ont puissamment contribué à ce résultat. Les deux premiers se sont efforcés de prouver que la gale dépendait uniquement de la présence de l'insecte. Le troisième, qui est un de nos entomologistes les plus distingués, en étudiant la vie privée de cet animalcule, a éclairé la question de la transmission de la maladie.

La gale est une maladie cutanée sans gravité caractérisée par des vésicules transparentes et prurigineuses, siégeant surtout dans l'intervalle des doigts, aux poignets, dans le pli des articulations, enfin là où la peau est fine et délicate. Le prurit, fort incommode, augmente surtout la nuit et force les malades à se gratter jusqu'au sang. Les vésicules font alors place à de petites croûtes brunes. On observe principalement entre les doigts et aux poignets, de petits sillons ou mieux de petites voûtes sous-épidermiques, qui logent des insectes de l'ordre des arachnides et appelés sarcoptes de l'homme. Ce sillon au voisinage des vésicules est le signe pathognomonique de la gale. Par une de ses extrémités, il correspond à la vésicule, et se termine par l'autre à une petite bosselure où loge le ciron.

Cet acarus, du volume d'une pointe d'épingle à l'œil nu, se présente sous l'aspect d'un petit corps blanchâtre, se confondant avec la couleur de la peau; examiné au microscope, il a une forme globuleuse, ressemblant assez bien à une petite tortue, armée de huit pattes et garnie à sa surface d'appendices filiformes. C'est ce que chacun a pu voir dans les dessins très-exacts que M. le professeur Delafond, d'Alfort, a fait passer sous les yeux de l'Académie, il y a quelques semaines, en rendant compte d'un ouvrage fort important sur le sarcopte de l'homme et des animaux.

On trouve l'acarus principalement entre les doigts et aux poignets. On peut aussi, dans un cinquième des cas, d'après M. Bourguignon, le rencontrer ailleurs, aux plis, à la partie interne et antérieure des bras, au-dedans des cuisses et même sur le ventre; à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Blandin, M. Aubé a trouvé deux acarus sur le ventre d'un malade.

Cet animalcule est la cause unique de la gale, et si on a été si longtemps dans l'indécision, c'est qu'il échappait aux recherches par sa ténuité et par sa couleur, et que sa retraite n'était pas connue. La gale est donc une maladie symptomatique et non une affection idiopathique. On trouve dans un travail de M. J.-D. Renucci, publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, 9 septembre 1834, un fait péremptoire et qui prouve parfaitement que l'acarus seul est la cause de la gale.

« Ayant reconnu, dit-il, la grande facilité que nos compatriotes (Corse) avaient à extraire l'acarus, je me proposai un jour de choisir une jeune personne, dont l'œil exercé à faire cette opération m'était bien connu, pour la prier de parcourir attentivement tout l'individu d'un enfant couvert de gale et de faire l'extraction de tous les cirons qu'elle pourrait rencontrer. En effet, quelques heures après je fus assuré que l'enfant n'avait plus sur lui aucun de ces insectes. Habillé à neuf heures et remis entre les mains d'une personne bien portante, cet enfant n'éprouva aucun accident et continua à grandir plein de santé. »

Les nègres de la Guadeloupe jouissaient aussi, de temps immémorial, de la réputation de savoir extraire l'acarus du sillon qu'il occupe et de guérir ainsi la gale.

La gale est-elle contagieuse? Nul doute à cet égard. Mais comment se transmet-elle? Les expériences de MM. Lugol, Mouronval et Gras ont prouvé que, inoculé, le liquide des vésicules ne saurait reproduire la maladie. Aussi est-on généralement d'accord aujourd'hui que l'acarus est la cause unique de la contagion. Voyons donc comment il se transmet d'un individu à un autre.

La plupart des malades se souviennent qu'ils ont couché avec des galeux ou du moins avec des personnes ayant des démangeaisons sur le corps. Il en est cependant quelques-uns qui n'ont eu avec eux que de simples rapports, qui n'ont touché que leurs lits ou leurs vêtements. Ces derniers sont aux premiers comme 5 : 100.

Frappé de cette énorme différence, étonné surtout du peu de contagion qui se développe chez les infirmiers qui soignent les galeux et vivent au milieu d'eux, chez les médecins qui chaque jour les visitent, M. Aubé pensa à une cause qui jusqu'à lui n'avait pas été soupçonnée : il pensa que, comme beaucoup d'autres insectes, l'acarus pourrait bien être *nocturne*.

Il fit des expériences, et d'abord il plaça plusieurs acarus entre deux lames de cristal disposées de manière à ne pas gêner leurs mouvements, et les observa. Pendant le jour, ils se logeaient dans les angles des verres, s'y tenaient immobiles ou marchaient avec peine et ne parcouraient qu'environ une ligne en une minute. Pendant la nuit, au contraire, ils remuaient continuellement, allaient à droite, à gauche, en toutes directions, et parcouraient un espace quatre fois plus étendu.

Poursuivant ses investigations, il voulut observer l'action de l'acarus sur l'homme et en plaça un sur la partie antérieure de son poignet, et, pour ne pas le perdre de vue, fit près de lui un point avec de l'encre. A l'aide d'une loupe, il le vit parcourir une ou deux rides de la peau, et dans le fond d'une de ces rides enfoncer sa tête en soulevant fortement son abdomen à l'aide de ses quatre dernières pattes, et ouvrir l'épiderme, ce qu'*il reconnut à une légère démangeaison*. Il s'enfonça de plus en plus sous la peau, au point que deux heures environ après son application il fut perdu de vue. Les longs poils qui terminent ses quatre pattes postérieures étaient seuls perceptibles.

D'après cette expérience, on voit que le prurit commence avec l'infection, avec l'application de l'acarus. Il n'est donc pas exact de dire que, comme dans toute maladie contagieuse, il y a une période d'incubation très-variable; qu'elle est de quatre à cinq jours pour les enfants, de quinze à vingt pour les adultes; qu'elle peut être plus longue pour les vieillards. Non, il n'y a pas d'incubation; mais les contagionnés, n'y prenant pas garde les premiers jours, n'ont fixé l'apparition de la maladie qu'au jour où ils en ont été incommodés.

Ces expériences et ce fait que tous les galeux sont plus tourmentés la nuit que le jour tendaient à confirmer l'idée que le sarcopte de l'homme était un insecte nocturne. Ne trouve-t-on pas d'ailleurs des exemples analogues dans les mœurs de certains insectes, et en particulier parmi les parasites de l'homme? La punaise des lits, par exemple, ne tourmente l'espèce humaine que la nuit, et au petit jour elle se retire dans les lieux les plus obscurs, les fentes des murailles, les rainures du lit, les plis des matelas et des rideaux. Comme celle de l'acarus, la démarche de la punaise dans le jour est gênée, sa progression lente et pénible; mais aussi, comme lui, sa vivacité est remarquable la nuit, et elle échappe à nos poursuites par la rapidité de sa marche.

M. Duméril a cité un fait qui vient à l'appui de l'idée que certains insectes sont nocturnes. Il s'agit d'une petite arachnide, smaridie des moineaux, très-voisine de notre acarus et parasite des oiseaux.

« Cette espèce, dit-il, a été observée par nous, vivant en société dans les fentes des boiseries, près d'un endroit où l'on tenait accrochée une cage dans laquelle l'on élevait des serins. Il paraît que ces insectes sont nocturnes, et qu'ils profitent du sommeil des oiseaux pour venir les sucer. L'on ne peut observer ces insectes qu'à la loupe. »

Un autre motif qui milite en faveur de cette opinion, c'est précisément le défaut de rapport qui existe entre les vésicules et les sillons. Les mœurs nocturnes des sarcoptes étant admises, on l'explique facilement.

En effet, les parasites de l'homme peuvent se diviser en ceux qui vivent avec lui et sur lui comme les trois espèces de poux, et en ceux qui viennent l'attaquer et l'abandonnent après s'en être nourris comme la puce et les punaises.

L'acarus peut être rangé dans la première catégorie. Pour être plus en sûreté pendant le jour, il s'est creusé une espèce de terrier sous l'épiderme même, et c'est de là qu'il sort la nuit pour chercher sa nourriture. Il parcourt tout le corps et le pique sur plusieurs points. Chacune de ses morsures produit une petite vésicule qui dure plusieurs jours. On comprend donc qu'un petit nombre d'acarus peut ainsi, après quelques nuits, couvrir le corps d'un grand nombre de vésicules. A la pointe du jour l'insecte se retire dans les petites voûtes qu'il s'est ménagées, et qui pourraient bien aussi lui servir pour déposer ses œufs.

Cette idée une fois admise, que l'acarus est un animal nocturne, on comprendra facilement combien la contagion est facile la nuit pour ceux qui couchent avec les galeux, et combien elle doit être rare le jour. Les premiers sont atteints par les acarus en promenade, et les seconds ne peuvent qu'accidentellement prendre quelques acarus retardataires, lesquels se sont réfugiés dans les plis des vêtements.

Le traitement doit donc consister à tuer l'acarus, et tout médicament qui produit ce résultat est infaillible. L'essence de térébenthine jouit d'une grande efficacité sous ce rapport, sans doute à cause de sa fluidité, et par suite de la facilité avec laquelle elle pénètre rapidement et profondément les corps. Ce médicament, très-commun et d'un prix peu élevé, a de plus l'avantage de détruire les œufs de l'acarus, du moins si on en juge par l'expérience suivante :

« Un papier couvert d'œufs de vers à soie fut divisé en deux parties : l'une fut, au moyen d'un petit pinceau, couverte d'essence de térébenthine, l'autre laissée intacte. Ces deux papiers furent exposés à une chaleur constante de 25 degrés pendant environ une douzaine de jours; au bout de ce temps, les œufs qui n'avaient pas été imprégnés d'essence produisirent autant de petits vers à soie; les autres, au contraire, étaient secs et flétris. »

L'essence de térébenthine est donc un remède qui préserve contre les rechutes, puisqu'il détruit les œufs.

Un fait remarquable et qui vient corroborer toutes les idées que nous venons d'émettre, ajoute M. Beau, est le suivant :

Un de ses internes, habitant un pays où la gale était fréquente dans les campagnes, fut consulté dans un de ses voyages par une famille de cultivateurs dont les membres en étaient atteints depuis longues années. Connaissant les opinions de M. Aubé, il voulut en faire l'application, et ordonna à tous les membres de cette famille une friction générale sur tout le corps avec l'essence de térébenthine. Il recommanda de la faire la nuit dans l'obscurité, voulant livrer aux acarus en promenade une guerre à mort. Il réussit complétement, et il ne fut plus question de gale.

Quelques malades ne peuvent supporter l'odeur de l'essence de térébenthine, qui parfois cause de violentes céphalalgies; chez d'autres, à peau fine et délicate, elle développe des éruptions eczémateuses.

Dans ces cas, il faut avoir recours à d'autres médicaments, et nous n'en citerons que deux :

1° La pommade d'Helmerich, composée de 8 parties d'axonge, de 2 de soufre et 1 de potasse purifiée;

2° La pommade de M. le docteur Bourguignon (poudre de staphysaire, 300 grammes; axonge, 500 grammes). Il fait de quatre à six frictions par jour. La guérison pourrait être obtenue après quatre jours.

Une chose essentielle est de désinfecter les vêtements des malades en les purgeant de tous les insectes qu'ils peuvent contenir, et on arrive facilement et promptement en les exposant pendant une demi-heure environ à une température de 80 à 100 degrés. A cette température, en effet, l'acarus est tué ainsi que ses œufs.

Sans cette précaution, on s'exposerait à transmettre la maladie, car on doit savoir que le ciron peut vivre trois semaines hors du corps humain, et qu'à moitié mort de faim, s'il se retrouve dans de bonnes conditions, il reprend bientôt toute sa vitalité. Un galeux mort peut transmettre la gale si le sarcopte est encore vivant. On sait également que dans les maladies graves l'acarus semble engourdi, et qu'avec le retour de la santé il reprend une nouvelle énergie.

Ce serait le moment de parler de la *gale rentrée*. A l'époque où l'acarus fut enfin reconnu comme la cause unique de la gale, on tourna un peu en dérision les idées des anciens sur la gale répercutée. On ne pouvait admettre que le ciron détruit eût une influence ultérieure sur l'économie. C'est là une question profonde, et que M. Beau se réserve de traiter plus tard. Pour le moment, il faut savoir que le sarcopte n'est pour rien dans la répercussion de la maladie. Mais, de même qu'un vésicatoire produit par l'application des cantharides peut, par sa brusque suppression, entraîner de fâcheuses conséquences, de même la disparition instantanée de l'eczéma parfois général et chronique, qui est le produit de l'acarus, peut être suivie de maladies graves. C'est ordinairement l'organe le plus débile, le plus faible, le plus irritable qui devient l'aboutissant de tous les mouvements fluxionnaires, de toutes les oscillations humorales. Dr A. Nicolas.

COLONIE DU SÉNÉGAL. — M. Berville.

De la colique nerveuse, et de quelques autres maladies assez fréquentes.

La colique nerveuse, colique végétale, etc., m'a paru commune au Sénégal, soit comme complication, survenue dans le cours d'une maladie ou d'une convalescence, soit comme maladie. A ce dernier titre, elle s'est montrée presque toujours chez des hommes qui habitaient la colonie depuis plusieurs années; c'est ainsi que je l'ai vue chez des négociants français, qui tous avaient eu à souffrir, l'année ou les années précédentes, de fièvre intermittente, de diarrhée ou de dysenterie, et souvent de ces deux maladies. Les militaires et les marins qui m'ont fourni des sujets d'observation, ont présenté les symptômes de la colique nerveuse dans les mêmes conditions. Les uns après avoir été traités pour la dysenterie ou la fièvre, au mois de juillet, traversaient sans accidents les mois d'août et de septembre, et ressentaient les atteintes du mal dans le courant d'octobre ou de novembre; car les maladies sont rares comparativement depuis le mois de janvier jusqu'au mois de juin: c'est l'époque pendant laquelle les eaux sont basses, les marais desséchés, et pendant laquelle aussi la santé publique est le plus satisfaisante à Saint-Louis (la capitale des possessions françaises de la Sénégambie) et dans les postes. D'autres, n'ayant jamais souffert visiblement de l'insalubrité du climat, ressentaient pour première atteinte les crampes abdominales et articulaires caractéristiques de l'affection qui nous occupe. Quant aux conditions dans lesquelles se trouvaient les hommes qui éprouvèrent ces atteintes, les uns furent saisis pendant leur sommeil, — c'est le plus grand nombre; — les autres à la parade, pendant l'inspection ou les travaux du jour.

Pendant les voyages que je fis, à bord des avisos à vapeur de la station locale, j'ai pu remarquer combien ces trois maladies, la dysenterie, la colique nerveuse et la fièvre intermittente, arrivaient dans les mêmes circonstances; c'est ainsi que le plus souvent les laptots noirs étaient pris de fièvre intermittente ou rémittente à forme inflammatoire; les matelots européens nouvellement arrivés, de dysenterie ou de fièvre intermittente à forme le plus souvent bilieuse, tandis que la colique nerveuse, dans les mêmes circonstances, attaquait de préférence les anciens. Outre les hommes valides, j'ai dit que cette complication se présentait dans le cours ou à la fin des maladies en traitement à l'hôpital. Dans ce cas, elle n'a paru avoir aucune prédilection; blessé, fiévreux ou vénérien, tout malade débilité soit par une fièvre intermittente rebelle, soit par une dysenterie, une hépatite, un ou plusieurs traitements mercuriels, ou même par une abondante suppuration, était sous le coup d'une attaque de colique nerveuse. Cependant les Européens nouvellement arrivés dans la colonie, et qui furent pris de colique nerveuse durant les premiers mois de leur séjour, sont en petit nombre. Je ne me rappelle avoir vu qu'un seul cas dans ces conditions.

De tous les symptômes de la maladie, le plus apparent, celui qui semble le plus appeler l'attention du médecin, c'est la douleur: elle paraît surtout augmenter du troisième au cinquième jour. Son intensité est telle que les malades les plus courageux poussent des cris aigus, ne peuvent supporter ni leurs couvertures, ni même le drap le plus léger; ils changent continuellement de position. Je les trouvais accroupis, le dos arqué et la tête en bas; tantôt ils quittaient leur lit pour s'étendre sur le sol, couchés sur le ventre; tantôt ils se roulaient en tous sens sur le carreau, dont la fraîcheur, disaient-ils, leur causait un léger soulagement; quelques-uns, dans leur désespoir, voulaient mettre fin à leur existence. En posant la main sur le ventre, je l'ai souvent trouvé dur et bosselé; tantôt, au contraire, il était souple et n'offrait aucune résistance à la pression.

Le pronostic de cette maladie ne m'a point paru très-grave à Saint-Louis: un seul cas s'est terminé par la mort; c'était chez un homme jeune et de bonne constitution, mais débilité par une abondante suppuration résultant d'une plaie par arme à feu avec fracture comminutive de la clavicule, qui avait nécessité un séjour prolongé à l'hôpital. L'autopsie, faite avec soin, douze heures après la mort, n'a démontré aucune altération dans la cavité abdominale, le cerveau était intact; le cervelet et le bulbe rachidien seuls paraissaient ramollis. Cependant ceux de mes collègues dans la marine qui ont eu à bord des épidémies de coliques nerveuses, n'ont pas eu lieu de porter sur la maladie un pronostic aussi favorable.

M. le professeur Fonssagrives, dans son rapport au sujet de la campagne de l'*Eldorado* à la côte d'Afrique, parle de terminaisons funestes à bord des bâtiments de l'escadre, et seulement des navires à vapeur; je n'ai aussi rencontré la maladie qui nous occupe qu'à bord des avisos à vapeur de la station locale de Saint-Louis. M. Dutrouleau, médecin en chef de la marine à la Martinique, fait aussi mention de plusieurs cas de mort; la colique nerveuse s'est présentée à l'observation de ces praticiens éclairés avec un cortége de symptômes beaucoup plus graves que ceux qu'il m'a été donné de voir.

Traitement. — Les purgatifs seuls n'ont point paru d'une grande efficacité contre la colique nerveuse: le croton tiglium, en frictions sur l'abdomen, l'huile de ricin, le sulfate de soude, le séné, administrés en lavement, étaient gardés deux, quatre, douze et jusqu'à vingt-quatre heures, puis rendus sans matière fécale, et tels qu'on les avait introduits dans le gros intestin. Prescrits au début, ils déterminaient une évacuation plus ou moins abondante, sans que la maladie parût en rien modifiée dans sa marche. Nous avions même renoncé à ces tentatives infructueuses, qui fatiguaient les malades sans produire aucune amélioration notable. En mettant en parallèle les malades chez lesquels la médication évacuante fut employée, et ceux auxquels on n'a donné que de l'opium ou du chloroforme dans le but de modérer la douleur, j'ai pu constater que les uns et les autres ont présenté un amendement dans les symptômes du mal à peu près à la même époque, c'est-à-dire du quatrième au septième jour.

L'opium fut administré sous forme d'extrait en pilules de 5 centigrammes, données trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, ou bien encore par voie d'absorption. On mettait sous l'épiderme d'un vésicatoire ammoniacal appliqué à l'épigastre, ou plus souvent à la région lombaire, 2 centigrammes de morphine matin et soir. Le chloroforme était donné en potions, en lavements, ou bien en inhalations. On procurait toujours, par ce moyen, un soulagement momentané aux malades.

Contre une attaque de colique nerveuse survenue vers la fin du traitement d'une dysenterie aiguë, M. le docteur Mongrand employa l'extrait de belladone en frictions sur l'abdomen en même temps qu'il le faisait administrer en pilules de 0,05 centigr. données deux fois en vingt-quatre heures.

Cette médication produisit une amélioration plus rapide; le malade accusa un soulagement sensible le troisième jour et entra en convalescence le quatrième. A peu près à la même époque, un peu plus tôt peut-être, M. le professeur Fonssagrives employait le médicament et en constatait les avantages. Ces heureuses tentatives doivent d'autant plus encourager les praticiens à les répéter, que dans l'état actuel de la science il n'existe aucun moyen efficace d'arrêter dans sa marche cette cruelle maladie.

Quant aux autres maladies que j'ai pu voir parmi les peuples sédentaires, ce sont, pour la plupart, des affections de la peau, du tissu cellulaire, des parties génitales ou des yeux.

Je dois mentionner en première ligne l'éléphantiasis des Arabes, qui siégeait d'habitude aux membres inférieurs chez l'homme, et de préférence au sein chez la femme. Chez une de ces dernières, la tumeur avait près d'un mètre de long, et constituait une véritable gêne pour la locomotion, sans que la santé générale parût notablement altérée.

Je n'ai fait que traverser les villages qui renfermaient ces monstruosités, mais à propos des tumeurs des testicules ou de leurs enveloppes, je citerai l'observation d'un homme qui fut traité à l'hôpital et que j'ai pu suivre quelque temps.

Je ne parlerai que pour mémoire de la teigne qui afflige les enfants et les adolescents, ainsi que des eczémas chroniques qu'on trouve chez plusieurs sujets, et qui ne diffèrent en rien de ce que l'on remarque en France. La gale affecte plus spécialement la forme pustuleuse, et siége d'habitude aux fesses, aux cuisses et aux bras. Les indigènes la traitent avec des lotions et des fumigations de tabac, plante dont ils font un grand usage.

Les altérations qui intéressaient le tissu cellulaire pouvaient être attribuées, soit au développement dans ce tissu d'un corps étranger à l'économie, comme le dragonneau, soit à quelque maladie viscérale dépendant de la cachexie palustre, comme l'hypertrophie de la rate ou du foie, soit à quelque lésion chronique du tube digestif, comme la dysenterie, soit à toute autre cause moins apparente que je n'ai pu découvrir.

Le ver de Guinée, ou dragonneau, siége de préférence dans le tissu cellulaire sous-cutané qui recouvre le mollet et le pied, et surtout le dos du pied. On remarque qu'il se manifeste parmi les peuples qui habitent le bas du pays, où se trouvent beaucoup de marais. Sa présence occasionne parfois des douleurs intenses et une vive inflammation, jusqu'à ce que la suppuration l'amène au dehors. Il m'a paru que l'onguent mercuriel, aidé de cataplasmes émollients, favorisait cette terminaison. Des convulsions tétaniques et la mort survinrent chez un indigène qui portait dans le gras de la jambe un phlegmon dû à la présence du dragonneau. Ce fut le second cas de tétanos que j'aie vu au Sénégal. Le premier était apparu à Saint-Louis, chez un noir, le troisième jour d'une fracture comminutive de la jambe. La mort fut rapide dans les deux cas.

Les membres, et surtout les jambes, sont le siége d'ulcérations fréquentes, qui, entretenues par la mauvaise constitution des sujets, la nourriture insuffisante dont ils font usage et leur peu de soins de propreté, s'étendent jusqu'à la destruction du périoste, à l'ulcération des tissus osseux, et finissent par entraver la marche et par donner aux membres un aspect hideux.

L'œdème des extrémités, l'infiltration séreuse des jambes, existaient en même temps qu'une entérite chronique sur des hommes jeunes encore, qui traînaient ainsi leur existence pendant quelques mois pour succomber dans la saison froide. La plupart de ces observations ont été faites sur des individus appartenant à la classe des serviteurs. Dans les classes aisées, au contraire, les maladies des organes génitaux sont plus fréquentes; on y trouve beaucoup de varicocèles, de hernies, d'hydrocèles, et la tumeur formée par le testicule lui-même ou par ses enveloppes n'y est point rare. Elle est parfois d'origine syphilitique, car les maladies vénériennes ne sont pas rares parmi ces peuples; tantôt, au contraire, c'est un épaississement considérable du scrotum avec altération de nutrition et hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané.

Un de ces hommes, qui habitait un village proche de Saint-Louis, vint pour se faire traiter dans le service de l'hôpital civil, où je l'examinai avec M. Chassaniol, chirurgien-major de la marine, qui dirigeait le service dans cet hôpital. La maladie remontait à une dizaine d'années environ, d'après le récit qu'il nous a fait avec plus ou moins d'exactitude. Les deux testicules et la verge avaient complétement disparu; ils étaient remplacés par une tumeur discoïde, molle, du poids d'environ 19 kilogrammes, et qui placée sur une table et mesurée dans sa circonférence, avait environ 80 centimètres. Au milieu du disque charnu formé par la masse de tissus hypertrophiés, on distinguait un petit pertuis par lequel s'écoulaient les urines. La verge, la peau de la partie inférieure de l'abdomen, le scrotum et les testicules, semblaient s'être confondus pour former cette tumeur volumineuse, que le malade soulevait dans ses mains pour la déplacer ou bien pour éviter les chocs. L'état général, du reste, n'offrait aucune apparence d'altération; l'appétit était bon, le pouls normal, les fonctions digestives paraissaient s'accomplir régulièrement; le malade se promenait dans la cour, portant sa tumeur dans ses mains. Après huit mois de séjour à l'hôpital, avec les apparences d'une santé parfaite, il fut pris subitement de péritonite et succomba au bout de quarante-huit heures. Cet homme était musulman; il fut réclamé par ses coreligionnaires, et il nous fut impossible d'en faire l'autopsie.

Depuis cette tumeur énorme jusqu'au volume normal du testicule, j'ai pu voir une foule de degrés qui échappent à la description.

J'ai eu occasion d'observer un nyctalope. Quoique jeune, il était d'une grande maigreur; ses pupilles étaient dilatées, les paupières habituellement abaissées. Il ne pouvait voir que dans une chambre mal éclairée et des objets sombres, comme une malle, des souliers, etc. Dans le jour, il lui fut impossible de traverser la cour du poste sans se heurter contre quelque obstacle. Du reste, en ouvrant les yeux à la lumière, soit artificielle, soit naturelle, il déclarait souffrir beaucoup et ne tardait pas à verser des larmes. Le soir venu, on le voyait descendre sans hésitation un escalier assez roide, et il retrouvait aisément les objets que nous laissions tomber en l'invitant à les chercher pour le mettre à l'épreuve. Cet homme pouvait avoir vingt-deux ans environ. Il nous raconta que son infirmité datait de six mois, mais que depuis deux ans il ne pouvait souffrir sans peine la lumière du jour. Il fut occupé aux travaux des champs; mais depuis près d'une année il avait quitté ces fonctions pour être mis aux travaux domestiques du soir et du matin, et avait ainsi contracté l'habitude de se reposer le jour. Du reste, l'œil paraissait transparent, bien conformé, et l'on n'y pouvait constater aucune altération, soit dans ses milieux, soit dans ses membranes, ni même dans les parties voisines du globe. Les jours d'orage, il avait, disait-il, des lueurs de vision complète plus ou moins prolongées.

Dans le but d'aider à l'effet des soins hygiéniques spécialement appropriés, on appliqua une double bande de toile bleue sur les yeux du nyctalope pendant une partie du jour, et cette modification lui permit de se livrer à une promenade journalière. D'abord restreinte à une demi-heure de durée, elle fut prolongée de plus en plus; ensuite on l'obligea à garder le bandeau toute la nuit, et à mesure qu'il prenait des forces, la vision se modifiait. Il se rétablit, mais lentement.

Quant aux maladies des peuples de l'intérieur, qui sont surtout répandues dans la classe indigente, elles reconnaissent pour cause déterminante, les unes, les émanations maremmatiques, les autres, comme celles des yeux, l'action de la réverbération solaire sur la vue; mais quand on vient à mettre en parallèle les serviteurs et les hommes libres, qu'on voit dans quelle proportion énorme les maladies sévissent sur les premiers, on est conduit à rechercher une cause prédisposante, et je crois devoir m'arrêter à une alimentation insuffisante pour réparer les forces dépensées par le travail.

Espérons que notre commerce, qui prend chaque jour de l'extension au Sénégal, aura pour résultat d'introduire des réformes avantageuses dans l'hygiène de ces contrées, et que dès lors nous verrons diminuer, grâce aux bienfaits de la civilisation, le nombre des souffreteux et des malingres qui succombent tous les ans à une mort prématurée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 mars 1858. — Présidence de M. Despretz.

Fracture et luxation de l'astragale. — M. Sédillot communique une observation sous le titre suivant: Fracture et luxation de l'astragale; extraction de cet os en totalité et résection de l'extrémité articulaire inférieure du péronée et du tibia dont la molléole avait été réduite en fragments. Guérison avec conservation des fonctions du membre. Nous exposerons ce fait avec détail dans l'un des numéros prochains.

Existence du glycose dans l'organisme animal. — M. Poiseuille lit en son nom et au nom de M. J. Lefort un mémoire fait en commun sur l'existence du glycose dans l'organisme animal.

L'un de nous, dit M. Poiseuille, poursuivant ses recherches physiologiques sur les phénomènes de la respiration, ayant rencontré des résultats qu'il était impossible d'interpréter dans l'état actuel de la science, a pensé, à tort ou à raison, qu'une mutation du glycose par le poumon pouvait en rendre compte; mais c'était admettre la glycogénie. Or les objections radicales qu'avait soulevées cette doctrine dès son apparition pouvaient difficilement ne pas ébranler la foi la plus robuste; aussi avons-nous dû reprendre la question *ab ovo*, en l'examinant alors sous les faces diverses que nous suggérerait le sujet. Nous avons recherché le glycose non-seulement dans le foie, mais encore dans tous les autres organes des animaux vertébrés.

Glycose dans les poissons. — Sur une quarantaine de poissons de mer et d'eau douce, les uns ont offert du sucre dans le foie, $0^{gr},484$ à $1^{gr},50$ pour cent; mais les intestins, les rates, la laitance, les ovaires et la chair musculaire n'en avaient point : chez les autres, il n'y avait de sucre nulle part.

Glycose chez les grenouilles. — Les foies de ces reptiles ont donné $0^{gr},345$ à $0^{gr},632$ de sucre; les viscères et la chair musculaire, 0.

Glycose chez les oiseaux. — Mêmes résultats que pour les poissons : jamais de sucre dans les viscères; les foies en ont donné de 0 à $2^{gr},164$ pour 100.

Glycose chez les mammifères. — Un foie de lièvre, 0; de chevreuil, $1^{gr},092$; de trois lapins, 1^{gr} à $1^{gr},163$; de trois chats, $0^{gr},807$ à $2^{gr},305$; de deux loirs à l'état d'hibernation, $0^{gr},624$: absence de sucre dans les autres viscères et la chair musculaire.

Le glycose qu'on rencontre dans l'organisme y est-il introduit tout formé par la chair musculaire, ou, dans le cas des herbivores, résulte-t-il de la transformation en sucre d'une partie des substances alimentaires amylacées dans le tube intestinal? Peut-on étendre à d'autres organes que le foie, et en particulier aux parois intestinales, la faculté de produire du sucre? Avant de rapporter les diverses expériences que nous avons faites relativement à ces différents points, rappelons que nous avons trouvé souvent du sucre dans la chair musculaire du cheval dont se nourrissaient nos chiens, et aussi dans la chair de mouton, de veau, de bœuf, de porc, qui sert à l'alimentation de l'homme, mais en quantité bien minime : quelques milligrammes pour 100 grammes de chair.

Chien à jeun depuis soixante heures; poids, 33 kilogrammes; nourri depuis un mois et demi de viande de cheval, il consommait chaque jour de 3 à 4 kilogrammes de chair crue. Foie, $1^{gr},487$ de glycose; lymphe extraite du canal thoracique, $0^{gr},141$; sang des veines hépatiques, $0^{gr},821$; sang de la veine-porte recueilli des arcades anastomotiques, des veines mésaraïques, 0; sang de la carotide, sang de la veine-cave inférieure près du bassin, intestins grêles, ganglions mésaraïques, cœur gauche, poumons, reins, cerveau, urine, chair musculaire, 0; cœur droit, traces.

Aucun de ces liquides ne contenait de dextrine; il en a été de même des organes, à l'exception du foie et des muscles, dont la décoction a donné une teinte rouge avec l'eau iodée.

Nous voyons que le foie seul contient du sucre, et que le sang de la veine-porte n'en offre pas, contrairement aux observations des adversaires de la glycogénie animale. Sans nul doute, ce sang, par suite de l'alimentation précédente, renferme les éléments propres à former du glycose; mais c'est le foie qui est chargé de cette transformation.

Nous remarquons, en outre, que la lymphe du canal thoracique contient du sucre; d'où peut-il venir? Est-ce des intestins? est-ce du foie? Mais si le glycose était absorbé par les radicules des vaisseaux chylifères, des villosités intestinales, on en trouverait nécessairement dans les parois de l'intestin, et il n'y en a pas; le sucre vient donc des nombreux lymphatiques qui vont du foie au canal thoracique.

Deux autres expériences faites sur des chiens d'aussi forte taille, mais à jeun depuis trente-six et quarante-huit heures, ont donné les mêmes résultats.

Cheval en pleine digestion. — Il avait pris 10 litres d'avoine, et la veille et l'avant-veille de l'expérience et le jour même encore 10 litres à des heures différentes. Foie, $2^{gr},292$; sang des veines hépatiques, $1^{gr},128$; chyle, $0^{gr},222$; lymphe venant de la tête et du cou, $0^{gr},442$; sang de la carotide, $0^{gr},069$; sang de la jugulaire au-dessus de la ligature, $0^{gr},050$; sang de la veine porte au-dessus de la ligature, $0^{gr},065$; sang de la veine-cave inférieure au-dessous de la ligature, $0^{gr},057$; mucus de l'intestin grêle, intestins grêles, chair musculaire du cœur et chair musculaire du système locomoteur, traces; pancréas, douteux; ganglions mésentériques, rate, reins, cerveau, poumons, urine, 0; synovie de l'articulation fémoro-rotulienne, $0^{gr},142$.

Une autre expérience faite sur un chien de 39 kilogrammes, en digestion, a donné des résultats tout à fait analogues.

Ici nous constatons du glycose non-seulement dans le foie, les veines hépatiques, le chyle comme précédemment, mais encore dans le sang artériel, la lymphe, le sang de la veine-porte, celui des veines-caves inférieures et supérieures, et aussi dans les parois de l'intestin grêle et dans la chair musculaire.

Le sucre fourni par le foie dans les conditions physiologiques où se trouve l'animal, étant en très-grande quantité, n'est plus détruit entièrement, comme précédemment, en allant de cet organe au poumon; de là la présence du glycose dans le sang artériel; aussi en rencontre-t-on, toutes choses égales d'ailleurs, dans la lymphe, le sang de la veine-porte, les parois intestinales, qui peuvent aussi en porter dans les matières alimentaires parcourant le tube digestif.

Sur quels faits la glycogénie intestinale s'appuie-t-elle pour réclamer sa part dans la glycogénie animale? Non sur des recherches qui auraient eu pour objet de constater la formation du sucre dans les parois intestinales, comme il eût paru naturel de le faire, mais sur la présence du glycose et dans le chyle et dans la lymphe; nous en avons, en effet, trouvé dans ces deux liquides, comme l'indiquent les deux expériences précédentes; le chien en a donné $0^{gr},166$ pour la lymphe, et le cheval $0^{gr},442$. Mais si nous cherchons la quantité de sucre fourni par un vaisseau lymphatique du mésentère venant alors directement de l'intestin, ainsi que le choisit l'auteur même de la glycogénie intestinale, que trouvons-nous chez une vache en digestion, comme le cheval et le chien? $0^{gr},186$. Ce résultat, comparé aux précédents, $0^{gr},166$, $0^{gr},442$, peut-il même faire soupçonner que l'intestin grêle soit le siége d'une production de sucre, lorsque les lymphatiques d'autres parties du corps, loin d'en donner une bien plus petite quantité, comme l'exigerait cette hypothèse, en produisent, au contraire, des quantités égales, et même plus considérables?

Ces observations viennent surabondamment prouver que la glycogénie intestinale n'a aucune raison d'être.

De tous les faits consignés dans ce travail, il résulte que chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, considérés immédiatement après la mort, on rencontre toujours une grande quantité de glycose dans le foie; que la présence de ce principe dans d'autres points de l'organisme est accidentelle, temporaire, et n'est due qu'à ces conditions physiologiques particulières, qui provoquent dans cet organe une plus grande production de sucre. Si ces faits sont bien constatés, ils démontrent que dans les vertébrés, de tous les organes, le foie seul forme du sucre. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Anesthésique local. — M. PIEDAGNEL communique une note sur un anesthésique local. (Nous publierons cette note prochainement.)

Gaz carbonique comme agent anesthésique. — M. J. CH. HERPIN (de Metz) adresse une note sur ce sujet.

L'emploi du gaz carbonique comme agent anesthésique, dit-il, doit satisfaire à certaines conditions auxquelles il faut nécessairement avoir égard.

1° Le gaz carbonique pur ou même mélangé avec un égal volume d'air atmosphérique, lorsqu'il est appliqué sur les yeux, produit une sensation de brûlure si vive, qu'on ne peut ordinairement supporter l'action du gaz sur cet organe pendant plus de cinq à six secondes.

2° En contact avec la muqueuse nasale, il l'irrite et la pique vivement, comme ferait l'ammoniaque.

3° Ce gaz pur, ou mélangé avec 50 pour 100 d'air, est irrespirable; il détermine l'occlusion convulsive de la glotte, et par suite un commencement de suffocation.

Il suit de là : 1° que l'on ne peut pas inhaler le gaz carbonique pur, et qu'il faut le mélanger avec une forte proportion d'air atmosphérique; 2° que l'on doit éviter de mettre ce gaz en contact avec les yeux et les narines.

Dans les expériences que j'ai faites à la grotte du Chien, bien que le gaz carbonique y soit mélangé avec beaucoup d'air et d'azote, j'ai observé que les chiens qui ont déjà servi pour ces sortes d'essais résistent de toutes leurs forces lorsqu'on veut les faire entrer dans la grotte, qu'il faut les y traîner et les maintenir en place, parce qu'ils se débattent vivement, et lorsque ces animaux, exposés à l'air après l'expérience, sont revenus au sentiment, ils s'enfuient aussitôt bien loin de la grotte. L'impression qu'éprouvent les animaux ainsi exposés à l'action du gaz de cette grotte est évidemment douloureuse. Un semblable mélange ne pourrait donc pas être employé avantageusement pour déterminer l'anesthésie chez l'homme.

Lorsque le gaz carbonique est pur ou en proportion considérable dans un mélange d'air ou d'autres gaz irrespirables, la suffocation a lieu très-promptement; elle est accompagnée de râle, de convulsions violentes; la bouche est écumeuse; la langue est souvent coupée par suite des mouvements convulsifs des mâchoires; il survient des évacuations involontaires; les veines jugulaires sont gorgées de sang; le visage est très-gonflé; il y a quelquefois rupture des vaisseaux sanguins. En général, les traits de la figure et toute l'habitude du corps présentent l'expression d'une vive souffrance. Dans ce cas, les secours administrés, même quelques minutes après l'accident, sont le plus ordinairement impuissants. A l'autopsie, on trouve les poumons fortement distendus; ils ont une couleur violacée; les cavités du cœur, surtout la droite, sont gorgées de sang; mais les vaisseaux encéphaliques sont à peine injectés.

Mais lorsque le gaz carbonique est mélangé avec une proportion considérable d'air atmosphérique (80 à 90 pour 100), les choses se passent d'une manière bien différente; les effets anesthésiques ont lieu peu à peu, sans suffocation, sans douleur, sans perturbations graves apparentes. Ici l'action du gaz se porte plus spécialement et primitivement sur le cerveau et le système nerveux. Il y a une sorte d'apoplexie nerveuse, de paralysie. Le malade éprouve d'abord des étourdissements, du vertige, qui sont bientôt suivis d'un état soporeux et comme cataleptique. Le pouls, qui d'abord était accéléré, diminue de force et de fréquence; les battements du cœur deviennent de plus en plus faibles; la respiration rare et presque imperceptible. L'insensibilité et l'anesthésie se manifestent graduellement d'une manière plus ou moins complète; mais ici les traits du visage ne présentent aucune altération; ils conservent l'empreinte du calme et d'un sommeil profond et agréable. A l'autopsie, on trouve les poumons déprimés, flétris et légèrement rougis; les cavités du cœur contiennent peu de sang, mais les vaisseaux sanguins encéphaliques sont remplis et fortement injectés. Dans le second cas, le sujet peut être rappelé facilement à la vie, même après un temps assez long de mort apparente.

L'intensité et la rapidité des effets produits par l'inhalation de l'air chargé de gaz carbonique varient suivant les individus; on a vu des hommes tomber rapidement dans un milieu méphitique, tandis que d'autres y ont résisté pendant quelque temps. Le gaz carbonique agit plus promptement et plus énergiquement sur les personnes très-sensibles, ou dont la poitrine a beaucoup de capacité, sur les enfants, sur les femmes; il peut aussi déterminer l'avortement chez les femmes enceintes.

Dans l'échelle zoologique, les oiseaux sont le plus rapidement asphyxiés par l'acide carbonique.

Les mammifères résistent trois fois plus longtemps que les oiseaux.

Les sauriens, les batraciens, et les mollusques surtout y vivent pendant plusieurs heures.

Les insectes y vivent pendant un temps considérable.

Au point de vue de l'application du gaz carbonique à la thérapeutique chirurgicale, comme agent anesthésique général, nous pensons, dit l'auteur en terminant, qu'il serait convenable de produire ou de déterminer l'anesthésie par le chloroforme, puis de continuer l'effet anesthésique au moyen du gaz carbonique mélangé avec une forte proportion d'air atmosphérique (80 à 90 p. 0/0 d'air).

De cette manière on éviterait les dangers et les inconvénients que présente l'emploi du chloroforme seul; car on pourrait graduer à volonté la force du mélange, et par conséquent graduer aussi l'intensité de l'action anesthésique, et surtout en prolonger presque indéfiniment la durée, sans mettre en danger la vie du malade. (Commission nommée pour deux communications de M. Ozanam sur l'anesthésie : MM. Dumas, Pelouze et Balard.)

Eaux minérales alcalines gazeuses de Condillac. — M. SOCQUET adresse un mémoire sur les eaux minérales alcalines gazeuses de Condillac, considérées comme eaux hygiéniques et comme agent thérapeutique.

Condillac, dit l'auteur, réunit par ses deux sources ce qui se trouve ordinairement séparé, à savoir : d'une part une eau éminemment hygiénique (eau de table), propre à faciliter les digestions, à tempérer les ardeurs de la soif et à remplacer l'eau potable (source Anastasie), et d'autre part un agent précieux comme moyen thérapeutique dans les maladies chroniques des voies digestives (gastralgie, dyspepsie, diarrhées avec flatuosités), ou des voies urinaires (gravelle, catarrhe vésical), ou des organes génitaux (leucorrhées, engorgements de l'utérus), ou générales comme la chlorose (pâles couleurs), la scrofule, et un grand nombre de troubles nerveux qui dépendent d'un état particulier du sang (source Lise); par l'acide sulfhydrique uni aux autres éléments, elle devient aussi très-efficace dans les bronchites chroniques (toux invétérées) et les diverses affections de la peau (dartres). C'est à la réunion heureuse, mais rare, de toutes ces conditions que les eaux minérales de Condillac doivent la réputation dont elles jouissent déjà et qu'elles sont destinées à voir s'agrandir à juste titre dans un prochain avenir.

Affection nerveuse singulière. — M. L. SANDRAS communique un mémoire sur une affection nerveuse singulière.

Le sujet de cette observation est un frère de l'auteur, qui, à l'âge de onze ans et trois mois, éprouva subitement et sans cause bien connue, une altération de la vue qui lui rendait la lecture impossible, quoiqu'elle ne l'empêchât pas de distinguer les objets qui l'entouraient. Cet accident, qui s'est répété fréquemment pendant près de trois années (du 19 septembre 1854 au 20 août 1857), et dont la durée variait de quelques heures à des mois entiers, était accompagné habituellement de céphalalgie intense, d'ailleurs sans nul trouble de l'intelligence. Elle s'était montrée, avons-nous dit, sans cause connue; du reste, on l'attribua successivement à un refroidissement, à une chute ayant déterminé une commotion cérébrale, à une congestion de la choroïde, à un état anémique, à la dentition, à des vers intestinaux, à des tubercules dans le cerveau, enfin à une simulation. Les divers traitements essayés en vue des causes supposées paraissent avoir été tous impuissants; la guérison a eu lieu pendant l'usage des bains de mer. Le dernier accident avait offert cette particularité qu'après une lecture qui n'avait pas été très-prolongée, il y eut une sorte de fatigue de la vue qui se manifestait par l'obligation de rapprocher de plus en plus le livre des yeux.

Rétention de la menstruation. — M. PUECH fait sous ce titre une communication qui se rattache à celles du 22 février et du 8 mars, et qui fait partie des recherches de l'auteur sur l'hématocèle rétro-utérine. Sa note est renvoyée à l'examen des commissaires précédemment désignés : MM. Velpeau, J. Cloquet.

Nouveau procédé d'autoplastie. — M. REYBARD envoie un mémoire sur un nouveau procédé d'autoplastie, dit par adossement des lambeaux, dans le traitement des anus contre nature.

L'auteur de ce mémoire fait connaître, outre le procédé autoplastique mentionné dans le titre, un nouveau mode de suture enchevillée. On y trouve de plus deux observations d'anus contre nature guéris par le procédé décrit.

Ce travail étant destiné au concours Montyon, l'auteur y a joint, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme particulièrement neuf dans son travail. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. AULAGNIER adresse dans le même but une analyse en double copie de son *Histoire topographique et médicale de Baréges.* (Réservé pour la future commission des prix de médecine.)

— M. SOYER adresse pour le concours du legs Bréant un mémoire sur la nature et le traitement du choléra-morbus. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour ce concours.)

— M. PENARD soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Moyen de rendre l'art de la natation moins difficile et moins dangereux.*

Le moyen imaginé par M. Penard consiste principalement à garnir les mains du nageur d'un gant garni dans l'intervalle des doigts de membranes qui transforment en quelque sorte cette main en une patte de palmipède. (Commissaire : MM. J. Cloquet, Delaunay.)

— M. LAGOUT présente au concours pour le prix dit des arts insalubres une note ayant pour titre : *Salubrité des habitations obtenue au moyen de matelas d'algue marine.* (Réservé pour la future commission.)

— M. FLOURENS présente, au nom de l'auteur M. André Retzius, un opuscule intitulé : *Coup d'œil sur l'état actuel de l'ethnologie en ce qui concerne la forme de l'enveloppe osseuse du cerveau.*

Ce mémoire, remarque M. le secrétaire perpétuel, fait partie d'un travail fort important pour l'anthropologie des races du Nord. Comme les résultats auxquels l'auteur est arrivé dans des recherches consciencieuses et poursuivies avec une grande persévérance ne me paraissent pas aussi connus qu'ils méritent de l'être, j'avais d'abord songé à demander que l'ensemble de ces publications, qui sont en langue étrangère, fût renvoyé à l'examen d'un membre de l'Académie qui en eût fait l'objet d'un rapport verbal; mais je crois qu'il vaut mieux encore qu'elles soient jugées par une commission, et je propose en conséquence de les comprendre dans le nombre des pièces qui concourront pour les prix de la fondation Montyon. (Réservé pour la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

La commission d'organisation de l'*Association générale de prévoyance des médecins de France* s'est réunie dimanche dernier. M. Rayer a annoncé qu'un projet avait été rédigé par l'un des membres de la commission, Me Bethmont, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats près la cour de Paris. La commission s'est ensuite constituée par la nomination du bureau. Ont été élus : *président*, M. Rayer; *vice-président*, M. Serres; *secrétaire*, M. Latour; *vice-secrétaire*, M. Bertillon.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 MARS 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux graves autorités se sont fait entendre aujourd'hui dans la question de la fièvre puerpérale, M. P. Dubois et M. Cruveilhier. M. Dubois paraît peu convaincu de l'opportunité de cette discussion, si l'on subordonne sa convenance aux lumières qu'elle devra répandre sur le sujet ; mais il reconnaît l'utilité qu'il peut y avoir à mettre à contribution les opinions et l'expérience des hommes compétents, pour faire connaître l'état de la science sur ce point. M. Dubois, avant de définir la fièvre puerpérale, commence par établir les limites qui la séparent d'un groupe de phénomènes pathologiques le plus habituellement sans gravité, que l'on observe fréquemment chez les femmes en couches dans les établissements hospitaliers. Il n'admet pas que la fièvre puerpérale ne soit qu'un degré plus élevé des phénomènes bilieux ou inflammatoires qui constituent ce groupe pathologique. Il montre ensuite qu'au point de vue de ses caractères anatomo-pathologiques la fièvre puerpérale diffère essentiellement de la plupart des affections fébriles et continues susceptibles de devenir mortelles. Elle en diffère surtout en ceci, que, contrairement à ce que l'on observe dans les fièvres essentielles, elle n'a pas de caractère anatomique qui lui soit propre.

Qu'est donc pour M. Dubois la fièvre puerpérale? Est-ce l'infection purulente? l'infection putride? est-ce enfin une fièvre essentielle, c'est-à-dire le résultat de l'intervention d'une cause générale inconnue encore dans son essence et dont l'un des premiers effets serait une altération des liquides et surtout du sang? — M. Dubois déclare ne croire ni à l'infection purulente ni à l'infection putride. Il admet dans la fièvre puerpérale une altération primitive du sang par une cause encore inconnue. Dans cette affection, l'état fébrile n'est pas plus la cause de l'inflammation que celle-ci n'est la cause de la fièvre, et toutes deux sont les effets simultanés d'un même principe. Ce n'est à ses yeux encore qu'une hypothèse, mais une hypothèse très-admissible, la seule à laquelle il soit possible de se rallier, après la ruine de toutes les autres.

Quant à l'opinion émise par M. Trousseau et dont M. Dubois a retrouvé les traces dans un travail publié il y a dix ans par M. Simpson, il ne méconnaît pas ce qu'il y a de frappant et d'ingénieux dans les analogies sur lesquelles elle est fondée; mais ce ne sont que des analogies. La fièvre puerpérale et la fièvre chirurgicale n'en restent pas moins deux affections distinctes.

Telle est la substance du discours de M. Dubois. Les derniers points de son argumentation le conduisaient naturellement à l'examen de la question si délicate de la contagion. Il s'est engagé à la discuter dans la prochaine séance.

M. Cruveilhier s'est montré un peu moins conciliant que M. Dubois, à l'égard de la « petite tentative de révolution nosologique de M. Trousseau » ; les analogies l'effrayent, il en redoute les dangers en pathologie, et surtout en médecine pratique. Aussi a-t-il commencé par déclarer qu'il n'entendait parler que de la fièvre puerpérale *classique*, et nullement de la fièvre puerpérale *analogique*. M. Cruveilhier, d'après l'expérience qu'il a acquise par plusieurs années de service à la Maternité, distingue des périodes de bénignité et de malignité dans l'état sanitaire de cet établissement. Ces dernières lui ont paru coïncider à peu près constamment avec le maximum de population. L'encombrement serait donc un des principaux éléments étiologiques de la fièvre puerpérale. De là une conséquence pratique, que l'expérience a d'ailleurs sanctionnée, c'est qu'il n'y a qu'un seul moyen de mettre un terme aux progrès de l'infection, c'est l'évacuation des salles envahies par l'épidémie.

M. Cruveilhier a commencé l'examen de l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale. Mais le temps ne lui ayant pas permis de terminer cette partie importante de son discours, il a dû en remettre la suite à la prochaine séance.

Dr Brochin.

DU RÉGIME DANS LE TRAITEMENT DES SCROFULES et de la phthisie.

Par M. le docteur PFOHLER, médecin en chef de l'hôpital militaire de Moscou.

« Une longue pratique, tant privée qu'hospitalière, a fourni à notre honorable confrère de fréquentes occasions de vérifier les bons effets du régime qu'il impose aux phthisiques et aux scrofuleux. « Allez, venez, à pied, à cheval, comme vous pourrez, mais allez ! » a dit M. Rufz aux poitrinaires de la Martinique. Ce conseil, M. Pfohler le donne également aux Moscovites tuberculeux ; il leur prescrit la promenade au grand air, en équipages à ressorts ou en simple *téléga*, sans égards pour le temps qu'il fait. Néanmoins, suivant le médecin russe, ces promenades ne peuvent être avantageuses qu'à certaines conditions. Ainsi, dans le cas où il y a irritation du parenchyme qui environne les tubercules, lorsque ceux-ci sont déjà ramollis, lorsqu'il y a hémoptysie, fièvre hectique, le malade doit être plus circonspect, sans toutefois renoncer au mouvement et garder inactivement la chambre. En d'autres termes, tant que les tubercules sont *adolescents*, il faut les promener au grand air.

» Quant au régime alimentaire, M. Pfohler est d'avis qu'on laisse le phthisique se nourrir d'après les suggestions de son instinct, mais il n'admet pas que la *dieta carnea et vinosa*, préconisée par les médecins anglais, puisse convenir au même degré, sous toutes les latitudes. Il en est de même du *caviar* salé et pressé, que consomment par goût les Russes atteints de tuberculisation pulmonaire.

» Tout en reconnaissant l'influence du climat sur la prédilection instinctive que certains peuples témoignent pour certains aliments, M. Pfohler se fait néanmoins un devoir de prescrire à ses compatriotes devenus tuberculeux l'usage du raisin, des légumes herbacés, du lait, et particulièrement du *koumiss* ou lait fermenté des juments tartares, dans les cas de phthisie chronique avec symptômes de ramollissement imminent ou présent ; le koumiss convient surtout aux sujets lymphatiques, mais quand le travail de tuberculisation s'accompagne d'un mouvement fébrile, celui-ci indique la nécessité de la diète et du repos absolu.

» Pour M. Pfohler, la scrofule et la phthisie ne diffèrent l'une de l'autre que par le siége des lésions : les tubercules sont des ennemis cachés, et les scrofules des ennemis visibles. Il applique par conséquent le même traitement dans toutes les périodes parallèles de ces deux affections. C'est une coutume assez générale chez le peuple russe, dit-il, de pourvoir à la cure de la scrofule par l'usage du *schnapps* (eau-de-vie de grains) ; cette boisson réussit assez bien aux individus pâles et lymphatiques, mais elle n'aurait que des effets fâcheux pour les phthisiques qui présentent des symptômes d'irritation pulmonaire. »

Telle est la traduction exacte et abrégée des réflexions que veut bien nous adresser l'honorable praticien de Moscou, à propos d'un travail sur ce sujet publié par M. Champouillon. Nous laissons à notre collaborateur le soin de faire un retour sur les idées qu'il a précédemment exprimées soit pour les modifier, soit pour les commenter.

Admettre et traiter des phthisiques dans un hôpital est une tradition barbare à laquelle nous restons attachés, même en dépit de la raison et de l'expérience clinique, car il est bien démontré que c'est particulièrement dans les hôpitaux que naissent, se développent et mûrissent les tubercules; le mal non-seulement est bien connu, mais ses causes se dénotent d'elles-mêmes.

En effet, l'hôpital est une résidence presque toujours sinistre et malsaine. Les malades y ont continuellement sous les yeux le spectacle de la douleur et de la mort. Enclins à la tristesse, il leur manque, pour s'en défendre, les consolations affectueuses et encourageantes de la famille. Chacune des salles limite une masse d'air stagnant qui réunit habituellement toutes les conditions possibles de maléfice. La proportion d'oxygène dévoré par la respiration, le chauffage, l'éclairage, y est remplacée par de l'acide carbonique et d'autres gaz irrespirables, par les produits volatils et putrescibles de la transpiration pulmonaire, de l'exhalation cutanée et des sécrétions normales ou morbides. Toutes ces matières nuisent à l'hématose ou se convertissent en miasmes d'autant plus dangereux qu'ils agissent sur des constitutions affaiblies.

Les procédés d'aération même les plus ingénieux, ne remédient qu'incomplétement à ce genre de méphitisme.

L'air confiné des hôpitaux est funeste à ceux qui les respirent, non-seulement à cause des changements qu'il subit dans sa composition, mais aussi par le défaut de son mouvement et de l'influence solaire. On sait combien la stagnation de l'atmosphère est contraire à l'hématose et à la nutrition, tandis que l'air qui s'engouffre avec un certaine violence dans l'appareil respiratoire y favorise le déplissement vésiculaire, agit sur le sang veineux par une surface plus étendue, et prévient le cantonnement dans les bronches des résidus gazeux de la combustion pulmonaire. Sous l'influence de l'obscurité ou d'une insolation fugitive, il y a tendance de l'organisme à l'étiolement, exubérance des fluides blancs, réalisation prochaine de certains états pathologiques, tels que la scrofule et la phthisie. C'est, en effet, parmi les individus que la misère confine dans les hôpitaux, dans les prisons ou les ateliers, dans les quartiers les plus sombres et les plus encombrés des grandes villes, que l'on rencontre surtout les rachitiques et les tuberculeux.

C'est un fait incontestable que l'état uniforme de l'atmosphère et ses altérations, que l'inaction musculaire, que le manque ou l'insuffisance d'insolation, que l'encombrement surtout, en quelque lieu qu'il sévisse, engendrent les tubercules et précipitent leur évolution. Ce qui m'a frappé souvent, ce qui m'afflige toujours, c'est de voir des hommes rhumatisants, par exemple, tourner à la phthisie par le seul effet de la prolongation de leur séjour dans nos hôpitaux. Il est plus commun encore que des tubercules larvés ou indolents se démasquent ou s'animent et entrent en fusion avec une rapidité proportionnelle au degré d'accumulation des malades dans les salles. Ces effets de l'encombrement sur les agglomérations humaines se répètent pour une famille, même pour un individu seul, lorsqu'il y a disproportion du cube d'air dont cette famille ou cet individu dispose, avec les besoins de la vie pendant un temps donné. Il n'y a de différence que dans l'étendue de la sphère de propagation.

L'air pur et libre est donc l'élément fondamental de la vie et de la santé. La réclusion domiciliaire, à poste fixe, est pour l'homme sain, comme pour certains malades, un état contre nature particulièrement défavorable aux sujets atteints ou menacés de tuberculisation pulmonaire. Chez les peuples pasteurs, qui vivent sous la tente, la phthisie est à peu près inconnue ; pendant mon séjour à l'armée d'Orient, où nos hommes étaient campés, je n'ai eu à traiter que deux cas de cette affection. Aussi, personne plus que moi n'est partisan de la vie extérieure pour les tuberculeux ; je l'ai toujours recommandée, mais non *sans égard pour le temps qu'il fait*.

Le moment et la durée des échanges entre l'air confiné et l'air libre doivent au contraire se régler d'après l'indication des climats, des localités, des saisons, des qualités présentes de l'atmosphère, de l'habitude, des complications actuelles ou possibles de la maladie. Soumettre un tuberculeux au froid, à la pluie, au mistral, etc., ce serait à coup sûr l'exposer sans compensations à une fâcheuse recrudescence de son affection.

Comme le vin, comme l'eau-de-vie, le *koumiss* est un breuvage excitant. Introduit dans l'estomac, une partie de son alcool s'acidifie au contact des sucs gastriques; une autre partie restée intacte est absorbée, et se mêle au sang, accroît l'énergie du cœur, stimule la muqueuse bronchique, et disparaît dans l'acte de la combustion pulmonaire après avoir activé cette fonction. D'où il suit que cette action élective de l'alcool, déterminant l'hyperémie habituelle du tissu pulmonaire, doit être soigneusement écartée des cas de phthisie à forme inflammatoire.

Est-il croyable, dès lors, que l'on puisse substituer indistinctement et sans péril l'alcool à la guimauve dans le traitement des poitrinaires dont l'état commande un régime adoucissant? En France, cette substitution continuée au delà de la période de crudité des tubercules serait impardonnable; il ne paraît pas qu'elle convienne davantage aux Russes, qui pourtant ne sont pas délicats. Ce n'est donc qu'en Amérique que les phthisiques de tous les degrés trouvent leur salut dans l'intempérance alcoolique.

C'est à tort que l'on confond dans une même entité morbide la cachexie scrofuleuse et la cachexie tuberculeuse; ces deux états n'ont de commun qu'une certaine prédisposition organique et la nécessité d'une prophylaxie spéciale empruntée à des agents de même ordre.

L'alimentation tonique, le soleil, l'air pur et sec, les bourrasques mêmes, l'exercice actif, sont d'énergiques modificateurs de la constitution. L'alcool, impropre par lui-même à la nutrition, seconde néanmoins cette fonction, à titre de condiment pris dans une juste mesure. Les aliments d'origine animale satisfont aux besoins de la vie plastique; ils augmentent le nombre des globules sanguins, développent le réseau capillaire, et diminuent la proportion des élaborations blanches. La lumière et la chaleur solaires animent la peau, la colorent, favorisent la nutrition et la transpiration, assurent le développement et l'harmonie des formes. L'air sec, pur et agité, augmente l'activité et la puissance de l'hématose, de la nutrition, et donne au visage de vives couleurs; prévient les engorgements glandulaires, dissipe la bouffissure lymphatique des tissus, enlève les produits volatils des sécrétions, et conduit progressivement l'économie vers le type sanguin et la robusticité.

L'hygiène fait emploi et tire profit de l'ensemble de ces influences pour lutter contre la prédisposition à la phthisie et à la scrofule. M. Pfohler n'ignore pas sans doute que malgré la bonne ordonnance de ces moyens, le succès manque souvent ou se fait longtemps attendre, car il n'y a pas d'entreprise plus difficile à accomplir que celle qui consiste à changer les qualités de l'organisme.

Je demande bien pardon à mon honorable confrère de mentionner à la suite de la sienne, une autre communication que j'ai reçue, relativement à la guérison par les chaînes électriques, la métallothérapie, etc., des douleurs thoraciques dont se plaignent les tuberculeux. Il ne me convient pas de donner la réplique aux cyniques audaces de la quincaillerie; il faudrait pour cela, s'enfariner le visage, et ce n'est pas mon goût. Laissons donc Turlupin aux badauds du Pont-Neuf. CHAMPOUILLON.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Des adhérences du péricarde et de la ponction de cette cavité séreuse dans la péricardite.

(Leçon recueillie et rédigée par M. Ch. T. MAURIAC, interne du service.)

A la fin de notre dernière conférence, nous avons fait devant vous l'ouverture du cadavre d'un malade mort dans notre service, au n° 10 de la salle Saint-Antoine. Voici l'histoire de ce malade:

Cet homme, âgé de trente-deux ans, d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatico-nerveux, était atteint d'une péricardite chronique non adhérente des deux feuillets de la séreuse. Il avait eu quatre attaques de rhumatisme articulaire aigu : une première à l'âge de dix-sept ans, d'un mois de durée; une deuxième à l'âge de vingt-six ans, d'une durée de quatre mois, traitée par le sulfate de quinine et la vératrine. Cette deuxième attaque fut suivie, deux ans après, d'une troisième qui eut à peu près la même durée, et à laquelle on opposa le même traitement. Enfin, six mois avant son entrée à l'hôpital, le malade avait eu une quatrième attaque rhumatismale plus intense que les précédentes, mais traitée comme elles par le sulfate de quinine et la vératrine.

Les trois premières attaques, quoique d'une longue durée, n'avaient pas laissé à leur suite de lésions appréciables du cœur, et le malade avait joui dans leur intervalle de la plénitude de la santé. Malheureusement il n'en a pas été de même à la dernière. La résolution ne s'est pas franchement accomplie; une roideur douloureuse a succédé aux douleurs suraiguës du rhumatisme; la respiration est devenue difficile, et des palpitations de cœur ont commencé à se produire principalement à la suite de la marche ou de l'ascension sur un plan incliné.

Tel était l'état du malade, lorsque le 5 février il fut pris d'un rhume et d'une douleur excessivement vive dans le côté gauche du thorax, au niveau du mamelon. A partir de ce moment tous les phénomènes s'exaspérèrent; la fièvre s'allume, l'anxiété respiratoire devient de plus en plus prononcée, et le malade, après avoir essayé sans succès les applications de glace sur la région du péricarde et la digitale à haute dose, se décide à entrer dans notre service le 23 février.

Il présentait les symptômes suivants : la maigreur touchait presque au marasme; sa physionomie avait cet aspect hagard qu'on observe si fréquemment dans les maladies caractérisées par une gêne extrême de la respiration. Les diastoles artérielles étaient visibles à l'œil nu; le pouls vibrant, mais facilement dépressible, s'accélérait sous l'action des moindres mouvements. L'anxiété respiratoire, ordinairement très-grande, s'exaspérait quelquefois à un tel point, que le nombre des inspirations montait à 80 ou 90 par minute. Une douleur aiguë, lancinante, atroce, siégeant au niveau du mamelon, arrachait des cris au malade lorsque les parois thoraciques étaient agitées par les secousses de la toux. Pendant ces crises de suffocation, la pâleur de la face était livide, la peau se couvrait de sueurs froides et visqueuses; la voix, imperceptible, expirait sur les lèvres; la chaleur fuyait les extrémités; les yeux s'agitaient convulsivement dans leurs orbites profondément excavés; les forces étaient anéanties, et à chaque instant la mort par syncope devenait imminente. Les urines étaient albumineuses et contenaient une petite quantité de glycose, mais il n'y avait ni œdème des extrémités inférieures ni épanchement de sérosité dans le péritoine.

Le cœur, dirigé presque transversalement, battait dans le quatrième et le cinquième espace intercostal, derrière le mamelon. L'impulsion était assez énergique et se percevait en deux points : inférieurement au niveau des quatrième et cinquième espaces intercostaux, et supérieurement au niveau du troisième. La matité précordiale, notablement augmentée, mesurait 14 centimètres dans le sens transversal et 11 dans le sens vertical, et se prolongeait de 1 ou 2 centimètres au-dessous de la pointe du cœur, dans le sixième espace intercostal. En appliquant l'oreille sur la région du cœur, on entendait un double bruit de frottement péricardiaque qui augmentait d'intensité à mesure qu'on s'élevait de la pointe du cœur vers la base; on percevait également à ce niveau un double bruit de souffle dont le second doux, prolongé, aspiratif et diastolique comme le souffle de l'insuffisance aortique, pouvait être suivi sur le trajet de l'aorte ascendante. Les bruits intra-cardiaques se distinguaient nettement à la pointe, au milieu des bruits anormaux exocardiaques; mais vers la limite inférieure de la matité, près de l'épigastre, ils étaient très-sourds et éloignés de l'oreille. — Il y avait une voussure peu prononcée de la région précordiale. — Le foie débordait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. Le murmure respiratoire était très-faible à la base du poumon gauche, quoique la sonorité y fût à peine diminuée; à droite en arrière, on constatait par la percussion une matité absolue à courbe convexe supérieurement, qui commençait à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et se prolongeait jusqu'aux dernières fausses côtes. Du même côté, la respiration était soufflante à la racine des bronches, et dans les points mats l'oreille percevait profondément un souffle éloigné et une œgophonie modèle dans toute la hauteur de la gouttière vertébrale.

Tels étaient les troubles fonctionnels et les signes physiques que présentait ce malade. Il était évident qu'il avait une péricardite. Mais cette péricardite était-elle avec épanchement ou avec adhérences? Voilà la véritable difficulté du problème dont la solution était importante, surtout au point de vue du traitement. Nous allons donc discuter devant vous notre diagnostic, décrire les lésions organiques qu'a révélées l'ouverture du cadavre, et puis énumérer les tentatives infructueuses que nous avons faites pour diminuer l'anxiété respiratoire et prolonger la vie.

Lorsqu'il existe un épanchement considérable de sérosité dans le péricarde, les battements du cœur deviennent imperceptibles à la vue et au toucher, ou sont remplacés dans quelques cas par une sorte d'ondulation caractéristique transmise aux parois thoraciques par les mouvements du liquide épanché. Chez notre malade, le choc de la pointe soulevait manifestement à chaque systole ventriculaire les cinquième et sixième espaces intercostaux; il y avait en outre une seconde impulsion non moins manifeste au niveau de la base. Ces deux phénomènes, qui indiquaient que la face antérieure du cœur était en contact avec la paroi splanchnique, nous portaient à penser qu'il y avait dans le péricarde des adhérences entre les deux feuillets plutôt que du liquide. Nous étions corroboré dans cette manière de voir par les circonstances se rattachant à la forme et à l'étendue de la matité précordiale.

En outre de ce qu'elle était moins absolue que celle qui résulte d'une accumulation de liquide, elle ne dépassait guère les limites d'un cœur hypertrophié, et ne présentait ni le développement latéral gauche ni le développement sous-sternal qu'on observe presque constamment dans les hydropéricardes.

Voilà les principaux signes sur lesquels nous nous sommes fondé pour diagnostiquer une péricardite avec adhérences. Mais le frottement péricardique n'impliquait-il pas l'indépendance des deux feuillets de la séreuse dans les mouvements de va-et-vient? La plupart des auteurs classiques les plus estimés soutiennent en effet que le bruit de frottement disparaît dès que les parois opposées du péricarde sont soudées par des adhérences. Le fait est incontestable lorsque ces adhérences sont serrées; mais lorsqu'elles sont lâches, elles n'empêchent pas tout mouvement, et les surfaces se trouvent encore dans les conditions physiques favorables à la production de ces bruits.

L'examen des pièces anatomiques vous en a donné la preuve : le péricarde était intimement uni au cœur dans sa moitié inférieure, tandis que supérieurement, au niveau des oreillettes et de la base des ventricules, il n'y avait que des traînées celluleuses irrégulièrement entrelacées, et circonscrivant des mailles infiltrées de sérosité. Rappelez-vous que c'était en ce point que le bruit de frottement atteignait son maximum d'intensité.

Quant à la double impulsion qui existait à la base et à la pointe, elle n'est pas un fait propre aux péricardites avec adhérences : on l'observe dans les cas d'hypertrophie considérable du cœur, et toutes les fois que cet organe, soit à la suite de déplacement, soit par toute autre cause, est appliqué dans une large étendue de sa face antérieure contre les parois de la poitrine.

Le bruit de souffle doux, prolongé, respiratif, que l'on percevait au deuxième temps; l'impulsion brusque et le caractère vibrant de la diastole artérielle, indiquaient l'inocclusion des valvules sigmoïdes de l'aorte. Les valvules, en effet, étaient insuffisantes et couvertes de petites végétations grisâtres et verruqueuses sur leur face inférieure. Leur bord libre, distendu et ramolli, cédait sous la pression du liquide versé dans l'aorte, et permettait un abaissement tel que la face supérieure des valvules, au lieu de regarder en haut comme à l'état normal, s'inclinait obliquement en bas et en dedans. Les oreillettes étaient très-petites relativement au volume des ventricules, qui présentaient une hypertrophie considérable, surtout le gauche. C'est un fait que l'on observe fréquemment dans les péricardites avec épanchement et avec adhérences.

Pour diminuer l'horrible anxiété respiratoire à laquelle ce malade était en proie, et que nous avions vainement essayé de calmer par les moyens ordinaires, nous avons pratiqué la ponction de la plèvre et du péricarde avec un trocart capillaire. Nous avons d'abord plongé l'instrument dans la plèvre droite, où l'auscultation et la percussion révélaient l'existence d'un épanchement; contrairement à notre attente, il n'est pas sorti une goutte de liquide. C'est que la sérosité, comme l'a prouvé la nécropsie, était infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire des fausses membranes. Ce fait est instructif et propre à redresser quelques erreurs qui ont cours dans la science, en montrant que la sérosité infiltrée dans les mailles celluleuses des pseudo-membranes peut donner lieu aux mêmes signes physiques que l'épanchement de ce liquide dans la cavité libre de la séreuse.

Une circonstance que nous avons rapportée, mais sur laquelle nous n'avons pas insisté en esquissant l'histoire du malade, nous a déterminé à pratiquer la ponction du péricarde comme ressource suprême. Nous étions convaincu qu'il y avait des adhérences; mais comme la matité précordiale se prolongeait inférieurement de deux centimètres au-dessous du point correspondant au choc de la pointe, nous inclinions à croire qu'il existait peut-être dans la partie la plus déclive et la plus externe du péricarde, peut-être aussi derrière le cœur, une certaine quantité de sérosité dont l'évacuation pouvait apporter du soulagement au malade. En conséquence, nous avons plongé le trocart explorateur dans le sixième espace intercostal, mais inutilement, car il n'est pas sorti une goutte de liquide. L'autopsie a prouvé que le péricarde n'en contenait pas.

Les péricardites qui se terminent par des adhérences ne présentent pas toutes, fort heureusement, la même gravité que celle de ce pauvre malade.

Dans des cas heureusement assez nombreux, l'épanchement se dissipe, les fausses membranes s'organisent en traînées celluleuses qui unissent plus ou moins intimement les deux feuillets du péricarde, puis tout travail inflammatoire s'éteint. C'est là une variété de péricardites avec adhérences, dont on ne doit point s'alarmer, car elles entraînent rarement des troubles profonds dans la circulation cardiaque. Le cœur, en effet, quoique soudé au péricarde, peut encore exécuter les mouvements qu'exigent ses fonctions, grâce à la laxité du tissu cellulaire qui entoure la surface externe du tissu fibro-séreux et l'unit lâchement dans le médiastin au sternum et aux cartilages costaux.

Mais si, après la formation des adhérences, le travail inflammatoire qui leur a donné naissance persiste, s'il s'exaspère, s'il franchit les limites de la cavité séreuse, les choses changent de face et le pronostic devient très-grave. La phlegmasie, dans ces sortes de péricardites, se propage en dehors du péricarde et détermine l'épanchement de produits plastiques dans le tissu cellulaire des médiastins qui s'épaissit, s'indure, se rétracte, et finit par unir intimement le péricarde et le cœur à la paroi costo-sternale. Il en résulte que l'organe entravé dans ses mouvements ne peut plus exécuter ses fonctions avec régularité.

Mais une autre conséquence bien plus sérieuse de la persistance du travail inflammatoire est la suivante : La phlegmasie qui siége à la surface de la séreuse viscérale gagne, au bout d'un temps plus ou moins long, les couches les plus externes de la substance musculaire du cœur, s'étend peu à peu vers la profondeur et envahit enfin tout l'organe; de telle sorte que la péricardite n'est plus simple, mais compliquée de myo-cardite ou inflammation du tissu propre du cœur.

Le premier effet de cette inflammation est l'épaississement avec turgescence vasculaire, et le ramollissement des parois ventriculaires : le second, la transformation d'un nombre plus ou moins grand des fibres musculaires en tissu graisseux. Cette dégénérescence de la substance active du cœur nous paraît être la cause du plus prochain des troubles fonctionnels de la circulation qui se manifestent fatalement pendant la durée de ces péricardites avec adhérences. Nous ne saurions donc nous ranger à l'opinion de M. Beau, qui, interprétant les faits à un point de vue trop exclusivement mécanique, fait dériver l'hypertrophie, la dilatation, les troubles consécutifs de la circulation cardiaque, de l'adhérence du péricarde et des tiraillements exercés par ces adhérences sur les parois du cœur.

L'adhérence contractée par la face externe du péricarde avec la paroi sterno-costale, ainsi que la rétraction de l'épigastre et des espaces intercostaux décrits par Sanders, rend compte de quelques signes physiques qu'on a rapportés, à diverses époques, aux adhérences du cœur, et dont l'absence dans beaucoup de cas a infirmé considérablement la valeur. De son côté, M. Skoda a donné comme signes de ces adhérences, l'absence ou la diminution de l'impulsion systolique et son remplacement par l'impulsion diastolique. Ce sont des différences difficiles à percevoir; ce que l'on apprécie mieux, c'est le retard du choc de la pointe causé par la gêne apportée à la contraction systolique des ventricules. Nous avons remarqué depuis longtemps et signalé le premier que le deuxième bruit manque fréquemment dans les péricardites avec adhérence. C'est un signe auquel il ne faut pas cependant attacher une trop grande importance, car il indique seulement l'obstacle apporté à la circulation du sang dans les ventricules et le jeu imparfait des valvules sigmoïdes.

La ponction du péricarde n'est pas, quoi qu'on dise, une opération extrêmement dangereuse, et je n'en veux pour preuve que le fait que je viens de vous communiquer, dans lequel l'aiguille a pénétré dans les adhérences, et peut-être aussi dans l'épaisseur du cœur, sans que l'état du malade ait été sensiblement aggravé. Il serait injuste de rendre cette opération responsable des accidents qu'elle n'a pu conjurer dans les cas désespérés de péricardite où on l'a pratiquée. Lorsqu'on procède régulièrement et d'après des indications rationnelles, en ayant soin d'éviter le cœur, on peut par l'évacuation du liquide épanché procurer un soulagement immédiat.

Cette opération n'est pas nouvelle; elle était connue et conseillée depuis longtemps. Riolan pensait que la trépanation du sternum était la route la plus sûre et la plus directe pour arriver sur le péricarde. Les rapports du sac fibro-séreux avec le dia-

phragme et la paroi costo-sternale ont suggéré d'autres procédés opératoires aux pathologistes modernes. Les uns, Schuh, M. Jobert, M. Trousseau, plongent l'instrument dans le quatrième et le cinquième espace intercostal, au niveau du sternum; d'autres, et Larrey le premier, ont proposé d'arriver dans la cavité séreuse en perforant le centre aponévrotique du diaphragme. Quant à nous, nous avons choisi pour lieu d'élection le sixième ou le septième espace intercostal, à la limite externe de la matité: c'est, de tous les points de la paroi thoracique antérieure, le plus éloigné du cœur dans les cas d'épanchement considérable.

Le cœur, en effet, loin de plonger vers les parties déclives du liquide qui l'environne, a de la tendance à s'élever vers sa surface libre; il y est sollicité non-seulement par la loi physique à laquelle obéissent tous les corps plongés dans un milieu fluide, mais encore par l'impulsion qu'il communique à ce liquide, et dont il subit lui-même la réaction dans les mouvements alternatifs de la systole et de la diastole. Les expériences de Sibson consistant à injecter sur le cadavre dans le péricarde autant de liquide qu'il en peut contenir, expériences que nous avons répétées et dont nous avons pu vérifier l'exactitude, prouvent de la manière la plus évidente la tendance du cœur à se porter vers les couches superficielles du liquide au sein duquel il est plongé. Il résulte de ce fait que la pointe, au lieu de s'abaisser, s'élève, laissant entre elle et la face diaphragmatique du péricarde un intervalle triangulaire dans lequel la paroi thoracique n'est en rapport qu'avec le liquide de l'épanchement. Le sixième espace intercostal gauche, et quelquefois le septième espace, correspond à peu près à la partie la plus inférieure de cet intervalle, et c'est là que nous avons l'habitude d'enfoncer le trocart explorateur, en ayant soin de diriger sa pointe obliquement en haut, en arrière et en dedans.

Avant de faire l'opération, pour lui donner une certitude presque mathématique, il faut tracer de la manière la plus rigoureuse les limites du péricarde au moyen de la percussion linéaire, et chercher ensuite avec l'oreille le point de la région précordiale où les deux bruits du cœur sont à leur maximum. Ce point, qui correspond en général aux quatrième ou cinquième espaces intercostaux, doit être évité avec grand soin, car c'est l'endroit où le cœur est le plus rapproché de la paroi costo-sternale et le plus accessible à l'instrument. Aussi le procédé suivi par Schuh, M. Jobert (de Lamballe) et M. Trousseau, nous semble-t-il dangereux. Nous rejetons la trépanation du sternum comme une opération grave (car elle peut se compliquer d'ostéite du tissu spongieux de l'os et d'abcès du médiastin), et de plus inutile, puisqu'il est surabondamment prouvé qu'on peut arriver par d'autres voies dans la cavité séreuse. La ponction par le centre aponévrotique du diaphragme nous paraîtrait exempte de dangers si nous n'avions pas constaté souvent que la base du péricarde était unie à la face inférieure du cœur par des adhérences plus ou moins étendues.

Afin de rendre l'opération plus inoffensive, nous la pratiquons toujours avec un trocart capillaire. Le liquide ne s'écoule en bavant qu'à la fin de l'opération; il s'élance en un jet très-fort, lorsque le malade fait une grande inspiration, qui a pour résultat de comprimer entre les poumons dilatés par l'air les faces opposées du péricarde. — La pénétration de l'air dans la séreuse est inévitable; mais elle n'entraîne aucune conséquence fâcheuse; elle se traduit à l'auscultation par un bruit de gargouillement irrégulier qui se dissipe au bout de quelques heures.

La ponction du péricarde est subordonnée à trois indications qui dérivent de l'abondance de l'épanchement, de la rapidité de sa formation et des phénomènes généraux qui se rapportent à une gêne considérable de la circulation cardiaque. Lorsqu'elle est pratiquée dans ces circonstances, elle produit un soulagement immédiat, mais trop souvent momentané, car ces sortes de péricardites naissent et se perpétuent sous l'influence d'une cause générale, diathésique, contre laquelle sont impuissants tous les moyens thérapeutiques.

C'est pour remédier à la reproduction du liquide dans la cavité séreuse après son évacuation, que Richerand et après lui M. Velpeau ont donné le conseil de pratiquer des injections irritantes dans le péricarde. Je crois que M. Malle, de Strasbourg, et moi, sommes les seuls qui ayons eu recours à ces injections. Seulement, nous avons pu nous assurer l'un et l'autre de leur innocuité. La malade de M. Malle a succombé aux suites de la phthisie dont elle était atteinte et non à sa péricardite; quant à mon malade, il a dû succomber plus tard à sa phthisie pulmonaire, quoiqu'il ait été momentanément guéri de sa péricardite. Le seul point sur lequel nous différions, M. Malle et moi, c'est que M. Malle a vu des douleurs très-vives suivre les injections iodées, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, quand je vous dirai que M. Malle a pénétré à travers le sternum, suivant le procédé de Riolan. Pour moi, l'injection iodée dans le péricarde m'a paru une chose très-simple, et le même trocart capillaire qui avait servi à évacuer le liquide, a donné passage à l'injection iodée que j'ai abandonnée dans le péricarde, et j'ai pu me convaincre que le péricarde est une membrane aussi peu sensible que la plèvre. Ces injections sont sans doute une dernière ressource, mais en présence d'une maladie aussi grave que la péricardite avec épanchement, je me croirai toujours autorisé à y recourir quand la ponction simple aura échoué et que les accidents continueront à s'aggraver et le liquide à se reproduire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans les départements de la Vendée, de l'Allier et de l'Ariége;

2° Un rapport de M. le docteur Bouyer, médecin des épidémies, pour l'arrondissement de Draguignan, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de la Garde-Freinet (Var) (commission des épidémies);

3° Diverses communications relatives à des remèdes secrets et nouveaux. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le ministre de la guerre transmet une note relative à l'emploi généralisé des revaccinations dans l'armée.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Houel adresse une lettre par laquelle il sollicite l'honneur d'être inscrit comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Section d'anatomie pathologique.)

— M. le docteur Brouillet adresse le relevé des vaccinations qu'il a pratiquées dans quelques communes de l'arrondissement de Strasbourg. (Commission de vaccine.)

— M. Jacques Blechmann, ancien médecin des hôpitaux militaires temporaires en Crimée, adresse un mémoire sur la phlébite et son rapport avec l'infection purulente. (Commissaires, MM. Cruveilhier, Guérard et Grisolle.)

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. **Robinet**, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La parole est à M. P. Dubois.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. P. **Dubois**. Dans un pays voisin du nôtre et qui est remarquable par son goût et ses habitudes d'enquête en toutes choses, on a calculé que sur une population d'à peu près quatorze millions d'habitants trois mille femmes en couches succombaient chaque année, et que les sept huitièmes de ces décès étaient causés par la fièvre puerpérale. Tel serait le tribut qu'une seule partie de la Grande-Bretagne, l'Angleterre proprement dite et le pays de Galles, payerait annuellement à cette cruelle maladie. Il est bien permis de croire que sous ce rapport la France n'est pas mieux partagée. Quelque considérable que puisse être la population qui supporte les pertes que je viens de signaler, le chiffre en est assez élevé pour rendre compte de l'intérêt qui s'attache à la grave question dont l'Académie s'occupe en ce moment.

Cet intérêt justifie-t-il l'initiative qui a été prise par notre collègue M. Guérard? Les opinions me paraissent être partagées sur ce point, et je n'en suis pas surpris. En effet, si l'on subordonne la convenance des débats actuels aux lumières qu'ils devront répandre sur le problème obscur et difficile qui en est l'objet, il est malheureusement trop probable que les résultats n'en justifieront pas l'opportunité. Mais si l'on considère qu'il y a en dehors de cette enceinte un grand nombre d'esprits incertains encore de l'état réel de la science et indécis entre des opinions et des pratiques différentes et souvent même opposées, on jugera sans doute qu'il y avait quelque utilité à mettre à contribution pour cette œuvre difficile les opinions et l'expérience des hommes compétents que l'Académie renferme dans son sein. Cette tâche d'ailleurs, quelque problématique qu'en puissent être les avantages, est un des devoirs imposés aux Académies, car elles ont seules l'autorité nécessaire pour les remplir.

Quelque conscience que j'aie de la part que je dois prendre à cette œuvre commune, je ne saurais me dissimuler qu'elle m'est imposée bien plus par ma situation que par les lumières que j'y puis apporter. Je vais donc, dans la mesure très modeste de mon instruction et de mon expérience, exposer simplement ce que je crois savoir de la cruelle maladie qui a trop souvent désolé les salles de la Clinique d'accouchements.

Dans un établissement hospitalier, destiné à recevoir des femmes en couches, lorsque les choses suivent leur cours ordinaire et normal, on voit s'accomplir avec une parfaite régularité les phénomènes physiologiques qui succèdent à l'accouchement. Le rôle du médecin se borne alors à être spectateur attentif et prévoyant d'un acte purement naturel. Cet heureux état des choses se maintient plus ou moins longtemps selon la saison, les conditions hygiéniques de l'hôpital, et surtout selon certains états atmosphériques dont la nature intime nous échappe, mais dont l'influence ne saurait être contestée.

Quand ce terme fatal est arrivé, on voit succéder à ces convalescences faciles et durables quelques cas pathologiques caractérisés par un frisson initial, une réaction fébrile prononcée, la rougeur de la face, une vive céphalalgie, la teinte jaune ou blanche de la langue, sans sécheresse, une respiration seulement accélérée, une douleur ordinairement tolérable vers la région inférieure de l'abdomen, ne s'étendant presque jamais au-dessus de la région ombilicale, et dont les parties latérales et supérieures de l'utérus paraissent être le siége. Cet organe, plus ou moins sensible à la pression, se dessine sous des parois molles, qui en laissent sentir et voir le relief. Ces phénomènes pathologiques se manifestent en général un peu avant l'époque à laquelle commence la sécrétion du lait et la turgescence des mamelles; cette fonction en est presque toujours troublée et au moins momentanément suspendue.

Cet état pathologique, qui se présente sous deux formes principales, la forme bilieuse et la forme inflammatoire, occupe, au point de vue de sa fréquence relative, une place considérable dans la pathologie des femmes en couches, et j'ajouterai qu'il est ordinairement, et quelquefois même rapidement, guérissable.

Cependant, à des époques indéterminées qu'il est impossible de prévoir sûrement, mais que de certaines circonstances peuvent faire justement appréhender, on voit tout à coup se manifester une série de symptômes qui ont avec ceux que je viens d'exposer une certaine analogie; elle comprend en effet le frisson initial, la réaction fébrile, la céphalalgie, l'altération des traits et de la respiration, la douleur abdominale, la suspension ou la suppression de la sécrétion laiteuse; mais il y a entre ces deux états morbides des différences capitales. Le frisson initial est souvent plus intense, plus prolongé et surtout plus rapproché de l'accouchement; la coloration rouge de la figure, qui est un des caractères de l'état précédent, est remplacée par une pâleur et une altération profonde; la respiration seulement accélérée par une respiration rapide et une oppression manifeste; le calme relatif par une agitation incessante qui n'est que l'expression d'un malaise extrême; la douleur locale et tolérable de l'abdomen par une souffrance vive et beaucoup plus étendue; l'état presque naturel des parois abdominales par un ballonnement remarquable, la constipation habituelle par la diarrhée; enfin la curabilité à peu près constante par une incurabilité à peu près certaine.

Tels sont, rapidement exposés, les deux groupes principaux de phénomènes pathologiques qui doivent frapper tout médecin qui a pu suivre avec quelque assiduité un service consacré à la médecine puerpérale; ou tout accoucheur répandu qui rassemble par ses souvenirs les cas divers dont il a été l'observateur attentif.

On n'a point réuni par une dénomination collective les éléments divers du premier groupe. Quand les phénomènes bilieux paraissent prédominants, les hommes de mon âge se permettent encore de qualifier cet état par le nom d'embarras gastrique; quand, au contraire, l'élément inflammatoire semble plus prononcé, la dénomination est naturellement fondée sur le siége précis ou présumé de l'inflammation. Ce groupe comprend donc des métrites, des péritonites, des métro-péritonites, des ovarites, lesquelles ordinairement limitées peuvent prendre exceptionnellement un développement considérable et par conséquent dangereux.

Quant au second groupe dont j'ai indiqué seulement les caractères les plus frappants et les plus communs, il constitue la fièvre puerpérale.

Cette classification, fondée sur les caractères que je viens de tracer, peut-elle comprendre tous les cas d'affection fébrile et continue qui succèdent à l'accouchement et qui parfois même le précèdent, et permettrait-elle de donner facilement à chacun de ces cas la place qu'il doit y occuper? Je n'oserais pas prétendre qu'elle aura ce rare et presque impossible mérite. Mais je puis affirmer que ceux qu'elle pourra comprendre sont de beaucoup les plus importants et les plus nombreux.

Il résulte évidemment de ce qui précède que j'admets comme conséquences et quelquefois même comme précurseurs passibles de l'accouchement deux états pathologiques, dont l'un ne mérite pas, et dont l'autre mérite le nom de fièvre puerpérale. En cela je suis d'accord avec la plupart des médecins français et étrangers, qui ont pu souvent et sérieusement étudier cette maladie dans la pratique de la ville, et principalement dans les hôpitaux.

J'ajouterai maintenant qu'au point de vue de ses caractères anatomo-pathologiques la fièvre puerpérale diffère essentiellement de la plupart des affections fébriles et continues qui peuvent devenir mortelles; quand on relève, en effet, les résultats d'un grand nombre d'observations recueillies pendant la vie et de recherches faites après la mort, on arrive inévitablement à cette conclusion, qu'il n'y a presque aucun organe qui ne puisse être altéré et souffrant dans le cours de la maladie, et aucun viscère ni aucun tissu dont on n'ait pu constater l'altération par l'examen cadavérique. Qu'ainsi la fièvre puerpérale, contrairement à ce que l'on observe dans les fièvres dites essentielles, n'a pas de caractère anatomique qui lui soit propre; mais il est un fait qui ne saurait échapper, c'est que presque toujours les autopsies révèlent des suppurations étendues ou circonscrites souvent disséminées, et qu'il n'est peut-être pas d'organe ou de tissu qui n'en ait été le siége; que chaque épidémie semble se distinguer par ses lésions prédominantes; enfin qu'il est des cas, rares il est vrai, dans lesquels l'observation la plus scrupuleuse ne révèle aucune altération manifeste.

Cependant, ne se pourrait-il pas qu'en dépit de la distinction que j'ai voulu établir, le groupe de symptômes que j'ai exclusivement désigné par l'expression de fièvre puerpérale ne comprît en réalité que des faits analogues à ceux du premier groupe, et n'en différât que par un développement plus considérable des phénomènes inflammatoires et par le danger plus grand qui en résulte? C'est, vous le savez, l'opinion de notre collègue M. Beau, et celle d'un grand nombre de médecins distingués qui l'ont exprimée et défendue avant lui. J'accorderai sans peine que des cas appartenant d'abord au premier groupe par leur apparence et par leur intensité modérée, peuvent prendre plus tard un caractère et un développement inflammatoires tels qu'ils équivalent, par leur gravité et par leurs résultats, à des cas de fièvre puerpérale primitive. J'ajouterai même qu'il n'est pas impossible que ces affections se produisent avec ces caractères sous une influence épidémique; mais on peut assurer que si ce n'est dans leur période ultime, où tout se confond dans un affaissement complet et général, la maladie présente la physionomie qui lui est propre.

Si ce n'est pas l'étendue et l'intensité de l'inflammation qui font le caractère distinctif du groupe de symptômes qui me paraît constituer la fièvre puerpérale, qu'est-ce donc? Sur cette question capitale au point de vue de la science, et jusqu'à présent du moins, secondaire au point de vue pratique, les opinions sont partagées encore entre la doctrine de l'infection purulente, celle de l'infection putride et celle de l'essentialité, laquelle suppose l'intervention d'une cause générale inconnue encore dans son essence, et dont l'un des premiers effets sans doute serait une altération des liquides et surtout du sang.

Je ne crois pas à l'infection purulente parce que les suppurations étendues et surtout disséminées me paraissent être déjà un effet et non point une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de fièvre puerpérale mortelle sans aucune trace apparente de suppuration sont assez nombreux aujourd'hui pour autoriser l'opinion que je viens d'exprimer.

Je crois moins encore à l'infection putride comme cause de la fièvre puerpérale, parce que cette doctrine me paraît beaucoup moins soutenable encore que la précédente. Qui ne voit en effet que si le séjour d'une certaine quantité de sang liquide ou coagulé retenu dans l'utérus et s'y altérant pouvait devenir la cause d'une intoxication du sang et des effets qu'on lui suppose, une condition naturelle, constante et inoffensive se convertirait en un danger permanent et redoutable? Il n'y aurait presque aucun cas d'hémorrhagie consécutive à l'accouchement qui ne fût compliqué d'une infection putride, car il n'y a pas de perte

utérine un peu abondante chez une accouchée qui ne donne lieu au séjour et à l'altération de quelques caillots dans les voies génitales.

En cet état de la science, j'admets l'altération primitive du sang par une cause encore inconnue parce que cette hypothèse me paraît très-admissible, et parce que, après la ruine des autres, elle est la seule à laquelle je puisse me rattacher. Je crois même que dans un très-grand nombre de cas cette cause contient en elle les éléments de la gravité ou de l'innocuité de la maladie et pour ainsi dire son avenir, comme la cause qui produit l'intoxication varioligène du sang tient sous sa dépendance les inflammations spécifiques disséminées desquelles résulteront plus tard les pustules discrètes ou confluentes de la variole.

Je n'irai pas plus loin sur cette question dont je ne méconnais pas l'intérêt, mais qui a déjà occupé une place importante dans ces débats. Je ne me fais d'ailleurs aucune illusion sur l'accueil qui sera fait à mon opinion depuis longtemps connue, bien qu'elle compte parmi ses défenseurs des noms illustres dans la science. M. Beau n'en maintiendra pas moins la toute-puissante influence de l'inflammation sur la gravité de la maladie; M. Velpeau continuera d'enseigner avec sa grande et légitime autorité la doctrine de l'infection purulente, et M. Hervez restera fidèle à son étiologie de l'infection putride. Sur ce point si controversé, les espérances de notre collègue M. Guérard ne seront probablement pas satisfaites.

Après les développements qui précèdent, personne ne doutera qu'il n'existe une fièvre puerpérale, laquelle, à une exception près peut-être, ne se développe chez la femme avec les caractères que j'ai précédemment exposés que dans les conditions organiques de la puerpéralité. Maladie le plus souvent mortelle, surtout quand elle règne épidémiquement, et à laquelle ont succombé, il n'y a pas longtemps encore, dix-huit femmes sur dix-neuf dans le service de M. Trousseau.

Aussi ma surprise, et probablement celle de l'Académie et du public, a-t-elle été grande quand notre collègue vous a dit que l'histoire de la fièvre puerpérale pourrait bien n'être que celle de la dent d'or, cette mystification inventée sans doute par les beaux esprits du siècle dernier, et lorsqu'il a déclaré que la fièvre puerpérale n'existait pas. Je confesse qu'il m'a semblé tout d'abord que notre collègue exprimait une négation à l'appui de laquelle toute l'habileté du paradoxe serait restée impuissante lors même qu'il aurait eu à son service la parole facile et pénétrante, et l'esprit hardi et convaincu de notre collègue, mais cette première impression n'était pas fondée. L'intention de M. Trousseau était autre que ce que j'avais cru. Il reprenait sans le savoir une idée déjà ancienne exprimée et développée par un homme dont le nom, les travaux et les découvertes feront époque dans la science.

Il y aura bientôt dix ans, le docteur Simpson (d'Edimbourg) publia un mémoire très-intéressant dans lequel il s'appliqua à faire un examen comparatif de deux conditions, lesquelles, très-différentes en apparence, lui parurent liées par de frappantes analogies. Je veux dire l'état d'une femme accouchée et celui d'un individu qui a subi une des grandes opérations de la chirurgie.

Il rappela d'abord les observations de Farr, de Kiwisch et de quelques autres médecins, lesquelles démontrent que c'est par les inflammations viscérales et les sécrétions purulentes qui y appartiennent que la fièvre puerpérale est incontestablement la cause la plus commune de la mort des femmes en couches, et parallèlement que les individus qui sont soumis à des opérations chirurgicales graves, quelle qu'ait été la dextérité de l'opérateur, succombent en beaucoup plus grand nombre qu'on ne le croit généralement; que, par exemple, sur cent cas d'amputations des membres, à savoir : de la cuisse, de la jambe et du bras, trente se terminent par la mort. Il ajoute même que cette proportion peut être plus élevée; qu'en effet, si l'on défalque du nombre total de ces pertes celles qui résultent des suites immédiates de l'opération et que l'on peut mettre sur la même ligne que celles qui succèdent à l'accouchement, on arrive à cette conclusion, que dans le plus grand nombre des cas la mort est le résultat combiné de la fièvre et d'un état inflammatoire morbide que le docteur Simpson regarde comme génériquement et spécifiquement analogue à celui des femmes qui succombent à la fièvre puerpérale. Aussi, se fondant sur les principes ordinaires d'une nomenclature nosologique, il proposa non point de rayer de nos cadres nosologiques la fièvre puerpérale, mais d'y comprendre sous le nom de fièvre chirurgicale le groupe des symptômes qui constituent l'affection fébrile continue à laquelle succombent la plupart des opérés.

Le docteur Simpson ne se contenta pas d'exposer la pensée générale de l'analogie qui l'avait frappé; il voulut la poursuivre dans ses détails. Il étudia en conséquence ces deux états au point de vue de leurs conditions anatomiques, de la nature intime des deux affections, des symptômes observés pendant la vie et des lésions constatées sur le cadavre. Après avoir établi une comparaison ingénieuse, mais déjà ancienne, entre la surface d'une plaie de quelque étendue produite par un instrument tranchant, et les conditions traumatiques de la surface interne de l'utérus chez une femme récemment accouchée, il signala dans l'un comme dans l'autre cas des vaisseaux ouverts, un ébranlement, un choc nerveux commun, surtout quand la parturition a été longue et douloureuse, la tendance des deux plaies à s'éloigner du type normal de leur réparation et à devenir le siége de sécrétions morbides, ou d'une inflammation exagérée; en un mot, une prédisposition commune aux mêmes déviations pathologiques et aux mêmes complications.

Quant à la nature des deux affections, le raisonnement et l'observation ne lui paraient laisser aucun doute sur les rapports intimes qui existent entre elles.

L'opinion généralement adoptée aujourd'hui, que la fièvre puerpérale se développe sous l'influence d'une altération du sang, que l'état fébrile n'est pas plus la cause de l'inflammation que celle-ci n'est la cause de la fièvre, et que toutes deux sont les effets simultanés d'un même principe, à savoir l'altération primitive des liquides de l'économie, cette opinion parut au docteur Simpson s'appliquer avec d'autant plus de raison à la fièvre chirurgicale et à ses manifestations inflammatoires sur les organes intérieurs, que personne jusqu'à présent n'a prétendu que la pleurésie ou la péritonite, dont on voit les traces sur les cadavres des malades qui ont succombé à la fièvre chirurgicale, sont les effets de cette fièvre, ou que celle-ci est la conséquence de ces inflammations locales. Mais rien, selon M. Simpson, ne lui sembla mieux justifier l'analogie des deux états morbides que leur tendance commune à provoquer ces inflammations disséminées, dans les tissus ou dans les séreuses; en effet, les résultats suivants, recueillis à des sources connues, ont un véritable intérêt,

Cette statistique est assurément très-remarquable au point de vue de la diversité, de la multiplicité et de la similitude des lésions dans les deux maladies si judicieusement rapprochées par M. Simpson; une circonstance particulière ajoute encore à cet intérêt, c'est que les plaies des organes pelviens, quand elles donnent lieu chez l'homme à une fièvre chirurgicale, sont compliquées ordinairement de péritonite, et que dans les cas d'accouchement suivi de fièvre puerpérale, c'est l'utérus, siége de la plaie originelle, qui est aussi le siége primitif de l'inflammation, laquelle s'étend plus tard, par la continuité des tissus, jusqu'aux dépendances de cet organe et au péritoine.

En ce qui concerne la marche et les formes diverses de la fièvre puerpérale, l'analogie avec la fièvre chirurgicale n'est pas moins frappante, et, parmi les faits qui témoignent du rapprochement de ces deux affections, il en est un qui ne saurait échapper à un observateur attentif, c'est la tendance malheureuse de ces deux maladies à se montrer plus graves dans les grands centres de population que dans les campagnes, dans les hôpitaux que dans la pratique privée, et dans les salles encombrées que dans des salles spacieuses et facilement aérées; enfin, elles se tiennent encore par un et peut-être par deux liens également funestes, elles peuvent l'une et l'autre régner épidémiquement et devenir désastreuses, et selon quelques pathologistes, elles pourraient se transmettre par contagion.

Tels sont, messieurs, les premiers et déjà anciens éléments de la petite révolution nosologique dont vous avez entendu le signal, il y a quelques jours. M. Simpson a évidemment précédé notre collègue, mais plus timide ou plus sage, il n'a pas cru devoir confondre dans une nomenclature, des affections qui se rapprochent évidemment par des analogies frappantes, mais qui ne sauraient être confondues. Cependant d'autres arguments se sont présentés à l'esprit de notre collègue, ou plutôt ils lui ont été offerts, ainsi qu'il s'est empressé de le dire, par un de nos plus jeunes et de nos plus intelligents confrères, M. Lorain.

Pendant son internat à l'hospice de la Maternité, et puisant à une source malheureusement trop féconde, M. Lorain a remarqué ainsi que d'autres l'avaient fait avant lui, que les enfants nés de mères atteintes de fièvre puerpérale succombaient en assez grand nombre, soit quelques jours après leur naissance, soit même avant de naître, pour qu'il fût permis de penser qu'ils avaient été comme leurs mères victimes de la fièvre puerpérale.

Il a même observé que la mortalité des enfants nés de mères qui n'avaient subi aucune atteinte de la maladie était plus grande en temps d'épidémie que dans les temps ordinaires. Éclairé par les observations de M. Lorain, notre collègue voulut l'être par les témoignages de ses confrères en ce qui touchait à l'état sanitaire de leurs services et à la santé de leurs opérés; il apprit d'eux que les résultats de leurs opérations étaient beaucoup moins heureux quand les services d'accouchements, plus ou moins voisins des leurs, comptaient un certain nombre de femmes atteintes de fièvre puerpérale. Frappé de ces rapprochements, notre collègue en a conclu qu'avant tout il convenait de savoir s'il y avait en réalité une fièvre puerpérale, et, sans formuler sur les autres points des conclusions nettes et précises, il a laissé cependant assez peu d'incertitude sur sa pensée pour que je ne craigne pas de l'altérer en l'exprimant en ces termes: Si les enfants nouveau-nés sont malades et succombent en plus grand nombre dans les salles de la Clinique d'accouchements et dans celles de la Maternité lorsqu'une épidémie de fièvre puerpérale les dépeuple, on doit attribuer ces tristes résultats aux rapports inévitables de ces enfants avec les femmes atteintes par l'épidémie; et si d'un autre côté des affections graves compliquent les opérations chirurgicales, soit à l'hôpital des Cliniques, soit à l'Hôtel-Dieu, alors que la fièvre puerpérale sévit dans les services d'accouchements voisins, ces complications funestes ne sont pas étrangères à ce voisinage compromettant.

Sur la première des trois propositions que je viens de rappeler, à savoir, qu'il n'y a pas de fièvre puerpérale, notre collègue s'est si spontanément excusé de cette proposition dans la dernière séance, qu'après l'acte de contrition que vous avez entendu, et surtout après l'oraison entraînante qui l'a suivi, je dois, comme l'Académie, me trouver trop heureux encore de lui donner une complète absolution.

Est-il vrai que les effluves insaisissables des femmes atteintes de la fièvre puerpérale soient la cause de la mort des enfants nouveau-nés séjournant dans les mêmes salles, et que leur action délétère puisse s'étendre jusqu'aux opérés qui habitent des salles plus ou moins rapprochées? Cette question en implique d'abord une première, et plus simple: La fièvre puerpérale est-elle contagieuse? Ce sujet est difficile, et il touche à de graves et importantes questions d'hygiène publique et d'hygiène privée.

M. Dubois expose ici quelques faits empruntés aux accoucheurs anglais, qui ont résolu cette question par l'affirmative; puis les faits déjà connus de l'hôpital de Vienne, et il termine en ces termes:

Quelle est la valeur réelle de ces faits au point de vue de la signification qui leur a été donnée? Cette question est tout à la fois grave, délicate et obscure. Elle me paraît, en conséquence, réclamer une de ces appréciations rigoureuses et éclairées par lesquelles se distingue surtout la médecine française. Ce n'est pas à moi qu'appartiendra cette mission. Je me contenterai de dire mon sentiment sur ce sujet et sur les autres parties du programme tracé par M. Guérard, si l'Académie veut bien m'accorder de nouveau la parole dans la séance prochaine.

La parole est à M. Cruveilhier.

M. CRUVEILHIER. Je ne parlerai que de la fièvre puerpérale *classique*, et nullement de la fièvre puerpérale que j'appellerai *analogique* et dont a parlé notre spirituel collègue M. Trousseau dans la dernière séance. Mon intention est d'exposer seulement les faits dont j'ai été témoin pendant mon séjour à la Maternité. Le premier résultat de ma pratique à cet hôpital, c'est qu'il existe pour les maladies qui y règnent des périodes de *bénignité*, pendant la durée desquelles les maladies puerpérales cèdent avec la plus grande facilité, et des périodes de *malignité*, pendant lesquelles ces maladies se présentent avec le caractère le plus grave et résistent en général à toute espèce de traitement. Or les périodes bénignes répondaient aux époques où la maison d'accouchement était à son minimum de population.

Dans la période de bénignité les accidents consistaient en une douleur hypogastrique plus ou moins vive, accompagnée d'une augmentation considérable de volume et surtout de consistance du globe utérin. La douleur était tantôt limitée à l'utérus; tantôt elle s'irradiait à une certaine distance. Dans le premier cas il y avait métrite seulement, et dans le second cas métrite avec péritonite partielle. Un traitement antiphlogistique suffisait pour enrayer les accidents. D'autres faits m'autorisent à croire, en outre, qu'il y avait dans certains cas phlébite utérine, et qu'un traitement antiphlogistique, appliqué dès le début, maintenait à l'état de phlébite oblitérante ou adhésive. En s'étendant, cette phlébite déterminait quelquefois des œdèmes des membres inférieurs.

Mais dans l'hiver de 1830-31, époque d'encombrement à la Maternité, apparut la terrible fièvre puerpérale épidémique. Elle se distinguait surtout par quatre caractères :

1° Au début, frisson, dont l'intensité, la durée et surtout l'époque précoce de son apparition, mesuraient, en général, la gravité de la maladie;

2° Douleur abdominale péritonitique;

3° Décomposition profonde de la face;

4° Petitesse et fréquence extrême du pouls.

Relativement à la thérapeutique, je peux dire que pendant les cinq épidémies dont j'ai été témoin, j'ai essayé de toutes les méthodes de traitement rationnelles et énergiques, et que toutes ont également échoué.

La forme et la gravité de ces accidents me conduisirent à donner à la fièvre puerpérale épidémique le nom de typhus puerpéral. En effet, comme le typhus, cette fièvre est une maladie par infection, une maladie contagieuse miasmatique résultant de l'accouchement.

Lors donc que la fièvre puerpérale épidémique, ou typhus puerpéral, se déclare dans une maison d'accouchement, il n'y a qu'un parti à prendre, c'est celui dont M. P. Dubois a pris la courageuse initiative, il faut évacuer l'hôpital et mettre la clef sous la porte. Qu'en conclure? Qu'il faut supprimer les maisons d'accouchement et les remplacer par des secours à domicile? M. Depaul l'a dit; ce serait le meilleur parti à prendre. Ou, si l'on conserve les maisons d'accouchement, il faut les organiser de manière que les femmes en couches soient dans des conditions de salubrité telles, que la contagion miasmatique ne puisse pas les atteindre. L'isolement de chaque femme dans une chambre particulière serait la première de ces conditions.

Maintenant, que trouve-t-on à l'autopsie des femmes mortes de fièvre puerpérale? On trouve une uniformité de lésions qui s'expliquent par les conditions identiques dans lesquelles sont placées les femmes nouvellement accouchées. La plus fréquente et la plus grave de ces lésions est sans contredit la péritonite. Or cette péritonite puerpérale est toujours ou presque toujours purulente, quelquefois en même temps pseudo-membraneuse et purulente, rarement pseudo-membraneuse pure. La péritonite pseudo membraneuse est souvent partielle ou circonscrite à la région hypogastrique. Je ne connais aucun exemple de péritonite purulente partielle, à moins d'adhérences antérieures.

La tendance à la purulence rapide et abondante, voilà le caractère dominant des phlegmasies puerpérales. Comme annexe de la péritonite puerpérale, je placerai l'inflammation diffuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, que j'ai vu quelquefois s'étendre jusqu'à la région des reins.

Les ovaires et les trompes participent souvent au travail morbide puerpéral. La cavité de ces conduits est souvent remplie par du pus, et comme rien ne s'oppose à ce que ce pus retombe dans la cavité péritonéale, on est toujours tenté de se demander si dans un certain nombre de cas la péritonite ne serait pas la conséquence de cet épanchement dans le péritoine.

Vu l'heure avancée, M. Cruveilhier, ne pouvant terminer sa lecture, demande que la parole lui soit réservée mardi prochain après M. Paul Dubois.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La distribution des prix aux internes en pharmacie et la proclamation des nouveaux internes ont eu lieu jeudi dernier, sous la présidence de M. Dubost, secrétaire général de l'administration de l'assistance publique. Les prix ont été décernés comme suit :

1re DIVISION. *Elèves de 3e et 4e classe.* — 1er prix. M. Adam, interne à l'Hôtel-Dieu; 2e prix. M. Bretonneau, interne aux Enfants Malades.

2e DIVISION. *Elèves de 1re et de 2e année.* — 1er prix. M. Stocker, interne à la Charité; 2e prix. M. Combarieu, interne à l'hôpital Lariboisière.

Mention honorable. M. Dutaut, interne aux Enfants Malades; 2e mention. M. Broussin, interne à l'Hôtel-Dieu.

Les internes nouvellement nommés sont:

MM. Valser, Soutoynont, Hardy, Bourgoin, Thomas (Charles), Avisard, Roussel, Thomas (Jules), Bastié, Duval, Garnier, Brun, Debait, Durel, Lesourd, Braille, Blary, Thorinet, Lebègue, Guéret-Laferté, Geoffroy, Lacroix, Schaueffale, Winsbach.

Sur ces 24 élèves, 18 entreront immédiatement en fonctions; les 6 autres sont destinés à l'hôpital Necker, où l'administration a nommé un pharmacien en chef.

— M. le docteur Thiry, professeur de pathologie chirurgicale et d'ophthalmologie à l'Université de Bruxelles, vient d'être nommé par le roi de Sardaigne chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— M. le docteur Leviez, ancien directeur et professeur à l'Ecole de médecine d'Arras, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, vient de mourir à Roclincourt (Pas-de-Calais), à l'âge de soixante-dix-sept ans.

— Sous le nom de *Il bel Respiro*, M. Thurgar (de Londres) vient de fonder à Mustapha-Supérieur, près d'Alger, un établissement destiné, nous le croyons, à offrir aux étrangers valétudinaires une ressource précieuse. Placé à mi-côte, à une petite distance de la ville, il occupe une situation délicieuse, en face de la baie et des montagnes. Impossible de trouver une position plus salubre, plus apte à mettre en relief les avantages du climat algérien pendant ses tièdes hivers rivaux de ceux de Madère et d'Egypte. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 39. — SAMEDI 3 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 39. — SAMEDI 3 AVRIL 1858

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques points du traitement des angines couenneuses diphthériques.

A l'occasion de la communication de M. Duché, relative à une épidémie d'angines couenneuses, nous nous proposions de revenir sur quelques points du traitement de cette grave affection ; nous avions notamment l'intention de signaler les résultats que M. Loiseau (de Montmartre) dit avoir obtenus par l'emploi du tannin et de l'alun, d'après un procédé qui lui est propre. Cet honorable confrère semble avoir deviné notre pensée, et il nous a prévenu en nous transmettant la lettre suivante, qu'il adresse, sous le couvert de la *Gazette des Hôpitaux*, à M. le docteur Duché :

« Je crois répondre au vœu que vous venez d'exprimer par l'intermédiaire de la *Gazette des Hôpitaux* du 27 mars dernier, en vous faisant connaître les moyens qui me réussissent depuis seize ans à Montmartre, contre la terrible maladie qui désole en ce moment votre contrée. J'ignore si les circonstances sont les mêmes et si vous serez aussi heureux que je l'ai été jusqu'à ce jour par l'emploi alternatif et exclusif du tannin et de l'alun. J'avais déjà dit, en février 1857, à M. le professeur Trousseau, lorsqu'il me fit l'honneur de venir me voir pratiquer le cathétérisme laryngo-trachéal, que depuis quinze ans je n'avais perdu aucun malade affecté d'angine couenneuse. Depuis cette époque, j'ai eu à soigner environ trente nouveaux cas graves, c'est-à-dire précédés de fièvre intense et de gonflement plus ou moins prononcé des ganglions sous-maxillaires, cervicaux ou parotidiens. Sur ce nombre, un seul est mort; tous les autres, sans exception, ont été guéris en quatre jours de traitement. Voici quelle est ma manière de procéder : aussitôt que j'ai reconnu la présence des fausses membranes, je fais faire des insufflations répétées de quart d'heure en quart d'heure d'abord, et d'heure en heure ensuite, et toujours alternativement tannin et alun; et dans la crainte que les insufflations ne pénètrent pas toujours au fond de la gorge, j'y fais directement porter les mêmes poudres, soit avec un morceau d'éponge au bout d'une baleine, ou avec un petit pinceau de charpie. Lorsque le malade peut se gargariser, j'ajoute à ces attouchements de poudres les gargarismes fréquemment répétés avec la solution des mêmes substances, toujours l'une après l'autre. Enfin, lorsque les fausses membranes semblent se rapprocher de l'entrée du larynx, j'injecte de petites quantités des mêmes solutions derrière l'épiglotte, à l'aide d'une petite seringue dont la canule est suffisamment recourbée. Pour maintenir la bouche ouverte pendant cette petite manœuvre, et lorsqu'il s'agit d'un enfant indocile, je me sers d'un baillon à deux branches en forme de diapason, que l'on peut improviser en recourbant une tringle de rideaux ou tout autre morceau de fil de fer assez résistant. Les branches de cet instrument sont placées entre les arcades dentaires et l'extrémité en est confiée à un aide. L'enfant est maintenu solidement par deux autres aides, dont l'un le tient assis sur lui, les jambes prises entre ses cuisses, et chacune des mains tenues dans chacune des siennes, tandis que le second fixe solidement la tête entre ses deux mains. L'enfant ainsi maintenu, toutes les manœuvres dans l'intérieur de la bouche et même du larynx sont rendues faciles.

» Le plus ordinairement, après quelques heures de l'emploi répété de ces moyens, la déglutition devient possible, la gêne et la douleur diminuent, et dès le deuxième ou tout au plus le quatrième jour les fausses membranes disparaissent. Je ne cautérise que chez les très-jeunes enfants et seulement l'entrée du larynx, et lorsque cet organe est menacé; les caustiques ne me paraissant pas avantageux dans le traitement de l'angine couenneuse. En effet, lorsque je les employais, il me fallait dix, douze et quelquefois quinze jours pour obtenir une guérison complète. Je crois aussi que la partie dénudée, après la chute des eschares, favorise l'absorption des matières putrides, que cette médication est appelée à détruire, car à l'aide de son emploi la fétidité de l'haleine disparaît assez promptement.

» En résumé, voici les avantages que je crois devoir à cette médication :

» 1° Diminution rapide du gonflement et de la douleur ;

» 2° Déglutition rendue promptement possible ;

» 3° Absence de fétidité et par suite d'accidents septiques.

» Je n'ajoute à ce traitement qu'une alimentation aussi tonique que possible : eau rougie et même vin, si le malade peut le supporter. J'évite tout médicament interne dont le moindre inconvénient est d'apporter le dégoût et de retarder l'alimentation qui seule peut régénérer le sang.

» Je serai très-heureux, cher et honoré confrère, si cette médication pouvait réussir chez vous aussi bien qu'à Montmartre.

» Agréez, etc. J. LOISEAU. »

Dans un rapport que M. Trousseau a fait à l'Académie, sur les procédés de M. Loiseau, dans la séance du 26 août, le savant rapporteur exprime, à l'égard des succès vraiment extraordinaires annoncés par notre confrère de Montmartre, un doute que nous ne pouvons nous empêcher de partager. Nous craignons, dit-il, que M. Loiseau n'ait assez souvent pris l'angine couenneuse commune pour l'angine diphthérique, et que, par conséquent, il n'ait eu des succès que l'expectation toute seule aurait peut-être obtenus aussi vite et avec moins de douleurs pour les malades. Mais, ajoute-t-il, je dois aussi à M. Loiseau cette justice que je l'ai vu à l'œuvre et que j'ai été témoin de succès réels dans des cas de diphthérie très-légitimes.

Toutefois, malgré l'autorité d'Arétée, qui a préconisé une méthode toute semblable (mélange d'alun et de noix de galle), dans ce qu'il appelle *ægyptiaca et syriaca ulcera*, qui ne paraît être autre chose que notre diphthérie; malgré les succès obtenus par M. Loiseau, M. Trousseau déclare qu'il n'oserait pas abandonner les caustiques plus énergiques, tels que le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique, les solutions saturées de sulfate de cuivre, et il n'hésite pas à employer en même temps les insufflations d'alun et de noix de galle ou de tannin.

Entre la manière d'agir de M. Loiseau qui emploie l'alun et le tannin à l'exclusion de la cautérisation, et l'opinion de M. Trousseau qui accepte le moyen, mais sans renoncer aux caustiques, il n'y a qu'un seul juge, c'est l'expérience. Or, si l'expérience n'a pas donné tort jusqu'à présent, que nous sachions, à M. Trousseau, elle paraît du moins avoir donné raison à M. Loiseau, si l'on en juge par les résultats qu'il annonce.

Sans doute il y a des réserves à faire, et nous les avons faites en joignant nos doutes à ceux de M. Trousseau relativement à l'identité de nature des angines auxquelles le médecin de Montmartre a eu affaire. Il est très-permis de présumer en effet, faute de détails suffisamment précis dans les faits argués par notre confrère, qu'il a pu avoir affaire souvent à des angines couenneuses simples et bénignes, telles que celles qui ont été récemment décrites par M. Gubler, sous le nom d'herpès guttural; mais on ne saurait douter, et M. Trousseau en a témoigné lui-même, que dans le nombre considérable d'angines couenneuses qu'il a traitées, il n'ait eu affaire souvent à de vraies angines malignes, qui, de notoriété publique, ont été fréquentes depuis quelques années à Montmartre.

La méthode de M. Loiseau nous paraît donc devoir être prise en très-sérieuse considération ; et bien que M. Duché ait signalé l'alun et le tannin parmi les moyens qu'il a employés sans succès, comme il ne dit pas de quelle manière il les a employés et qu'il est possible qu'il n'y ait mis ni les soins minutieux, ni l'énergie, la persévérance que M. Loiseau apporte à l'administration de ces agents, nous n'hésitons pas à lui recommander cette manière de faire, s'il en est temps encore. Ce serait une excellente occasion d'éprouver l'efficacité de cette méthode.

Fracture et luxation de l'astragale; extraction de cet os et résection de l'extrémité articulaire du péroné et du tibia. Guérison avec conservation des fonctions du membre.

Le fait suivant, qui s'est passé à l'hôpital militaire de Strasbourg et qui a été l'objet d'une communication de M. le professeur Sédillot à l'Académie des sciences, est un heureux exemple de conservation dans un cas de délabrement considérable de l'articulation tibio-tarsienne. Nous reproduisons fidèlement la relation du fait et les commentaires qui la suivent d'après la note même de M. Sédillot.

Le nommé F..., maréchal des logis chef au 11e régiment d'artillerie, d'une constitution robuste, âgé de vingt-sept ans, était, le 5 juillet 1857, de service à l'Hippodrome, lorsque, après les courses et au moment du défilé des voitures, son cheval se cabra et se renversa sur lui. Le pied gauche, engagé dans l'étrier, était dirigé en dehors et dans l'extension, le genou tourné en dedans, et la jambe se trouva prise entre le sol et le poids du cheval, qui fit un violent effort pour se relever et retomba une deuxième fois.

M. Sédillot, présent à l'événement, fit dégager le malade pour s'assurer de la nature de l'accident. Il constata une luxation de l'articulation tibio-tarsienne, reconnaissable à la présence d'une saillie osseuse enclavée en avant et en dedans de la malléole externe, avec impossibilité des mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe. Plusieurs tentatives de réduction pratiquées sur-le-champ restèrent sans résultat, et le malade fut transporté à l'hôpital militaire. L'examen attentif de la lésion permit de s'assurer alors que le pied, placé en légère extension, était dans une immobilité forcée. La malléole externe paraissait intacte. Au devant d'elle se trouvait une saillie osseuse de la grosseur d'un œuf de pigeon, qu'aucun effort ne faisait mouvoir. La malléole interne était brisée en fragments qui déterminaient à la pression une crépitation multiple. M. Sédillot diagnostiqua une fracture de l'astragale avec luxation en avant et en haut de la moitié postérieure de cet os, et écrasement de la malléole interne. Le malade fut chloroformé, et on tenta de nouveau la réduction. La contre-extension opérée sur le genou était confiée à plusieurs aides ; l'extension était pratiquée sur le pied, et la portion luxée de l'astragale fut directement repoussée en dedans et en arrière. Malgré la résolution musculaire complète où se trouvait le malade, et nonobstant des efforts considérables et réitérés, on n'obtint aucun changement dans les rapports osseux, et il fut décidé qu'une consultation aurait lieu le lendemain à l'issue du service. On couvrit le pied de compresses trempées d'eau froide.

La consultation eut lieu le lendemain (6 juillet), à dix heures. Le cou-de-pied était déjà le siége de phlyctènes, et la tuméfaction et une rougeur luisante montraient l'imminence de la gangrène. On déclara unanimement l'expectation impossible, et le salut du malade parut impérieusement exiger, soit l'amputation de la jambe, soit l'extraction de la partie luxée de l'astragale et des autres fragments osseux. L'amputation promettait une guérison plus rapide et plus assurée; mais il était cruel de soumettre le blessé à une si pénible mutilation, et les succès bien connus de l'extraction de l'astragale firent adopter à M. Sédillot cette dernière opération.

Le malade conduit à l'amphithéâtre et anesthésié, une incision transversalement pratiquée d'une malléole à l'autre ouvrit largement l'articulation. On vit alors la presque totalité de la poulie articulaire de l'astragale luxée en avant de la malléole externe et retenue en arrière et en dehors par cette dernière, en avant et en dedans par la moitié antérieure ou scaphoïdienne de l'astragale comprenant le quart antérieur interne environ de la surface articulaire, et en haut par le rebord antérieur du tibia. On enleva le fragment astragalien luxé en le faisant basculer de dedans en dehors avec le manche d'un scalpel, et, après avoir retiré quelques fragments osseux appartenant à la moitié postérieure de la malléole tibiale et un fragment volumineux représentant la moitié antérieure de cette malléole et une portion continue de la surface articulaire antérieure du tibia, M. Sédillot se demanda s'il était prudent de se borner à ces extractions. On apercevait en avant et en dedans de la plaie, et dans l'intérieur de la jointure, une portion de l'astragale (moitié scaphoïdienne) qui avait deux centimètres de surface libre transversalement et deux centimètres d'arrière en avant. Cette portion de l'os était angulaire et séparée de la partie luxée par une fracture oblique d'arrière en avant, de dedans en dehors et de haut en bas. Il était évident qu'en laissant sur le calcanéum cette portion de l'os, on donnerait au tibia une base trop étroite pour assurer la consolidation et rétablir l'usage du membre ; aussi le chirurgien se décida-t-il à l'enlever avec la scie à chaîne. Les conditions du succès étaient-elles ainsi suffisamment assurées ? Il ne le pensa pas. La rupture de la malléole tibiale et l'intégrité de la malléole péronière, dont la hauteur est près de 4 centimètres, devaient empêcher la rectitude ultérieure du pied en le renversant en dedans, et la sustentation, la marche et la forme régulière du membre auraient été nécessairement compromises.

Ces raisons déterminèrent M. Sédillot à pratiquer la résection des surfaces articulaires péronéo-tibiales par un trait de scie horizontal, après avoir légèrement incisé du haut en bas les angles de la plaie pour obtenir un petit lambeau antéro-supérieur. L'emboîtement du tibia sur le calcanéum, devenu plus facile, était encore un peu gêné par la présence de la portion scaphoïdienne de l'astragale. Aussi, malgré l'importance des faits signalés par Rognetta, et dans lesquels la conservation de la tête astragalienne n'avait pas empêché la guérison, l'opérateur reporta le bistouri dans la plaie et enleva le reste de l'astragale sans beaucoup de difficultés, en coupant le ligament inter-osseux astragalo-calcanien, et le ligament capsulaire astragalo-scaphoïdien.

Cette fois son but était atteint. Les extrémités du tibia et du péroné se logeaient librement et perpendiculairement dans la large excavation formée par le calcanéum et le scaphoïde, et il

n'y avait plus à redouter de déviations forcées du pied sur la jambe. La plaie fut fermée en avant par trois points de suture et maintenue béante de chaque côté pour l'écoulement du sang, de la sérosité et du pus. Le membre fut placé pendant les premiers jours dans une boîte Baudens, et légèrement tourné en dehors. L'imminence de la gangrène et des suppurations diffuses inspira de grandes inquiétudes pendant près de deux semaines. La jambe présenta plusieurs fois une coloration érysipélateuse d'un rouge foncé et une sorte de tuméfaction pâteuse; mais la cautérisation ponctuée répétée jusqu'à deux fois en vingt-quatre heures, fut d'un effet héroïque. M. Sédillot n'hésita pas a reporter le salut du malade à ce moyen, dont il a montré la remarquable efficacité dans son mémoire sur la cautérisation.

Une terrible complication vint sur ces entrefaites accroître le danger. Le blessé, malgré les recommandations d'éviter tout refroidissement, fut pris d'un commencement de tétanos, caractérisé par la roideur du tronc et du cou, le resserrement des mâchoires, et de véritables accès de trismus. Cet état dura quatre jours, et fut combattu par l'opium et l'ammoniaque à l'intérieur, et une température élevée et permanente extérieurement. Les accidents dissipés, la plaie marcha franchement vers la cicatrisation, qui était complète le 8 septembre.

Un bandage inamovible fut appliqué le 23 du même mois par M. le docteur Leuret, et le blessé commença à marcher avec des béquilles.

On fit fabriquer une chaussure d'un usage commode et approprié. Le malade souffrait lorsqu'il appuyait le talon ou les orteils contre le sol, mais il n'éprouvait aucune douleur, et jouissait d'une grande force d'impulsion et de sustentation s'il arcboutait la concavité plantaire contre un corps saillant et plus ou moins arrondi. Ces différences furent attribuées à la nouvelle disposition du pied, dont la voûte osseuse n'existait plus et avait été remplacée dans sa partie centrale par l'ankylose du tibia et du péroné avec le calcanéum. Toute pression plantaire horizontale tendait à comprimer et à abaisser le milieu du pied, et affectait douloureusement par une distension exagérée les nouveaux rapports osseux et les articulations voisines, tandis que le poids du corps, transmis dans l'axe de la jambe et tombant sur la voûte plantaire soutenue elle-même par une surface saillante, n'altérait plus les formes du pied, et en conservait les courbures. M. Sédillot fit en conséquence fabriquer un soulier, dont la face supérieure, étroite, convexe et ovalaire, répondait à la concavité plantaire, et était convenablement matelassée. Le malade s'en servait avec aisance, et il ne cessa de marcher depuis ce moment en s'aidant d'une simple canne.

A la fin de décembre, le membre mesuré était raccourci de 4 à 5 centimètres, mais la sustentation et la marche étaient parfaitement rétablies au moyen de la chaussure, dont la hauteur répondait à celle du raccourcissement.

L'étude des causes et du mécanisme des lésions présentées par ce malade éclaire et confirme les notions acquises sur ce sujet. Le pied fixé sur le sol et porté dans l'extension et l'abduction subit la totalité de l'effort de la jambe, qui était poussée de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors. L'extrémité inférieure du tibia étant violemment pressée contre la partie postérieure de l'astragale, il devait en résulter une fracture tibiale ou une luxation astragalienne. La résistance du tibia l'emportant chez un sujet adulte et vigoureux sur celle de l'astragale, ce dernier os se brisa par une sorte d'écrasement dans les points les plus faibles et les plus exposés, c'est-à-dire en arrière du ligament inter-osseux calcanéo-astragalien et le long du col scaphoïdien, laissant en dedans une portion de la poulie astragalienne que le tibia épargna, et sur laquelle il rompit en éclats sa malléole, parce que l'effort était particulièrement dirigé en avant et en dehors.

M. Sédillot se demande si sa conduite devrait servir de règle dans des conditions semblables, ou si l'on ferait mieux de se borner à l'ablation de la moitié postérieure de l'astragale?

L'examen et la comparaison des extrémités osseuses, semble, suivant lui, démontrer l'avantage de l'extraction de la presque totalité de l'astragale, pour permettre aux os de la jambe de prendre un point d'appui suffisant sur le calcanéum. Dans quelques cas, sans doute, le tibia, refoulé en arrière par le col astragalien laissé en place, a pu s'ankyloser, sans que les fonctions du membre fussent notablement compromises; mais si le col de l'astragale supporte encore une portion de la poulie articulaire, l'espace devient trop étroit pour permettre au pied de reprendre sa solidité. La question, au reste, dit M. Sédillot, sera probablement élucidée par des faits ultérieurs, et nous conseillons de laisser en place la tête scaphoïdienne de l'astragale, afin d'éviter les difficultés réelles de l'extraction de cette partie de l'os et d'augmenter la résistance et la solidité des articulations tarsiennes. Le ligament interosseux calcanéo-astragalien se trouve ainsi conservé. Quant à la résection des extrémités articulaires des os de la jambe, nous la regardions comme une ressource exceptionnelle dans le cas où l'intégrité de la malléole externe et la rupture complète de la malléole interne et de l'extrémité tibiale amèneraient une telle irrégularité dans le niveau des surfaces de rapport, que la possibilité de la juxtaposition des os n'existerait plus. S'il y avait seulement rupture de la malléole interne, on devrait préférer la simple résection de l'extrémité malléolaire du péroné. Le membre y gagnerait 12 à 15 millimètres de longueur, et cet avantage est assez grand pour que l'on tente à en faire profiter le malade, nonobstant l'obstacle qu'apporterait la présence des cartilages articulaires à la formation de l'ankylose. Dans le cas dont il s'agit, la surface articulaire du tibia était elle-même brisée partiellement, et le chirurgien a jugé plus utile d'étendre la résection et de la rendre complète.

Cette observation offre un bel exemple des ressources et de la puissance de la chirurgie conservatrice. Le tibia et l'astragale avaient été brisés; ce dernier os était en outre luxé et irréductible; la gangrène paraissait imminente, et l'amputation pouvait être considérée comme le seul moyen de salut. Cependant la résection des extrémités tibiale et péronière, et l'extraction de la totalité de l'astragale, amenèrent la cessation des accidents, et plus tard une complète guérison. L'utilité de pratiquer les opérations avant les premiers frissons de la gangrène, qui semblent, dans la plupart des cas, accuser un commencement d'empoisonnement excessivement dangereux, fut pleinement confirmée. La cautérisation ponctuée contre l'imminence gangréneuse et la propagation des inflammations diffuses, l'efficacité d'une température élevée et permanente dans le traitement du tétanos, furent également remarquables. Nous noterons aussi l'évidence du mécanisme des lésions rencontrées sur ce malade, et la nécessité de tenir compte des indications fournies par le nouvel état du pied après la formation de l'ankylose curative.

L'avantage de mouler la chaussure sur la concavité plantaire, dans la direction de l'axe du tibia, s'explique clairement par la disposition des rapports osseux, et cette indication devra probablement être modifiée plus tard, au fur et à mesure que le pied s'abaissera et tendra à reposer sur le sol sur une plus large surface. Enfin, M. Sédillot regarde comme définitivement acquis le précepte de conserver la tête de l'astragale lorsqu'elle est intacte, et d'abattre la malléole externe dans tous les cas où la malléole interne, complétement brisée, a dû être enlevée; et il applique seulement la résection des surfaces articulaires tibio-péronières aux fractures compliquées et inégales de l'extrémité inférieure et du tibia.

Anesthésie locale appliquée à la cautérisation.

La cautérisation par les caustiques, d'un usage si fréquent dans la pratique, serait peut-être plus souvent usitée encore si les malades ne répugnaient de s'y soumettre par la crainte de la douleur. On a déjà essayé de recourir aux inhalations anesthésiques lorsqu'il s'agit de pratiquer des cautérisations transcurrentes d'une certaine étendue; on a également essayé l'anesthésie locale par le chloroforme ou par les mélanges réfrigérants; mais ces divers moyens, qui ne produisent qu'une insensibilité très-fugace, utiles sans doute lorsqu'il s'agit du cautère actuel, ne seraient plus applicables aux cas de cautérisation par les caustiques, dont l'action est toujours plus ou moins prolongée. M. Piédagnel, frappé de ces inconvénients, a cherché le moyen d'obtenir une insensibilité locale assez prolongée pour que la cautérisation pût être pratiquée, sinon absolument saus douleur, du moins avec une douleur très-supportable. Après maints essais, il s'est arrêté au moyen suivant qui lui a paru produire le résultat désiré :

Lorsque l'on mélange de la poudre de Vienne et de l'hydrochlorate de morphine, au moyen d'un liquide, on obtient une pâte qui, appliquée sur la peau, produit une escarre sans déterminer de douleur.

Le mélange de 3 parties de poudre de Vienne (chaux vive et potasse caustique) et de 1 partie d'hydrochlorate de morphine doit être fait intimement à sec; puis on ajoute du chloroforme, de l'alcool ou de l'eau pour obtenir une pâte épaisse, que l'on applique sur la peau au moyen de sparadrap de diachylon; après cinq minutes de cette application, la peau que recouvre le cautère devient d'un blanc mat; cinq minutes plus tard, il se forme à son pourtour un petit bourrelet blancbâtre, œdémateux, et au bout de quinze minutes, la peau est brune, brûlée, charbonnée; puis l'épaisseur de l'escarre augmente avec la durée de l'application et devient à peu près semblable à celle de la pâte employée. Quant au diamètre, il est toujours plus grand que celui du caustique, mais cela dépend du mode d'application.

En ajoutant un peu de gomme à la pâte, on peut confectionner de petits disques de 1 centim. de diamètre, sur 4 à 5 millim. d'épaisseur; par la chaleur ils deviennent très-durs, mais ils agissent moins promptement, et il faut les humecter avec de l'eau avant de les appliquer.

L'hydrochlorate de morphine, suivant M. Piédagnel, peut être employé mélangé dans les mêmes proportions (un quart) avec de la poudre de cantharides; on obtient alors des vésicatoires sans déterminer de douleur. Un gramme d'hydrochlorate de morphine ainsi mélangé, et après une application de dix heures, n'a déterminé qu'une légère et passagère somnolence; mais il est inutile d'employer de si fortes doses, 30 à 40 centigrames suffisent pour un cautère ou un vésicatoire.

L'hydrochlorate de morphine borne son action à la partie sur laquelle le caustique est appliqué; il n'y a pas d'absorption, d'intoxication : c'est donc un *anesthésique local*.

M. Piédagnel, comme médecin, n'a pu employer ce moyen que pour établir des exutoires, et il en a appliqué sur toutes les parties du corps; mais il pense qu'en chirurgie on peut l'utiliser dans bien des circonstances, pour éviter les douleurs et détruire des parties malades. M. le professeur Jobert de Lamballe lui a permis d'en faire usage dans son service, et il l'a appliqué sur des engorgements scrofuleux du cou, sur un cancer encéphaloïde du pied.

Nous avons vu la plupart des malades sur lesquels ces applications ont été faites, et ils nous ont tous assuré qu'ils n'avaient que peu ou même point souffert. Ce témoignage n'eût eu peut-être pour quelques-uns que peu de valeur, s'ils n'eussent eu en eux-mêmes un terme de comparaison. Plusieurs d'entre eux, en effet, avaient eu déjà des cautères, et ils déclarent qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre les douleurs presque nulles qu'ils ont éprouvées lors de cette dernière application et les douleurs vives et prolongées des applications précédentes dont ils avaient très-bien conservé le souvenir.

Ces expériences renferment un fait physiologique curieux et dont il serait intéressant sans doute de chercher à se rendre compte; mais il suffit à notre but, pour le moment, de constater le fait. L'explication viendra plus tard avec une plus longue expérience du moyen, si de nouvelles applications confirment les résultats constatés dans celles que nous venons d'exposer.

Sur quelques points relatifs à la pratique des vaccinations et des revaccinations.

Dans notre *Revue clinique* du 20 février dernier, nous avons résumé les résultats des observations faites par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), relativement à la vaccination des adultes. M. le docteur F. Courot, auteur d'une bonne thèse sur les revaccinations, analysée dans ces colonnes il y a environ deux ou trois ans, nous adresse à ce sujet quelques réflexions qui lui ont été suggérées par la lecture de cet article, et auxquelles nous croyons devoir donner place ici, en lui en laissant, bien entendu, la responsabilité :

« M. Courot s'étonne d'abord d'entendre dire, par M. Zandyck, qu'une pustule vaccinale ne pouvait servir avec succès à faire qu'une seule vaccination, car il a pu, dit-il, à plusieurs reprises, et avec un succès relatif assez grand, revacciner toute une salle de 60 malades (service de M. Gendrin, à l'hôpital de la Pitié, année 1854), avec deux ou trois pustules.

» Ce qui l'a frappé ensuite, c'est la rareté des succès obtenus par notre confrère, en vaccinant des adultes, succès moindre, proportionnellement, que celui qu'il a obtenu lui-même en pratiquant des revaccinations.

» Suivant M. Zandyck, ajoute notre correspondant, l'âge adulte serait un obstacle à l'évolution de la maladie vaccinale.

» Est-il bien possible qu'on soit si peu disposé à être vacciné à vingt ans, quant à cet âge, on est si facilement atteint de la variole? La variole et la vaccine ne sont-elles pas des maladies bien analogues, puisqu'elles s'excluent, l'une l'autre.

» N'est-il pas bien prouvé que l'aptitude à contracter l'une et l'autre marche parallèlement? Mais, nous allons plus loin : la difficulté à être vacciné dans l'âge adulte serait-elle établie par un nombre imposant d'observations, que nous ne saurions, avec M. Zandyck, l'attribuer à ce que l'épiderme est trop épais chez l'adulte. Cette explication, admissible s'il s'agissait de l'aptitude à contracter la variole, et encore seulement si cette maladie ne pouvait être contractée que par le contact immédiat, cette explication, dis-je, reste sans fondement, quand il s'agit de l'introduction du virus vaccinal sous l'épiderme.

» D'ailleurs, nous avons maintes fois constaté pour la revaccination (et cela doit être vrai, *à fortiori*, pour la vaccination) que l'insertion du virus réussirait plus souvent chez le vieillard que chez l'adulte, et cependant l'épiderme s'épaissit en avançant en âge.

» Dans le travail analysé, il nous a semblé que l'auteur attachait une importance exagérée à la marche des pustules, à la rapidité de leur dessiccation. Qu'importe, en effet, les phases du travail opéré par la réaction constitutionnelle, si la pustule est ombiliquée, si elle a son aspect nacré, si enfin elle est légitime? le sujet sera préservé, et c'est là le point important.

» L'âge du sujet vacciné, son aptitude à contracter la variole, la vascularité du lieu où la piqûre a été pratiquée, peuvent influencer la marche de l'éruption sans modifier en rien sa vertu prophylactique ni sa transmissibilité. C'est du moins ce que nos recherches sur la revaccination nous permettent de penser. »

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Du cancer sublingual.

Par M. le docteur Roux fils (de Brignoles), médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

La maladie sur laquelle je viens appeler l'attention des praticiens est une des affections cancéreuses les plus douloureuses, et ne se trouve décrite convenablement dans aucun de nos livres classiques. La dénomination de *cancer sublingual* indique, pour moi, une tumeur maligne (cancroïde épithélial le plus souvent) ayant son siége dans un des points du plancher buccal que recouvre la langue.

Entre l'arcade dentaire inférieure et l'angle de réunion de la langue avec la région sus-hyoïdienne, de chaque côté du frein se voient deux crêtes qui arrivent sur la ligne médiane jusqu'au contact; elles correspondent aux bords supérieurs des deux glandes sublinguales. C'est là le lieu anatomique où nous avons vu poindre le cancer qui nous occupe.

Consultons les traités *ex professo* sur le cancer, les livres classiques de pathologie chirurgicale, nous trouvons décrit très-savamment le cancer de la langue, de la mâchoire inférieure; mais le cancer du plancher buccal et des glandes salivaires est mal étudié et même nié par quelques-uns de nos maîtres. M. Velpeau a dit qu'aucune observation concluante ne prouve que la glande sous-maxillaire soit jamais passée à l'état de cancer. Je crois bien, avec Vidal (de Cassis), que les opérations d'Amussat et de J. Cloquet étaient des extirpations de ganglions indurés; mais le cancer des glandes sublinguales et consécutivement des glandes sous-maxillaires est pour nous un fait démontré par nos observations, et Récamier, à la page 305 de son livre sur le traitement du cancer, en donne un exemple.

Si nous consultons les publications périodiques, nous trouvons peu de cas qui se rapprochent des nôtres; il faut en venir aux procès-verbaux des séances de la Société de chirurgie du mois de décembre 1857, pour trouver quelques notions un peu précises. Dans sa séance du 2 decembre, M. le docteur A. Richard mettait au jour l'impuissance de l'art pour la guérison du cancer siégeant dans les tissus buccaux; quinze jours après, M. Le Plé adressait à la même compagnie une note sur quatre cas de cancer de la cavité buccale. Mais en faisant le dépouillement des faits transmis par M. Le Plé, nous voyons que son deuxième malade, opéré par M. Flaubert, présente seul quelque analogie avec ceux que nous avons observés.

Avant de résumer les caractères et la marche fatalement progressive de cette affection, je vais tracer rapidement l'histoire des malades, que nous avons attentivement observés.

Obs. I. — Liautard est un homme de 60 ans, limonadier, dont le père a succombé à la suite d'une affection cancéreuse de la face.

Cet homme, d'une vie assez régulière, fumait sans excès tantôt le cigare, tantôt la pipe. Il vit apparaître dans le courant de l'année 1854, au-dessous de la langue, sur un des côtés du frein, au-dessus de la base de la glande sublinguale, une petite tumeur indolore, dure et rouge, occasionnant un peu de gêne comme celle que donne un corps étranger.

Bientôt cette tumeur grandit et présenta l'aspect d'un tissu légèrement dentelé, rouge, granu'eux, dur, un peu semblable à celui d'une crête de poulet. Plusieurs praticiens, soupçonnant une origine syphilitique, conseillèrent un traitement spécial : des mercuriaux furent d'abord administrés et plus tard un traitement fortement ioduré fut entrepris et suivi avec énergie.

A cette époque, le malade vint m'exprimer le désir d'aller consulter un médecin de Montpellier. Le mal empirait. Je l'adressai à M. le professeur Bouisson, qui le renvoya avec un traitement dont les préparations iodurées, la ciguë et la belladone formaient la base. Malgré la persistance énergique de cet homme et des cautérisations profondes, le mal envahit le tissu gengival, les dents s'ébranlent, une salivation fétide et abondante le tourmente. — Après un nouveau séjour à Montpellier, à l'hôpital Saint-Eloi, le malade revint désespéré, la mâchoire envahie, ainsi que la gencive, ne formaient plus qu'un large épulis; les ganglions du cou, engorgés, donnaient au malade un aspect hideux. Une salive fétide s'écoulait constamment mêlée à du pus sanieux. Une visite à ce malade était un véritable supplice, à cause de l'odeur infecte qu'il exhalait; il finit par s'éteindre misérablement avec des douleurs atroces dans le courant du mois de novembre 1857.

Obs. II. — Je n'ai pas vu le deuxième malade au début de son affection, mais d'après les renseignements puisés auprès des confrères qui lui ont donné des soins, voici quelle a été son histoire :

Magnani est un homme de soixante-trois ans, assez maigre, teint bilieux; il a vu, au dessus de la glande sublinguale, du côté gauche, survenir une légère ulcération que l'on prit d'abord pour un aphte et qui fut traitée par de simples gargarismes astringents. Bientôt une végétation s'éleva; le malade se livra aux homœopathes, qui naturellement ne changèrent rien à son état. Enfin cet homme entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans un état probablement trop avancé pour pouvoir être opéré, puisqu'il fut renvoyé sans qu'aucune tentative eût été faite. Quand je le vis pour la première fois, je trouvai une ressemblance très-grande entre son état et celui où j'avais vu Liautard. Des végétations rouges, granuleuses, ulcérées, occupent la glande sublinguale et s'étendent en cravate autour des attaches de la langue; les dents, branlantes, reposent sur des gencives tuméfiées. La maxillaire inférieure présente des bosselures irrégulières, surtout à gauche, où l'on découvre une tumeur d'une dureté pierreuse, arrondie et entourée d'un chapelet de ganglions indurés.

La déglutition est très laborieuse; la parole grêle et saccadée; insomnie, inappétence, douleurs lancinantes très-vives. Le traitement actuel consiste en l'emploi de préparations extérieures et intérieures de ciguë, de belladone et d'opium.

Obs. III. — M. P... est un capitaine en retraite, âgé de soixante ans, goutteux et grand fumeur. Il y a dix mois, il a vu survenir sur les crêtes des glandes sublinguales, sur un des côtés du frein, une ulcération dont la nature a été d'abord mal déterminée par les médecins traitants.

Cette ulcération a fait de rapides progrès; le sillon sublingual a été rapidement envahi, ainsi que la face inférieure de la langue, dont la pointe est tombée, en produisant dans sa chute des hémorrhagies assez graves. Aujourd'hui il ne reste plus que la base et les attaches de la langue, qui forment un moignon ulcéré. La prononciation est très-difficile; le malade peut avaler encore des aliments à l'état pâteux; mais l'ulcération semble vouloir envahir les amygdales et le voile du palais, qui est fortement tuméfié, et les hémorrhagies fréquentes qui affaiblissent le malade font présager sa fin prochaine. Dans ce cas, le cancer s'est propagé plutôt vers la langue, et sa marche a été se dirigeant d'avant en arrière, puisque le maxillaire inférieur est intact.

Chez les malades que nous avons observés, l'induration initiale s'est faite sur un point assez restreint de la muqueuse qui recouvre la glande sublinguale. Le tissu de la glande devient le siége d'une nutrition plus active, la tumeur est soulevée et ne tarde pas à s'ulcérer; car lorsque ces tumeurs n'étant point renfermées dans des cavités closes, se trouvent au contact de l'air, elles ont une tendance très-marquée à l'ulcération. Cet ulcère cancéreux peut souvent être pris pour un aphthe simple ou pour une ulcération syphilitique; mais les bords en sont frangés, la surface rouge, saigne facilement et est recouverte parfois de végétations molles. La sécrétion est sanieuse, fétide, et son absorption peut, d'après l'opinion de Récamier, amener une sorte d'intoxication.

A mesure que le mal fait des progrès, l'extension du tissu morbide peut se faire dans deux sens :

1° Du côté de l'arc du maxillaire, comme chez les deux premiers malades;

2° Du côté de la langue, comme dans les deuxième et troisième observations.

L'examen microscopique des éléments du cancer offre des cellules généralement volumineuses; les éléments graisseux et fibreux se trouvent en très-petite quantité.

Les douleurs manquent presque toujours au début de la maladie, qui ne produit qu'un peu de gêne. Mais elles deviennent vives, lancinantes, lorsque l'ulcération s'est établie, sans cependant être continues. Les mouvements de la langue sont gênés si la base est envahie. Les petits canaux salivaires ulcérés, laissent écouler la salive qui, s'accumulant avec le muco-pus pendant le sommeil, devient très-pénible. Des hémorrhagies souvent inquiétantes se manifestent à la suite de l'érosion des vaisseaux sublinguaux.

La langue finit par se trouver soulevée et un peu renversée de côté par la tumeur. Les signes de la cachexie cancéreuse surviennent; les malades, tristes et inquiets, maigrissent, leur teint devient jaunâtre, les forces baissent en raison de l'abondance de la salivation. La terminaison fatale est encore hâtée par l'impossibilité d'une alimentation suffisante.

Abandonnée à elle-même, la maladie se termine invariablement par la mort. Quant aux causes, nous sommes obligés d'avouer notre ignorance. Nous avons observé ce cancer uniquement chez des hommes qui avaient de soixante à soixante-cinq ans.

Les ulcères syphilitiques du plancher buccal sont assez difficiles à diagnostiquer des ulcères cancéreux, mais les premiers sont la manifestation d'une syphilis déjà avancée. Cependant comme on sait très-bien la tendance de la syphilis aux productions épithéliales locales, cela peut paraître embarrassant, et dans ce cas, il faut avoir recours au traitement spécifique.

Traitement. — « Le défaut de succès d'un grand nombre d'excisions de cancers de la bouche, dit Récamier, doit faire rechercher s'il est plus avantageux de les cautériser ou de les emporter que de n'y pas toucher, en se bornant aux soins de propreté. »

Enlever le mal local au moyen d'une opération, tel est toujours, à notre avis, le devoir du chirurgien, lorsqu'il croit pouvoir circonscrire le mal et l'enlever en totalité, tant que la constitution n'est pas altérée, que des chapelets de ganglions ne sont pas engorgés.

M. Richard repousse toute opération dans ce cas et soutient qu'il n'existe pas dans la science un cas de guérison bien avéré de cancers siégeant sur les parois de la cavité buccale; chez tous les malades qu'il a opérés ou vu opérer, la récidive ne s'est jamais fait attendre plus d'une année.

Nous sommes loin d'accepter une opinion aussi décourageante, et nous pouvons puiser dans la pratique de mon père quelques beaux succès. Un des opérés, âgé de 30 ans environ, est aujourd'hui prêtre dans le département du Var, et l'opération a déjà vingt ans de date.

Nous admettons, avec MM. Huguier et Chassaignac, que, s'il est vrai que le cancer de cette région récidive souvent d'une manière désespérante, c'est aussi qu'on enlève rarement tous les tissus envahis par la maladie.

Ici il n'y a pas d'opération palliative possible, il faut enlever le mal au début ou y renoncer, car dans une région aussi difficile à atteindre, il n'est bientôt plus permis de distinguer les limites du mal. Dussions-nous, avec M. Huguier, scier l'os maxillaire inférieure pour opérer à ciel ouvert, il faut agir alors qu'il en est temps.

L'extirpation de la tumeur doit toujours être tentée au début. Des cautères à roseaux portés au rouge blanc seront ensuite éteints dans la partie, tant pour arrêter l'hémorrhagie que pour détruire les parcelles cancéreuses que l'instrument n'aurait pu atteindre et éliminer.

Quant au traitement palliatif et médical, c'est le même que celui mis en usage dans le cancer étendu de la langue et du pharynx.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 mars 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Mal vertébral, guérison par gibbosité. — M. Larrey présente un ancien soldat, jeune encore, atteint de gibbosité consécutive au mal vertébral, et résume ainsi son observation :

« Ce jeune homme, nommé T..., appartenant au 48e de ligne, lorsque, trois mois environ après son entrée au service, il fut atteint de douleurs dans quelques-unes des vertèbres dorsales sans cause appréciable. Il n'offrait aucun signe de scrofules ou de syphilis, et n'avait éprouvé nul accident mécanique dont il eût souvenance. Les douleurs, paraissant fixées surtout dans les septième, huitième et neuvième vertèbres, semblaient se propager dès le début aux côtes correspondantes. Mais il n'y avait encore aucune déformation ou déviation de la colonne vertébrale. Aux douleurs se joignirent des fourmillements dans les jambes, puis de la faiblesse, et un état d'engourdissement augmenté par les fatigues du service. Ces premiers symptômes existaient en 1854, et au mois d'août de cette année, après un repos et des soins insuffisants à l'infirmerie régimentaire, le malade fut envoyé à l'hôpital d'Amiens. Il y resta six mois dans des conditions telles qu'une gibbosité se développa au niveau des vertèbres reconnues malades, mais sans abcès symptomatique, ou du moins sans suppuration appréciable à l'extérieur. Un traitement méthodique par l'emploi de divers médicaments, par la position horizontale et par l'application de deux larges exutoires, parut améliorer le mal, et au mois de mai 1855 le malade fut envoyé à Bourbon-l'Arcbambault. Il parut s'en trouver assez bien.

» Mais, rentré en septembre dans ses foyers pour y passer quelques mois de convalescence, il fut repris de douleurs dans le dos, et d'engourdissement plus prononcé dans les jambes. Admis alors au Val-de-Grâce et placé dans nos salles de clinique, il nous offrit les signes manifestes du mal vertébral si bien décrit par Pott, avec semi-paralysie des membres inférieurs, et gibbosité dorsale sans abcès par congestion.

» Le repos prolongé dans le décubitus, une médication tonique et un régime nutritif, quelques dérivatifs sur le canal intestinal, et une révulsion active au voisinage du mal par l'application successive d'une vingtaine de ventouses scarifiées, de plusieurs vésicatoires, de trente moxas et de deux cautérisations transcurrentes assez profondes, tel fut l'ensemble des moyens de traitement mis en usage.

» Le résultat en fut aussi heureux qu'il pouvait l'être. Les douleurs, augmentées à la pression, avaient complétement disparu, ainsi que l'engourdissement et la faiblesse des jambes; la nutrition générale s'était rétablie, et, sauf la gibbosité, le malade put être évacué sans peine sur l'établissement de Bourbon-l'Archambault. Nous l'avons revu au mois de mars 1856, en constatant une guérison soutenue, qui aujourd'hui, c'est-à-dire quatre ans après l'origine de la maladie, semble définitive.

» On peut remarquer que la gibbosité dorsale, en faisant perdre au sujet plusieurs pouces de sa taille, n'a modifié nullement la conformation du thorax. Sa santé est excellente, et, à moins de fatigue, il supporte sans appui une marche assez prolongée. La difformité, enfin, doit être considérée elle-même comme la terminaison favorable de la maladie.

» M. Larrey, en présentant ce cas à la Société, a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour la question soumise encore actuellement à la discussion. »

M. Cloquet pense que chez ce malade, qui n'a eu aucun abcès appréciable, il a dû exister des abcès intérieurs qui se sont complétement résorbés.

CORRESPONDANCE.

M. A. Binet adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels.

— M. Marjolin communique l'analyse suivante d'une lettre de M. Heyfelder :

La Société de chirurgie a discuté dans la séance du 2 décembre 1857 la possibilité d'une guérison permanente du cancer et de l'épithélium; c'est à cette occasion que M. le professeur Heyfelder a adressé la note suivante.

Notre honorable collègue est convaincu que chaque variété de la maladie cancéreuse, n'importe que ce soit de l'épithélioma ou du cancer fibreux, encéphaloïde ou cystique, etc., peut récidiver plus ou moins promptement après son ablation. Ainsi, qu'un individu atteint de pseudoplasme, reconnu épithélial à l'aide du microscope, soit opéré avec le bistouri; il peut, au bout de quelques mois, présenter à la même place une nouvelle tumeur, qui sera, à l'aide du microscope, reconnue pour être du cancer fibreux. Un cas de ce genre se trouve rapporté dans la *Clinique* de M. Heyfelder (années 1853, 1854, page 36). M. Heyfelder fils a également mentionné plusieurs cas analogues dans son mémoire adressé à la Société de chirurgie, *sur le cancer et le cancroïde*.

Par rapport à la récidive, le tissu qui donne naissance au cancer joue un grand rôle. Constamment notre collègue a vu le cancer de la langue récidiver chaque fois qu'il en a fait l'ablation. Sur douze cas, il a observé douze récidives; jamais il n'a obtenu de succès. La même observation s'applique à l'ablation des parties génitales externes chez les femmes (clitoris, grandes et petites lèvres). Trois fois M. Heyfelder dut pratiquer cette opération pour une affection cancéreuse, trois fois les malades périrent de la récidive; tandis que deux autres femmes, qui avaient subi l'amputation des parties génitales atteintes de lèpre, vivent encore.

Sur 54 femmes atteintes de cancer de la mamelle, constamment M. Heyfelder a constaté la récidive, et la mort après l'opération. Une seule fois il a vu une femme qui avait été opérée par le professeur Michel Jœger rester douze ans sans récidive, et, dans ce cas, il se demande si c'était un vrai cancer ou un pseudoplasme non cancéreux.

Treize fois notre collègue a extirpé des tumeurs de la région parotidienne ou de la parotide, reconnues cancéreuses par l'examen microscopique : constamment la récidive et la mort ont eu lieu plus ou moins promptement.

La même terminaison funeste a été observée après l'ablation des pseudoplasmes cancéreux des régions axillaires et inguinales, huit fois après l'ablation des testicules, trois fois après l'amputation du col de la matrice, et quatre fois après celle du rectum; par contre, M. Heyfelder, qui a fait neuf ou dix fois l'amputation du pénis, n'a jamais constaté de récidive.

Plus d'un tiers des opérés de cancers des lèvres n'a pas présenté de récidive, d'après les renseignements pris auprès des médecins ou des autorités des diverses localités. Il est possible qu'un certain nombre de ces opérés n'ait été atteint que de cancer épithélial, beaucoup de ces opérations ayant été faites avant l'emploi du microscope.

L'extirpation du globe de l'œil a été pratiquée treize fois par M. Heyfelder ; deux malades seuls, assez âgés, atteints de cancer fibreux, ont survécu, tandis que tous les autres ont succombé à des tumeurs encéphaloïdes développées dans le fond de l'orbite.

Généralement on admet que le cancer qui se développe dans une glande est d'un pronostic fâcheux ; cependant, pour M. Heyfelder, la glande sous-maxillaire paraît faire exception, pourvu qu'elle seule soit malade et que l'os ne soit pas atteint. Trois personnes atteintes de squirrhe de la glande sous-maxillaire, opérées par notre confrère, n'ont pas éprouvé de récidive.

L'affection cancéreuse d'un os quelconque ne peut guérir qu'autant que l'os malade est enlevé dans sa totalité. Comme M. le professeur Ried (d'Iéna) [*Traité des résections*, 1847, page 108], M. Heyfelder a toujours regretté d'avoir fait la résection partielle et non totale du maxillaire supérieur pour une affection cancéreuse naissante de cet os; tandis qu'il a eu, comme M. Michaux (de Louvain), d'assez bons résultats de l'ablation totale de la mâchoire supérieure atteinte de cancer encéphaloïde. Aussi notre confrère soutient qu'il vaut mieux enlever, dans les cas de cancer, une branche de la mâchoire avec les apophyses condyloïde et coronoïde, que de faire la résection dans la continuité de l'os. Ainsi que l'a publié M. Heyfelder dans son *Traité des résections et des amputations*, l'expérience lui a démontré qu'il est préférable, dans le cancer des parties molles d'un membre, de faire l'amputation plutôt que d'extirper la tumeur, car par cette dernière méthode il y a plus de chances pour prévenir la récidive. »

Parallèle des membres supérieurs et des membres inférieurs. — M. CH. MARTINS, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, met sous les yeux de la Société des pièces ostéologiques, et expose verbalement le résultat de ses recherches sur les parties analogues des membres thoraciques et des membres abdominaux. Après avoir rappelé les opinions diverses des auteurs qui, depuis Vicq d'Azyr, ont écrit sur ce parallèle, après les avoir critiquées et réfutées, il fait remarquer d'abord que l'humérus est un os tordu de 180 degrés autour de son axe longitudinal ; que le fémur, au contraire, ne présente aucune torsion, et que, pour comparer ces deux os, il faut faire disparaître la torsion du premier. On y parvient en le faisant préalablement ramollir dans l'acide chlorhydrique étendu. Cette préparation a été exécutée sur l'humérus du membre thoracique que M. Martins présente à la Société, et qu'il place à côté d'un membre abdominal naturel du même côté. L'analogie des deux membres ainsi comparés est frappante. Le pli du coude se trouve dirigé en arrière comme celui du genou; l'olécrane est sur le plan antérieur, comme la rotule, la tête humérale regarde en dedans comme la tête fémorale; l'avant-bras est en supination, comme la jambe, et néanmoins le pouce est situé en dedans comme le gros orteil, lorsque la paume de la main et la plante du pied reposent à plat sur le sol.

Le parallèle des deux os du bras et des deux os de la jambe est le point qui a le plus embarrassé les anatomistes. Les uns ont admis que le cubitus représente le tibia ; les autres, que cet os est l'analogue du péroné; d'autres enfin, ont supposé l'existence d'une sorte de croisement par suite duquel le tibia représenterait par sa partie supérieure la moitié supérieure du cubitus, et par sa partie inférieure, la moitié inférieure du radius. M. Martins, se basant sur les connexions articulaires et sur la situation respective de la rotule et de l'olécrane, enfin, sur l'anatomie comparée, propose la théorie suivante :

Des deux surfaces articulaires distinctes qui existent sur l'extrémité supérieure du tibia, l'une, l'interne, représente la surface articulaire supérieure du radius; l'autre, l'externe, représente la partie horizontale de la cavité sigmoïde du cubitus. Le chapiteau du tibia résulte donc de la coalescence de la tête du radius et de la partie postéro-supérieure du cubitus. Le corps et l'extrémité inférieure du tibia, reproduisent le corps et l'extrémité inférieure du radius. En d'autres termes, le tibia est un radius auquel s'est ajoutée la partie postéro-supérieure du cubitus ; et le péroné est un cubitus privé de cette même partie postéro-supérieure.

Pour exprimer plus clairement son idée, M. Martins a enlevé l'olécrane et la cavité sigmoïde du cubitus, au moyen d'un trait de scie transversal et presque vertical, commençant près du sommet de l'apophyse coronoïde, et allant très-obliquement aboutir à la face postérieure du cubitus, à 8 ou 10 centimètres au-dessous de l'articulation. Le fragment osseux ainsi détaché du cubitus a été réuni à l'extrémité supérieure du radius. Cette préparation a été faite sur un membre thoracique dont l'humérus avait été préalablement détordu, et l'analogie des diverses parties de ce membre avec celles du membre inférieur est devenue frappante, aussi bien sous le rapport de la forme et de la constitution des os, que sous le rapport des principales insertions musculaires.

A l'appui de sa théorie, M. Martins fait remarquer que la coalescence partielle ou totale de deux os parallèles est un phénomène dont l'anatomie comparée offre plusieurs exemples. Son hypothèse sur la constitution du tibia n'est donc pas contraire aux lois de l'ostéologie. Elle est confirmée d'ailleurs par la disposition du squelette de quelques marsupiaux. Chez ces animaux, la coalescence indiquée par M. Martins n'existe pas. L'extrémité supérieure du péroné est aussi volumineuse que celle du tibia, et s'articule directement avec le condyle externe du fémur. Le péroné représente, par conséquent, tout le cubitus, et le tibia ne représente plus que le radius seul. Quant à la rotule, elle est fixée au péroné et non au tibia, de même que l'olécrane, son analogue, est fixée au cubitus.

Passant à l'étude des analogies des parties molles, M. Martins montre que la torsion de 180 degrés qu'a subie l'humérus a changé la situation des muscles, des vaisseaux et des nerfs. Les muscles de la partie interne de l'avant-bras ont ainsi leurs analogues à la partie externe de la jambe, et les externes à la partie interne de la jambe. Par exemple, le cubital antérieur est en dedans, et le jumeau externe, son analogue, est en dehors. De même le rond pronateur descend de dedans en dehors, et le poplité, son analogue, descend de dehors en dedans. Pour les artères, on trouve que la poplitée est en arrière du genou, et l'humérale en avant du coude; la péronière est externe, et la cubitale, son analogue, est interne. Le tronc fémoro-poplité tourne en spirale autour du fémur, tandis que le tronc de l'humérale descend directement le long de l'humérus. Mais qu'on détorde l'humérus ou qu'on torde le fémur de 180 degrés sur son axe, et l'analogie de situation des vaisseaux deviendra parfaite.

L'étude des nerfs confirme bien plus complétement encore l'idée de la torsion de l'humérus. Les anatomistes admettent que le nerf crural est l'analogue du radial, le poplité externe du cubital, et le poplité interne du médian. Les origines et la distribution de ces nerfs, et leurs rapports avec les vaisseaux et les os, ont permis de reconnaître leur analogie ; mais la diversité de leur trajet, et en particulier la spirale décrite autour de l'axe du bras par le nerf radial, n'avaient pas encore été expliquées. Tout devient clair lorsqu'on admet que l'humérus est un fémur tordu de 180 degrés autour de son axe. Pour rendre sa démonstration palpable, M. Martins dispose autour du squelette d'un membre abdominal trois cordons représentant le trajet du nerf médian, du poplité externe et du poplité interne. Puis, sans toucher à l'insertion supérieure de ces cordons, il fait exécuter au fémur un mouvement de torsion de 180 degrés, et aussitôt on voit apparaître le système nerveux du bras ; le crural, contournant l'os en hélice, devient un nerf radial ; le poplité externe passe en dedans comme le cubital, et le poplité interne, comme le médian, se place en dehors du nerf précédent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Mal vertébral lombaire avec abcès et sans gibbosité. — M. CHASSAIGNAC présente des pièces provenant d'un homme adulte, mort d'abcès par congestion iléo-fémoral. L'abcès est situé dans l'épaisseur du psoas, et remonte jusqu'aux insertions supérieures de ce muscle ; mais il ne communique pas directement avec le squelette, dont il est séparé par une couche assez mince de tissus lardacés de formation nouvelle. A ce niveau, les corps des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires, sont soudés à la fois par ankylose centrale et par des jetées osseuses périphériques. On ne trouve plus de traces des deux disques intervertébraux correspondants. La disposition des ossifications nouvelles, la disparition des disques, l'état du tissu spongieux des corps vertébraux, l'épaississement lardacé du périoste, qui se confond par sa face externe avec la membrane pyogénique de l'abcès par congestion, tout indique d'une manière évidente que l'abcès, bien que ne communiquant plus avec le squelette, a eu pour point de départ une affection vertébrale à peu près complétement guérie aujourd'hui.

D'après l'état actuel des parties, M. Chassaignac pense que le mal vertébral ne dépendait ni de la carie ni des tubercules, mais bien d'une altération primitive des disques, c'est-à-dire d'une arthrite vertébrale. Les os, en effet, ne sont ni détruits, ni érodés, ni creusés, mais simplement soudés, et de plus on trouve sur le disque qui sépare la première de la deuxième lombaire, un état de ramollissement et de vascularité tout à fait pathologique, quoique le tissu des deux corps vertébraux adjacents ne paraisse pas malade. — Il n'existe d'ailleurs aucune gibbosité.

M. Chassaignac présente cette pièce comme un nouvel exemple d'une terminaison sur laquelle M. Broca a récemment insisté. Dans ce cas, en effet, l'affection vertébrale a guéri, et l'abcès par congestion a cessé de communiquer avec le squelette ; mais la collection purulente a néanmoins continué à s'accroître, et a entraîné la mort du malade.

M. CLOQUET adopte l'interprétation de M. Chassaignac ; il pense comme lui que l'abcès, bien que ne communiquant plus avec le squelette, a eu pour point de départ un mal vertébral actuellement guéri.

Contusion des os chez les enfants. — M. MARJOLIN présente la partie supérieure du fémur d'un jeune garçon, entré à l'hôpital quelques jours après avoir reçu un coup de sabot sur la hanche droite ; lors de l'entrée de l'enfant, on pouvait déjà porter un pronostic très-fâcheux et penser que le malade était sous l'influence d'accidents de résorption. Le membre abdominal droit était fortement porté dans la rotation en dehors et notablement tuméfié ; le moindre mouvement causait les plus vives douleurs. Le lendemain de son entrée, une ponction faite au niveau de la partie supérieure et externe de la cuisse, donna issue à une grande quantité de pus et à des caillots sanguins. L'ouverture de l'abcès amena un peu de soulagement, mais bientôt tous les symptômes d'une infection purulente se manifestèrent. A l'autopsie, on trouva, outre un vaste épanchement purulent dans les deux plèvres et des abcès métastatiques dans les poumons, le tissu osseux de la tête du fémur infiltré de pus et un abcès dans le canal médullaire ; la capsule articulaire était remplie de pus, ouverte dans un point, le grand trochanter fracturé, séparé du reste de l'os.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, P. BROCA.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE SRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Janson, de Strasbourg (Bas-Rhin); *Traitement de l'anévrysme de l'artère poplitée par la compression indirecte.*

Laurens, d'Albi (Tarn) ; *De l'inflammation du col de l'utérus.*

Heymann, de Pbasbourg (Meurthe); *De la division des nerfs dans le traitement du tic douloureux.*

Lévi, de Hochfelden (Bas-Rhin); *Observations chirurgicales.*

Simon de Villeneuve, de Quintin (Côtes-du-Nord); *Des luxations traumatiques en dehors de l'articulation tibio-tarsienne.*

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le samedi 1er mai 1858, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux ou hospices de Paris.

Seront admis à concourir les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins, en cette qualité, soit à la pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisés à concourir tous autres élèves en pharmacie ou pharmaciens, qui présenteraient les garanties convenables.

L'inscription des concurrents aura lieu au secrétariat de l'administration, jusqu'au jeudi 15 avril de midi à trois heures de relevée.

Le secrétaire général, L. DUBOST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Saint-Étienne s'ouvrira le 14 juin prochain. Pour être admissibles, les candidats doivent avoir fait tout le temps de service voulu comme élèves internes des hospices de Lyon, de Paris, de Montpellier ou de Strasbourg ; il suffit d'une année d'exercice comme docteur ; — pour les autres, le temps d'exercice de docteur devra être de trois années.

— M. le docteur A. Dron, ancien interne des hôpitaux et ancien prosecteur, vient d'être nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon.

— Nous avons, dit la *Gazette médicale de Lyon*, la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Sénac, professeur de pathologie médicale et ancien directeur de l'école de médecine de Lyon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, membre et autrefois président de la Société impériale de médecine.

Sénac fut le premier directeur *universitaire* de notre Ecole de médecine. Il eut à l'organiser, sous son nouveau titre d'Ecole *préparatoire*, avec les développements créés par l'impulsion d'Orfila. Nous avons tous apprécié ses efforts incessants pour obtenir la transformation de cette institution en une Faculté. Nul plus que lui n'a contribué à préparer cette mesure, dont la réalisation, on peut le dire sans vanité, serait encore plus avantageuse au progrès des études médicales en général qu'à nos intérêts locaux.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr CRAMOISY. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 40. — MARDI 6 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 40. — MARDI 6 AVRIL 1858

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 AVRIL 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

D'après l'opinion la plus généralement admise sur le développement des dents, ces ostéides naissent de quelques replis de la membrane muqueuse placés à la surface des mâchoires; ces replis contiendraient les premières traces des dents, se refermeraient sur les germes, et formeraient ainsi ce que l'on nomme *sac du follicule dentaire*. M. Natalis Guillot a entrepris sur les embryons très-jeunes de l'homme et de quelques animaux, des observations qui l'ont conduit à une autre manière d'interpréter la genèse des dents. Il admet l'existence d'une portion organique dont la durée est limitée et l'usage temporaire. C'est au milieu de cette substance, véritable organe créateur et protecteur, qui s'efface et disparaît dès que son but est accompli, que naîtraient suivant lui les premières traces des dents. Tel est le sujet d'un mémoire dont M. Nat. Guillot a donné lecture dans cette séance. Après avoir exposé les faits que nous venons d'énoncer, l'auteur décrit toutes les phases que parcourt cette portion organique depuis les premiers moments de la formation des dents, jusqu'à l'époque où les mâchoires sont complètes.

Les résultats des recherches de M. Natalis Guillot sont, à plusieurs égards, en contradiction avec les faits exposés dans un remarquable travail dont nous avons récemment donné l'analyse. Nous ne chercherons ni à expliquer les causes de cette dissidence, ni à décider de quel côté est la vérité. Il faudrait, pour se poser en juge sur une pareille matière, avoir sous les yeux toutes les préparations et pouvoir les reproduire soi-même. Nous laisserons ce soin aux membres de la commission chargée d'examiner ces travaux.

M. Fernet a lu ensuite un travail sur un point de physiologie dont la solution exigeait le concours de recherches chimiques très-délicates, savoir, l'absorption et le dégagement des gaz par le sang. On verra, dans la courte analyse que nous donnons de ce travail au compte rendu, les résultats auxquels est arrivé l'auteur pour chacun des gaz qu'il a examinés.

Nous signalerons en outre, parmi les nombreuses communications de cette séance, un mémoire de MM. Lecointe et Demarquay sur les phénomènes pathologiques, physiologiques et chimiques produits par les injections d'air, d'azote, d'oxygène, d'acide carbonique et d'hydrogène dans le tissu cellulaire et le péritoine; nous reproduisons dans le compte rendu les conclusions auxquelles les auteurs ont été conduits par leurs recherches; et un travail de M. Wanner sur la structure des différentes membranes de l'intestin. La plupart des autres communications, relatives à des questions diverses de médecine ou de chirurgie, ont été renvoyées à la commission des prix. — Dr Brochin.

HOSPICE DES INCURABLES. — M. HILLAIRET.

De l'hémorrhagie cérébelleuse (1).

OBS. II. — *Hémiplégie ancienne; accidents nouveaux, tels que vomissements spontanés; conservation de l'intelligence, somnolence, coma, hébétude du visage, etc. Mort. — Ancien foyer apoplectique dans l'épaisseur de la couche optique et du corps strié du côté gauche; foyer apoplectique récent dans le quatrième ventricule et dans l'épaisseur des deux hémisphères cérébelleux, plus considérable du côté droit; congestion générale assez notable, sérosité.*

Le 9 novembre 1854, un vieillard de soixante-trois ans, ancien tailleur, est transporté à l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes) et couché au n° 15. Les accidents qui occasionnent son transport viennent à l'instant même de se manifester.

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 mars.

C'est un homme d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, qui a joui d'une assez bonne santé habituelle autrefois.

Il y a deux ans, il fut pris, au milieu de son travail, d'une attaque de paralysie du côté droit; avant, comme après, il n'a jamais éprouvé de céphalalgie ni de fourmillements dans les membres paralysés.

Depuis son séjour à l'hospice, il est assez sobre et l'a toujours été; il ne boit pas. Il n'a eu à ce qu'il paraît aucune émotion morale avant l'accident qui l'amène à l'infirmerie; seulement depuis sa première attaque il avait toujours conservé un peu d'empâtement de la langue, mais les mouvements des membres du côté droit étaient revenus peu à peu.

Ce matin (9 septembre 1854), en arrivant au réfectoire à huit heures, il tomba à la porte, et dit avoir éprouvé des éblouissements et des tournoiements de tête, *mais n'a pas perdu connaissance*. Pendant la nuit, il avait eu un peu d'agitation et des fourmillements dans le membre inférieur droit. Depuis sa première attaque de paralysie, il était resté assez sujet à des étouffements et à de l'oppression.

Peu de jours avant ce dernier accident, il avait eu une petite attaque de congestion cérébrale, étant dans sa famille, où on lui avait accordé de séjourner du dimanche au mercredi. Il n'y avait fait aucun excès.

Depuis le moment où le malade est tombé, il a *vomi* à plusieurs reprises des matières glaireuses d'abord, puis bilieuses. Immédiatement après ces premiers vomissements est survenu l'assoupissement dans lequel il reste plongé.

Etat actuel. — Hébétude du visage, qui est pâle, décoloré et froid au toucher; les paroles sont légèrement embarrassées, les réponses lentes; il ne se décide à répondre que lorsqu'il a été un peu secoué, et que les questions ont été réitérées avec insistance et à forte voix. Il n'accuse pas de céphalalgie, mais des étourdissements, des éblouissements, avec absence de bourdonnements d'oreille et de fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs.

La commissure des lèvres est un peu déviée à droite, ainsi que la langue, mais il retient bien l'air contenu dans la cavité buccale; la sensibilité est parfaitement conservée du côté droit comme du côté gauche, à la face comme ailleurs; les mouvements de la langue, des paupières, des membres sont intacts; cependant il serre un peu moins fort peut-être de la main droite que de la main gauche (c'est le côté droit qui a été autrefois le siége d'une paralysie.

Il ne s'est plaint depuis hier d'aucune douleur à l'estomac. Il a eu cependant encore plusieurs vomissements depuis son entrée à l'infirmerie; parmi les vomituritions étaient quelques matières alimentaires en partie digérées.

Langue un peu blanche, pâteuse et amincie; ventre peu développé et souple, indolent; résonnance gazeuse; région épigastrique indolente.

Rien de particulier du côté des organes de la respiration ni du cœur; pouls à 56, peu développé; sensation de froid sur tout le corps, qui au toucher est en effet refroidi.

Absence d'érection.

Le 10, l'assoupissement s'est prolongé depuis hier sans aucune agitation pendant la nuit, et il y a ce matin une grande somnolence; le visage, sans expression, est légèrement coloré aux pommettes; la chaleur est un peu revenue; au toucher, la température du corps paraît plus élevée.

Les membres peuvent être agités, changés de place, sans que le malade fasse un effort pour résister; ils sont presque inertes, et ce matin le malade a la même position qu'il avait prise la veille. Lorsqu'on soulève ses bras, il ne peut les maintenir, et les laisse retomber lourdement; il ne sent plus quand on le pince, et ne fait aucun mouvement; si on le met sur son séant, il ouvre les yeux, qui restent fixes, et ne peut répondre aux questions.

Pouls à 96, développé, résistant; pupilles très-resserrées; fixité des yeux; mâchoires contractées; rien de particulier du côté de la respiration et de la circulation.

Lorsqu'on le pince avec une certaine vigueur et en réitérant sur divers points du côté sain, il ouvre les yeux et regarde avec fixité; pas d'érection.

Hier, après la visite, *il a eu trois selles volontaires, coup sur coup, et s'est levé pour se rendre à la garde-robe; il a également bien uriné.* — Saignée de trois palettes, 20 sangsues derrière les oreilles; glace sur la tête; sinapismes aux membres inférieurs; calomel et jalap; lavement purgatif.

Le 11, l'assoupissement et l'insensibilité ont été plus marqués hier soir; il est resté toute la nuit dans le même état; cependant on a pu le faire boire.

La saignée et les sangsues de la veille ont bien coulé ce matin; l'état du malade est à peu près le même; il ouvre les yeux, qui restent fixés sur un seul point, et ne fait aucun signe ni aucun mouvement quand on l'appelle fort ou qu'on le remue. Cependant, quand on le pince, que ce soit au côté droit ou au côté gauche, il fait quelques mouvements, et cherche à éloigner avec la main gauche la cause de sa souffrance.

Même expression d'hébétude du visage que la veille, et même fixité des yeux; les pupilles sont toujours contractées; les mâchoires sont toujours fortement rapprochées, mais il n'existe plus d'apparence de déviation de la commissure labiale qui existait au début.

Les pommettes sont toujours assez vivement colorées; chaleur normale de la peau; pouls à 80 et 84, assez plein, peu développé et résistant.

Rien du côté de la respiration, qui est calme, ni du tube digestif; pas d'érection. — 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; glace sur la tête; lavement purgatif; sinapismes aux membres inférieurs.

Le 12, le malade a assez bien passé la nuit, il a bu assez facilement et souvent, il a fait des gestes pour se débarrasser de la glace appliquée sur la tête.

Ce matin, l'état comateux, l'insensibilité, l'hébétude du visage, sont les mêmes que la veille; cependant les yeux ont moins de fixité, mais il y a de la surdité. *La sensibilité générale est plus réveillée*, car le malade cherche à éloigner les objets qui lui touchent le visage, et c'est sa main gauche qui agit toujours.

Les mâchoires ne sont plus serrées, urines pulvérulentes; même état des pupilles. *Le malade porte la main où on le pince, et cherche à ramener sur lui les couvertures si on le découvre*; d'ailleurs, selles et urines involontaires; pouls à 96, mou, facile à déprimer, sans intermittence ni irrégularité; chaleur modérée de la peau. — Même prescription, glace sur la tête.

Le malade meurt à six heures de l'après-midi, après une agonie d'une heure.

Autopsie trente-neuf heures après la mort. — Température froide, atmosphère nébuleuse.

Aspect extérieur. Rigidité cadavérique, pas de traces de décomposition.

Cavité crânienne. La dure-mère est libre de toute adhérence à la face interne des os du crâne, mais elle paraît un peu distendue par du liquide sous-jacent. Les vaisseaux extérieurs ne paraissent pas notablement engorgés.

A l'ouverture de cette membrane, et surtout de la tente du cervelet, il s'écoule une grande quantité de sérosité.

La convexité des circonvolutions est aplatie, déprimée; les vaisseaux de la pie-mère sont fortement injectés; lorsqu'on enlève cette membrane, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité, il en reste cependant dans les mailles, là elle est gélatiniforme, mais en petite quantité. Cette membrane n'est pas adhérente à la surface des circonvolutions, et est détachée avec facilité. La substance cérébrale des circonvolutions est de bonne consistance. Injection piquetée à la surface des coupes. Ventricule latéral gauche distendu par de la sérosité. La couche optique et le corps strié correspondants sont de bonne consistance à la surface, au toucher, mais au milieu de leur épaisseur est un ancien foyer apoplectique de 3 centimètres de diamètre dans tous les sens, dont la cavité est en partie revenue sur elle-même, et présente une coloration peau de chamois foncée. Dans certains points, ce foyer est légèrement déchiqueté et anfractueux; à sa périphérie, on voit un caillot décoloré, tout à fait fibrineux, organisé, et adhérent à la substance cérébrale, qui est de consistance un peu moindre dans l'épaisseur de 1 à 2 millimètres. A la partie postérieure de ce foyer, la substance cérébrale semble infiltrée de sang fibrineux, de même coloration que le caillot de la cavité du foyer.

Çà et là, arborisations vasculaires, mêlées à l'injection piquetée.

L'hémisphère droit est de bonne consistance; injection piquetée à la surface des coupes. Ventricule latéral distendu par une énorme quantité de sérosité.

Cervelet. Cet organe est fortement congestionné à sa surface, dont les vaisseaux sont gorgés de sang.

En isolant la moelle allongée de la face inférieure du cervelet, on découvre dans le quatrième ventricule un énorme caillot noirâtre, qui le distend, occupe toute son étendue, et va pénétrer dans l'aqueduc de Sylvius.

A la partie moyenne de la face supérieure du cervelet (*vermis superior*), on découvre un petit foyer apoplectique capable de loger une aveline, au pourtour duquel la substance cérébrale est ramollie, déformée. Ce petit foyer est limité en haut et en avant par les pédoncules cérébelleux supérieurs.

Le foyer apoplectique du quatrième ventricule s'étend de chaque côté dans l'épaisseur des lobes cérébelleux; il va, d'une part, jusqu'au centre du lobe droit, qu'il transforme en une vaste cavité, et, d'une autre part, vers le lobe gauche, où il a tout au plus la dimension d'une petite noisette. Le sang contenu dans ces divers foyers est encore diffluent.

La substance cérébelleuse, formant la paroi de la cavité apoplectique du lobe droit, est notablement ramollie, principalement vers la face supérieure et vers la base du pédoncule cérébelleux postérieur ou inférieur. Sur la même face du pédoncule cérébelleux inférieur, on perçoit des petits points rouges, déchiquetés, qui se prolongent dans son épaisseur et appartiennent à des ruptures de vaisseaux (orifices vasculaires béants); partout la substance cérébelleuse présente une injection piquetée abondante.

La face postérieure de la moelle allongée est rouge, tomenteuse, et un peu ramollie dans l'épaisseur de deux millimètres; à part cela, elle offre dans toute son épaisseur une bonne consistance, ainsi que la protubérance annulaire, où l'on ne trouve qu'une assez vive injection piquetée.

La pie-mère cérébelleuse était un peu plus adhérente que de coutume

à la surface des circonvolutions ou lamelles, et fortement congestionnée.

Aucune ossification vasculaire; la moelle épinière n'a pas été examinée.

Cavité thoracique. Rien de notable pour les organes de la respiration, sauf de l'emphysème. Le cœur est un peu volumineux comme à cet âge; parois des cavités gauches épaisses; valvules saines.

Les organes de la cavité abdominale ne présentent rien de notable.

N. B. Les membres du côté droit du corps ont la même rigidité que ceux du côté gauche, et ne sont pas plus amaigris.

A cette observation si scrupuleusement exposée, M. le docteur Hillairet ajoute les commentaires suivants. Quelques-unes des réflexions, dit-il, qui m'ont été suggérées par l'observation première, sont également applicables à celle-ci. Les accidents se sont montrés dans le même moment, le matin, avant de commencer le déjeuner, et les vomissements, qui, à part les fourmillements et les quelques vertiges ressentis par le malade, ont été les symptômes dominants daus la première, ont aussi ouvert la scène dans la deuxième; ils ont été persistants, et ne contenaient pas, dès l'abord, de matières alimentaires, mais de la bile, puis des matières glaireuses; ce n'est que plus tard que des aliments en grande partie digérés se montrèrent dans les vomituritions. Si ce symptôme eût été accompagné de céphalalgie, de chaleur à la peau, d'accélération du pouls, n'aurait-il pas été facile de croire, malgré l'âge avancé du sujet et l'absence de toute cause déterminante évidente, à une méningo-encéphalite aiguë? Les étourdissements, les vertiges, l'hébétude du visage, les réponses lentes, joints à une légère exaltation de la sensibilité, à l'absence de paralysie nouvelle, au resserrement des pupilles, n'étaient-ils pas des symptômes propres à conduire à l'erreur? Mais l'appareil fébrile manquait; bien plus, la peau était froide, le pouls petit et lent, et le début avait été par trop brusque pour que je pusse avoir dans la pensée autre chose que le diagnostic d'une hémorrhagie des centres nerveux.

Quel pouvait être le siége de cette hémorrhagie? Telle est la question qui me préoccupait au plus haut point. Remarquez bien que le malade avait eu déjà, deux années auparavant, une attaque subite de paralysie du côté droit, que cette paralysie était en grande partie disparue, puisque les mouvements des membres étaient revenus, ainsi que la sensibilité. Je ne pouvais donc avoir affaire à une nouvelle hémorrhagie, siégeant dans l'hémisphère gauche du cerveau, et, comme tout le côté gauche du corps était également intact quant aux mouvements et à la sensibilité, qui ne se sont un peu exaltés que le deuxième jour après l'invasion, force me fut de renoncer à placer le siége de l'affection dans l'hémisphère droit, et même dans quelque point que ce fût du cerveau.

Cependant je me trouvais bien évidemment en face d'une affection des centres nerveux et surtout d'une hémorrhagie : j'y retrouvais les étourdissements, les éblouissements, les vomissements du début, etc., etc.; la paralysie seule faisait défaut (elle peut manquer, par exception, dans les affections du cerveau). Dans un tel embarras, que faire? Evidemment suspendre mon jugement et prendre conseil des auteurs. Dans tous je vis, sans aucune exception, les symptômes précités attribués à l'hémorrhagie cérébrale seulement, depuis Morgagni jusqu'aux auteurs du traité le plus récent de pathologie interne (Bébier et Hardy), en y comprenant Rochoux, Abercrombie, Lallemand, MM. Rostan, Andral, etc., etc.; tous me disaient que le vomissement était le symptôme habituel du début de l'hémorrhagie cérébrale.

Lallemand mettait cependant du doute dans mon esprit; dans une des premières lettres, il disait : « Vous verrez dans le cours » de cet ouvrage, combien le vomissement est fréquent dans les » affections cérébrales... » Puis, à peu près à chacune des observations où ce symptôme se rencontrait, Lallemand pensait qu'il devait être attribué tantôt à la médication, ce qui était vrai, tantôt à une affection de l'estomac et de tout le tube digestif, ce qui était encore vrai; enfin, à propos de l'observation du curé de Gézéville (lettre 4, t. 2, p. 40, abcès du cervelet), il ne pense pas que le vomissement soit particulièrement lié aux affections cérébelleuses, comme le fait semblait le faire croire, car on le rencontre très-fréquemment dans les affections cérébrales, où il est quelquefois très-opiniâtre.

J'étais bien plus embarrassé qu'avant, puisque je pouvais avoir affaire à une hémorrhagie ou à toute autre affection cérébrale, à cause de ces vomissements; mais je me rappelai heureusement l'observation première et deux autres faits que j'avais eu occasion de voir durant les premiers temps de mon séjour à l'hospice des Récollets, et dont j'ai négligé de recueillir les observations. Ce pouvait donc être une hémorrhagie cérébelleuse. Mais quoi! pas de paralysie dans un cas d'apoplexie cérébelleuse où on la rencontre tantôt partielle et limitée à un côté du corps, où aux membres inférieurs, ou aux membres supérieurs, tantôt générale, où elle est le plus habituellement croisée, et peut aussi, dit-on, être directe. Dans mes premiers faits, je n'ai pas vu de paralysie partielle ni générale. Il m'était, dans le cas actuel, pénible de ne pas penser comme les auteurs précités; et cependant j'hésitai, je ne formulai mon diagnostic qu'avec un point de doute. J'eus tort; l'autopsie l'a prouvé.

Il n'y eut donc pas de paralysie, ni partielle ni générale, et, chose bien remarquable, l'hémorrhagie siégeait à la fois dans le quatrième ventricule et dans les deux hémisphères cérébelleux.

En terminant ces réflexions, déjà un peu longue, j'appellerai l'attention :

1° Sur la contraction des pupilles (on a vu le contraire dans l'observation première);

2° Sur la conservation de l'intelligence au milieu de l'état comateux du premier jour;

3° La conservation et puis l'exaltation de la sensibilité générale et spéciale, suivie bientôt du calme le plus complet et de la mort;

4° La marche régulièrement progressive des accidents depuis le début jusqu'à la fin;

5° Enfin la brièveté de la durée de cette affection.

Le recommandable mémoire de M. Hillairet renferme encore la relation d'un troisième fait, mais comme il a les plus grandes analogies avec les deux autres, nous bornons là cet extrait, qui aura certainement suffi aux lecteurs pour apprécier la justesse des observations de M. Hillairet et la valeur pratique de ce distingué médecin.

HOPITAL DE LAUSANNE. — M. Rossier.

Abcès du cerveau et de la paupière supérieure droite.

Le diagnostic de l'abcès du cerveau est resté jusqu'à nos jours très-incertain, la description des symptômes de cette maladie manquant encore de précision. On peut dire cependant que parmi les signes qui ont le plus d'importance, la céphalalgie occupe le premier rang. La douleur de tête est vive, persistante, et arrache des plaintes continuelles aux malades, qui portent presque constamment la main à leur tête, se compriment le front et prennent des positions souvent bizarres, dans l'espoir d'échapper à cette souffrance. Il y a souvent un délire bruyant, furieux; une obtusion marquée de l'intelligence, de l'hébétude, des convulsions, des accès épileptiformes, de la contraction, de la paralysie. Les auteurs, et en particulier MM. Andral et Calmeil, ont signalé l'élévation de la chaleur de la peau, l'accélération du pouls, la rougeur de la face, des vomissements et de la constipation. Quelques-uns de ces symptômes se retrouvent dans la relation du fait suivant que M. le docteur Rossier vient d'observer à l'hôpital de Lausanne, et qu'il a publié dans l'*Echo médical.*

Pierre Garbani, âgé de vingt-deux ans, mineur, domicilié à Montreux, entre le 30 juin 1857 à l'hospice cantonal de Lausanne, avec la déclaration suivante du médecin : « *Erysipèle de la face; maux de tête. Le malade, demeurant dans une cave et ne pouvant se soigner, demande l'entrée à l'hospice.* » Quand il arriva ici, il descendit seul du char qui l'avait amené; il marchait sans difficulté, mais demanda à être tout de suite mis au lit, parce que, disait-il, la tête lui faisait très-mal. Quand je le vis, le soir du même jour, je constatai ce qui suit: La maladie durait depuis douze jours, et avait commencé par de l'enflure à la région oculaire droite et par des maux de tête; il s'était formé un abcès de la paupière supérieure, qui avait été ouvert par le médecin. Le malade, d'une constitution robuste, répond bien aux questions qui lui sont adressées, et se remue dans son lit, se dresse sur son séant avec facilité; il ne se plaint que de maux de tête violents, occupant surtout la région frontale. La paupière supérieure droite est très-tuméfiée, on y sent une fluctuation distincte. Le reste de la figure est normal. L'incision faite à l'abcès, ouverte de nouveau avec la sonde, donne issue à une grande quantité d'un pus épais, de bonne nature. Le pouls est plein, accéléré. Le malade passa une nuit assez agitée.

Le 1er juillet au matin, même état; un peu d'agitation et de fièvre, un peu d'appétit. Vers une heure, après avoir pris un léger bouillon, il présenta subitement des vomissements de sang très-abondants. A ce moment surviennent de l'assoupissement, du délire; le malade est couché immobile sur le côté droit, les yeux fermés, insensible à tout ce qui l'entoure. La pupille gauche réagit bien et n'est pas dilatée; la droite est invisible, à cause du gonflement de la paupière. Le pouls est plein, très-lent, à 55.

Pendant la nuit du 1er au 2 juillet, le malade fut pris de délire furieux; il se leva plusieurs fois du lit, voulant se jeter par la fenêtre; on fut obligé de le retenir de force dans son lit. Vers deux heures du matin, il expira après une courte agonie.

Autopsie le 2 juillet, à deux heures de l'après-midi.

La voûte du crâne n'offre rien de particulier. La surface de la dure-mère est normale. Dans le sinus longitudinal se trouve une petite quantité de sang noir, liquide. La surface du lobe gauche du cerveau est normale, sauf une hyperémie assez marquée de ses veines. Sur toute la surface droite, entre l'arachnoïde et la dure-mère, un épanchement d'un pus épais, jaunâtre, recouvrant complétement l'arachnoïde : sur un point, un peu en arrière de l'attache de la faux, ce pus est réuni dans une excavation en godet, large d'un demi-pouce environ, qui a déprimé le cerveau sans en altérer les membranes. Une fois la couche de pus enlevée, ces dernières ne se montrent pas altérées. A droite, les circonvolutions sont beaucoup moins marquées qu'à gauche. Mais les lésions les plus remarquables se trouvent à la base du cerveau. Au niveau du bulbe olfactif droit, complétement ramolli, se trouve un grand abcès, de la grosseur d'une noix, s'étendant en profondeur jusqu'à une ligne environ de la corne antérieure du ventricule latéral. Les bords sont flottants, grisâtres; tout autour de lui la pulpe cérébrale très-ramollie forme un cercle d'une teinte jaunâtre, dans l'étendue de quatre à cinq lignes; à son niveau l'arachnoïde est complétement détruite. Un peu en arrière de lui, au niveau du chiasma, se trouve un second abcès, moins étendu en largeur et en profondeur, mais offrant les mêmes caractères. — Les veines de la base sont, comme celles de la convexité du cerveau, gonflées de sang, et la dure-mère est, à droite, recouverte de la même couche de pus qu'on a trouvée au sommet sur l'arachnoïde. En enlevant la dure-mère, on trouve entre elle et la voûte de l'orbite, une collection purulente de la grosseur d'une petite noisette. C'est précisément au-dessous de ce point que vient finir l'abcès de l'orbite, qui se trouve aussi entre le périoste et l'os. L'os n'étant pas attaqué, ces deux abcès ne se trouvent pas en communication. Le tissu du cerveau est normal du côté gauche, et ramolli sur tout le côté droit; plusieurs gouttelettes de sang s'en échappent à la coupe. Le ventricule latéral droit contient une petite quantité de sérosité légèrement opaque.

Le poumon recouvre presque complétement le cœur et offre un degré avancé d'emphysème. Le cœur gauche est légèrement hypertrophié, son tissu consistant; il contient une petite quantité de sang noir, très-fluide. Le cœur droit contient un sang noir, en caillots très-friables.

Les vaisseaux de l'estomac sont gonflés de sang; la muqueuse couverte de petites ecchymoses suivant le trajet des vaisseaux; sur les replis de cette muqueuse sont deux petites érosions superficielles.

Le foie est augmenté de volume; la rate dépasse aussi un peu le volume normal; son tissu est consistant.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

M. le docteur Rossier déclare avoir observé deux cas de ce genre à Vienne (Autriche). Les deux fois, la mort arriva très-promptement, au milieu d'un délire furieux. Nous nous demanderons naturellement ici quelle a pu être la cause de l'abcès du cerveau et de la paupière supérieure droite chez Pierre Garbani? Il y a de grandes probabilités pour croire que la maladie n'a été que la conséquence de violences extérieures; c'est habituellement ce que l'on constate chez les sujets jeunes et vigoureux, et nous savons que le malade était âgé de 22 ans. A une époque plus avancée de la vie, il n'est pas de circonstances dans lesquelles les abcès du cerveau surviennent plus fréquemment qu'à la suite de la suppression d'un écoulement chronique de l'oreille; c'est un fait parfaitement signalé daus de nombreuses observations.

DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALES.

Par M. le docteur Sichel.

(Extrait d'une livraison inédite de l'*Iconographie ophthalmologique.*)

La tumeur et la fistule lacrymales sont un sujet si vaste, et, malgré les progrès incessants de l'ophthalmologie, on englobe encore sous ces dénominations un nombre si grand de maladies différentes; l'aspect des tumeurs lacrymales, dans les divers cas, est d'ailleurs si semblable quant à la plupart des caractères essentiels, si facile à décrire et si universellement connu, que je n'en ai fait représenter dans mon Iconographie, outre une des espèces communes, que trois formes rares et non décrites avant moi. C'est aussi pour ces motifs qu'aux observations relatives à ces figures, je n'ajouterai qu'une esquisse des généralités de ce chapitre de la nosologie oculaire, en passant sous silence tout ce qui n'est pas strictement nécessaire pour l'intelligence du traitement éclectique que des principes rationnels et une expérience de plus de trente ans me font recommander comme le meilleur.

La grande majorité des tumeurs et des fistules lacrymales dérivent d'une simple conjonctivite catarrhale, le plus souvent chronique, granulaire (voir mon *Iconographie ophthalmologique*, §§ 72, 85) ou subgranulaire, c'est-à-dire accompagnée de petites granulations au premier degré. Scarpa avait déjà entrevu le concours de la phlegmasie, mais il l'avait imparfaitement observé et mal interprété. Voici ce que l'expérience nous enseigne sous ce rapport: La phlegmasie de la muqueuse palpébrale ou oculo-palpébrale, en se propageant le long des conduits lacrymaux, s'étend de proche en proche à celle du sac lacrymal et du conduit nasal, y produit un état de gonflement, de granulation et de boursouflement, qui naturellement, avec le temps et arrivé à un certain degré d'intensité, doit produire des effets plus marqués et un rétrécissement plus notable dans les parties de la muqueuse qui constituent les valvules du conduit nasal ou revêtent les conduits lacrymaux. Le contenu des voies lacrymales, les larmes et le mucus, n'est plus facilement charrié dans les fosses nasales; il séjourne plus longtemps dans le sac lacrymal, et ne descend plus dans les fosses nasales qu'à l'aide d'une pression exercée avec les doigts sur les téguments. L'œil malade commence à larmoyer, surtout au grand air et au vent. Bientôt, le gonflement des portions de la muqueuse qui forment les valvules mettant un obstacle trop considérable, la pression du doigt devient insuffisante pour forcer le liquide à se frayer une issue par les fosses nasales; elle le fait seulement remonter et sortir par les points lacrymaux, d'abord par les deux, puis seulement par le supérieur. Théoriquement, on croirait que celui-ci devrait s'obstruer avant l'inférieur; mais j'ai plus souvent observé le contraire. Après l'obstruction des deux conduits lacrymaux, les larmes n'arrivent plus qu'en quantité minime et lentement dans le sac lacrymal; la sécrétion muqueuse de celui-ci continuant toujours, elle amène sa distension et celle de ses téguments en une *tumeur lacrymale* plus ou moins volumineuse. Les parties distendues, après avoir cédé à un degré souvent considérable, s'enflamment et finalement se rompent, ce qui constitue la *fistule lacrymale* ou *fistule du sac lacrymal*, d'ordinaire *complète* et *externe*, c'est-à-dire traversant les parois du sac lacrymal et les téguments cutanés; beaucoup plus rarement *interne*, *incomplète* ou *borgne*, c'est-à-dire bornée à la paroi antérieure du sac lacrymal, sans participation des téguments externes, qui restent intacts, du moins temporairement. Selon que la phlegmasie n'existe pas à un degré appréciable, ou qu'elle porte davantage sur la muqueuse ou la fibreuse du sac lacrymal, les symptômes diffèrent notablement, ce qui permet d'établir trois degrés ou trois espèces principales de ce genre de tumeur. Dans les trois espèces l'affection est précédée d'un *larmoiement* (*stillicidium lacrymarum*) que nous avons déjà mentionné, premier signe ou

indice de l'*obstruction* (*sténochorie* ou *rétrécissement*) du conduit nasal; larmoiement purement passif, et qu'il ne faut pas confondre avec le larmoiement actif (*épiphora*), dû à l'augmentation de la sécrétion des larmes, et symptomatique de l'irritation de la glande lacrymale ou de la rétine.

Division des tumeurs lacrymales. — Sous le point de vue pratique, la meilleure division de ces tumeurs en espèces est celle en *non inflammatoires* et *inflammatoires*. On peut établir des variétés, selon qu'elles sont *réductibles* ou *irréductibles*. Les tumeurs lacrymales inflammatoires se subdivisent, selon que la phlegmasie (*dacryocystite*) siége dans la muqueuse du sac lacrymal (*dacryocystite muqueuse*) ou dans sa fibreuse (*dacryocystite fibreuse*).

Espèces principales. — La première espèce, la *tumeur lacrymale non inflammatoire*, se caractérise par la simple distension de la paroi antérieure du sac lacrymal et de ses téguments cutanés, constituant une tumeur indolente, irrégulièrement ovalaire ou arrondie, flasque ou à peine tendue, peu ou point rénitente, et presque sans coloration anormale de la peau. Dans la deuxième espèce, la *tumeur lacrymale inflammatoire symptomatique de la phlegmasie de la membrane muqueuse du sac lacrymal* (*dacryocystite muqueuse*), la tumeur est modérément douloureuse, plus tendue, plus colorée que dans la première espèce, mais d'un rouge peu foncé, encore peu rénitente et de formes moins accusées que dans la troisième espèce. Une pareille tumeur, encore réductible, est représentée dans mon *Iconographie*, pl. XVIII, fig. 5, obs. 66. Dans la troisième espèce, la *tumeur lacrymale inflammatoire symptomatique de la phlegmasie de la membrane fibreuse du sac* (*dacryocystite fibreuse*), ou de la muqueuse et de la fibreuse simultanément, la tumeur est d'un rouge foncé, quelquefois pourpre ou bleuâtre, très-rénitente et dure, de forme très-circonscrite indiquant les contours et la position de la membrane fibreuse du sac lacrymal, et excessivement douloureuse.

Variétés. — La *réductibilité* et l'*irréductibilité* des tumeurs lacrymales servent très-bien à établir d'une manière pratique des variétés. Au début, comme nous l'avons vu, toutes les tumeurs lacrymales sont réductibles, c'est-à-dire se laissent vider par une douce pression; plus tard elles deviennent toutes réductibles et ne rendent plus leur contenu, même par la pression la plus forte. Dans la troisième espèce, la tumeur est toujours irréductible; aucune pression ne peut évacuer une partie de son contenu, tandis que, dans les degrés peu avancés de la première espèce et de la seconde, une pression modérée fait encore sortir, soit par le conduit nasal et la narine correspondante, soit par les points lacrymaux ou par l'un d'eux, un liquide muqueux mêlé de larmes. J'appelle cette variété *tumeur lacrymale réductible*. Ce nom n'est pas sans importance; en effet, la réductibilité indique d'ordinaire une tumeur d'un degré moindre, plus récente et plus facilement guérissable, et, comme nous le verrons plus loin, elle exerce une influence notable sur le pronostic et sur la thérapeutique. Les tumeurs lacrymales que j'appelle *irréductibles* sont celles qu'on a fort improprement et irrationnellement appelées *hydropisie du sac lacrymal* ou *tumeur lacrymale enkystée*, car leurs symptômes pathognomoniques diffèrent essentiellement de ceux des hydropisies et des kystes.

Espèces plus rares. — Les trois espèces que nous venons de décrire forment la grande majorité des tumeurs lacrymales. L'obstruction du conduit nasal, variable quant à son degré, y est toujours causée par un simple gonflement ou boursouflement de la muqueuse, souvent granulaire, dû à sa phlegmasie chronique. Il ne devient organique qu'après une durée plus ou moins longue, ou quand des méthodes chirurgicales trop vulnérantes, telles que la désobstruction du canal avec un instrument pointu, son cathétérisme par les fosses nasales, ont déchiré la muqueuse. Les autres espèces de tumeurs lacrymales, dues à une obstruction primitivement organique du conduit nasal, à des lésions traumatiques, des ulcérations syphilitiques ou autres de la muqueuse des voies lacrymales, à des exostoses ou des tumeurs de la région lacrymale et de son voisinage, etc., quelque grande que soit leur importance, sont trop peu fréquentes, en comparaison de celles que nous avons exposées, pour pouvoir figurer dans notre esquisse, dont le but principal est de servir de base au traitement rationnel de la grande majorité des tumeurs lacrymales.

Traitement pharmaceutique. — Nous avons dit que la phlegmasie chronique de la muqueuse des voies lacrymales, consécutive à la conjonctivite, et comme elle le plus souvent de nature catarrhale, subgranulaire ou granulaire, est la cause la plus ordinaire de la tumeur lacrymale; c'est aussi la thérapeutique de cette conjonctivite qui a le plus d'efficacité dans le *larmoiement*, que nous avons regardé comme le premier degré de cette tumeur, dans les tumeurs lacrymales non inflammatoires et dans la plupart de celles qui sont réductibles. Cette thérapeutique, toutes les fois qu'on ne reconnaîtra qu'une *phlegmasie* légère *de la muqueuse* des voies lacrymales, analogue à la conjonctivite catarrhale peu intense, consistera dans le traitement de celle-ci, c'est-à-dire dans l'emploi des collyres astringents, en commençant par les plus légers, tels que celui de borax et d'acétate de plomb. A un degré plus élevé, on fera précéder leur usage de celui des purgatifs et des pommades résolutives, de l'onguent napolitain ou de la pommade d'oxyde noir de cuivre, en onctions sur la région lacrymale et le voisinage. Lorsque la tumeur lacrymale est due à une phlegmasie plus forte, mais encore modérée, de la muqueuse, des émissions sanguines sont nécessaires avant les purgatifs. L'application d'une ou deux sangsues dans la narine du côté affecté, réitérée tous les deux à dix jours pendant un temps variable, et suivie chaque fois de l'aspiration par la même narine de vapeurs émollientes, telles que celles d'eau de guimauve, est un des meilleurs moyens ici et dans tous les cas de tumeur lacrymale non organique, symptomatique de phlegmasie chronique de la muqueuse des voies lacrymales. L'inflammation de la muqueuse est-elle plus intense, il faut, après l'emploi de ce moyen, avoir recours non-seulement aux applications de sangsues autour de la tumeur, aux onctions résolutives mentionnées et aux cataplasmes émollients appliqués sur la même région, mais encore à l'usage interne du calomel à dose très-fractionnée, ou à celui de l'éthiops antimonial de Maloin, et, plus tard, du chlorure de barium pour les individus lymphatiques ou scrofuleux, chez lesquels, dans toutes les espèces et toutes les variétés de la tumeur lacrymale, le traitement antilymphatique est un auxiliaire indispensable.

Dans la tumeur lacrymale par *dacryocystite fibreuse*, l'application de quinze à vingt sangsues autour de la tumeur, réitérée au besoin, et une saignée générale, doivent, selon les circonstances, précéder l'application des sangsues dans les narines. Le traitement ci-dessus exposé doit être administré avec plus d'énergie et de persistance. Ici, comme dans les autres espèces, la ponction ou l'incision de la tumeur devient nécessaire, dès que sa rupture ou sa suppuration est imminente. Mais, immédiatement après, il faut continuer le traitement antiphlogistique et résolutif, et ne procéder au traitement chirurgical définitif que lorsque, après la cessation des symptômes inflammatoires, ceux d'obstruction du conduit nasal persistent.

A tous les degrés de la tumeur lacrymale, et même dans le simple larmoiement, la cautérisation légère de la conjonctive palpébrale, granulée ou chroniquement enflammée, à l'aide du crayon de sulfate de cuivre cristallisé, est un des moyens les plus efficaces. Il est d'ailleurs fort utile de faire respirer, plusieurs fois par jour, par la narine du côté affecté, un liquide émollient, tel qu'une décoction de racine de guimauve à laquelle, au bout d'un certain temps, on substitue une solution de manne dans du lait.

A l'emploi des collyres astringents en instillation on peut joindre, lorsque, suffisamment gradué et prolongé, il n'amène pas d'amélioration, leur injection par les points lacrymaux à l'aide de la seringue d'Anel, moyen qui cependant n'a qu'exceptionnellement une efficacité réelle.

Dans les tumeurs lacrymales réductibles, le traitement pharmaceutique suffit le plus souvent pour amener la guérison ou une amélioration qui satisfasse le malade. Dans les tumeurs lacrymales irréductibles, il a encore une grande efficacité, tant que l'élément inflammatoire persiste d'une manière appréciable et constitue la cause principale de l'obstruction du conduit nasal, Plus d'une fois j'ai vu ces tumeurs d'irréductibles redevenir réductibles, puis guérir ou s'améliorer notablement.

Le traitement chirurgical n'a pas les avantages ni l'infaillibilité qu'on serait disposé à lui attribuer en entendant chacun préconiser la méthode qu'il emploie. Souvent il échoue; très-souvent son résultat est incomplet et inférieur à celui qu'on obtient par le traitement pharmaceutique. Par ces raisons, celui-ci doit être continué aussi longtemps que les malades, qui souvent n'éprouvent pas de grands inconvénients des premiers degrés des tumeurs lacrymales et ne s'en plaignent pas beaucoup, se montrent satisfaits de l'amélioration obtenue. J'ai guéri ou soulagé, au parfait contentement des malades, un aussi grand nombre de tumeurs et de fistules lacrymales sans opération que par le traitement chirurgical.

La nécessité du traitement chirurgical surgit d'une manière absolue lorsque les inconvénients de l'affection deviennent intolérables, que le malade lui-même s'en plaint, ou qu'une tumeur lacrymale irréductible, par suite de la sécrétion non abolie de la muqueuse et de la distension qui en résulte, s'enflamme et se rompt périodiquement et itérativement.

Meilleure méthode de traitement chirurgical. — Après avoir combattu les accidents inflammatoires, on incise la tumeur, on sonde le sac lacrymal et le conduit nasal avec un stylet en baleine flexible et boutonné, ou avec un stylet boutonné en argent, mais sans pression ni violence. Toutes les fois que l'obstruction du conduit nasal n'est pas organique, on finira, avec de la patience et le temps nécessaire, par franchir l'obstacle et par faire pénétrer le stylet dans les fosses nasales. On y substitue alors une corde à boyau d'un calibre moindre que celui du stylet, et par l'introduction successive de cordes à boyau de plus en plus volumineuses, on arrive à dilater le rétrécissement. Ces cordes, se modelant sur la muqueuse du conduit nasal, rapportent, lorsqu'on les retire après un certain temps, une empreinte du rétrécissement, dans l'étendue duquel elles ne se dilatent que peu, tandis qu'en deçà et au delà elles grossissent considérablement en s'imbibant du mucus et des larmes. Lorsque la dilatation est suffisante pour admettre mon porte-caustique gradué (voir mon *Iconographie*, pl. LXIX, fig. 10), instrument dont j'ai emprunté l'idée au porte-caustique d'Amussat pour les rétrécissements uréthraux, on commence à cautériser, plusieurs fois par semaine, la muqueuse de la portion rétrécie, à l'aide de l'azotate d'argent placé dans la cuvette. Après chaque cautérisation, on introduit une corde à boyau, afin de conserver la direction et de ne pas faire fausse route lors de la chute de l'eschare; pour ne pas donner lieu à de l'irritation, cette corde doit être plus mince que la précédente; mais on augmente rapidement le calibre des suivantes, et arrivé à un volume suffisant, on y substitue le style ou clou de Scarpa. Après quelque temps de ce traitement, on obtient d'ordinaire une guérison complète. Encore il y a peu de jours, le 15 février 1858, j'ai fait voir à ma clinique une femme guérie radicalement par cette méthode, depuis vingt ans, d'une tumeur lacrymale complète et irréductible du côté droit, en même temps qu'un jeune homme, chez lequel j'avais refusé l'opération d'une tumeur lacrymale commençante du côté gauche, tumeur qui, opérée, contre mon avis, par l'introduction d'une canule, s'est notablement aggravée.

Dans le cas de fistules de mauvaise nature et rebelles à ce traitement, on peut faire porter à demeure le clou de Scarpa, ou un clou à tête d'or, ou même une canule, également surmontée d'une tête d'or ou d'argent, tête qu'on fait échancrer de manière à faciliter le cours des larmes; le malade apprend facilement à changer lui-même et à nettoyer ces instruments; quelquefois la guérison a encore lieu par leur emploi prolongé et à l'aide de la cautérisation et de la dilatation réitérées de loin en loin.

Cette méthode échoue-t-elle définitivement, on possède une dernière ressource dans la destruction, par le caustique, de la muqueuse du sac lacrymal et l'oblitération de celui-ci. Je n'ai eu dans ma pratique que cinq fois besoin de recourir à ce moyen, et l'azotate d'argent, appliqué à l'aide de mon porte-caustique, m'a suffi. S'il devenait insuffisant, j'aurais recours à la potasse caustique, à la pâte de Vienne, à celle de chlorure de zinc ou au beurre d'antimoine. Le cautère actuel est un moyen dangereux, capable d'amener des maladies des os, ou, lorsqu'il échoue, de produire l'oblitération organique du conduit nasal, et une nouvelle tumeur lacrymale de la pire espèce. Oblitérer le sac lacrymal dans tous les cas, même par les caustiques qui n'offrent pas de danger, me paraît aussi irrationnel que nuisible. J'ai obtenu sans ce moyen de nombreux succès. Les chirurgiens qui, aujourd'hui, veulent l'ériger en méthode unique et constante, avaient presque tous, avant d'en venir là, employé aussi exclusivement la canule, méthode également irrationnelle et nuisible qui ne devait leur fournir que de mauvais résultats, et n'avaient pas mûrement expérimenté la méthode rationnelle de la dilatation et de la cautérisation partielle combinées; méthode qui, quoi qu'on dise, fournit les résultats les plus avantageux, et que je n'ai pu qu'esquisser ici; je réserve pour une autre occasion des détails plus complets.

Ce que je viens d'exposer sur l'étiologie, la nosologie et la thérapeutique des tumeurs et fistules lacrymales, est le résumé des doctrines que j'enseigne depuis plus d'un quart de siècle, et qui n'ont presque pas varié. Pendant tout ce temps, je me suis élevé contre l'application prématurée à ces maladies du traitement chirurgical, et surtout contre les méthodes exclusives. Du vivant de Dupuytren, j'ai, dans mes leçons cliniques, qualifié d'irrationnelle l'introduction de la canule, et érigé en principe le même traitement éclectique que je recommande aujourd'hui avec une conviction fortifiée par une expérience beaucoup plus ancienne. Les médecins et les malades n'auront qu'à se louer de la persévérance qu'ils apporteront dans l'emploi d'un traitement pharmaceutique et chirurgical basé sur des indications rationnelles, et de la prudente lenteur qu'ils mettront à se décider à l'opération.

Tumeurs lacrymales sous et sus-tendineuses. — On sait que le sac lacrymal se compose de deux parties, une inférieure et une supérieure, dont la continuité n'est pas interrompue, et qui sont seulement separées au dehors et en avant par le tendon direct du muscle orbiculaire. La grande majorité des tumeurs lacrymales n'occupent que la partie inférieure du sac et peuvent être appelées *sous-tendineuses*, ou simplement *tumeurs lacrymales*. C'est à elles que se rapportent la description qu'on donne d'ordinaire de la tumeur lacrymale et la forme représentée dans mon *Iconographie*, planche XVIII, fig. 5. La partie supérieure, ou cul-de-sac supérieur, du sac lacrymal, placée au-dessus du tendon direct de l'orbiculaire, semble jouir d'une certaine immmunité, et n'est que très-rarement affectée de phlegmasie et de tumeur lacrymale. Lorsque, dans des cas exceptionnels, elle est atteinte en même temps que la partie inférieure du sac, la tumeur à la fois *sous* et *sus-tendineuse* présente quelquefois à son milieu un étranglement transversal produit par le tendon, ce qui lui donne la figure d'une gourde ou calebasse; d'autres fois, lorsqu'elle est arrivée à un degré plus avancé, qu'elle est plus volumineuse, plus distendue, ou déjà passée à la suppuration, cet étranglement s'est effacé. Quand le cul-de-sac supérieur du sac lacrymal est seul le siége de la phlegmasie ou de la tumeur lacrymale, il en résulte cette espèce rare et non décrite jusqu'ici, que j'appelle *tumeur lacrymale sus-tendineuse*.

Les tumeurs et les fistules lacrymales ne sont pas très-rares chez les enfants, surtout chez ceux d'une constitution lymphatique. Chez eux, elles se développent par le même mécanisme que nous avons exposé, et offrent les mêmes variétés que chez les adultes.

Toutefois, une tumeur lacrymale inflammatoire que nous avons observée sur une petite fille de dix ans, et qui fait le sujet d'une des observations de mon *Iconographie*, est exceptionnelle par son volume et sa forme extraordinaire. Nous ne nous rappelons pas d'en avoir jamais trouvé d'analogue dans aucun autre cas.

Nous avons également vu, beaucoup plus fréquemment chez

les enfants que chez les adultes, une espèce de fistule lacrymale capillaire, non mentionnée, que nous sachions, par les auteurs, et qui se trouve d'ordinaire placée immédiatement au-dessous du milieu du bord intérieur du tendon direct de l'orbiculaire ou un peu plus bas. Cette espèce, causée par un rétrécissement du conduit nasal, bien que rarement accompagnée de tumeur lacrymale, est très-réfractaire à tous les traitements, mais guérit cependant quelquefois après l'usage des moyens pharmaceutiques, parmi lesquels les onctions résolutives, les collyres astringents et l'aspiration par la narine du côté malade de liquides émollients, légèrement résolutifs (eau de guimauve, solution de manne dans du lait), tiennent la première place.

L'espèce de tumeur lacrymale la plus rare, que j'ai vue seulement trois frois dans une pratique de plus d'un quart de siècle, et qui n'a pas été décrite avant moi, est celle représentée dans la figure de la planche LXX de mon *Iconographie*. A part une forme assez régulièrement ovalaire, elle a pour principal caractère distinctif clinique une teinte tenant le milieu entre l'ardoisé et le violet peu foncé. En même temps les téguments sont minces, semi-transparents, et quelquefois un peu vascularisés.

Ce qui caractérise anatomiquement cette espèce de tumeur lacrymale, outre l'oblitération organique du conduit nasal, c'est le liquide ténu, roussâtre, qui, en distendant la paroi antérieure du sac lacrymal, lui donne la teinte rougeâtre sombre, lie-de-vin ou ardoisée que j'ai signalée. J'avais déjà pu m'assurer de ce caractère bien antérieurement à l'observation 241 de mon *Iconographie* par une dissection dont l'observation 241 *bis* contient l'extrait, et qui forme le complément anatomique de la première. Ces deux observations ont été primitivement publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 mars 1858. — Présidence de M. Despretz.

M. Duméril lit un rapport favorable sur un mémoire de M. le docteur Dufossé, relatif à la voix des poissons, dont nous avons tout récemment fait connaître les conclusions. La commission confirme les propositions énoncées par l'auteur, et exprime le désir que l'Académie encourage ce naturaliste à continuer ses études de physiologie comparée.

Développement des dents. — M. Natalis Guillot lit un mémoire sur le développement des dents. Voici de quelle manière M. Guillot interprète la genèse des dents.

L'étude des mâchoires des embryons m'a fait reconnaître, dit-il, l'existence d'une portion organique dont la durée est limitée, dont l'usage est temporaire. C'est au milieu d'elle que naissent les premières traces des dents, elle en protège l'accroissement. Organe créateur et protecteur, cette partie s'efface et disparaît dès que ce double but est accompli.

On peut suivre les phases que parcourt cette portion organique depuis les premiers moments de la formation des dents jusqu'à l'époque où les mâchoires sont complètes. C'est autour d'elle que les os se développent en même temps que les dents naissent dans son épaisseur. Par la transformation des molécules dont elle est composée, elle produit successivement l'ivoire, l'émail et le cément. La situation qu'elle occupe dans chaque mâchoire n'est jamais variable; elle s'élève depuis le fond des gouttières alvéolaires jusqu'au-dessous de la membrane muqueuse qui la recouvre.

L'apparence qu'elle présente est changeante suivant l'âge: elle est d'abord composée de molécules ou cellules irrégulières et nucléolées; c'est le moment où l'ivoire et l'émail commencent à être formés, quoique non solides; elle devient ensuite fibreuse par l'allongement des molécules à l'époque où elle donne naissance au sac dentaire et au cément.

Rien ne fait reconnaître dans cette partie le moindre des détails que plusieurs anatomistes ont reproduits par le dessin après les avoir décrits à l'occasion des follicules dentaires.

Les premières traces des dents sont apparentes au milieu d'elles avant la fin du premier mois de la vie embryonnaire de la brebis, avant que les muscles, les nerfs, les vaisseaux sanguins puissent être distingués dans les diverses régions de la face, lors même que les premiers linéaments des os sont encore très rares.

Ces indices primordiaux des dents ressemblent à de petites sphères formées par une multitude de molécules ou cellules. Ceux que l'on découvre le plus aisément appartiennent à la première dentition: vers le troisième ou quatrième mois, on aperçoit sans difficulté chez l'homme les germes de la seconde dentition. Aucune enveloppe ou sac ne limite ces sphéroïdes dans cet état primitif.

Trois divisions ou fractionnements se produisent dans l'intérieur de ces sphéroïdes avant qu'ils soient solidifiés. L'une est centrale; elle deviendra la partie productrice de l'ivoire; la seconde donnera naissance à l'émail; la division la plus extérieure est celle où en dernier lieu le sac dentaire sera formé; c'est elle qui produit le cément.

Cette création du sac dentaire n'est en réalité due qu'à la transformation de la partie génératrice des dents en une subtance fibreuse, transformation dont on suit tous les progrès jusqu'au moment où cette partie devient tout à fait semblable au périoste.

Ces détails sont communs aux dents de chaque dentition.

Chacun des sphéroïdes initiaux des dents semble être, dès les premiers moments de sa formation, un centre autour duquel la substance osseuse est incessamment accumulée jusqu'à ce qu'elle forme une capsule solide plus ou moins complète, à l'intérieur de laquelle le sac de chaque dent est placé. Cette capsule osseuse, largement ouverte au-dessus de la couronne des dents temporaires et des dernières dents (3e, 4e, 5e molaires), est au contraire presque entièrement fermée au-dessus de la couronne des dents de remplacement; alors un pertuis très-étroit, au lieu d'une large ouverture, témoigne de l'excessive accumulation de la substance osseuse.

Les dents de remplacement ne pourraient jamais sortir des capsules qui les renferment si étroitement, si une partie de la muraille formant ces capsules ne disparaissait pour permettre l'émergence de la couronne.

Cette disparition due à un mouvement de résorption que subissent les molécules osseuses est également appréciable dans les capsules osseuses qui fixent les dents de la première dentition. Elle prépare la chute de ces organes.

Pendant que dans plusieurs régions les mâchoires décroissent et perdent la substance dont elles sont composées, en d'autres parties ces mêmes mâchoires s'accroissent, s'étendent et créent la place nécessaire aux dents qui grandissent. Il y a donc dans les os des mâchoires une double série des mouvements moléculaires; par les uns les os sont atrophiés partiellement et disparaissent en certains endroits; les os s'accroissent au contraire en d'autres endroits par l'effet des autres. Ce double mouvement est incessamment opéré dans toutes les régions des mâchoires pendant l'évolution des dents; on en découvre les effets jusqu'à l'âge adulte.

En raison de l'ordre parfait avec lequel il s'est opéré, les divers diamètres des os maxillaires changent constamment et d'une manière régulière, jusqu'au moment où les dimensions de la face sont arrêtées. (Commissaires: MM. Flourens, Coste et J. Cloquet.)

Absorption et dégagement des gaz par les dissolutions salines et par le sang. — M. Em. Fernet lit un mémoire sur ce sujet, qu'il résume en ces termes:

Les phénomènes d'absorption ou de dégagement de gaz qui ont lieu dans les organes respiratoires des animaux, soit normalement, soit d'une manière accidentelle, peuvent être expliqués par la simple loi de la dissolution: c'est ce qui résulte d'un nombre considérable de faits. Toutefois, la constitution si complexe du sang et les anomalies qu'on observe en cherchant à appliquer dans ses détails cette théorie si simple, portent à penser qu'il serait nécessaire, pour rendre rigoureusement compte des faits, d'y joindre l'intervention d'une autre cause. On connaît, en effet, des combinaisons chimiques qui se forment ou se détruisent avec une telle facilité, que les résultats de ce genre d'action sont tout à fait comparables à ceux de la dissolution proprement dite.

De là la nécessité, pour arriver à une notion complétement nette de la nature intime de ces phénomènes, d'établir tout d'abord une distinction précise entre la dissolution des gaz, phénomène purement physique, et la combinaison, phénomène chimique.

Pour savoir à quel état les gaz sont contenus dans le sang, l'auteur a dû séparer les éléments du problème, et étudier l'action de ces gaz sur des solutions artificielles des principaux sels dissous dans le sérum, puis sur le sérum tout entier, et enfin sur le sang lui-même.

Ses recherches conduisent à ce résultat général, que, dans un très-grand nombre de cas, l'absorption est un phénomène complexe, dépendant à la fois de la dissolution simple et de la combinaison; en d'autres termes, le volume de gaz absorbé se compose de deux parties, dont l'une varie proportionnellement à la pression, l'autre en est indépendante et dépend du titre de la solution saline.

Il résulte des recherches de M. Fernet, dont les détails ne peuvent trouver place ici, que les actions du sérum sur les différents gaz sont différentes, et dues à des éléments différents. Pour l'acide carbonique, c'est une action dissolvante, en même temps qu'une action chimique due surtout à la présence des phosphates et des carbonates, et la quantité totale de gaz absorbée est une fois et demie égale à celle qu'absorberait l'eau pure dans les mêmes circonstances. Pour l'oxygène, c'est surtout une action dissolvante, que tend à diminuer la présence de certains sels, tels que le chlorure de sodium; il faut y ajouter une action chimique faible de la part de quelques autres substances dissoutes, principalement des matières organiques. (Commissaires: MM. Dumas, Milne-Edwards, Balard, Cl. Bernard.)

Effets de diverses injections gazeuses dans le tissu cellulaire et le péritoine. — MM. Leconte et Demarquay communiquent un mémoire sur les phénomènes pathologiques, physiologiques et chimiques produits par les injections d'air, d'azote, d'oxygène, d'acide carbonique et d'hydrogène dans le tissu cellulaire et le péritoine.

Des faits contenus dans ce mémoire les auteurs concluent:

1° Que l'air, l'azote, l'oxygène, l'acide carbonique et l'hydrogène ne produisent aucun effet nuisible lorsqu'ils sont introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le péritoine.

2° Que tous ces gaz sont résorbés après un temps plus ou moins long et avec une rapidité qui varie depuis quarante-cinq minutes (acide carbonique) jusqu'à plusieurs semaines (azote). La rapidité de résorption s'est toujours présentée dans l'ordre suivant: acide carbonique, oxygène, hydrogène, air et azote.

3° Qu'un gaz quelconque injecté dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine détermine constamment une exhalation des gaz que renferment le sang et les tissus.

4° Qu'il se produit après l'injection des gaz des mélanges plus faciles à résorber que le gaz le moins résorbable qui y est contenu. De telle sorte que la résorption de ce dernier ne commence que quand il est déjà mêlé en certaines proportions avec les autres gaz exhalés.

5° Qu'en général l'exhalation des gaz du sang ou des tissus a été plus considérable dans les expériences faites pendant la digestion que dans les expériences faites à jeun, et plus encore dans le péritoine que dans le tissu cellulaire.

6° La rapidité de l'absorption n'a pas semblé modifiée par l'état de jeûne ou de digestion.

7° Que de tous les gaz injectés, l'hydrogène est celui qui détermine l'exhalation la plus considérable des gaz du sang à ce point que, quand l'hydrogène a déjà disparu du mélange, l'animal conserve encore le volume qu'il présentait au moment de l'injection; ce qui pourrait faire croire à la non-absorption de l'hydrogène, si l'analyse chimique ne venait éclairer le phénomène.

8° La rapidité de la résorption des gaz par le sang n'est pas toujours en rapport avec leur solubilité dans l'eau (azote et hydrogène).

9° Que si dans les injections d'air dans le tissu cellulaire et dans le péritoine il y a constamment absorption d'oxygène et exhalation d'acide carbonique, ce qui, sous ce rapport, rapproche ce phénomène de la respiration pulmonaire, l'on ne saurait cependant considérer ces deux faits physiologiques comme identiques, car dans le cas des injections les rapports entre l'acide carbonique exhalé et l'oxygène absorbé varient sans cesse.

(Adressé pour le concours Montyon, médecine et chirurgie.)

— L'Académie renvoie à la même commission les pièces adressées pour ce concours par les auteurs dont les noms suivent:

M. Faure: *Recherches sur le chloroforme et l'asphyxie.*

M. Giraldès: *Existence fréquente de kystes dans l'épididyme au moment de la naissance.* — *Existence dans le cordon spermatique d'un organe dont la présence n'a pas été signalée par les anatomistes.*

M. Forget: *Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires.*

M. Le Roy-d'Étiolles envoie, au nom de M. Weiss (de Londres), un instrument lithotriteur que l'inventeur désire faire admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon. Il y joint un ouvrage publié en 1825, et contenant la description de cet instrument.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Wanner présente les résultats de ses observations sur deux ordres de vaisseaux du conduit intestinal, différant entre eux par plusieurs caractères, et appartenant les uns aux tuniques musculaires nerveuse et muqueuse, les autres à la membrane péritonéale. L'auteur croit pouvoir expliquer au moyen de cette disposition anatomique l'insuccès des chirurgiens qui cherchaient à obtenir la réunion de l'intestin divisé en mettant la muqueuse d'un des bouts avec la séreuse de l'autre, tandis que M. Jobert (de Lamballe), en mettant en contact les séreuses, obtient le résultat cherché. (Commissaires, MM. Jobert (de Lamballe), Cl. Bernard.)

— M. Bonnet adresse d'Épinal (Vosges) une note sur l'emploi de la benzine dans le traitement de la gale.

« Il suffit, dit l'auteur, de barbouiller de benzine les endroits où l'acarus établit de préférence son siége, et plus légèrement les surfaces du corps. Au bout de cinq minutes, on donne un bain d'une demi-heure et le traitement est terminé.

» Il est bien entendu, poursuit M. Bonnet, que dans le cas où il existe une éruption secondaire, ce qui est quelquefois le cas, elle ne disparaît pas ainsi et exige un traitement approprié. »

— M. le Ministre du Commerce transmet une lettre de M. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, contenant des remarques sur un passage du rapport de la commission des prix de médecine et de chirurgie, concours de 1857. (Renvoi à M. Andral, rapporteur de la commission.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis la mise en vigueur des dispositions prescrites par la note du ministre de la guerre du 30 juin 1848, concernant la vaccination des jeunes soldats et des militaires non vaccinés, le chiffre des varioleux a sensiblement diminué dans l'armée, et la variole elle-même y a généralement perdu de sa gravité.

Mais si, grâce à la ponctuelle exécution de ces moyens, il est resté démontré que les sujets vaccinés sont à l'abri de la variole spontanée et n'ont presque rien à redouter de la transmission des varioles sporadiques, on a eu lieu cependant de remarquer qu'en temps d'épidémie cette première vaccine n'a pas toujours été un préservatif suffisant, et, d'autre part, on constate aujourd'hui que les faits sur lesquels se fonde la nécessité des revaccinations deviennent de plus en plus nombreux.

Cette opération, pratiquée comme moyen prophylactique dans plusieurs épidémies de variole, a été suivie des résultats les plus favorables, et l'on doit conclure des effets déjà obtenus, que les individus qui se sont montrés sensibles à une nouvelle vaccine l'auraient été également à l'influence épidémique de la variole.

D'après ces considérations et sur l'avis du conseil de santé des armées, le ministre de la guerre a décidé qu'à l'avenir la revaccination serait pratiquée dans toute l'armée.

En conséquence de cette décision, toutes les troupes de la garnison de Paris se rendent par détachement chaque semaine à l'Académie de médecine pour y être soumises à la revaccination.

— Une affaire qui peut avoir une grande importance pour MM. les charlatans non titrés, est pendante devant la Cour de cassation.

On sait que l'exercice illégal de la médecine, sans usurpation de titre, a été puni jusqu'à ce jour des peines de simple police, c'est-à-dire de 15 fr. d'amende, ou de un à cinq jours de prison.

Un arrêt de la Cour impériale d'Amiens, en date du 29 janvier 1857, tendant à modifier cette jurisprudence, avait condamné le sieur Seguin à 30 fr. d'amende et à deux mois de prison, pour exercice illégal de la médecine, sans usurpation de titre.

Cet arrêt ayant été déféré à la Cour de cassation, celle-ci le cassa le 19 mars 1857, et renvoya l'affaire, pour être statué au fond, à la Cour de Rouen.

La Cour de Rouen a adopté une jurisprudence conforme à celle de la Cour d'Amiens et a confirmé son arrêt, à la date du 22 mai 1857.

Le sieur Seguin s'est pourvu une seconde fois en cassation, et sur ce pourvoi, la chambre criminelle s'est déclarée incompétente et a renvoyé l'affaire devant les chambres réunies. Nous saurons donc bientôt à quoi nous en tenir sur cette question, qui n'est pas sans un assez grand intérêt pour le corps médical.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Réflexions sur l'action de l'âme sur les fonctions de l'homme, par M. le docteur Brachet. Brochure in-8°. — Lyon, imprimerie de Vingtrinier.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

(1) Sichel, *D'une espèce non encore décrite de tumeur lacrymale* (*Gazette des Hôpitaux*, 1852, n° 98). Dans l'observation Ire, on a par erreur indiqué la date de 1840 au lieu de 1837. On trouvera dans le même article, obs. III, la dissection d'une autre tumeur lacrymale due à une oblitération organique du sac lacrymal.

N° 41. — JEUDI 8 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 41. — JEUDI 8 AVRIL 1858

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 AVRIL 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Cruveilhier a terminé la lecture qu'il avait commencée dans la précédente séance. Il a examiné dans ce travail la question de la fièvre puerpérale sous toutes ses faces Sous le point de vue doctrinal, M. Cruveilhier se plaçant entre les partisans exclusifs des deux doctrines antagonistes, les essentialistes et les localisateurs, déclare ne se croire nullement obligé d'opter ni pour l'un ni pour l'autre système ; il pense, et nous sommes parfaitement de son avis, que la fièvre puerpérale est à la fois une fièvre et une phlegmasie, que cette fièvre et cette phlegmasie sont congénères et la conséquence l'une et l'autre d'une cause commune, l'infection miasmatique. Il y a lieu par conséquent de ne négliger ni l'une ni l'autre, ni l'état général ni les états locaux.

Quant à la nature de la maladie, parfaitement d'accord en cela avec MM. Simpson et Trousseau, il l'assimile complétement à la fièvre des opérés ; c'est la fièvre traumatique des accouchées.

Sous le point de vue anatomo-pathologique, M. Cruveilhier a beaucoup insisté sur une lésion qu'il considère comme spéciale et presque exclusive à la fièvre puerpérale, la lymphangite purulente dont il a donné une description faite de main de maître.

Abordant enfin le point pratique de la question, la prophylaxie, le savant professeur a émis une proposition radicale, la suppression des grands hospices d'accouchements, auxquels il serait suppléé par la généralisation des secours à domicile.

Après M. Cruveilhier, l'Académie a entendu M. Danyau, qui par sa position à la Maternité, et par sa vaste expérience sur le sujet en discussion, devait y apporter une opinion d'un grand poids. M. Danyau est un des partisans les plus prononcés de l'essentialité de la fièvre puerpérale, et il rapporte dans son discours un grand nombre de faits à l'appui de cette manière de voir.

Il était extrêmement intéressant de connaître le sentiment de M. Danyau sur la valeur de la méthode quinique au double point de vue curatif et prophylactique. Comme curatif, l'action du sulfate de quinine a été complétement nulle ; comme prophylactique plus que douteuse ; tel a été le résultat des essais de M. Danyau.

Enfin sur la question des mesures prophylactiques à adopter, qui est désormais le but principal de cette discussion, M. Danyau, contrairement aux opinions émises par MM. Depaul et Cruveilhier, est d'avis qu'au lieu de supprimer les maisons d'accouchements il faut les multiplier au contraire, mais à des conditions qui en assureraient désormais la salubrité.

Nous reviendrons sur ces diverses propositions, qui sont, nous le répétons, le point capital de la question. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'hématocèle péri-utérine.

L'histoire de l'hématocèle péri-utérine, depuis le peu d'années qu'elle est décrite, a déjà donné lieu à un assez grand nombre d'opinions contradictoires. Ce motif m'a surtout engagé à en tenter devant vous la simplification.

La maladie est constituée par un épanchement de sang formé soit dans le tissu cellulaire péri-utérin, soit dans le cul-de-sac péritonéal situé entre le rectum et l'utérus. On l'a longtemps appelée hématocèle rétro-utérine, parce qu'elle a paru siéger plus souvent entre le rectum et l'utérus ; mais à mon sens, l'expression d'hématocèle péri-utérine est plus exacte et infiniment préférable ; c'est celle qu'ont adoptée Valleix et M. Gallard.

L'hématocèle n'a probablement pas été observée de nos jours seulement. En voyant Hippocrate parler d'une servante dont le ventre était gros et tendu, qui portait à droite une dureté très-considérable, qui était décolorée et dont les règles étaient supprimées depuis sept ans, il est permis de supposer que le médecin de Cos avait soupçonné cette affection. Quoi qu'il en soit, Récamier la connaissait, et son élève, M. Bourdon, est l'auteur d'un bon travail sur les tumeurs du petit bassin. Mon collègue à cet hôpital, M. Bernutz, a publié une observation d'hématocèle bien complète, et a émis l'opinion que l'épanchement se faisait dans la cavité péritonéale et d'une façon très-rapide. Les leçons cliniques de M. le professeur Nélaton, insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*, le mémoire lu par M. le professeur Laugier à l'Académie des sciences, et les thèses de MM. Figuès, Prost, Fernely, Engelhart, Sestan, Gallard et Voisin, ont puissamment contribué à vulgariser cette affection.

Les recherches anatomo-pathologiques ont fait découvrir une congestion ovarienne, la rupture d'une veine ovarienne (Chaussier), la déchirure d'une tumeur sanguine attenant à la trompe (Fauvel), la rupture d'une grossesse extra-utérine (Gallard), la rupture de kystes sanguins péri-ovariques, la rupture d'une varice d'un des ligaments larges (Richet), la déchirure de l'un des ovaires. Telles sont les altérations matérielles soigneusement décrites, bien nettes, qui peuvent servir à la constatation de l'origine du sang.

Les auteurs ont eu le grand tort de vouloir que la cause qu'ils avaient trouvée à l'autopsie fût la cause unique de la maladie. Ils ont dès lors fait des suppositions et basé sur elles des théories tout entières.

Mais passons en revue ces données hypothétiques. Et d'abord, la congestion sanguine exagérée des ovaires à l'époque de l'évolution mensuelle a servi de texte à M. le professeur Laugier pour établir sa manière de voir. L'hémorrhagie spontanée des vésicules ovariennes a été décrite par M. Robin. M. Richet a pensé aux varices des plexus utéro-ovariens, et M. Bernutz a invoqué le développement variqueux des veines du rectum et de l'anus; M. Gallard a supposé qu'une grossesse extra-utérine existait dans tous les cas, et qu'on devait trouver l'ovule au milieu du sang. L'hémorrhagie essentielle a été également mise en cause; ainsi, M. Ambroise Tardieu, n'ayant trouvé aucune altération anatomique dans quatre cas, a été conduit à l'hypothèse d'une exhalation sanguine.

Maintenant, où le sang se dépose-t-il ? Est-ce dans le péritoine ou dans le tissu sous-péritonéal? Valleix et M. Gallard ont cru à la formation de l'épanchement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; d'autres auteurs ont avancé qu'il se faisait dans le péritoine, mais qu'il y restait circonscrit. Où est donc la vérité? Eh bien, les deux siéges sont admissibles (Prost), et il se produit des épanchements intra-péritonéaux et sous-péritonéaux. Dans beaucoup de cas où la mort a été subite, le sang ne s'est pas répandu dans l'abdomen entier; il est resté au bas, derrière des barrières insurmontables et parfaitement organisées. L'observation de M. Bernutz a bien localisé l'épanchement dans le péritoine même.

Quel est le siége anatomique appréciable à l'œil? L'espace compris entre l'utérus et le rectum, et quelquefois le tissu recto-vaginal. Quelquefois la tumeur hématique se propage sur les côtés ou se présente en avant.

Les caractères du sang dans l'hématocèle sont d'être liquide, d'un rouge noirâtre, mélangé à peine de quelques caillots ou renfermant un caillot plus ou moins consistant. Dans quelques cas, le sang s'altère rapidement ; il est noir, visqueux, poisseux, se dissout et contracte l'odeur des matières fécales. Parfois la coagulation a lieu en masse, et il ne reste plus qu'un caillot épais.

On ne découvre rien de bien caractéristique au microscope. Cependant M. Heurtaux (thèse de M. Voisin) a rencontré des gouttes huileuses, blanchâtres ou jaunâtres; des cellules sphériques intactes ou brisées en fragments irréguliers, surchargés de globules de graisse; des fragments amorphes d'hématoïdine; quelques globules sanguins déformés, mais encore bien colorés; enfin, un assez grand nombre de petites masses noires, de forme anguleuse, ayant des dimensions très-variables, résultant de l'altération de la masse colorante du sang. Mais on retrouve des modifications semblables dans tous les kystes hématiques.

QUELQUES IDÉES DE M. BAUDENS

A PROPOS DE SON LIVRE INTITULÉ **la Guerre de Crimée** (1).

Lorsque les Desgenettes et les Larrey ont enrichi notre littérature médicale du récit scientifique des grandes guerres qui eurent lieu au commencement de ce siècle, on devait s'attendre à voir l'expédition la plus inouïe et par les difficultés de l'éloignement et par la puissance de l'ennemi, trouver un certain nombre d'historiens. En effet nous avons vu paraître depuis quelques mois des ouvrages écrits magistralement sur ce sujet. Les uns disent l'histoire officielle, — si je puis m'exprimer ainsi, — de la campagne de Crimée, enregistrant chaque ordre du jour, chaque dépêche ministérielle, et donnant jour par jour les instructions qui avaient dirigé le service médical pendant la guerre; d'autres recueillent leurs notes quotidiennes et nous exposent les faits qui se sont passés sur un théâtre plus étroit. Ce genre de monographies nous semble appelé à rendre les plus grands services à l'histoire médicale. Si chaque officier de santé donnait ainsi le récit de ce qu'il a vu lui-même, des résultats heureux ou malheureux qui se sont produits dans son service, on ne tarderait pas à se trouver en possession des plus riches documents. C'est alors que l'on pourrait donner une exactitude presque mathématique au troisième genre d'écrit que nous allons étudier dans le livre de M. Baudens.

Il y a quelques mois à peine que cet homme distingué a disparu d'au milieu de nous. Profondément instruit, connaissant à fond le soldat, M. Baudens sut tenir haut l'honneur de la médecine militaire, et s'il était besoin de citer un fait pour appuyer sans réplique cette esquisse du caractère de ce chef regretté, il suffirait de rappeler la journée où, seul avec des hommes malades ou blessés, il sut déposer le couteau pour protéger, le fusil à la main, la retraite de son ambulance. Cette belle conduite le fit mettre à l'ordre du jour; l'honneur en rejaillit sur le corps, et le soldat comprit que le major pouvait être bon à autre chose qu'à couper des jambes.

Mais ce n'est pas l'éloge de M. Baudens qu'il s'agit de présenter ici : parlons de son livre.

Et d'abord, chose rare parmi nos écrivains, il a du style, style correct, souvent coloré, toujours rempli d'intérêt.

Il passe tour à tour en revue le campement, les ambulances, les hôpitaux, et chacun de ces chapitres emprunte à son sujet un intérêt tout particulier. Nous n'avons pas l'intention d'analyser ce que M. Baudens a écrit sur les ambulances et les hôpitaux, nos Académies et nos Sociétés plus ou moins savantes ont assez longtemps retenti des enseignements tirés de cette source. Cette partie du livre est écrite, comme on peut s'y attendre, de main de maître; c'est l'opérateur habile, le professeur distingué, l'inventeur de procédés qui a la parole, aussi nous laisse-t-il peu à désirer. L'histoire du campement est certainement la page la plus littéraire, et son intérêt n'emprunte rien à un travail de l'esprit. M. Baudens expose la topographie médicale de la Crimée, et nous voici transportés sur cette terre à jamais célèbre ; puis il nous introduit dans l'intérieur de la tente, nous initie aux divers modes d'abri et d'habillement des soldats ; enfin l'alimentation de l'armée est étudiée avec tout le soin que mérite un sujet aussi important.

Tous ces divers chapitres sont donc remplis d'intérêt; mais dans cette lecture, il est impossible de ne pas remarquer la tendance toute particulière de l'auteur à frapper juste et ferme sur les points vraiment pratiques de notre art. Nous l'avons dit en commençant, M. Baudens connaît très-bien le soldat; il a toujours vécu au milieu des camps. Son intelligence était des plus distinguées, il avait su étudier toutes les questions fondamentales; aussi voyons-nous, du fond de ces récits si habilement développés, sortir toujours des pensées profondes, sérieuses, des inspirations de perfectionnement ou d'améliorations. Ce côté original de l'écrivain mérite d'être mis en relief, et nous ne pouvons résister au plaisir de mettre au grand jour quelques-unes de ces pensées.

A peine en route pour cette Crimée où le ministre de la guerre l'envoie en inspection, M. Baudens signale une faute qui peut avoir de fâcheux résultats. Il s'agit de l'hôpital de Gallipoli.

« Pour utiliser un pan de muraille assez étendu, on avait commencé par élever des barraques en contre-bas au pied d'une colline, sans songer à la ventilation du sol. On reconnut bientôt, lorsque survint le choléra, les inconvénients de cet emplacement. Par malheur, ces erreurs ne sont pas rares, et le plus souvent on les éviterait si l'on consultait les médecins. Connaissant l'action efficace d'un air sans cesse renouvelé, le médecin recherche, surtout dans les pays chauds où l'on n'a pas à redouter les rigueurs de l'hiver, les sites élevés et non dominés; mais la commission des casernements n'a pas toujours des préoccupations de ce genre, parce qu'en France, il faut bien le dire, on apprend tout, excepté l'hygiène. Si les élèves de Saint-Cyr consacraient seulement *douze heures* à écouter douze leçons d'hygiène, ils apporteraient dans l'armée quelques principes d'une science dont les soldats eux-mêmes sentiraient vite les bienfaits; les conseils des médecins seraient mieux écoutés, et les dangers d'épidémie auxquels l'armée est sans cesse exposée seraient plus souvent conjurés.

(1) Un vol. in-8°. Prix, 6 fr. — Paris, Michel Lévy frères, rue Vivienne, 2 bis.

Lorsque la quantité du fluide épanché n'est pas considérable, elle peut passer inaperçue. Dans d'autres cas elle est très-considérable. Ainsi pour ma part, à une autopsie, j'ai recueilli près d'un litre et demi de sang.

Qu'est-ce qui entoure et circonscrit le sang? C'est un tissu fibroïde, résistant, organisé, offrant une surface anfractueuse, présentant des cavités, des culs-de-sac, des saillies, des loges, des cloisons incomplètes, des brides cellulo-fibreuses. Ces parois de la tumeur reconnaissent deux origines : ou bien c'est le tissu cellulaire péri-utérin refoulé et condensé, ou bien c'est un tissu de nouvelle formation produit autour de l'épanchement sanguin péritonéal.

Quant aux altérations consécutives qui surviennent dans la tumeur, il peut arriver que l'épanchement reste stationnaire, et l'on ne trouve alors que du sang noir à l'autopsie; ou qu'il se résorbe, et, dans ce dernier cas, M. Voisin prétend que la tumeur hématique diminue de volume, mais qu'elle reste très-dure. C'est un fait qui, pour l'auteur, résulte de plusieurs observations, mais cette assertion est à vérifier. Le kyste sanguin peut s'enflammer et se transformer en pus; il peut se faire jour au dehors et s'ouvrir dans l'utérus, le vagin, le rectum, la vessie, le péritoine, mais dans cette dernière circonstance, il se développe une péritonite promptement mortelle.

Que deviennent les ovaires, les trompes, l'utérus? Il règne ici une grande diversité d'opinions. Les ovaires, M. Tardieu les a trouvés intacts, mais d'autres auteurs ont remarqué qu'ils étaient confondus dans la tumeur et complétement déchirés. Il en est absolument de même pour les trompes. L'utérus est en général aplati, sans être détruit; il plonge dans le sang, est atrophié, mais non ulcéré. M. Bernutz a émis l'opinion que l'hématocèle était une hémorrhagie de la face interne de l'utérus, mais il n'existe à cet égard aucun fait probant.

Une circonstance domine l'étiologie de cette affection et explique très-bien qu'elle n'est qu'une déviation d'un flux exagéré, à la suite d'une congestion intense, c'est que dans tous les cas d'hématocèle observés, les femmes étaient à leur époque menstruelle. Ces mêmes malades, en temps ordinaire, étaient irrégulièrement, insuffisamment ou trop abondamment réglées. C'est sans doute ce qui a permis à M. le professeur Laugier de baser sa théorie sur la congestion exagérée des ovaires à l'époque de l'ovulation mensuelle.

Comme causes prédisposantes, M. Voisin a signalé l'âge des malades qui, en moyenne, est de trente ans; l'influence du tempérament, de la constitution, l'aménorrhée, la dysménorrhée, la constipation. Parmi les causes occasionnelles se trouvent le coït pendant la période cataméniale, la suppression du flux menstruel par une cause quelconque, le froid, un coup, une contusion, une chute. M. Tardieu a cité l'exemple d'une jeune fille qui mourut en quelques heures d'une hématocèle, après avoir eu de nombreux rapports sexuels avec plusieurs étudiants. M. Voisin a mentionné l'influence des émotions morales vives, de chagrins violents pendant l'époque des règles, et surtout de la trop grande abondance de l'écoulement mensuel.

D'après les observations existant aujourd'hui dans la science, on peut établir trois modes de début de la maladie :

1° Quand l'invasion est très-rapide, foudroyante, les extrémités se refroidissent, la face se décolore, et il survient des nausées, des vomissements, des syncopes et des douleurs atroces dans le bas-ventre, s'irradiant dans toutes les parties voisines de cette région.

2° Dans la forme subaiguë, et c'est la plus fréquente, les souffrances abdominales se manifestent, mais avec moins d'acuité; les nausées, les vomissements, les syncopes, la décoloration de la face, se produisent, mais d'une manière moins immédiate, et en plusieurs jours.

3° Le début peut être lent. J'en ai observé un cas à la Pitié : une femme dont la maladie remontait à un mois ou deux, et qui portait, ainsi que l'a démontré l'autopsie, une tumeur hématique dans l'abdomen, du volume de la tête d'un enfant, vint elle-même à pied à l'hôpital.

En fait de symptômes, la douleur manque très-rarement, mais elle présente des caractères différents suivant le siége qu'elle occupe, et qui, le plus habituellement, est celui de l'hématocèle elle-même. En général, les souffrances sont bornées au périnée, au petit bassin, et s'irradient à la partie supérieure des cuisses et à la région lombaire. Lorsque les douleurs abdominales remontent jusqu'à l'épigastre, c'est d'un fâcheux augure, car cet indice révèle la complication d'une péritonite. Les malades éprouvent tantôt le sentiment d'une gêne, d'une pesanteur, tantôt des élancements intenses et violents. L'hématocèle sous-péritonéale est moins douloureuse que l'hématocèle intra-péritonéale, ce qui s'explique, dans ce dernier cas, par l'inflammation du péritoine.

M. Voisin a regardé le développement du ventre comme un signe d'une grande valeur, mais il a été conduit à cette opinion seulement par la théorie, car je n'ai pas remarqué cela chez deux femmes de mon service.

Pour constater la présence de la tumeur sanguine, excepté dans les cas où il existe une péritonite compliquante, on a recours à la palpation abdominale, et l'on perçoit facilement la sensation d'une grosseur assez volumineuse. Le toucher vaginal décèle ensuite la présence d'une tumeur placée en arrière de l'utérus, et faisant dans le vagin une saillie considérable; seulement, c'est avec peine que l'on constate la fluctuation. Le toucher rectal fait également reconnaître que le gros intestin est en partie obstrué, et que le passage des matières excrémentitielles est presque interdit. Il n'y a plus à s'étonner alors de l'opiniâtreté de la constipation. En combinant d'une part le toucher vaginal et la palpation, de l'autre la palpation et le toucher rectal, on arrive à se rendre un compte exact des désordres pathologiques, et à isoler presque toujours l'utérus, à le circonscrire, ce qui, pour le diagnostic, est d'une valeur considérable.

En poussant jusqu'au luxe les moyens de diagnose, on finit par se servir du spéculum, dont l'usage a dégénéré en abus. A ce propos, M. Nonat prétend que l'on découvre une coloration violacée très-intense des parois de la tumeur. M. Voisin infirme ce résultat. Quant à moi, je n'ai rien vu de semblable, mais je ne nie pas que cela puisse être. Les dimensions de la tumeur hématique varient depuis le volume d'un gros œuf jusqu'à celui de la tête d'un enfant. L'utérus est quelquefois déplacé, il est projeté en avant et aplatit alors la vessie. M. Prost a déclaré que dans l'hématocèle sous-péritonéale, la matrice éprouverait un mouvement d'ascension, tandis qu'au contraire elle serait abaissée dans l'hématocèle intra-péritonéale. Cette opinion demande à être vérifiée.

Des troubles fonctionnels assez graves viennent s'ajouter à cet ensemble de symptômes. Du côté du tube digestif, par exemple, vous noterez des nausées, des vomissements, de la dyspepsie, une sécrétion gazeuse très-abondante, une constipation rebelle. Pour ce qui concerne les voies circulatoires, il n'y a pas de caractère propre à l'hématocèle; il se manifeste seulement des modifications provenant de l'hémorrhagie ou de la péritonite. Quand la tumeur est considérable, les femmes ressentent des besoins d'uriner excessivement fréquents : voilà pour les appareils de sécrétion. Quant au système nerveux, il n'est pas influencé d'une manière spéciale. Les convulsions et le délire se rapportent plus à la perte utérine qu'à l'affection qui nous occupe.

Lorsque l'hématocèle revêt une forme aiguë très-rapide ou foudroyante, les malades éprouvent des nausées, des vomissements, des défaillances, des syncopes, de violents frissons, de vives douleurs abdominales — et ce phénomène prédomine sur les symptômes généraux — et un certain degré de ballonnement du ventre. Loin de s'amender, cet état s'aggrave, le refroidissement augmente, le faciès s'altère, une sueur froide humecte la peau, les défaillances et les syncopes se renouvellent, les nausées et les vomissements persistent, un tremblement nerveux et des convulsions apparaissent, le pouls devient petit et irrégulier, et la mort arrive au bout de quelques heures. M. Voisin pense que dans cette forme de la maladie les symptômes d'une grande hémorrhagie sont réunis à ceux d'une péritonite; c'est une erreur, et si les choses se passent quelquefois ainsi, ce n'est pas une raison pour en faire une loi générale.

Dans la forme subaiguë, il y a plutôt du malaise, du refroidissement, de la tendance aux défaillances, et les accidents se développent ensuite progressivement.

Dans la forme chronique, les malades ressentent de la gêne, de la pesanteur; la marche est pénible, les digestions sont difficiles, la constipation se montre très-opiniâtre, et le séjour au lit apporte seul un peu de repos.

Une fois que les accidents sont produits, ils peuvent aller en s'amendant légèrement ou bien en s'exaspérant. M. Gallard affirme que l'époque menstruelle exerce une influence très-défavorable sur la situation de la malade. M. Voisin, au contraire, a remarqué que l'écoulement des règles détermine une singulière amélioration, et que, quand la maladie doit se terminer par résolution, c'est dans ce moment-là même qu'elle fait un très-grand pas. Ce même auteur a noté la durée de l'hématocèle dans 25 cas, et sur ce nombre il a compté 9 guérisons et 16 décès, qui se répartissent de la manière suivante :

GUÉRISONS.	DÉCÈS.
1 cas, 6 semaines.	7 cas (mort foudroyante).
3 » 3 mois.	1 » 4 jours.
2 » 4 »	1 » 7 »
2 » 6 »	1 » 10 »
1 » 8 »	1 » 15 »
	1 » 4 mois.
	3 » 5 »
	1 » 8 »

Les modes de terminaison sont au nombre de cinq :

1° La mort rapide, foudroyante, qui arrive comme accident consécutif à une grande hémorrhagie, ou qui se lie aux phénomènes d'une péritonite suraiguë.

2° La résolution de la tumeur, et à ce sujet on ne sait pas encore comment elle s'opère. Il est assez probable que les caillots fibrineux se dissolvent dans les liquides qui les entourent. M. Voisin croit que la tumeur s'indure; mais c'est là une pure hypothèse.

3° L'évacuation par le rectum (5 fois sur les 16 cas de mort).

4° L'ouverture dans le vagin (2 guérisons, 2 décès).

5° L'épanchement dans la grande cavité péritonéale, ce qui amène une péritonite toujours mortelle (4 cas).

Pour asseoir le diagnostic, il faut s'appuyer sur la rapidité des accidents, sur la combinaison fréquente des symptômes d'une grande hémorrhagie unis à ceux d'une péritonite suraiguë, et sur la marche ultérieure de la maladie. Avec ces trois ordres de moyens, l'hématocèle ne peut être confondue qu'avec un très-petit nombre d'affections, telles que le phlegmon péri-utérin, les kystes de l'ovaire et la grossesse extra-utérine. Dans le phlegmon péri-utérin, les éléments morbides sont moins nettement accusés, plus bénins, et le frisson, la fièvre, les douleurs ne se localisent pas aussi bien. Des kystes de l'ovaire tombant dans le cul-de-sac rétro-utérin, des kystes séreux comme en a décrit M. le professeur P. Dubois, et des kystes hydatiques des ovaires analogues à ceux qu'a découverts M. Charcot, ont été pris, dit-on, pour des hématocèles; mais je n'y crois pas plus qu'à la possibilité d'une méprise entre ces maladies et une grossesse extra-utérine. Le phlegmon péri-utérin peut donc seul en imposer un peu.

M. Baudens, tout en mettant le doigt sur la plaie, place à côté le remède. Comment, en effet, en France où toutes les choses bonnes et utiles sont largement enseignées à tous, en est-on encore à démontrer la nécessité de quelques leçons d'hygiène élémentaire en faveur d'officiers qui se trouveront placés à la tête d'hommes qu'ils devront non-seulement commander, mais par cela même protéger? Cette remarque est si vraie que nous connaissons bon nombre de jeunes officiers instruits qui, pour réparer l'absence de leurs études à cet égard, se livrent avec ardeur à la lecture de traités d'hygiène. Ils en sentent la nécessité; ils vont au-devant d'une étude que l'instruction de nos jours réclame de plus en plus. Douze heures dans une année, est-ce trop demander? Puisse ce dernier vœu de M. Baudens ne pas tarder à s'accomplir!

Mais voici l'alimentation du soldat. Il est d'habitude de dire que le soldat est nourri bien mieux au régiment que chez lui. C'est généralement une erreur. La nourriture du régiment est d'ordinaire plus saine, quelquefois même plus abondante, mais elle présente, selon M. Baudens, un vice qui est vivement senti par le soldat. L'alimentation est toujours la même; la monotonie fatigue vite, et elle dégoûte tellement le soldat qu'il regarde à deux fois avant le rengagement, tant il craint de retomber sous ce régime de bouillon et de bouilli perpétuels. La privation de vin n'est-elle pas une faute dans cette alimentation, et si, poursuivant cet examen, nous soulevons la question de préparation, ne devient-il pas évident pour tous qu'une cuisine faite à tour de rôle, comme on monte la garde, ne peut que donner les plus mauvais résultats? « En général, les officiers de l'armée de terre ne se préoccupent pas assez de ces détails, qui sont importants, car la première condition de la santé, c'est la satisfaction de l'estomac.... On donne des récompenses aux colonels de cavalerie dont les escadrons conservent le plus de chevaux, et ces récompenses entretiennent une excellente et profitable émulation. On aurait des résultats semblables, mais plus importants et plus heureux encore, si l'on accordait des faveurs analogues à ceux dont les bataillons conservent le plus d'hommes en état de santé. »

Nouvelle réforme. De l'avis de tous, officiers et soldats, il est dangereux pour des hommes jeunes et dont la croissance n'est pas terminée, de s'exposer à de véritables fatigues à jeun. Le déjeuner est à dix heures du matin, le dîner à quatre heures de l'après-midi. Dix-huit heures séparent le repas du soir de celui du matin. Un homme qui se livre à des travaux fatigants, qui fait l'exercice, peut-il sans souffrir attendre l'heure du déjeuner? Il y a là évidemment une source de débilitation que l'on pourrait éteindre bien facilement. « Si ce repas a son utilité, pourquoi ne pas le réglementer et lui donner sa place déterminée dans la distribution de la journée, par exemple à sept heures du matin? Une soupe au café, un morceau de fromage ou un oignon, un peu de pain avec un verre de vin seraient suffisants. »

On le voit, et c'est là le cachet de l'homme qui pratique bien son état, M. Baudens ne craint pas de descendre dans ces questions si petites en apparence, mais si importantes en réalité. Nous nous sommes malheureusement trop étendu sur ces premières remarques pour continuer à en relever d'autres. Cependant qu'il nous soit permis en terminant de dire le reproche justement mérité, mais si honorable, que l'inspecteur en chef se voit contraint de faire aux officiers de santé.

« La barraque affectée au logement des médecins se trouvait au milieu même de l'ambulance. Les médecins, après avoir subi pendant le jour l'infection miasmatique, y séjournaient encore pendant la nuit sans aucune nécessité. On ne saurait trop insister sur le danger et l'inutilité de pareilles imprudences. *Les officiers de santé exagèrent presque toujours le sentiment du devoir.* Ils restent à l'ambulance, même quand leur service est terminé. Ils se feraient scrupule, en temps d'épidémie, d'une promenade à cheval, négligeant pour eux-mêmes les mesures préventives qu'ils conseillent à autrui. Cet excès d'abnégation peut priver l'armée d'hommes instruits et compromettre le service des malades. Rien n'empêche les officiers de santé de loger à 200 mètres de l'ambulance; les médecins de garde y passeraient seuls la nuit. »

Devant un tel langage, on ne sait vraiment ce qu'il faut le plus admirer de la sollicitude éclairée du chef ou du dévouement irréfléchi mais sublime de ces confrères qui jettent tant d'éclat sur notre corps. Elles sont tombées bien nombreuses ces victimes du zèle; et celui qui, conduisant leur deuil, cachait ses larmes pour ne pas laisser le découragement s'emparer de ceux qui restaient, celui-là aussi est tombé à son tour victime de son dévouement, victime du devoir!

Il n'est plus, mais ses œuvres sont là pour le faire revivre, et il a pu avant de mourir mettre la dernière main à cette histoire de Crimée qui est en quelque sorte son testament de médecin et de soldat.

Nous avons parlé de quelques pensées qui nous avaient frappé, laissant de côté tout ce que ce livre avait d'attrayant non-seulement au point de vue historique, mais dans l'ordre médical et chirurgical. Il suffisait de le signaler pour que tous les médecins militaires et la plupart de nos confrères aient le désir de le placer dans leur bibliothèque. Sa place est marquée près de Larrey; que les amateurs des belles et nobles choses se tiennent donc pour avertis. Dr A. Petit.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

La gravité du pronostic est subordonnée à la quantité du sang épanché, à la rapidité avec laquelle il s'est produit, ainsi qu'aux complications susceptibles de survenir.

Il y a des médecins et des chirurgiens qui se prononcent encore en faveur de la ponction, telle que la pratiquait M. le professeur Nélaton, au moyen d'un trocart; mais la terminaison fâcheuse dans un très-grand nombre de cas et les accidents inflammatoires du péritoine, ont engagé M. Nélaton lui-même à repousser cette opération. Après la ponction, on a proposé des injections d'iode et on a cité un cas de guérison; mais la crainte terrible d'intéresser la délicate séreuse abdominale doit également faire rejeter ce moyen. Les émissions sanguines ont été préconisées, mais je n'en comprends pas le but. Les narcotiques sont d'utiles palliatifs dans le cas où se déclarent de très-vives douleurs. Quelle conduite thérapeutique faut-il donc tenir, allez-vous me demander? Et bien il faut s'opposer aux progrès de l'hémorrhagie et recourir à d'énergiques révulsifs, à des sinapismes, à des vésicatoires sur les membres supérieurs, à l'application de la glace sur le ventre, à l'administration des anti-hémorrhagiques les plus actifs, comme la ratanhia, le sangdragon et l'alun. Je me garde bien de vous parler du perchlorure de fer à l'intérieur, car c'est une médication qui n'est rien moins qu'absurde. Le perchlorure de fer a une action locale, mais voilà tout. Vous pourrez essayer l'ergotine, l'opium, appliquer quelques cautères au bas-ventre, recommander surtout l'immobilité la plus absolue. Lorsque la maladie tendra à devenir chronique, vous prescrirez avec de sérieux avantages des toniques et des bains sulfureux; puis de temps à autre un purgatif doux, afin de favoriser l'ouverture dans le rectum de l'épanchement hématique.

Dr Legrand du Saulle.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 avril 1858. — Présidence de M. Laugier.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Regnault sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault pendant l'année 1856. (Comm. des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Jobert, de Guyonvelle, sur les revaccinations qu'il a pratiquées en 1857. (Commiss. de vaccine.)

3° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1857 dans les départements de la Haute-Saône et de la Loire-Inférieure.

4° Le rapport final de M. Bocamy sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans les communes de Planèzes et de Rasignères (Pyrénées-Orientales).

5° Douze rapports définitifs de M. Danvin sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais) en 1857. (Commiss. des épidémies.)

MM. Leconte et Demarquay communiquent à l'Académie le résumé des expériences qu'ils ont faites sur l'air, l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique et l'hydrogène injectés dans le tissu cellulaire et les cavités séreuses.

M. Velpeau présente au nom de M. Cabaret, de Saint-Malo, une observation d'invagination de l'intestin côlon chez un enfant; réduction à l'aide du procédé indiqué par M. Lepelletier, de la Sarthe. (Comm. MM. Velpeau, Jobert et Robert.)

M. le président rappelle à l'Académie que l'ancienne commission chargée de dresser la liste de candidature au titre d'associés, a émis le vœu, avant de se séparer, qu'il soit prochainement déclaré une nouvelle vacance d'associé libre.

Une commission de cinq membres sera nommée à cet effet dans la prochaine séance.

LECTURE.

M. Devergie lit au nom de M. Rennes, de Bergerac, membre correspondant de l'Académie, une observation relative à un cas de monomanie homicide et suicide, qui présente un grand nombre de particularités intéressantes. Cette observation est renvoyée à la commission chargée de faire un rapport sur le mémoire de M. Voisin, relatif à l'identité des causes de suicide, du crime et de la folie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Cruveilhier.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. Cruveilhier rappelle que dans la précédente séance, il a commencé l'étude de l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale; il a parlé de la péritonite, il va s'occuper maintenant de la lymphangite purulente. La lymphangite purulente, ou d'une manière plus générale, la purulence des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses dépendances, est le trait le plus remarquable, et peut-être le plus caractéristique du typhus puerpéral. Ce qu'il y a de spécial, en effet, dans la fièvre puerpérale, sous le point de vue de l'anatomie pathologique, c'est la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques; car cette lésion ne se rencontre ni dans la péritonite autre que la péritonite puerpérale, ni dans aucune autre maladie Or la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques est tellement inhérente à la fièvre puerpérale grave, dit M. Cruveilhier, que j'ai observé un cas de typhus puerpéral dans lequel le péritoine et le tissu cellulaire sous-péritonéal étant parfaitement sains, il n'existait pour toute lésion que la purulence des vaisseaux lymphatiques de l'utérus.

M. Cruveilhier entre ici dans des considérations générales sur la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses dépendances dans la fièvre puerpérale.

Voici le résumé des caractères anatomiques que présentent les vaisseaux lymphatiques purulents de l'utérus.

Ces vaisseaux sont pour la plupart placés sous le péritoine, à travers la transparence duquel ils se dessinent, et qu'il suffit d'enlever avec précaution pour les mettre à découvert. Plusieurs sont séparés du péritoine par une couche mince de fibres utérines. D'autres en grand nombre occupent l'épaisseur de l'utérus, et si on coupe cet organe par tranches successives, on voit le pus sourdre par une multitude d'ouvertures. Or il est on ne peut plus facile de distinguer les ouvertures purulentes qui appartiennent aux vaisseaux lymphatiques des ouvertures qui appartiennent aux veines du voisinage.

La dilatation des vaisseaux lymphatiques sous-péritonéaux pleins de pus est quelquefois énorme, surtout dans les ampoules intermédiaires aux valvules.

Tous ces vaisseaux lymphatiques gagnent les bords de l'utérus et convergent vers les angles supérieurs de cet organe. C'est au voisinage de ces angles, en avant et en arrière de l'insertion des ligaments ronds, qu'ils forment les ampoules les plus considérables, tellement qu'ils ont été pris souvent pour des abcès ou pour des groupes d'abcès.

Les ganglions lymphatiques auxquels se rendent les vaisseaux lymphatiques purulents sont en général admirablement injectés de pus. Ils ne présentent d'ailleurs dans leur tissu aucune altération, aucun ramollissement; ils sont tout simplement injectés.

Que devient ce pus ainsi déposé dans les ganglions lymphatiques? Cette question n'est pas encore complétement résolue, bien que dans un cas, dit M. Cruveilhier, j'aie trouvé des vaisseaux lymphatiques émergents d'un ganglion remplis de pus. Je sais d'ailleurs que plusieurs observateurs affirment avoir suivi du pus dans les vaisseaux lymphatiques jusqu'au réservoir de Pecquet et dans le canal thoracique lui-même.

Peut-on guérir de l'inflammation suppurée des vaisseaux lymphatiques? J'ai observé plusieurs cas de femmes en couches, qui, ayant échappé aux accidents primitifs du typhus puerpéral et ayant succombé à des accidents consécutifs un mois, six semaines, deux mois après l'accouchement, m'ont présenté aux angles supérieurs de l'utérus, le long de ses bords, c'est-à-dire dans les points qui sont le siége le plus habituel de la purulence lymphatique, de petits foyers du pus demi-caséeux semblable à de la matière tuberculeuse ramollie, petits foyers dont le siége était bien évidemment dans les ampoules des vaisseaux lymphatiques.

En résumé, il est démontré par un nombre considérable de faits que l'un des caractères anatomiques essentiels, le caractère exclusivement propre à la fièvre puerpérale, c'est la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses annexes, que cette purulence des vaisseaux lymphatiques coïncide presque toujours avec une péritonite purulente, et souvent aussi avec le phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Ainsi, péritonite purulente, phlegmon purulent, diffus, du tissu cellulaire sous-péritonéal; inflammation purulente avec circulation du pus dans les vaisseaux lymphatiques : voilà les caractères anatomiques principaux du typhus puerpéral aigu.

M. Cruveilhier examine ensuite rapidement les autres lésions de la fièvre puerpérale, telles que la phlébite utérine, la pleurésie puerpérale, la gangrène de l'utérus; puis il continue en ces termes :

En présence de phlegmasies aussi considérables dont la tendance à la purulence constitue le principal caractère, en présence de lésions anatomiques aussi constantes dans leur existence que dans leurs formes et dans leur siége, la question de savoir si la fièvre puerpérale est une fièvre primitive ou essentielle, ou bien une fièvre symptomatique, ne semble-t-elle pas jugée d'une manière péremptoire en faveur de la fièvre symptomatique? N'est-il pas établi par les faits que la phlegmasie puerpérale débute en même temps que la fièvre, que la douleur péritonitique précède souvent et accompagne toujours le mouvement fébrile; qu'au bout de quarante-huit heures et même de vingt-quatre heures, à dater de l'invasion, on trouve dans la cavité du péritoine et dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus les caractères les plus positifs de l'inflammation, d'où le nom de *péritonite puerpérale* qui a été substitué, avec l'assentiment général, à celui de fièvre puerpérale, et qui est encore maintenu par le plus grand nombre des médecins.

Comment donc se fait-il que des praticiens distingués soient revenus au vieux mot de fièvre puerpérale, comme pour protester et contre les localisations de la maladie et contre sa nature phlegmasique? Qu'est-ce donc décidément que la fièvre puerpérale? Est-ce une fièvre essentielle, est-ce une fièvre symptomatique d'une phlegmasie? Ce sont deux bien grands mots ou plutôt deux bien grandes choses dans la science, que les mots *inflammation* et *fièvre*, *phlegmasie* et *pyrexie*; deux grands faits pathologiques qui marchent presque toujours simultanément et entre lesquels la question de priorité ou de prééminence est très-souvent bien difficile à décider; la fièvre, expression de l'état général de l'économie; la phlegmasie, expression de l'état local; la fièvre dominant les phlegmasies locales dans certains états pathologiques, les phlegmasies locales dominant la fièvre dans d'autres états pathologiques.

Voici ce que je crois la vérité à cet égard.

La fièvre puerpérale est à la fois une fièvre et une phlegmasie :

La fièvre et la phlegmasie sont la conséquence d'une cause commune, l'infection miasmatique. La gravité de la maladie se mesure autant par l'intensité de la fièvre que par celle de la phlegmasie; et sur cette question, il me paraît y avoir entre les essentialistes et les localisateurs plus de malentendu qu'on ne le croirait au premier abord.

« Dans toutes les maladies avec réaction générale ou fièvre, il y a deux ordres de phénomènes, deux ordres de diagnostic, deux ordres d'indications, deux ordres de thérapeutique.

1° Le diagnostic et la thérapeutique de l'état local; c'est l'anatomie pathologique qui l'établit;

2° Le diagnostic et la thérapeutique de l'état général; c'est l'observation clinique, c'est l'étude des phénomènes morbides au point de vue du vitalisme qui en est la base. Or, il est des maladies dans lesquelles l'état local, et par conséquent le diagnostic et la thérapeutique de l'état local, sont tout ou presque tout; les lésions organiques proprement dites. Il est d'autres maladies dans lesquelles l'état général, et par conséquent son diagnostic et sa thérapeutique, sont tout ou presque tout, et l'état local n'est qu'accessoire.

Or, je ne vois aucun inconvénient à appeler du nom générique de *fièvre* toutes les maladies locales accompagnées de réaction fébrile. Ainsi, j'appellerais volontiers *fièvre érysipélateuse*, l'érysipèle avec fièvre; *fièvre pleurétique*, *fièvre pneumonique*, *fièvre péritonique*, les pleurésies, les pneumonies, les péritonites accompagnées de fièvre, au même titre qu'on a désigné sous le nom de *fièvre traumatique* la fièvre qui accompagne les grandes opérations, de fièvre puerpérale la fièvre qui suit l'accouchement, etc. » (*Anat. pathol. générale.*)

Continuons donc à donner le nom de fièvre puerpérale à la fièvre des nouvelles accouchées, mais gardons-nous bien de négliger les phlegmasies locales, qui mesurent en général par leur gravité la gravité de la maladie, et qui sont la source des principales indications thérapeutiques.

J'arrive à la dernière question posée par M. Guérard. Quelle est la nature de la fièvre puerpérale? Or, par nature d'une maladie, on doit entendre non l'existence de cette maladie, mais les rapports qui existent entre une maladie qu'on veut déterminer, et une maladie connue, sur laquelle tout le monde s'entend.

Ainsi la nature d'une maladie est inflammatoire lorsque cette maladie présente les caractères essentiels de l'inflammation; elle est cancéreuse lorsqu'elle présente les caractères essentiels du cancer, etc.

Or, ainsi considérée, la nature de la fièvre puerpérale me paraît d'une détermination facile; c'est une fièvre traumatique, la fièvre traumatique des femmes nouvellement accouchées, et j'ai été heureux d'apprendre dans la dernière séance, par la communication de M. P. Dubois, que telle était aussi la manière de voir de M. le docteur Simpson (d'Edimbourg).

On peut en effet comparer la femme qui vient d'accoucher à un individu qui vient de subir une grave opération chirurgicale. La femme en couches, comme l'opéré, est épuisée de fatigue, de douleurs, d'émotions de toute espèce. Le calme ou plutôt l'affaissement qui succède à l'opération laborieuse de l'accouchement, est la fidèle image de l'affaissement qui suit une grande blessure, une grave opération chirurgicale.

Nous pouvons comparer la surface interne de l'utérus à une vaste solution de continuité. Si l'on examine la surface interne de l'utérus immédiatement après l'accouchement, on verra sur les cotylédons utérins d'énormes orifices veineux béants, qui représentent les orifices veineux des membres amputés. La membrane muqueuse utérine n'existe plus, on n'en trouve que des débris sur la surface interne du col utérin, et quelquefois autour de l'orifice des trompes. Partout ailleurs le tissu propre de l'utérus est à nu, et par conséquent il doit être recouvert d'une cicatrice.

Les sécrétions d'une fausse membrane à l'aide de laquelle s'opère la cicatrisation immédiate de l'utérus constituent en effet le premier phénomène que présente la surface interne de l'utérus dans les conditions les plus favorables.

Si l'on songe combien d'accidents peuvent venir traverser ce travail de réparation, on concevra la fréquence et la gravité des phénomènes morbides qui peuvent se développer et leur parfaite ressemblance avec les phénomènes pathologiques qu'on observe à la suite des grands traumatismes.

Or les épidémies de typhus puerpéral, dont j'ai été témoin à la Maternité en 1830, 1831 et 1832, étaient la fidèle image des épidémies de typhus traumatique que j'avais observées à l'Hôtel-Dieu en 1813 et 1814, à la suite de l'invasion. A cette époque, tous les amputés périssaient ou rapidement dans un état typhoïde ou plus lentement par la pourriture d'hôpital.

Poursuivons ce parallèle entre les accidents puerpéraux et les accidents traumatiques.

La femme récemment accouchée meurt d'hémorrhagie primitive comme le blessé; elle peut également mourir d'hémorrhagie consécutive. Elle peut mourir dans la stupeur par l'épuisement suite d'un long travail, comme le blessé à la suite d'une très-grande mutilation, ou l'opéré à la suite d'une trop longue opération chirurgicale.

Les blessés ont leurs convulsions éclampsiques comme les femmes en couches.

La femme en couches meurt d'inflammation comme le blessé. Elle meurt d'une péritonite qui n'est pas moins grave que la péritonite qui suit une blessure de l'abdomen ou une opération chirurgicale pratiquée sur cette partie du corps.

La femme en couches meurt de gangrène de l'utérus comme le blessé meurt de pourriture d'hôpital.

Aussi souvent que le blessé, elle meurt de ces érysipèles envahissants dits erratiques qui parcourent successivement toutes les régions du corps et se reproduisent même quelquefois sur les parties déjà envahies.

La femme en couches, comme l'opéré, meurt de phlébite suppurée et d'infection purulente.

Enfin la femme en couches meurt de lymphangite purulente, lésion aussi fréquente dans le typhus puerpéral qu'elle est rare dans les lésions traumatiques ordinaires.

J'arrive aux conclusions :

1° La fièvre puerpérale est essentiellement une fièvre traumatique, la fièvre traumatique de l'état puerpéral, qui expose les femmes en couches à des dangers analogues à ceux de la fièvre traumatique, des plaies et des opérations chirurgicales.

2° Les conditions particulières dans lesquelles se trouvent l'utérus et l'économie tout entière chez la femme qui vient d'accoucher, expliquent ce qu'il y a de spécial et de grave dans les accidents qui suivent la parturition et constituent un état particulier qu'on a désigné sous le nom d'état puerpéral, de diathèse puerpérale, et qu'on pourrait appeler *traumatisme puerpéral.*

3° La fièvre puerpérale épidémique et contagieuse des maisons d'accouchement reconnaît pour cause principale l'encombrement et par conséquent une contagion miasmatique. Elle mérite donc le nom de *typhus puerpéral.*

4° Les caractères anatomiques essentiels du typhus puerpéral sont la péritonite et la sous-péritonite purulente, et la lymphangite purulente qui paraît avoir été confondue dans beaucoup de cas avec la phlébite. La phlébite utérine purulente des femmes en couches est incomparablement plus rare que la lymphangite purulente.

5° Il est infiniment probable que l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques est une cause de l'intoxication du sang dans le typhus puerpéral; mais cette intoxication ne se manifeste pas ordinairement par des abcès viscéraux, comme il arrive dans la phlébite purulente.

6° La possibilité de l'infection purulente du sang par la lymphan-

gite est une donnée nouvelle introduite dans la science par l'étude des lésions anatomiques du typhus puerpéral. La question de savoir si les ganglions lymphatiques sont ou non une barrière invincible pour l'infection purulente par lymphangite n'est pas décidée d'une manière positive.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'émettre un vœu qui trouvera, j'en suis sûr, de l'écho chez tous les membres de l'Académie et dans le corps médical tout entier; ce vœu, c'est que la discussion actuelle ne reste pas stérile : si quelques dissidences restent encore parmi nous sur l'interprétation dogmatique de quelques-uns des éléments morbides dont se compose la fièvre puerpérale, il ne peut pas en exister sur le fait fondamental du caractère éminemment contagieux et miasmatique de la fièvre puerpérale dans les maisons d'accouchements.

Qu'on n'espère pas de diminution dans le chiffre de la mortalité de ces maisons, si les choses se maintiennent dans l'état où elles sont en ce moment. L'administration des hôpitaux de Paris est prête à tout faire pour l'amélioration des hospices d'accouchement; elle n'a été sourde à aucune réclamation et n'a reculé devant aucun sacrifice, et, pour ma part, je suis heureux de lui en témoigner ici toute ma reconnaissance. Je le dis avec toute la conviction de la vérité, il n'y a qu'un seul parti à prendre pour prévenir le retour périodique de ces épidémies meurtrières; c'est la suppression des grands hospices d'accouchement, c'est leur remplacement par des secours à domicile auxquels on pourrait ajouter un certain nombre de petits hospices situés hors de Paris, pouvant admettre 12, 15, 20 femmes en couches, dans lesquels chaque accouchée pourrait avoir une chambre particulière.

Je propose donc à l'Académie de soumettre cette grave question à la section d'hygiène, à laquelle seront adjoints ceux de mes collègues qui ont fait une étude particulière des maladies des femmes en couches. Le rapport de cette commission sera soumis à l'Académie, et adressé après discussion à l'autorité compétente, qui, j'en ai la conviction intime, fera droit à une réclamation aussi légitime appuyée par l'Académie tout entière.

M. LE PRÉSIDENT pense qu'il y a lieu de renvoyer la proposition de M. Cruveilhier au conseil, qui soumettra à son tour à l'Académie la décision qu'il aura cru devoir prendre à cet égard.

La parole est à M. Danyau.

M. DANYAU. Les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion s'étant à peu près tous prononcés pour l'essentialité de la fièvre puerpérale et ayant donné à cette opinion tous les développements qu'elle comporte, il ne reste plus guère aux membres de cette Académie qui la partagent qu'à faire une profession de foi. La mienne peut se résumer en ces mots : La fièvre puerpérale est une maladie d'origine miasmatique dont le miasme générateur pénètre dans le sang, l'empoisonne et le rend apte à la production le plus souvent très-rapide de localisations inflammatoires très-variées surtout dans les organes dont la vitalité a été exaltée par la grossesse et l'accouchement. Si je n'étais revenu déjà à peu près converti à cette opinion d'un long voyage fait en 1829 et en 1830 en Angleterre, dans lequel il m'a été permis de connaître les idées alors si différentes des nôtres de plusieurs éminents accoucheurs de ce pays, ma conviction n'aurait pas manqué de s'établir dans les premières années de mon entrée à la Maternité.

Six mois d'internat passés dans cette maison (en 1829), pendant lesquels j'avais recueilli le détail de cent cinquante-six autopsies et un grand nombre d'observations qui ont fourni plus de la moitié des résultats de la statistique si souvent citée de M. Tonnelé, m'avaient déjà familiarisé avec les formes les plus graves de la fièvre puerpérale, et depuis dix-huit ans que je suis attaché à ce grand établissement, j'ai été très-souvent témoin des désastres qu'elle causait, des caractères qu'elle présentait suivant les épidémies et des altérations qu'elle avait laissées sur les cadavres des femmes qui en avaient été victimes. Aussi, l'opinion que je viens d'exprimer est-elle déjà fort ancienne.

Il ne sera pas peut-être hors de propos de faire remarquer, en ce qui concerne la forme épidémique qu'affecte si souvent la maladie à son plus haut degré de gravité, l'extension prise par quelques épidémies de fièvre puerpérale, qui non-seulement envahissent les établissements spéciaux, mais encore sévissent sur des villes d'une grande étendue, des contrées entières, voire même sur plusieurs parties à la fois d'un même continent. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit en 1819 la fièvre puerpérale régner à la fois à Vienne, Prague, Dresde, Wurtzbourg, Bamberg, Ausbach, dans plusieurs villes d'Italie, à Lyon, à Paris, Dublin, Glascow, Stirling, Stockholm, Pétersbourg. Il est assez curieux également de voir quelques-unes de ces épidémies s'étendre aux femelles mêmes des animaux domestiques, aux chiennes, par exemple, dans l'épidémie observée à Londres en 1787 et 1788, et dans celle de 1821 à Edinbourg, ainsi qu'aux vaches qui vêlèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Ecosse.

S'il est des épidémies dont l'invasion peut être prévue à certains signes sur lesquels M. Dubois a tant et si souvent appelé l'attention dans ses leçons, il en est aussi dont l'irruption est soudaine, par lesquelles l'état sanitaire d'un hôpital se trouve tout à coup transformé soit pour un temps très-court, soit pour une période plus ou moins longue, et qui cessent aussi quelquefois tout à coup. De cette apparition si subite comme de cette brusque disparition, les causes restent ignorées. La Maternité de Paris n'a pas toujours joui de la faculté de restreindre ses entrées, de disséminer dans divers hôpitaux désignés les femmes enceintes déjà admises, à plus forte raison de fermer complétement ses portes afin de se garder d'un désastre. Il lui fallait autrefois affronter le mal et le subir sans partage.

Que voyait-on dans ce cas? Sans que rien fût changé au régime intérieur de la maison, sans variation sensible dans le chiffre des accouchements, les soins donnés restant les mêmes, l'épidémie paraissait, parcourait ses périodes et s'éteignait suivant l'action différente d'une condition évidemment générale, indépendante des conditions locales, ou du moins les dominant toutes à mesure que l'air se pénétrait, se chargeait de plus en plus ou se dégageait du principe délétère de l'agent toxique insaisissable, inconnu dans sa nature, mais trop reconnaissable dans ses effets, qui engendrent la fièvre puerpérale.

Qui pousse en certains lieux ce visiteur funeste? Quelle circonstance heureuse le chasse de ceux qu'il a désolés, quand chaque jour il pourrait encore faire de nouvelles victimes, au moins dans les services qu'on n'évacue pas, dans des localités dont la population ne diminue pas? Questions que je ne pose pas sans doute pour les résoudre, mais pour rappeler qu'elles se présentent à propos de beaucoup d'autres maladies épidémiques dont l'essentialité n'est pas contestée.

Que la fièvre puerpérale puisse tuer avant d'avoir produit aucune localisation inflammatoire, le fait est désormais hors de doute, et les exemples, pour être rares, n'en sont pas moins avérés. La rareté de ces cas n'ébranle pas mon opinion, les états locaux étant toujours, suivant moi, dans la fièvre puerpérale bien caractérisée, les effets secondaires, le résultat de l'intoxication primitive du sang.

M. Danyau, après avoir rapporté quelques exemples à l'appui de ce qui précède, continue en ces termes :

Si quelque chose peut surprendre les hommes qui n'ont point étudié la fièvre puerpérale dans les hôpitaux des femmes en couches, particulièrement dans les temps d'épidémie, c'est l'invasion si prompte de cette affreuse maladie après l'accouchement, pendant le travail même et quelquefois plus tôt encore. Ces cas qui excluent certaines théories de la fièvre puerpérale, ne sont pas exclusivement propres aux hôpitaux. Il y a quelques années, j'en ai vu un en ville.

Ne croirait-on pas, d'après ces faits, que le séjour des femmes dans une Maternité souvent visitée par la fièvre puerpérale et l'absorption des miasmes qu'elles respirent, doivent avoir pour elles des conséquences constamment ou habituellement funestes. Ce qui est bien certain, c'est que parmi les femmes admises plusieurs jours ou quelques semaines avant le terme de leur grossesse, il en est qui s'acclimatent, et que si une épidémie vient à éclater, c'est sur les femmes entrées depuis très-peu de temps ou reçues en travail que la maladie sévit avec le plus d'intensité. J'avoue que l'explication de ce fait m'échappe.

Que des femmes placées dans un foyer d'infection et prédisposées soient atteintes, et qu'ainsi le nombre des malades se multiplie, c'est ce qui n'a pas besoin d'être démontré; je ne pense pas non plus qu'il soit nécessaire de prouver que la puissance du foyer va croissant à mesure que le nombre des malades augmente.

Il est beaucoup plus difficile de savoir si la fièvre puerpérale peut être directement transmise d'une malade à une autre dans le foyer même d'infection, car il est toujours très-difficile, sinon impossible, de savoir si c'est aux émanations directes du corps de voisines malades ou à l'agent toxique inconnu dont l'atmosphère est chargée, qu'on devra attribuer l'apparition des cas nouveaux. Mais le point délicat, essentiel, sur lequel il importe d'insister, c'est celui qui est relatif à la transmission de la maladie loin du foyer, à une femme en travail ou accouchée, par une personne, accoucheur, sage-femme ou garde, chargée de lui donner des soins.

M. Danyau cite ici des faits nombreux. Dans tous ces faits, ajoute-t-il, il y a une distinction à faire. Dans beaucoup de cas, l'accoucheur venait de pratiquer une autopsie; ses mains et ses vêtements étaient encore imprégnés d'émanations putrides, si même il ne portait aux doigts, dans quelque repli épidermique, quelque matière délétère. Ainsi, une femme peut être rendue malade par l'accoucheur qui l'a assistée immédiatement après une autopsie pratiquée par lui. Cependant, sur ce point, les faits sont tels qu'il ne faudrait pas encore trop se hâter de conclure.

Les observations de M. Semelweis citées par MM. Depaul et Guérard ne permettent de conclure autre chose si ce n'est que la cause signalée par ce médecin n'est pas à beaucoup près la seule ni même la principale des causes qui peuvent donner lieu à la fièvre puerpérale. Les précautions prescrites (relativement aux autopsies) ne sont donc pas les seules auxquelles un accoucheur doive s'astreindre. Il est encore pour lui de devoir absolu, dès qu'une fièvre puerpérale se montre dans sa clientèle, de redoubler de soin sur sa personne, de changer souvent de vêtements, de faire aérer ou de soumettre à l'action d'une haute température ceux qu'il vient de quitter, d'employer largement les désinfectants, dans le cas surtout où les doigts auraient été en contact avec des sécrétions morbides, de ne pas trop multiplier ses visites, et pour que rien ne manque pourtant à la malade, de placer à demeure auprès d'elle un élève instruit qui le supplée, etc.

M. Danyau passant ensuite à la question de thérapeutique, examine particulièrement les faits invoqués en faveur de l'emploi du sulfate de quinine, soit comme moyen curatif, soit comme prophylactique. Le sulfate de quinine comme moyen curatif n'a pas tenu, suivant lui, les promesses de M. Beau. La thérapeutique préventive a-t-elle été plus heureuse? Le sulfate de quinine, associé au sous-carbonate de fer qui, administrés tous les jours avant et après l'accouchement, auraient fait merveille dans les salles de M. Piedagnel à l'Hôtel-Dieu, n'a pas eu plus de succès à la Maternité que le traitement curatif.

Du 19 novembre 1856 au 17 janvier 1857, dit M. Danyau, 487 femmes ont accouché à la Maternité. Sur ce nombre, 300 femmes ont été soumises à l'usage du fer et du sulfate de quinine à titre préventif. Il y a sur ce nombre 1 entrée à l'infirmerie sur 4,54 en tenant compte de tous les cas, ou 1 sur 12,5 si l'on ne fait entrer dans ce rapport que les cas graves; enfin 1 décès sur 60 accouchées.

D'un autre côté, chez les femmes non traitées (au nombre de 187), il y a eu 1 entrée à l'infirmerie sur 5,5, et, en ne tenant compte que des cas graves, 1 sur 8,1; enfin, la proportion des décès fut de 1 sur 37.

Il y a peut-être, ajoute M. Danyau, deux conclusions à tirer de cette statistique; mais avant tout, il y a une remarque à faire, c'est que ces essais ont été faits à une époque où l'état sanitaire de la Maternité s'était amélioré et tendait à s'améliorer encore, tandis que M. Piedagnel avait expérimenté au milieu même de l'épidémie de l'Hôtel-Dieu.

D'un autre côté nous sommes obligé de conclure de nos essais que la proportion des cas graves et des décès est moindre chez les femmes traitées que chez celles qui ne l'ont point été; mais d'un autre côté, nous ne pouvons pas nous empêcher de mettre en doute l'efficacité réelle d'un traitement préservatif qui laisse accessibles aux maladies puerpérales graves 8 femmes sur 100, et après lequel on compte encore 5 décès sur 300 accouchées, dans un hôpital qui n'était point, à l'époque de l'expérience, en proie à une épidémie.

C'est de plus radicales mesures qu'il faut attendre une préservation réelle de la fièvre puerpérale. La suppression des hôpitaux d'accouchements et la création de services spéciaux dans les hôpitaux ordinaires, tel serait, suivant M. Depaul, l'unique moyen d'arrêter le fléau. Ici M. Danyau examine les conséquences probables des moyens proposés, et entre autres des secours à domicile, et il combat cette proposition.

Loin de songer, dit-il, à supprimer les hôpitaux d'accouchements, nous sommes d'avis qu'on doit au contraire s'occuper sérieusement d'en augmenter le nombre, seul moyen de faire disparaître de trop grandes agglomérations, de rendre les invasions de la fièvre puerpérale plus rares et les épidémies moins graves, tout en multipliant les foyers d'instruction.

J'ai rapporté de mon séjour en Angleterre et en Ecosse cette conviction, que les petits hôpitaux sont préférables aux grands; que les petits même ne peuvent se maintenir dans un état sanitaire satisfaisant qu'à la condition de n'être jamais pleins; qu'une mesure excellente, qui n'est pourtant pas encore un préservatif certain, consiste à n'occuper les salles qu'à tour de rôle et à en laisser toujours une ou plusieurs vides, et soumises après l'enlèvement de la literie, chaque fois renouvelée, soit à une aération simple mais prolongée, et à un nettoyage minutieux, soit à des fumigations désinfectantes suivies du blanchiment des murs à la chaux; enfin, que contre une épidémie qui éclate, la suspension immédiate des entrées et l'évacuation aussi prompte que possible des salles est une mesure indispensable et urgente.

Paris devrait donc posséder dans des positions bien choisies, pas trop près les unes des autres et aussi loin que possible des hôpitaux ordinaires, de petites Maternités en nombre assez considérable pour suffire aux besoins de la population indigente, avec la moitié ou les deux tiers seulement des salles, qui, à tour de rôle, seraient toutes successivement occupées puis laissées vacantes pendant un certain temps.

Si l'une de ces maisons était menacée, les entrées seraient réduites à un plus petit nombre ou tout à fait suspendues, et les femmes dirigées sur une autre; au besoin même, l'évacuation complète devrait avoir lieu. Il serait enfin utile que de temps en temps, et chacune à son tour, ces maisons cessassent de recevoir des femmes et qu'on fît pour le petit hôpital tout entier ce qu'on aurait déjà fait à des intervalles plus ou moins rapprochés pour chacune de ses salles.

Je ne me dissimule pas ce qu'aurait d'onéreux l'adoption de ce nouveau système. Mais les demi-mesures seront toujours insuffisantes. Ainsi, quoi qu'on ait pu faire en 1856, les ravages de la maladie ont continué; elle avait pris domicile parmi nous, et suivait presque partout ses victimes. C'est à l'empêcher de se développer que tous les efforts doivent tendre. Dans le système actuel, ces efforts seront toujours impuissants. Or, si les ressources actuelles ne peuvent suffire, il faut, quels que doivent être les sacrifices, prendre son parti d'en créer de nouvelles; car, si on ne s'y décide, il n'y aura plus à choisir qu'entre le maintien de l'état actuel sur lequel l'expérience a prononcé, et la généralisation des secours à domicile, dont les inconvénients ne sont pas contestables et dont les avantages sont encore douteux.

— Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Gueury, chirurgien en chef de l'hôpital de Lunéville, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

—M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient de prendre l'arrêté suivant:

Art. 1er. Lorsqu'un professeur titulaire de Faculté est autorisé par le ministre de l'instruction publique à se faire suppléer, le professeur titulaire et le suppléant figurent l'un et l'autre sur les états de traitements, et subissent, proportionnellement à l'émolument que chacun d'eux reçoit, la retenue du vingtième pour la caisse des retraites.

Art. 2. Les programmes des cours, délibérés et arrêtés par l'assemblée des professeurs dans chaque Faculté, continuent d'être adressés annuellement au ministre, qui les approuve ou les modifie.

Les professeurs sont tenus de se renfermer dans les limites du programme de leur enseignement, dûment approuvé.

Une place particulière, dans la salle de chaque cours, est affectée au recteur ou à son délégué, spécialement chargé de la surveillance de l'enseignement supérieur.

Art. 3. Aucune thèse pour le doctorat ne peut être soutenue que lorsqu'elle a été imprimée.

Toute thèse imprimée doit être revêtue du visa du doyen ou du professeur chargé de présider la thèse, et du permis d'imprimer du recteur de l'Académie.

— M. Baillarger commencera son cours sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, dimanche 11 avril, à 9 heures du matin, et le continuera tous les dimanches à la même heure. — Les premières leçons seront consacrées à l'histoire de la paralysie générale.

— M. A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera la seconde partie de son cours de pathologie interne, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, le vendredi 9 avril, à trois heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants. — M. Becquerel terminera complétement, cette année, le cours de pathologie interne, et traitera spécialement des hémorrhagies, des flux, des produits accidentels et des névroses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la doctrine des Éléments morbides et de son application à la médecine pratique; par M. J. QUISSAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Deuxième édition, revue et considérablement augmentée. 2 vol. in-8° de 788 pages. Prix, 13 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr CRAMOISY. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 42. — SAMEDI 10 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 42. — SAMEDI 10 AVRIL 1858

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur l'épidémie d'angine couenneuse de l'Yonne.

M. le docteur Duché, en nous adressant une lettre de remerciments pour « l'empressement que nous avons mis à répondre à son cri de détresse au sujet du traitement des angines couenneuses », nous prie de lui servir d'intermédiaire auprès de M. Loiseau (de Montmartre), et de lui faire parvenir sa réponse sous le pli du journal. Nous souscrivons d'autant plus volontiers au désir de notre confrère, que sa lettre renferme de nouveaux détails intéressants sur la nature et le caractère de l'épidémie qu'il vient d'avoir à combattre, et sur quelques moyens prophylactiques qui, à défaut d'une thérapeutique efficace, lui ont paru dignes, par les bons effets qu'il en a obtenus, d'être signalés à l'attention de ses confrères. Voici cette lettre :

« Vous avez eu l'obligeance de me rappeler, par l'intermédiaire de la *Gazette des Hôpitaux*, la méthode qui vous est propre dans le traitement de l'angine couenneuse, et grâce à laquelle vous n'avez encore eu à déplorer que la perte *d'un* malade depuis vingt ans. Ce chiffre m'apporte de cuisants remords ou des doutes irrésistibles. Des remords, pour n'avoir pu toujours employer votre procédé dans son excessive rigueur; des doutes, parce qu'il ne m'est pas démontré que vous ayez eu à lutter contre des épidémies semblables à la mienne. Je m'explique :

» Dans ma communication du 27 mars dernier, j'ai sommairement indiqué les traits les plus saillants de la maladie, je n'y reviendrai pas aujourd'hui. Ce que je veux démontrer, c'est la nature particulière de l'affection que j'ai à combattre en ce moment, c'est la constitution médicale qui domine dans nos contrées.

» Depuis dix-huit mois, certaines communes de ma circonscription ont été décimées par la fièvre typhoïde. Celles qui avaient échappé aux ravages du choléra en 1854 ont surtout payé depuis ce temps un trop douloureux tribut à la mortalité par l'invasion de ces graves pyrexies. Il y a donc un levain de contagion qui plane constamment sur nous, et qui, à certaines heures, s'abat sur nos pauvres villages, y distribuant tantôt le choléra, tantôt la fièvre typhoïde et tantôt l'angine couenneuse. Ces trois affections se confondent maintenant dans l'esprit de nos populations sous le nom d'une même *peste* se cachant sous des métamorphoses différentes.

» L'angine couenneuse nous est venue la dernière; elle est nouvelle dans nos contrées, bien qu'elle soit déjà vieille en France et en Europe. Son mode de propagation est le même que celui du choléra, de la variole et de la fièvre typhoïde. C'est une maladie essentiellement infectieuse; sa spécialité est de se transmettre surtout à l'enfance et à la jeunesse. On a déjà beaucoup écrit sur ce sujet depuis quelques années, mais on y reviendra, car il y a urgence.

» Quant à sa puissance épidémique, elle varie à l'infini suivant les lieux et suivant les époques. Dans un certain groupe de malades, je n'ai eu aucun sinistre à regretter; dans un autre, j'ai perdu un cinquième; dans un autre enfin, plus de la moitié a succombé. Les soins cependant ont été proportionnés à l'intensité du mal. Un de nos confrères vient de perdre ses trois fils en huit jours, malgré le traitement le plus énergique et le mieux approprié.

» Il est impossible de ne pas voir quelque analogie entre la variole et l'angine couenneuse sous le rapport de leur évolution. Je ne veux pas établir ici un parallèle que tout le monde peut faire, mais je veux démontrer que les épidémies d'angines couenneuses sont modifiées de la même manière que celles de petite vérole. Ainsi, l'angine couenneuse peut être discrète ou confluente; elle peut être simple ou compliquée, elle peut s'associer à ce que Stoll appelait les *maladies populaires*.

» Or, êtes-vous bien sûr, mon très-honoré confrère, d'avoir guéri par votre méthode les angines *confluentes* et compliquées d'état typhoïde et de dissolution du sang? Croyez-vous que quelques pincées d'alun et de tannin, et quelques gouttes de leur solution introduite entre les lèvres de la glotte, soient assez puissantes pour conjurer l'empoisonnement qui cadavérise si promptement nos pauvres petits malades? Vainement vous les préserverez de l'invasion laryngienne, ils succomberont un peu plus tard à l'infection générale. Trop souvent d'ailleurs le larynx et les bronches sont tapissés de fausses membranes avant que l'arrière-bouche soit modifiée par les caustiques ou les insufflations. Plusieurs malades ont succombé dans les vingt-quatre heures, alors que les parents osaient à peine croire à la présence de la maladie. Chez quelques-uns, les amygdales et le pharynx offraient à peine quelques traces pseudo-membraneuses que déjà l'asphyxie se révélait avec toutes ses angoisses.

» Non, votre méthode ne pourrait triompher dans ce cas d'une gravité extrême. Qu'elle prenne rang dans la science et qu'elle serve de témoignage à l'habileté et à la constance d'un confrère que nous estimons tous; qu'elle subsiste comme un modèle bien institué de traitement local de l'angine couenneuse simple; mais dans la *diphthérite confluente* des muqueuses avec adynamie, il y a autre chose à faire. Un de nos honorables confrères du département du Nord, M. Bourgogne fils, de Condé, l'a bien compris. Dans une épidémie récente qu'il a eu à combattre, désolé de voir le traitement purement local échouer entre ses mains, il a eu, en rêvant à la nature de la maladie, une pensée bonne et féconde. Je lui laisse l'honneur et le plaisir d'exposer lui-même prochainement sa nouvelle thérapeutique.

» Quant à moi, mon très-honoré confrère, à bout d'expédients, je me suis imaginé qu'il serait bien plus simple de trouver un moyen qui préviendrait la contagion ou qui lutterait avec avantage contre le milieu infecté dans lequel nous vivons. L'hygiène a produit de bien gros livres, mais je ne vois pas que l'on ait jusqu'à ce jour beaucoup diminué le nombre et l'intensité de certaines épidémies. La variole est compensée par le choléra, les fièvres typhoïdes et les angines couenneuses. Je ne sais trop si, tout compte fait, nous ne sommes pas dupes. J'ai donc cherché quelque recette vulgaire qui fût acceptée par nos bons paysans. Je leur ai dit : Vos vignes ont failli périr sous l'étreinte de l'*oïdium*, qui est l'angine couenneuse de ces végétaux si précieux; le *soufre* les guérit et les préserve : il préservera vos enfants. Et je leur ai distribué d'enthousiasme le soufre sublimé mélangé avec la poudre de réglisse ou les pastilles soufrées qui sont très-bien vues par toute la jeune population. J'ai réglé les doses, qui ne devaient pas dépasser 50 centigrammes à un gramme par jour, et depuis quinze jours environ pas un seul de mes jeunes préservés n'a été pris de l'angine, malgré leur séjour au milieu de la contagion.

» Voilà ce que je puis dire aujourd'hui; si je me trompe, l'idée n'en mérite pas moins d'être fécondée; un autre fera mieux plus tard. Je suis de ceux qui croient à la possibilité de conjurer les épidémies. Nous avons d'assez nombreux exemples d'immunités dans certaines professions et certaines localités, pour qu'il y ait quelque chose à débrouiller dans ce chaos. »

Sur un épiphénomène mortel de l'angine couenneuse.

Les deux articles que nous avons publiés sur le traitement des angines couenneuses, à l'occasion de la communication de M. le docteur Duché, nous ont valu plusieurs nouvelles communications sur le même sujet. Nous ferons trêve pour aujourd'hui à celles qui concernent le traitement de cette affection, pour signaler à nos lecteurs un épiphénomène des plus importants de cette grave maladie, sur lequel M. Beau vient d'appeler notre attention. Voici ce que nous écrit à ce sujet notre savant confrère :

« J'ai à vous faire aussi une communication à l'occasion de l'article de M. Duché, non plus sur la thérapeutique de l'angine diphthéritique, mais uniquement sur un épiphénomène mortel de cette grave maladie.

» On sait que M. Bretonneau, qui a fait des travaux si appréciés sur l'angine diphthéritique, soutenait que cette affection n'était mortelle qu'en pénétrant, sous le nom de croup, dans les voies respiratoires, et en donnant lieu à des symptômes d'asphyxie ou de suffocation résultant de la présence des fausses membranes dans le larynx et la trachée.

» L'expérience clinique nous a montré que cette opinion de M. Bretonneau était trop exclusive, et M. Trousseau lui-même, qui a tant contribué à populariser dans l'École de Paris les idées de son illustre maître, a fait connaître des cas de pharyngite diphthéritique qui se sont terminés par la mort, sans que le larynx ait été envahi par les fausses membranes, c'est-à-dire sans qu'il y ait eu croup.

» On remarque que ces faits d'angine diphthéritique, sans affection des voies respiratoires, ont lieu particulièrement sur les adultes.

» La manière dont la mort survient dans les cas où les exsudations diphthéritiques affectent le larynx est parfaitement compréhensible. Mais quand le mal reste limité au pharynx, comment la mort arrive-t-elle? Et d'abord, quels sont les symptômes mortels observés dans cette circonstance?

» M. Duché ne manque pas dans son article de nous montrer un genre de mort différent, suivant que le larynx est ou n'est pas affecté. Ainsi il nous apprend que l'invasion du larynx est annoncée par tous les signes du croup, et que l'asphyxie termine promptement cette scène d'angoisse. Quand, au contraire, le larynx est préservé, il y a un calme apparent qui tromperait des gens peu exercés; mais bientôt survient un anéantissement complet, avec pouls insensible, et la mort arrive dans une syncope.

» Ces derniers symptômes ont été notés par d'autres observateurs comme terminant l'angine diphthéritique dans les cas où elle n'est pas compliquée de croup. On les rapporte vaguement à une sorte d'intoxication générale due à la matière diphthéritique.

» Ne serait-il pas possible d'assigner une cause et un centre plus précis à ces phénomènes mortels! Voici des faits qui pourront, je crois, éclaircir cette question :

» Dans l'hiver de 1855, un élève du service de médecine des Enfants-Trouvés, qui avait été élève de l'hôpital Cochin l'année précédente, contracta une angine diphthéritique en soignant des enfants affectés de croup. Les fausses membranes, qui étaient dures, comme lardacées, et assez abondantes, étaient bornées au pharynx. Il y avait dysphagie, adénite sous-maxillaire, soif médiocre, anorexie complète, fièvre très-légère et faiblesse générale médiocre. Le traitement, qui était dirigé par mon collègue M. Baron, chef de service du malade, consista dans l'usage interne de l'eau de Vichy; on enleva, autant qu'on put, les fausses membranes à l'aide d'une pince, et l'on cautérisa vivement et plusieurs fois le pharynx à l'aide d'une solution de nitrate d'argent. Au bout de huit jours environ, un mieux visible se déclara dans l'état local; il n'y avait presque plus de fausses membranes au gosier, et la déglutition était devenue beaucoup plus facile. Le malade paraissait entrer en convalescence; et, quoiqu'il n'eût pas d'appétit, on lui ordonna du bouillon et même, je crois, du potage, dans le but de le tonifier et de réparer ses forces qui paraissaient épuisées. Au bout de deux jours de ce semblant de convalescence, on vint me chercher en toute hâte à deux heures du matin pour avoir du secours contre des symptômes formidables qui s'étaient montrés tout à coup depuis dix heures du soir. Je trouvai ce malheureux jeune homme présentant une altération profonde des traits et se plaignant avec l'accent du désespoir d'une sensation très-pénible d'anxiété dans la région précordiale. « J'ai là, me disait-il en me montrant son cœur, un embarras qui s'est formé tout à coup et qui m'étouffe. » Il y avait une dyspnée intense; les inspirations étaient de 50 ou 60 par minutes, et l'on voyait de temps en temps des tendances à la défaillance. L'auscultation faisait percevoir un murmure vésiculaire pur et *puéril* dans toute l'étendue de l'organe pulmonaire. Les bruits normaux du cœur étaient inégaux d'intensité et irréguliers sans mélange de souffle. La matité de la région cardiaque était normale par son étendue. Le pouls était petit, inégal, irrégulier. Les mains étaient un peu froides.

» On fit tout ce qu'on put pour combattre ces symptômes, mais inutilement. Ils augmentèrent progressivement d'intensité, et la mort survint à 7 heures du matin.

» On ne put pas faire l'autopsie pour s'éclairer sur la cause des accidents mortels que je viens de rapporter, mais ils sont assez évidents pour permettre d'affirmer que le malade a succombé avec les symptômes ordinaires d'une concrétion fibrineuse du cœur. Et l'on est d'autant plus disposé à accepter cette interprétation que dans l'angine diphthéritique le sang est éminemment disposé aux concrétions fibrineuses ou plastiques; c'est même cette disposition plastique que l'on cherche à combattre en traitant, comme l'a fait M. Baron, la maladie par l'usage intérieur de l'eau de Vichy.

» Voici un second fait dans lequel les choses se sont passées à peu près de même. Je ne l'ai pas observé moi-même, mais il m'a été rapporté dans ses principaux détails par une personne digne de foi.

» Une jeune femme fut prise spontanément de pharyngite diphthéritique, sans présenter dans aucun temps de sa maladie le moindre symptôme annonçant que le larynx fût envahi. Il y avait seulement de la dysphagie, de l'anorexie et de l'abattement avec un peu de fièvre. La maladie céda ou plutôt sembla céder aux différents moyens locaux mis en usage contre l'affection pharyngienne; les fausses membranes diminuèrent beaucoup, et la déglutition devint plus facile. La malade paraissait entrer en convalescence, lorsqu'au bout de huit jours, à partir du début, elle fut prise tout à coup, vers midi, de dyspnée et d'anxiété précordiale. La face devint profondément altérée, le pouls était petit, faible, avec refroidissement graduel des extrémités.

» La malade, qui se sentait frappée à mort et qui conservait toute son intelligence, fit ses adieux à sa famille et demanda un prêtre. Elle mourut à deux heures, par suite de l'aggravation des symptômes précédemment exposés. L'autopsie n'a pas été faite.

» Les phénomènes mortels remarqués dans le second fait sont si semblables à ceux du premier, qu'ils paraissent évidemment tenir à une cause identique, c'est-à-dire à une concrétion fibrineuse du cœur; seulement, la constatation nécroscopique, seule preuve irréfragable de cette lésion, manque complétement.

» Je ferai remarquer que la mort est plus longtemps à survenir dans l'angine diphthéritique sans croup que dans celle qui s'est étendue au larynx. Cela tient, je crois, à ce que la concrétion cardiaque, qui cause la mort dans le premier cas, ne peut se former que quand le sang, ayant perdu peu à peu, par suite de l'anorexie, de la diète ou des émissions sanguines, une proportion notable de globules, la fibrine devient assez prédominante pour rendre le sang coagulable.

» J'espère que la publication de ces deux faits engagera ceux de nos confrères qui auront l'occasion de faire des autopsies de morts de pharyngite diphthéritique, à rechercher si telle est bien la cause des symptômes dyspnéiques qui emportent les malades.

» On sait que ce genre de mort survient dans plusieurs maladies graves, et entre autres dans la péritonite puerpérale, ainsi que je l'ai annoncé dernièrement, quand j'ai pris la parole dans la discussion qui continue encore à l'Académie de médecine. »

Accidents du côté de la vessie déterminés par l'application de vésicatoires ou de pommade aux cantharides, et simulant une affection des organes urinaires.

Une jeune femme atteinte depuis plusieurs années d'un catarrhe bronchique, consultait dernièrement M. le professeur Trousseau. Cette maladie, tout en lui donnant des inquiétudes, la tourmentait cependant beaucoup moins que certains accidents survenus depuis un an du côté des organes urinaires. C'étaient des envies fréquentes d'uriner, accompagnées de douleurs à la région hypogastrique, d'épreintes, de cuissons au niveau du méat; l'émission des urines était difficile et peu abondante. Ces accidents n'étaient pas continus, mais ils se répétaient à des intervalles plus ou moins rapprochés durant quelques jours, cessaient pendant un certain temps pour reparaître encore. Cette femme avait cru à une affection calculeuse; mais l'exploration de la vessie, faite par un de nos lithotriteurs les plus habiles, ne fit découvrir aucune trace de calcul.

Ayant eu plusieurs fois occasion d'observer des accidents analogues à la suite d'une application de vésicatoire, ou chez des individus dont on entretenait les vésicatoires avec la pommade épispastique, M. Trousseau pensa que dans ce cas les symptômes accusés par la jeune femme pouvaient être dus aux mêmes causes. Il apprit, en effet, qu'elle portait depuis un an un vésicatoire au bras, et que ce vésicatoire était entretenu avec du papier d'Albespeyres, dont le principe actif est constitué par l'huile éthérée de cantharides. Le pansement fut modifié, et bientôt les accidents cessèrent complétement.

Dans un mémoire sur la cystite cantharidienne, publié en 1856, M. le docteur Morel-Lavallée avait appelé l'attention sur des faits semblables. De son côté, M. Blondeau, à qui nous devons la communication de cette note, en a également observé plusieurs à l'hôpital des Enfants pendant son internat dans le service de M. Paul Guersant. Ces faits sont d'ailleurs assez communs, mais souvent ils passent inaperçus, alors surtout que la cause des accidents étant permanente, ses effets se répètent à d'assez longs intervalles, comme dans le cas emprunté à la pratique de M. Trousseau.

C'est avec raison que dans le mémoire cité, M. Morel-Lavallée insiste sur l'inconstance du phénomène, sur son intermittence sans pouvoir l'expliquer autrement que par la différence de susceptibilité individuelle, par la différence dans la susceptibilité de la muqueuse vésicale, par la différence dans la puissance de l'absorption cutanée. « La première hypothèse, dit-il, aussi spécieuse que commode, s'appuie sur l'analogie; » et il cite le mercure, dont les effets sur la muqueuse buccale sont aussi variables, aussi inconstants que ceux de la cantharide sur la muqueuse vésicale. L'inflammation de la muqueuse de la bouche semblait s'expliquer par une certaine prédisposition temporaire ou permanente, suivant les sujets.

Quoi qu'il en soit de l'explication théorique, le fait pratique n'en reste pas moins avec tout son intérêt, et l'observation de M. Trousseau méritait, à ce titre, d'être rapportée.

Fistule profonde de la fesse gauche. — Insuccès des injections iodées. — Cautérisation avec le caustique Filhos et le chlorure de zinc suivie d'une dernière injection iodée. Guérison.

L'extension qu'on tend de plus en plus à donner à la méthode des injections iodées, la valeur réelle de cette méthode, l'importance qu'elle a acquise dans la pratique, et jusqu'aux abus même qu'on a pu en faire, tout impose le devoir aux praticiens qui ont été à même d'observer des faits concluants pour ou contre l'utilité des injections iodées dans un cas déterminé, de faire connaître les résultats de leurs observations et de leur expérience à cet égard. C'est à ce titre que nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs le cas suivant, que nous avons observé nous-même, et qui montre qu'il est des limites à l'action modificatrice de l'iode contre lesquelles on se butterait en vain, quelque énergie et quelque persistance que l'on y apportât.

Voici ce fait :

M. F..., âgé de soixante-trois ans, d'une forte constitution, et ayant toujours joui d'une bonne santé, fit en 1854 une chute sur le bassin; le gonflement qui en résulta se dissipa à la suite d'une application de sangsues, de cataplasmes et du repos.

Le 16 mars 1855, en allant à la garde-robe, M. F... ressentit des élancements dans la fesse gauche, sur laquelle le poids du corps avait principalement porté lors de sa chute. Un vaste abcès se forma dans ce point; deux larges incisions pratiquées sur la tumeur donnèrent issue à une grande quantité de pus. Les plaies résultant de ce vaste phlegmon se cicatrisèrent, et le malade se crut guéri. Quelque temps après, une nouvelle collection purulente se forma, et la tumeur s'ouvrit non loin de l'anus. Nouvelle cicatrisation de la plaie; rechute deux mois après, nouvel écoulement de matières purulentes, qui cette fois ne discontinua pas. Le 6 août 1855, M. F... alla consulter M. le docteur A. Amussat, qui constata l'existence d'une fistule de six centimètres de profondeur, s'ouvrant au tiers inférieur de la fesse gauche et se dirigeant du côté de la tubérosité ischiatique, et un second trajet fistuleux se dirigeant vers le rectum, qui venait s'ouvrir dans le premier à peu de distance de l'orifice externe. Le malade ne s'était jamais aperçu du passage de gaz ou de matières fécales, et le stylet introduit dans le second trajet ne pénétrait pas dans l'intestin. Autour des trajets fistuleux il existait un empâtement dur et assez volumineux.

Le 11 août, en notre présence, notre confrère, après avoir introduit dans le plus long trajet fistuleux une sonde très-fine en gomme élastique, fit une injection de teinture d'iode pure. Cette injection fut retenue pendant dix minutes environ, en comprimant l'orifice externe. A la suite de l'opération il y eut du gonflement, puis une suppuration plus abondante qu'à l'ordinaire. Quelques jours après l'opération, lorsque la suppuration fut modérée, on appliqua un bandage compressif sur la fesse, dans le but de rapprocher les parois des trajets fistuleux et de faciliter la cicatrisation.

Le 20 septembre, l'écoulement continue; l'exploration nous fait constater de nouveau que les trajets fistuleux sont durs et calleux.

Le 8, une seconde injection iodée est faite de la même manière que la première, sans autre résultat. Cinq autres injections iodées suivies des mêmes soins, faites à une dizaine de jours d'intervalle environ les unes des autres, n'ayant pas amené la cicatrisation des trajets fistuleux, nous pensâmes que les tissus étaient trop indurés, trop empâtés pour pouvoir être modifiés par la teinture d'iode pure, et qu'il fallait avoir recours à un agent plus puissant.

M. A. Amussat s'étant rendu à notre avis, proposa de recourir à l'emploi des caustiques, ce qui fut accepté.

En conséquence, le 28 novembre 1855, notre confrère introduisit dans les trajets fistuleux un bâton de caustique Filhos, avec lequel il cautérisa les parois; puis, à la place du premier caustique, il introduisit un bâton de chlorure de chaux solidifié par le caoutchouc, et cautérisa de nouveau les tissus déjà attaqués par le caustique Filhos. Deux heures après cette opération, M. F. prit un bain de siége d'une heure. Chaque jour il prit deux bains de siége semblables, et dès que les eschares furent détachées, on fit plusieurs fois par jour des injections avec l'eau de noyer.

Deux cautérisations semblables furent faites le 7 et le 26 décembre suivant.

Le 15 janvier 1856, nous pûmes constater que l'empâtement dur signalé plus haut avait presque complétement disparu; il n'existait plus que le trajet fistuleux principal, rétréci au point d'admettre seulement la petite sonde employée pour les injections.

Le 27, une nouvelle et dernière injection de teinture d'iode pure fut pratiquée.

Le lendemain, il ne s'écoulait plus aucune matière; l'orifice de la fistule était sec, comme crispé, et rétracté vers la partie profonde du trajet; il était recouvert d'une petite croûte roussâtre. On se borna à l'application d'un bandage légèrement compressif. La petite croûte placée à l'orifice fut plus d'un mois à se détacher; depuis le jour de l'injection iodée, il ne sortit plus une seule goutte de pus, le malade était complétement guéri.

Nous l'avons examiné avec notre confrère au mois de mai suivant; on ne sentait plus aucune dureté dans la direction de l'ancien trajet fistuleux.

Depuis lors, M. Amussat a eu plusieurs fois occasion de revoir M. F..., et il a pu constater que la guérison ne s'était pas démentie; la fesse gauche est aussi souple que celle du côté opposé, et ne s'en distingue que par la petite cicatrice de l'orifice fistuleux.

PHLEGMON DIFFUS DU BRAS GAUCHE.

Gangrène de l'avant-bras. Amputation. Guérison;

Par M. H. BLANC (de Sedan), ancien interne des hôpitaux, etc.

Le 1er février 1858, je fus appelé à Donchery (Ardennes), auprès de la nommée M..., que je trouvai dans l'état suivant : le bras gauche est le siége d'un gonflement considérable, la peau d'un rouge marbré depuis le tiers supérieur de l'avant-bras jusqu'à l'acromion; le membre chaud et œdématié, surtout vers l'avant-bras, tandis qu'à sa partie supérieure il offre la rénitence toute particulière du phlegmon diffus; les ganglions sous-axillaires sont tuméfiés et douloureux; la peau est amincie dans une partie de la face interne du bras, et on y voit quelques petites plaques grisâtres; l'avant-bras, jusqu'à quatre travers de doigt de l'articulation du coude, est noir, froid et insensible; pouls petit, dépressible; langue rouge; soif vive; regard animé.

Cette femme est enceinte de quatre mois; elle est âgée de trente-quatre ans et déjà mère de six enfants. Elle raconte qu'elle vit, il y a sept jours, un peu de rougeur sur le dos de la main, mais ne sait à quelle cause l'attribuer; elle s'en inquiéta peu et alla ce jour-là laver à la rivière, malgré un froid rigoureux. Le lendemain, la rougeur était plus intense; il était survenu, en outre, du gonflement, de la douleur et de la fièvre. Elle consulta alors mon honorable confrère le docteur Jeanjot, médecin distingué de Donchery, qui prescrivit une application de sangsues, des cataplasmes émollients, la diète et des boissons rafraîchissantes.

Au lieu de suivre ces sages conseils, cette malheureuse se livra aux commères de l'endroit, qui appliquèrent sur le phlegmon je ne sais quelles feuilles trempées dans de l'eau bénite. Le lendemain, mon confrère s'aperçut que ses prescriptions n'avaient pas été exécutées, et après avoir prévenu la malade des dangers qu'elle courait en suivant de semblables errements, il se retira.

En face de la marche rapide et de la terminaison gangréneuse de ce phlegmon diffus, je jugeai, comme seule ressource actuelle, les incisions profondes et longues dirigées dans les espaces intermusculaires; j'en pratiquai immédiatement douze, le plus grand nombre en dedans et au-dessous du bras. Les incisions supérieures donnèrent issue à de la sérosité sanguinolente; le derme était comme infiltré et laissait difficilement échapper la sérosité; les incisions inférieures donnèrent issue à du pus mal lié et à des flocons de tissu cellulaire macéré. Je fis également quelques incisions dans l'avant-bras pour m'assurer jusqu'à quel point s'étendait la mortification; je pus ainsi traverser le membre presque de part en part sans qu'il s'écoulât rien autre chose qu'un peu de sérosité roussâtre. Je recherchai les battements de l'humérale; ils étaient très-sensibles dans toute la longueur de l'artère jusqu'à sa bifurcation. A ce point on ne les sentait plus, et dans aucun point je ne pus percevoir ceux de la radiale et de la cubitale. — Large cataplasme de farine de lin sur le bras, le changer toutes les quatre heures; tisane d'eau vineuse; bouillon.

Le 2, le bras a sensiblement diminué de volume, la rougeur a disparu à la partie supérieure; les incisions donnent issue à une grande quantité de pus qui s'écoule facilement, mêlé à de longs lambeaux de tissu cellulaire; dès que l'on exerce quelques pressions méthodiques sur le bras; les plaques grisâtres situées sous le bras se sont un peu agrandies; la gangrène de l'avant-bras n'est pas limitée, mais a fait très-peu de progrès. Etat général plus satisfaisant; pouls un peu plus résistant; langue rouge, soif encore vive; quelques heures de sommeil pendant la nuit. — Cataplasmes *ut suprà*; orge perlée; bouillon; 30 grammes de sulfate de soude.

Le 3, amélioration locale et générale. Le bras a repris presque son volume normal; il est mou, peu sensible, et donne issue à du pus plus louable que la veille. Avec les pinces, j'extrais plusieurs longs lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Pouls à 76. Deux selles dans la nuit, soif moins vive. Un cercle inflammatoire plus apparent en avant qu'en arrière circonscrit la gangrène de l'avant-bras. — Bouillon; limonade vineuse; potion au quinquina.

Le 5, les incisions supérieures sont en partie réunies par première intention; les inférieures donnent encore issue à un peu de pus. Le cercle inflammatoire qui limite la partie mortifiée est nettement tracé; en arrière il passe sur l'olécrâne, et en avant il est éloigné de l'articulation du coude de 7 centimètres. De petites pertes de substance remplacent les taches grisâtres situées sous le bras; mais la peau est très-amincie dans toute cette région, et il faut remonter jusqu'à la racine du membre pour la trouver saine. L'état général est satisfaisant. En présence de cet état de choses, l'amputation est décidée, et la malade, sur nos instances, entre, pour la subir, à l'hôpital de Donchery.

Le 6, assisté de mon confrère le docteur Jeanjot, je pratique l'opération suivante :

Les tissus de la partie interne et postérieure du bras sont décollés, flasques et blafards jusqu'à la partie supérieure du membre; ceux des régions antérieures et externes sont fermes, souples, et les incisions en grande partie cicatrisées. Il n'y avait que deux méthodes opératoires possibles : la désarticulation du bras, ou l'amputation à l'extrémité supérieure avec un seul lambeau antéro-externe. Ce fut pour cette dernière opération que nous nous décidâmes, désirant, en cas de malheur, nous garder une ressource dans la désarticulation de l'épaule. J'introduisis un couteau à lame large et à deux tranchants à la partie externe et postérieure du bras dans les tissus sains, et contournant l'os avec la pointe, je fis ressortir celle-ci à la région antérieure, à quelques lignes du bord interne; ce lambeau, qui comprenait toute l'épaisseur des tissus, formait un quadrilatère long de 20 centimètres environ. Le couteau fut alors ramené à la partie externe du bras, au niveau des insertions des tendons du grand pectoral et du long dorsal, et les tissus coupés horizontalement jusqu'à l'os; celui-ci scié, les ligatures, au nombre de trois, furent faites rapidement par mon confrère, de façon que la malade perdit à peine quelques gouttes de sang. Nous réunîmes les lèvres de la plaie sur les trois côtés au moyen de six points de suture; des bandelettes de diachylon et un pansement approprié maintenaient le lambeau pour qu'il ne fût pas tiraillé par les points de suture. Reportée dans son lit, elle s'endormit bientôt d'un sommeil réparateur. — Tilleul; diète.

Le 7, la malade a reposé une partie de la nuit; elle a très-peu souffert du moignon; les pièces de pansement sont à peine tachées; réaction modérée; pouls à 80, un peu dépressible; langue un peu rouge; quelques nausées. — Bouillon; orge perlée.

Le 8, la nuit a été moins bonne, la malade ayant souffert davantage du moignon; elle a eu quelques vomissements; peau un peu chaude; pouls à 80; langue un peu muqueuse. On enlève les pièces de pansement, qui étaient mouillées par une sérosité roussâtre répandant une odeur assez forte de gangrène. A l'extrémité du lambeau, nous trouvâmes de nombreux points sphacélés comprenant une hauteur de deux ou trois centimètres; le bord correspondant à l'aisselle en offrait également quelques-uns, mais plus petits; les bords antérieurs et inférieurs du lambeau étaient très-beaux, et semblaient adhérer déjà en partie

avec le bras. On touche tous les points sphacélés avec de l'essence de térébenthine, et on recouvre la plaie avec un linge fenêtré et cératé, saupoudré de poudre de charbon et de quinquina : le tout est maintenu au moyen d'un pansement très-lâche.

Les jours suivants, ce pansement est continué avec beaucoup de soins par le docteur Jeanjot, qui, après avoir lavé soigneusement la plaie avec une décoction de quinquina, touchait tous les points gangréneux avec de l'essence de térébenthine; les deux autres bords se recouvrent rapidement. Les points de suture furent enlevés le quatrième jour, et le lambeau maintenu par quelques bandelettes de diachylon. Le 12 février, les eschares étaient parfaitement limitées et n'avaient pas, pour ainsi dire, fait de nouveaux ravages depuis le premier pansement; l'état général s'améliora rapidement; les vomissements, qui d'abord avaient résisté à quelques moyens indiqués en pareil cas, cédèrent à l'emploi d'aliments solides que le docteur Jeanjot conseilla, vu l'état de grossesse de la malade; ils furent facilement supportés, et régularisèrent les fonctions digestives. La suppuration fut très-bonne, attendu que l'extrémité seule du lambeau fournissait du pus. Le seizième jour, les ligatures tombèrent, la plaie, à cette époque, était très-belle, garnie de beaux bourgeons charnus qui, s'élevant des deux surfaces opposées, se rencontrèrent rapidement; de sorte qu'au moyen de quelques bandelettes nous obtînmes très-rapidement une réunion par deuxième intention. Mme M... quitta l'hôpital le 7 mars, son moignon bien arrondi, la cicatrisation complète partout, et l'état général très-satisfaisant.

Ce fait offre quelques points intéressants. En premier lieu, la rapidité et l'étendue de la gangrène de l'avant-bras. Après l'opération, nous disséquâmes attentivement le membre; toute la portion comprise au-dessus de la gangrène présentait les caractères du phlegmon diffus arrivé à sa troisième période : peau amincie sans soutien, tissu cellulaire se détachant par longs lambeaux, fusées purulentes occupant les espaces inter-musculaires, etc. Au niveau de la partie mortifiée, les signes nécropsiques furent tout différents; les parties semblaient desséchées et comme diminuées de volume; les muscles, surtout ceux de la couche profonde, étaient d'un rouge violacé; les artères cubitales et radiales renfermaient de nombreux caillots et un liquide ayant tous les caractères du pus; serrés entre les mors de la pince, ils se brisaient facilement. La gangrène, dans le phlegmon diffus, est généralement bornée à la peau, et résulte de la mortification du tissu cellulaire qui détruit les rameaux vasculaires qui vont nourrir l'enveloppe du membre; ces caractères sont ceux que nous avons observés au bras, mais portés à un plus haut degré, et lorsqu'un certain temps s'est déjà écoulé depuis l'apparition des accidents phlegmasiques. Ici, en présence de l'état des parties et surtout des signes fournis par les artères, il est hors de doute que la gangrène de l'avant-bras reconnait pour cause une artérite. Comment celle-ci s'est-elle développée? Est-ce par continuité de tissu ou d'emblée? Tout en avouant mon incapacité pour résoudre cette question, je pense toutefois que, vu la rareté de l'artérite dans les phlegmons diffus, on peut admettre la seconde hypothèse, et que dans ce cas les deux affections sont survenues sous l'influence de la même cause inconnue.

Depuis longtemps les incisions longues et profondes jouissent d'une vogue méritée dans le traitement des phlegmons diffus; ici surtout leur action est manifeste; non-seulement elles ont arrêté le mal dans sa marche envahissante, mais encore elles ont jugulé le phlegmon là où il était dans toute son apogée, et cela dans l'espace de quelques jours. Au même moment, M. le docteur Jeanjot, à Donchery, et moi, de mon côté, à Sedan, nous traitions par ce moyen tous les deux des phlegmons diffus très-intenses, qui cédèrent rapidement et sans accidents.

La mortification du lambeau, qui menaçait de faire échouer notre opération, a été arrêtée presque aussitôt par l'emploi de l'essence de térébenthine. De toutes les substances employées comme antiputrides, c'est celle à laquelle j'ai dû les plus beaux résultats; j'ai traité par ce moyen des chancres gangréneux, et j'ai obtenu des guérisons rapides; lors de la campagne de Crimée, en ma qualité de chirurgien de marine, je l'ai appliquée souvent sur des plaies compliquées de pourriture d'hôpital; les malades que j'ai pu suivre, et quelques hommes de l'équipage qui avaient été atteints de cette affection, ont guéri rapidement sans autre traitement. Dans le cas actuel, en même temps j'ai employé la poudre de charbon et de quinquina, et les lotions avec la décoction de cette écorce, car je crois que, quelque grande que soit la vertu d'un médicament, il est toujours plus utile, dans l'intérêt des malades, de combiner entre eux ceux qui sont reconnus comme ayant une action manifeste sur la maladie que l'on a à traiter.

NÉVRALGIE ILIO-SCROTALE.

Efficacité des bains de vapeur.

Par M. Gintrac, médecin à Bordeaux.

La névralgie ilio-scrotale, ou névralgie lombo-abdominale, *testicule douloureux*, comme l'appellent les auteurs anglais, peut être essentielle ou symptomatique, ainsi que nous en connaissons des exemples.

Dans ce dernier cas, on chercherait en vain à combattre la névralgie tant qu'on n'atteindrait pas la cause qui l'entretient. Mais quand elle est essentielle, elle est accessible aux agents thérapeutiques et curable par les mêmes moyens qu'on oppose habituellement avec succès aux névralgies et plus particulièrement à celles qui sont d'origine rhumatismale.

Voici un fait qui offre un exemple du succès des bains de vapeur en pareil cas, bien qu'ici rien ne porte à penser que la névralgie fût de nature rhumatismale.

Un homme de trente et un ans, n'ayant jamais eu d'affection syphilitique ou blennorrhagique, est pris sans cause appréciable d'une douleur aiguë, lancinante, dans la région lombaire du côté gauche, douleur qui se propageait vers l'os iliaque, la région hypogastrique et le scrotum.

Dans les moments de vive douleur, le testicule était rétracté, sensible à la pression, mais il n'était point tuméfié. L'émission des urines était toujours régulière; point de fièvre. Des bains, des cataplasmes émollients, n'avaient apporté aucun soulagement.

Le malade entra dans cet état à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, dans le service de M. H. Gintrac. Quatre ventouses scarifiées sur le point douloureux, des bains et des cataplasmes ne produisirent aucun amendement. Un vésicatoire volant sur la région lombaire resta également sans effet; on ne fut pas plus heureux après l'avoir pansé avec l'hydrochlorate de morphine. Il en fut de même, enfin, de l'usage des bains avec le sulfure de sodium, des liniments opiacés, du chloroforme; les douleurs persistaient toujours aussi vives, continues, offrant seulement par moments des exacerbations irrégulières. Le malade était toujours privé de sommeil, bien que le pouls continuât à rester calme.

Après avoir constaté pendant une période de dix jours l'insuccès de ces différents moyens, M. H. Gintrac eut recours alors aux bains de vapeur. Le premier bain donna lieu à une transpiration générale abondante, qui fut suivie d'une légère amélioration. Les bains de vapeur furent continués pendant huit jours consécutivement; ils provoquèrent chaque fois une sueur copieuse. Bref, sous l'influence de cette médication, les douleurs disparurent complétement, et le malade sortit guéri après un séjour de vingt jours à l'hôpital. (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

DIFFÉRENCE

entre les deux principales espèces du mal vertébral.

Par M. le docteur P. Broca.

Après tant de séances presque entièrement consacrées à discuter sur le mal de Pott et sur les abcès par congestion (1), je crains que votre attention ne commence à se fatiguer, et le désir de justifier l'opinion que j'ai émise sur les travaux de Pott n'aurait certainement pas suffi pour me décider à demander de nouveau la parole; mais ce qui dans l'origine était une simple question d'histoire et de bibliographie, est devenu dans les dernières séances une importante question de pathologie. Il ne s'agit plus seulement de savoir ce que Pott a pu dire ou croire, ou ce que ses successeurs ont pu lui attribuer : le débat se trouve maintenant transporté sur un autre terrain. Y a-t-il une ou plusieurs espèces de mal vertébral? Les différences si grandes que l'on constate sous le triple point de vue des symptômes, des lésions et de la gravité entre les diverses formes de cette affection, sont-elles des différences de degré ou des différences de nature? Telle est la question nouvelle qui vient de surgir, et que je me propose d'examiner aujourd'hui.

Celui qui m'aurait dit, il y a un mois, que ce sujet serait mis en discussion dans la Société de chirurgie, m'aurait vraiment beaucoup surpris. J'étais tellement habitué à considérer les tubercules osseux et la carie comme des affections distinctes, abstraction faite de leur siége, que je ne croyais pas possible de revenir sur cette distinction. Cela me paraissait impossible surtout dans le cas particulier où l'altération porte sur les corps vertébraux, parce qu'ici le siége anatomique du mal, le voisinage de la moelle, les connexions et les fonctions des os lésés, fournissent des symptômes spéciaux et multiplient les ressources du diagnostic. Partout ailleurs, il faut le reconnaître, ces ressources sont fort restreintes, souvent même elles font complétement défaut. La nature exacte du mal n'est alors révélée que par l'autopsie, et cependant, malgré l'absence de caractères cliniques distinctifs, personne n'hésite à faire de la carie et des tubercules osseux deux espèces différentes. N'est-il pas surprenant qu'on veuille faire une exception seulement pour la colonne vertébrale, et qu'après avoir distingué l'un de l'autre ces deux états morbides là où ils se ressemblent le plus, on les confonde précisément là où ils se ressemblent le moins?

Lorsque j'ai entendu notre éminent collègue M. Bouvier, que ses études spéciales ont rendu si compétent sur la matière, proclamer ici l'unité du mal vertébral, j'ai donc commencé par me demander si je l'avais bien compris; mais toute incertitude a dû disparaître lorsque j'ai lu son discours imprimé et lorsque j'ai assisté à la lecture de son second travail. Bientôt plusieurs autres collègues, parmi lesquels je dois citer surtout M. Morel-Lavallée, se sont prononcés dans le même sens; d'autres encore, dans des conversations particulières, m'ont exprimé la même opinion, et finalement, chose pour moi tout à fait imprévue, la doctrine de l'unité du mal vertébral paraît compter dans la Société de chirurgie beaucoup d'adversaires et très-peu de partisans.

Pour réfuter une opinion si bien défendue, je ne saurais m'entourer de trop de preuves et de trop de témoignages. Je ferai donc appel successivement à l'anatomie pathologique, à l'observation clinique et à l'histoire.

L'anatomie pathologique nous enseigne que le mal vertébral peut être dû à des lésions extrêmement dissemblables. Trois d'entre elles sont aujourd'hui bien connues : ce sont les tubercules, la carie et la nécrose. Une quatrième, moins classique, a été et est encore l'objet de nombreuses contestations; je veux parler de l'arthrite vertébrale, sorte de tumeur blanche des symphyses, admise par les uns comme une lésion primitive des disques fibro-cartilagineux, considérée par les autres comme une altération consécutive, dont le point de départ est toujours dans le tissu des vertèbres adjacentes. Je dois dire que, pour ma part, j'admets l'arthrite vertébrale idiopathique; elle ne me paraît même pas fort rare. Je veux bien toutefois, pour simplifier la question, laisser de côté cette forme, et réduire à trois le nombre des altérations dissemblables que l'on peut rencontrer dans le mal vertébral. Je le réduirai même à deux, parce que la nécrose, quoique pouvant être idiopathique, ainsi que M. Cloquet nous l'a prouvé dans la dernière séance par un exemple fort remarquable, n'est, dans beaucoup de cas, qu'une complication de la carie. Mais, quelque complaisance qu'on y puisse mettre, il reste toujours deux groupes de lésions complétement distincts, complétement étrangers l'un à l'autre : d'une part, les tubercules vertébraux, production accidentelle spéciale, qui bien certainement n'est pas le résultat d'un travail inflammatoire; d'une autre part, la carie, la nécrose, et au besoin l'arthrite vertébrale, altérations qui ont entre elles ce caractère commun d'être sous la dépendance de l'inflammation de l'os ou de ses annexes.

Désirant ne pas trop multiplier les espèces, cherchant même, autant que possible, à en restreindre le nombre, je me bornerai à comparer entre eux ces deux groupes d'altérations et je prendrai pour type du second groupe la carie compliquée ou non de séquestres partiels, parce qu'elle est à la fois plus commune et mieux étudiée que les autres lésions vertébrales d'origine inflammatoire.

Je crois pouvoir me dispenser d'établir un parallèle purement anatomique entre la carie et les tubercules vertébraux. Ce que je pourrais dire sur ce sujet est bien connu de tous ceux qui m'écoutent. Je demanderai toutefois la permission de m'expliquer sur un point. Les travaux, si utiles d'ailleurs, de M. Nélaton, ont fait admettre deux formes de tuberculisation osseuse, la forme enkystée et la forme infiltrée. Cette seconde forme n'a pas été acceptée sans contestation; les uns en ont nié l'existence; les autres, au contraire, la considérant comme extrêmement fréquente, ont cru pouvoir y rattacher la plupart des lésions que l'on attribue communément à la névrose où à la carie vertébrales.

Je ne m'occuperai pas de la carie qui attaque les lames et les apophyses; cette variété du mal vertébral, en effet, n'offre aucune ressemblance clinique avec les tubercules, dont le siége est constamment dans les corps vertébraux. Je parlerai donc surtout de la carie de ces corps.

Les partisans de cette dernière opinion, croyant presque toujours trouver dans les vertèbres malades des tubercules soit infiltrés, soit enkystés, n'ont pas peu contribué à propager la doctrine de l'unité du mal vertébral. Mais une étude plus approfondie, complétée par l'examen microscopique, n'a pas tardé à démontrer que l'infiltration tuberculeuse des os est un phénomène réel sans doute, mais tout à fait exceptionnel. Pour ma part, j'en ai vu deux ou trois exemples dans le tissu spongieux des os longs chez les enfants, mais je n'en ai pas vu un seul cas dans les vertèbres, et je suis très convaincu que les lésions si communes qu'on a attribuées à l'infiltration tuberculeuse des os, ne sont autre chose, dans l'immense majorité des cas, que des infiltrations purulentes accompagnant la carie ou aboutissant à la nécrose, et dans l'un et l'autre cas, dépendant d'un travail inflammatoire. Je ne m'occuperai donc pas de l'infiltration tuberculeuse des vertèbres, lésion encore douteuse pour moi, bien différente à coup sûr, si elle existe, de ce qu'on a jusqu'à présent décrit par erreur sous ce nom, et il est bien entendu, une fois pour toutes, que sous le nom de tubercules vertébraux je désignerai seulement les tubercules enkystés.

Cela posé, les tubercules vertébraux diffèrent de la carie non-seulement par leur nature et par leurs lésions propres que je n'ai pas besoin de décrire ici, mais par leur siége, par leur répartition, par leur évolution, par leurs résultats, et même par les conditions au milieu desquelles ils se développent. Chez les jeunes enfants, le mal vertébral est le plus souvent produit par des tubercules; chez les adolescents et chez les adultes, la carie est au contraire la lésion la plus commune. Le mal vertébral de la région dorsale et de la région cervicale est très-généralement de nature tuberculeuse; celui qui se manifeste sur la colonne lombaire dépend de la carie bien plus souvent que des tubercules. La carie débute toujours par la surface de l'os; elle ne pénètre que peu à peu dans l'épaisseur du tissu spongieux; ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, lorsque l'existence du mal vertébral est déjà révélée par d'autres accidents fort graves, que les vertèbres creusées par la carie perdent leur solidité et s'affaissent sous le poids des parties supérieures; et il arrive même très-souvent que la maladie parcourt toutes ses périodes, qu'elle se termine par la mort ou par la guérison, sans donner lieu à la moindre gibbosité. Les tubercules, au contraire, dès le moment de leur apparition, attaquent et excavent profondément le tissu des corps vertébraux, en diminuent promptement la résistance, si bien que l'apparition de la gibbosité, phénomène à peu près constant et toujours très précoce, est quelquefois, j'ose même dire souvent, le premier symptôme du mal. La carie, au moins dans l'origine, n'attaque ordinairement qu'un seul point et qu'une seule vertèbre; plus tard, elle peut s'étendre de proche en proche et gagner les vertèbres voisines; mais le plus habituellement le foyer de destruction est assez limité et la déviation qui en résulte est peu prononcée : c'est une légère saillie anguleuse formée par l'apophyse épineuse correspondante, et les cas où la gibbosité est plus considérable sont relativement assez rares. Les tubercules, au contraire, sont remarquables par leur tendance à la multiplicité; il est fréquent d'en trouver plusieurs dans une seule vertèbre, et presque toujours ils se présentent simultanément dans le corps de plusieurs vertèbres superposées; cela s'observe surtout chez les enfants. C'est alors qu'on voit paraître ces gibbosités énormes qui changent entièrement la direction de la colonne, qui dérangent tout l'équilibre de la station et qui renferment quelquefois dans la cavité de leur angle les débris de trois ou quatre corps vertébraux.

En poursuivant ce parallèle, nous trouvons que dans la carie le siége de la première altération, étant toujours superficiel, est séparé du canal rachidien par une épaisse couche de tissu osseux à peu près sain; les organes contenus dans ce canal conservent donc longtemps leur intégrité, et ce n'est qu'à une période très-avancée qu'on voit survenir des accidents de paralysie; ceux-ci même, le plus souvent, ne se manifestent jamais. Dans l'affection tuberculeuse, il en est tout autrement. Les lésions, dès le début, occupent une situation profonde, et la distance qui les sépare de la dure-mère rachidienne n'est quelquefois que de quelques millimètres. Dans le travail de réaction provoqué par la présence des tubercules, soit avant, soit pendant la période de ramollissement, il arrive donc fréquemment qu'une inflammation plus ou moins chronique gagne les enveloppes de la moelle ou la moelle elle-même, surtout dans ses faisceaux antérieurs, et de là naît la paralysie des

(1) Ce travail a été lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 10 mars, en réponse au discours de M. Bouvier. (V. notre numéro du 10 mars.)

membres abdominaux, que les mémoires de Pott ont rendue si célèbre. Cet accident, très-rare et très-tardif dans la carie, est au contraire très fréquent et très-précoce dans l'affection tuberculeuse ; il précède même quelquefois l'apparition de la gibbosité, et c'est alors le premier des symptômes appréciables.

J'arrive maintenant aux abcès. Les deux affections que je compare ont ceci de commun qu'elles peuvent l'une et l'autre produire des abcès par congestion. Mais tandis que ce résultat est constant dans la carie, il fait assez souvent défaut, dans la maladie tuberculeuse, pour qu'on soit autorisé à le considérer seulement comme une complication. Le premier effet de la carie est la sécrétion du pus ; l'abcès froid se forme en même temps que l'érosion de l'os, puis augmente chaque jour, il ne tarde pas à devenir accessible au toucher. Entretenu d'ailleurs par une lésion osseuse qui n'a presque aucune tendance à guérir, il n'est guère susceptible de se résorber ; dès lors il s'accroît sans limites, et tôt ou tard, après un trajet plus ou moins long et plus ou moins oblique, il vient faire saillie sous la peau. Ainsi, dans la carie des corps vertébraux, la production de l'abcès migrateur est un accident inévitable, toujours extrêmement grave et toujours très-précoce. Le plus souvent, ce phénomène précède tous les autres symptômes physiques, et je crois pouvoir dire en particulier qu'il est toujours appréciable avant la gibbosité.

Les abcès symptomatiques des tubercules vertébraux peuvent affecter la même marche, atteindre le même volume, et offrir la même gravité que ceux de la carie ; et ce point de ressemblance est certainement la principale cause de l'erreur de mes honorables adversaires. Mais de ce que deux maladies peuvent, dans quelque cas, présenter le même symptôme, il n'en résulte pas qu'elles soient identiques. Or, il se trouve précisément que l'étude des abcès fournit un des meilleurs arguments que l'on puisse invoquer pour établir la distinction clinique entre la carie et les tubercules vertébraux.

Dans l'affection tuberculeuse, en effet, la suppuration, loin d'être comme dans la carie un phénomène initial et inévitable, est au contraire un phénomène consécutif et accidentellement consécutif, puisqu'il ne se manifeste jamais avant la période de ramollissement, accidentel puisque dans certains cas il fait complétement défaut. Je sais bien que cette dernière proposition a été contestée ; on a dit que les tubercules ne pouvaient guérir sans abcès et que les cas nombreux et d'ailleurs bien caractérisés où la guérison paraît s'effectuer sans suppuration, prouvent simplement la possibilité de la résorption des foyers purulents. Je me garde bien de nier cette résorption. Je la considère même comme fréquente. Je vais plus loin encore, et je dis, avec M. Huguier, que si les abcès tuberculeux se résorbent si souvent tandis que ceux de la carie ne se résorbent jamais ou presque jamais, c'est l'indice d'une différence très-remarquable entre les deux grandes formes du mal vertébral. Les abcès tuberculeux, une fois formés, n'existent plus que par eux-mêmes ; le pus est fourni par la membrane pyogénique ou par celle qui tapisse la cavité de l'os ; mais il n'est pas fourni par l'os lui même ; et la collection dès lors se comporte comme pourrait le faire un abcès froid idiopathique.

Les abcès symptomatiques de la carie, au contraire, sont entretenus par la suppuration de l'os ; la membrane pyogénique contribue sans doute, dans beaucoup de cas, à la sécrétion du pus, mais la surface cariée fournit en outre une suppuration incessante, qui, dans les cas les plus favorables, rend les efforts de résorption tout à fait insuffisants. La formation de l'abcès dans la carie prouve que la maladie de l'os est en voie d'accroissement ; dans l'affection tuberculeuse, au contraire, elle prouve que la lésion du squelette est déjà en voie de guérison, puisque la caverne osseuse est débarrassée de son contenu, et que rien désormais ne l'empêche de se rétrécir, de s'affaisser et de se cicatriser. Ainsi s'explique la différence si grande qui existe entre les abcès de la carie et les abcès d'origine tuberculeuse, sous le rapport de leur marche, de leur terminaison et de leur gravité. Ainsi s'explique la résorption fréquente de ces derniers abcès, et l'impossibilité presque absolue de la résorption des autres, contraste frappant qui aurait dû suffire pour faire cesser toute confusion, et sur lequel il me suffira sans doute d'appeler l'attention de mes honorables adversaires.

(*La suite au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 mars 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exstrophie vésicale. — M. DANYAU montre un petit garçon âgé de trois jours et atteint d'exstrophie vésicale. L'enfant paraît d'ailleurs bien constitué. L'exstrophie est complète, c'est-à-dire qu'elle s'étend depuis la verge qui est disposée en gouttière dans toute sa longueur, jusqu'à l'ombilic. Les deux pubis sont écartés de plus d'un centimètre. Ce cas ne présente d'ailleurs rien de spécial, et est tout à fait semblable à ceux qui servent de type dans les descriptions.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur VIARD (de Montbarn) adresse à la Société sa thèse inaugurale, intitulée *De la gangrène spontanée*, et deux observations inédites pour obtenir le titre de membre correspondant :

1° Une observation d'ablation du maxillaire inférieur;

2° Une observation d'oblitération du vagin, survenue à la suite d'une cautérisation du col utérin par le nitrate acide de mercure. Le vagin a été rétabli par une opération. (Commissaires : MM. Huguier, Giraldès et Guérin.)

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit l'analyse de deux mémoires adressés à la Société par M. Vanzetti, professeur de clinique chirurgicale à Padoue, sur le *traitement des anévrysmes par la compression digitale*. Après avoir entendu cette lecture, plusieurs membres de la Société demandent que les mémoires de M. Vanzetti soient l'objet d'un rapport. En conséquence, ces travaux sont remis à une commission composée de MM. Larrey, Robert et Broca.

— M. LARREY présente de la part de M. Ranzi, professeur de chirurgie à l'université de Pise, un mémoire imprimé en italien, ayant pour titre : *Sui fenomeni iniziali della flussione sanguigna, specialmente secondo i resultati delle osservazioni ed esperienze microscopiche, nuovi studii sperimentali e considerazioni intorno all'essenza della flagosi*, del prof. Cav. Andrea Ranzi.

Des remerciments seront adressés à l'auteur.

LECTURE.

M. DECÈS, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, membre correspondant, lit un mémoire sur la *restauration des cicatrices vicieuses*.

Il insiste particulièrement sur deux procédés dont il est l'auteur : l'un, qu'il désigne sous le nom de *sections ondulées ou en zigzag*, applicable au traitement des cicatrices trop courtes, l'autre, qui est applicable au traitement des adhérences vicieuses, et qui consiste à utiliser le tissu cicatriciel, pour en faire un lambeau que l'on couche et que l'on fixe au fond d'une incision, de manière à constituer une commissure. Ce dernier procédé a été appliqué avec succès par l'auteur dans plusieurs cas de syndactylie et de symbléphoron. On avait déjà eu recours à l'autoplastie pour former des commissures et pour empêcher la récidive des adhérences, mais on se servait de lambeaux pris dans la peau saine des parties adjacentes ; M. Decès, au contraire, forme ce lambeau avec la cicatrice même.

M. DEGUISE pense que ce procédé n'est pas toujours applicable au traitement de la syndactylie, parce que la cicatrice est souvent trop étroite pour pouvoir fournir les éléments d'un lambeau. Dans un cas qu'il a présenté à la Société, et où deux doigts étaient ainsi soudés dans toute leur longueur, M. Deguise a eu recours au procédé de M. Didot, de Liége, avec un succès à peu près complet. La palmature s'est en partie reproduite, mais elle n'occupe que la moitié de la première phalange. L'union des doigts était si intime dans ce cas que le procédé de M. Decès eût été presque impraticable.

Quant à l'opération de M. Decès pour le symblépharon, M. Deguise avance qu'elle est déjà décrite dans la thèse inaugurale de M. Vautrin.

M. VERNEUIL pense que l'application de ce procédé au symblépharon appartient à M. Decès. Le cas de M. Laugier rapporté par M. Vautrin est en effet postérieur à celui de M. Decès. Mais un procédé tout à fait semblable, attribué à tort à Dieffenbach, avait déjà été employé en 1827 par Werneck pour la restauration de la bouche. Si on cherche dans les applications particulières l'origine de la méthode générale qui consiste à faire une commissure artificielle au moyen de l'autoplastie, on est obligé de remonter jusqu'à Zeller en 1810. Mais M. Decès est le premier qui ait généralisé cette méthode.

M. DECÈS. Le procédé que M. Laugier a mis en usage pour le symblépharon est postérieur au mien, et en diffère d'ailleurs essentiellement. J'avais parlé de mon procédé quelques jours auparavant à M. Laugier, qui se proposait d'abord de l'appliquer, mais qui au moment de l'opération en appliqua un autre. Il fit de la cicatrice un lambeau, qu'il inclina verticalement, et qui fit paroi avec la paupière. Moi, au contraire, je déprime ce lambeau, et je le fixe au fond de la rainure oculo-palpébrale, laissant ensuite le globe de l'œil et la paupière se cicatriser isolément.

Relativement au procédé de Zeller pour la syndactylie, M. Decès ajoute que ce procédé diffère encore essentiellement du sien. Zeller, après avoir fendu la palmature, prenait sur la peau saine de la main un lambeau qu'il renversait dans la commissure digitale. M. Decès, au contraire, forme avec la palmature elle-même un lambeau rectangulaire étroit et long, qu'il incline à angle droit de manière à le coucher dans le fond de la commissure, et dont il fixe ensuite le sommet sur le dos ou dans la paume de la main. Il suffit que la palmature ait 2 millimètres de large pour que ce procédé soit applicable.

Le mémoire de M. Decès est renvoyé au comité de publication.

M. DEGUISE invite M. Decès à suivre ses opérés avec soin, parce qu'à la suite des opérations de ce genre la récidive est fréquente, et qu'elle survient quelquefois au bout d'un temps assez long.

RAPPORT.

M. LARREY lit un rapport sur une proposition déposée dernièrement sur le bureau et signée de dix membres, qui demandent, conformément aux nouveaux articles des statuts, que M. Velpeau soit nommé membre honoraire de la Société de chirurgie. M. le rapporteur conclut dans le même sens que les signataires de la proposition.

En conséquence, la Société sera appelée dans la prochaine séance à voter sur cette proposition.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le baron Philippe Boyer vient de succomber à très-courte maladie. M. Philippe Boyer, fils de l'illustre auteur du *Traité des maladies chirurgicales*, avait 56 ou 57 ans, et rien dans sa santé n'avait fait présager une fin aussi prochaine.

Ce n'est pas le moment d'apprécier les mérites de ce chirurgien, très-diversement jugé pendant sa vie, mais dont la carrière n'a assurément été ni sans utilité ni sans éclat. Qu'il nous suffise de rappeler, pour le moment, ses titres et ses principaux ouvrages. M. Ph. Boyer était chirurgien de l'Hôtel-Dieu, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, et officier de la Légion d'honneur. Il a publié, en 1831, un rapport sur un mode de traitement des ulcères des jambes (par la compression) qui a été généralement adopté depuis, et qui a été une sorte de petite révolution pour le traitement de ces affections dans les hôpitaux. Il a publié en 1836 un *Traité pratique de la syphilis*, qui résumait assez bien l'état où en étaient à cette époque nos connaissances sur cette maladie. Mais son œuvre principale, celle à laquelle il attachait le plus de prix, était la nouvelle édition du grand ouvrage de son père, dont les annotations sont très-estimées.

Les obsèques de M. Ph. Boyer ont eu lieu aujourd'hui à midi.

— L'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg vient d'inscrire au nombre de ses membres correspondants M. le docteur Herpin (de Genève), médecin à Paris.

— La *Gazette des Eaux* parle, dans son dernier numéro, de l'existence d'une source d'eau sulfureuse dans une commune attenante au mur d'enceinte de Paris. Cette source aurait été, suivant ce journal, connue dans l'antiquité, et aurait donné son nom à la localité où elle se trouve.

Il y a là une erreur, non pas sur l'existence de la source, dont l'exploitation aurait été autorisée par l'Académie de médecine, mais sur l'origine du nom de cette localité.

Il s'agit des *Ternes*, qu'il faut écrire sans *h*. Le nom de cette commune, aujourd'hui fort importante, mais d'origine toute récente, est dû à une partie de tric-trac, qui faillit ruiner l'ancien propriétaire du château, *mais que sauva une série de* TERNES. Cet heureux joueur nomma par reconnaissance sa propriété *le château des Ternes*. Ce nom s'étendit ensuite à l'agglomération de maisons qui s'élevèrent plus tard sur une partie de l'emplacement qu'occupaient les jardins du château, et qui s'est si fort augmentée depuis quelques années.

Nous apprenons à l'instant la mort de M. Chomel. Ce savant et vénéré maître a succombé aujourd'hui même, dans sa résidence près d'Epinay (Seine-et-Oise), à la longue et douloureuse maladie qui l'avait éloigné depuis plusieurs années de sa clientèle et de ses nombreuses occupations. — Le jour et l'heure de ses obsèques ne sont point encore fixés.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 AVRIL 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La physiologie humaine ou comparée a défrayé la plus grande partie de la correspondance de cette séance. M. Em. Fernet a communiqué la suite de ses expériences sur le rôle des principaux éléments du sang dans l'absorption ou le dégagement des gaz de la respiration, et il en a déduit des résultats qui paraissent de nature à jeter quelque jour sur plusieurs faits physiologiques et pathologiques. MM. Poiseuille et Lefort ont adressé une note supplémentaire à leur mémoire sur l'existence du glycose dans l'économie. Le but de cette note est de démontrer que les parois intestinales n'ont point la propriété de produire du sucre, comme on l'a prétendu, et que ce qui a pu donner lieu à cette théorie n'est qu'une circonstance éventuelle et temporaire, inhérente au phénomène de la digestion.

Dans un deuxième mémoire sur la circulation, M. Marey a étudié le rôle de la contractilité vasculaire, qu'il interprète tout autrement que l'ont fait jusqu'ici les physiologistes, ainsi qu'on en jugera par le résumé de son travail, que nous reproduisons plus bas.

Enfin M. Masson a soumis à l'appréciation de l'Académie deux mémoires qui intéressent l'hygiène professionnelle : l'un sur un moyen de prévenir les accidents que développe, chez les ouvriers, l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur, et le second sur la nécessité de renoncer à l'usage du carbonate de plomb dans le travail des dentelles et de lui substituer l'emploi du sulfate de chaux et de plomb, qui n'a point les mêmes propriétés délétères. On sait, en effet, que les dentelles dites *applications de Bruxelles*, exigent une préparation qui consiste à les blanchir à l'aide de la céruse. Ce travail est confié à de jeunes ouvrières, qui prennent rarement les précautions nécessaires pour empêcher la dissémination de la céruse et pour en prévenir l'absorption. Il en résulte de fréquents et graves accidents, sur lesquels M. le docteur Thibaut a appelé l'attention dans un intéressant mémoire inséré dans les *Annales d'hygiène* de 1856. M. Masson cite un cas de mort qui a eu lieu récemment à Bruxelles par cette cause ; M. Briquet nous signalait ces jours derniers, dans son service à la Charité, un cas de colique saturnine, provenant de la même source. Il y a donc lieu de s'enquérir si les moyens que M. Masson propose pour prévenir le retour de pareils accidents, sont applicables et s'ils réunissent la double condition d'utilité et d'innocuité qu'il leur attribue. C'est ce que la commission des arts insalubres aura à examiner.

La dernière communication que nous avons à signaler est également relative à un point d'hygiène professionnelle et publique ; il s'agit de nombreux inconvénients que présentent pour la salubrité l'usage, si universellement répandu aujourd'hui, des allumettes chimiques dites *allemandes*. Maladies graves chez les ouvriers qui travaillent à la préparation de la pâte phosphorée, explosions dans les fabriques, incendies fréquents, empoisonnements volontaires ou involontaires, etc.; tels sont les griefs que les protecteurs de la sûreté publique articulent contre l'emploi des allumettes chimiques actuellement en usage. De ces divers griefs, il en est un qui nous touche plus particulièrement, l'action toxique du phosphore.

Notre collaborateur, M. le docteur Legrand du Saulle, vient d'ajouter aux faits déjà connus un nouvel exemple du danger qu'il y a à livrer ainsi à la libre disposition de tout le monde un agent toxique qui peut servir des intentions criminelles. Il a communiqué à l'Académie l'histoire d'une jeune fille qui a tenté de se suicider par ce moyen. Nous avons été témoin nous-même, il y a quelques années, d'une tentative de ce genre, dont nous avons été assez heureux pour conjurer les funestes effets par l'emploi des mêmes moyens, vomitifs et boissons mucilagineuses abondantes. Les annales judiciaires de ces dernières années nous fourniraient aussi des exemples d'homicides réalisés par ce même moyen. Plusieurs enquêtes ont déjà été instituées ; des rapports ont été faits aux diverses Académies et aux comités d'hygiène, concluant tous dans le même sens, demandant tous qu'il soit enjoint aux fabricants d'allumettes chimiques de substituer au phosphore blanc éminemment toxique, qui entre dans la composition de la pâte explosible des allumettes, le phosphore rouge amorphe, qui est, sinon complétement inoffensif, du moins infiniment moins nuisible à la santé. Nous ne pouvons que joindre notre voix à celle de notre collaborateur pour appuyer ces conclusions, et pour solliciter l'adoption d'une réforme nécessitée par l'intérêt public. — Dr BROCHIN.

OBSÈQUES DE M. CHOMEL.

Les obsèques de M. Chomel ont eu lieu aujourd'hui à dix heures. L'église Saint-Thomas d'Aquin était trop petite pour contenir l'affluence considérable de médecins, de savants et d'hommes distingués de tous les rangs, qui sont venus rendre ce dernier hommage au professeur aimé et au praticien célèbre. La Faculté et l'Académie de médecine y étaient représentées par une nombreuse députation officielle ; presque tous les membres de ces deux corps savants s'étaient joints au cortége. Le corps médical de Paris y comptait un très-grand nombre de représentants, presque tous anciens élèves de cet illustre maître.

Des discours ont été prononcés, au nom de la Faculté de médecine, par M. le professeur Grisolle, et au nom de l'Académie, par M. Dubois (d'Amiens).

Nous nous abstiendrons aujourd'hui de toute réflexion, pour laisser la parole à celui des anciens élèves de Chomel qui, par sa constante fidélité aux doctrines et aux traditions du maître, autant que par son affectueuse reconnaissance pour sa personne, avait plus que tout autre qualité pour l'honorer dans cette solennelle circonstance.

Voici le discours de M. Grisolle :

Messieurs,

C'est au nom de la Faculté de médecine que je viens en ce moment adresser un dernier adieu à l'un des hommes qui, dans la première moitié de ce siècle, ont le plus honoré, ont le plus illustré la médecine française. M. Chomel, dont nous accompagnons ici la dépouille mortelle, a été grand par son enseignement et par ses écrits, par la pratique de son art comme par ses vertus privées. Il restera pour tous un rare modèle à suivre, car il a réalisé l'idéal du professeur de clinique médicale, l'idéal du médecin consciencieux et honnête.

Eloigné volontairement de nous, depuis six années, par un de ces scrupules ou plutôt par une de ces délicatesses de sentiment que les cœurs d'élite seuls éprouvent, mais que tous admirent, M. Chomel accomplit simplement, noblement cette séparation, qui fut des plus douloureuses pour lui, et qui commença cette série de chagrins qui est venue le frapper dans ses affections les plus vives. Triste expiation d'un bonheur qui jusqu'alors avait été presque sans mélange, mais qui a révélé une force d'âme peu commune. Car cet homme supérieur que nous avions vu heureux, et qui méritait tant de l'être, atteint tout à coup par les pertes les plus cruelles et par la douleur, a montré une âme stoïque, possédant au plus haut degré cet art sublime de savoir souffrir et mourir, qui, comme on l'a dit, semble être la perfection de la vie chrétienne.

La Faculté de médecine conserve aussi la mémoire du cœur, et dans ce concours d'élèves, d'admirateurs, d'illustrations, d'amis, qui se pressent autour de cette tombe, elle a voulu être représentée. Car si M. Chomel ne figurait plus dans ses rangs, son souvenir pourtant est resté vivace parmi nous. Son enseignement porte toujours ses fruits ; ses ouvrages, modèle de clarté, de précision et de bon sens, sont et

FEUILLETON.

Métamorphose de la lamproie de rivière. — Reproduction des homards. — Hypermétamorphose des méloïdes. — De la transplantation des grands arbres.

L'Académie des Sciences a décerné cette année le prix de physiologie expérimentale à un savant de Berlin, M. Muller, qui a rayé du catalogue zoologique une espèce considérée jusqu'alors comme distincte, et qui cependant n'était qu'une larve de cyclostome. Il s'agit de l'ammocète et de la lamproie de rivière, la première subissant une métamorphose dont le résultat serait la lamproie. Par cette découverte inattendue, M. Muller introduisait non-seulement un fait important dans le domaine de la science, mais il ouvrait un champ nouveau d'investigations. En effet, en signalant dans une classe où on était loin de la soupçonner la métamorphose de certaines espèces, il conduit naturellement les observateurs à rechercher si d'autres espèces de la même classe ne sont pas soumises à la même loi.

M. Muller ne s'est pas borné à recueillir, au moment de la ponte naturelle, les œufs de l'espèce dont il voulait suivre le développement; il a eu aussi recours à la fécondation artificielle, et ces œufs, pris dans des conditions différentes, ont été séquestrés dans un récipient.

En se mettant ainsi à l'abri de toute erreur, le savant physiologiste a pu assister aux diverses phases de leur évolution. Il a vu le vitellus se segmenter tout entier, comme chez les batraciens, et ce vitellus, ainsi transformé, se convertir en un embryon qui, au bout de dix-huit jours d'incubation, est sorti de l'œuf, non point avec les caractères d'une lamproie, mais avec ceux d'une ammocète.

Les ammocètes issus de ces œufs de lamproie ont été conservés pendant plus de deux ans dans un réservoir spécial, où malheureusement elles sont mortes avant d'avoir pu se transfigurer. Mais, pour compléter le cercle des observations interrompues par cet accident, M. Muller substitua aux ammocètes mortes de son réservoir d'autres ammocètes vivantes, du même âge, prises dans les ruisseaux voisins ! Ces dernières, après quelques mois de séquestration, c'est-à-dire vers leur troisième année, subirent sous ses yeux leur métamorphose, et revêtirent tous les caractères de leurs parents. Puis, après cette métamorphose, on les vit se reproduire et mourir, comme si la reproduction était le dernier terme de la vie de la lamproie.

Nous n'avons pas à insister sur l'intérêt que présentaient de semblables observations ; elles devaient donner l'éveil aux naturalistes, et le retentissement qu'elles ont eu justifie pleinement la distinction qui a été accordée au savant prussien. Ces faits d'espèces ainsi dédoublées ne sont pas rares dans la science, et des études plus attentives permettront certainement de faire disparaître des erreurs aujourd'hui encore bien accréditées. L'élan donné à la pisciculture depuis quelques années ne sera pas étranger à ce mouvement, et nous pouvons, près de cette première rectification, en placer une seconde, que l'on doit à un pilote lamaneur de Concarneau.

M. Bosc avait donné le nom de Zoe à un petit crustacé, et M. Milne Edwards, dans son *Histoire naturelle des crustacés,* donna une bonne description de ce petit animal, considéré comme étant *sui generis*. Or, il se trouve que ce *Zoe* n'est autre chose que la première manifestation du homard. Cette découverte est due à Etienne Leguilloux. Ce lamaneur avait fait construire des réservoirs pour élever des homards et des langoustes. En 1853, il envoya au jardin des plantes de Paris des petits homards à peine éclos, dans lesquels on reconnut des larves jusqu'alors désignées sous le nom de *Zoe*.

Notre pilote obtint de nombreuses éclosions, et put suivre le développement des crustacés. Au bout de huit jours, les petits changèrent une première fois de peau ; à l'âge de deux mois, les changements des formes extérieures se faisaient sentir ; à trois mois, les grosses pinces caractéristiques des homards commençaient à se dessiner. Enfin, à six mois, ils avaient pris la figure du homard adulte, et mesuraient de 6 à 8 centimètres de longueur. Sous cette forme, ce petit homard entre dans le commerce. On le nomme *quatre-quarts* ; il est très-recherché des gourmets, qui le payent à proportion plus cher que les homards adultes.

M. Valenciennes, qui s'est fait auprès de l'Académie l'interprète de M. Leguilloux, rapporte qu'il a pu compter 15,000 œufs sous la queue d'un homard de 31 centimètres, et 100,000 sous celle d'une langouste de la même longueur.

— Nous resterons encore dans le domaine de l'histoire naturelle, pour vous faire part d'un fait extrêmement singulier, qui se rattache également à la question des métamorphoses, et qui a donné lieu à un rapport très-enthousiaste de M. Duméril. Qu'on nous permette en passant de rendre hommage à l'activité toute juvénile du respectable Nestor des sciences naturelles. Toujours sur la brèche, il ne connaît pas les procédés de certains académiciens dont les rapports, toujours remis de jour en jour, sont devenus des mythes ; les siens, au contraire, se succèdent avec rapidité, rendant à chacun justice, et jetant sur tous les sujets l'intérêt et l'autorité qu'on peut attendre d'une observation de plus d'un demi-siècle.

Il ne s'agit plus ici de deux animaux ne formant qu'une seule espèce, mais bien d'un développement exagéré de métamorphose, ou de l'*hypermétamorphose*. On sait que les insectes passent généralement par quatre états différents; il n'en est plus ainsi pour les méloïdes. Ces insectes présentent huit transformations. Nous devons cette curieuse observation à un naturaliste déjà connu avantageusement par son talent de patientes recherches, M. Favre.

Les sitaris, les méloés, et probablement d'autres méloïdes, si ce

resteront encore longtemps le guide de la jeunesse; sa gloire et la popularité de son nom seront à jamais notre héritage.

Ce nom était déjà célèbre dans le dix-huitième siècle. Deux de ses ancêtres, Pierre-Jean-Baptiste Chomel, l'ami, le collaborateur de Tournefort, et son fils, Jean-Baptiste-Louis, médecins de deux rois, avaient été élevés aux honneurs du décanat. C'était un noble mais périlleux héritage; M. Chomel l'accepta résolûment. Il ne fit point comme ces fils dégénérés des grandes races qui vivent aux dépens de leur nom, mais par son intelligence il a donné un éclat nouveau à un nom déjà plusieurs fois illustré, et il sera dit par l'histoire que le dernier de cette nouvelle famille d'Asclépiades a par ses travaux, par l'éclat de ses services et par sa renommée, ennobli encore le nom de ses pères.

Dès son entrée dans la carrière médicale, M. Chomel a su toujours, par un travail assidu et une conduite irréprochable, se placer au premier rang. Interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté en 1811, il reçoit deux ans après le titre de docteur, et sa thèse intitulée *Essai sur le rhumatisme*, toujours citée depuis, révéla les qualités de cet esprit si lucide et si droit. Attaché bien jeune encore au service médical de l'hôpital de la Charité, il ouvre des cours de pathologie interne dont le succès a retenti jusqu'à notre époque, et il enrichit la littérature médicale de divers mémoires tous marqués au coin de la saine observation, d'un ouvrage sur les fièvres et d'un *Traité de pathologie générale*. Ce dernier, parvenu aujourd'hui à sa quatrième édition, traduit dans toutes les langues de l'Europe, est accepté partout comme un livre éminemment classique et comme l'introduction la plus remarquable à l'histoire des maladies.

Ces travaux divers avaient mis le nom de leur auteur en si haute estime, qu'en 1823 M. Chomel fut porté pour remplir une des vingt-quatre places d'agrégés qui venaient d'être créées.

Trois années plus tard, lorsque s'éteignit la plus grande gloire médicale du siècle, lorsque disparut de la scène du monde ce grand homme qui avait été un des fondateurs de l'anatomie pathologique en France, qui avait pour ainsi dire doté le médecin d'un sens nouveau et élevé à la science un impérissable monument, le *Traité d'auscultation*, M. Chomel fut désigné par la Faculté pour s'asseoir dans la chaire de clinique médicale illustrée par le génie de Laënnec. Cette succession, dangereuse pour tous, écrasante peut-être pour le plus grand nombre, permit à M. Chomel de développer sur un vaste théâtre les éminentes qualités de son esprit. Son succès, qui ne s'est jamais démenti, fut si grand, que, placé dans le même hôpital, dans cet Hôtel-Dieu où Dupuytren avait seul régné jusqu'alors, il partagea avec ce grand chirurgien la faveur publique, et il ne put être éclipsé par un enseignement qui était sans égal en Europe.

Qui mieux que lui, d'ailleurs pouvait diriger la jeunesse dans l'art si difficile de l'observation clinique? La sévérité de son esprit le défendait de l'ivresse des hypothèses, comme l'honnêteté de son cœur l'éloignait des témérités thérapeutiques. Observateur impassible et sagace, habile, ingénieux et persévérant pour interroger la nature, pour tourner autour des faits afin de mieux les juger et de les attaquer par leur côté vulnérable; aussi habile à grouper les phénomènes qu'à les analyser pour établir leur valeur individuelle, restant toujours dans la limite de l'observation, il constate et ne suppose point. Dans ses leçons, ce n'est jamais un inspiré qui parle, c'est un savant qui raisonne. Aussi quelle précision dans son diagnostic! quelle perspicacité et quelle réserve dans ses pronostics! quelle sagesse dans ses indications thérapeutiques!

Combien aussi ce médecin consommé excellait dans la médecine morale! Il est des maux qu'on ne soulage que lorsqu'on sait les partager, et M. Chomel trouvait toujours dans la bonté de son cœur et dans les ressources de son esprit des moyens souverains pour relever les courages les plus abattus.

Tel a été, Messieurs, l'homme rare, l'homme excellent qui nous quitte pour jamais. Son nom vivra. S'il n'est point attaché à une de ces découvertes immortelles qui laissent dans la postérité un sillon lumineux, il restera du moins au nombre de ces médecins illustres, de ces grands praticiens qui résument en quelque sorte une époque médicale. Conservateurs éclairés de la tradition, ils jugent, marquent, consacrent les progrès, et dans les moments de luttes, d'innovations et de bouleversements scientifiques, ils ramènent leurs contemporains à la mesure du vrai, par leur sagesse, leur droiture, leur modération. M. Chomel a été pendant quarante ans un de ces juges, un de ces législateurs respectés. Pour avoir une influence aussi continue et aussi universellement acceptée, il faut être doué d'une puissance supérieure, il faut posséder un don d'en haut. M. Chomel sera dans l'avenir une de ces personnifications les plus pures de cette grande École de Paris qu'il a lui-même justement et noblement caractérisée en disant qu'elle était l'école du progrès et du bon sens.

Si nous envisageons enfin le côté plus essentiellement moral de cette grande figure, sa vie si noble dans la bonne comme dans la mauvaise fortune, la pureté de ses mœurs, son dévouement à ses amis, son abnégation, sa fidélité à ses convictions et à d'augustes infortunes, son courage dans toutes nos grandes calamités publiques, sa bienfaisance, son désintéressement, l'amour du devoir, on reconnaîtra que cet homme si élevé par l'intelligence ne se distinguait pas moins par le cœur.

Adieu, maître vénéré, vous qui, depuis vingt-trois ans, n'avez cessé de m'honorer d'une bienveillance toute paternelle, vous qui avez été pour moi un protecteur constant, un guide si sûr, un ami dévoué, et qui serez toujours mon modèle; que votre nom soit à jamais béni, et qu'il me soit permis, en ce moment solennel, de vous payer un dernier tribut d'affection, de gratitude et de respect.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

De l'angine gangréneuse.

Ce fut une grande faute de réunir sous la même dénomination d'*angine couenneuse* l'ulcère syriaque, les angines malignes gangréneuses, le mal de gorge de Hunham, l'angine de Fotbergill, les angines couenneuses et le croup, maladies essentiellement différentes et fort communes dans l'enfance. Samuel Bard, qui a ouvert la voie en 1771, n'a pu réussir dans cette œuvre impossible qui a tenté M. Bretonneau un siècle plus tard et qui devait séduire Guersant, l'un des collaborateurs les plus distingués du *Dictionnaire de médecine en* 30 *volumes.* Loin de simplifier l'étude des angines, cette manière de procéder a été le point de départ d'une confusion déplorable qui règne presque généralement parmi les médecins depuis trente ans. Cela explique le succès d'une foule de prétendus spécifiques qui ne sont rien moins qu'inutiles et qui ont été appliqués à des maladies de nature différente. Il faut revenir de ces erreurs et remettre en circulation les idées anciennes généralement admises jusqu'au jour où M. Bretonneau se crut en droit de modifier cette partie de la science. « Il se fait un ulcère large, creux, sordide, formant une concrétion blanche, livide ou noire, dite escbare, dit Arétée de Cappadoce. » Cela est vrai, et on est surpris que ce point de départ ait pu être un seul instant méconnu et que des faits comme ceux que vous avez en ce moment sous les yeux aient pu être transformés en angine couenneuse. Au reste, si M. Guersant a pu mettre en doute l'existence de l'angine gangréneuse et obtenir l'assentiment d'un grand nombre de médecins, tout le monde n'a pas accepté cette opinion, car de nos jours vous trouverez encore dans le *Compendium de médecine* un article sur l'angine gangréneuse, dans lequel on proteste, comme je le fais en ce moment, sur le rapprochement erroné des angines ulcéreuses, gangréneuses et du croup. Nous avons en ce moment quatre enfants, les nos 2 et 7 de Sainte-Marguerite, les nos 1 et 28 de Sainte-Geneviève, qui sont affectés d'angine gangréneuse. Deux de ces angines accompagnent la scarlatine, et les deux autres sont primitives, indépendantes de tout exanthème. Or, à moins d'admettre que ces deux enfants sont affectés de *scarlatine sans éruption*, et par conséquent d'angine scarlatineuse sans scarlatine, ce que certains médecins systématiques ne manqueraient pas de faire, il faut donc reconnaître l'existence d'une angine ulcéreuse ou gangréneuse indépendante de toute éruption.

La petite fille du no 2 de Sainte-Marguerite est entrée avec une éruption pointillée, rouge, confluente, donnant lieu à une teinte rosée uniforme sur laquelle la rayure du doigt laissait momentanément une trace blanche, signe diagnostic important de la scarlatine, comme je vous l'ai appris. Elle avait en même temps la déglutition difficile; une amygdale volumineuse appréciable sous l'angle inférieur gauche de la mâchoire, et, à l'intérieur de la bouche, le pharynx rouge dépouillé d'épithélium; les deux amygdales assez grosses, surtout celle du côté gauche, qui offrait une perte de substance considérable. Vous l'avez vu, cette amygdale offrait à sa face interne une excavation irrégulière, profonde, dont les bords étaient déchiquetés, et les parois inégales couvertes d'une exsudation purulente, épaisse, sans odeur. La luette, volumineuse, était, dans le point correspondant à l'ulcère de l'amygdale, couverte d'une exsudation pultacée grisâtre. Il n'y avait point d'engorgement ganglionnaire du cou.

L'autre enfant, couchée au no 12 de la même salle, nous a offert une forme différente de scarlatine. Elle avait de la miliaire, chose fâcheuse, qui produit dans la convalescence une desquamation très-complète et très-générale pouvant devenir l'occasion d'accidents les plus graves. Son exanthème était formé de petits points rouges confluents, entourés d'une auréole inflammatoire; il donnait lieu à une teinte rosée générale de la peau sur laquelle la rayure du doigt produisait une *rayure blanche* passagère comme dans le cas précédent. C'est même chez cette enfant que vous m'avez vu écrire sur la peau le diagnostic de la maladie, puisque le mot de scarlatine, rapidement tracé avec le bout de mon crayon, s'est reproduit en trace blanche fugitive sur la surface des téguments.

Chez cette petite malade, la déglutition était difficile, le pharynx rouge, les amygdales très-grosses et leur face interne couverte le premier jour d'une eschare grisâtre, sans odeur, qui est tombée au bout de vingt-quatre heures, en laissant après elle une perte de substance profonde de 1 centimètre, à bords rouges déchiquetés, et dont le fond, inégal, anfractueux, était couvert d'une exsudation puriforme compacte.

C'était bien là, comme vous en avez pu juger, la reproduction fidèle de l'ulcère gangréneux indiqué par Arétée de Cappadoce, et connu dans les siècles précédents sous le nom d'*ulcère syriaque*.

Ces deux enfants ont été traitées, comme j'ai l'habitude de le faire depuis deux ans, par la glycérine en gargarisme, et par les applications topiques de glycérine faites jour et nuit toutes les heures. L'une d'elles, le no 2, a pris en même temps du chlorate de potasse, ce spécifique des maladies ulcéreuses, beaucoup trop vanté dans ces derniers temps contre l'angine couenneuse et dans le croup.

L'enfant couchée au no 1 de la salle Sainte-Geneviève, est depuis longtemps à l'hôpital pour une tumeur blanche du coude et pour des scrofules cutanées superficielles. Prise de malaise, de courbature et de fièvre, la gorge est devenue douloureuse et la déglutition difficile. Sur l'amygdale gauche s'est fait une ulcération assez grande, profonde, inégale dans ses contours, et creusée d'anfractuosités assez fortes. L'amygdale était très-volumineuse, appréciable sous l'angle de la mâchoire, mais sans engorgement ganglionnaire de la région du cou; la surface du corps n'a présenté et ne présente encore aucune trace d'éruption.

J'ai donné un vomitif au début, et l'on a continué avec du chlorate de potasse et des applications de glycérine.

Le no 28 enfin, entrée pour une carie scrofuleuse du scaphoide

---

n'est toutes, sont dans leur premier âge parasites des hyménoptères récoltants. Avant d'arriver à l'état de nymphe, la larve de ces insectes passe par quatre formes qu'on peut désigner sous les noms de *larve primitive, seconde larve, pseudo-chrysalide, troisième larve.* Le passage de l'une de ces formes à l'autre s'effectue par une simple mue, sans qu'il y ait de changement dans les viscères.

La *larve primitive* est coriace; elle se fixe sur le corps des hyménoptères, et se fait ainsi transporter dans la cellule pleine de miel où la femelle de l'hyménoptère doit déposer ses œufs. Arrivée dans la cellule, le parasite commence par détruire les œufs, et, alors, assurée de son existence, elle ne tarde pas à subir une transformation.

Elle devient *seconde larve*, et elle diffère totalement de la larve primitive sous le rapport de ses caractères extérieurs. Son enveloppe coriace a fait place à un tissu très-mou. Placée au milieu du miel que nous lui avons vu conquérir, elle en fait toute sa nourriture jusqu'au moment où elle sera soumise à un nouveau changement.

Le mouvement disparaît; le corps de la larve se recouvre de téguments cornés comparables à ceux des chrysalides; nous sommes en présence de la *pseudo-chrysalide*. Sur ses téguments, se dessinent une marque céphalique sans parties mobiles et distinctes, six tubercules, indices de pattes, et neuf paires d'orifices stygmatiques. Chez les sitaris, la pseudo-chrysalide est renfermée dans une sorte d'outre close formée par la peau de la seconde larve. Chez les méloés, elle est simplement à demi invaginée dans la peau fendue de la seconde larve.

La *troisième larve* produit, à peu de choses près, les caractères de la seconde. Elle est renfermée, chez les sitaris, dans une double enveloppe utriculaire, formée par la peau de la seconde larve et par la dépouille de la pseudo-chrysalide. Chez les méloés, elle est à demi incluse dans les téguments pseudo-chrysalidaires, fendus, comme ceux-ci le sont à leur tour, dans la peau de la seconde larve.

Telles sont les curieuses transformations que présentent les méloïdes. A partir de la troisième larve, les métamorphoses reprennent leurs cours habituels; la larve devient une nymphe et la nymphe un insecte parfait.

— Depuis quelque temps on se livre à Paris, au grand ébahissement de ses habitants, à un mode de transplantation d'arbres que beaucoup de personnes croient nouveau, tandis qu'il est au contraire très-anciennement connu.

Un docteur en droit, homme de grande érudition, M. de Beaupré, va nous donner sur cette question des renseignements qui ont une certaine valeur historique.

Dans l'ouvrage intitulé *Nouvelle maison rustique*, portant le millésime 1755, le sieur Liger donne la manière de transplanter les arbres tout grands (tome XI, pages 219, 375, 7e édition).

« J'ai parlé, dit Liger, du transport des petits arbres à la fin du chapitre précédent.

» Quant aux grands arbres, on ne savait autrefois les transplanter qu'en les levant avec la motte... Cette ancienne manière de les transplanter peut avoir lieu indifféremment avant l'hiver ou au commencement du printemps... *On renferme ces mottes dans des mannequins faits exprès*, pour qu'elles ne courent point de risque de s'ébouler en chemin...

» On doit toujours faire les mottes les plus grosses qu'on peut pour renfermer plus de racines, et en levant l'arbre, s'il y a moyen d'en conserver de longues, quoique pendantes hors de la motte, il faut les ménager; elles servent beaucoup à la reprise de l'arbre; on ne fait que les rafraîchir par le bout, les étendre et les garnir de terre en plaçant l'arbre et la motte dans le trou qu'on doit avoir préparé avant de l'enlever.

» ..... Pour transporter les gros arbres et leurs mottes, *il faut des machines faites exprès*, comme traineaux, *chèvres* ou charrettes à vis ou à chaines que des chevaux tirent....

» *On ne transplante plus d'arbres en mottes, si ce n'est pour garnir quelques places dans les belles allées des grands jardins*, pour y avoir des têtes plus tôt et égales à celles des autres arbres. »

Ces quelques lignes, dit M. Beaupré, extraites de pages qui contiennent de minutieux détails, nous prouvent qu'au commencement du dix-huitième siècle la transplantation des gros arbres, telle que nous l'opérons aujourd'hui, était en usage depuis 3 ou 400 ans, et pourrait remonter aux Grecs et aux Romains.

Cette hypothèse n'est pas sans fondement: il suffit de consulter le tome XXIII, p. 54, des *Secrets des arts* du docteur Quesneville, ouvrage rempli de détails du plus haut intérêt, pour trouver un chapitre de Mizauld intitulé: *De la manière de transplanter et transporter les arbres de lieu en lieu.* J. J. Vuecker, de Bâle, qui a publié son *Traité des secrets* en 1584, dit au bas de l'article de Mizauld que cet auteur a tiré lui-même ce qu'il dit des ouvrages de Columelle, Caton et Pline.

Comment ce mode de transplantation, qui remonte si haut, est-il tombé dans l'oubli? Porte-t-il avec lui quelques vices cachés? Il serait permis de le supposer: mais la grande expérience à laquelle on soumet ce procédé donnera bientôt le moyen de s'assurer si on a eu raison de le délaisser, ou si un de ces caprices de la science, comme on en a tant vu, est la seule cause d'un injuste abandon. Dr E. Renaud.

---

et de l'os malaire, pour des scrofulides ganglionnaires du cou et de la surface de la peau, a également été prise dans les salles par des malaises, de la courbature, de la fièvre et un mal de gorge intense. Dès le début, vous avez pu constater l'augmentation de volume des amygdales, leur rougeur, et à leur face interne deux plaques blanchâtres, peu épaisses, semblables à des plaques muqueuses syphilitiques. Le lendemain, ces plaques n'existaient plus; elles étaient remplacées sur chaque amygdale par deux énormes pertes de substance, par deux ulcères sordides, à fond inégal, couvert de muco-pus, et à bords rouges très-irréguliers. La région du cou était très-douloureuse, mais en raison des scrofulides ulcérées qui s'y trouvaient, il fut impossible de savoir si la douleur occasionnée par la pression était le résultat de la maladie ancienne ou de la maladie nouvelle. En tout cas, les amygdales étaient assez grosses pour être senties de chaque côté, sous l'angle de la mâchoire inférieure.

Tous ces faits que le hasard rassemble au même moment devant vous, en même temps qu'un exemple de véritable angine couenneuse au n° 21 de la salle Sainte-Marguerite et un exemple de croup au n° 8 de la même salle, méritent la plus sérieuse attention. — En effet, à côté de la véritable angine couenneuse, décrite sous le nom de diphtérite, vous avez la scarlatine avec son angine ulcéreuse et gangréneuse, et enfin l'angine gangréneuse primitive, distincte de toute autre maladie apparente.

N'oubliez pas ces faits, qui doivent être pour vous une lumière, et qui vous empêcheront dorénavant de confondre, comme on le fait trop de nos jours, depuis les travaux de Bard, de Bretonneau, de Guersant, sous le nom d'angine couenneuse, des angines ulcéreuses et gangréneuses qui doivent constituer des espèces distinctes, réclamant des soins particuliers et différents.

Sous quelle forme se présente donc cette angine ulcéreuse et gangréneuse? — Toujours avec une perte de substance des amygdales et sous forme d'ulcère irrégulière avec ou sans odeur. En effet, que la maladie soit primitive ou secondaire, on voit au premier jour une tache blanchâtre, grisâtre, sur les amygdales et sur la luette, et dès le lendemain une tache livide ou une perte de substance dans les parties molles. Cette tache blanchâtre ou livide, c'est l'eschare indiquée par les anciens, et la perte de substance, c'est l'ulcère qu'ils appelaient *ulcère syriaque*. On dirait à le voir une ulcération syphilitique, tant l'aspect en est sordide et tant les bords ou le fond sont irrégulièrement déchiquetés. Il y existe quelquefois de l'odeur, mais le plus souvent l'haleine est inodore, parce que la lésion est peu étendue, que l'eschare tombe vite et n'a pas le temps de se putréfier. L'odeur gangréneuse n'existe que si l'eschare reste longtemps en place ou si, comme cela arrive dans quelques cas graves, le sphacèle s'étend au voile du palais et au pharynx. L'ulcération des amygdales peut s'étendre et détruire la glande; elle gagne souvent la luette sans danger, le pharynx, mais alors la maladie est presque toujours mortelle. Au contraire, convenablement traitée, l'ulcération se limite, les bords se régularisent, le fond s'élève, et elle offre pendant plusieurs jours, trois, six ou huit environ, une cavité remplie de muco-pus que les contractions du pharynx, provoquées par l'abaisse-langue, expulsent plus ou moins complétement. Elle disparaît enfin complétement sans avoir provoqué d'engorgement ganglionnaire cervical ni d'abcès du cou.

Quand la maladie est simple, bénigne, les choses se passent comme je viens de vous le dire, et huit ou dix jours suffisent à une guérison complète des enfants. Il n'en est pas toujours ainsi. Il y a ici, comme dans toutes les maladies, un élément que l'organicisme et la micrologie ne vous feront jamais connaître; je veux parler de la malignité. Il y a de ces angines qui s'étendent, quoiqu'on fasse pour les arrêter; l'ulcération et le sphacèle gagnent de proche en proche; la fièvre augmente, et avec elle l'insomnie, la prostration et le délire; les malades vomissent et ont de la diarrhée; ils ne peuvent bientôt plus rien prendre; leur pouls devient misérable, leurs extrémités froides, et ils tombent dans un coma qui ne précède la mort que de quelques heures. C'est ce qu'on a si longtemps appelé des angines malignes, à cause sans doute de la malice qu'elles ont de résister aux efforts les mieux combinés de la thérapeutique.

Contre ces angines, que devez-vous faire? Je ne vous parlerai pas des dernières, contre lesquelles vous ne serez certainement pas plus heureux que vos prédécesseurs, et je ne veux m'occuper que du traitement des angines ulcéreuses et gangréneuses simples.

Cette distinction est d'autant plus nécessaire qu'il serait absurde d'appliquer ici les moyens que l'on oppose habituellement à l'angine couenneuse. Aussi ne vous parlerai-je pas des cautérisations par l'acide nitrique et hydrochlorique, par le fer rouge et le cautère chauffé à l'eau bouillante récemment préconisés, médications inutiles dans l'espèce et par cela même nuisibles aux malades. Employez ces moyens, ou, comme je le fais, l'amputation des amygdales dans la véritable angine couenneuse, rien de mieux; mais dans l'angine ulcéreuse et gangréneuse, les remèdes généraux et locaux peuvent suffire.

L'ipécacuanha et le tartre stibié doivent commencer le traitement, l'un à la dose de 30 à 60 centigrammes dans 15 grammes de sirop d'ipécacuanha ordinaire, et l'émétique à la dose de 25 milligrammes à 1 centigramme, ou plus, selon que vous désirez produire un effet vomitif ou contro-stimulant. C'est au début la meilleure médication à mettre en usage. Les secousses de vomissement et les contractions pharyngées qui en résultent compriment vigoureusement les amygdales, et en font sortir les détritus gangréneux, le muco-pus et les exsudations qui s'y peuvent produire. Elles ont aussi pour effet de combattre l'état saburral et l'embarras gastrique inséparables dans cet état morbide.

Ces médicaments ont en outre un effet antiphlogistique incontestable, le tartre stibié surtout; mais sous ce rapport il faut en augmenter la dose, et atteindre le chiffre de 15 à 20 centigrammes, comme on le fait dans la pneumonie fibrineuse. De tous les antiplastiques, de tous les résolutifs d'inflammation aiguë, de tous les contro-stimulants, l'émétique est le plus efficace et le plus constant dans son action. Vous avez vu aux nos 8 et 6 de la salle Sainte-Marguerite des enfants de deux à cinq ans qui ont pris des doses aussi fortes sans dommage et même sans trouble physiologique, sans qu'il se soit produit de vomissements ni d'évacuations alvines.

Une fois ce premier résultat obtenu, je ne reviens aux vomitifs que dans les cas d'indication spéciale, et j'ai recours soit aux seules applications topiques de glycérine, soit à la médication combinée de la glycérine et du chlorate de potasse. Voilà bientôt trois ans que j'emploie la glycérine dans l'angine ulcéreuse et gangréneuse, et plus de quarante observations m'en ont démontré les avantages. On barbouille toutes les heures, jour et nuit, le pharynx et les amygdales avec un pinceau trempé dans de la glycérine pure, et si les enfants sont assez grands, ils se gargarisent avec cette substance.

C'est merveille de voir les parties se nettoyer de toute exsudation pelliculaire et purulente sous l'influence de ce topique et de voir la rapidité de la cicatrisation dans les pertes de substance subies par les amygdales. Tous les produits albumineux de sécrétion se dissolvent rapidement dans la glycérine et la plaie qui succède aux escbares de l'angine reste aussi nette et aussi propre qu'une plaie ouverte et superficielle soumise au pansement glycériné. Nombre de fois la glycérine seule a suffi à la guérison des angines ulcéreuses et gangréneuses semblables à celles que vous observez en ce moment, et les nos 1, 2 et 12 de Sainte-Marguerite guérissent sous l'influence de ce moyen. Ailleurs, j'emploie les applications de glycérine combinées au chlorate de potasse pris à l'intérieur, parce que ce médicament, étant un spécifique de la diathèse ulcéreuse aiguë, me paraît donner aux enfants plus de chances d'arriver à une guérison rapide et sûre. Vous avez vu ici les avantages de ces deux médications, soit des applications exclusives de la glycérine, soit de ces mêmes applications topiques combinées aux bons effets du chlorate de potasse, et vous voyez que toutes les deux réussissent également bien. Chez ces enfants, une fois l'eschare tombée, vous avez pu voir une perte de substance énorme, une trouée de l'une ou des deux amygdales, remplie de muco-pus, se régulariser très-vite d'un jour à l'autre. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les bords irréguliers et déchiquetés de l'ulcération s'arrondissent et s'affaissent, le fond perd sa couleur grise et ses aspérités saignantes, la surface devient rose, et, les jours suivants, par un travail réparateur continu, la plaie se cicatrise et se recouvre d'épithélium en laissant à la surface des amygdales quelques aspérités plus ou moins apparentes. Ce que vous avez vu sur quatre malades, vous l'observerez sur tous ceux que le hasard enverra dans mes salles, s'ils présentent la même forme d'angine, et les résultats seront toujours et partout les mêmes.

Il me reste à vous parler maintenant de l'angine couenneuse à propos de la diphthérite du n° 21 et du croup placé au n° 8, où vous voyez une trachéotomie au dixième jour et en voie de guérison. Ce sera l'objet d'une prochaine leçon. J. A.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 avril 1858. — Présidence de M. Despretz.

Rôle des principaux éléments du sang dans l'absorption ou le dégagement des gaz de la respiration. — M. Em. Fernet communique sous ce titre un mémoire qui fait suite à ses recherches précédentes sur le même sujet. On se rappelle que M. Em. Fernet a communiqué dans la précédente séance les résultats de recherches expérimentales entreprises dans le but de déterminer quelle action exerce le sérum du sang sur les gaz avec lesquels il se trouve en présence dans le phénomène de la respiration. Il a indiqué, comme résultat principal, que le sérum n'est pas seulement un liquide contenant les éléments de la nutrition, mais que c'est encore un liquide dont la constitution chimique est appropriée au maintien d'un équilibre particulier pour chacun des gaz auxquels il doit servir de véhicule. Tout porte à croire même, ajoute l'auteur, que, dans les cas où l'on observe des perturbations apportées dans la respiration par des changements dans les proportions des substances dissoutes, elles sont dues bien plutôt à une différence d'action du liquide sur les gaz, qu'à une différence de densité altérant la constitution des globules. Toutefois, le sérum n'étant qu'un intermédiaire qui dégage, sous de simples actions physiques, les gaz qu'il a absorbés, il restait à chercher quelle est l'influence des globules que ce liquide tient en suspension. C'est ce qui fait l'objet de ce second mémoire.

Dans ces nouvelles recherches M. Fernet a constaté que la présence des globules n'influe pas d'une manière sensible sur l'absorption de l'acide carbonique, qui se fait comme dans le sérum lui-même. Au contraire, les volumes d'oxygène absorbés sont si considérables, que ces expériences se distinguent par là immédiatement de celles qui sont relatives au sérum : en outre, les quantités totales absorbées semblent au premier abord indépendantes de la pression, le volume chimiquement combiné étant presque cinq fois égal au volume dissous sous une pression atmosphérique. Si l'on songe maintenant que l'oxygène de l'air exerce une pression qui entre seulement pour un cinquième dans la pression totale, le volume d'oxygène fixé par les globules deviendra environ vingt-cinq fois égal à celui qui est dissous dans le sérum.

C'est donc réellement dans les globules qu'il faut voir le véritable régulateur de la respiration : c'est à leur présence dans le sang, que l'homme ou les animaux voisins doivent d'absorber à très-peu près la même quantité d'oxygène, quelle que soit la pression, sur le sommet des montagnes et dans les plaines, etc.

Tous les résultats qui précèdent me paraissent jeter une nouvelle lumière sur un grand nombre de faits déjà acquis à la pathologie ou à la physiologie comparée.

Par exemple, la similitude d'action des phosphates et des carbonates s'accorde avec cette remarque, que les carbonates alcalins peuvent être remplacés dans le sang par des phosphates, sans qu'il en résulte de perturbations.

D'un autre côté, les proportions de ces deux genres de sels pris ensemble ont toujours été trouvées moindres dans les cas pathologiques où la combustion physiologique paraît entravée : dans les phlegmasies, dans la fièvre typhoïde, dans la phthisie.

Au contraire, une augmentation considérable dans la proportion des chlorures, comme celle qui se produit dans le choléra ou dans le scorbut, coïncide avec une diminution dans la quantité d'oxygène absorbée; dans des cas très-graves, la quantité absorbée s'est abaissée au tiers de la proportion normale.

Quant à l'action exercée par les globules, on sait depuis longtemps quelle est l'influence des causes pathologiques qui en font varier le nombre, et quelles différences présentent au point de vue de l'activité de la respiration les divers groupes de vertébrés chez lesquels ces corpuscules varient en nombre ou en dimensions. J'ai constaté après M. Marchand (1) que cette absorption d'oxygène n'a cependant pas pour conséquence immédiate la formation d'acide carbonique, et que le sang privé de gaz peut être traversé longtemps par un courant d'oxygène, sans que le gaz à sa sortie trouble aucunement l'eau de chaux. Il paraît donc y avoir, au moins dans la première phase du phénomène, combinaison pure et simple.

Cette combinaison est accusée par une coloration vermeille, et je ferai remarquer en terminant que les résultats précédents sur l'action des solutions salines expliquent de la manière la plus simple ce fait connu, que l'addition de certains sels produit le même changement de couleur.

Existence du glycose dans l'organisme animal. — MM. Poiseuille et Lefort adressent une note supplémentaire à leur mémoire sur l'existence du glycose dans l'organisme animal.

Après avoir démontré, en s'appuyant sur un grand nombre de faits consignés dans leur travail, que la *glycogénie intestinale* n'était pas plus admissible que des glycogénies splénique, ganglionnaire, etc., etc., et cela par l'absence de toute formation de sucre dans ces divers points de l'économie, les auteurs se sont placés sur le terrain même des partisans de la glycogénie intestinale, et ils ont examiné les circonstances ou épiphénomènes sur lesquels ceux-ci ont pensé pouvoir l'établir.

Ils ont constaté que la lymphe, chez les animaux en digestion, offre du sucre en quantité plus ou moins considérable, et le glycose qu'elle contient est toujours en quantité supérieure à celle que présente le chyle du même animal; c'est précisément le contraire qui semblerait devoir arriver, si les parois intestinales étaient une source de glycose.

Ils ont vu en outre que les quantités de sucre contenues dans le liquide sont loin d'être beaucoup moindres que celle offerte par le chyle d'un vaisseau mésentérique provenant directement de l'intestin, et c'est ce qui devrait avoir lieu si les parois de l'intestin donnaient du sucre.

Mais l'une des expériences relatées dans cette note vient confirmer pleinement la manière de voir des deux auteurs, puisque le sucre de la lymphe, au lieu d'être en plus petite quantité que celui constaté dans le chyle émané directement de l'intestin, est au contraire en quantité plus considérable.

Les parois intestinales ne jouissent donc nullement de la propriété de produire du sucre, comme on l'a démontré pour le foie.

Ainsi, pendant la digestion, tout le sucre qui vient du foie ne se trouvant pas entièrement détruit en allant de cet organe aux poumons, une partie passe dans le sang artériel, et alors tous les organes en reçoivent; mais les vaisseaux lymphatiques viennent incessamment en absorber et le reporter d'une part dans la veine sous-clavière droite, d'autre part dans la sous-clavière gauche par le canal thoracique, pour le mettre en contact avec le sang veineux de la veine-cave supérieure, comme le font les veines sus-hépatiques à l'égard du sang de la veine-cave inférieure. Ceci est éventuel, temporaire chez les carnivores dont le sang artériel ne contient pas de sucre dans l'intervalle des digestions; mais c'est un état permanent chez les herbivores, qui, par la nature de leurs aliments, sont toujours pour ainsi dire en digestion. Aussi trouve-t-on communément chez eux du glycose dans le sang artériel, et par conséquent dans la lymphe.

Circulation sanguine. — M. Marey adresse un deuxième mémoire ayant pour objet l'étude de la contractilité vasculaire et de son application à la pathologie.

L'auteur commence par rappeler les expériences décisives sur lesquelles la contractilité vasculaire, longtemps contestée, est maintenant bien établie; et il se propose de faire ressortir l'analogie de cette contractilité avec celle des muscles de la vie animale, ce qui s'explique par leur dépendance commune du système nerveux grand sympathique.

Etant admis, dit-il, que les vaisseaux peuvent changer de calibre par cette force vitale qui leur est propre, il s'agit de chercher quel est l'effet de ces changements sur la quantité de l'écoulement, ce qui nous conduira à connaître le rôle de la contractilité vasculaire dans la circulation. La physique nous apprend que le resserrement des vaisseaux ralentit l'écoulement.

Admettant donc, comme premier principe, que la contraction des vaisseaux fait obstacle au cours du sang, la contractilité devient dès lors une force par laquelle les vaisseaux peuvent régler leur circulation

(1) R. F. Marchand, *Ueber die Einwirkung des Sauerstoffes auff das Blut, und seine Bestandtheile* (*Journ. für prakt. Chem.* Leipsick, 1845, band XXXV, seite 385).

et lutter contre la tension intérieure. Dans quel cas agit cette force? C'est ce qu'il a cherché à résoudre par des expériences instituées sur lui-même.

De la première expérience, il résulte :

1° Que la contraction des vaisseaux se met en rapport d'intensité avec la tension intérieure, et que dans le cas de tension inégale (comme sous les influences de la pesanteur) il y a dans la force de contraction vasculaire des *inégalités compensatrices*.

2° Dans le cas où pendant longtemps la pesanteur cesse d'agir, la répartition de la contractilité s'égalise dans les différents points du corps (ainsi que cela se voit après un séjour au lit très-prolongé); aussi, quand la pesanteur agit de nouveau, elle amène des perturbations, car les vaisseaux de la tête sont trop contractés et les vaisseaux des jambes le sont trop peu. (La syncope et la rougeur des jambes qui arrivent chez les malades qui se lèvent pour la première fois après un long séjour au lit, sont une preuve de ce changement dans la contractilité.)

Passant à un deuxième ordre d'expériences sur l'action des *excitants directs* de la contractilité vasculaire, l'auteur n'étudie que les principaux :

1° Contacts extérieurs (qu'il réunit sous le nom de *traumatisme;*

2° Changements de température (*froid* et *chaud*);

3° Action de l'électricité.

D'après ces expériences, des lois communes régissent les effets de tous ces agents ;

1° Une excitation modérée *fait contracter* les vaisseaux ;

2° Une excitation forte *épuise la contractilité* et amène la dilatation ;

3° Les parties longtemps soumises à un excitant en sont moins impressionnées, par suite de ce que nous appellerons l'*accoutumance*.

Le résultat des expériences rapportées dans ce mémoire a conduit l'auteur à considérer toute rougeur congestive (lorsqu'elle n'est pas due à un obstacle au retour du sang veineux), comme un effet de la débilité des vaisseaux, comme un phénomène *passif*. Il applique à l'inflammation elle-même, dans sa période congestive, cette *doctrine de la passivité* qui lui semble un progrès vers la vérité, en vertu de ce grand principe de logique scientifique, qu'il ne faut pas multiplier sans nécessité les êtres de raison.

Après avoir cherché les preuves de la *passivité* de la congestion phlegmasique dans les phénomènes inflammatoires eux-mêmes, l'auteur examine les avantages de la théorie de la passivité pour l'interprétation de certains faits qui s'expliquaient très-mal lorsque l'inflammation était une *activité exagérée* des tissus.

Lorsque la seule force vitale que possèdent les tissus, la *contractilité*, est détruite, les forces physiques agissent en souveraines pour modifier ou diriger l'inflammation. La tendance, mystérieuse autrefois, des inflammations à se porter vers la surface cutanée, n'est plus qu'un effet de la pression extérieure moindre de ce côté. L'étranglement des tissus confinés dans un espace inextensible n'est plus que l'occlusion des veines comprimées par la tension artérielle que la contractilité n'entrave plus. Il n'y a pas jusqu'à la tendance des congestions à la résolution spontanée qui ne s'explique par la loi physiologique de l'*accoutumance*, qui fait acquérir aux vaisseaux une innervation plus puissante lorsqu'ils sont longtemps soumis aux causes de débilitation.

Moyen de prévenir les accidents que développe chez les ouvriers l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur. — M. H. MASSON adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les termes suivants :

On peut absorber les vapeurs de sulfure de carbone au moyen :

1° De solutions caustiques;

2° De la chaux vive;

3° De l'hypochlorite de chaux pulvérulent.

Mais de toutes ces substances celle qui convient le mieux, au triple point de vue de l'efficacité, de l'économie et de la simplicité de manipulation, c'est la chaux vive. Il suffirait, en effet, d'établir dans les endroits les plus bas des ateliers des caisses en bois pleines de chaux qu'on aurait soin de renouveler de temps en temps

Emploi du sulfate de chaux et de plomb dans le travail des dentelles. — Le même auteur adresse l'addition suivante à un précédent mémoire sur ce sujet :

Depuis ma première communication sur ce sujet, plusieurs faits ont de nouveau démontré la nécessité de renoncer à la céruse pour ce genre de travail. Il y a quelques jours, on constatait à Bruxelles la mort d'une dentelière de vingt ans, empoisonnée par le carbonate de plomb, ainsi que l'a prouvé l'analyse toxicologique. L'emploi de la céruse est malheureusement encore plus suivi qu'on ne le pense, et il est vrai que presque toutes les préparations essayées jusqu'ici, *talc de Venise, magnésie, sulfate de baryte*, etc., ne peuvent remplacer le carbonate de plomb. Le *sulfate de plomb* seul semble posséder les propriétés adhésives de la céruse, dont il n'a point les propriétés délétères, ainsi que l'a très-bien observé Orfila, qui constate dans ses ouvrages que le sulfate de plomb peut être avalé impunément à haute dose.

Tentative de suicide par les allumettes chimiques. — M. LEGRAND DU SAULLE communique le fait suivant :

Le 25 mars 1858, à une heure de l'après-midi, je fus mandé en toute hâte chez le sieur X..., tailleur, dont la fille, âgée de dix-sept ans, venait d'ingérer, à la suite de contrariétés très-vives, une assez forte dose de phosphore qu'elle avait détachée d'un grand nombre d'allumettes chimiques. Je trouvai la malade en proie à une violente agitation; elle versait d'abondantes larmes, et repoussait énergiquement toutes les personnes qui tentaient de s'approcher d'elle. J'administrai à cinq reprises différentes, et distantes chacune de cinq à six minutes, un paquet de 3 centigrammes de tartre stibié dans 100 grammes d'eau tiède environ. Au moment où j'allais recourir à une sixième dose d'émétique, des vomissements extrêmement abondants survinrent, et la jeune fille fut sauvée.

Aujourd'hui (3 avril), à part quelques traces de phlegmasie très-légère du côté de la membrane muqueuse de l'estomac, la malade va bien, mais les idées de suicide persistent.

Le 4 octobre 1855, j'avais été également appelé chez le sieur X.... pour assister l'aîné de ses deux enfants, âgé de dix-huit ans, qui, sans causes connues, venait de se pendre dans une imprimerie voisine. A mon arrivée, je ne trouvai qu'un cadavre.

Je ne prétends tirer ici aucune induction de ce rapprochement, car des auteurs beaucoup plus compétents que moi, — et notamment M. le docteur Brierre de Boismont, — ont su faire valoir la triste influence des prédispositions au suicide chez certaines familles, dont la mort volontaire finit par détruire un à un tous les membres. Je désire seulement appeler à mon tour l'attention de l'Académie des sciences sur le très-grand danger de la fabrication des allumettes chimiques avec le phosphore ordinaire; sur la fréquence des suicides ou des tentatives de suicide à l'aide de ce moyen, et cela, surtout depuis deux ou trois ans; sur la nécessité de ranger les allumettes chimiques parmi les substances vénéneuses, et sur le besoin urgent, — comme l'ont d'ailleurs si bien démontré MM. Chevallier et Poirier, — de remplacer le phosphore ordinaire par le phosphore rouge amorphe.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un opuscule de M. le professeur Tigri sur les granulations graisseuses considérées comme élément morphologique des capsules surrénales et sur la teinte rosée que prennent ces organes traités par quelques réactifs.

M. Cl. Bernard est invité à prendre connaissance de ce mémoire et à en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

DIFFÉRENCE

entre les deux principales espèces du mal vertébral (1).

Par M. le docteur P. BROCA.

Après cela, il importe assez peu qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de suppuration véritable dans les cas où le mal vertébral tuberculeux guérit sans abcès apparent. S'il était démontré que la suppuration est constante, la différence entre cette affection et la carie serait moins radicale peut-être, mais ne serait ni moins évidente pour le clinicien ni moins réelle pour l'anatomo-pathologiste. Qu'il existe ou non, sur les côtés de la colonne vertébrale, de petites collections plus ou moins purulentes, c'est tout un pour le clinicien ; il ne s'inquiète que de ce qui donne lieu à quelque symptôme, à quelque indication, ou à quelque effet appréciable, et il évitera toujours de confondre les cas où les abcès se manifestent à lui comme un accident menaçant, de ceux où la suppuration ne peut être admise qu'au moyen d'un raisonnement plus ou moins subtil. L'anatomo-pathologiste, de son côté, faisant l'autopsie des individus guéris depuis quelque temps du mal vertébral tuberculeux, trouve souvent les vertèbres affaissées et soudées sans aucune trace d'abcès. Il en conclut, ou bien qu'il n'y a pas eu d'abcès, ou bien que l'existence d'une suppuration antérieure est problématique, hypothétique et indémontrable, et que, dans l'un ou l'autre cas, la guérison s'est effectuée par un mécanisme entièrement incompatible avec les caractères bien connus de la carie.

Toutefois, les autopsies sans abcès et sans vestiges d'abcès ont été interprétées d'une manière différente par plusieurs de nos collègues. Il n'y a pas de pus, disent-ils, mais il a *dû* y en avoir autrefois. Si on leur demande pourquoi, ils répondent que le pus *peut* se résorber sans laisser de traces. Fort bien ; cela prouve qu'il a *pu* y avoir un abcès, cela ne prouve pas que cet abcès ait existé. Jusqu'ici je ne vois qu'une supposition là où j'attendais une preuve. On ajoute, il est vrai, que d'autres autopsies, faites dans des cas moins heureux ou moins avancés vers la guérison, ont révélé l'existence d'abcès tuberculeux. Cela est incontestable et incontesté ; mais de ce que ces abcès existent quelquefois, il n'en résulte pas qu'ils doivent exister toujours. Il est bon d'ailleurs de s'entendre sur la signification de ce mot, un peu vague, d'*abcès tuberculeux*.

Dans l'origine le tubercule crû, formant une masse solide et à peu près sphérique, remplit exactement une cavité creusée dans l'épaisseur du corps vertébral; plus tard il se ramollit graduellement et se change en une matière encore assez dense, semblable, par sa consistance et sa couleur, au mastic des vitriers. Cette collection encore contenue dans l'os, n'est évidemment pas un abcès. Peut-elle se résorber entièrement sur place, sans s'ouvrir à l'extérieur? Cela est douteux. Quoi qu'il en soit, le plus souvent, si ce n'est toujours, le tissu osseux se laisse absorber de dedans en dehors, ou cède à une pression mécanique, et la collection arrive sous le périoste; puis le corps vertébral, dont la résistance est diminuée, s'affaisse, et la caverne s'aplatit en expulsant son contenu, qui vient former sous le périoste une saillie à large base; mais en changeant de place la matière tuberculeuse n'a pas changé de nature, et ce serait faire abus de langage de donner le nom d'abcès à ces collections sessiles, pleines d'une substance caséiforme, qui est du tubercule et non du pus. Si c'est cet état que l'on invoque pour prouver la constance des abcès, c'est à peu près comme si l'on disait qu'il n'y a pas de tubercule sans tubercule, chose qu'assurément je n'ai point l'intention de nier; mais alors, comme il s'agit avant tout de s'entendre sur les mots, il faut ajouter que ces prétendus abcès diffèrent entièrement par leur origine et par leur nature de ceux qu'on observe dans les autres affections vertébrales. Ils en diffèrent surtout par leur évolution ultérieure, et, en particulier, par leur tendance à la résorption.

La résorption des dépôts purulents proprement dits est un fait tellement rare, qu'on en a longtemps nié la possibilité. Personne aujourd'hui ne se refuse à l'admettre, mais ce phénomène est considéré à juste titre comme tout à fait exceptionnel. Si les abcès que l'on voit se résorbent si difficilement, il serait au moins singulier qu'il en fût autrement de ceux qu'on ne voit pas. Il serait singulier surtout qu'un privilége spécial fût accordé sous ce rapport aux abcès symptomatiques du mal vertébral, car on ne voit guère comment le voisinage d'une lésion osseuse pourrait favoriser la résorption du pus, contrairement à toutes les lois connues. Or, la résorption des petites collections tuberculeuses dont je parlais tout à l'heure, s'effectue évidemment toutes les fois que le mal vertébral guérit sans suppuration appréciable, c'est-à-dire très-souvent; cela seul, au besoin, suffirait pour prouver que ce ne sont pas des abcès.

Cette résorption, toutefois, est loin d'être constante. Souvent la matière tuberculeuse collectée sous le périoste provoque autour d'elle un travail de suppuration ; la poche se dilate, s'allonge, et prend, suivant l'expression de Paletta, la forme d'une sangsue gorgée suspendue à l'orifice de la caverne osseuse. En même temps la consistance du contenu diminue ; c'est une bouillie dense, légèrement jaunâtre, mélange de pus et de tubercules ; c'est là le véritable abcès tuberculeux. Ces collections mixtes se résorbent moins souvent que les tubercules non mélangés de pus, mais bien plus souvent que le pus sans mélange de tubercules. A mesure que la collection s'accroît et que la quantité relative de pus devient plus grande, la tendance à la résorption diminue. Enfin, lorsque la sécrétion du pus continue à s'effectuer, la poche se dilate, descend dans les interstices celluleux ou dans les gaînes musculaires, devient appréciable au toucher et à la vue, et se comporte anatomiquement comme les abcès par congestion symptomatiques de la carie, avec cette différence toutefois que la suppuration, n'étant fournie que par la membrane pyogénique, au lieu d'être entretenue par un os carié, a plus de chances de s'arrêter, de se tarir, et de faire place à un travail d'absorption. On notera, en effet, que les belles observations de M. Bouvier sur la résorption des abcès par congestion, terminaison à peine connue avant ses travaux, et dont nous trouvons un nouvel exemple dans le récent mémoire de M. Gillebert d'Hercourt, on remarquera, dis-je, que ces observations ont été recueillies chez des enfants qui présentaient d'ailleurs tous les autres symptômes du mal vertébral tuberculeux.

Je ne suis pas en mesure d'apprécier, même approximativement, la proportion relative des cas où les tubercules vertébraux produisent de grands abcès, et de ceux où ils guérissent sans abcès appréciable ; mais je puis dire du moins, sans craindre de me tromper, que les cas de cette seconde catégorie sont très-communs, car la plupart des gibbosités médianes reconnaissent une semblable origine.

Il est une autre question de fréquence relative tout aussi incertaine pour moi que la précédente. J'ai dit que les guérisons sans abcès apparent renferment à la fois les cas où il n'y a aucune suppuration véritable, et ceux où un petit abcès tuberculeux latent est graduellement et complétement résorbé. Quelle est la plus commune de ces deux éventualités également heureuses? Je l'ignore, et toutefois je suis disposé à croire que c'est la première. La matière tuberculeuse me paraît, en effet, plus facile à résorber lorsqu'elle est à l'état de pureté que lorsqu'elle est mêlée à une notable quantité de pus. Il est d'ailleurs digne de remarque que le mal vertébral tuberculeux de la région cervicale guérit très-souvent sans abcès appréciable ; M. Marjolin nous a même dit, dans une de nos dernières séances, que c'est le cas le plus ordinaire, et, à l'appui de cette assertion, il nous a cité trois faits qu'il a actuellement sous les yeux. Or, chez les enfants, à travers les chairs amaigries du cou, une petite collection fluctuante, fût-elle moins grosse qu'une noix, serait facile à reconnaître, si elle existait réellement ; il est donc fort probable que les malades de M. Marjolin ont eu seulement des foyers tuberculeux sans suppuration véritable. S'il est vrai, comme il nous l'a dit, et comme je le pense, que les cas de ce genre soient plus communs que ceux où on trouve de la fluctuation, il est permis de supposer que la proportion est à peu près la même lorsque les tubercules sont situés un peu plus bas et qu'ils occupent les corps vertébraux de la région dorsale ; mais je ne donne cela que comme une supposition. Cette question d'ailleurs n'a qu'un intérêt fort secondaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Errata du précédent article. — Le 4e alinéa de la dernière colonne de la page 167, commençant par ces mots : *Je ne m'occuperai pas de la carie*, doit être placé avant celui qui précède et qui commence par ces mots : *Je crois pouvoir me dispenser d'établir...*

En outre, la première phrase de l'alinéa de la 1re colonne de la page 168 doit être rétablie de la manière suivante :

« Dans l'affection tuberculeuse, en effet, la suppuration, loin d'être
» comme dans la carie, un phénomène initial et inévitable, est, au con-
» traire, un phénomène consécutif accidentel; consécutif, puisqu'il ne
» se manifeste jamais avant la période de ramollissement; accidentel,
» puisque dans certains cas il fait complétement défaut. »

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* du 11 avril publie la note suivante :

» On s'est demandé si les sociétés de médecine de province sont comprises dans les dispositions de l'arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes concernant la nouvelle organisation du comité des travaux historiques et des sociétés savantes. Aucun doute ne peut exister sur ce point. Ces compagnies participent aux conditions spécifiées dans la décision ministérielle du 22 février, qui a pour but de donner aux travaux des diverses sociétés savantes de l'Empire l'importance et la publicité dont ils sont dignes. »

— Le corps médical est affligé depuis quelque temps de pertes réitérées. Nous apprenons encore la mort de deux regrettables confrères, M. Rolland, professeur à l'École préparatoire de Toulouse, et M. Bédor, médecin de l'hôpital de Troyes. On nous annonce aussi que M. le docteur Gros (de Moscou), notre compatriote, auteur de travaux estimés, vient d'être enlevé par une mort subite.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le 14 avril. — Les premières leçons seront consacrées à l'exposition et à la discussion des différentes doctrines médicales.

— M. Gosselin, chargé du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine, le commencera le mercredi 14 avril à trois heures. Il traitera pendant ce semestre des maladies chirurgicales du cou, de la poitrine et de l'abdomen.

— M. Le Roy-d'Etiolles père commencera son cours public d'uropathie, mardi 20 avril, à quatre heures du soir, et le continuera les mardis suivants, au Cercle des sociétés savantes, quai Malaquais, 3. — Les leçons auront particulièrement trait à la lithotritie, aux maladies de la prostate et aux stenosis.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 44. — JEUDI 15 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 44. — JEUDI 15 AVRIL 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT : PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 AVRIL 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après plusieurs rapports de M. Henry sur les eaux minérales et de M. Chatin sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'iode, l'Académie a repris la discussion sur la fièvre puerpérale. M. Cazeaux a eu le bon esprit de ne pas refaire la symptomatologie de la fièvre puerpérale, déjà faite et très-bien faite au moins deux ou trois fois depuis le commencement de cette discussion. Mais sauf ce point, sur lequel il ne lui restait plus guère rien à apprendre ni à lui ni aux autres, M. Cazeaux a touché à peu près à toutes les questions de l'histoire de la fièvre puerpérale : anatomie pathologique, nature de la maladie, détermination nosologique, contagion, traitement curatif et préservatif, etc. Sur le point le plus controversé, la nature de la maladie, M. Cazeaux s'est tout d'abord placé très-carrément dans le camp des localisateurs. Les arguments qu'il a fait valoir à l'appui de cette opinion, dans la première partie de son discours, ont déjà été en grande partie produits par M. Beau. Nous ne faisons point un reproche à M. Cazeaux de les avoir réintroduits dans la discussion en les étayant de sa propre autorité : le poids de son opinion ne pouvait évidemment qu'ajouter encore à leur valeur ; mais ce que nous pourrions lui reprocher, si nous défendions la même cause que lui, c'est d'avoir pris le soin de réfuter lui-même, dans la seconde partie de son discours, tout l'échafaudage d'arguments si laborieusement édifié dans la première.

Rien, du reste, ne prouve mieux les difficultés du sujet que ces sortes de contradictions, si fréquentes dans les discussions académiques. Si nous pouvions parvenir, en reprenant les deux parties de ce discours, à mettre M. Cazeaux d'accord avec lui-même, nous croirions avoir beaucoup avancé la solution de la question, car il n'y aurait plus de dissidence fondamentale. Tout est là en effet : faire la part aux lésions locales, à l'altération préalable des liquides, que M. Cazeaux reconnaît lui-même comme le fait capital de la puerpéralité, et à cette influence épidémique inconnue, à ce *quelque chose de plus* qui, de son avis, existe dans toute maladie inflammatoire épidémique..... Mais nous entrons dans une discussion que nous nous sommes interdite jusqu'ici. Bornons-nous à constater l'effet qu'a produit sur nous le discours de M. Cazeaux, et réservons la discussion pour plus tard.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. GOSSELIN.

Du traitement de la fistule lacrymale.

La malade à l'occasion de laquelle M. Gosselin a exposé ses opinions sur le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales est une femme enceinte de six mois, qui portait une tumeur lacrymale volumineuse avec un épiphora des plus gênants, et qui pour diverses raisons désirait être débarrassée avant son accouchement.

Dans une première séance, la malade étant couchée et bien endormie avec le chloroforme, l'incision du sac fut faite conformément à la méthode de J. L. Petit, et suivant les règles ordinaires. Un clou de plomb de petite dimension fut ensuite introduit et laissé à demeure. Deux autres clous plus volumineux furent successivement placés pendant les quinze jours qui suivirent, et chaque fois M. Gosselin eut soin de faire par la voie artificielle une injection pour s'assurer que le liquide tombait bien dans le pharynx et la fosse nasale, et qu'en conséquence la voie naturelle était rétablie.

Au bout de ce temps, la malade fut endormie de nouveau avec le chloroforme, et une canule d'argent du n° 10 fut placée dans le canal.

Les jours suivants, une injection fut faite d'abord par la plaie non encore cicatrisée et ensuite par le point lacrymal inférieur. Pendant les premiers temps, le liquide ne s'écoulait pas de suite dans le pharynx, probablement parce que la canule était légèrement obstruée par le pus. Mais dans les derniers jours, l'inflammation et la suppuration ayant cessé, l'eau poussée par le point lacrymal tombait immédiatement dans la gorge et était avalée. La malade sort conservant à peine de l'épiphora, et n'ayant ni tumeur, ni fistule, ni dépression difforme au grand angle de l'œil.

C'est la troisième fois depuis quelques mois, dit M. Gosselin, que vous me voyez traiter de cette manière la fistule lacrymale, et je saisis cette occasion pour vous donner quelques explications sur les motifs qui me font donner la préférence à la méthode de la dilatation au moyen d'une canule. Tous les observateurs ont reconnu que la tumeur et la fistule lacrymales étaient difficiles à guérir radicalement et définitivement, et parmi les nombreux moyens de traitement que vous trouvez indiqués dans les auteurs, trois sont encore employés de nos jours sans que tout le monde puisse s'entendre sur le moins défavorable des trois ; je veux parler du séton, de la cautérisation du sac et de la canule.

Je n'emploie pas le séton, quoiqu'il ait ses avantages, parce qu'il ne peut réussir qu'à la condition d'être continué pendant cinq ou six mois. Or, pour les malades de l'hôpital, c'est un inconvénient de les tenir pendant un temps aussi long dans nos salles à l'occasion d'une maladie assez légère. Pour les malades de la ville, les femmes surtout, l'obligation d'avoir continuellement un fil sur la joue est un inconvénient non moins grand. Pour tous la nécessité d'un pansement journalier est un assujettissement désagréable, et souvent une cause de douleurs.

Je n'ai pas encore employé la cautérisation du sac en vue de l'oblitérer complétement, malgré les succès qu'elle paraît avoir donnés à plusieurs chirurgiens de notre époque, 1° parce qu'il me paraît difficile de réussir à coup sûr et qu'on a dû avoir quelquefois des insuccès dont on n'a pas parlé ; 2° parce que j'ai vu plusieurs malades qui avaient été traités de cette façon et qui conservaient une dépression assez difforme au grand angle de l'œil avec un épiphora plus prononcé qu'après l'emploi des autres méthodes ; 3° surtout parce que l'opération telle que vous me l'avez vu mettre en usage ne m'a donné jusqu'à présent que de bons résultats. Sans doute les malades ont conservé un peu de larmoiement, mais en général il a été modéré et ne s'est montré que quand le visage était exposé à l'air dans les temps froids et humides. Il n'est pas impossible que quelques-uns de mes opérés aient été obligés de se faire retirer la canule, mais je ne l'ai pas su, et il serait singulier qu'aucun de ceux que j'ai traités depuis dix ans ne fût revenu vers moi si de nouveaux accidents leur étaient survenus. Je ne prétends pas dire non plus que mes canules ne soient pas, au bout d'un certain temps, tombées dans le pharynx et n'aient pas été avalées. En supposant que ce fait se soit produit, ce n'est pas un motif pour que la fistule ait reparu inévitablement, car si la canule est restée plusieurs mois ou une année en place, elle peut avoir dilaté assez longtemps le canal nasal pour que celui-ci ne se soit pas rétréci de nouveau après la chute du corps dilatant.

J'attribue d'ailleurs les bons effets que je crois avoir obtenus de cette méthode aux modifications très-légères en apparence, mais importantes en réalité, sur lesquelles j'ai appelé plusieurs fois votre attention. D'abord je soumets les malades au chloroforme pour l'incision, l'introduction de la canule, et quelquefois pour le renouvellement du clou, afin de leur éviter les douleurs souvent très-vives que ces manœuvres occasionnaient autrefois, et de n'être pas gêné par les mouvements et les contractions des paupières, qui ont, plus souvent peut-être qu'on ne le croit, fait faire de fausses routes. En second lieu, à l'exemple d'A. Bérard, je ne place la canule qu'après avoir bien préparé la voie, et j'ai soin de choisir cette canule de grande dimension ; j'en ai même fait fabriquer exprès des nos 11 et 12 de la filière millimétrique de M. Charrière. Enfin, et c'est sur ce point que ma pratique diffère le plus de celle des autres ; je fais des injections dès les premiers jours, et je les continue pendant dix à quinze jours, et plus longtemps si les malades consentent à revenir de temps à autre. Ces injections sont surtout utiles pendant les jours qui suivent l'opération. A cette époque, en effet, le sac suppure encore, le pus muqueux et plus ou moins épais qu'il fournit peut s'amasser dans la canule et l'obstruer. Or, si aucune impulsion ne lui est communiquée, il y séjourne, s'y concrète, et l'empêche de fonctionner. L'injection, en repoussant le pus, désobstrue la canule et la met en état de laisser passer convenablement les larmes.

Comme il est ordinaire qu'au bout de quelques jours la suppuration cesse, l'obstruction n'est plus autant à craindre, et l'injection devient de moins en moins nécessaire. Dr NICOLAS.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. LANDOUZY.

Empyème consécutif à une pleurésie chronique.

Amphoricité avant et après l'évacuation du liquide. — Première ponction avec le trocart bifide de M. Landouzy ; deuxième ponction avec le trépan de M. Sédillot ; injections iodées. — Pronostic grave malgré l'amélioration actuelle.

(Leçon recueillie par M. NOEL, interne du service.)

Au n° 22 de la salle Saint-Remi est couché un malade d'autant plus intéressant pour vous que vous assistez à la fin d'une longue affection dont vous avez observé le début, et que vous voyez se vérifier aujourd'hui un pronostic porté il y a six mois.

Entré dans nos salles à la fin de juillet pour une pleurésie droite, qui datait d'environ cinq semaines, ce malade vous présentait alors, au milieu des signes les plus évidents d'un épanchement considérable, deux phénomènes qui ont dû faire commettre bien des erreurs, je veux dire le gargouillement et l'amphoricité.

Mais nous connaissions les travaux trop peu connus de MM. Rilliet et Barthez sur le gargouillement dans la pleurésie, et nous avions eu trop d'occasions nous-même d'étudier l'amphoricité pour attribuer ces signes à une excavation tuberculeuse, comme nous l'aurions fait, et comme tout le monde l'eût fait il y a quelques années.

Lors donc que dans la pleurésie vous trouverez, surtout à la base, du gargouillement uni à du souffle, quelque timbre caverneux que ce souffle vous paraisse avoir, ne vous hâtez pas de conclure à une caverne, ni même à une pleurésie tuberculeuse ; et si, avec des souffles considérables et du gargouillement, vous ne constatez ni hémoptysies, ni crachats purulents, ni aucun des autres signes de tuberculisation, rappelez-vous cet exemple et quelques autres analogues sur lesquels j'ai déjà appelé votre attention avec d'autant plus de raison que les livres classiques ne disent pas un mot de ces phénomènes complexes, bien faits cependant pour embarrasser les praticiens, même les plus expérimentés.

Bref, cet épanchement ayant résisté à une médication énergique avant et après l'entrée du malade à l'hôpital, nous avons dû proposer la thoracentèse, qui, malgré nos instances, fut obstinément refusée.

Vous vous rappelez, messieurs, ce que je vous disais alors : L'épanchement va résister à tous les moyens mis en œuvre, soit qu'il reste séreux, soit qu'il devienne purulent, il va comprimer le poumon, le rendre graduellement imperméable, gêner les organes voisins, amener le marasme, et plus tard, quand il ne sera plus temps, le malade viendra réclamer lui-même l'opération, qui ne sera plus alors pour lui qu'un palliatif momentané.

Malheureusement ces prévisions se sont réalisées, et le 8 janvier nous retrouvons à la clinique ce malade que nous avions perdu de vue depuis plusieurs mois.

Matité absolue dans toute l'étendue du côté droit et dépassant la ligne médiane du sternum ; et quand nous disons *matité absolue*, c'est le *tanquam percussi femoris* que je vous fais toujours vérifier en percutant tour à tour la cuisse et la poitrine.

Amphoricité tellement prononcée qu'il semble qu'on souffle, qu'on parle ou qu'on tousse dans une cruche.

Nulle trace du gargouillement constaté en juillet.

A la simple vue, ce côté paraissait plutôt rétracté qu'amplifié, et effectivement on trouva par la mensuration avec le simple cordon métrique, deux centimètres de moins que du côté sain.

Sans contredit, cette mensuration n'a rien de bien précis, mais le cyrtomètre de M. Woillez, que j'ai déjà employé devant vous, et qui a l'avantage de donner la forme en même temps que la mesure, aurait besoin de quelques modifications pour devenir usuel dans les hôpitaux.

Quant au côté gauche, rien à noter, si ce n'est l'exagération de la respiration.

Pas la moindre expectoration.

Le cœur n'était pas notablement dévié; le foie ne paraissait pas sensiblement abaissé.

En résumé, matité et amphoricité portées au plus haut point, sans trace de murmure vésiculaire.

Y avait-il du liquide?

Avant les recherches que j'ai publiées l'an dernier dans les *Archives*, il n'eût pu s'élever sur ce point aucun doute, car tous les observateurs sans exception regardaient les souffles comme signes essentiels de la présence de l'eau.

Mais depuis que j'ai montré que les souffles indiquent uniquement la condensation du tissu pulmonaire, et qu'on peut trouver les souffles les plus prononcés et la matité la plus absolue sans une seule goutte d'eau dans la poitrine, les difficultés du diagnostic ont augmenté.

Sans doute, neuf fois sur dix la condensation sera due à un épanchement qui existe encore; mais comme dans les pleurésies chroniques cette condensation persiste après la disparition du liquide et qu'elle produit avec les fausses membranes une énorme matité, une énorme amphoricité, on ne peut donc regarder ces deux signes comme pathognomoniques.

C'est là surtout le point sur lequel j'insiste, c'est là le point qu'a éclairé la clinique de Reims.

Je ne tiens pas, en effet, à avoir prouvé le premier avec Barthez que les souffles amphoriques sont fréquents dans la pleurésie chroniques, tandis qu'on les y regardait comme exceptionnels; mais je tiens à bien établir que c'est à l'école de Reims qu'est due cette notion importante de la persistance des souffles tubaire et amphorique après la résorption ou l'évacuation du liquide.

Quels seront donc alors, dans la pleurésie chronique, les signes pathognomoniques d'un épanchement actuel?

A mes yeux, il n'y en a qu'un seul, c'est l'élargissement du thorax ou le déplacement des organes; et ici encore nouvelle difficulté, car le côté sain pouvant avoir augmenté de volume, le côté malade paraîtra rétréci sans avoir réellement perdu de sa capacité.

Or, comme ici il y avait rétrécissement du côté et absence de déplacement, on pouvait donc être fort embarrassé. Mais la matité dépassait, vous vous le rappelez, la ligne médiane du sternum; et comme, d'une autre part, l'amphoricité permettait de conclure à une rétraction du poumon, et que la rétraction du poumon eût isolément produit un effet opposé au refoulement du médiastin, on devait, de l'ensemble de ces circonstances, conclure à la présence du liquide.

Ce liquide serait-il du pus ou de la sérosité? Ici encore pas de signe pathognomonique.

Sans contredit, l'ancienneté de l'épanchement, la cachexie générale, les frissons répétés, la fièvre continue, la diarrhée, et tous les autres phénomènes colliquatifs, constituent de grandes présomptions; mais vous avez vu plusieurs fois dans cette même salle des épanchements parfaitement séreux avec tout cet ensemble de circonstances graves, et je répète à dessein, pour que vous le cherchiez, qu'un signe pathognomonique de la purulence pleurale est encore à trouver.

Hippocrate cependant en a donné un dans un passage de ses écrits que je vous rappelle souvent, parce qu'il trace la règle capitale de l'auscultation, *écouter longtemps*.

Mais évidemment le râle crépitant, donné par le père de la médecine comme signe différentiel entre l'eau et le pus, n'est pas un signe de purulence.

Ou bien Hippocrate l'aura trouvé dans l'hydro-pneumo-thorax, ce que fait supposer la succussion à laquelle il attachait tant d'importance; ou bien il aura été témoin d'un de ces cas rares de gargouillement pleurétique observés par MM. Barthez et Rilliet, et dont le malade d'aujourd'hui nous a offert un exemple.

Non, et j'insiste sur ce point, aucun des signes donnés par les anciens ou par les modernes ne peut seul indiquer la purulence.

C'est donc uniquement sur l'ensemble des symptômes que vous vous fonderez pour préjuger la nature du liquide; et, dans la plupart des cas, où il se sera manifesté des accidents colliquatifs, vous regarderez comme probable l'existence du pus, et vous préparerez tout pour cette éventualité.

C'est ce que nous avions fait. Effectivement, la ponction pratiquée il y a quinze jours a donné issue à un litre de pus épais et fétide, que nous avons remplacé immédiatement par 150 grammes d'une injection iodo-iodurée, dont nous n'avons pas retiré une seule goutte.

Vous avez vu avez quelle facilité les différents temps de l'opération ont été exécutés, et vous avez pu vous convaincre que pas une bulle d'air n'a été entrée dans la poitrine.

C'est que nous employons un procédé spécial qui, assurément, n'a pas grand mérite comme invention, mais qui a l'avantage de donner aux manœuvres une grande promptitude et une complète sécurité.

En effet, quel que soit celui des anciens procédés qu'on emploie, il faut la plus grande attention pour empêcher l'introduction de l'air dans la plèvre, surtout lorsque la thoracenthèse est suivie d'injections.

Mais ce qui se fait sans trop de difficultés à l'hôpital, où l'on est entouré d'aides intelligents, devient difficile dans la pratique particulière.

Or, avec le trocart bifide à double robinet que j'ai fait exécuter par M. Charrière, tous les inconvénients disparaissent.

Cet instrument n'est autre, du reste, que le trocart de M. Reybard, mais un peu plus gros, afin de laisser passer les grumeaux et les fausses membranes.

J'ai fait placer le robinet à trois centimètres de l'extrémité externe. Le poinçon, parfaitement calibré afin de remplir exactement la canule, porte, à deux centimètres et demi de sa pointe, une rainure qui se sent facilement avec l'ongle, et qui indique quand la pointe a dépassé le robinet.

Vers le milieu du trocart se détache obliquement une seconde branche de même calibre, également pourvue d'un robinet, et munie d'une baudruche.

L'instrument poussé dans la poitrine comme le trocart ordinaire, on ferme le robinet dès qu'en retirant la tige on en a senti la rainure, et l'on n'ouvre celui de la branche oblique qui doit donner passage au liquide pleural, qu'après s'être assuré que la baudruche plonge parfaitement dans un verre d'eau placé dans le bassin destiné à recevoir le produit de l'épanchement.

Dès que le liquide s'est écoulé en quantité suffisante, on ferme le robinet de la canule oblique, et après avoir adapté à la canule droite un tube flexible ou une seringue parfaitement purgés d'air, et enfoncés jusque sur le robinet, on pousse l'injection, qu'on peut ensuite faire sortir à volonté en ouvrant l'autre robinet toujours muni de la baudruche.

Tous ceux qui ont eu occasion de pratiquer plusieurs thoracentèses, auront remarqué dans certains cas un incident ou plutôt un accident qui n'est noté nulle part, et contre lequel je tiens à vous mettre en garde; c'est un sifflement inattendu au moment où la pointe du trocart quittant la canule, on applique la baudruche sur l'orifice. Eh bien, ce sifflement, qui annonce l'entrée de l'air, tient à une grande inspiration spasmodique causée sans doute par l'émotion du malade, et à moins que la poitrine ne soit absolument pleine, cette inspiration y entraîne nécessairement une colonne d'air.

Sans doute, il suffit d'être prévenu de la possibilité de cet accident pour l'éviter; mais, je le répète, vous ne l'éviterez pas sans difficultés, et ces difficultés s'accroîtront encore au moment de l'injection, alors qu'il faudra relever ou percer la baudruche, et alors surtout que des fausses membranes viendront boucher la canule et nécessiter des manœuvres délicates.

Supposez maintenant un jeune praticien mal aidé, presque aussi ému que le malade, et il y aura toutes les chances possibles pour l'introduction de l'air.

Or, vous savez combien je redoute l'air dans la plèvre, convaincu, malgré tous les dires contraires, qu'il transforme promptement les épanchements séreux en épanchements purulents, et que dans ces derniers, il augmente promptement la fétidité du pus.

En résumé, notre nouveau trocart à double branche évite les lenteurs, les difficultés, par conséquent les douleurs, et si j'insiste pour vous en faire comprendre les avantages, c'est que les moindres modifications sont précieuses lorsqu'elles ont pour résultat d'enlever quelques instants à une opération, quelques souffrances à un opéré, et d'augmenter d'ailleurs la sécurité de la méthode.

Je reviens à notre malade.

Quand on a un litre de pus, et surtout de pus fétide de moins dans la poitrine, on ne peut pas ne pas être soulagé; aussi éprouva-t-il une amélioration marquée pendant les huit premiers jours.

A part une amertume très-désagréable, il n'y eut aucun symptôme d'iodisme, et cependant l'iode était absorbé, ce que vous prouvait cette amertume métallique de la bouche, et ce que démontrait d'ailleurs chaque jour la couleur bleue de l'urine sous l'influence du chlore et de l'amidon.

Quelques-uns des accidents colliquatifs, la diarrhée et les sueurs, avaient cessé; mais la fièvre lente et l'anorexie continuaient, et la persistance de l'amphoricité après la ponction nous avait bien forcé à les prévoir, puisque cette persistance de l'amphoricité annonçait la persistance de la condensation pulmonaire, et que la persistance de la condensation pulmonaire après l'évacuation d'un litre de pus annonçait nécessairement une vaste cavité pyogénique qu'il serait sans doute impossible de tarir.

Effectivement, au bout d'une dizaine de jours, les accidents antérieurs revenaient, la fièvre hectique plus intense prouvait la reproduction du pus, et il y avait hâte de l'évacuer de nouveau.

Quelle méthode employer? Les ponctions successives? Ce serait la meilleure, si elles ne lassaient la patience des malades les plus courageux.

Les sondes à demeure dans l'espace intercostal? Nous en avons essayé de tout genre; toutes produisent, la plupart du temps, des douleurs intolérables si elles sont grosses, ou laissent passer l'air si elles sont minces, sans donner un suffisant passage au pus.

L'incision intercostale? C'est la méthode à laquelle j'aurais donné, en dernière analyse, la préférence, malgré ses inconvénients, si, sur ces entrefaites, M. Sédillot n'eût adressé à l'Institut son Mémoire sur l'opération de l'empyème par la trépanation d'une côte, c'est-à-dire par la méthode d'Hippocrate.

Autant nous nous défions de tous ces procédés nouveaux inventés dans le cabinet et vantés la plupart du temps avant l'épreuve clinique, autant nous avons hâte, dans les desiderata de la pratique, d'employer les méthodes recommandées par les hommes éminents, quand surtout elles ont déjà subi entre leurs mains la sanction des faits étudiés publiquement.

Je priai donc immédiatement le très-savant professeur de Strasbourg de m'envoyer les instruments qu'il emploie, et hier même, après avoir préalablement produit l'anesthésie locale, nous avons pratiqué la trépanation de la neuvième côte et donné issue à un litre de pus moins fétide que la première fois.

Cette opération, qui paraît barbare au premier abord, puisque le prétendu trépan n'est autre qu'une simple vrille de menuisier, est, comme vous l'avez vu, assez prompte et assez facile; mais elle laisse cependant à désirer en quelques points, et il n'est pas douteux que M. Sédillot ne la perfectionne encore.

Ainsi ne pourrait-on faire en sorte que la canule se plaçât dans la côte en même temps que la vrille, ou tout au moins qu'un stylet passé dans la vrille servît de conducteur à la canule? Mais ce seraient là de petits perfectionnements de détail, et l'important ici ce n'est pas le procédé, c'est la méthode.

Or, la méthode de M. Sédillot consiste à introduire à demeure dans la côte une canule par laquelle, sans irriter la plèvre ni la plaie, on puisse régler à volonté l'écoulement du pus et les injections, de manière à permettre le retrait graduel des côtes, l'ampliation graduelle du poumon, et à modifier par l'iode, l'azotate d'argent, le chlorure de soude, etc., le sac pseudo-pleural.

Arriverons-nous chez ce malade à cet heureux résultat? Je ne l'espère pas. Evidemment nous allons prolonger la vie. Evidemment nous allons modérer ses souffrances; et déjà vous avez vu la dyspnée diminuer après l'évacuation du second litre de pus comme après le premier, et le malade se mouvoir plus librement. Est-ce parce que le poumon droit cessant d'être comprimé, reprendrait déjà un peu de respiration? Non! il est trop tard pour obtenir ce résultat, et le soulagement vient uniquement de ce que le poumon gauche n'est plus comprimé par l'épanchement droit.

Mais qu'est-ce qui va combler cet immense vide laissé par l'évacuation du pus? Est-ce l'ampliation graduelle du poumon comprimé? Non, il est trop tard! Ce poumon, vous le voyez d'ici caché contre la colonne vertébrale, réduit au volume du poing, et emprisonné dans une coque inextensible, comme ceux que nous avons déposés au Musée. Ce sera la rétraction des côtes, le développement du poumon opposé, le libre soulèvement du diaphragme, et, enfin, quelque portion du poumon malade s'il en reste qui ne soit pas encore définitivement condensée.

Malheureusement, tout cela sera insuffisant; les injections modificatrices elles-mêmes atténueront mais ne tariront pas le pus, le poumon sain se fatiguera de respirer tout seul, l'économie s'affaiblira graduellement, et la mort arrivera par le progrès insensible de la cachexie générale, si elle n'arrive, comme nous l'avons déjà vu, par une affection promptement fatale du côté sain.

Avons-nous donc eu tort, d'après ce pronostic si grave, de faire subir au malade deux opérations, et aurons-nous encore tort de le fatiguer par des soins incessants? Non! Je vous ai dit les probabilités; mais les possibilités, elles sont infinies, et lorsque les probabilités font défaut, c'est sur les possibilités que doit se baser la thérapeutique.

Maintenant, comme il faut que l'exemple de ce malade vous profite dans votre pratique, voici en deux mots, et pour qu'il ne reste aucune confusion dans votre esprit, comment vous devez considérer la ponction de la poitrine:

Inutile, sinon nuisible, dans les épanchements aigus, à moins d'une dyspnée exceptionnelle; nécessaire dans les épanchements chroniques séreux, elle est indispensable dans les épanchements purulents.

Promptement curative au début de la chronicité, à moins de diathèse tuberculeuse, elle n'est plus que palliative lorsque les cellules pulmonaires ont été anéanties par une longue compression.

Quant au mode opératoire, je vous conseille pour la première ponction mon trocart à double branche; pour la seconde, la trépanation d'Hippocrate et de M. Sédillot si l'épanchement est purulent. Malgré ce que cette dernière méthode peut laisser encore à désirer, c'est celle qui, dans l'état actuel de la science, paraît réunir le plus de chances favorables à la cure de l'empyème.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ

dans le traitement de la chorée,

par M. Marcotte.

Le traitement de la chorée par l'émétique, administré suivant la méthode de Rasori, a été essayé sans beaucoup de succès par plusieurs praticiens, notamment par Laënnec et Breschet. L'emploi de ce médicament chez les choréiques est préconisé de nouveau par le docteur Adrien Marcotte, qui lui a vu produire des guérisons remarquables dans le service de M. Bouley, à l'hôpital Necker. Mais tandis que jusqu'à ce jour on avait cherché à obtenir la tolérance de l'émétique en l'administrant dans une grande quantité de véhicule et à des distances éloignées, M. Bouley n'a pas craint de le prescrire à des doses élevées, capables de déterminer des effets toxiques assez violents.

M. Marcotte rapporte deux observations de chorée ancienne, dont une avait résisté aux traitements ordinaires appliqués avec persévérance, et qui toutes deux cédèrent, en moins de deux jours, sous l'influence de la nouvelle médication; une rechute ayant eu lieu quelques jours après dans les deux cas, une seconde administration du remède fut suivie du même résultat, et les désordres musculaires ne reparurent pas. Outre ces deux obser-

vations données avec détails, deux autres faits, tirés aussi de la pratique de M. Bouley, sont cités par l'auteur et démontrent également l'efficacité du tartre stibié à hautes doses dans le traitement de la chorée.

Voici le mode suivant lequel le remède a été administré. Le premier jour les malades, qui étaient âgées de quinze à seize ans, prirent 50 centigrammes d'émétique dans un julep donné en deux fois à une demi-heure d'intervalle. Le second jour la quantité de l'émétique fut doublée et donnée en trois doses aux mêmes intervalles que la première fois. Les désordres musculaires ayant cessé, après le second julep, la médication fut suspendue et reprise de la même manière lorsqu'ils reparurent de nouveau.

Les effets immédiats de ce traitement furent, dans les deux cas, un abattement extrême et des évacuations abondantes par le haut et par le bas; mais ces symptômes fâcheux ne tardèrent pas à se dissiper pour faire place à un calme général, dans lequel les mouvements choréiques diminuèrent d'abord, puis disparurent entièrement.

Les résultats si heureux et si prompts de la méthode suivie par M. Bouley sont dignes, sans doute, de fixer l'attention des praticiens, mais la violence des accidents qu'elle détermine nous paraît devoir imposer la plus grande réserve dans son emploi.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

BELLADONE DANS L'ENGORGEMENT LAITEUX DES MAMELLES,

par M. le docteur Holt.

Sarah W..., âgée de 32 ans, jeune femme d'une bonne constitution, fut admise dans le service de M. Holt, pour un abcès du sein gauche qui avait été ouvert trois jours auparavant. Une semaine après son entrée, elle se plaignit de douleur dans la mamelle droite; cet organe était devenu très-volumineux, extrêmement sensible, et en le palpant, on sentait profondément dans la glande une masse dure et douloureuse. Peu de jours avant son admission, la malade nourrissait un enfant, et puis on l'avait débarrassée de son lait au moyen de la pompe à sein. La tuméfaction et la douleur devaient évidemment être attribuées à l'accumulation du lait. On se souvint des effets de la belladone pour faciliter l'écoulement de la sécrétion lactée, et l'on résolut d'essayer de ce moyen. En conséquence, on prescrivit l'application de la pommade suivante étendue sur de la charpie : extrait de belladone, 4 grammes; spermacéti, 30 grammes. Un soulagement considérable suivit immédiatement; la douleur et la tuméfaction diminuèrent et disparurent, et le 31 mars la malade se trouvait assez bien pour sortir de l'hôpital. On n'eut recours à aucun autre moyen concurremment avec l'emploi local de la belladone; on se borna à soutenir doucement les seins et à faire prendre des toniques à l'intérieur.

(*British med. Journ.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 avril 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Taillade, sur le service médical des eaux minérales de Capberm (Hautes-Pyrénées), pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le professeur Chomel, membre titulaire, et celle de M. Bédor, membre correspondant à Troyes. M. le président ajoute qu'une députation officielle et l'Académie tout entière assistaient aux funérailles de M. Chomel. Un discours a été prononcé au nom de l'Académie par M. Dubois (d'Amiens). Sur la demande de M. Bousquet et sur les instances de l'Académie, M. Dubois en donne lecture. Le voici :

Messieurs,

La mort semblait avoir suspendu ses coups, naguère si rapides et si durs, sur notre Académie; une année tout entière s'était écoulée depuis qu'elle avait frappé, dans la personne de M. Guéneau de Mussy, l'un de nos plus vénérés collègues. Mais aujourd'hui elle reprend sa fatale moisson, et nous voici de nouveau, dans un pieux recueillement, appelés à rendre un dernier et solennel hommage à la mémoire d'un maître chéri, d'un praticien aussi sage, aussi prudent qu'habile, d'Auguste-François Chomel.

La mort de M. Guéneau de Mussy, bien qu'arrivée au terme d'une longue et honorable carrière, nous avait tous consternés. Mais de quelle douleur ne devons-nous point nous sentir pénétrés à l'aspect de cette tombe qui va se refermer sur un homme dont l'intelligence brillait d'un si vif éclat, et à qui de longs jours semblaient encore promis!

Vous n'attendez sans doute point de moi, Messieurs, que je vienne ici vous retracer tous les incidents de cette vie si belle et si méritante, que j'entre dans une appréciation détaillée de son enseignement et de ses nombreuses publications. Que l'ombre de Chomel me le pardonne! je réserve pour un autre temps cette tâche qui me sera douce et facile; elle me sera douce, car sans cesser d'être vrai j'aurai à louer tout à la fois un beau caractère, une âme noble et pure, un esprit droit et délicat, un talent de premier ordre et des services inappréciables.

Né à Paris en 1788, M. Chomel appartenait à une famille qui avait produit de savants médecins et des littérateurs distingués; il était le dernier descendant du célèbre auteur *Des plantes usuelles*, de Pierre-Jean-Baptiste Chomel, l'élève et l'ami de Tournefort, l'un des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Paris, et le fondateur de l'École de pharmacie; il comptait aussi parmi ses aïeux l'un des historiens de la médecine, l'éloquent panégyriste de Duret, Jean-Baptiste-Louis Chomel; son propre père, enfin, écrivain ingénieux, élégant imitateur d'Aulu-Gelle, s'était fait remarquer dans la littérature contemporaine.

La première éducation de notre collègue avait été forte et sérieuse; entré de bonne heure dans le service des hôpitaux, il avait été d'abord attaché au service de la Charité, puis nommé médecin ordinaire de cet établissement, et enfin professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

M. Chomel avait depuis longtemps montré toutes les qualités d'un grand et habile praticien; un esprit juste, fermé et pénétrant; un jugement exquis, une sagacité incomparable, une douceur, une patience à toute épreuve, un entier oubli de soi-même et un dévouement absolu pour les malheureux.

M. Chomel a été le clinicien par excellence; aussi l'affluence des élèves à ses leçons était considérable; personne depuis Corvisart ne s'était élevé à une aussi haute célébrité. M. Chomel était une des lumières et un des ornements de notre Académie. Nommé associé résidant en 1823, il avait remplacé M. Royer-Collard comme titulaire en 1826, et cette promotion il la devait au libre choix de ses collègues. Plus tard, les exigences d'une vaste clientèle l'avaient un peu éloigné de nous; mais, quand il put disposer des loisirs qu'il s'était faits volontairement, nous le revîmes plus empressé, plus assidu que jamais. Il avait retrouvé parmi nous quelques-uns de ses vieux maîtres, presque tous ses anciens condisciples et beaucoup de ses élèves.

Les qualités éminentes de M. Chomel l'avaient fait entrer dans un corps bien plus élevé; il avait été appelé à faire partie du conseil supérieur de l'instruction publique, et là, comme partout, il s'était fait admirer par la justesse de son esprit, l'excellence de son jugement et la sagesse de ses avis.

Que fallait-il de plus pour sa félicité? Que manquait-il à son bonheur? En possession d'une grande fortune, investi de la confiance d'augustes personnages, comblé d'honneurs, il semble que tout lui avait réussi, qu'il n'avait plus rien à désirer.

Mais, Messieurs, on vient de vous le prouver de nouveau :

Ni l'or, ni la grandeur ne nous rendent heureux!

M. Chomel en a été un triste et mémorable exemple; toutes les douleurs, tous les déchirements qui peuvent atteindre le cœur d'un père de famille, M. Chomel les a éprouvés.

Disons cependant que s'il eût été possible d'espérer à de tels malheurs des compensations, M. Chomel aurait pu les trouver dans d'illustres amitiés qui lui sont demeurées fidèles, et dans des amitiés qui, pour être moins éclatantes, ne lui étaient pas moins chères.

M. Chomel savait choisir et conserver ses amis. C'était en effet parmi des hommes distingués, des esprits éminents que M. Chomel avait su trouver ses meilleurs amis; c'était avec des intelligences d'élite qu'il avait formé ses liaisons les plus intimes.

Je viens de dire que M. Chomel savait conserver ses amis; c'est que dans ce commerce de chaque jour il apportait une délicatesse et une déférence dont rien n'approche, et ces égards, ces respects mutuels, loin de refroidir les cœurs, les entretenaient dans une étroite et durable union.

Aussi, Messieurs, quand vinrent pour M. Chomel ces longs jours et ces nuits plus longues encore d'atroces douleurs, il put apprécier l'attachement si vrai et si profond de tous ses amis.

M. Chomel demeura, du reste, ce qu'il avait été pendant toute sa vie, simple, digne, grave et affable, sans éclat, sans ostentation, plus que jamais aimé et respecté de tous.

Des convictions sincères, et de longue date, avaient maintenu M. Chomel dans la pratique d'une piété douce, tolérante et éclairée.

Heureux, à ce moment suprême, ceux qui peuvent ainsi retrouver dans leur foi et dans l'accomplissement du devoir qu'elle impose, ce calme, cette confiance, cette sécurité et ces saintes espérances qui manquent à tant d'autres!

Ainsi prémuni et fortifié, M. Chomel a franchi le fatal passage sans trouble, sans déchirement, sans amertume. Sa sérénité ne l'a point abandonné; elle était le fruit de ses vertus, de ses nobles qualités et d'une vie consacrée à la bienfaisance.

Cette perte, Messieurs, est irréparable; mais il nous restera l'enseignement d'une noble vie, et le reflet de la renommée la plus pure et la plus légitime.

Adieu donc, Chomel! adieu pour la dernière fois! Cette tombe va nous séparer de ta dépouille mortelle; mais ton souvenir vivra dans nos cœurs, et ton nom dans les annales de la science! (Applaudissements.)

— M. DEPAUL fait hommage à l'Académie, au nom de M. Godard, d'une brochure intitulée *Recherches sur la monorchidie et la cryptorchidie.*

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'une commission de cinq membres, chargée de dresser la liste de candidature pour la place vacante d'associé libre.

Sont nommés : MM. Littré, Louis, Jobert, Moquin-Tandon et Devergie.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit les trois rapports officiels suivants :

1° Sur une source découverte à Martigny-lès-Lamarche (Vosges). Comme les eaux de Vittel et de Contrexéville, qui sont dans le même département, la source de Martigny appartient à la classe des eaux salines, sulfatées, calcaires, sodiques et magnésiennes. Elle tient le milieu entre l'eau de Vittel et celle de Contrexéville, un peu moins magnésienne que la première et un peu plus que la seconde.

Cette analogie de composition fait présumer que la nouvelle source jouit des mêmes propriétés médicales que les deux sources voisines. La commission propose, en conséquence, de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

2° Un rapport sur l'eau minérale des trois sources de Fontaine-Bonneleau (Oise). Cette eau appartient à la classe des eaux ferrugineuses crénatées, et vient se placer à côté de celles de Forges en Normandie, de Saint-Denis-lès-Blois, de Bourdeille, Plombières, et de toutes celles du même genre, dont les bons effets sur l'économie animale ne sont pas mis en doute aujourd'hui. La commission propose d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

3° Un rapport sur une demande en autorisation d'exploiter l'eau de deux sources nouvellement découvertes à Contrexéville. La commission propose le rejet. (Adopté.)

Iode. — M. CHATIN, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Blache et Boutron, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Galy, ayant pour titre : *De l'iode, de son emploi en médecine, de son action toxique, et des moyens de neutraliser celle-ci avant l'ingestion.* M. Galy commence son travail par des citations et par la relation d'un fait qu'il a observé lui-même, et qui sont propres à établir cette proposition fondamentale : L'iode, les iodures surtout, ont des propriétés toxiques. Considérant alors que l'action altérante de l'iode, mise en contact avec les produits organiques, a pour cause l'avidité de ce corps pour l'hydrogène, l'auteur du mémoire propose de choisir comme excipient dans les préparations iodées le sucre, qui satisfera l'affinité de l'iode pour l'hydrogène, et préservera ainsi les tissus animaux de l'action désorganisatrice de ce métalloïde.

Après avoir donné quelques éloges au travail de M. Galy, M. le rapporteur termine de la manière suivante :

Nous voudrions voir les chimistes chercher le progrès de la thérapeutique moins dans l'association de composés minéraux à des matières organiques, qui ne font trop souvent que neutraliser ou détourner leurs effets, que dans la découverte par l'analyse d'espèces ou de produits naturels contenant le principe minéralisateur et actifs par eux-mêmes.

M. GIBERT est surpris que M. Chatin n'ait pas fait une distinction suffisante entre l'iode et ses composés. En effet, l'iode est excessivement toxique, tandis que ses composés ne le sont pas.

M. CHATIN reconnaît que M. Gibert a raison, mais que les limites de son rapport ne lui ont pas permis d'entrer dans des considérations de détail à cet égard.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La parole est à M. Cazeaux.

M. CAZEAUX. Messieurs, il serait inutile de reprendre l'histoire des symptômes et des lésions anatomiques de la fièvre puerpérale; M. Depaul et M. Cruveilhier ne nous ont laissé rien à faire sur ces deux sujets. Je ne ferai qu'une seule remarque sur une question soulevée par M. Cruveilhier, celle de la fréquence relative de la lymphangite et de la phlébite utérines. De même que Tonnelé et Duplay, M. Béhier, dans un excellent travail, a insisté sur la phlébite; pour lui, c'est la règle, mieux que cela, c'est une lésion constante, et il n'a rencontré que rarement la purulence des lymphatiques. Pour mon compte, j'ai toujours trouvé le contraire; pendant mon internat et depuis, dans mes fonctions à la Maternité, j'ai toujours pu vérifier l'exactitude des observations de M. Cruveilhier.

A quoi faut-il attribuer cette différence? J'ai remarqué que M. Béhier dit avoir trouvé le plus souvent l'inflammation des veines voisines du col utérin, et nous savons que c'est à la partie supérieure de la matrice qu'on la rencontre ordinairement. Mais je passe outre; il me suffit d'avoir apporté à la solution de cette question les faits de mon expérience.

Tout le monde est d'accord sur les symptômes et sur les lésions anatomiques propres à la fièvre puerpérale; c'est quand il s'agit de les interpréter, de dire non la nature de la maladie, — nous ne savons la nature de rien, — mais la place qui revient à ses lésions dans le cadre nosologique, qu'on ne s'entend plus.

Ici les orateurs qui m'ont précédé se rangent dans deux camps : celui des essentialistes et celui des localisateurs.

Je dois dire, à la louange de M. Depaul, que, parmi les premiers, il a seul posé nettement la question; pour lui, l'essentialité n'est pas douteuse, et il a plaidé sa cause avec talent. M. Trousseau a pris rang à côté de lui, et, après avoir eu l'air de vouloir rayer la fièvre puerpérale de nos listes nosologiques, il a fini par y voir un fait tellement général qu'elle expliquerait et comprendrait tout. Quant à MM. P. Dubois et Danyau, ils se sont aussi prononcés assez carrément pour la pyrexie, mais ils n'ont pas pris la peine de discuter la question.

Le débat reste donc entre M. Depaul et M. Beau, et les arguments de M. Beau valent la peine qu'on s'y arrête un instant.

Que signifie, en effet, l'épidémicité invoquée par M. Depaul? A coup sûr elle ne prouve pas l'essentialité. M. Beau a démontré par des citations et par des faits qu'une maladie peut être épidémique et franchement inflammatoire à la fois. M. Dubois, qui entoure sa doctrine d'un voile épais, dont il soulève seulement de temps en temps un petit coin, a semblé lui-même mettre ici un pied dans le camp des localisateurs; il reconnaît qu'une influence épidémique peut donner naissance à des inflammations franches très-graves. En cela, M. Depaul a été plus royaliste que le roi, et il ne peut s'appuyer de l'autorité de M. Dubois. M. Depaul a-t-il tiré un meilleur parti de la contagion! M. Beau a trop bien démontré le peu de valeur de cet argument pour que j'aie besoin d'y revenir.

J'ajouterai, pour ma part, quelques arguments à ceux apportés par M. Beau en faveur de la nature phlegmasique de la fièvre puerpérale.

Je trouve d'abord entre sa marche et celle des fièvres essentielles une différence frappante. Dans la fièvre typhoïde, dans la scarlatine, etc., nous voyons la fièvre durer plusieurs jours, souvent une semaine avant l'apparition de la lésion locale; celle-ci suit toujours de très-près le début de la fièvre dans la fièvre puerpérale, souvent même les deux se montrent en même temps. Il y a là une différence très-marquée.

J'emprunte une autre preuve à M. Dubois. La fièvre puerpérale, dit-il, diffère essentiellement des autres maladies fébriles (essentielles) par ses caractères anatomiques. Elle n'en a pas qui lui appartiennent en propre. La multiplicité des lésions est encore un caractère différentiel important; tantôt une phlébite, tantôt une pleurésie, tantôt un abcès du foie, — il y a là une telle diversité, qu'il est impossible de tout rattacher à une cause unique.

Quant aux cas où toute lésion locale paraît manquer, ils s'expliquent sans doute en majeure partie par des lacunes dans l'examen cadavérique. Mais quand même il n'en serait pas toujours ainsi, est-ce là un caractère relativement propre aux pyrexies? Non certes, car la même chose peut arriver pour une péritonite traumatique ou consécutive à une perforation. Elle peut tuer avant qu'elle ait dessiné ses caractères anatomiques.

Il en est de même des brûlures étendues; on succombe à l'inflammation qui leur succède avant qu'elle ait eu le temps de devenir apparente.

Je ferai d'ailleurs voir plus loin que ces cas peuvent encore recevoir une autre interprétation.

J'en viens, après avoir combattu ou essayé de combattre les partisans de la pyrexie, à la théorie qui, à mon avis, interprète le mieux les phénomènes de la fièvre puerpérale.

On en a reconnu deux formes : le sporadique et l'épidémique. Mais quelque forme qu'elle revête, ses symptômes ne diffèrent que par leur marche; quand la maladie est épidémique, elle va plus vite, frappe plus de sujets, fait plus de victimes.

Or, quand il s'agit d'assigner à une pareille maladie sa place dans le cadre nosologique, ce n'est pas en temps d'épidémie qu'il faut l'étudier, car elle est alors dénaturée par une influence insaisissable, mais c'est dans sa plus grande simplicité possible qu'il faut apprendre à la connaître.

Qu'un médecin qui n'a pas lu les divers travaux publiés sur la fièvre puerpérale, qui ignore nos théories, voie une femme accoucher laborieusement par le secours de l'art, soumise à des contusions, à des déchirements, puis être prise le lendemain d'un frisson, de douleurs dans le bassin qui gagnent tout le ventre, de météorisme, et qu'à l'autopsie il trouve du pus dans le péritoine, dans les veines, dans les lymphatiques, quelquefois partout; quelle idée se fera-t-il de cette maladie? Y verra-t-il autre chose qu'une inflammation?

Nous ne connaissons les maladies que par l'anatomie et par les symptômes; préoccupons-nous un peu plus de ce que nous voyons, et un peu moins de ce que nous ne pouvons saisir. La pneumonie, l'angine, la bronchite, peuvent ravager une population, être épidémiques, elles n'en restent pas moins des inflammations. Je sais bien qu'il y a alors quelque chose de plus; mais si M. Trousseau me dit : De ce que vous ne voyez pas la différence, vous ne pouvez conclure qu'il n'y en a pas, je répondrai : De ce que vous ne la voyez pas, concluerez-vous qu'elle existe?

M. Trousseau assimile cette cause mystérieuse, inconnue, aux causes spécifiques. Mais quelle différence! La cause d'une maladie spécifique ne reproduit jamais que cette maladie : la syphilis ne propage que la syphilis, la rage ne produit que la rage. Y a-t-il là la moindre analogie avec les lésions si variées de la fièvre puerpérale? M. Dubois n'a-t-il pas été obligé de convenir lui-même qu'il y a là quelque chose qu'on n'observe pas dans les pyrexies?

J'admets moi aussi qu'il y a une différence, et que dans la fièvre puerpérale épidémique, il y a quelque chose de plus que dans la même maladie à l'état sporadique, mais je ne vois pas qu'il y ait là de quoi établir une entité morbide différente. Les maladies sont plus graves en temps d'épidémie, parce qu'elles frappent tous les individus prédisposés, et qui, dans d'autres circonstances auraient succombé à d'autres maladies; mais cela ne change rien à la nature de la maladie.

M. Trousseau a fait bon marché de l'altération des liquides, qui est pour moi le fait capital de la puerpéralité; il a traité légèrement les travaux hématologiques modernes; je crois, moi, que le progrès de la science est dans cette voie-là, et que c'est en la suivant que nous finirons par comprendre la nature de la fièvre puerpérale. L'hématologie a fait ses preuves en assimilant à la chlorose ce que jadis on attribuait à la pléthore, en nous faisant connaître l'albuminurie et l'empoisonnement uroémique comme causes de l'éclampsie.

M. Dubois a tenu compte de l'altération du sang; mais celle qu'il admet serait secondaire. Pour moi, elle est primitive; c'est par elle que la femme en couches ressemble à une ville démantelée, dont toutes les portes sont ouvertes, et où le premier ennemi peut entrer pour s'en rendre maître. C'est la diminution des globules, de l'albumine et du fer, l'augmentation de l'eau et de la fibrine qui constituent l'aptitude morbide si prononcée chez l'accouchée.

C'est encore une altération du sang qui peut expliquer certaines morts sans lésions apparentes; le pus ne peut-il pas s'y produire spontanément? Rappelez-vous ce cas de M. Andral, où chez un homme mort après trois jours de maladie on trouva du pus dans le sang et des abcès multiples, sans aucune lésion traumatique, aucune phlébite. La tendance pyogénique est d'ailleurs le trait le plus saillant de cette disposition de l'économie. Sous son influence une pneumonie peut arriver au troisième degré en douze heures, comme cela a été vu par M. Chomel; les phlegmasies s'aggravent toutes : plus de la moitié des pneumoniques succombent; même gravité pour la pleurésie. J'ai eu l'occasion de voir un œil s'enflammer et se vider en deux jours.

Et d'autre part, sur 20 femmes en couches atteintes de fièvre typhoïde, je n'en ai pas vu mourir une. Je cite ce fait sans y attacher une grande importance; mais il y a là une différence tranchée entre l'influence de la puerpéralité sur une phlegmasie d'un côté, et sur une pyrexie de l'autre.

J'assimile à cette disposition particulière de la femme en couches l'état des liquides chez les individus mal nourris, chez les enfants, chez les sujets épuisés par une longue suppuration, qui, eux aussi, payent un plus grand tribut aux épidémies. Mais je conviens que l'influence épidémique est ailleurs; je ne la connais pas, mais au moins je ne lui donnerai pas un nom destiné à voiler mon ignorance.

En un mot, les lésions anatomiques qui caractérisent la fièvre puerpérale sont des inflammations; leur gravité est due à l'altération des liquides qui existent chez la femme en couches, et quelquefois à une influence épidémique inconnue.

Je serai bref sur quelques questions pratiques. Je crois à la contagion directe et indirecte, par les doigts, par les habits chargés de miasmes, par le médecin, la sage-femme, la garde. Mon très-honoré maître, M. Moreau, n'a pas eu un seul cas de fièvre puerpérale dans sa pratique civile depuis qu'il a quitté la Maternité, et ce fait est à joindre à tous ceux rapportés par M. Danyau. Il faut donc éviter tout ce qui peut transmettre la maladie, prendre les soins de propreté les plus minutieux, et changer d'habits quand on a assisté ou autopsié une femme atteinte de fièvre puerpérale; et si tout était impuissant, il ne faudrait pas hésiter à confier ses clientes à des mains plus heureuses.

Mon expérience n'a pas été plus heureuse que celle des autres pour le traitement curatif. Une seule chose m'a frappé. Quand je parvenais à faire saliver mes malades par les doses réfractées de calomel, elles ont toujours guéri; j'y ai rarement réussi; mais il y a peut-être là une indication à remplir, et j'accepterais avec empressement un spécifique qui fît saliver sûrement.

J'arrive enfin à un dernier point, qui est de la plus haute importance, aux moyens prophylactiques.

Il est hors de doute que la fièvre puerpérale ne sévit nulle part avec autant d'intensité que dans les endroits où les femmes en couches sont réunies en grand nombre. Je ne parle pas ici d'encombrement, mais du *groupement* des sujets qui suffit, et c'est pour moi une raison de ne pas admettre l'expression de typhus puerpéral. Est-ce une raison suffisante pour prononcer le fameux *delenda Carthago?*

Sans doute il faut éteindre les grands foyers; mais en est-il de même des petits? J'avoue que je suis quelque peu touché par les intérêts de l'enseignement; et d'ailleurs, il y aura forcément de petits hôpitaux pour les femmes qui ne peuvent pas accoucher à domicile. Je crois qu'en combinant les deux mesures, l'institution des secours à domicile et des petites maisons d'accouchements, on obtiendra tout ce qui est réalisable sous ce rapport.

Mais pour moi, ce n'est pas tout que d'assainir les maisons; il faut surtout assainir les individus, détruire les conditions que j'ai signalées comme produisant ou favorisant l'aptitude morbide, surtout le vieux préjugé des saignées de précaution; fournir aux femmes enceintes non-seulement un air excellent, mais aussi une bonne nourriture; modifier ainsi la crase de leur sang; et c'est en combinant toutes ces mesures qu'on verra les accidents diminuer d'intensité et de gravité.

(La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

Nouvel appareil à fractures de la rotule. — M. le docteur CH. BALLU (de Nanterre), présente un appareil, qui se compose d'une base constituée par une planchette en forme de T, à pan horizontal, de 72 à 78 centimètres de longueur, et 20 centimètres de largeur. A l'une des extrémités (pelvienne) de cette planchette ou base, s'articule, à l'aide de deux charnières, une autre planchette de même longueur que la précédente, sur un plan incliné ou diagonal, présentant une ouverture d'angle de 35 à 40 degrés environ. Cette ouverture est maintenue par deux supports verticaux qui s'adaptent, d'une part, à la planchette horizontale servant de base, et de l'autre, latéralement, à la planchette du plan diagonal par deux coulisseaux. Ces deux supports basculent à leur base (extrémité plantaire) par une cheville, et sont percés de trous donnant passage à une broche, afin de graduer l'inclinaison de la planchette horizontale. Sur chaque partie latérale du plan incliné, existe une planchette verticale ayant la forme du profil de la jambe, formant gouttière pour recevoir le membre, qui, placé sur un coussin matelassé, est fixé à son extrémité par une cravate qui passe derrière le tendon d'Achille, dont les deux chefs, après s'être croisés sur le cou-de-pied, viennent former une anse qui répond à la face plantaire. A l'extrémité de la gouttière est une traverse à laquelle est fixée une vis de rappel d'où part un lacs qui passe dans l'étrier ci-dessus décrit, afin d'immobiliser le membre placé sur un plan incliné.

La partie la plus importante de l'appareil consiste en deux plaques d'ivoire, ayant chacune la forme d'un croissant, de manière à encaisser la rotule; ces plaques sont modelées sur la face antérieure du tendon rotulien et du droit antérieur. A l'une de ces plaques, sur la partie médiane dans la ligne d'axe du membre, existe une bande métallique, mince d'un centimètre de largeur sur 7 ou 8 de longueur, se mouvant par une charnière, et venant s'adapter, à l'aide de plusieurs trous pour graduer la traction, à l'autre plaque à laquelle existe à son centre un piton à vis fermé par un écrou. Ces deux plaques, qui ont pour but de rapprocher les fragments de la rotule, les maintiennent dans un rapprochement complet et dans une immobilité parfaite à l'aide de lacs entre-croisés et fixés aux parties latérales de la gouttière. Pour protéger le pied du poids des couvertures, l'extrémité de l'appareil est surmontée de trois petits cercles en fer. Pour éviter la pression directe des plaques sur la peau, on a le soin d'appliquer au préalable un morceau de gutta-percha sous chaque plaque.

— M. Ballu présente ensuite un autre appareil additionnel permettant de rendre l'appareil à rotule propre aux fractures du membre inférieur, qui consiste en une plate-bande de fer de 60 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur, et 4 millimètres d'épaisseur, horizontale et transversale par rapport à l'axe du corps, présentant à la partie moyenne une légère dépression à concavité supérieure, dans une étendue de 28 centimètres, sur laquelle repose un coussinet de même dimension, destiné à recevoir la région sacrée du malade. A 10 centimètres de chaque extrémité de cette plate-baude horizontale, s'élève perpendiculairement jusqu'à 12 centimètres, un montant de même épaisseur et largeur que la plate-bande décrite déjà.

A l'extrémité de ces montants viennent s'articuler, à l'aide de charnières, deux arcs de cercle, qui forment ensemble une demi-circonférence, fermée à son sommet par un tourniquet. Sur les deux montants verticaux est pratiquée une entaille donnant passage à un boulon carré destiné à recevoir une petite plate-bande retenue par un écrou. Cette plate-bande latérale forme un angle droit avec la plate-bande transversale et horizontale, et vient se fixer à un coulisseau en fer placé à la partie externe et à l'angle de chacune des deux planchettes verticales de l'appareil à rotule. Ce coulisseau permet l'allongement et le raccourcissement de la plate-bande latérale; cette dernière est arrêtée dans sa course par une vis de pression, de telle sorte que ces deux appareils n'en forment plus qu'un seul devenant propre à toutes les fractures du membre, à l'aide de larges courroies matelassées fixées latéralement par des boucles. Deux sous-cuisses en baudruche font la contre-extension, en opposition avec la vis de rappel, qui exécute l'extension graduée.

Cet appareil est simple dans son emploi, peu coûteux dans sa construction, et commode dans le volume auquel il peut être réduit.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur C. Potain, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé chef de clinique de la Faculté à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur Bouillaud), en remplacement de M. Durozier, dont les fonctions sont expirées.

— MM. les professeurs Trousseau et Jobert (de Lamballe) ont commencé cette semaine leurs cours de clinique, à l'Hôtel-Dieu, pour le semestre d'été. M. Trousseau fait ses leçons les mardis, jeudis et samedis, et M. Jobert les lundis, mercredis et vendredis.

— Le conseil supérieur de santé militaire du Piémont a publié récemment un nouveau programme de concours sur *l'alimentation du soldat*. Les médecins militaires sardes sont seuls admis à concourir.

— Le prince Alexandre Torlonia va, assure-t-on, fonder à ses frais une chaire de médecine mentale à l'Université de Rome. Il demande seulement que le docteur Monti, directeur de l'hospice d'aliénés d'Ancône, en soit le premier titulaire.

— Un pharmacien de Calais ayant causé la mort d'un malade en mettant une trop forte proportion de laudanum dans une potion, vient d'être condamné à dix jours de prison et 600 fr. d'amende, du chef d'homicide involontaire.

— Une mesure qui intéresse au plus haut degré l'avenir et la prospérité de la ville de Bourbonne est tout près de recevoir son application; c'est la rétrocession aux mains de l'industrie privée de l'exploitation des sources thermales de cette ville, ou pour mieux dire la substitution de la *mise en ferme* à l'état de *régie* actuel. Cette transformation si désirée et si impatiemment attendue, semble en effet devoir être bientôt opérée; car on attend d'un jour à l'autre dans notre ville les délégués de plusieurs compagnies en ce moment en instance près du ministre de l'intérieur pour obtenir la concession temporaire de ces établissements thermaux appartenant à l'Etat.

(Progrès de la Haute-Marne.)

— M. Chassaignac, agrégé libre à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera son cours complet de médecine opératoire le samedi 17 avril, à quatre heures de l'après-midi, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis. Les conférences cliniques seront continuées à l'hôpital Lariboisière pendant le semestre d'été; visite des malades à huit heures. Opérations principales tous les lundis à neuf heures.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques nouveaux cas de rhumatisme cérébral ou ataxique.

Depuis que l'attention a été appelée sur les faits de rhumatisme cérébral, il semble que les cas de ce genre se multiplient. Serait-ce qu'en réalité les moyens de traitement usités depuis un certain nombre d'années dans le rhumatisme rendraient plus fréquentes les métastases rhumatismales vers les organes encéphaliques, comme le pensent quelques médecins? ou cette plus grande fréquence ne serait-elle qu'apparente et résulterait-elle tout simplement de ce que les faits de ce genre, mieux connus aujourd'hui, sont observés avec plus de soin et recueillis avec plus d'exactitude? Quoi qu'il en soit, cette complication ou ce mode de terminaison du rhumatisme articulaire est d'une telle gravité, qu'on ne saurait trop s'attacher à en étudier toutes les particularités et toutes les circonstances capables de mettre sur la voie des indications thérapeutiques. On ne s'étonnera donc pas de nous voir revenir souvent sur ce sujet et de saisir toutes les occasions qui se présentent de discuter quelques-uns des points qui se rattachent à l'histoire de cette maladie.

Trois nouveaux faits ont été signalés à l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, et tous trois suivis de mort. C'est plus qu'il n'en faut, sans doute, pour justifier cette préoccupation.

M. Vigla a exposé à la Société qu'il venait de voir à la Maison de santé deux rhumatisants succomber à des symptômes cérébraux, à quelques heures d'intervalle l'un de l'autre, quoique placés dans des conditions assez différentes. Voici la relation abrégée de ces deux faits :

Le 19 janvier 1858 est entré à la Maison municipale de santé le nommé D..., âgé de 42 ans. Cet homme, qui avait été pris il y a quinze jours de fièvre, de frissons, de céphalalgie et de douleurs vives dans les genoux et dans les pieds, présentait, lors de son entrée dans le service, l'état suivant : respiration assez difficile, toux pénible, expectoration presque nulle, douleurs vives dans les mains, les coudes et les épaules ; les mains, la gauche surtout, étaient tuméfiées et rouges ; les doigts étaient immobilisés par la douleur ; les épaules étaient beaucoup moins sensibles, et le malade pouvait encore remuer les bras. Les articulations des membres inférieurs, prises les premières, ne conservaient plus qu'une légère sensibilité. La fièvre était modérée ; le pouls, très-irrégulier, donnait 88 pulsations ; il n'existait plus de céphalalgie ; la soif était assez vive, l'appétit nul, la langue blanche. Constipation ; pas d'envies de vomir ; enfin le corps était couvert d'une sueur abondante.

A l'auscultation, on constate des râles sous-crépitants dans le tiers inférieur des deux poumons. Les battements du cœur sont irréguliers, tumultueux ; il n'est le siége d'aucun bruit anormal.

On prescrit : ipéca, 1 gramme; frictions avec baume tranquille sur les articulations malades.

Le 22 janvier, les douleurs ainsi que l'oppression persistent.

Le 23, il survient des sueurs très-abondantes, et la poitrine se couvre de sudamina. Le pouls est petit, inégal, irrégulier, intermittent.

Le 24, l'oppression est extrême ; les douleurs persistent avec la même intensité dans les mains et les épaules. Sinapismes ; large vésicatoire sur le devant de la poitrine.

Le 25, l'oppression est beaucoup moins considérable ; les douleurs des membres sont dissipées. Pendant la nuit, le malade a été pris d'agitation et de délire. Le matin, il refuse de se laisser examiner ; il répond avec volubilité et mauvaise humeur aux questions qu'on lui pose, et ne veut prendre aucun médicament.

Le soir, le malade est beaucoup plus calme ; mais le délire revient le lendemain avec une grande agitation, et le pouls, petit, irrégulier, est très-fréquent. Dans la journée, il tombe dans un coma profond, interrompu de temps en temps par des accès convulsifs violents, épileptiformes, qui se renouvellent de plus en plus fréquemment. Il succombe enfin dans la soirée, au milieu d'un accès.

Le deuxième malade est un employé de la maison qui avait été pris depuis plusieurs jours de douleurs dans les articulations des membres inférieurs et des poignets. C'était la troisième attaque de rhumatisme. La première avait eu lieu il y avait une dizaine d'années, et avait duré environ six mois. La seconde remontait à cinq ans, et avait duré six semaines ou deux mois. Toutes deux avaient été accompagnées de complications du côté du cœur. Cette fois, les douleurs étaient intenses ; mais il n'y avait ni gonflement ni rougeur des articulations malades ; et, ce qui frappait surtout, c'était la profonde altération de la physionomie du malade. La face était excessivement pâle, l'abattement très-grand, la fièvre peu forte, le pouls régulier, mais peu développé ; la langue sale, la bouche mauvaise. Aucune complication du côté du cœur ni de la poitrine, bien qu'il y eût de l'oppression.

Cet homme fut mis à l'usage du sulfate de quinine et des opiacés. Le sulfate de quinine fut donné d'abord à la dose de 0,05 c. par jour, puis à 0,75 c. Il en prenait depuis sept ou huit jours, lorsque les douleurs ayant beaucoup diminué, on en cessa l'usage. A cette époque, le malade pouvait être considéré comme entrant en convalescence ; il ne restait plus que quelques douleurs vagues dans les poignets ; l'appétit était revenu ; il n'y avait point de fièvre ; seulement les nuits étaient agitées ; le malade causait toute la nuit ; il avait des hallucinations, parlait continuellement de ses occupations habituelles ; puis, avec le jour, tous ces symptômes disparaissaient, et il jouissait de la plénitude de sa raison. Il ne prenait depuis une huitaine de jours, comme traitement opiacé, qu'un julep avec 15 grammes de sirop diacode. Bien que les troubles de l'intelligence ne pussent être attribués à une aussi faible dose, le julep fut supprimé. Néanmoins, dans la nuit du 23 au 24 janvier (le dixième jour environ du traitement), l'agitation fut très-grande, et elle ne cessa pas, cette fois, avec le jour.

A partir de ce moment, le délire ne quittait plus le malade qu'à de longs intervalles, et lorsqu'on excitait fortement son attention par des questions précises. On prescrivit 20 sangsues derrière les oreilles et un lavement purgatif.

Le lendemain, l'état du malade étant le même, on prescrit un nouveau purgatif, et une potion avec 30 centigr. de musc, qui est continuée le jour suivant.

Le 26 janvier, il survient des convulsions. Le 27, le malade succombe après une alternative de quelques heures de coma et de convulsions.

A l'occasion de cette communication de M. Vigla, M. Moutard-Martin a rappelé un fait analogue qu'il a observé dans le courant de l'année dernière à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, qui était atteint depuis cinq jours d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il fut pris tout à coup d'accidents cérébraux, convulsions, délire, etc., qui, après une légère suspension sous l'influence de l'administration de l'opium, ont rapidement acquis une intensité telle, que la mort est survenue au bout de deux jours. A l'autopsie, on n'a trouvé qu'une légère congestion des méninges et une infiltration séreuse parfaitement transparente d'ailleurs, dans la pie-mère, mais sans aucun ramollissement, sans adhérences à la pulpe cérébrale, sans dépôts plastiques ; en un mot, sans aucune apparence de méningite ni de lésion de la substance cérébrale.

Les questions que nous avons déjà soulevées à l'occasion de faits semblables précédemment observés, sur la nature et le caractère de ces accidents, sur leur cause probable et surtout sur le traitement qu'il conviendrait de leur opposer, ces questions se présentent de nouveau plus pressantes et plus actuelles que jamais. Nous demandons à nos lecteurs la permission d'en réserver l'examen pour l'une des prochaines revues.

Accouchement prématuré artificiel; enfoncement du pariétal gauche par l'angle sacro-vertébral.

Le 10 décembre 1857, M. le Dr Fiessinger, de Mutsig, adressa à M. Stoltz, pour être admise à la clinique d'accouchement de Strasbourg, une naine, la fille W... de M..., âgée de 32 ans, enceinte pour la première fois et se croyant parvenue au huitième mois de sa grossesse. Au premier coup d'œil, il ne paraissait pas pos-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine ; par le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (1).

Que doit-on entendre par ces mots : dégénérescences de l'espèce humaine? Pour M. Morel, les dégénérescences sont des déviations maladives d'un type primitif, résultant d'une influence morbide, soit de l'ordre physique, soit de l'ordre moral, et ayant, comme tous les états maladifs, leurs caractères spéciaux et leurs caractères généraux.

Ces déviations, si simples qu'on les suppose à leur origine, renferment néanmoins des éléments de transmissibilité d'une telle nature, que celui qui en porte le germe devient de plus en plus incapable de remplir sa fonction dans l'humanité, et que le progrès intellectuel déjà enrayé dans sa personne se trouve encore menacé dans celle de ses descendants.

Un des caractères les plus essentiels des dégénérescences est celui de la transmission héréditaire, mais dans des conditions bien autrement graves que celles qui règlent les lois ordinaires de l'hérédité. Les produits des êtres dégénérés offrent des types de dégradation progressive. Cette progression peut atteindre de telles limites que l'humanité ne se trouve préservée que par l'excès même du mal, et la raison en est simple : l'existence des êtres dégénérés est nécessairement bornée, et il n'est pas toujours nécessaire qu'ils arrivent au dernier degré de la dégradation pour rester frappés de stérilité, et par conséquent incapables de transmettre le type de leur dégénérescence.

On voit, d'après cela, et du reste M. Morel l'avoue dans ses prolégomènes, que, pour l'auteur, le type primitif de l'humanité doit être considéré comme ayant été le chef-d'œuvre et le résumé de la création ; et que de plus il admet la dégradation originelle de la nature humaine, agissant seule ou avec le concours des circonstances extérieures, des institutions sociales et de toutes les influences occasionnelles analogues.

Nous aurions peut-être à faire, contre certains points de cette doctrine, plus d'une objection ; mais ce n'est pas ici le lieu, et nous préférons poursuivre, sans l'interrompre, l'examen des opinions de M. Morel relativement à la production de ces dégénérescences, à l'origine et à la formation des variétés maladives dans l'espèce humaine.

Il existe plusieurs sortes de modifications de l'organisme humain. Les unes sont produites par les climats, par les milieux dans lesquels vit le sujet, par les habitudes, la nourriture, etc. C'est ce que l'on pourrait appeler les modifications physiologiques ; M. Morel, avec beaucoup de raison, ne veut pas que l'on confonde ces modifications qui ont pour résultat d'adapter la constitution des races humaines au climat qu'elles habitent, avec ces autres modifications plus profondes et plus radicales qui sont le résultat d'un principe maladif, et forment pour lui la classe des dégénérescences proprement dites. Avouons sur-le-champ cependant que la démarcation n'est pas toujours facile à établir, et qu'il est plus d'un cas où il sera extrêmement malaisé de décider où s'arrête la déviation due à l'influence naturelle du climat, où commence la déviation maladive du type normal.

Nous ne devons pas quitter ce chapitre important du livre sans signaler une ardente discussion dans laquelle l'auteur cherche à réfuter une opinion soutenue par des hommes qui ont fait autorité en ethnographie, Virey, Bory de Saint-Vincent, etc., à savoir : que le nègre n'est pas un homme, qu'il est le chaînon de transition entre le singe et l'homme, qu'il forme le trait d'union entre l'espèce humaine et l'animalité. L'argumentation de M. Morel est certainement savante et passionnée ; cependant il n'est pas difficile à un esprit impartial de reconnaître qu'il parle plutôt ici avec son cœur.... Mais c'est encore là un sujet trop brûlant pour que nous voulions nous y arrêter.

Après quelques considérations générales sur la méthode à suivre pour étudier les causes des dégénérescences dans l'espèce humaine, et sur la classification des êtres dégénérés, M. Morel entre dans le cœur de son sujet en examinant les unes après les autres les diverses causes auxquelles on doit, selon lui, rapporter ces dégénérescences, et les altérations de l'ordre physique et moral qui en sont la conséquence.

Ce sont d'abord les agents intoxicants, et parmi eux les boissons alcooliques, dont un savant médecin suédois a récemment décrit la désastreuse influence sur l'organisme sous le nom d'*alcoolisme chronique*. L'alcool produit une maladie qui offre les symptômes d'un véritable empoisonnement, mais qui a un caractère spécial, impossible à confondre avec d'autres affections idiopathiques du cerveau ou de la moelle, et qui est tout au plus susceptible d'être confondue avec la paralysie générale progressive des aliénés parvenue à ses dernières limites. Parmi les individus qui doivent rapporter à l'abus des boissons alcooliques leur état de maladie, nous trouvons ceux dont cette funeste habitude a causé la mort, ceux qu'elle a rendus dangereux au point de rendre leur séquestration nécessaire ; puis, ce qui est plus grave, nous voyons deux classes distinctes d'êtres dégénérés descendre de ces individus : les uns, frappés d'un arrêt congénial de développement,

(1) Un vol. in-8°, avec atlas de XII planches. — J.-B. Baillière et fils.

sible que cette femme fût délivrée autrement que par l'opération césarienne, tant sa taille était petite et sa démarche difficile. Elle n'avait en effet que 1 mètre 20 et mesurait du sommet de la tête au coccyx 0,76, tandis que la distance du coccyx aux talons n'était que de 0,44. Ses extrémités inférieures étant très-courtes comparativement au tronc, elle se balançait en marchant comme les canards. La colonne vertébrale était droite. Les fémurs et les tibias étaient fortement arqués. Le ventre était très-proéminent, la matrice inclinée en avant.

Au toucher vaginal le segment inférieur fut trouvé vide, il était même très-difficile d'atteindre le col. Après avoir pris tous les renseignements propres à éclairer sur l'époque à laquelle la fille W... avait pu devenir enceinte, et en les comparant avec le volume du ventre et celui du fœtus, M. Stoltz jugea qu'elle ne devait guère avoir dépassé le terme de six mois.

L'examen minutieux du bassin, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, fit reconnaître qu'il n'était pas assez large transversalement, mais que le diamètre antéro-postérieur n'avait que de $0^m,08$ à $0^m,09$ de largeur. En même temps que le bassin était aplati antéro-postérieurement, il était très-incliné en avant.

Le résultat de la mensuration pelvienne et la circonstance que la grossesse était à peine parvenue à la fin du sixième mois, firent concevoir l'espérance d'obtenir un enfant vivant et viable, en provoquant son expulsion au terme de sept mois révolus. Dès ce moment l'opération fut arrêtée.

Le 27 janvier, des injections vaginales chaudes furent faites à trois reprises différentes dans la journée, mais sans résultat. Elles furent répétées le 28, et le soir la malade eut quelques maux de reins qui se dissipèrent promptement.

Le 29, après la seconde séance d'injection, le travail s'établit. A huit heures du soir, le col était complétement effacé, l'orifice au centre du bassin, de la largeur d'une pièce de 2 francs, le segment inférieur saillant et fluctuant. Aucune partie du fœtus ne pouvait être atteinte par le vagin. L'exploration externe fit reconnaître que la tête de l'enfant était logée dans la fosse iliaque gauche, et que le tronc était dirigé obliquement à droite vers le fond de l'utérus. Le dos était à gauche, ce que confirmèrent les battements redoublés qu'on entendait de ce côté.

Pour redresser l'axe fœtal, on fit prendre à la femme le décubitus latéral gauche, afin de faire tomber l'extrémité pelvienne du fœtus de ce côté, en même temps qu'on plaça sous l'aine un linge plié en plusieurs doubles destiné à exercer une pression sur la tête, dans le but de la faire avancer sur le détroit supérieur.

Au bout de très-peu de temps, les douleurs ayant été fréquentes, on put toucher la tête par le vagin, et insensiblement elle s'engagea dans le détroit supérieur. Alors on fit reprendre à la patiente le décubitus dorsal.

Les contractions continuèrent avec la même énergie et devinrent presque continues; vers dix heures, l'œuf était encore entier. On se garda de rompre les membranes; aussi la poche des eaux descendit-elle dans le vagin, et quelque temps après, elle pendait à la vulve sous forme d'une grosse ampoule.

En touchant, on trouva la tête dans l'excavation, mais l'auscultation ne fit plus entendre les battements redoublés qu'on avait encore perçus directement à huit heures du soir, avant que la tête s'engageât.

On rompit les membranes à minuit, et peu après, l'expulsion du fœtus eut lieu sans beaucoup de difficultés; mais il ne donna aucun signe de vie. On remarqua aussitôt que le côté gauche du crâne était enfoncé, qu'il existait même une petite plaie transversale sur le frontal, et que le pariétal droit était le siége d'une tuméfaction volumineuse du cuir chevelu. L'enfant était du reste bien conformé; il mesurait $0^m,42$, et son poids était de 2 kilogr. 40 gr. La délivrance fut facile.

Ce fait offre un double intérêt au point de vue obstétrical d'abord, puis au point de vue médico-légal.

Au point de vue obstétrical, voici quelques-unes des circonstances que M. Stoltz a signalées lui-même comme dignes d'intérêt en communiquant ce fait à la Société de médecine de Strasbourg.

La présentation anormale du fœtus, qui a été constatée dans ce cas, s'observe ordinairement dans les cas d'étroitesse pelvienne et chez les personnes de très-petite taille. Elle a été corrigée ici par la position donnée à la femme et par la pression exercée sur la tête à travers les parois abdominales.

On a vu que M. Stoltz a eu recours, pour provoquer le travail, à la méthode des injections vaginales d'eau chaude. Nous avons déjà rapporté un assez grand nombre de faits qui démontrent l'efficacité de cette méthode. Celui-ci vient encore ajouter un nouveau témoignage en sa faveur. Aussi M. Stoltz, à qui ce moyen a toujours réussi depuis plusieurs années qu'il y a recours, le considère-t-il comme devant remplacer tous les autres, autant du moins qu'on n'a pas besoin de provoquer promptement les contractions. Dans cette circonstance, les contractions ont été si énergiques, que, malgré la résistance offerte par le bassin au détroit supérieur, la tête y a pénétré en peu de temps et l'expulsion du fœtus a été très-prompte... On pourrait même dire qu'elles ont été trop énergiques, car c'est à la compression que la tête de l'enfant a subie à son passage à travers le détroit supérieur qu'il faut attribuer les lésions du crâne et la mort qui s'en est suivie.

En effet, jusqu'au moment où la tête s'est fortement engagée dans le détroit supérieur, les battements redoublés ont été parfaitement entendus. Ils n'ont plus été retrouvés du moment où la tête était descendue dans l'excavation. La lésion a porté sur tout le pariétal gauche et sur une partie du frontal, qui ont présenté non-seulement un enfoncement profond, mais aussi une fracture de la table externe.

M. Stoltz a montré, à cette occasion, à ses collègues plusieurs autres têtes d'enfants qui ont péri ainsi au passage spontané par le détroit supérieur avec des enfoncements et fractures du crâne.

Ceci nous conduit à la question médico-légale soulevée devant la Société par M. Strohl. Ainsi que l'a fait remarquer notre savant confrère, la possibilité de fractures du crâne produites par l'action combinée des contractions utérines et de la compression des os du bassin, peut créer une difficulté très-sérieuse pour le médecin appelé à se prononcer sur la cause probable de fractures constatées sur la tête d'un nouveau-né, dans un cas de suspicion d'infanticide. Il n'existe en effet aucun signe qui permette de distinguer les fractures opérées pendant le travail de l'accouchement, l'enfant étant encore vivant, de celles qui ont été produites par une violence extérieure immédiatement après la naissance? Cette impossibilité de distinguer par l'aspect seul des parties ces fractures spontanées d'avec celles qui peuvent avoir été produites par une main criminelle ou même par la main de l'accoucheur, impose au médecin une grande circonspection et une grande réserve. La circonstance d'un rétrécissement ou d'une déformation du bassin devra, dans ce cas, être prise en grande considération.

De quelques moyens de réduction dans les cas d'enfoncement du crâne chez les nouveau-nés.

Le fait qui précède donne un intérêt d'actualité à l'objet de la communication que M. le docteur Koeberlé a faite à la même Société, et dont nous empruntons la relation, ainsi que celle qui précède, à la *Gazette médicale de Strasbourg*. Il s'agit, en effet d'un moyen proposé pour réduire les fractures et dépressions du crâne chez les nouveau-nés.

Jusqu'ici la thérapeutique contre cet accident en est à peu près réduite à l'usage de la ventouse ou au moyen conseillé par Heister, qui consiste, comme on le sait, à recouvrir d'un emplâtre agglutinatif la surface déprimée du cuir chevelu préalablement rasé; puis, quand il est bien adhérent, à le soulever avec force au moyen de liens fixés à sa surface, de manière à soulever en même temps les os du crâne. Mais ce moyen avait des inconvénients de plus d'un genre. Les tractions opérées sur les liens ne s'exerçant qu'à l'endroit de leur insertion, étaient inefficaces, et elles avaient en outre l'inconvénient de déterminer un afflux de sang sur toute la périphérie de l'emplâtre: il en résultait un épanchement de sang et un décollement du cuir chevelu que l'on soulevait sans avoir suffisamment prise sur les os.

D'un autre côté, la ventouse ordinaire était inefficace, parce que la surface de son ouverture ne s'adaptait que difficilement ou ne pouvait s'adapter à la surface des os du crâne et que le vide produit était insuffisant.

Ces inconvénients ont fait abandonner à peu près généralement ces moyens.

En présence de ces difficultés pratiques, M. Koeberlé s'est proposé de chercher un moyen de remédier à cet accident, qui fût exempt des inconvénients reprochés aux anciennes méthodes. Le moyen auquel il s'est arrêté est emprunté au principe de la ventouse. Il suffit, dit-il, pour rendre la ventouse efficace, de rendre son rebord adaptable à toutes les surfaces, ce que l'on obtient aisément en y fixant un cercle ou une rondelle découpée dans une feuille de caoutchouc, et d'y faire le vide en aspirant l'air au moyen d'une forte seringue, ou, ce qui vaut mieux, avec une petite pompe pneumatique.

On peut improviser un appareil avec un entonnoir en verre de 6 ou 7 centimètres de diamètre, autour de la partie évasée duquel on a fixé au moyen d'un fil un cercle de caoutchouc. On munit le sommet de l'entonnoir d'un tube en caoutchouc ou d'une sonde en gomme élastique. L'extrémité de la sonde ou du tube est adaptée à une bonne seringue ou à une pompe pneumatique avec laquelle on fait le vide.

La ventouse à pompe peut être utilisée dans le même but.

A la suite de l'application de cet appareil sur le crâne, si cette application est trop prolongée, il peut survenir une suffusion sanguine au-dessous du péricrâne; mais cette suffusion ne peut jamais devenir inquiétante, si on a soin de laisser immédiatement rentrer l'air après la réduction, dont la rapidité peut être réglée à volonté: elle peut être obtenue en quelques secondes.

La congestion ou la suffusion sanguine ne peut jamais devenir inquiétante, suivant M. Koeberlé, puisqu'elle est sous-cutanée, et parce que le rebord de la ventouse affaisse et comprime fortement le cuir chevelu, dont la circulation est immédiatement interceptée sous la ventouse pendant tout le temps que l'on opère le vide. L'hémorrhagie ne peut provenir que des pertuis vasculaires très-grêles de la table externe de l'os et des fissures des fractures; elle ne tend point à devenir interne et à décoller la dure-mère.

L'appareil en verre a l'avantage de permettre de surveiller la marche de la réduction, que l'on peut hâter ou diminuer à son gré, en activant plus ou moins la production du vide.

Chez le nouveau-né, on n'a point à craindre la production brusque du vide dans l'intérieur du crâne, et par suite la rupture des vaisseaux de l'intérieur du cerveau ou des méninges, car les sutures sont encore écartées, les os peuvent chevaucher les uns sur les autres, et la tête jouit d'une dépressibilité qui s'oppose complétement à la production d'un vide dans l'intérieur du crâne. Les parois de la tête et le cerveau s'affaissent ou se déplacent de la même manière que les parties voisines d'une articulation et les gaînes synoviales dans les divers mouvements, chaque fois qu'il y a une tendance à la production du vide.

Les expériences faites sur la tête d'enfants nouveau-nés ont toutes réussi. Les dépressions larges et profondes ont été réduites plus facilement que les simples bosselures, qui exigent un vide plus prononcé. L'une des expériences a été faite snr la tête d'un enfant venu au monde avec un enfoncement déterminé par l'angle sacro-vertébral d'un bassin vicié et rétréci suivant le

---

naître imbéciles ou idiots, les autres ne vivre intellectuellement qu'un temps limité.

Les dangers du haschisch et de l'opium, de ce dernier surtout, sont trop évidents pour que nous nous étonnions de les voir ranger par M. Morel parmi les poisons végétaux les plus actifs et devenant très-fréquemment cause des dégénérescences les plus graves; mais nous avouons que nous avons été heureux de le voir, moins absolu que certains écrivains systématiques, se prononcer avec une sévérité bien modérée contre l'usage du tabac, que condamnent comme désastreux ceux-là seulement qui n'en font pas usage. Si nous insistons en passant sur ce point, c'est simplement parce que, ayant déjà dans ce journal rompu quelques lances contre les détracteurs impitoyables du tabac, nous sommes heureux de voir notre opinion conforme à celle d'un aliéniste des plus distingués, qui, après avoir longuement et mûrement étudié la question, ne prohibe que l'abus, et regarde l'usage comme tout à fait innocent.

Des intoxications non moins profondes, plus intenses même, parce qu'elles se produisent tous les jours, puisque leurs agents font partie de l'alimentation, sont déterminées par les altérations que subissent fréquemment les céréales, l'ergot, par exemple. Un savant allemand, le docteur Hecker, si connu par ses belles recherches sur les épidémies des siècles qui ont précédé notre époque, a fait des épidémies d'ergotisme survenues à la fin du dix-huitième siècle l'objet d'études toutes spéciales, et a prouvé par les relations des auteurs que des accidents de la plus haute gravité, convulsifs, gangréneux, avaient été déterminés bien des fois par l'usage prolongé du seigle et du froment qui avaient subi cette altération.

Pour l'auteur, la pellagre, cette terrible affection sur laquelle, il y a quelques années, l'attention a été appelée de nouveaux par des travaux importants, la pellagre serait, dans l'immense majorité des cas, le résultat d'une alimentation défectueuse, qui affecte d'abord le tube digestif et le système nerveux, et modifie profondément l'économie tout entière, l'alimentation par le maïs. Mais, ajoute-t-il, le maïs, tel qu'il est consommé dans la Lombardie, les Asturies, les Landes, n'agit pas seulement comme nourriture insuffisante et prédisposant les individus à la cachexie; le défaut de maturité de cette céréale exotique, les préparations qu'elle subit avant d'être consommée, en font un aliment qui constitue un véritable poison.

D'après les détails daus lesquels nous venons d'entrer pour quelques-uns des principaux agents d'intoxication qui produisent les dégénérescences de l'espèce humaine, nos lecteurs apprécieront facilement les études importantes et consciencieuses que M. Morel a dû faire de chacune des autres substances organiques ou inorganiques susceptibles de déterminer, par un usage accidentel ou prolongé, des accidents analogues chez des individus isolés ou dans des populations entières. Nous ne le suivrons donc pas dans les développements qu'il donne à l'histoire de ces substances, phosphore, arsenic, mercure, etc.

Après l'histoire du mal devait venir l'indication des remèdes. C'est en effet aux moyens de régénération qu'est consacrée une grande partie du livre de M. Morel; peut-être aurions-nous désiré que la ligne de démarcation eût été plus tranchée entre la partie pathologique et ce que nous devrions appeler la partie thérapeutique de son œuvre. La lecture en eût exigé une attention moins soutenue, et les applications eussent été plus faciles à saisir pour le lecteur. Mais telles qu'elles sont, nous devons dire qu'elles ne le cèdent en rien pour l'importance et la sagesse avec lesquelles ces considérations sont présentées, à la description des désordres auxquels il s'agit de remédier.

Parmi les plus intéressants des chapitres relatifs à la régénération de l'espèce humaine, nous citerons celui où il est question du croisement des races, du danger des mariages consanguins, question qui, à toutes les époques, depuis les temps les plus reculés, a préoccupé à juste titre les législateurs. Il n'est peut-être pas de loi, dit M. Morel, dont la nécessité soit aussi profondément gravée dans l'esprit et les sentiments de l'humanité. Croisement des races, inconvénient des unions consanguines, sont les termes de deux propositions qui se complètent l'une par l'autre, en ce sens que le remède se trouve à côté du mal. Cette loi, encore une fois, est gravée dans l'esprit et dans les sentiments de l'humanité; elle fait la base morale et religieuse de la plupart des législations des temps anciens et des temps modernes.

La consanguinité dans l'union des sexes est-elle physiologique? C'est-à-dire trouve-t-elle de bonnes conditions de santé dans les membres unis d'une même famille? Les résultats varient suivant que le système d'alliance se poursuit ou ne se poursuit pas. A la première, et quelquefois même à la deuxième génération, elle peut ne déterminer aucun effet fâcheux; mais l'expérience prouve d'une manière péremptoire que dès qu'elle se prolonge au delà de cette limite, même dans le cas très-rare où elle n'entraîne le développement d'aucun mal héréditaire, elle cause cependant l'abâtardissement de l'espèce et de la race, la duplication et le redoublement de toutes les infirmités, de tous les vices, de toutes les prédispositions fâcheuses du corps et de l'âme, l'hébétude de toutes les facultés mentales, l'abrutissement, la folie, l'impuissance, la mort de plus en plus rapprochée de tous les produits.

Dans l'espèce humaine, ces résultats se font voir sous leurs formes les plus déplorables, au sein des familles restreintes aussi bien que dans les agglomérations plus considérables d'individus. Les aristocraties, réduites à se recruter dans leur propre sein, s'éteignent de la même manière. Les terminaisons dégénératives se révèlent dans ces

diamètre sacro-pubien. L'enfoncement a été réduit avec la plus grande facilité.

La réduction des enfoncements du crâne se fait en général de la périphérie vers le centre.

Après la réduction, l'enfoncement peut-être reproduit avec une pression assez modérée. Pour éviter une récidive, il faut protéger la tête de l'enfant avec une coque de métal et la placer dans une position convenable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 avril 1858. — Présidence de M. Bouvier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Legouest, membre correspondant de la Société, adresse une demande pour être inscrit sur la liste des candidats aux deux places de membre titulaire, qui sont actuellement vacantes.

— M. Broca communique une lettre de M. le docteur Landre, d'Eymet, relative à un cas de tumeur crayeuse, développée dans la bourse muqueuse pré-rotulienne. M. Verneuil est chargé de rendre compte de cette observation.

Traitement du mal vertébral par les appareils inamovibles. — M. Giraldès communique une lettre de M. le docteur Kuhn, de Gaillon, sur le traitement du mal vertébral par des appareils amidonnés. Ce traitement, qu'il a imaginé en 1848, a depuis lors été appliqué à un grand nombre de malades, et a donné des résultats avantageux. M. Kuhn procède de la manière suivante :

« Je fais mouler, dit-il, le dos du sujet, couché sur le ventre *et dans la position la plus redressée possible*. Le moule comprend les parties postérieure et latérale du tronc, depuis le bas de la région cervicale, jusqu'à environ 2 centimètres au-dessous des crêtes iliaques (plus ou moins haut ou bas selon les exigences du cas particulier), en ayant soin de bien prendre le dessous des aisselles. Le moule pris, je fais sécher le plâtre (au four, chez le premier boulanger venu), et puis j'applique mon appareil amidonné sur le plâtre, en commençant par étendre une peau de chamois ou de basane, légèrement humectée, qui se prête à merveille à toutes les saillies et anfractuosités du moule. Par-dessus cette peau viennent les bandes amidonnées, de carton mince ou de papier, imbriquées et entre-croisées, en couche d'environ 3 millimètres d'épaisseur, en ayant soin de ne pas laisser trop d'inégalités à la surface extérieure.

» Ces bandes sont recouvertes à leur tour d'une pièce de coutil de bonne qualité. Le tout est ensuite fixé exactement et solidement, au moyen de tours de bande, et abandonné à la dessiccation. L'appareil forme ainsi une espèce de plastron ou de carapace, exactement moulé sur toutes les saillies et anfractuosités du corps, et qui, pour ce motif, est mieux supporté qu'aucun autre. Je le fais compléter antérieurement par un demi-corset élastique fixé aux enveloppes du plastron, lacé sur le devant et garni de baleines longitudinales. Des *épaulettes* mobiles, croisées au-devant de la poitrine, servent à maintenir la partie supérieure du tronc contre le plastron.

» En raison du contact parfait, cet appareil soutient mieux le tronc qu'aucun autre ; il permet au malade de changer à volonté son décubitus, sans danger de dérangement des surfaces malades ; car il maintient ces parties dans une immobilité parfaite, tout en permettant le mouvement des autres parties ; il entretient autour de la gibbosité une chaleur bienfaisante et toujours égale, et la protége efficacement contre toute violence extérieure. Ces conditions réunies contribuent autant et plus qu'aucune médication à amener la guérison. On peut faire percer des trous dans le plastron, à l'aide d'un emporte-pièce, afin de ménager la circulation de l'air.

» L'appareil entier revient à 20 ou 25 francs. »

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle le vote sur les conclusions du rapport lu dans la dernière séance par M. Larrey. La commission a proposé de décerner à M. le professeur Velpeau le titre de membre honoraire.

Votants, 27. — Un bulletin blanc a été déposé dans l'urne. M. Velpeau a obtenu tous les autres suffrages.

En conséquence, M. Velpeau est proclamé membre honoraire de la Société de chirurgie. M. le secrétaire général est chargé de lui faire part de cette nomination.

LECTURES.

M. Giraldès donne lecture du travail suivant :

« **Note sur un nouvel organe glanduleux, situé dans le cordon spermatique, et pouvant donner naissance à des kystes.** — Dans une des dernières séances, la Société de chirurgie a entendu une communication de M. le professeur Ch. Martins, sur un intéressant sujet d'anatomie. L'attention que la Société a prêtée à ce genre d'études m'engage à lui présenter le résumé très-succinct de quelques recherches anatomiques, de nature, j'ose du moins l'espérer, à jeter quelque lumière sur un sujet de pathologie, les kystes du cordon spermatique.

Je ne rappellerai pas les travaux entrepris dans ces dernières années par MM. Curling, Paget, Quekett, Gosselin et Verneuil, dans le but de rendre plus complète l'histoire des kystes du cordon. Malgré les efforts de ces habiles observateurs, l'histoire de ces tumeurs est loin d'avoir reçu une complète solution.

En lisant leurs intéressantes recherches, on peut se convaincre que tous les côtés de la question ne sont pas franchement abordés, que le problème n'est pas assez nettement formulé dans leur esprit pour leur permettre d'en donner une exposition complète et précise.

C'est ainsi, par exemple, que l'origine, que le mode de formation des kystes du cordon sont vaguement aperçus ; dès lors, de nouvelles recherches étaient nécessaires pour résoudre cette question d'une manière complète. On ne s'en étonnera pas si on veut remarquer que tous les observateurs avaient passé sans l'apercevoir devant un organe qui pouvait leur fournir des indications pour résoudre ce problème.

L'organe auquel je fais allusion me paraît offrir, au point de vue de l'anatomie pathologique, un intérêt assez grand pour lui mériter désormais une indication spéciale dans les livres classiques. Cet organe, que les anatomistes semblent avoir méconnu, est placé derrière la séreuse vaginale, en avant du paquet de veines qui se rend dans le testicule, et dans l'espace compris entre l'épididyme et le point où la tunique vaginale se réfléchit pour former le sac séreux. Sa persistance après la naissance, sa structure, son origine, son siége même, pourrait le faire considérer chez l'homme comme l'analogue d'un organe qu'on retrouve chez la femme près de l'ovaire, le corps de Rosenmüller.

L'organe dont nous parlons, et que je désignerai sous le nom de corps innominé, est constitué par une série d'agglomérations formées tantôt de vésicules de forme variée, de tubes variqueux, ou bien de vésicules et de tubes réunis et placés dans le tissu cellulaire sous-séreux, qui leur fournit de nombreux capillaires. Ces petites masses ont le volume de trois ou quatre millimètres d'étendue ; elles recouvrent, comme je l'ai dit, des parties ambiantes, un réseau capillaire très-serré. Les vésicules et les tubes de l'organe innominé sont tapissés par un épithélium analogue à celui des vaisseaux séminifères ; ils sont, en outre, remplis par un liquide tenant en suspension de nombreuses granulations.

Le corps innominé se rencontre toujours au moment de la naissance. On le retrouve encore chez l'adulte et le vieillard. Je l'ai rencontré aussi dans quelques espèces animales.

La présence dans le cordon spermatique d'un corps formé de tubes ambiants et de vésicules d'apparence glandulaire, devait laisser supposer *à priori* qu'il pouvait être l'origine, le point de départ des poches kystiques du cordon.

L'analogie de structure et d'origine que nous lui supposons avec le corps de Rosenmüller, venait corroborer cette hypothèse. On se rappelle en effet qu'on rencontre souvent dans le ligament large des kystes produits par la dilatation des tubes de ce corps ; aussi il ne doit point paraître étrange de supposer que les tubes et les vésicules du corps innominé, dilatés anormalement, pourraient être le point de départ de certains kystes du cordon spermatique. Nous voyons ainsi se compléter, au point de vue pathologique, l'analogie qui existe entre le corps innominé et le corps de Rosenmüller. Mais si l'analogie en matière scientifique est parfois un puissant auxiliaire, de nature à nous mettre sur la voie de la vérité, il est également vrai qu'elle ne peut être invoquée avec fruit qu'à la condition de nous conduire vers une démonstration, autrement son intervention ne servirait qu'à consacrer des erreurs et à nous tenir renfermés dans le cercle incommensurable des hypothèses.

Des recherches, continuées depuis plus d'une année, m'ont permis de confirmer par l'observation directe ce que l'analogie me laissait supposer. Maintes fois j'ai rencontré, dans le cordon spermatique des enfants, des tumeurs kystiques du volume d'un gros pois, produites par la dilatation des tubes et des vésicules du corps innominé; des faits du même ordre recueillis chez l'adulte, même chez des animaux, sont venus ajouter un supplément de preuve à cette explication.

Je ne prétends pas affirmer que toujours les kystes du cordon spermatique sont produits par la dilatation des éléments du corps innominé, je suis même en mesure de dire que quelques-uns de ceux connus sous le nom de grands kystes du testicule, sont formés par la dilatation des *vasa efferentia*. Mais je crois pouvoir avancer qu'une grande partie des kystes développés dans le cordon spermatique, sont formés par les dilatations des éléments du corps innominé. Ces kystes, aussi bien que ceux du corps de Rosenmüller, peuvent être congénitaux.

Pour me résumer donc, je dirai qu'il existe dans le cordon spermatique un organe d'origine glandulaire formé de tubes et de vésicules, dont la dilatation est le point de départ du plus grand nombre des kystes du cordon spermatique. »

Une discussion s'engage à la suite de la lecture de M. Giraldès.

M. Follin rappelle que dans sa thèse inaugurale, publiée en 1850, il a décrit les kystes qui se développent dans l'organe de Rosenmüller; c'est-à-dire dans les vestiges du corps de Wolf. M. Follin a retrouvé ces vestiges chez l'homme aussi bien que chez la femme ; il a reconnu que dans les deux sexes des kystes peuvent s'y former. Il a distingué les kystes séreux de ceux qui renferment des spermatozoïdes. Il a donc fait des applications de l'anatomie à la pathologie dans le même sens que M. Giraldès, et il s'étonne que son collègue n'ait pas cru devoir mentionner ses travaux.

M. Verneuil rappelle à son tour qu'il a lu à la Société de chirurgie un travail intitulé *Des kystes de l'organe de Wolf dans les deux sexes*. Ce travail a été publié dans les mémoires de la Société. M. Verneuil a développé et complété les recherches de M. Follin. Il n'a décrit, il est vrai, que les kystes qui se forment au voisinage de l'épididyme ou à la partie inférieure du cordon. M. Giraldès a trouvé quelques-uns de ces kystes dans une situation un peu plus élevée. Ce détail lui appartient, mais ce n'est que le complément de recherches anatomiques et anatomo-pathologiques antérieures dont il a profité, et qu'il n'aurait pas dû passer sous silence.

M. Giraldès répond qu'il connaissait très-bien les travaux de MM. Follin et Verneuil, et s'il ne les pas cités, c'est parce qu'ils sont sans connexion avec les siens. M. Follin a cherché chez l'homme un organe analogue au corps de Rosenmüller. Il a trouvé au niveau de la tête de l'épididyme des diverticules ramifiés; il a pensé que ces diverticules, joints au *vas aberrans* décrit par Haller au niveau de la queue de l'épididyme, étaient tout ce qui restait chez l'adulte de l'organe embryonnaire connu sous le nom de corps de Wolf. M. Giraldès a décrit tout autre chose. Les petits organes qu'il a découverts ne sont pas accessibles aux injections. Ils sont situés dans l'épaisseur du cordon, perdus dans le tissu cellulaire, au milieu des vaisseaux spermatiques; ils sont transparents et invisibles sur les pièces fraîches; ils ne deviennent apparents qu'à la faveur de certaines macérations, qui rendent leur contenu opaque. Ces petits corps, placés sous le microscope, se montrent sous la forme de vésicules tantôt arrondies, tantôt allongées, et quelquefois même légèrement rameuses. Ce sont des cavités closes, susceptibles de se transformer en kystes; ainsi, M. Giraldès a décrit des organes isolés, tout à fait indépendants de l'épididyme, et s'en est servi pour expliquer la formation des kystes du cordon; tandis que les organes décrits par MM. Follin et Verneuil sont adhérents à l'épididyme, donnent des kystes épididymaires, et n'ont aucune connexion avec les kystes du cordon proprement dit.

M. Follin n'a point prétendu contester à son collègue la découverte des petits corps isolés que celui-ci vient de décrire, mais il maintient que cela ne dispensait pas M. Giraldès de citer les travaux de ceux qui lui ont ouvert la voie. Pour montrer la connexité étroite qui existe entre les recherches qu'il a publiées dans sa thèse et celles que M. Giraldès vient de communiquer à la Société, M. Follin donne d'abord quelques détails sur la disposition de l'organe décrit chez les femmes par Rosenmüller. Cet organe, situé sous le péritoine, entre la trompe et l'ovaire, se compose d'un conduit principal sur lequel viennent se rendre perpendiculairement de petits conduits parallèles disposés à peu près comme les dents d'un peigne. Indépendamment de ces

---

cas sous les formes de la folie, de la démence et de l'imbécillité ; et l'observateur qui a suivi avec attention la liaison et l'enchaînement des phénomènes pathologiques, n'a plus lieu de s'étonner de la fréquence de l'aliénation mentale et de son hérédité dans les grandes familles de France et d'Angleterre.

Si chez les animaux on peut empêcher les effets de cette dégénérescence, produits par la propagation indéfinie entre individus issus les uns des autres, par des croisements faits avec art et dans une certaine mesure, la chose est loin d'être aussi facile chez l'homme, dont l'action sur son semblable se meut dans une tout autre sphère. La loi morale, si féconde en conséquences régénératrices, n'est véritablement fructueuse que lorsqu'elle est librement acceptée par lui, et ce n'est que chez lui que la déviation à cette loi morale crée ces dégénérescences si fréquentes que l'on observe dans l'espèce humaine. Chacun de nous, ajoute l'auteur, peut fixer les limites où s'arrêtent les analogies et faire la part des difficultés à vaincre ; elles sont énormes, mais non pas insurmontables, sans quoi il faudrait désespérer de l'avenir de l'humanité.

Une des dispositions sur lesquelles insiste M. Morel comme pouvant favoriser la régénération de l'espèce humaine dans beaucoup de cas, c'est l'intervention du gouvernement et la prise de certaines mesures législatives qui tendraient à diminuer ou du moins à limiter l'action de quelques-unes des causes de dégénérescence. Strambio, et plus tard Balardini ont formulé le vœu : l'un, que dans les contrées infestées par la pellagre on prohibât le mariage entre les pellagreux ; l'autre, que les pellagreux ne fussent autorisés à se marier que lorsque le fiancé aura subi un traitement et obtenu un certificat du médecin constatant sa guérison. — La dégénérescence crétineuse, dit à son tour M. Morel, disparaîtrait au bout de quelque temps, si des dispositions législatives et policières rigoureuses empêchaient le mariage entre ces êtres arrivés à un point quelconque de leur état de dégénérescence.

Nous sommes heureux de pouvoir rappeler ici que l'an dernier, dans le compte rendu du livre de notre savant confrère M. le docteur Fabre, de Meironnes, *sur le goître et le crétinisme*, nous signalions un vœu semblable émis par l'auteur, qui demande également s'il ne serait pas possible d'interdire le mariage entre des individus atteints de cette hideuse affection, ou même entre goîtreux, à moins qu'ils ne se fussent soumis à un traitement approprié, authentiquement certifié par un médecin. De la part d'un homme qui, comme M. Fabre, vit depuis plus de trente ans au milieu de populations en proie à ce fléau et qui a fait du crétinisme l'objet d'une étude approfondie, ce conseil, disions-nous, nous semble d'un grand poids et mériterait d'être pris en sérieuse considération. L'insistance mise par d'autres médecins à regarder comme nécessaire ce remède énergique, indique que décidément il y aurait quelque chose à faire en ce sens, et que le conseil de M. Fabre n'est pas aussi monstrueux qu'il en a l'air au premier abord.

Le dernier chapitre du livre de M. Morel contient, sous le nom d'*inductions pratiques*, le résumé des applications que l'on peut faire des idées émises dans le cours de l'ouvrage, à la régénération de l'espèce humaine, et cela principalement au point de vue de l'aliénation mentale que M. Morel ne regarde plus, dans la plupart des cas, comme une maladie primitive, mais comme une dégénérescence, une déviation du type primitif de l'humanité, survenues sous l'influence de causes souvent faciles à apprécier.

Disons enfin qu'un atlas contenant douze planches, exécutées avec un rare talent et reproduisant avec une fidélité photographique les principaux types dégénérés de l'ordre moral et physique, fait passer sous les yeux des lecteurs les preuves d'une grande partie des assertions de l'auteur.

D'après ce que nous venons d'exposer maintenant, on comprend toute la valeur du livre de M. Morel, et la portée qu'il doit avoir au point de vue médical, philosophique et même administratif, si dans l'avenir la législation peut, sans attenter à la liberté de l'individu, prendre des mesures en faveur de la conservation de l'espèce et de sa régénération. Il serait à désirer qu'il se produisît plus souvent des œuvres semblables ; la science et l'humanité y gagneraient également.

Dr A. Foucart.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à P

De la prostitution dans la ville d'Alger depuis la conquête, par M. le docteur Duchesne, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Un vol. in-8°. — A Paris, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Traité des maladies du visage, par le docteur Foucaud de l'Espagnery. Un vol. in-8°. Chez Labé, libr., place de l'École-de-Médecine.

tubes qui aboutissent directement au grand conduit, on en trouve d'autres plus petits, dispersés dans l'aileron moyen du ligament large, jusqu'au voisinage du pavillon de la trompe, et complétement isolés du reste de l'organe de Rosenmüller. M. Follin a décrit ces petits grains isolés, et les kystes qui s'y produisent si fréquemment. Il a reconnu que, quoique séparés des conduits principaux, ils font partie du même appareil. Il ne prétend pas pour cela avoir découvert l'organe de Rosenmüller; il se borne à dire qu'il a complété la description de Rosenmüller. M. Giraldès vient de faire pour l'organe de Wolf chez l'homme ce que M. Follin a fait pour l'organe de Rosenmüller chez la femme. M. Follin avait découvert et décrit les grands conduits voisins de l'épididyme, reconnu qu'ils provenaient du corps de Wolf et qu'ils pouvaient donner lieu à des kystes; mais il n'avait pas vu les petits grains isolés analogues à ceux qui existent chez la femme autour de l'appareil principal. M. Giraldès, en remontant un peu plus haut que lui, vient de trouver de petites cavités closes qui font partie du même organe. Il a complété une description plutôt qu'il n'a fait une découverte. Son travail est intéressant, mais ce n'est que la suite et le complément des recherches de ses devanciers.

M. VERNEUIL s'exprime dans le même sens que M. Follin; il ne veut pas prolonger plus longtemps la discussion sur ce point. Il se borne à demander à M. Giraldès quel est celui qui a découvert qu'il se forme chez l'homme des dilatations kystiques dans un appareil analogue à celui que Rosenmüller a décrit chez la femme? M. Verneuil pense que cette découverte, que ses propres travaux ont confirmée, appartient à M. Follin, que c'est là le point principal, et que le reste est un détail d'importance fort secondaire.

M. GIRALDÈS maintient qu'il a découvert de petits corps que ses prédécesseurs n'avaient point vus; que ces petits corps sont quelquefois situés à deux ou trois centimètres de l'épididyme; qu'ils donnent, en se dilatant, des kystes du cordon, et non des kystes épididymaires; que cette question lui paraît différer entièrement de celle dont MM. Verneuil et Follin se sont occupés. Il ajoute que le petit corps vésiculaire connu sous le nom d'hydatide de Morgagni a été considéré à tort comme une dépendance du corps de Wolf, car il ne renferme que des vaisseaux et du tissu cellulaire, sans la moindre trace d'élément glandulaire.

M. GOSSELIN demande à M. Giraldès quelques renseignements sur l'étiologie des kystes du cordon. M. Giraldès pense-t-il que tous les kystes du cordon aient pour point de départ les petits grains glanduleux disséminés qu'il vient de décrire? Ne croit-il pas devoir faire quelques réserves relativement à l'étiologie classique, qui place ces kystes dans les restes du conduit séreux vagino-péritonéal? M. Gosselin demande en outre si les recherches de M. Giraldès l'ont conduit à découvrir la cause de la présence des animalcules spermatiques dans certains kystes du cordon. Jusqu'ici on a proposé deux explications : les uns ont supposé que les kystes spermatiques étaient des dilatations latérales du conduit excréteur du testicule; les autres ont pensé que ces kystes étaient le résultat de la rupture des conduits et de l'extravasation des spermatozoïdes. On peut maintenant faire une troisième hypothèse, et se demander si les grains glanduleux décrits par M. Giraldès ne seraient pas capables de sécréter des zoospermes.

M. GIRALDÈS n'a rien à répondre sur la question des kystes spermatiques. Sur ce point il ne pourrait faire que des conjectures. Il ajoute qu'en faisant connaître une nouvelle variété de kystes du cordon, il n'a point prétendu pour cela rejeter les autres. Les kystes péritonéaux, au surplus, lui paraissent plus rares qu'on ne l'a supposé. La persistance d'un conduit péritonéal dans le cordon après la descente du testicule est très-exceptionnelle. On a cru qu'elle était très-fréquente parce que c'était à cette cause qu'on rattachait la formation des hernies congéniales; mais M. Giraldès ayant disséqué un grand nombre de ces hernies, a reconnu, à sa grande surprise, qu'elles étaient contenues dans un sac tout à fait distinct de la tunique vaginale. Il n'a pas une seule fois trouvé le testicule dans le sac.

M. VERNEUIL, répondant à l'une des questions que M. Gosselin vient de poser, cherche à établir que les kystes spermatiques sont le résultat de la dilatation latérale du conduit excréteur du testicule. Il a lui-même résumé son argumentation dans la note suivante :

« Je veux dire un mot de l'étiologie des kystes à spermatozoïdes : on vient de rappeler deux théories capables d'expliquer leur formation. Dans l'une, on suppose qu'un conduit séminifère, venant à se rompre, verse dans le tissu cellulaire ambiant du sperme qui s'enkyste; dans l'autre, il s'agirait d'une dilatation d'un des conduits qui charrient le sperme. Je passe une troisième hypothèse dans laquelle il se formerait des spermatozoïdes de toute pièce dans une cavité ne communiquant point avec les voies spermatiques et n'en ayant jamais fait partie. On hésite seulement entre les deux premières théories, et l'on ne se décide pas, dit-on, faute de preuves directes. Il me semble qu'en pareil cas on fait trop facilement abstraction de l'induction et de la logique. La formation des kystes, en général, par dilatation latérale des canaux excréteurs et des éléments anatomiques tubuleux, est très-commune. L'étranglement de distance en distance de ces minces canaux s'observe fréquemment. M. Dolbeau a montré à la Société anatomique des dilatations ampullaires des conduits épididymaires; j'ai moi-même vu un nombre immense de kystes en voie de formation sur les circonvolutions du canal déférent d'un chien, et j'ai inséré à ce sujet une observation détaillée dans les *Bulletins de la Société de biologie*.

» En regard de ces faits, personne n'a constaté, je crois, la formation d'un kyste par rupture d'un conduit séminifère, et, pour que cette théorie fût acceptable, il faudrait supposer une série de conditions bien peu vraisemblables. Les kystes à spermatozoïdes peuvent acquérir le volume du poing; leur développement est d'ailleurs très-lent. Il faudrait donc supposer que la déchirure d'un tube séminifère de 1/40e de millimètre est restée béante et non cicatrisée pendant deux ou trois ans; que le tube lui-même lésé ne s'est point altéré et qu'il a continué à sécréter le sperme comme avant, et qu'enfin le sperme épanché dans le tissu cellulaire, au lieu d'être absorbé ou de déterminer l'inflammation, comme cela arrive pour tous les liquides épanchés, s'est creusé une cavité sans paroi de limitation préexistante.

» L'étiologie des kystes tout entière s'élève contre un tel mécanisme. Il y a encore une remarque à faire : les spermatozoïdes n'existent pas dans les tubes séminifères; ils y sont encore englobés dans des cellules particulières qui leur servent de nid, si je puis ainsi m'exprimer. Ce n'est que dans le réseau testiculaire et dans les cônes vasculaires qu'on commence à les apercevoir en liberté. Il n'est donc pas supposable que la rupture d'un tube séminifère puisse les verser à l'extérieur.

» Au contraire, en admettant la dilatation d'un conduit épididymaire, on s'expliquerait très-bien la présence de ces éléments anatomiques, la dilatation faisant pour eux l'office d'un réservoir où ils pourraient subir tout à leur aise leur dernier degré de développement. »

Discussion sur le siége de la hernie congéniale.

M. MOREL-LAVALLÉE annonce que depuis plusieurs années il est arrivé à la conclusion énoncée tout à l'heure par M. Giraldès relativement au siége habituel de la hernie congéniale. Pendant la durée de son exercice à l'hôpital des Enfants-Trouvés, il a disséqué une trentaine de hernies congéniales, qu'il conserve pour la plupart dans sa collection, et n'a trouvé que deux fois le testicule dans le sac. Ainsi il y a deux variétés : l'une très-commune, dans laquelle le sac est indépendant de la tunique vaginale; l'autre, beaucoup plus rare, qui correspond seule aux descriptions classiques.

M. CLOQUET a depuis longtemps reconnu l'existence de ces deux variétés; mais il pense que le plus habituellement le sac herniaire communique avec la tunique vaginale. L'intestin est alors appliqué sur le testicule, et souvent même il lui est adhérent. Cela a lieu chez les enfants qui ont déjà leur hernie au moment de la naissance. Lorsque, au contraire, la hernie ne se manifeste que quelques semaines ou quelques mois après la naissance, elle se produit dans un sac qui ne communique pas avec la tunique vaginale, mais qui est emprunté néanmoins au diverticulum testiculaire du péritoine. Les choses se passent alors de la manière suivante :

Le conduit long et étroit qui s'étend de la tunique vaginale au péritoine s'oblitère de bas en haut. Au moment de la naissance et dans les premiers mois qui suivent, il reste donc quelquefois une dépression péritonéale qui descend dans le canal inguinal, une sorte d'infundibulum dont le sommet donne implantation à un cordon plein, inséré d'autre part à la partie supérieure de la tunique vaginale. Ce cordon représente la partie du conduit séreux qui s'est déjà oblitérée. C'est dans l'infundibulum péritonéal qu'on vient de décrire que se font ordinairement les hernies congéniales postérieures à la naissance.

Lorsque le testicule descend après la naissance, entraînant après lui un cul-de-sac péritonéal, il est le plus souvent suivi d'une anse intestinale qui se trouve en contact avec lui. Le sac se confond encore avec la tunique vaginale comme dans la première variété.

Somme toute, les deux espèces de hernie congéniale se font dans le diverticulum testiculaire du péritoine. Seulement, suivant que le testicule descend plus tôt ou plus tard, la partie du diverticulum qui constitue le sac communique ou ne communique pas avec la tunique vaginale.

M. MOREL-LAVALLÉE accepte volontiers l'ingénieuse explication que vient de donner M. Cloquet, mais il ne peut admettre que la hernie vaginale testiculaire soit plus commune que la hernie congéniale contenue dans un sac distinct. Tous ceux qui y regarderont de près trouveront que les cas où la hernie est en contact direct avec le testicule sont relativement très-exceptionnels. L'erreur qu'on a commise jusqu'ici en émettant une opinion diamétralement opposée, vient de la difficulté qu'on éprouve lorsqu'on cherche si le testicule est ou n'est pas contenu dans le sac. Au premier abord, cette constatation semble devoir être bien facile; il n'en est rien cependant, elle exige une grande attention. Souvent, en effet, le testicule n'est séparé du sac herniaire que par une mince cloison formée par l'adossement des deux séreuses. Cette membrane transparente est exactement appliquée sur le testicule, qui s'en coiffe et fait saillie dans la cavité du sac; de sorte que lorsqu'on incise celui-ci, on croit que le testicule y est contenu, tandis qu'en réalité il est contenu dans une cavité séreuse indépendante. L'erreur est quelquefois difficile à éviter dans les autopsies, et à plus forte raison dans les opérations pratiquées sur le vivant. M. Morel rappelle à ce propos que la face externe de la tunique vaginale a été plus d'une fois prise pour celle de la tunique albuginée, et cite l'exemple d'une pièce anatomique qui fut présentée à une société savante pour démontrer qu'une hydrocèle traitée par l'injection iodée avait guéri par oblitération de la tunique vaginale. La pièce parut concluante à beaucoup de personnes; mais lorsqu'on voulut y regarder de plus près, on trouva que la cavité séreuse n'était nullement oblitérée.

On cite habituellement une opération de Zimmermann, dans laquelle on crut que la hernie était dans la tunique vaginale, parce qu'une adhérence en forme de cordon unissait le testicule à la hernie. Cette adhérence avait empêché la réduction parce qu'on ne pouvait faire rentrer la masse herniée sans attirer le testicule en haut. Or, dans un cas de hernie congéniale à sac indépendant, M. Morel-Lavallée a trouvé l'intestin attaché au fond du sac par un cordon long de plusieurs travers de doigt; et comme le sac, par sa face externe, adhérait à la tunique vaginale, qui elle-même adhérait au testicule, celui-ci remontait dans le canal inguinal toutes les fois qu'on voulait faire rentrer la hernie dans le ventre. Si dans un cas de ce genre on eût été appelé à pratiquer une opération, il eût été bien difficile, impossible peut-être, de ne pas prendre le sac pour une tunique vaginale. Quoi qu'il en soit, l'adhérence de l'intestin au testicule ne suffit pas pour prouver qu'une hernie est située dans la tunique vaginale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Phlegmon péri-utérin. — M. DEMARQUAY présente une pièce provenant d'une femme morte dans le service de M. Monod. C'est un exemple de l'affection décrite depuis quelques années sous le nom de phlegmon péri-utérin. On sait que le siége de cette affection a été l'objet de contestations récentes. MM. Bernutz et Goupil ont publié dans les *Archives générales de médecine* un mémoire pour prouver que ce qu'on nomme phlegmon péri-utérin n'est autre chose qu'un abcès enkysté du cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Un abcès de ce genre existe effectivement sur la pièce de M. Demarquay; mais il existe en outre une inflammation manifeste du tissu cellulaire environnant. La malade, âgée de trente-sept ans, souffrait depuis trois mois dans cette région; elle avait maigri rapidement et avait tous les jours la fièvre. Le toucher vaginal permit de reconnaître une tumeur indurée qui englobait l'utérus. M. Monod vit la malade et diagnostiqua un phlegmon péri-utérin. Un jour, M. Demarquay crut percevoir de la fluctuation dans cette tumeur. Le lendemain un abcès s'ouvrit dans le rectum, et la malade succomba peu de temps après. A l'autopsie, on trouva une cavité purulente communiquant avec le rectum et placée entre cet organe et l'utérus, dans une situation qui correspond exactement au cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Le rectum, l'utérus et la partie supérieure du vagin, sont enveloppés d'un tissu cellulaire épais et lardacé. Ainsi, il y a à la fois abcès péritonéal et phlegmon péri-utérin.

M. MOREL-LAVALLÉE demande à M. Demarquay quel a été, suivant lui, le point de départ de cette affection, et si l'abcès péritonéal a été primitif ou consécutif.

M. DEMARQUAY répond qu'il l'ignore.

M. GOSSELIN croit qu'à une période aussi avancée, il est impossible de savoir où le mal a débuté, et même de savoir si l'abcès s'est formé dans la cavité même du péritoine ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Pour résoudre ces questions, il faudrait étudier des phlegmons plus récents.

M. CHASSAIGNAC a vu un cas analogue à celui de M. Demarquay, et a pensé qu'il s'agissait d'une hématocèle rétro-utérine suppurée. La collection s'est également ouverte dans le rectum.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Paoli, de Salice (Corse); *De l'incontinence d'urine.*

Rulié, de Vaylats (Lot); *Des résections des os du pied sous le rapport des résultats définitifs.*

Weill, de Strasbourg (Bas-Rhin); *De l'inflammation des sinus cérébraux, suite d'otite chronique.*

Mabillat, de Bourges (Cher); *Des effets physiologiques du chanvre.*

Schützenberger, de Strasbourg (Bas-Rhin); *Recherches sur la composition de l'expectoration et sur la valeur séméiologique dans quelques affections de poitrine.*

Massaloup, de Mèze (Hérault); *De l'amaurose comme symptôme de l'albuminurie.*

Blayot, de la Ferté-Gancher (Seine-et-Marne); *Quelques considérations sur l'emploi des procédés numériques en médecine.*

Imberdis, d'Ambert (Puy-de-Dôme); *Quelques recherches sur les luxations laterales externes du coude.*

Triponel, de Rouffach (Haut-Rhin); *Des fractures dites spontanées.*

Hédouin, de Baslieux-sous-Châtillon (Marne); *De la périostite.*

De Bucherie, de Gorre (Dordogne); *De la pellagre et de l'efficacité des bains sulfureux dans son traitement.*

Sculfort, de Maroilles (Nord); *Du diabète.*

Euloge Sainte-Rose, de Cayenne (Guyane française); *Aperçu sur les maladies de la rate.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 avril, M. le docteur Dissez, médecin-major du 14e d'artillerie, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par arrêté du 6 avril, M. Houzé de l'Aulnoit, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de Lille, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Fabre, décédé.

M. le docteur Joire, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de clinique externe en remplacement de M. Houzé de l'Aulnoit.

— On nous annonce la mort de M. Burdin, membre de l'Académie de médecine. (Section de physique et chimie médicales.)

— La médecine lyonnaise vient de perdre une de ses illustrations. Le docteur Brachet, ancien doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de cette ville, est mort il y a quelques jours à l'âge de 70 ans environ. Professeur de pathologie générale à l'Ecole secondaire de médecine, président de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, M. Brachet s'était fait connaître du monde médical par un grand nombre de travaux sérieux dont nous nous contenterons de citer les principaux :

1° Un essai sur l'*Hydrocéphale aiguë*, qui doit avoir été l'une de ses premières productions, et date de 1818; 2° Un *Traité des convulsions dans l'enfance*, couronné en 1824 par le Cercle médical de Paris; 3° Des *Recherches sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire*, couronnées par l'Institut et réimprimées en 1837; 4° Un traité sur l'*Emploi de l'opium dans les phlegmasies des membranes muqueuses, séreuses et fibreuses*, 1838; 5° Un *Traité élémentaire de physiologie de l'homme*, publié pour la première fois, en 1833, dans l'*Encyclopédie des sciences médicales*, réimprimé en deux volumes en 1855; 6° Un traité *De la colique de plomb*, 1850; 7° Un *Traité complet de l'hypochondrie*, couronné par l'Académie de médecine, publié en 1844; 8° enfin, un traité *De l'hystérie*, qui, en 1847, obtint le prix Civrieux.

M. Brachet, esprit délicat et ingénieux, doué d'une instruction solide, était non-seulement un auteur distingué, mais encore un praticien recommandable et un honnête confrère. Sa mort est un deuil pour sa ville natale et pour tous ceux qui l'ont connu. Dr A. F.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies vénériennes lundi 19 avril à midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé, commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine, le mardi 20 avril à 4 heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 19 avril 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Cette séance ne renferme qu'une seule communication médicale ; c'est une note de M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, relative à de nouvelles observations d'évidement osseux. Nous publions textuellement ces observations (Voir la Clinique). Nous joignons, dans le compte rendu, à l'indication de cette note, une lettre de M. Heurteloup faisant partie de la correspondance de la séance précédente. Cette lettre a pour objet l'exposé des différences qui existent entre l'instrument courbe pour pratiquer la lithotripsie, de l'invention de l'auteur, et l'instrument inventé par Weiss (de Londres) pour scier les calculs vésicaux, ces deux instruments ayant été confondus ou considérés comme dérivant l'un de l'autre. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Nonat.

Tumeur située dans le canal vertébral à l'origine de la région dorsale; kyste hydatique du foie.

Troubles nerveux et douleurs névralgiques incurables compliqués de mouvements convulsifs et de paraplégie passagère dus à l'administration intempestive de la strychnine à haute dose.

R..., âgé de trente-sept ans, est entré, le 28 août 1857, à l'hôpital de la Charité, service de M. Nonat, salle Saint-Ferdinand, n° 6. Cet homme, bien portant jusqu'alors, a eu à l'âge de vingt-neuf ans, à la suite de violents chagrins causés par des revers de fortune, de l'insomnie, des maux de tête fréquents, une toux nerveuse.

L'année suivante, en 1850, il est pris de douleurs aux extrémités des doigts, picotements au petit doigt et à l'annulaire de la main droite, douleurs et picotements qui s'étendent à l'avant-bras et au bras droit en suivant le bord cubital, à l'aisselle, puis au hord spinal de l'omoplate; elles sont plus vives la nuit que le jour; vers minuit, il est obligé de quitter son lit, de marcher pendant plusieurs heures dans sa chambre, et ce n'est que quand il est épuisé de fatigue et quelque peu réchauffé par cet exercice qu'il peut dormir.

Ces douleurs ont persisté de 1850 à 1853, à différents degrés, suivant l'efficacité relative, mais passagère, des traitements les plus variés : ainsi on lui a donné l'iodure de potassium à haute dose, il a été fréquemment purgé, il a été électrisé, le tout sans grande amélioration. Des compresses contenant de la glace pilée furent appliquées sur les points douloureux, surtout vers l'omoplate, après quoi le malade devait exposer le dos devant un grand feu de cheminée. Ce traitement n'amenant aucun soulagement, le docteur X... ordonne de la morphine à haute dose, qui produit un narcotisme durant plusieurs jours. A l'opium, le médecin oppose l'action de la strychnine; quatre pilules, dont on ignore la dose, en vingt-quatre heures, et des frictions de teinture de noix vomique sur le ventre.

Jusque-là, le malade n'avait souffert que dans les doigts, l'avant-bras, le bras, l'aisselle et vers l'omoplate du côté droit; il pouvait marcher sans fatigue, urinait facilement, et l'urine était claire. Après l'administration de la première pilule de strychnine, il ressentit des soubresauts dans les muscles des membres inférieurs, et surtout dans le membre inférieur droit. A la seconde, à la troisième, puis à la quatrième pilule, les contractions involontaires des muscles augmentèrent à tel point que les membres inférieurs s'agitaient sur le lit en mouvements désordonnés d'extension, de flexion, et qu'on fut obligé de les fixer. Douze heures après la dernière pilule, les contractions spasmodiques s'étendirent aux muscles des lombes, du dos et du cou, en projetant le tronc en arc de cercle en arrière (opisthotonos). Ces contractions durèrent quelques jours en diminuant insensiblement, et laissèrent le malade avec une paralysie des membres inférieurs : ainsi il ne pouvait se lever de son lit, se tenir sur les jambes ni marcher. Quand on le plaçait assis, ses pieds touchant le sol, les jambes se portaient convulsivement et involontairement sous les cuisses.

L'action de la strychnine paraît s'être portée également sur la vessie, le rectum et le pénis. Il ressentit d'abord des envies fréquentes d'uriner, sans pouvoir les satisfaire ; il fut dans l'impossibilité de retenir ses matières fécales; enfin il a eu un priapisme très-douloureux pendant quarante-quatre à quarante-huit heures. La tête et les membres supérieurs n'ont en rien participé aux désordres des membres inférieurs.

R... fit appel alors à l'expérience d'autres médecins. Les antispasmodiques lui furent administrés sous toutes les formes, et avec succès; mais il resta pendant plusieurs années paralysé des membres inférieurs et des sphincters du col de la vessie et du rectum, malgré de fréquentes purgations, l'application de boutons de feu sur toute la longueur de la colonne vertébrale, des vésicatoires, etc.

De 1855 à 1856, sans qu'il ait souffert de nouveau de la tête, sa langue s'est embarrassée; il avait de la peine à parler, à cracher et à siffler. A cet embarras très-marqué de la parole se joignit la perte de la mémoire, l'oubli des faits antérieurs et des mots propres à exprimer ses idées. Ce n'est qu'au mois de mai 1857, et sans cause appréciable, qu'il s'opéra une amélioration dans son état général. A cette époque, la paralysie des membres inférieurs diminua insensiblement, au point qu'il lui fut possible de se lever et de marcher en traînant les jambes, d'uriner et d'aller à la selle volontairement, sauf la nuit toutefois, et en ce qui concerne la miction seulement. Encouragé par ce retour à un état meilleur, R..., d'ailleurs à bout de ressources pécuniaires, entra à l'hôpital de la Charité le 28 août 1857 dans l'état suivant :

Bien développé quant à la charpente, R... a les yeux éteints ; on trouve dans ses traits tirés, fatigués, l'expression d'une longue souffrance, et dans l'aspect et la flaccidité de ses chairs les traces d'une profonde anémie. La température de la peau est au-dessous de la moyenne, mais cependant assez soutenue. Les lèvres, les paupières, sont droites et également mobiles; la langue se tire suivant une ligne droite. La vue et l'ouïe sont excellentes. Il n'y a ni analgésie ni anesthésie; le contact du courant électrique, d'un corps chaud ou froid est perçu. Les douleurs mentionnées plus haut le long du bord interne du membre supérieur droit, à l'aisselle et sur l'omoplate, persistent avec la même fréquence et la même intensité qu'il y a sept ans ; il se plaint de plus aujourd'hui d'une douleur de même nature sur tout le trajet du nerf sciatique, mais cette douleur est très-tolérable. La particulièrement sensible sur le trajet de la colonne vertébrale. Il n'y a ni engourdissement, ni fourmillement dans les membres, ni vertiges, ni symptômes de défaillance. L'état moral fait contraste avec l'ensemble de la santé ; R... est d'un caractère gai. L'amnésie persiste, mais à un moindre degré qu'il y a quinze mois ; il en est de même de l'embarras de la parole, bien qu'il éprouve encore une grande difficulté à prononcer certaines consonnes, entre autres les *l* et les *d*. Les maux de tête ont complétement cessé depuis deux ou trois ans.

La myotilité serait intacte aux membres supérieurs, sauf une légère différence entre la force des deux mains à l'avantage de la gauche. Quant aux membres inférieurs, le gauche remplit régulièrement toutes ses fonctions; le droit, au contraire, est le siége d'un certain degré de paralysie. Ainsi le malade le soulève avec peine au-dessus du lit, et opère très-incomplétement le mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse, bien que la flexion et l'extension des orteils, ainsi que la flexion et l'extension du pied sur la jambe soient possibles. Hors du lit, et pendant la marche, le membre inférieur droit est plutôt traîné que porté en avant, en prenant un point d'appui sur l'extrémité interne du pied. Chaque déplacement du membre provoque une douleur vers la hanche, et réveille la névralgie sciatique. La contractilité musculaire électrique est conservée. Il n'y a point de mouvements réflexes sous l'influence d'une excitation exercée à la plante des pieds. Les digestions sont faciles, les selles volontaires, avec tendance à la constipation. Le bol alimentaire est aussi bien broyé par les dents et les masséters à droite qu'à gauche; les gencives sont sans lisérés, et la déglutition est facile. La respiration est normale. Le pouls n'est qu'à 60 et dépressif, anémique, et cependant il n'y a pas de bruit de souffle cardiaque et carotidien. Une pression brusque et énergique exercée sur la peau injecte les capillaires.

La sécrétion et l'excrétion de l'urine méritent de fixer l'attention: les envies d'uriner sont très-fréquentes, surtout la nuit; aussi le malade maintient-il le pénis dans le goulot d'un urinoire, et si dans le jour il tarde trop à l'approcher, il urine dans son lit ou dans son pantalon. Les urines sont troubles, blanchâtres, purulentes, comme l'indique l'examen microscopique, et développent promptement une odeur ammoniacale.

Tel est l'état du malade à son entrée. Quelle est la nature des douleurs qui siégent aux membres supérieurs et inférieurs droits, et quelle est la cause première de la paralysie que l'on constate aujourd'hui dans le membre inférieur droit? Les douleurs ont constitué dès le début, il y a sept ans, toute la maladie. Elles ont apparu à l'occasion de violents chagrins, de revers de fortune, d'insomnies, d'une céphalalgie intense, qui a disparu depuis deux ans; elles ont résisté à tous les traitements. Elles ne peuvent être syphilitiques, puisque le malade soutient n'avoir jamais eu de chancre. Elles pourraient être rhumatismales, mais le malade n'accuse aucune maladie antécédente ayant rapport au rhumatisme. Elles pourraient enfin appartenir à la famille des névralgies essentielles. Mais entre toutes ces hypothèses, on hésite à se prononcer, et M. Nonat, prenant en grande considération l'état général du malade, son anémie, formule d'abord un traitement à la fois tonique, ferrugineux et calmant. Quant à la paralysie du membre inférieur droit, l'incertitude, en ce qui concerne sa nature ou ses causes, est la même. On se rappelle que l'administration de la strychnine aurait produit dans les membres inférieurs de violentes contractions spasmodiques convulsives, et que la paralysie du train postérieur aurait succédé à cette vive excitation du système nerveux. La paralysie des sphincters du col de la vessie et de l'anus serait due à la même cause, et aurait plutôt suivi que précédé celle des membres inférieurs.

On devait accepter avec quelque réserve l'interprétation donnée par le malade, quant à la cause du tétanos local et du priapisme, qui ont succédé à l'ingestion des pilules de strychnine et aux frictions de teinture de noix vomique sur l'abdomen, car d'ordinaire, les effets de la strychnine sont plus généraux, et quand le tronc lui-même est convulsé en arc de cercle, c'est-à-dire quand tout le système nerveux rachidien est frappé par l'intoxication, les muscles des membres supérieurs et de la face participent aux convulsions tétaniques; mais d'autre part l'effet ou les convulsions tétaniques locales, et la paralysie ou l'intoxication par la strychnine paraissent si étroitement liés entre eux, qu'il a fallu en tenir grand compte et faire remonter en quelque sorte la lésion pathologique au trouble fonctionnel physiologique produit par la médication. — Peut-être quelque vice de conformation, quelque altération locale du système nerveux, étaient-ils pour quelque chose dans les manifestations insolites des troubles physiologiques et pathologiques dus à l'intoxication de la strychnine, mais l'autopsie seule pouvait éclairer ces doutes. — On devait donc, à défaut de toute notion précise quant à la cause [illegible] lysie du membre inférieur droit, de la vessie, [illegible] urines qui pouvait faire soupçonner une maladie des reins, bien qu'une pression énergique sur les flancs ne réveillât aucune douleur ; c'est-à-dire que le traitement devait être basé sur deux indications principales déduites des symptômes généraux et locaux : fortifier l'ensemble de l'organisme, calmer le phénomène douloureux, guérir la paralysie et modifier l'état des urines.

Nous n'exposerons pas jour par jour l'ensemble de la médication ordonnée par M. Nonat, pendant les cinq mois de séjour du malade à l'hôpital, et jusqu'à sa mort, survenue le 6 janvier ; nous dirons seulement que des pilules de Vallet, des pastilles de Vichy, de l'eau d'Enghien, des bains sulfureux et des pilules d'opium, furent toute la médication suivie pendant le premier mois. Le malade en a éprouvé quelque soulagement, mais les douleurs localisées aux membres supérieur et inférieur droit n'en persistèrent pas moins, de façon à réclamer un traitement plus efficace et plus énergique. On ajouta aux divers moyens déjà employés, l'électricité localisée et par courant interrompu, tant contre les douleurs névralgiques que contre la paralysie ; une infusion de bourgeons de sapin et de térébenthine à l'intérieur, dans le but de changer la qualité des urines, et de diminuer les envies si fréquentes d'uriner. L'électricité parut d'abord produire un effet très-satisfaisant, au point que les douleurs si obstinément localisées vers l'épaule et l'omoplate disparurent, et que celles ressenties vers le trajet du nerf sciatique furent notablement amendées, en même temps que la marche était devenue plus facile et moins fatiguante ; mais cette amélioration ne fut que passagère, les douleurs reparurent, moins aiguës, moins persistantes, et cependant à un degré suffisant pour réclamer un nouveau mode de traitement.

La cautérisation transcurrente, à l'aide des boutons de feu promenés sur le trajet des douleurs et des nerfs, détermina un tel soulagement, que le malade réclama les jours suivants l'application des fers rouges; il eut en effet des jours et des nuits de calme ; la marche devint plus facile, la miction moins fréquente, les urines laissèrent moins de dépôt au fond du vase. Il allait mieux, en un mot, quand un érysipèle ambulant vint mettre fin à ses jours. Il mourut le 6 janvier, sous le coup d'un affaiblissement graduel et rapide. A l'autopsie, faite par M. Fournier, on constata : 1° Un ramollissement de la substance cérébrale, occupant la convexité des hémisphères, et accompagné d'un état piqueté caractéristique et général de la substance blanche et grise.

2° Une tumeur ronde, de la grosseur d'une petite noix, placée dans le canal vertébral, à l'origine de la portion dorsale, entre la dure-mère et la pie-mère, unie à ces membranes par des adhérences celluleuses faciles à rompre, et placée au-devant de la moelle, qui présente à ce niveau moins de volume qu'au-dessous. La coupe de la tumeur montre un tissu jaunâtre, ferme, de consistance charnue ; elle offre, d'après M. Robin, une trame fibreuse, à faisceaux blanchâtres, mal limités, écartés les uns des autres, avec une assez grande quantité de substance gélatiniforme ou colloïde interposée.

Les parties, d'aspect fibreux, se composent de fibres du tissu cellulaire, accompagnées de nombreux corps fibro-plastiques fusiformes, et

de quelques noyaux ovoïdes libres dits fibro-plastiques. Quelques vaisseaux capillaires accompagnent ces faisceaux, et se distribuent, plus abondamment qu'ailleurs, dans la portion de tissu qui est gélatiniforme demi-transparente. Quant à cette dernière, elle est constituée par une trame de fibres du tissu cellulaire écartées les unes des autres, généralement isolées, flexueuses quelquefois, élégamment entre-croisées entre elles avec les capillaires indiquées plus haut.

Les interstices de cette trame sont remplis par une substance amorphe transparente, demi-solide, parsemée de rares granulations moléculaires grisâtres. Dans cette matière amorphe se trouvent de nombreux noyaux ovoïdes peu granuleux, dits fibro-plastiques; quelques-uns étaient pourvus d'un nucléole très petit. D'autres, un peu plus courts, étaient presque sphériques. Ces noyaux étaient très-inégalement distribués dans l'épaisseur du tissu morbide, de telle sorte que, très-nombreux, presque contigus en certains points, ils étaient très-écartés et rares ailleurs.

3° Une altération profonde des reins et de la vessie. Les reins sont un tiers plus volumineux qu'à l'état normal, violacés à l'intérieur et sur la coupe. Les pyramides de Malpighi sont saillantes et marquées de stries convergentes très-profondes. La substance corticale est aussi injectée que le reste. La vessie offre des parois épaisses; elle contient 200 gr. environ d'une urine verdâtre et purulente; sa surface interne est noirâtre et présente un étranglement qui partage la cavité en deux loges de capacité à peu près égale. L'urètre, incisé dans toute sa longueur, n'offre aucun rétrécissement.

4° Une tumeur hydatique développée dans le lobe gauche du foie, qui est converti en une poche revêtue d'une membrane colorée en jaune et sur laquelle se remarquent les orifices de plusieurs conduits. Cette poche renferme une hydatide très-volumineuse qui la remplit en entier, et dans l'intérieur de laquelle on en trouve plusieurs autres.

Nous pouvons, maintenant que nous possédons l'observation complète de la maladie, lui assigner une dénomination et chercher à nous rendre compte des phénomènes morbides et des causes probables des différents symptômes.

Nous pouvons aujourd'hui définir la maladie : *Une association de troubles nerveux ayant pour principaux caractères des douleurs névralgiques incurables, compliquée, par le fait de l'usage de la strychnine à haute dose, de convulsions partielles, puis de la paralysie du train postérieur et des sphincters de la vessie et du rectum.* Troubles nerveux *jusqu'à un certain point expliqués à l'autopsie, par une tumeur située dans le canal vertébral à l'origine de la portion dorsale, par un kyste hydatique du foie.*

Cette maladie doit être partagée en deux périodes distinctes, si l'on veut comprendre le développement et l'enchaînement des principaux symptômes. Une première, où la nature abandonnée à ses propres forces a présenté en prédominance des douleurs névralgiques; une seconde, dans laquelle la médication avant l'entree du malade à la Charité est devenue elle-même une cause active d'accidents nerveux, puis d'altérations secondaires de l'an-[illegible]

[illegible] première période et au début de sa maladie, R..... a souffert des maux de tête intolérables; puis il a ressenti des douleurs et des picotements au petit doigt, à l'annulaire de la main droite, douleurs qui ont gagné le bord interne du bras, l'aisselle, puis l'omoplate. Des douleurs et des picotements semblables se montrent parfois, sans qu'à l'autopsie on en trouve l'explication; mais ici, nous pouvons nous demander si une hyperémie cérébrale pareille à celle qui a été constatée à l'autopsie et qui se serait résorbée ultérieurement, si la tumeur trouvée dans le canal rachidien était déjà en voie de développement sept ans avant la mort du malade, s'il n'en était pas ainsi pour le kyste hydatique du foie, et dans ces hypothèses nous pourrions jusqu'à un certain point nous rendre compte et de l'acuité de la céphalalgie et de la persistance des douleurs qui ont eu pour siége le membre supérieur droit, l'aisselle et l'omoplate. En effet, il est permis de supposer que le travail pathologique qui s'est produit à la naissance de la tumeur trouvé entre la dure-mère et la pie-mère, a pu, dès le début, être la cause des douleurs, des picotements, et que cette tumeur, une fois développée, en a sans cesse provoqué la réapparition à chaque amélioration produite par les traitements les plus variés.

Nous signalons la part plus ou moins indirecte du kyste du foie, attendu que les maladies et les altérations organiques de cette glande s'accompagnent souvent de douleurs ayant pour siége de prédilection les parties voisines de l'articulation supérieure du bras droit. On ne peut affirmer que la tumeur intra-vertébrale ait été la cause de la douleur du membre inférieur droit, de la paraplégie, en dehors de l'action toxique de la strychnine. On ne peut dire davantage jusqu'à quel point la présence de cette tumeur a concouru à localiser sur le train postérieur les mouvements convulsifs produits par la strychnine; mais il est permis de croire qu'elle n'a pas été étrangère à la production insolite des phénomènes à la fois toxiques et pathologiques.

La seconde période de la maladie, en fixant son point de départ à l'intoxication passagère par la strychnine, mérite aussi d'arrêter l'attention, car à l'excitation vive qui a porté sur les membres inférieurs, sur la région vésico-anale, a succédé de la paraplégie, l'incontinence des urines et des fèces, l'altération de la sécrétion urinaire, puis la lésion organique des reins. On doit se rappeler, en effet, que le malade n'a jamais accusé de douleurs vers la région qu'occupent ces organes; c'est de prime-saut que la vessie a été troublée dans ses fonctions, et que l'urine a été altérée dans sa composition; puis est survenue ultérieurement la lésion organique des reins; de telle sorte que chez ce malade les douleurs, la vive excitation du train postérieur, la paraplégie, loin d'être la conséquence de l'altération primitive de l'appareil urinaire, comme cela se remarque le plus souvent, l'ont au contraire précédée.

Notons enfin, à un point de vue de pathologie nerveuse plus générale, que la sensibilité est restée intacte sous tous les rapports, comme cela devait être, la pression de la tumeur rachidienne s'exerçant de préférence sur les cordons antérieurs de la moelle, et que les mouvements de flexion et d'extension du tronc, ni la compression pratiquée sur les vertèbres dorsales, n'ont jamais fait soupçonner l'existence de cette tumeur.

Cette observation m'a paru digne d'être signalée en raison des difficultés qu'ont présentées le diagnostic et le traitement, et de son importance relative quant aux déductions pratiques qui en découlent.

D[r] H. Bourguignon.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. Sédillot.

Observations d'évidements osseux pratiqués dans le but de favoriser la régénération de l'os par le périoste conservé.

Deux résections, l'une coxo-fémorale, l'autre huméro-cubitale, figurent parmi les faits dont nous rapportons l'histoire. Les autres ont porté : deux fois sur le fémur, dont les condyles ont dû être excavés sur une jeune fille, et deux fois sur l'extrémité inférieure du tibia. Ces opérations n'ont entraîné aucun accident et permettent d'espérer la guérison des malades, puisque la dernière compte déjà plus de trois semaines de date.

Nous avions, dans un précédent travail sur l'évidement des os comme moyen d'en conserver les formes et les fonctions (1), fait remarquer le peu de danger des plaies, souvent très-étendues, que nous pratiquions, et nous en avions attribué la cause à l'intégrité des nerfs et des vaisseaux principaux, à l'absence de tout étranglement et à la libre issue fournie aux liquides, dont la rétention et la décomposition étaient prévenues. L'expérience a confirmé cette appréciation et a montré de nouveau qu'on n'avait pas à redouter d'hémorrhagies primitives ni consécutives. Nous avons pu, dans nos six dernières opérations, nous abstenir de toute ligature et nous borner à des compressions momentanées dont le succès a été complet, même sur les artérioles nombreuses et très-développées que l'on rencontre dans la plupart des lésions chroniques, et qui existaient chez nos malades, particulièrement dans le périoste ou à la surface de cette membrane. La grande facilité que l'on éprouve à se rendre maître des hémorrhagies, dépend du relâchement des tissus par la dissection et le refoule-[illegible] passent et cessent bientôt de donner du sang. Aussi la ligature peut-elle être considérée, dans les évidements osseux, comme un procédé d'une application exceptionnelle. La pression des doigts ou l'emploi de larges plaques d'agaric sur les surfaces traumatiques, préviennent suffisamment les hémorrhagies artérielles, veineuses ou capillaires, pendant les manœuvres opératoires, dont la durée est parfois assez prolongée.

Une de nos opérations, la résection du coude, diffère peu, au premier aspect, de la pratique habituelle. Les différences se fondent dans une transition régulière, et la nouvelle méthode s'applaudit des moindres perfectionnements qu'elle est en mesure d'imprimer à des opérations déjà reconnues excellentes et d'une incontestable efficacité.

L'étude des maladies organiques du système osseux trouvera, sans aucun doute, d'utiles enseignements dans les opérations d'évidements, et nous aurons l'honneur d'en communiquer à l'Académie les résultats définitifs pour chacun de nos malades, afin d'en mieux faire apprécier les indications, les ressources et la valeur.

Obs. V (2). — *Coxalgie droite datant de quatre ans. Luxation du fémur, avec carie, abcès et trajets fistuleux multiples, depuis vingt-six mois. Résection de l'extrémité supérieure du fémur, au niveau du petit trochanter, par séparation et dissection du périoste. Evidement de la diaphyse osseuse dans l'étendue de plus de 1 décimètre. Aucun accident.*

Perrin (Wilhelme), âgé de trente et un ans, soldat au 14[e] bataillon de chasseurs à pied, fut atteint, en Afrique, 1854, d'un commencement de coxalgie droite dont il attribue la cause à des refroidissements de bivouac. Ce militaire, d'une constitution moyenne, fut obligé d'entrer plusieurs fois dans les hôpitaux par suite de rechutes et d'aggravations successives de son affection. Des abcès et des trajets fistuleux se formèrent dans toute la moitié supérieure du membre, la cuisse se luxa, et depuis vingt-six mois Perrin, traité à l'hôpital militaire de Strasbourg, n'a plus quitté le lit. Le raccourcissement du membre était de cinq travers de doigt. Révulsifs, vésicatoires, cautères, moxas, injections iodées, régime tonique, etc., restèrent sans succès. Ce malade semblait dans une position désespérée, s'affaiblissant par l'abondance de la suppuration, par la douleur, l'insomnie, l'inappétence, lorsque je me décidai, comme dernière chance de salut, à lui pratiquer l'ablation et l'évidement des parties cariées et ramollies du fémur. Perrin accueillit l'idée de cette opération avec empressement, et nous y procédâmes le 17 mars 1858, en présence de MM. les médecins principaux Leuret et Haspel, des autres médecins de la garnison, de MM. Aronhson, Hergott, Morel, Boeckel, professeurs agrégés de la Faculté, et de quelques autres confrères.

Une première incision de 26 centimètres de longueur dépassa en haut la saillie du grand trochanter, fut dirigée en avant et un peu en dedans de cette apophyse, et se termina dans l'épaisseur du muscle vaste externe. Deux autres incisions perpendiculaires tombèrent sur les extrémités de la première et servirent à former deux lambeaux, qui furent renversés, l'un en avant et l'autre en arrière. Les attaches musculaires, si nombreuses et si épaisses du grand trochanter et de la portion attenante du fémur, furent ainsi ménagées et le périoste incisé dans toute l'étendue de la plaie.

La tête du fémur était atrophiée et à nu. Le périoste trochantérien épaissi, induré et peu adhérent, je le détachai sans difficultés avec le manche d'un scalpel et une rugine. Je coupai le fémur tuméfié et devenu assez friable, au-dessous du grand trochanter, en me servant du ciseau et du maillet. De nombreuses et larges esquilles furent détachées; le périoste de la diaphyse fémorale renversé à droite et à gauche et l'évidement osseux poursuivi jusqu'à l'extrémité inférieure de la plaie. L'os était hypertrophié, très-vasculaire, percé d'ouvertures fistuleuses, larges et multiples, mais était resté dur et résistant dans ses portions intermédiaires. Le canal médullaire était élargi, offrait moins de consistance qu'à l'état normal, et était rempli de graisse, de végétations fongueuses et de pus.

Aucune artère ne fut liée. La compression digitale suffit à suspendre l'hémorrhagie des volumineuses artérioles répandues à la surface et dans l'épaisseur du périoste, et de larges plaques d'agaric, appliquées et maintenues sur la plaie, prévinrent une trop grande perte de sang par les capillaires.

La cavité cotyloïde était dénudée, sans trace de cartilage, et réduite à une surface inégale et peu profonde; je la ruginai avec soin et la plaie fut pansée avec un linge fenêtré, dans lequel j'engageai profondément de gros tampons de charpie pour en écarter les bords.

Peu de réaction; aucun accident. La suppuration est très-abondante et les pansements se font en plaçant le malade sur le bord de son lit pour que les chairs s'entr'ouvrent spontanément et sans douleur. Des injections aromatiques tièdes entraînent le pus. Les surfaces traumatiques, qui présentent 26 centimètres de hauteur sur 13 de largeur et 24 de profondeur, au niveau de la cavité cotyloïde, prennent rapidement un très-bon aspect. Le malade ne souffre plus, reprend de l'appétit et du sommeil, et se trouve, au bout de trois semaines, dans les conditions curatives les plus favorables.

Nous nous sommes occupés avec M. le docteur Leuret, qui préside aux pansements et au traitement journalier du malade, des moyens de ramener le membre blessé à une direction convenable et à une complète immobilité, pour faciliter la régénération osseuse. Nous comptons avoir recours à un système d'attelles approprié, et les suites de l'opération seront, au point de vue de la reconstitution du fémur, d'un grand intérêt.

Obs. VI. — *Arthrite du coude gauche. Fractures traumatiques intra-articulaires. Suppuration. Accidents graves. Résection de la trochlée humérale, évidement de l'extrémité inférieure de l'humérus.*

Mantzer, Antoine, d'Appenzell (Suisse), âgé de trente et un ans, est entré à la clinique le 12 février 1858. Ce malade, d'une constitution moyenne, avait fait une chute, un an auparavant, sur le coude gauche, et avait continué à travailler, quoique les mouvements d'extension forcée de l'avant-bras fussent restés gênés et douloureux.

Le 8 février 1858, Mantzer ayant glissé de son lit pendant la nuit, chercha à se retenir de la main gauche et sentit un craquement dans le coude du même côté. Il se mit cependant au travail dès le matin, mais l'enflure du membre et la souffrance faisant des progrès, il fut conduit, de la ferme où il travaillait, près de Strasbourg, à notre clinique.

Une arthrite aiguë, succédant à une arthrite chronique, parut évidente, et on n'osa pas, en raison de la tuméfaction et de l'extrême irritabilité des parties, faire immédiatement une exploration qui permît de porter un diagnostic plus précis. On se borna à constater que les rapports osseux étaient normaux.

La douleur est très-vive; des abcès se forment et sont ouverts; on sent des portions de l'humérus à nu. Le malade réclame la désarticulation de tout le bras, dont l'endolorissement s'étend à l'épaule, et il prétend que c'est le seul moyen de le sauver. Je me décide, le 6 mars 1858, à pratiquer la résection du coude, avec l'aide de mes confrères Hergott, Boeckel, Coignard, Colonna, etc., qui m'ont également assisté dans les autres opérations. Une première incision longitudinale passe sur le sommet de l'olécrâne et est coupée à angle droit par une deuxième incision, partant du milieu de la première, au niveau de l'interligne articulaire et s'étendant transversalement, un peu au-delà de l'épitrochlée.

L'olécrâne abattu d'un coup de scie, je détache avec la scie à chaîne la troclée humérale, dont le milieu est fracturé de haut en bas, sans rupture complète du cartilage de revêtement. Le tissu osseux est hyperémié et ramolli. Un noyau osseux, arrondi et en partie cartilagineux, flotte librement dans la jointure, qui est remplie de pus, et offre encore une petite surface de jonction, par laquelle il tenait primitivement au reste de l'os. Nous évidons la face postérieure de l'humérus, dont le tissu aréolaire est ramolli et infiltré de pus, et nous enlevons presque entièrement l'épitrochlée et l'épichondyle. Les rapports de la face antérieure de l'humérus sont complétement ménagés. Peu de réaction, aucun accident. Pansements simples. Le malade va parfaitement (9 avril 1858), et tout permet d'espérer une heureuse guérison.

Nous eussions été obligés de sacrifier une beaucoup plus grande étendue de l'humérus, si nous n'eussions pas eu recours à l'évidement, qui nous a permis de ne pas toucher au périoste de la circonférence antérieure de l'extrémité humérale. Comme conséquences, moins de délabrement articulaire, plaie plus étroite, rapports des parties molles mieux conservés et moins de diminution dans la longueur du membre.

(1) Voir le numéro du 9 mars dernier.

(2) Les quatre premières appartiennent à une précédente communication sur le même sujet.

Obs. VII. — *Carie et abcès fistuleux multiples de l'extrémité inférieure du fémur droit. Evidement d'une portion de la diaphyse et des condyles. Aucun accident.*

Kaulf, Caroline, âgée de 13 ans, et élevée à l'hospice des Orphelins, me fut adressée à la clinique par M. le docteur Wiéger, professeur agrégé de la Faculté. Cette jeune fille, forte et grande pour son âge, s'était enfoncée, deux ans auparavant, une épingle dans la cuisse, et l'os avait été atteint. Des symptômes d'ostéite étaient survenus, des abcès avaient été ouverts et étaient restés fistuleux. Une portion de l'épingle rouillée et érodée était sortie avec le pus; mais l'affection avait continué à s'aggraver, et la malade présentait le long des faces interne et externe de la cuisse de nombreuses fistules, qui conduisaient dans l'intérieur du fémur et fournissaient une assez abondante suppuration.

L'évidement fut pratiqué le 13 mars 1858. Un seul lambeau à bord libre postérieur et à extrémités arrondies, de 17 centimètres de longueur, mit à nu la face externe de l'os, qui était tuméfié et semé d'ouvertures fistuleuses. La cavité médullaire était très-vaste, remplie de graisse et de chairs fongueuses, et le tissu aréolaire était si friable que nous pûmes excaver les condyles fémoraux avec une simple gouge coudée conduite à la main. Aucune ligature; pansement simple, peu de réaction, pas d'accidents. La malade, après quelques jours passés à l'hôpital, est retournée aux Orphelins, où elle continue (9 avril 1858) à se bien porter.

Obs. VIII. — *Ostéite, carie et nécrose de l'extrémité inférieure du fémur droit. Extraction d'un volumineux séquestre, évidement osseux. Aucun accident.*

Schwartz (Joseph), d'Ebersheim, âgé de vingt-sept ans, me fut adressé à la clinique, le 18 mars 1858, par M. le baron Tavernier, médecin à Schelestadt. Le malade, d'une constitution faible et appauvrie, avait depuis onze ans l'extrémité inférieure du fémur droit tuméfiée et fistuleuse. De nombreux abcès s'étaient ouverts aux faces interne et externe de la cuisse, et l'extrémité d'un séquestre traversait la peau dans ce dernier sens à 1 décimètre environ au-dessus du genou, et paraissait complétement immobilisée.

L'extraction du séquestre et l'évidement du fémur furent pratiqués le 20 mars 1858. Le séquestre s'étendait en arrière du membre jusqu'auprès du niveau des condyles, où il offrait beaucoup d'épaisseur et de largeur. Il fut dégagé et extrait. La cavité fémorale évidée et débarrassée d'un second séquestre comparativement très-petit (2 centimètres de longueur). Pansement simple, peu de réaction, aucun accident.

Le malade va très bien (9 avril 1858), et sa plaie marche franchement vers la guérison.

Obs. IX. — *Carie avec fistules multiples de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Gonflement de l'articulation tibio-tarsienne. Evidement tibial. Aucun accident.*

Franck (Caroline), d'Epsig (Bas-Rhin), âgée de dix-huit ans, d'une constitution un peu lymphatique, me fut adressée à la clinique par M. le docteur Aronbson, professeur agrégé de la Faculté. Cette jeune fille avait été atteinte d'une entorse grave trois ans auparavant et en avait toujours souffert. Depuis huit mois l'affection s'est aggravée, et la malade a été condamnée, par la violence des douleurs et la tuméfaction du membre, à garder le lit. Des abcès fistuleux se sont ouverts aux deux malléoles, et le stylet traverse sans obstacle toute l'épaisseur du tibia de part en part.

L'évidement du tibia est pratiqué le 16 mars:

Le tissu osseux est ramolli, friable. Il suffit d'une légère pression sur une gouge coudée pour excaver la malléole, l'extrémité articulaire de l'os et une portion de la diaphyse dans une étendue de 8 à 10 centimètres; l'os est ramolli beaucoup plus haut. Nous ne croyons pas néanmoins nécessaire de prolonger l'évidement dans l'espoir que la régénération osseuse pourra triompher de ces modifications morbides, puisque la lésion produite par l'entorse aura été combattue dans son siége primitif.

Pansement simple. Réaction assez vive; gonflement considérable et endolorissement de la plaie. (L'hôpital subit en ce moment l'influence du typhus puerpéral.) Cependant la détersion de la plaie s'opère, et aujourd'hui 9 avril la malade ne souffre plus et va bien.

Obs. X. — *Ostéite avec abcès et fistules du tibia droit au tiers inférieur; évidement. Aucun accident.*

Gangloff (Rose), âgée de treize ans, d'une constitution délicate et peu développée, entre à la clinique le 10 mars 1858. Le tiers inférieur du tibia droit est tuméfié, ramolli, friable, facile à traverser avec un stylet. La maladie, sans causes connues, date de sept mois. Trois petits fragments osseux de tissu aréolaire ont été entraînés par la suppuration au travers des ouvertures fistuleuses, qui sont multiples. L'articulation n'est pas douloureuse et paraît intacte.

Evidement le 18 mars; le canal médullaire est ramolli, et on constate une sorte d'érosion, avec perte de substance, de la grandeur d'une pièce de vingt sous, dans la portion du tibia qui correspond au péroné. Gonflement consécutif de la plaie. Irritabilité et endolorissement des tissus. (Influence probable du typhus puerpéral qui règne à l'hôpital; voir observation IX.)

Huit jours plus tard, la plaie se déterge, s'affaisse, prend un meilleur aspect, et la malade depuis ce moment (9 avril 1858) n'a plus offert aucun accident, et se trouve en voie de guérison.

DU TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE

par l'électricité.

Par M. Paupert, d'après les observations de M. Demarquay.

Parmi les cas nombreux d'hypertrophie ganglionnaire guéris par l'électro-magnétisme et que nous avons observés en ville et dans les hôpitaux, il en est quelques-uns qui méritent d'être signalés parce qu'ils semblent démontrer que presque toujours ce mode de traitement mène au résultat que le médecin se propose d'atteindre, et que l'insuccès ne constitue que l'exception.

Sans entreprendre de discuter ici l'influence du tempérament sur la marche de la maladie, nous dirons seulement que chez les individus sanguins et nerveux ce genre de tumeur disparaît beaucoup plus promptement et par résolution; tandis que chez les sujets lymphatiques, il y a souvent tendance au ramollissement complet ou partiel de la masse ganglionnaire.

Les quelques observations qui suivent datent déjà de longtemps; les malades n'ont point été perdus de vue, et la guérison s'est de plus en plus confirmée.

Obs. I. — M. B..., âgé de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, porte un long chapelet ganglionnaire étendu de l'apophyse mastoïde à la clavicule. Trois points sont surtout saillants: l'un au-dessous de l'apophyse mastoïde, l'autre au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, et le troisième au-dessus de la clavicule.

Lorsque ce jeune homme est arrivé à Paris, il avait déjà fait usage de toutes les préparations iodées et ferrugineuses. La tumeur mastoïdienne, plus volumineuse que les autres, présentait à son centre un point fistuleux qui laissait suinter une suppuration séreuse de mauvaise nature; elle avait le volume d'un œuf de poule. Les tumeurs sous-maxillaire et sus-claviculaire étaient à peu de chose près de la même grosseur. Les trois engorgements furent simultanément attaqués au moyen de quatre aiguilles enfoncées de telle façon que les pointes se trouvassent vis-à-vis les unes des autres et presque au contact. Les séances ont été répétées chaque jour, et peu après le début du traitement, la masse supérieure, qui offrait une fistule, était sensiblement réduite. Des injections de teinture d'iode amenèrent promptement l'oblitération du trajet et la guérison fut rapide. Les deux autres tumeurs sous-maxillaire et sus-claviculaire ne donnèrent point un résultat semblable, leur masse se ramollit partiellement, et la fluctuation devint évidente. Une ponction faite avec un trocart explorateur évacua le liquide; cette ponction fut suivie d'une injection iodée. Quelques jours après une nouvelle collection s'était formée; nouvelle ponction. Les deux ganglions furent pour ainsi dire évidés, il n'en restait plus en quelque sorte que la coque.

Le traitement, à partir de ce moment, consista à badigeonner les parties avec la teinture d'iode pure, et dans l'espace de quelques semaines la guérison était complète.

Ce fait et deux autres à peu près semblables nous ont frappé, parce qu'ils semblaient démontrer que l'électricité n'agit pas seulement en opérant la réduction simple, quelle que soit la théorie que l'on admette, mais en produisant une sorte d'irritation et pour ainsi dire en réchauffant le ganglion, de manière à en amener la suppuration. Et ce qui est encore digne de remarque, c'est que la formation du pus n'a pas lieu uniformément. Le pus se forme dans les loges qui composent le ganglion, quelquefois même c'est aux extrémités, tandis que d'autres fois c'est au centre que l'on en constate la présence. Toujours est-il que si les foyers se trouvent isolés, la masse entière finit par participer à la fonte purulente dans un temps très-rapproché.

Deux malades traités par M. Blache n'avaient obtenu, malgré la bonne direction du traitement, qu'une amélioration si légère, qu'on crut devoir recourir à d'autres moyens. M. Demarquay, que M. Blache voulut bien appeler, conseilla la faradisation, qui lui avait déjà donné de nombreux et remarquables résultats insérés dans divers recueils scientifiques.

Obs. II. — Le premier de ces deux malades était un jeune homme de 16 ans; il portait dans la région sous maxillaire une masse ganglionnaire volumineuse, couchée sur la carotide à sa bifurcation.

La galvano-puncture dans ce cas fut employée avec le plus grand succès. Après chaque séance, la tumeur était badigeonnée avec la teinture d'iode, et au bout de quelques semaines de ce traitement la résolution était complète. Les préparations iodées et ferrugineuses à l'intérieur furent rigoureusement prescrites, et le malade soumis à l'usage des bains sulfureux plusieurs fois la semaine.

Obs. III. — La seconde observation est celle d'une jeune femme de vingt-deux ans, qui était affectée d'une hypertrophie ganglionnaire considérable. C'était une masse énorme, étendue du pavillon de l'oreille en dehors et en dedans du muscle sterno-mastoïdien, jusqu'au milieu de la région cervicale. M. Blache, après avoir épuisé toutes les préparations fondantes, fut d'avis avec M. Demarquay d'avoir recours à l'électro-magnétisme.

Les conducteurs, armés d'éponges mouillées, furent mis en contact avec la tumeur, et les séances prolongées pendant quelques minutes seulement. L'usage de ce traitement continué pendant plusieurs semaines, amena un changement tel dans les parties, qu'il parut suffisant, pour arriver à la guérison complète, d'envoyer la malade passer une ou deux saisons aux Pyrénées. Il ne reste plus rien aujourd'hui de la difformité dont était atteinte cette jeune femme, la résolution en a été aussi rapide que parfaite.

Les cas de résolution de tumeurs ganglionnaires que nous avons observés se sont si souvent reproduits depuis plusieurs années, qu'il serait oiseux d'en ajouter d'autres à ceux que nous venons de rapporter. Ils ont tous suivi la même marche, et nous n'avons pas vu de malades ayant continué le traitement d'une manière constante, qui n'en ait obtenu de bons effets.

Lorsqu'un ganglion se trouve en rapport avec le courant électrique, il se passe deux phénomènes bien distincts chez les différents individus soumis à son action. Chez les uns, en effet, la diminution de la tumeur est lente quoique évidente. Après chaque séance, chez les autres, au contraire, elle est si rapide, qu'il est presque possible de dire en combien de jours la disparition sera complète.

A côté de ces exemples de résolution, et principalement dans les cas de tumeurs volumineuses, après quelques jours de traitement, on constate un point fluctuant, et si l'on évacue le liquide au moyen d'un trocart fin ou d'un bistouri à lame très-étroite, on peut s'assurer que vingt-quatre ou trente-six heures après il s'est reproduit, et le plus souvent dans un point assez éloigné du foyer précédemment évacué. La tumeur, pendant le temps que dure le traitement, devient le siége d'une série de points successivement ramollis, qui ont sa disparition pour résultat. L'électricité dans ce cas détermine un travail inflammatoire partiel qui amène en quelque sorte la fonte de la matière ganglionnaire contenue dans chaque loge, et bientôt il ne reste plus du ganglion que sa membrane d'enveloppe. En vidant les foyers à mesure qu'ils se forment avec un instrument très-fin, on obtient cet avantage qu'on évite l'amincissement de la peau et sa perforation; on n'a donc point à redouter les cicatrices indélébiles qui suivent si souvent la guérison des engorgements lymphatiques.

Si nous avons signalé ces quelques faits nouveaux, c'est parce qu'ils avaient résisté à tous les traitements et qu'ils paraissaient de nature à ne céder que très-difficilement.

L'emploi de l'appareil d'induction en a eu raison en peu de temps, et chaque fois qu'un cas semblable se présente, M. Demarquay n'hésite pas à y recourir immédiatement, assuré que ce moyen mène incomparablement plus que tout autre à une guérison rapide et durable. Un des détails de l'opération qui ne laisse pas que d'avoir son côté important au point de vue de la douleur, c'est la substitution des éponges aux aiguilles. Bien que l'acupuncture ne soit pas très-douloureuse, il n'en est pas moins vrai que chez certains sujets très-irritables elle réveille des souffrances qui s'irradient au loin, et font redouter aux malades les séances qu'ils supportent assez patiemment lorsque l'électrisation n'a lieu que par le contact cutané. Il est certainement des tumeurs qui doivent être attaquées par la galvano-puncture, nous ne prétendons pas généraliser d'une façon absolue le contact au moyen de l'éponge, nous voulons seulement constater que son emploi suffit souvent pour obtenir le résultat attendu.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES

par la compression digitale.

M. Verneuil a communiqué à la Société de chirurgie, dans sa séance du 7 avril, de nouveaux succès obtenus par M. Michaux (de Louvain). En voici le résumé:

Un homme de cinquante-sept ans, qui s'était fracturé la jambe gauche à deux reprises différentes et à deux mois d'intervalle, et qui, après la consolidation, avait conservé un peu de difformité, découvrit deux ans après, dans le creux poplité du même côté, une tumeur qui présenta bientôt tous les caractères d'un anévrysme. Trois mois après, il fut admis à l'hôpital de Louvain, dans le service de M. Michaux. L'anévrysme occupait surtout la partie inférieure du jarret; il avait le volume du poing et était entièrement réductible. Une voussure assez considérable de la région précordiale, un double bruit de souffle à ce niveau, un frémissement vibratoire très-prononcé, annonçaient une lésion grave du cœur ou de la crosse aortique. — Malgré cette dangereuse complication, M. Michaux résolut de traiter l'anévrysme poplité par la compression indirecte. L'appareil de M. Broca pour la compression double et alternative de l'artère fémorale fut appliqué le 23 octobre 1857; mais on ne se servit que de la pelote inguinale. Le lendemain la tumeur était un peu plus dure, mais son volume n'avait pas diminué.

Le 29, on constata une nouvelle amélioration; la tumeur était plus ferme et battait moins fort. Mais un ganglion s'engorgea dans le pli de l'aine; une eschare se forma bientôt sous la pelote. M. Michaux se décida alors à employer la compression digitale, qui fut appliquée par les élèves du service, et qui fut exercée presque tout le temps sur la partie inférieure de l'artère fémorale.

La compression digitale fut commencée le 4 novembre, à cinq heures du matin, et fut continuée sans interruption jusqu'au 6 à dix heures du soir, c'est-à-dire pendant cinquante-trois heures. Elle fut alors interrompue jusqu'au 8 novembre, à huit heures du matin, et continuée de nouveau pendant douze heures. Le 9, à neuf heures du matin, on reprit la compression digitale, qui fut appliquée pendant toute la journée et toute la nuit; les battements diminuèrent progressivement. Le 10, à cinq heures du matin, ils étaient à peine perceptibles, et la tumeur était fort dure. A six heures du soir, on ne sentait plus de pulsations; mais une heure après, un léger battement se montra de nouveau pour disparaître définitivement à neuf heures du soir. La compression digitale fut néanmoins continuée jusqu'au surlendemain matin, 12 novembre 1857, à neuf heures. La guérison depuis lors ne s'est pas démentie. L'affection du cœur et de l'aorte est restée stationnaire.

Le second malade de M. Michaux a été guéri beaucoup plus promptement; mais ce cas était exempt de complications. La tumeur occupait le centre du jarret droit; elle datait de trois ans au moins, et avait 11 centimètres de long sur 12 de large. On eut recours d'emblée à la compression digitale, qui fut commencée le 15 décembre 1857, à trois heures et demie de l'après-midi, et appliquée constamment sur le pli de l'aine. Au bout de douze heures, il y avait déjà dans la poche un peu de sang coagulé. Le 16 décembre, à dix heures, il n'y avait plus d'expansion, et les battements étaient très-affaiblis; à une heure, la tumeur était devenue plus solide, surtout du côté interne; à quatre heures, elle était solide, et avait définitivement cessé de battre après vingt-quatre heures et demie de compression digitale. Par précaution, on continua encore la compression jusqu'au lendemain matin. Les jours suivants, des collatérales se développèrent autour du genou, et le 29 décembre le malade sortit de l'hôpital.

Après avoir communiqué ces deux faits, M. Verneuil fait ressortir les avantages de la compression digitale. Ce moyen lui paraît supérieur à la compression mécanique; il est plus précis, moins douloureux, et vient de donner coup sur coup bon nombre de succès dignes de la plus sérieuse attention.

M. Giraldès fait remarquer que personne ne conteste les avantages

de la compression digitale. Il est certain que le doigt est le meilleur des compresseurs, et qu'il peut s'appliquer partout ; mais ce moyen exige le concours d'aides nombreux, intelligents et dévoués, et il est difficile par conséquent de l'ériger en méthode générale. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'avec de bons appareils on a obtenu des succès aussi beaux et aussi prompts que ceux de la compression digitale.

M. BROCA partage l'opinion de M. Giraldès, et ajoute que certains malades supportent la compression digitale plus difficilement que celle des appareils. Il a eu recours à cette compression avec M. Nélaton sur un malade dont il a publié l'observation dans son *Traité des anévrysmes*, et chez lequel la rétraction du genou ne permettait pas de comprimer exactement l'artère fémorale par les moyens mécaniques. Cette rétraction, comme on le reconnut plus tard à la dissection du membre, était due à la rupture de l'anévrysme, qui était diffus et qui communiquait avec l'articulation du genou ; mais on ne diagnostiqua pas cette complication, et on eut recours à la compression digitale, qui fut appliquée sur le pubis pendant trois jours et trois nuits. La tumeur se solidifia ; mais le malade était épuisé par la douleur qu'il avait éprouvée ; il n'avait pu fermer l'œil, malgré de fortes doses d'opium, pendant toute la durée de la compression digitale. L'anévrysme, au surplus, comme tous les anévrysmes diffus, était oblitéré par des caillots passifs. Une inflammation diffuse éclata promptement autour des caillots ; M. Nélaton fut obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse, et le malade succomba. Ce résultat fâcheux, continue M. Broca, ne peut être attribué au mode de compression employé ; mais la douleur et les accidents nerveux éprouvés par le malade pendant la durée de la compression prouvent que la pression du doigt n'est pas toujours aussi inoffensive que pourraient le faire croire les dernières observations communiquées à la Société.

M. Broca pense donc que la compression digitale est un procédé très-précieux, mais qu'elle n'est pas exempte d'inconvénients.

M. LARREY approuve les réserves de son collègue ; il a eu recours à la compression digitale chez un malade qu'il a montré à la Société, et qui était atteint d'anévrysme artério-veineux du pli du coude. Le cas n'était pas favorable, et le traitement échoua, mais on put s'assurer que la compression digitale était très-difficile à supporter. A partir du second jour, le malade éprouva de vives douleurs, et le quatrième des phénomènes de congestion se montrèrent dans les veines de la tête et du cou. Il fallut renoncer à ce moyen, qui avait été appliqué sans interruption pendant trois nuits et près de quatre jours.

CONSIDÉRATIONS SUR LA POURRITURE D'HOPITAL,

et sur son traitement par les applications topiques de teinture d'iode.

Par M. le docteur L. SURDUN.

La teinture d'iode, comme topique, a déjà été vivement recommandée contre la pourriture d'hôpital par M. L. Saurel dans un mémoire publié dans la *Gazette médicale*.

Voici un chirurgien de marine, M. Surdun, qui vient à son tour nous dire combien il a été heureux de pouvoir triompher de cette redoutable complication des plaies par le même agent thérapeutique.

C'était sur des militaires français, blessés au siége de Sébastopol et évacués de Kamiesch sur Constantinople, que se déclara la pourriture d'hôpital. L'encombrement sur les vaisseaux, la difficulté de renouveler convenablement les pansements et la chaleur de l'atmosphère, tout concourait au développement de cette redoutable affection.

M. Surdun, n'osant cautériser avec le fer rouge (il nous laisse ignorer les motifs de cette abstention), eut la pensée d'essayer la teinture d'iode. Après avoir lavé avec de l'eau légèrement chlorurée et bien nettoyée les anfractuosités des plaies, il les *badigeonna* avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode, puis le tout fut pansé à sec.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs se calmèrent assez promptement, et l'odeur infecte des plaies disparaissait assez rapidement. Chez deux malades, la plaie étant recouverte d'une couenne épaisse, tenace, et la teinture d'iode n'ayant produit aucun résultat favorable, M. Surdun y appliqua un large vésicatoire, et le lendemain, après avoir enlevé celui-ci, il fit le pansement avec la teinture iodée. Dès lors les plaies se modifièrent avantageusement, et ne tardèrent pas à guérir.

Les observations de M. Surdun viennent donc corroborer celles déjà présentées par M. L. Saurel, sur l'efficacité prononcée de la teinture pure d'iode dans les cas de pourriture d'hôpital, et doivent engager les praticiens à y avoir recours désormais avec une certaine confiance.

Toutefois, nous avons appris par M. le docteur Marmy, qu'en général c'est la cautérisation au fer rouge qui, en Crimée, a le mieux réussi contre cette grave complication des plaies.

(*Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 avril 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Évidement osseux. — M. SÉDILLOT communique une note sur six observations nouvelles d'évidement osseux offrant des différences sous le rapport du siége, de la nature et de la gravité des lésions, mais se ressemblant toutes par la simplicité et l'innocuité des résultats. (*Voir* la Clinique.)

Lithotritie. — M. HEURTELOUP, à propos de l'indication donnée dans le *Compte rendu* de la séance du 8 mars, de sa note en réponse à un mémoire de M. Le Roy-d'Etiolles, a adressé dans la précédente séance les remarques suivantes, qui ont pour but d'éclairer un point obscur de l'histoire de la lithotritie.

Dans l'article qui a donné lieu à cette réclamation, il était dit que, malgré des rapports de forme, il n'y avait au fond aucune ressemblance entre le brise-pierre de M. Heurteloup et l'instrument inventé par M. Weiss (de Londres) pour scier les calculs vésicaux. M. Heurteloup pense que cette expression *rapports de forme* pourrait induire en erreur et dissimuler jusqu'à un certain point les différences capitales qui existent entre les deux instruments. « Dans ces sortes d'appareils, dit-il, la *forme* donnée aux diverses parties est quelque chose d'*essentiel*, et qui constitue en grande partie l'invention.

» Comparons à ce point de vue les deux instruments en question :

» 1° Les branches de mon instrument forment un coude brusque avec la partie droite ; dans le *scie-pierre*, cette partie droite se relève graduellement en décrivant un quart de cercle. Le coude abrupt est dans l'essence du percuteur.

« 2° Les branches du percuteur sont courtes ; celles du scie-pierre sont longues, ce qui les rend difficiles à manœuvrer dans la vessie, mais ce qui surtout les rend faibles. La force est dans l'essence du percuteur.

» 3° Les branches du percuteur sont plates ; celles du scie-pierre sont en coin, ce qui les rend impropres à écraser : or l'écrasement est l'essence du percuteur.

» 4° Le percuteur s'ouvre et se ferme avec la main ; le scie-pierre s'ouvre et se ferme avec une vis, ce qui annihile le tact pour la saisie du calcul : or l'usage du tact est encore essentiel dans le percuteur.

» 5° Les branches du percuteur étant coudées abruptement ne s'engagent pas dans le col ; celles du scie-pierre se dédoublent dans le col et le saisissent : or ménager le col est dans l'essence du percuteur.

» 6° Enfin le percuteur présente deux branches, dont l'une glisse dans l'autre au moyen d'une rainure à encastrement ; dans le scie-pierre, une branche enveloppe à moitié l'autre comme la feuille engaînante du poireau enveloppe sa tige : or la solidarité des branches est le cœur et l'essence du percuteur. » (Commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert et Civiale.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 avril, M. Montagne, ancien chirurgien-major dans les armées françaises, ancien chirurgien en chef de l'armée du roi de Naples en 1815, membre de l'Institut impérial de France, a été nommé officier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Videcocq, ancien interne des hôpitaux, médecin du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement.

— A Bruxelles, la mort vient d'enlever, à peu de jours de distance, M. le docteur Pierard, médecin de la Cambre, et M. le docteur Dupont, praticien fort distingué.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 26 avril, à six heures et demie, aux *Trois Frères Provençaux*. Ceux de MM. les membres correspondants nationaux ou étrangers, présents à Paris, qui désireraient prendre part à cette fête, sont priés de vouloir bien en informer MM. les docteurs Brierre de Boismont ou Legrand du Saulle, commissaires.

— Nous apprenons que, dans un sentiment de touchante sollicitude, M. Bracbet n'a oublié ni la jeunesse de notre Ecole, qui lui inspira toujours un vif intérêt, ni ses confrères malheureux, dont il fut plus d'une fois le généreux protecteur. Il a légué à l'Ecole de médecine de Lyon sa bibliothèque médicale, qui est, comme on sait, d'une valeur considérable, et il a donné à l'Association des médecins du Rhône sa campagne de Fourvière et une dotation importante, pour fonder une maison de retraite destinée à des médecins pauvres et devenus, par l'âge ou les infirmités, incapables d'exercer leur profession.

Nous n'avons rien à ajouter à ces faits, qui honorent assez d'eux-mêmes la mémoire de notre regretté confrère. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— L'assemblée générale de la Société de secours mutuels des médecins du Piémont a eu lieu dernièrement à Turin. Le compte rendu constate qu'une somme de 1,775 livres a été distribuée en secours pendant l'année 1857. Le fonds social s'élève actuellement à 38,100 livres ; sur cette somme, 13,000 livres résultent des dons faits par les docteurs Bertini et Gallo, et par le président, M. Tarella.

Voilà, à coup sûr, une situation prospère, car elle témoigne autant de la bienfaisance que de la prévoyance des souscripteurs. Le journaliste auquel nous empruntous ces détails fait cependant un pressant appel aux retardataires. « Si nos collègues, dit-il, réfléchissaient aux tristes éventualités qui, au milieu de notre société égoïste et ingrate, peuvent atteindre, à bien peu d'exceptions près, tous les médecins, nous sommes sûrs qu'un fort petit nombre d'entre eux refuseraient le minime tribut annuel de 10 livres, afin de constituer un fonds plus considérable d'assurances mutuelles. »

Ce sont là de généreuses et prudentes paroles. Et personne, assurément, dans les circonstances où nous nous trouvons, ne les jugera moins importunes à faire entendre, à méditer, de ce côté des Alpes que de l'autre.

— M. Cl. Bernard commencera le semestre d'été de son cours au Collége de France, demain mercredi 21, à une heure ; il le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Cassagnes, né à Brenques (Lot) ; *Des hématocèles intra-pelviennes.*

Nandeau, né à Vouvray (Indre-et-Loire) ; *De l'allaitement.*

Arrault, né à Esvres (Indre-et-Loire) ; *De la paralysie du muscle deltoïde consécutive aux luxations ou aux contusions de l'épaule.*

Charnaux, né à Métabief (Doubs) ; *Étude sur le choléra.*

Blachez, né à Paris (Seine) ; *Étude sur la dothiénenterie. Considérations sur les troubles fonctionnels du foie dans cette affection.*

Girod de Misercy, né à Salins (Jura) ; *Quelques considérations sur la scrofule.*

Bonfils, né à Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise) ; *De l'emploi de l'émétique à haute dose dans une série de chorées à l'hôpital des Enfants malades en 1857.*

Pasquet, né à Saint-Pornin-Leulac (Haute-Vienne) ; *De la pneumonie des vieillards.*

Gastier, né à Mamers (Sarthe) ; *Du mécanisme de la respiration. Quelques mots sur les plaies de poitrine, sur les causes de l'emphysème et sur celles des pneumocèles.*

Gobil, né à Laval (Mayenne) ; *De l'étranglement dans les hernies abdominales (symptômes et diagnostic).*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De la péliose rhumatismale ou Erythème noueux rhumatismal, par les docteurs DURIAU et LEGRAND. In-8°. Prix, 50 c. — A Paris, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale, par M. le docteur A. J. LINAS. Broch. in-8°. — Paris, 1858. Chez Victor Masson.

De l'application de l'analyse clinique à la pathologie chirurgicale, ou Plan d'une pathologie chirurgicale analytique ; par Eugène ESTOR, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Deux vol. in-8°. Prix, 12 fr. — A Paris, chez F. Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13 ; à Montpellier, chez Patras, libraire. Contre un mandat de 12 fr., cet ouvrage sera expédié *franco*.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 AVRIL 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

En soumettant à l'Académie la question qui depuis bientôt deux mois occupe presque exclusivement toutes les séances, M. Guérard posait par anticipation cette première conclusion « qu'il était facile de dire ce que la fièvre puerpérale n'est pas, mais qu'il n'était pas aussi aisé de dire ce qu'elle est. » Eh bien, au point où en est la discussion aujourd'hui, non-seulement on n'est pas mieux à même de dire ce qu'est la fièvre puerpérale, mais on serait bien en peine de dire ce qu'elle n'est pas. Tout est dans tout, a dit un célèbre rhéteur ; l'Académie s'est chargée plusieurs fois de démontrer la vérité de cet aphorisme. Ne l'a-t-on pas vue, il y a deux ans, à propos de la variole, soulever toutes les questions doctrinales, et remettre la philosophie médicale elle-même en question !

Nous n'attendions pas moins de cette discussion. Sans doute, après avoir entendu à peu près tout ce qui pouvait être dit, et plus encore, sur la nature de la fièvre puerpérale, sur son origine générale ou locale, essentielle ou phlegmasique, on pouvait croire que l'Académie serait bientôt à bout d'arguments, et qu'il ne resterait plus qu'à juger entre les deux doctrines antagonistes. Mais combien on eût été loin de compte ! Il nous était réservé d'entendre nier l'existence de la fièvre puerpérale, puis après l'avoir vue réduite à néant, nous devions la voir renaître sous une autre forme, grandir, se développer, s'étendre, et finir par envahir presque tout le champ de la pathologie.

Ce n'est pas tout ; comme si la confusion n'était pas encore assez grande, de cette question de la fièvre puerpérale, déjà assez vaste dans ses propres limites et assez fertile en controverses, devait surgir de nouveau cette éternelle dispute de l'organicisme et du vitalisme. C'était là que nous attendions M. Bouillaud.

Que sortira-t-il de tout cela ? C'est ce que nous serions fort en peine de dire. Nous sommes en ce moment en pleine bataille, pour nous servir du langage métaphorique et imagé de M. Bouillaud. Le bruit et la fumée nous empêchent de juger de la position respective des parties belligérantes et des coups qu'elles se portent. En spectateur désintéressé et impassible, nous attendrons avec patience le silence et la lumière pour compter les morts et poser la couronne sur la tête du vainqueur. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De la névralgie utérine.

Pour beaucoup d'auteurs la névralgie utérine n'existe pas : c'est une douleur nerveuse qui dépend d'un état pathologique de la matrice. Cette négation d'une entité morbide spéciale a généralement provoqué le silence des médecins sur la question de la névralgie utérine ; aussi l'histoire de cette maladie n'est-elle décrite nulle part.

Cependant l'affection dont je vais traiter dans cette conférence n'est point un mythe, et je vous la représenterai tantôt comme un simple symptôme, j'en conviens, tantôt comme une névralgie parfaitement caractérisée, et bien plus encore, comme un accident très-fréquent.

La névralgie utérine se manifeste par des douleurs intenses, très-vives, ayant la forme d'élancements aigus, lancinants et intermittents, dont le siége le plus ordinaire est l'utérus. C'est, en effet, dans cet organe que les femmes placent l'origine du mal ; mais, il faut bien le dire, les souffrances s'irradient souvent avec une très-grande facilité du côté des régions lombaire, inguinale, hypogastrique et périnéale, ainsi qu'à la partie supérieure des cuisses.

Le toucher a une influence telle qu'il ranime et exaspère les douleurs ; parfois il permet de les localiser sur l'une des moitiés du col d'un utérus sain. Les marches précipitées, les rapprochements sexuels, sont autant de causes qui rappellent la souffrance, dont l'un des caractères principaux est de se montrer par accès. La névralgie utérine non-seulement n'est pas continue, mais chacune de ses phases douloureuses se compose elle-même d'une série d'élancements. Le retour des accès est sujet à des variations multipliées : ici régulier, périodique ; là intermittent à courtes ou à longues périodes ; ailleurs complétement irrégulier et soumis aux circonstances susceptibles d'en provoquer les récidives.

Il n'est pas rare d'observer des phénomènes généraux : les malades se montrent impressionnables, agacées, irritables, constamment agitées et en proie à des attaques de nerfs, qui ne sont nullement des crises convulsives d'hystérie, à des vomissements, de la dyspnée et des palpitations de cœur. Dans quelques cas, un véritable accès d'hystérie se déclare, la névralgie ayant alors agi comme cause occasionnelle.

Trois grandes circonstances peuvent servir de base aux différentes théories de la névralgie utérine.

1° On rencontre cette affection quand il existe une lésion matérielle quelconque de l'utérus ou de son col, aiguë ou chronique, constituée soit par une variété de l'inflammation, soit par des produits organiques nouveaux, tels que polypes ou cancers. Valleix prétend qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence, et que l'affection utérine n'a été que la cause occasionnelle de la névralgie ; mais mon avis est qu'il ne faut pas reculer devant l'évidence des faits, et que l'on doit réellement admettre une névralgie symptomatique. Une dent cariée ne détermine-t-elle pas une névralgie symptomatique, et la gastralgie n'est-elle pas souvent le phénomène initial d'un carcinome de l'estomac ?

2° Il n'existe point de névralgie utérine, mais bien une névralgie lombo-abdominale qui siége dans les plexus sacrés, et dont l'une des variétés réside dans les nerfs qui se rendent à l'utérus : c'est la névralgie utéro-lombaire. Valleix admet que la névralgie utéro-lombaire ne se produit jamais seule, que des points névralgiques se font toujours sentir ailleurs, et que ces irradiations constituent des névralgies concomitantes du plexus lombo-sacré. De plus, il a insisté sur la présence d'un écoulement leucorrhéique essentiel, sans lésions appréciables, et il a présenté ce phénomène comme l'un des plus grands signes distinctifs de la névralgie ; selon lui, cette perte de liquide blanc aurait souvent fait soupçonner à beaucoup de médecins une affection organique qui ne se vérifiait pas plus tard. Dans la très-grande majorité des cas, la névralgie utéro-lombaire n'occupe que la moitié de la matrice, que son corps ou son col, et elle correspond à des points abdominaux du même côté. Je crois que Valleix a raison dans certaines circonstances ; je sais bien qu'en ce moment je fais de la conciliation, mais enfin l'opinion de mon prédécesseur dans ce service est certainement possible.

3° Il existe une névrose de l'utérus, comme il existe une névrose de l'estomac, qui s'appelle la gastralgie. Je pense donc être dans le vrai en acceptant tout à la fois une névralgie utérine symptomatique, une névralgie utéro-lombaire et une névrose de la matrice. Les caractères de la maladie s'appliquent à ces trois opinions pathogéniques, et l'on ne saurait établir aucune différence dans l'expression symptomatique de l'affection.

La marche de la névralgie est intermittente, régulière ou irrégulière, et la durée en est généralement très-longue ; elle se prolonge quelquefois pendant toute la vie des malades et particulièrement de celles qui sont affectées de tumeurs fibreuses. Enfin, on peut dire que la névralgie symptomatique est entièrement subordonnée aux phases diverses de la lésion matérielle. Quant à la névralgie essentielle, il est très-difficile de lui assigner des limites exactes. Il va sans dire que les modes de terminaison sont sous la dépendance des conditions étiologiques.

Le diagnostic repose sur les indications fournies par le toucher et l'emploi du spéculum. En effet, la lésion matérielle — quand il en existe une — est bientôt perçue à l'aide de ces moyens, excepté toutefois dans le cas de tumeur fibreuse à sa première période, car nul n'ignore combien on méconnaît souvent cette production anormale. On recherche ensuite les points

FEUILLETON.

L'UNIVERS ILLUSTRÉ.

Le médecin aime généralement les nouvelles : premières représentations, légers cancans, histoires du jour sont toujours bien accueillis par lui. Il est si bon de pouvoir dire à son client une chose intéressante et encore peu connue ! C'est à ce titre que nous demandons une petite place pour annoncer à nos confrères la prochaine apparition d'une publication destinée, nous le croyons, à faire une véritable sensation. Pour mieux apprécier la portée de cette œuvre, il sera peut-être agréable à nos lecteurs de jeter un coup d'œil sur l'origine de la presse illustrée, car c'est d'elle qu'il s'agit.

L'illustration appliquée au journalisme n'est pas, si nous sommes bien informés, une création de l'esprit français, et il nous faut traverser le détroit pour y trouver le germe de cette idée. Voici dans quelles circonstances elle est née.

La presse anglaise n'est pas soumise à la même direction que celle de notre pays : les habitudes des deux peuples ne sont pas les mêmes. En France, on s'abonne au journal ; en Angleterre, on achète le numéro. Aussi voit-on dans certaines circonstances les journaux anglais être contraints de faire des tirages vraiment inouïs. Il y a quelque vingt ans, un homme doué d'un talent d'observation tout particulier crut remarquer qu'à certains jours les feuilles périodiques avaient bien plus de succès qu'à l'ordinaire ; c'était lorsqu'une exécution capitale avait eu lieu. Ce jour-là le journal présentait quelque chose de plus que d'habitude : c'était une mauvaise petite gravure représentant un gibet et un homme se balançant dans l'espace. Ce fut pour notre Anglais un trait de lumière : si une méchante représentation d'un si triste sujet avait autant de succès, que serait-ce donc pour des gravures bien faites, et reproduisant les événements de chaque jour dans des proportions presque artistiques. L'Illustration naquit ce jour-là, et l'on comprit les services qu'elle devait rendre à la presse périodique.

Nous venons de raconter l'histoire des origines de l'*Illustrated London News*. Mais il ne s'agit pas de dire ici le succès du journal anglais, il est franchement reconnu de tous.

La France, ce pays de toutes les belles aspirations, et qui eût mérité d'être la patrie des beaux-arts si elle avait eu le ciel de l'Italie, la France ne devait pas rester en arrière, et bientôt nous eûmes notre *Illustration*, qui compte plus de quinze années d'existence, et qui est toujours une de nos plus belles publications.

Mais dans ce siècle d'activité fébrile, on ne peut pas rester stationnaire ; il faut avancer, et il y a quelques années, un nouveau mouvement se produisit dans ce sens. Les lettres, les sciences, les arts pénétrant plus profondément dans les masses, la presse se fit humble et d'accès facile ; elle se mit à la portée de tous. La librairie à 4 sous et les petits journaux à romans illustrés sont là pour témoigner de ce besoin d'apprendre, de lire, de voir, qui remue les populations entières. Ces combinaisons ont beaucoup fait pour satisfaire le goût public, mais elles n'ont rempli qu'une des deux conditions essentielles : exécution irréprochable et bon marché.

Le journal dont nous vous annonçons la très-prochaine apparition nous paraît, chers confrères, remplir ces deux conditions. Son nom est l'UNIVERS, et tout est de sa compétence. Son format lui permet de de donner des compositions artistiques de la plus grande dimension, et il doit embrasser dans sa rédaction, comme son titre l'indique, les sujets les plus variés, actualités, littérature, sciences, voyages, découvertes de toutes sortes. La chronique, ce nouveau besoin de notre civilisation, y sera représentée comme elle le mérite. Qu'un bal se donne à l'Hôtel-de-Ville ou que l'Empereur aille inaugurer un chemin de fer en Normandie, qu'une bataille se livre dans le royaume d'Oude ou sur les côtes du Céleste Empire, que l'Amérique ou l'Australie attirent l'attention, ses correspondants, ses rédacteurs, ses artistes se tiennent prêts à passer de Paris à Cherbourg, de Lucknow à Canton, de New-York à Melbourne. Les choses mêmes de la voûte céleste sont de son ressort : c'est assez dire l'importance et l'intérêt d'un semblable journal. Nous avons eu sous les yeux des planches qui doivent servir à ses premiers numéros ; ce sont tout simplement des chefs-d'œuvre.

Un dernier mot et c'est le plus important, car il appartient au quart d'heure de Rabelais. Tant de talent, tant d'art, tant de science, tout cela ne coûte que 15 centimes le numéro. N'est-ce pas merveilleux !

Ces détails, nous les tenons de l'indiscrétion d'un voisin — car les bureaux de l'*Univers illustré* sont établis dans la maison même de la *Gazette*. Dr A. PETIT.

P. S. Le prospectus dont je viens de voir une épreuve, et cette épreuve est la reproduction d'un magnifique tableau de Paul Véronèse, annonce que ce prospectus et les deux premiers numéros du journal seront envoyés *franco* à tous ceux qui en feront la demande par lettre affranchie, et que celui qui parmi ses amis réunira cinq abonnés aura un sixième abonnement gratis. — A ce compte, j'espère bien avoir mon abonnement sans le payer, et je ne puis, chers confrères, que vous engager à faire comme moi.

névralgiques dans la région abdominale. Quant à la névrose, elle s'admet par exclusion, lorsqu'on ne constate ni affection organique ni irradiations douloureuses.

Le pronostic varie selon l'intensité des phénomènes observés ; mais on peut dire que la névralgie sera difficile à vaincre si les femmes sont amaigries, anémiées, si le dépérissement suit une marche progressive très-rapide, et s'il se manifeste un état hyperesthésique général.

En combattant la cause, en s'attaquant directement à l'inflammation aiguë ou chronique du corps ou du col de l'utérus, en enlevant le polype, il est évident, en vertu de ce vieil axiome *sublata causa tollitur effectus*, que l'on arrive à la disparition de la névralgie. Seulement il est un assez grand nombre d'occasions où les circonstances étiologiques ne peuvent être promptement supprimées, et il faut alors, malgré la persistance de la cause, traiter la maladie comme si elle était essentielle. Lorsque la névralgie s'accompagne de souffrances très-vives du côté des plexus, il faut essayer d'agir sur ces plexus. La névrose de l'utérus, intermittente, périodique ou irrégulière, doit demander son salut au sulfate de quinine, alors même que les douleurs ne se produiraient qu'à un intervalle éloigné et tout à fait indéterminé. L'opium, la belladone, la jusquiame, tous les narcotiques, en un mot, demandent à être mis en œuvre. Les bains généraux, les bains de siége médicamenteux et les injections stupéfiantes amènent très-souvent du soulagement.

M. le professeur Cruveilhier introduit dans le vagin un spéculum préalablement graissé d'huile, et il remplit cet instrument d'une épaisse matière composée de farine de lin et d'opium. Il fixe ensuite ce cataplasme avec la main, retire doucement le spéculum, et laisse le mélange en contact avec le col utérin pendant douze heures. En général, l'application de ce topique répugne beaucoup aux femmes, et je dois dire que je n'ai jamais réussi à le leur faire accepter.

M. le docteur Aran se sert d'un procédé à peu près analogue. Il met le spéculum en place, verse de 50 à 100 gouttes de laudanum de Sydenham, et jette immédiatement de la poudre d'amidon, qui, allant s'emparer du liquide narcotique, forme bientôt un épais magma. Il recouvre le tout d'un tampon de ouate et dégage l'instrument. Les malades sont promptement calmées par les moyens qui mettent en usage MM. Cruveilhier et Aran, et si parfois quelques symptômes toxiques s'observent, il paraît qu'ils sont sans importance.

J'ai songé à introduire tous les médicaments dans le col de la matrice, et j'ai composé une espèce de petit cône avec un mélange d'eau, d'huile de ricin, de tannin et de gomme adragante ; je l'introduis dans le col et jusque dans le corps de l'utérus, et je le recouvre d'un coussinet de ouate. En dix ou douze heures, le petit cône est fondu, et vous comprenez que le tannin pur va exercer une puissante action sur l'inflammation chronique de la membrane muqueuse et du tissu du col utérin. Tous les trois ou quatre jours j'en place un nouveau. Eh bien, à l'hôpital de Lourcine, j'ai obtenu d'excellents effets de ce moyen. Plus tard, j'ai appliqué sous la même forme des préparations d'opium, de morphine, de belladone, d'atropine, et j'ai été assez heureux pour faire cesser des accès de névralgie atrocement douloureux.

En terminant, je vous citerai comme autant de ressources thérapeutiques auxquelles on peut recourir avec quelque avantage, l'hydrothérapie, les eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), celles d'Ems (près de Coblentz), les bains de mer et une hygiène rigoureuse.

Dr L. du S.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

De l'angine couenneuse.

En même temps que je vous enseignais à distinguer les angines ulcéreuses et gangréneuses par des caractères anatomiques particuliers, je vous faisais voir comme contraste, au n° 21 de la salle Sainte-Marguerite, un cas de véritable angine couenneuse. La maladie vous a présenté le type du genre si bien décrit par M. Bretonneau. Vous avez vu, comme il l'indique dans son mémoire, la maladie d'abord locale, presque sans fièvre, bornée au pharynx, s'étendre aux narines, aux trompes d'Eustache, au larynx, et entraîner la mort dans un état de prostration et de cachexie très-prononcé.

Cette jeune fille est tombée malade le 12 mars. Prise de malaises, de courbature, de fièvre et d'une petite toux sèche, elle est restée ainsi jusqu'au 15 du même mois. Alors la toux est devenue pénible, rauque, étouffée ; la gorge douloureuse et la déglutition difficile ; la respiration fréquente et courte ; l'appétit s'est perdu, sans qu'il y ait de vomissements ni de diarrhée, et le 24 mars l'enfant est entrée à l'hôpital.

A ma première visite, j'ai trouvé une fille pâle, assez forte, bien développée pour son âge, et j'ai noté l'état suivant :

Toux fréquente, faible, étouffée ; voix éteinte ; expectoration muqueuse, aérée. La résonnance de la poitrine est bonne et le murmure vésiculaire très-faible. Le pharynx est rouge, les amygdales et la luette légèrement gonflées, tapissées de fausses membranes blanches, épaisses, résistantes. La langue est villeuse, couverte d'un enduit jaunâtre ; la déglutition est difficile, et les boissons reviennent souvent par le nez ; il n'y a pas de vomissement ni de diarrhée. La peau est modérément chaude et le pouls à 76.

Dans cet état, quelles indications fallait-il remplir ? Enlever ou dissoudre les fausses membranes et les empêcher de se reproduire ? C'est ce que j'ai tenté de faire : 1° en donnant l'ipécacuanha comme vomitif, afin que les secousses de vomissement enlevassent les pellicules fibrineuses de la gorge, et en ordonnant les gargarismes de glycérine pour les dissoudre ; 2° en donnant le tartre stibié à la dose contro-stimulante et antiplastique de 15 centigrammes dans un julep diacodé.

Du 24 au 27 mars, c'est-à-dire pendant trois jours, l'état de la gorge s'était notablement amélioré, et les fausses membranes avaient presque entièrement disparu ; il n'y eut ni vomissements ni diarrhée, mais le pouls s'était graduellement élevé de 76 à 104 et à 112. Je supprimais les 15 centigrammes de tartre stibié en continuant seulement les gargarismes et les lotions de glycérine.

Le jour suivant, 28, nous trouvons le fond de la gorge grisâtre ; les amygdales superficiellement ulcérées, couvertes d'une exsudation très-mince ; le voile du palais criblé d'ulcérations de mauvaise nature ; les fosses nasales ulcérées à l'intérieur et laissant écouler de la sanie purulente.

Bientôt la diarrhée apparut, et il y eut des évacuations très-fréquentes, sans vomissements, ni coliques, ni douleur de ventre à la pression. L'enfant tomba dans la prostration la plus complète, avec refroidissement, insensibilité du pouls, sans perte de connaissance. La déglutition était si difficile que les boissons revenaient par le nez, la voix était gutturale et la toux éteinte ; mais il n'y avait d'autre bruit anormal dans la poitrine que des râles sonores. Une heure avant la mort, je vis le fond de sa gorge, dont les parties étaient encore recouvertes d'une exsudation grisâtre presque générale, étendue à la voûte palatine, aux amygdales, dans les narines et jusque dans les oreilles, à en juger par la douleur ressentie dans ces organes.

La nécropsie vous montre les amygdales peu volumineuses, ulcérées à leur surface, couvertes de bourgeons charnus rouges, séparés par un fond grisâtre ; la luette est érodée, ainsi que le pharynx ; l'épiglotte est tuméfiée, la muqueuse rouge, couverte d'une exsudation couenneuse mince, sous forme de points isolés comme de la miliaire confluente. L'exsudation existe également dans le larynx jusqu'au-dessous des cordes vocales, et il est facile de la détacher en frottant la muqueuse avec le scalpel. L'intérieur des fosses nasales est rempli d'une exsudation de même nature. Il n'y en a point dans la trachée ni dans les bronches, dont la muqueuse, rouge pourpre, est le siége d'une congestion très-intense. Les poumons ne présentent que de la congestion sanguine à leur partie postérieure et déclive ; et, sauf l'intestin, il n'y a pas d'altérations dans les autres organes.

La fin de l'intestin grêle et le gros intestin offrent une psorentérie très-prononcée. La muqueuse est couverte d'une arborisation rouge très-étendue, très-foncée en couleur, mais sans ulcération ni ramollissement de tissu.

Voilà donc un cas d'angine couenneuse dont vous avez pu suivre toutes les phases, depuis la manifestation première de la diphthérite locale jusqu'à la généralisation de la maladie et jusqu'à l'apparition de cette espèce d'intoxication générale que M. Bretonneau a fait connaître. En effet, pendant douze à quinze jours la diphthérite est restée sur les amygdales sans déterminer d'autres troubles que des phénomènes locaux de dysphagie et d'enrouement, en ne provoquant que peu ou point de fièvre, ainsi que cela s'est vu dans un certain nombre de cas semblables. Puis, la fièvre s'est développée et les fausses membranes ont envahi le nez, la trompe d'Eustache et le larynx ; la diarrhée s'est montrée ; avec elle, la prostration musculaire, la perte des forces, le refroidissement des extrémités, l'insensibilité du pouls et enfin la mort.

C'est là l'intoxication diphthéritique dont on ne connaît pas la nature, véritable diathèse aiguë, si tant est qu'on puisse détourner le mot diathèse de sa véritable signification pour l'appliquer ici, état général que tous nos moyens sont impuissants à détruire, comme l'a si bien démontré M. le professeur Trousseau.

Contre l'angine couenneuse, la thérapeutique n'a d'action efficace que si la maladie reste bornée au pharynx et sans complication d'état général grave ou d'influence épidémique. En effet, il y a des angines couenneuses sporadiques, généralement peu graves, que produisent l'action du froid ou de tout autre irritant, et il y a des angines couenneuses épidémiques, dont la gravité et la mortalité sont en quelque sorte fatales et résultent de cette influence inconnue, mais non méconnaissable, appelée le *génie épidémique*. Si quelque chose peut servir à la démonstration de ce fait que la nature des maladies est moins dans leur lésion somatique que dans leur cause générale déterminante, c'est assurément l'existence des épidémies dont les symptômes, la marche et les terminaisons sont si différentes suivant les lieux et le temps où elles apparaissent. — A voir les désastres produits dans les petites localités par la diphthérite et l'angine couenneuse, si souvent suivies de mort, tandis qu'ailleurs, à l'état sporadique, elles guérissent presque toujours, on se demande comment il se peut faire qu'une même lésion en apparence si minime puisse être suivie de terminaisons aussi différentes, s'il n'existait, en même temps qu'elle, une autre influence générale susceptible de lui imprimer une gravité si fâcheuse. L'influence épidémique est, en effet, la cause inconnue qui, dans la diphthérite et les angines couenneuses, donne à la maladie toute la gravité que nous lui connaissons.

Que la maladie existe à l'état sporadique ou à l'état épidémique, le traitement est le même, car les éléments morbides à neutraliser sont identiques.

Il faut enlever les fausses membranes violemment ou par des procédés chimiques, afin de les détruire sur place ; de plus il faut essayer d'arrêter leur reproduction par des préparations contro-stimulantes et antiplastiques dissolvantes de la fibrine.

Vous remplirez aisément la première indication par les vomitifs répétés tous les jours ou tous les deux jours. L'ipécacuanha à la dose de 20 à 75 centigr. dans 15 grammes de sirop pour les enfants de 1 à 12 ans, et le tartre stibié à la dose de 25 milligr. à 5 centigr., sont les préparations vomitives que vous me verrez sans cesse mettre en usage. Elles ont pour excellent effet de solliciter des efforts de vomissement, lesquels amènent la contraction du pharynx, la pression des amygdales, et souvent la chute des fausses membranes développées dans ces régions.

On opère également la destruction de ces fausses membranes sur place soit par l'amputation, soit par les caustiques, surtout par l'acide chlorhydrique très-vanté par MM. Bretonneau et Trousseau, par l'acide nitrique et le nitrate d'argent, par le fer rouge, et même par le cautère en olive chauffé dans l'eau bouillante, enfin au moyen d'une pince à crochet comme moyen d'arrachement. Après avoir fait ouvrir la bouche de l'enfant, solidement maintenu par des aides, on cautérise toutes les parties recouvertes de fausses membranes trois fois par jour, jusqu'à ce que la muqueuse soit à peu près nettoyée de concrétions pelliculaires. Ces moyens peuvent rendre des services réels ; mais je ne les emploie que très-rarement, et je me contente des moyens que je vais vous indiquer dans un instant. Toutefois, si vous devez y recourir, usez de l'acide chlorhydrique, le plus efficace de tous les caustiques employés dans cette circonstance, et gardez-vous bien d'employer les cautères chauffés au feu ou dans l'eau bouillante, qui sont des moyens par trop barbares et d'un emploi bien difficile.

La seconde indication à remplir consiste à empêcher la reproduction des fausses membranes que l'on a fait tomber ou dissoudre. Ici, vous emploierez les altérants de la fibrine, et les spécifiques vantés avec plus ou moins de raison contre la maladie.

Le calomel à dose fractionnée, 1 centigr. toutes les heures, jusqu'à ce qu'il ait produit un commencement de salivation, ou à dose purgative de 10 à 15 centigr., est employé par beaucoup de médecins. Ses bons effets ne me semblent pas compenser ses inconvénients, lorsque par hasard il détermine une intoxication mercurielle trop intense.

Le tartre stibié, à la dose de 10 et 15 centigr., dans un julep diacodé, pour en faciliter la tolérance, est le meilleur et le plus énergique des contro-stimulants et des altérants de la fibrine. Vous le voyez donner dans la pneumonie fibrineuse, dans le rhumatisme articulaire aigu, et administré avec les précautions que j'indique, il est parfaitement supporté par les enfants. C'est ce médicament, devenu depuis quelques mois à la mode contre la chorée, que vous avez vu employer sur la petite du n° 7 de notre salle Sainte-Marguerite. Il y a toutes raisons pour prescrire le tartre stibié dans l'angine couenneuse, et à cet égard l'expérience confirme assez généralement les données de la raison.

C'est pour remplir la même indication que depuis longtemps mon collègue M. Baron, de l'hospice des Enfants trouvés, administre le bi carbonate de soude et l'eau de Vichy comme moyen prophylactique et curatif des productions couenneuses. Il a même publié à cet égard un mémoire plein d'intérêt qui se trouve dans la *Gazette médicale* de 1850. Dès qu'il se montre quelques cas de diphthérite dans ses salles, il fait prendre aux enfants sains de l'eau de Vichy, et il croit de cette manière arrêter la propagation de cette maladie. Il l'administre également dans le cours de la maladie, et il affirme n'en avoir retiré que des avantages. C'est à voir. Je n'ai employé le bi-carbonate de soude qu'un trop petit nombre de fois pour juger de son importance absolue ; mais je dois vous dire qu'après l'avoir employé dans le croup, après la trachéotomie, pour arrêter la reproduction diphthéritique, je n'en ai tiré que fort peu d'avantages.

D'autres emploient le chlorate de potasse, un peu trop vanté, et qui promet beaucoup plus qu'il ne saurait tenir. Ce médicament, fort utile dans les angines ulcéreuses et gangréneuses sécrétant un produit purulent ou pultacé, dans la stomatite ulcéreuse et mercurielle, me paraît, d'après de nombreuses observations, sans aucune efficacité contre la véritable angine couenneuse et dans le croup. Depuis son introduction dans la thérapeutique, je l'ai mis bien des fois en usage, et toujours sans en retirer de réels avantages.

Vient enfin la glycérine, que j'ai bien souvent employée depuis 1856, et à laquelle on ne saurait refuser une action locale des plus énergiques. Cette substance appliquée en gargarisme ou en lotions fréquemment répétées au moyen d'un pinceau de charpie, comme je vous l'ai déjà dit précédemment, nettoie parfaitement le pharynx et les amygdales, et dissout très-bien les fausses membranes lorsqu'elles ne sont pas très-dures et qu'elles sont albumino-fibrineuses plutôt que fibrineuses. Ici une explication devient nécessaire pour vous faire comprendre la différence qui existe comme texture entre les diverses fausses membranes que vous pourrez observer sur les amygdales et dans le pharynx. Quelques-unes sont peu résistantes, blanchâtres, pultacées, formées d'une exsudation molle, remplie de muco-pus et de corps granuleux, au milieu de nombreuses cellules épithéliales et presque sans fibrine ; d'autres plus résistantes sont formées d'une

exsudation albumino-fibrineuse grisâtre, facile à déchirer et renfermant un peu plus de fibrine ; les dernières enfin sont entièrement fibrineuses, blanchâtres, résistantes, et montrent sous le microscope leurs filaments de fibrine bien caractérisés, au milieu desquels existent en petit nombre de l'épithélium et des corps granuleux. De ces trois variétés de fausses membranes, les deux premières se dissolvent très-bien dans la glycérine, qui dissout l'albumine et les produits albumineux, tandis que la dernière ne se dissout que très-incomplétement. Ces fausses membranes, entièrement formées de fibrine, s'altèrent beaucoup sous cette influence; elles se ramollissent, perdent de leur épaisseur, mais elles ne disparaissent pas complétement.

Au reste, pour juger les propriétés dissolvantes et antiplastiques des médicaments dont je viens de parler, et plus ou moins vantés jusqu'à ce jour par les médecins contre l'angine couenneuse, il y a un procédé assez simple, et à la portée de tout le monde, que je vous engage à mettre en pratique. Ce procédé consiste à étudier dans un verre la réaction des antiplastiques ou réputés tels, et des fausses membranes. C'est ce que j'ai fait. Il y a quelques jours, un enfant, apporté dans mes salles pour un croup arrivé à sa dernière période, mourut après avoir subi l'opération de la trachéotomie. Cet enfant avait une diphthérite naso-buccale laryngée et bronchique. Les plus petites bronches étaient remplies de fausses membranes. Je pris des fragments égaux et semblables de ces concrétions, et je les mis dans autant de tubes à moitié remplis d'eau, saturée dans l'un de tartre stibié, dans l'autre de bi-carbonate de soude, de chlorate de potasse, de chlorate de soude et de glycérine pendant vingt-quatre heures.

Si ces conditions ne sont pas celles dans lesquelles se trouvent les fausses membranes adhérentes aux tissus vivants et l'antiplastique mis en usage, elles permettent cependant d'apprécier l'action absolue du médicament sur le produit morbide. Ce qui réussira bien dans un verre, réussira bien dans la bouche, en tant que réactif chimique, et ici je ne parle en aucune façon de l'action dynamique et contro-stimulante des substances soumises à l'expérimentation.

On a dit : le tartre stibié, le bi-carbonate de soude, le chlorate de potasse; en un mot, tous les sels de potasse et de soude, la glycérine, dissolvent la fibrine, l'altèrent, et comme tels, doivent être mis en usage dans la diphthérite.

Est-ce vrai? Portés dans l'estomac, ou seulement dans la bouche, ces médicaments attaquent-ils les fausses membranes directement, comme l'eau liquéfie le sucre, ou reviennent-ils indirectement par la circulation agir sur les tissus malades en dissolvant les pseudo-membranes et en empêchant leur reproduction?

D'une façon comme de l'autre, il importe de connaître leur action chimique. C'est ce que j'ai fait en instituant les expériences qui précèdent. Or, au bout de vingt-quatre heures, le tartre stibié, le chlorate de potasse, le chlorate de soude et le bicarbonate de soude ne détruisent pas un atome de fausses membranes mises en contact avec elles, et qui restent dures, blanches, opaques et très-résistantes. Ce ne sont pas des dissolvants de la fibrine coagulée. Au contraire, la glycérine, avait, dans le même espace de temps, converti la pseudo-membrane en une pellicule mince, molle et transluscide. Elle était en grande partie dissoute, ce qui confirme très-bien le fait établi par M. Cap, des propriétés dissolvantes des corps albuminoïdes par la glycérine pure.

De ces expériences résultent : que l'on peut employer avec avantage la glycérine comme agent topique dans les angines membraneuses, couenneuses ou dans la diphthérite, et que, au contraire, le tartre stibié, les sels de potasse et de soude n'ont aucune espèce d'action topique sur ces maladies.

Quand vous emploierez désormais ces préparations, ne comptez donc plus sur une action dissolvante de la fibrine concrète qui n'existe point, et vous n'aurez à attendre d'elles qu'une action dynamique sur la composition de la fibrine du sang, ou qu'une action révulsive perturbatrice ou spécifique, selon le point de vue problématique où il vous plaira de vous placer.

DE LA CODÉINE

et de ses effets physiologiques et thérapeutiques,

Par M. le docteur Morin.

En 1832, un de ces hasards qui ne profitent qu'aux intelligences d'élite, mettait Robiquet sur la voie d'une découverte nouvelle. En expérimentant un procédé proposé par un chimiste d'Édimbourg, pour extraire la morphine de l'opium, il reconnaissait que l'opium, outre la morphine, considérée jusqu'alors comme le plus actif de ses principes élémentaires, en contenait encore un autre, plus difficile, il est vrai, à extraire, et moins abondant, mais qui était appelé, disait-il déjà, à rendre peut-être plus de services que la plupart des autres. C'était la *codéine*.

La difficulté de s'en procurer en grande quantité et à bas prix fut cause que, pendant un assez long espace de temps, fort peu d'expériences furent faites sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la codéine. Cependant Kunkel, Barbier (d'Amiens), Martin-Solon et Magendie, voulurent connaître les effets qu'elle était susceptible de produire sur l'organisme, et ils arrivèrent à constater les effets suivants :

C'est principalement sur les nécroses abdominales, les gastralgies, les troubles fonctionnels des plexus nerveux du grand sympathique, que les préparations de codéine jouissent d'une remarquable affinité, suivant Barbier (d'Amiens). Les succès qu'il en obtenait se sont répétés sur un grand nombre de sujets qui étaient dans l'admiration, et dont la satisfaction, le bien-être, la gaieté, formaient contraste avec l'accablement, la tristesse qui les dominaient depuis longtemps.

Un des effets les plus saillants de l'usage de la codéine, dit M. Barbier, est le sommeil; mais ce sommeil a un caractère qui le distingue de celui qui suit l'administration de la morphine ou des préparations opiacées; il n'est jamais accompagné de pesanteurs de tête, d'engourdissements, de gonflement des yeux, d'étonnement; il ne donne pas lieu à une congestion sanguine dans le cerveau.

La codéine ne produit pas de changements apparents dans la circulation et la respiration; elle ne trouble pas les fonctions digestives, laisse les selles régulières, ne cause pas de constipation.

C'est principalement aux expériences toutes récentes instituées à l'instigation de M. Berthé, par plusieurs médecins distingués des hôpitaux, parmi lesquels nous sommes heureux de pouvoir citer les noms honorables et chers à la science de MM. Vigla et Aran, que sont dus les résultats que nous venons de signaler. Ses observations, plus prolongées et plus étendues, sont venues bientôt démontrer que les propriétés sédatives de la codéine s'étendaient à plusieurs autres affections inflammatoires, telles que celles des voies aériennes (bronches et poumons); dans les hypersécrétions pulmonaires et intestinales; dans la toux, ce phénomène souvent si pénible et si difficile à combattre dans bien des circonstances.

Ces résultats, si conformes à ceux obtenus par Martin-Solon et Magendie, ont suggéré à l'habile chimiste qui cherchait à tirer la codéine de l'oubli immérité dans lequel elle gisait, l'idée de préparer un sirop de codéine, parfaitement dosé, toujours identique, d'une administration facile. C'est cette préparation qui a été mise en usage dans les intéressantes expérimentations de MM. Vigla et Aran, et nous devons dire que l'usage s'en est promptement popularisé.

Signalons enfin, avant de terminer cette courte esquisse, l'important travail que vient de publier M. Berthé sur l'action physiologique, toxique et thérapeutique de la codéine, et qui dénote en même temps qu'un chimiste des plus distingués, un observateur du plus haut mérite et un consciencieux expérimentateur.

DE L'EMPLOI DES CHAINES ÉLECTRIQUES

dans le traitement des névralgies et des rhumatismes,

Par le docteur Janin.

Il y a plusieurs années déjà que nous avons eu occasion de parler, dans ce journal, des appareils de M. Pulvermacher, appareils éminemment scientifiques, basés sur les données les plus certaines, destinés presque exclusivement aux applications médicales, et consacrant une grande innovation en thérapeutique : l'électricité voltaïque fournie par un appareil portatif.

Depuis ce premier succès, M. Pulvermacher a poursuivi son œuvre avec ardeur, il l'a perfectionnée, et nous pouvons signaler aujourd'hui les progrès qu'a faits entre ses mains son ingénieux appareil. Toujours préoccupé de la pensée de le rendre éminemment portatif, il a donné à la pile les formes les plus variées en même temps que les plus simples, et se prêtant le plus aisément au traitement des innombrables affections nerveuses et rhumatismales.

Nous considérons donc comme un devoir de faire connaître à nos lecteurs les résultats obtenus à l'aide de ces appareils par le docteur Hiffelsheim, cet esprit judicieux et sévère dont personne ne révoquera en doute la parfaite compétence pour tout ce qui touche aux applications de la physique à la médecine.

Au point de vue de la pratique, voici comment s'exprimait M. Hiffelsheim dans une lecture faite devant l'Académie des sciences : « En général, disait-il, une pile de 24 éléments constitue le minimum à employer, et chez les sujets très-nerveux, il ne faut même pas l'exciter avec du vinaigre pur. Tantôt seule, tantôt avec une ou plusieurs autres, la première sur l'épine dorsale, les autres partout ailleurs, cette pile produit souvent de la somnolence et quelquefois un sommeil profond, effet qui va en diminuant au bout d'un certain temps. Mais aussi, passé une certaine limite d'intensité et de multiplicité des courants, l'excitation survient. »

Après avoir exposé l'action si remarquable du courant continu permanent dans les névralgies, les rhumatismes, les troubles circulatoires, il ajoute : « Il est digne de remarque que le courant *continu permanent* a une action manifeste sur l'activité musculaire. Sans vouloir examiner par quelle voie cet effet physiologique est obtenu, il est au moins certain que ce n'est pas par les contractions; ce qui peut-être pourrait faire aussi penser que ce n'est pas non plus immédiatement par la contraction qu'agit le courant interrompu, et que l'électricité dynamique, dans les deux cas, agit directement sur les divers actes élémentaires de la fonction si complexe de la nutrition. »

Parmi les faits qui ont le plus fixé notre attention, nous choisissons les suivants, nous bornant à en donner un résumé succinct.

Hystéro-gastralgie. — Une dame de vingt-sept ans, très-nerveuse, mariée depuis sept ans, mère d'un seul enfant, eut, il y a douze ans, une scarlatine suivie d'un rhumatisme articulaire, dont elle a guéri parfaitement. Mais depuis lors, elle est sujette à des crampes d'estomac, principalement aux époques menstruelles; leucorrhée, etc. Il y a un an, ces crampes devinrent beaucoup plus violentes, durant cinq ou six heures chaque jour. La dernière crise a été tellement violente, que pendant trois semaines la malade est restée dans un état d'anéantissement extrême.

Pile en chaîne dorsale n° 2. Pile en chaîne large n° 1, du cou à l'épigastre; immersion de la chaîne dans du vinaigre coupé de deux tiers d'eau; arriver peu à peu au vinaigre pur. Médication tonique, quoiqu'elle ait échoué jusqu'à ce jour. Au bout d'un mois, tous les accidents hystéralgiques et gastralgiques étaient dissipés.

Névralgie de la cinquième paire. — Mme P..., rue Vivienne, 9, fit, il y a sept ans, une fausse couche. Depuis, céphalalgie violente, transformée, il y a vingt mois, en un agacement extrême des dents; la malade ne peut toucher sans souffrir aucun objet en fer ou en acier. Douleurs dans les tempes, les oreilles. Insomnie, affaiblissement intellectuel. En mai 1857, la malade étant venue consulter M. Hiffelsheim, il lui fit appliquer sur la tête une pile large en chaîne n° 1, avec fils et éponges conduisant l'électricité dans les deux oreilles. Au bout de dix jours, le mieux était si notable qu'on diminua la durée de l'application; au bout d'un mois, la malade se croyant guérie, abandonna l'appareil. Mais cinq jours après, rechute, douleurs plus violentes que jamais dans toute la tête. On reprend le traitement. Pile n° 1, longue, sur le dos, et n° 1, large, avec fils et éponges sur la tête. Comme par enchantement, tous les accidents douloureux cessent. La malade a cette fois porté l'appareil avec la régularité et pendant le temps nécessaires. Aujourd'hui, depuis neuf mois, sa santé est florissante.

Sciatique. — Bruère, pâtissier, vingt-huit ans. Douleur sciatique pendant huit jours, il y a deux ans. Retour de la douleur fréquent depuis cette époque, surtout après les fatigues. Depuis un mois la douleur est continue. Le 22 juillet, le sujet entre à la Charité, salle Saint-Michel, 23. Insomnie, exaltation, douleur excessive le long du trajet du nerf sciatique. Le 25, chaîne longue n° 1 de 40 éléments, en spirale depuis le pli de la fesse jusqu'au jarret. Le 29, le malade se promène toute la journée. Le 2 août il ne reste plus de traces de la sciatique, qui n'a pas reparu.

Rhumatisme, lumbago. — Picard, mécanicien, éprouve il y a deux mois une vive douleur dans la région lombaire; il entre à la Charité, salle Saint-Michel, 27. Mouvements presque impossibles, très-douloureux. Le 13 août, chaîne large n° 1 sur la région lombaire, où elle est maintenue à demeure. Le 14 au soir, il peut se baisser sans trop souffrir. Deuxième chaîne large, semblable, à 15 centimètres plus haut. Le 17, le sujet est rétabli complétement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 avril 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Chabanon (d'Uzès), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Lacapelle-Masmolène, en 1857;

2° Un rapport de M. le docteur Peiriat sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Champagne (Ardèche) en avril 1857;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont sévi dans les départements des Deux-Sèvres, des Hautes-Alpes et du Gard (Commission des épidémies);

4° Un mémoire descriptif d'un nouvel oreiller hygiénique, de l'invention du sieur Aubert, demeurant à Barbière (Drôme) (Commissaires, MM. Lévy et Poiseuille);

5° Une description et modèle d'un bandage herniaire nouveau, de l'invention du sieur Muller (Commissaire, M. Bégin);

6° Les rapports sur le service médical des eaux minérales suivantes : De Sail-sous-Corizan (Loire), par M. le docteur Chantelot; de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbotin; des bains de mer de Boulogne et de Calais, par MM. les docteurs Jardon et Chely; de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur Chapelain; d'Euzet (Gard), par M. le docteur Auphan (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Reyssié, de Romanèche (Saône-et-Loire), adresse une note dans laquelle il préconise l'emploi du suc de la racine de sureau comme purgatif. (Commissaire, M. Guibourt).

— M. le docteur Billod, médecin de l'asile des aliénés de Maine-et-Loire, fournit de nouveaux renseignements sur les lésions de la moelle chez les pellagreux. (Commissaires, MM. Ferrus, Baillarger et Gibert.)

— M. le docteur Putégnat adresse un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

— M. le Président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Burdin, l'un de ses plus anciens membres.

— M. Dubois (d'Amiens) a prononcé aux obsèques de M. Burdin un discours que nous donnerons dans un prochain numéro.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Bouillaud.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. BOUILLAUD. Messieurs, quand M. Guérard est venu soulever la discussion sur la fièvre puerpérale, il a jeté dans notre sein une vraie pomme de discorde médicale, et il pouvait être assuré d'avance qu'elle ne tomberait pas parmi des indifférents. Les points litigieux sont déjà assez nombreux quand il ne s'agit que de cette maladie en elle-même; mais combien s'étend encore le domaine de la controverse, lorsqu'on en vient aux rapports par lesquels elle se rattache à d'autres affections!

Aussi avez-vous, dans les discours qui ont été tenus à cette tribune, entendu prononcer les grands mots de localisation, d'essentialité, d'organicisme, de vitalisme, d'infection et de spécificité. N'était-ce pas, je vous le demande, engager la bataille sur un champ vraiment immense?

Or, en une occasion pareille, de même d'ailleurs que dans toutes les luttes scientifiques, la première condition pour ne pas tomber dans une dispute de mots sans utilité, c'est de n'employer que des expressions dont la signification soit nettement définie, et de se servir d'une logique aussi rigoureuse que possible.

Cette double co dition a été plus d'une fois oubliée dans les discussions savantes, et je crains qu'il n'en ait été parfois ainsi dans celle-ci. C'est un écueil que je ne rappelle que pour tâcher de l'éviter.

Je ne puis m'empêcher, avant d'entrer en matière, de dire un mot d'une préoccupation que je crois légitime et que plusieurs de mes confrères ont dû partager avec moi. Eh quoi! pourrait-on nous dire, vous discutez un sujet obstétrical qui a été traité par les hommes les plus experts de l'art? A quel titre, en vérité, vous présentez-vous à cette tribune, vous qui n'êtes pas de la spécialité? Oubliez-vous votre principe de ne rien étudier que par la clinique : *Clinice clinica tractanda et demonstranda?*

Je ne l'oublie pas, et deux mots d'explication à ce sujet me paraissent nécessaires.

Il n'est certes pas au monde de ville plus féconde que Paris, et à cet égard vous vous rappelez le mot d'un grand général qui, déplorant les pertes d'une bataille sanglante, s'écria : « Après tout, c'est l'affaire d'une nuit de Paris. » Il en est ainsi de l'expérience des hôpitaux, et, pour mon compte, je reçois chaque année environ cinquante femmes grosses dans mes salles, dont la moitié ou le tiers au moins n'en sortent qu'après leurs couches.

Donc, Messieurs, je crois avoir assez cliniquement étudié les maladies des femmes en couches pour pouvoir prendre la parole dans ce débat; il est vrai que je n'y apporte pas une autorité comparable à celle de MM. Dubois, Danyau, Depaul ou Cazeaux, qui peuvent se borner à décliner leur nom et dire : *Je suis Coriolan*, pour que tout le monde s'incline.

Je commencerai par faire connaître de suite la place que j'entends occuper dans la bataille, ce n'est pas un bon moyen de faire de l'effet, mais cela ne m'empêchera pas de le faire très-franchement.

Vous vous rappelez le monologue d'Hamlet : *To be or not to be*, telle était la grave question qui l'agitait. Eh bien, messieurs, cette question doit être soulevée par la fièvre puerpérale.

Pour moi, *la fièvre puerpérale n'existe pas.*

Ce n'est pas la première fois que cela a été dit ici; et quant d'abord cette proposition fut proclamée à la tribune académique, elle souleva une surprise générale. L'étonnement, je le crois, aurait été moins grand, si on avait mieux compris ce qui était en discussion.

Il n'y a pas de doute que la femme en couches puisse être atteinte de toutes les fièvres possibles, et à ce titre il y a autant de fièvres puerpérales qu'il y a de fièvres. Mais la question n'est pas là; elle est de savoir si la fièvre puerpérale, telle que la définissent mes antagonistes, existe.

C'est à cette question que je réponds par la négative; cette fièvre puerpérale-là n'est qu'un être, je ne dirai pas d'imagination, mais de raison. Il n'y a pas de fièvre puerpérale en tant que maladie nouvelle, c'est-à-dire destinée à prendre une place distincte dans le cadre nosologique à côté des autres fièvres.

M. Trousseau n'a pas été le premier à l'entendre de cette façon, et quand il nous rappelait à ce propos l'histoire de la dent d'or, il aurait pu invoquer plus d'une autorité. Je vais en citer quelques-unes à sa place, sans essayer de remonter très-haut. Je trouverais, si je le voulais, des auteurs qui en ont dit autant, il y a plus d'un siècle; mais je m'en tiens à des dates plus récentes.

Il y a cinquante-quatre ans, alors qu'on commençait à peine à essentialiser la fièvre puerpérale, la tendance à la désessentialiser se fit déjà sentir. M. Mercier intitulait à cette époque sa thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris : *La fièvre puerpérale existe-t-elle?* Prétendre qu'il existe une fièvre des nouvelles accouchées, propre à elles, toujours la même, ayant existé toujours et partout avec les mêmes caractères, c'est confondre, à cause de quelques analogies apparentes, des choses qui n'ont de commun entre elles que les sujets chez lesquels on les rencontre. Les fièvres de la femme en couches sont les mêmes que celles qui affectent les filles, les femmes non enceintes, les enfants, les hommes, et comme il ne convient pas de donner un même nom à des choses disparates, il n'y a pas d'affection à laquelle il soit permis de donner le nom de fièvre puerpérale.

Ainsi s'exprimait M. Mercier en 1804; cela est pensé nettement et dit clairement, n'est-ce pas? Il n'est pas possible de nier plus catégoriquement, plus brutalement, pour parler le langage de M. Trousseau, l'existence de la fièvre puerpérale.

Plus tard, quand la médecine s'éclaira plus des ouvertures de cadavres qu'elle ne l'avait fait jusque-là, parut un livre peu connu, peu lu, mais dans lequel Prost protesta plus énergiquement, par des faits bien observés et bien rédigés, contre l'essentialité des fièvres que ne le fit Broussais lui-même.

Puis vint le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* de Petit et Serre, et puis en 1818 la dernière édition de la *Nosographie philosophique*, et dans un appendice à cette œuvre immortelle, Pinel discutait la question de savoir si cette fièvre entéro-mésentérique est bien une fièvre nouvelle, et il en faisait autant pour la fièvre puerpérale. La première n'était pour lui autre chose qu'une inflammation violente, fébrile, de l'intestin grêle; quant à la fièvre puerpérale, il mentionne spécialement le travail de M. Mercier, et il dit que cet auteur a résolu la question de la manière la plus saine et la plus nette, et que cette maladie ne diffère en rien, quant à sa nature, de la fièvre entéro-mésentérique.

On se prononçait ainsi dès le début de ce siècle, et on ne connaissait pas alors les inflammations puerpérales comme nous les connaissons aujourd'hui; on faisait des autopsies nombreuses à la vérité; depuis Schevilgué, la péritonite n'était plus l'épanchement laiteux qu'y voyaient encore Doulcet et Doublet; la métrite, l'interne surtout, la gangrène de l'utérus étaient connues depuis 1750; mais toutes ces notions étaient encore incomplètes.

Nous y avons ajouté des conquêtes précieuses, mais cela ne nous a pas empêché de rétrograder depuis 1813 et 1818; la phlébite, la lymphite utérines, qui jouent un rôle si important par leur retentissement dans tout l'organisme, nous ont été révélées; nous avons mieux étudié les autres inflammations puerpérales, et tout cela ne nous a pas empêché d'essentialiser et de refaire la fièvre puerpérale. En vérité, en voyant le peu d'utilité de tout ce que nous avons appris, n'est-on pas en droit de dire : C'est un peu fort!

Il ne suffit pas de dire que c'est un peu fort, il faut encore le prouver; c'est ce que je vais faire.

Mais d'abord il est absolument nécessaire que je vous dise comment je comprends l'état puerpéral, ou au moins ses principaux éléments, car je ne puis en faire une étude complète. Je me contenterai de trois points :

1° Considéré en lui-même, l'état puerpéral constitue un état intermédiaire à la santé et à la maladie;

2° La comparaison de cet état avec celui des blessés est tellement frappante qu'elle s'est présentée à tout le monde; et en effet, si l'accouchement a été considéré de tout temps comme une opération, à quoi donc comparer l'accouchée, si ce n'est à l'opéré?

3° L'état puerpéral constitue une prédisposition morbide en général, et de plus une aptitude à certaines maladies particulières, soit locales (péritonite, métrite, etc.), soit générales; de celles-ci est surtout la fièvre, en prenant ce terme dans le sens le plus vaste, et indépendamment de son point de départ; c'est la fièvre traumatique des nouvelles accouchées, on l'a bien assez dit, sujette du reste à varier comme la fièvre traumatique ordinaire : de même que celle-ci, elle peut manquer parfois.

J'ajouterai que cette prédisposition ne porte pas seulement sur quelques organes spéciaux, mais sur l'économie tout entière, et surtout sur le sang et les nerfs, ces deux grandes conditions de la vie. C'est peut-être aussi à cet état mal défini qu'il faut attribuer, en partie du moins, la tendance à la suppuration, qui est si particulière à toutes les affections de la puerpéralité.

C'est à ce point de vue, Messieurs, qu'on a raison de nommer puerpérales les maladies de la femme en couches; cela signifie que leurs maladies sont modifiées par les modifications organiques, qui sont si prononcées chez elles que sous leur influence toutes les maladies s'aggravent, et surtout les maladies fébriles.

Ceci bien établi, je passe à l'examen rapide de quelques-uns des discours qui ont été tenus sur l'essentialité ou plutôt sur l'existence de la fièvre puerpérale comme entité nosologique.

Je commencerai par celui de M. Dubois; je suis vraiment honteux de ne pas être de l'avis d'un homme d'une si haute autorité et que personne ne respecte plus que moi; mais ce qui me rassure, c'est que sa manière de voir ne s'éloigne peut-être pas autant de la mienne qu'on le croirait au premier abord.

M. Dubois a, en effet, énoncé son opinion d'une manière un peu chancelante: il n'a pas fait preuve d'une de ces fois ardentes qui portent la foi, sinon la conviction, dans l'âme de ceux qui écoutent. Il dit assez longuement que la fièvre puerpérale est une fièvre, qu'elle a une cause inconnue, qu'il y a une altération du sang...

M. Dubois ne nous dit pas quelle est cette altération du sang, et c'est là ce qu'il aurait fallu nous faire connaître; nous en avons trente différentes; en quoi celle-ci diffère-t-elle des autres? Voilà ce qu'il nous importerait de savoir. Telle que M. Dubois l'a indiquée, ce n'est qu'une hypothèse, et comme telle, il est inutile de la discuter.

Ce que M. Dubois a dit de plus positif, M. Hervez de Chégoin, que je salue comme un frère d'armes, l'avait déjà dit : c'est qu'il y a dans les sinus utérins des caillots qui, subissant la décomposition putride, deviennent le point de départ d'une infection comparable à une espèce de fermentation. Ici donc, c'est d'un foyer local que part l'altération du sang, de l'économie entière. M. Dubois a entrevu une partie de la vérité; s'il adoptait mon opinion, je ne serais plus inquiet à l'égard de celle-ci : il suffirait qu'il la proclamât pour qu'elle fût portée avec lui au Capitole.

M. Trousseau a joué un rôle un peu double dans cette discussion, ce me semble, et cela est commode tout autant que dangereux; je ne puis que le prendre par ses propres expressions pour le suivre dans ses détours.

D'abord, M. Trousseau nia l'existence de la fièvre puerpérale comme maladie propre à la femme en couches. On a vu dans la séance suivante que, comme Pénélope, il avait défait pendant la nuit l'ouvrage du jour. On se trompait, l'ouvrage restait tout entier; la fièvre puerpérale appartenait aussi bien à l'enfant, au fœtus, aux filles, aux hommes, qu'à la femme en couches.

Deux choses paraissaient singulières ici. D'abord, d'entendre parler d'état puerpéral chez des individus non accouchés; je laisse cela à ceux qui aiment les disputes de mots. Mais, en outre, au lieu d'une entité, M. Trousseau en instituait autant qu'il y a de membres dans sa proposition: une pour le fœtus, une pour la femme réglée, etc., et enfin celle propre aux opérés. Détruire l'entité d'un côté, la multiplier de l'autre, telle avait été l'œuvre de mon collègue; et après avoir dit que la fièvre puerpérale n'existe pas, il finit par la trouver partout.

M. Trousseau a en somme combattu un peu à l'aveugle et de tous côtés; toutefois, je ne l'ai pas vu sans peine abandonner M. Velpeau pour entrer dans le camp des vitalistes. A quoi songez-vous, M. Trousseau, en sacrifiant un pareil allié? Mais vous l'avez voulu : *Væ Coriolan!* Dans le camp des vitalistes, vous trouverez d'autres coups à frapper et à parer; et en vérité, pour mettre la paix dans le camp, il faudrait plus qu'un ange ou un saint. Saint Thomas, qui est leur grand saint, n'y peut réussir.

Je n'attache pas, pour ma part, grande importance à ces sobriquets d'organicien et de vitaliste qu'on a tant prodigués. Mais il faut qu'on s'entende sur ce reproche plaisant fait aux organiciens de tout localiser. Ils localisent, oui, mais dans le sang comme ailleurs; ils admettent donc des maladies générales tout aussi bien que les vitalistes. Leur maître Bichat ne négligeait pas l'étude des liquides; et c'est après tout, à leur école, que le vitalisme est redevable des seuls progrès qu'il ait pu faire.

Comment encore les vitalistes peuvent-ils accuser les organiciens de ne pas admettre la spécificité? C'est une mauvaise plaisanterie. Tous l'admettent. La question est de savoir s'il y en a là une nouvelle. C'est de la fièvre puerpérale qu'il s'agit, et non de ces questions générales.

Or, quand il s'agit d'établir une entité morbide nouvelle, il faut prouver que son siége est nouveau, qu'il n'est celui d'aucune autre maladie; ceci toutefois n'est pas toujours nécessaire; il faut qu'elle diffère des autres maladies par ses causes, ses symptômes, sa marche, son traitement, sa mortalité, sa nomenclature enfin.

Voyons, à ce point de vue, ce qu'il y a de nouveau dans la fièvre puerpérale.

A-t-elle un siége nouveau? On croit être bien fixé en disant qu'il est dans le sang. Vérité naïve! Combien de maladies qui ont leur siége dans le sang!

La nouveauté est-elle dans les causes? Je demande à ceux qui défendent l'essentialité de la fièvre puerpérale quelle cause nouvelle ils lui ont découverte? J'attends leur réponse... Personne ne dit mot.

M. DEPAUL. Vous ne parlez que de l'altération secondaire du sang, et vous ne tenez pas compte de l'altération primitive sur laquelle j'ai assez insisté.

M. BOUILLAUD. L'altération du sang! mais elle est propre à une foule de maladies. *Habemus confitentem reum!* Non, il n'y a rien de nouveau dans les causes. La spécificité..., je l'ai dit, elle est partout. La contagion... M. Danyau a traité cette question avec une lucidité à laquelle je rends hommage. Mais ce qu'on n'a pas démontré, c'est qu'il y a une contagion distincte de toutes les autres. J'admets comme tout le monde que le typhus puerpéral peut se produire sous l'influence de l'encombrement; mais ce n'est pas un typhus nouveau; c'est ce que nous avons vu à la Salpêtrière, à Saint-Louis en 1814, seulement développé chez un blessé, au lieu de naître chez une accouchée.

Rien de nouveau dans le traitement ni dans la nature; c'est tantôt une inflammation ou tantôt autre chose, mais toujours quelque chose de fort connu. Pour la nomenclature enfin, vous ne pouvez pas même inscrire votre enfant sur les registres de l'état civil, car les deux noms qu'il porte sont des noms connus; *fièvre* et *puerpéral!*

Vous le voyez donc, il n'y a aucun élément de la fièvre puerpérale qui n'ait déjà sa place dans le cadre nosologique; les cas où vous ne trouvez pas de lésions sont ceux où existe une altération du sang analogue à celle des états septiques, et vous voyez aussi mourir des sujets à la suite d'une piqûre anatomique depuis longtemps cicatrisée : vous n'en trouvez peut-être plus la trace, mais l'altération du sang existe; ici encore, rien de nouveau.

La fièvre puerpérale n'existe pas comme entité morbide; en proclamant encore cette vérité, j'ajoute qu'elle a été reconnue et défendue avec talent par un de nos plus jeunes collaborateurs, M. Gallard.

Pour moi, dès lors, la prophylaxie n'est pas une et invariable; contre un état inflammatoire, il faut les antiphlogistiques, etc.; contre l'état septique, hélas! nous n'avons rien, nous n'aurons rien, et c'est une grande niaiserie de chercher le moyen de le neutraliser.

J'adopterais volontiers en principe l'abolition des foyers d'encombrement; mais cette mesure est absolument impossible en face des besoins de la population pauvre; au lieu de mourir à l'hôpital, les femmes mourront de misère. Assainissez donc les établissements d'accouchements, évitez l'encombrement, et vous diminuerez la mortalité. Je subordonne du reste en cela mon opinion à celle de M. Danyau.

Je terminerai, comme M. Cruveilhier, par une proposition : c'est de fonder un prix à décerner à l'auteur qui aura démontré que la fièvre puerpérale existe comme entité morbide distincte; ce prix sera fondé par tous ceux qui ont pris part à cette discussion, et il ne pourra pas être de moins de 1,500 francs.

M. DESPORTES lit une note intitulée *Recherches scientifiques à entreprendre relativement à la maladie puerpérale.* Ces recherches devraient porter : 1° sur les lochies et sur les moyens de neutraliser leurs qualités nuisibles; 2° sur les vésicules lactifères des mamelles des femmes mortes du mal puerpéral; 3° sur les changements d'irritabilité des tissus fibreux et moteurs et sur les causes de la diminution de cette propriété chez les femmes saisies par le mal puerpéral; 4° il faudrait enfin examiner chimiquement les exhalations pulmonaires et cutanées.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 mars ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires :

A un emploi de médecin principal de 1re classe. — M. Godelier, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Larrey, promu médecin inspecteur.

A un emploi de médecin principal de 2e classe. — M. Grellois, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Thionville, en remplacement de M. Macquin, retraité.

— MM. Thomas, Lacroix, Sabatier, Vernhes, Martel, Beauclair, Vidal, Guy, Vivarel, Perréal, Bronicki, Théveneau, Rey, Viguier et Cabanes, médecins à Béziers, — MM. Lapeyre, Mortin, Caissa, Kaualers et Grimal, médecins à Lodève, viennent d'envoyer leur adhésion au projet d'Association générale de prévoyance et de secours mutuels entre les médecins de France.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 48. — SAMEDI 24 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 48. — SAMEDI 24 AVRIL 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du rhumatisme cérébral ou ataxique.

Les trois nouvelles observations de rhumatisme cérébral rapportées dans la dernière *Revue* (voir le n° du 17 avril), suscitent des réflexions de plus d'un genre. Et d'abord, sous le point de vue de la nature des accidents en question, le rapprochement de ces faits avec ceux qui sont déjà connus, en montrant combien sont diverses et peu constantes les lésions anatomiques que laisse après lui le rhumatisme cérébral lorsqu'il est suivi de mort, justifie cette opinion émise par M. Vigla : que le délire et les autres phénomènes nerveux qu'on observe quelquefois dans le rhumatisme, peuvent être rapprochés de ceux qu'on voit fréquemment dans les fièvres continues ou éruptives, dans certaines inflammations locales et en particulier dans la pneumonie. Et de même que l'on distingue entre autres formes de ces maladies une forme dite ataxique, M. Vigla pense que ce qu'il y aurait de plus simple serait d'admettre aussi un rhumatisme ataxique pouvant former un genre et sans doute plusieurs espèces. Nous sommes à cet égard parfaitement de son avis, nous pensons comme lui que c'est là la conclusion la plus logique à tirer des nombreuses observations de ce genre recueillies depuis un certain nombre d'années. Mais ce n'est pas tout que d'admettre ces mots *ataxie, malignité* comme expression d'un fait pathologique très-réel bien que longtemps contesté, savoir une perturbation profonde des phénomènes nerveux et des forces vitales sans affection locale primitive à laquelle on puisse l'attribuer, ou sans rapport d'intensité avec la lésion qui a pu lui donner naissance.

Il faut que les mots que l'on juge à propos de restaurer entraînent aussi avec eux les idées qu'y attachaient ceux qui les ont créés, et surtout les indications pratiques qu'ils impliquent.

« Le talent de reconnaître une maladie maligne à son début, disent (après Hippocrate toutefois) les savants auteurs du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, la pénétration en est plus précieuse qui, au milieu d'une maladie bénigne ou grave, découvre les tendances ataxiques et en déduit l'indication des toniques radicaux, sont les plus admirables privilèges de notre profession ; ils entourent le médecin d'un pouvoir et d'un respect qui semblent surhumains, et lui inspirent de la confiance dans la puissance de son art. » Or quelles indications ressortiraient ici de l'idée d'ataxie attachée au rhumatisme cérébral ? S'appliquer à combattre, comme on l'a fait jusqu'ici, par les antiphlogistiques et les révulsifs, une inflammation méningo-encéphalique, qui est loin d'exister toujours, ainsi qu'on a pu le voir par quelques-uns des résultats nécropsiques que nous avons fait connaître, c'est s'exposer ou à négliger les indications les plus essentielles, ou à ne les remplir qu'insuffisamment. Quant à l'expectation, en présence d'un danger aussi imminent, c'est la pire de toutes les méthodes. C'est ici le cas d'invoquer le *melius anceps quam nullum*. Il faut agir. Administrez de l'opium, ou du quinquina, ou du musc, mais faites quelque chose, a dit à cette occasion M. Aran dans la petite discussion qui a suivi la communication de MM. Vigla et Moutard-Martin ; et M. Aran avait raison.

Une fois admis que nous avons affaire à une affection ataxique, voyons maintenant si nous trouverons soit dans des rapprochements avec d'autres affections analogues, soit dans l'analyse des circonstances étiologiques qui ont pu amener la production de cet état ataxique, quelques indications capables de nous mettre sur la voie d'une médication rationnelle. M. le docteur Thirial a émis à cet égard devant ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, des idées qui nous ont paru pleines de justesse et empreintes d'un excellent esprit médical. Nous ne saurions donc, dans cette circonstance, prendre un meilleur guide pour nous aider dans cette recherche.

« C'est avec raison, a dit M. Thirial, que M. Vigla a établi un rapprochement entre les symptômes du rhumatisme cérébral et certains phénomènes nerveux qui viennent compliquer quelques maladies fébriles et leur imprimer la forme dite ataxique. Ce seul rapprochement est de nature à mettre sur la voie d'une médication rationnelle; mais ici une difficulté se présente. D'où vient ce désordre de l'iunervation? Si cette origine est souvent méconnue, c'est parce qu'elle n'est pas là où on la cherche ordinairement. Que si on veut la trouver, il faut la chercher non pas tant dans la maladie que dans l'individu malade lui-même.

» Ainsi, interrogez les dispositions physiologiques ou pathologiques, soit innées, soit acquises, du malade qui fait le sujet de votre observation, interrogez ses habitudes hygiéniques, interrogez son état moral, apprenez surtout à saisir les conditions particulières d'innervation dans lesquelles la maladie a pu le surprendre, et dans la majorité des cas vous arriverez à pénétrer la cause secrète de l'ataxie. »

Conduit naturellement par cet ordre de considérations à discuter l'un des points sur lesquels M. Vigla avait plus particulièrement appelé l'attention de ses collègues par sa communication, la fréquence singulière et la gravité constante des cas de rhumatisme à forme cérébrale observés à la Maison de Santé, M. Thirial s'est demandé si cette fréquence, réellement beaucoup plus grande que dans les autres hôpitaux, ne pourrait pas trouver, peut-être, son explication dans la composition même toute spéciale de cet établissement. En effet, les malades qui sont à la Maison de Santé sont le plus communément des domestiques de grandes maisons, des commis marchands, des voyageurs, etc., c'est-à-dire des gens habitués assez généralement à une vie irrégulière, fatigués par des excès de toute sorte, et en très-grande majorité, des célibataires sans famille ou des individus vivant loin de leur famille.

Or, ajoute M. Thirial, le concours de ces différentes conditions n'est-il pas capable de rendre compte de cette prédominance relative d'accidents du côté du système nerveux? Cette classe de malades ayant l'esprit généralement plus cultivé que celle qui alimente les autres établissements hospitaliers, et étant par conséquent plus impressionnable et plus accessible aux diverses influences de l'ordre moral, on comprendrait que l'isolement ou l'éloignement de la famille, que les préoccupations tristes et les causes dépressives de tout genre, que toutes ces circonstances réunies, en un mot, fussent très-propres à jeter la perturbation dans certaines organisations, et à les précipiter dans cet état de désordre et de faiblesse qui caractérise l'état atonique.

Si cette idée est juste et vraie, on ne peut sans doute atteindre directement la cause de cette fâcheuse complication; mais on peut du moins en déduire des indications thérapeutiques utiles pour en combattre les effets immédiats. Ces indications se présentent d'elles-mêmes. Elles consistent à fortifier, soutenir, régulariser l'état général des forces et du système nerveux par l'association des toniques avec les excitants et les antispasmodiques, l'opium associé au musc, par exemple, comme on le fait avec avantage dans certaines formes de pneumonie ataxique, le musc joint au quinquina comme dans la fièvre typhoïde.

Que si, dans le traitement du rhumatisme ataxique, l'expérience venait à se prononcer contre ces divers agents dont les bons effets ont été souvent éprouvés dans les fièvres graves de même caractère, M. Thirial conseille en dernière analyse, de tenter un autre ordre de moyens délicat à employer sans doute en pareil cas, mais parfaitement justifié par la gravité même du mal, nous voulons parler des affusions froides et de l'hydrothérapie.

Enfin, à l'indication de ces divers moyens se joint encore celle des larges vésicatoires préconisés par M. Legroux, et qui rentrent également dans l'ensemble des moyens à opposer à l'ataxie.

Du chlorate de potasse comme moyen préservatif et curatif de la stomatite mercurielle.

On a pu suivre dans cette *Revue* toutes les phases de l'histoire thérapeutique du chlorate de potasse depuis que l'attention des praticiens a été rappelée de nouveau sur cet agent. C'est ainsi que nous avons fait passer successivement sous les yeux de nos lecteurs les principales recherches cliniques dont ce médicament a été l'objet, ainsi que tous les faits parvenus à notre connaissance qui nous ont paru pouvoir contribuer à fixer l'opinion sur sa valeur. On sait maintenant que si le chlorate de potasse n'a pas tenu tout ce qu'en avaient fait espérer les premiers essais, notamment pour le traitement du croup et de l'angine couenneuse, il répond du moins à un certain nombre d'indications utiles qui le maintiendront désormais dans la pratique.

L'une des affections auxquelles on a proposé d'opposer le chlorate de potasse dès le principe, est la stomatite mercurielle. Les expériences sur ce point étaient encore restreintes à l'époque où nous avons fait connaître le travail de M. Isambert, qui résumait tous les faits connus jusqu'alors, et elles n'avaient peut-être pas encore toute la valeur d'une épreuve décisive. On avait constaté en effet que le chlorate de potasse administré à des sujets affectés de stomatite mercurielle, faisait plus ou moins promptement cesser ces accidents, mais on avait en même temps cessé l'administration du mercure. De là deux conditions simultanées dont il devenait difficile d'apprécier exactement la part respective dans le résultat. Et d'un autre côté, ce qu'il importait le plus pour la thérapeutique, ce n'était point d'avoir un médicament qui hâtât seulement la guérison de la stomatite mercurielle, après la cessation du traitement mercuriel, mais bien qui permît la continuation de ce traitement en paralysant ses effets nuisibles.

Eh bien, c'est cette double action à la fois curative et prophylactique, si désirable pour faciliter la médication antisyphilitique, que paraît posséder le chlorate de potasse. Voici ce qu'écrivait en 1856 M. Fournier, en rendant compte des expériences de son maître, M. Ricord, sur ce sujet :

« Une stomatite mercurielle étant produite, il n'est pas nécessaire, pour en conjurer les accidents, de supprimer la médication spécifique. Le chlorate de potasse, employé concurremment avec le mercure, suffit à la guérison.

» Dans le cours d'une stomatite, la dose des préparations mercurielles peut même être augmentée concurremment à l'administration du chlorate, dans les cas où la gravité des accidents syphilitiques nécessite l'intervention immédiate d'une médication énergiquement répressive.

» Le chlorate de potasse ne constitue pas seulement un agent curatif des accidents buccaux produits par le mercure; il peut être également employé au titre d'agent prophylactique. »

Les faits constatés par MM. Ricord et Fournier marquaient une véritable phase nouvelle dans l'étude du chlorate de potasse. M. V. Laborde est parti de ce point pour expérimenter de nouveau et pour vérifier les faits importants annoncés par M. Fournier. Il a suivi dans ses essais deux voies d'expérimentation, quant au but qu'il se proposait d'atteindre et au mode d'administration du médicament. Relativement au but, il a étudié d'abord l'action curative du chlorate de potasse, puis son action préventive ou prophylactique. Quant au mode d'administration, il a expérimenté successivement l'usage interne du médicament en solution, et son usage externe, ou en gargarisme.

Il serait trop long de rapporter ici les détails des nombreuses observations que M. Laborde a recueillies avec un très-grand soin dans divers services de l'hôpital de la Charité. Une première série est relative à des cas de stomatite déterminés par l'usage soit du proto-iodure de mercure, soit des frictions mercurielles, pour combattre des accidents syphilitiques secondaires. Le chlorate de potasse, administré en potion chez le plus grand nombre, en potion et en frictions à la fois chez quelques-uns, a amené constamment la guérison en quelques jours. Dans tous ces cas, la médication mercurielle a été supprimée en même temps qu'on a eu recours au chlorate de potasse.

Dans une seconde série de faits, où la médication mercurielle a été continuée nonobstant la stomatite, de manière à éprouver l'action prophylactique du chlorate de potasse en même temps que son action curative, et dans ces cas en effet, la stomatite prise dès son début a été promptement enrayée, bien qu'on ait continué à administrer le mercure ; ou bien, le mercure ayant été administré à haute dose associé d'emblée au chlorate de potasse, aucun effet délétère ne se manifeste tant que ces deux agents sont pris simultanément : on cesse le chlorate, la stomatite survient; le chlorate est repris, la stomatite guérit.

Telle est la substance des faits. Voici d'ailleurs en quels termes M. Laborde les résume lui-même dans un excellent mémoire qui a eu les honneurs du prix Corvisart pour l'année 1857, et auquel nous faisons cet emprunt.

Le chlorate de potasse exerce une action curative sur la stomatite mercurielle. Il possède de plus une action préservatrice ou prophylactique certaine.

Cette action prophylactique peut permettre pendant un et deux mois l'administration du proto-iodure de mercure aux doses de 15 et 20 centigrammes par jour, sans que le moindre accident se manifeste du côté de la cavité buccale.

La preuve, dit M. Laborde, que c'est bien au chlorate de potasse qu'une pareille impunité doit être attribuée, c'est que, immédiatement après la suppression de ce dernier, la stomatite mercurielle éclate.

La durée du traitement de la stomatite confirmée varie avec le degré d'intensité de l'affection. Dans les cas d'intensité moyenne, cette durée n'a jamais dépassé quatre jours. Elle a été de onze dans un cas des plus graves.

Dans presque tous les cas, les premières modifications se manifestent du deuxième au troisième jour.

D'après les observations de M. Laborde, la série de ces modifications serait la suivante :

1° Diminution et disparition de la douleur ;

2° Diminution de la salivation et de la tuméfaction sous-maxillaire ou parotidienne, quand elles existent;

3° En dernier lieu, et à peu près simultanément, disparition de la tuméfaction des gencives ; changement dans leur coloration, retour à leur coloration normale ; enfin disparition de l'ulcération, à moins que celle-ci ne préexiste à la stomatite, auquel cas le chlorate de potasse pris à l'intérieur paraît être inefficace.

L'élévation de la dose du médicament n'a pas paru exercer une influence très-notable sur la rapidité de la guérison, si ce n'est peut-être dans les cas très-intenses. Dans ceux de moyenne intensité, la dose de 4 à 5 grammes a été suffisante.

C'est le plus souvent à l'intérieur et en potion que le chlorate de potasse a été administré. Trois fois seulement il a été donné en simple solution dans l'eau ou la tisane. L'administration en julep a paru de beaucoup préférable à toute autre.

Administré en gargarisme, il n'a pas été moins efficace ; mais c'est contre les accidents purement locaux, tels que tuméfaction ou ulcération du tissu gengival, que le chlorate paraît mieux réussir pris sous cette forme que pris à l'intérieur.

Ainsi qu'on le voit, non-seulement les conclusions auxquelles est arrivé M. Laborde confirment les résultats obtenus par les praticiens qui l'ont précédé dans cette étude, mais elles les corroborent encore en ce qu'elles démontrent qu'il suffit de très-peu de jours pour triompher de l'affection, quand elle est traitée à temps, c'est-à-dire à son début. Elles font en outre ressortir cette particularité, dont on ne saurait méconnaître l'importance, savoir : que l'usage topique du médicament est plus apte que l'usage interne à triompher de plusieurs symptômes très-rebelles qui constituent les restes ou les suites de l'affection, tels que le gonflement du tissu gengival, sa coloration morbide, l'ulcération, etc. Enfin, comme celles de M. Ricord, les expériences de M. Laborde démontrent l'action prophylactique du chlorate de potasse.

Mais une question se présentait ici au sujet de cette action prophylactique. En neutralisant les effets physiologiques du mercure, le chlorate de potasse ne contrarierait-il pas ses effets thérapeutiques?

M. Fournier avait prévu cette objection ; mais elle a été levée presque aussitôt qu'énoncée. M. Ricord a soumis comparativement, dans son service de l'hôpital du Midi, des malades présentant des accidents à peu près analogues, les uns aux préparations mercurielles seules, les autres à l'usage simultané du mercure et du chlorate de potasse. Les résultats observés lui ont paru établir que l'action médicatrice des mercuriaux n'était en rien suspendue par la médication chloratée. Les observations de M. Laborde viennent également à l'appui de ces résultats. Elles montrent, en effet, que malgré l'intervention du chlorate de potasse, le traitement mercuriel a toujours abouti à son action médicatrice habituelle, lorsque des circonstances particulières, telles que le départ volontaire du malade ou une affection intercurrente autre que la stomatite mercurielle ne sont point venues l'entraver ou le contre-indiquer.

Angines couenneuses.

Il nous reste encore une dette à acquitter envers quelques-uns des bienveillants confrères qui ont bien voulu répondre à notre appel au sujet de l'angine couenneuse, et envers nos lecteurs eux-mêmes, qui apprendront avec intérêt ce que l'expérience ou les pressantes nécessités de la pratique ont pu suggérer aux médecins qui se sont trouvés en présence de cette redoutable affection.

M. le docteur C. Ollivier, d'Ingrandes, nous exprime son étonnement de voir proscrire les caustiques énergiques du traitement de l'angine couenneuse.

Il y a deux ans, dit-il, une épidémie de scarlatine avec angine couenneuse ou gangréneuse, m'a mis à même de voir ici 300 malades en six semaines, tous attaqués de cette affreuse maladie. J'ai eu le bonheur de ne perdre que les malades atteints de scarlatine maligne, lesquels ont succombé en quelques heures, les uns aux symptômes cérébraux, les autres aux symptômes cholériformes. Mais il est à remarquer que tous ceux qui furent atteints simultanément de la scarlatine et de l'angine se tirèrent d'affaire.

Or voici les moyens que j'employai :

Tenant peu compte de la règle qui proscrit toute émission sanguine dans la scarlatine, et m'appliquant surtout à combattre les symptômes concomitants ou généraux, j'employai simultanément la cautérisation avec le nitrate acide de mercure *pur*, et une application de sangsues à la gorge proportionnée aux forces et à l'âge des malades ; sous l'influence de cette médication au début, non-seulement je détruisais les fausses membranes, mais j'empêchais ces fausses membranes de s'étendre lorsqu'elles avaient de la tendance à s'accroître. Le pouls reprenait son rhythme naturel, il devenait plus plein, moins serré, et je voyais la scarlatine se développer méthodiquement et parcourir toutes ses phases.

J'ai été rarement obligé d'en venir à plusieurs cautérisations, une seule me suffisant ordinairement. Si les symptômes généraux l'exigeaient, ou si l'angine ne cédait pas à ces moyens énergiques, je répétais l'application de sangsues, rarement la cautérisation ; et j'appliquais un large vésicatoire à la partie supérieure du sternum.

M. le docteur Perrochaud, dans une lettre par laquelle il nous annonce l'envoi prochain d'un travail sur les épidémies d'angine dont il a été témoin à Boulogne-sur-Mer, nous signale, en passant, ce fait qu'il a eu l'occasion de constater pendant le cours d'une de ces épidémies, la terminaison notée par M. Beau comme la plus commune, bien que les enfants aient été presque les seuls atteints.

M. le docteur Hiard, de Mugron, nous fait savoir que, comme comme M. Duché, il a traité il y a environ quinze ans, avec avantage, quelques stomatites et angines couenneuses, en n'ayant égard qu'aux symptômes généraux, ne considérant les localisations que comme le reflet d'une intoxication ; et il nous expose à cette occasion quelques-unes de ses idées sur l'ensemble des moyens qu'il emploie pour faire avorter, ou tout au moins pour modifier profondément dès leur début les fièvres graves.

Enfin nous avons reçu de M. le docteur Ancelet, de Vailly-sur-Aisne, une note relative au cathétérisme laryngien. Bien que cette communication soit un peu étrangère au sujet qui nous occupe, puisqu'il s'y agit à peu près exclusivement du croup, ces deux points sont assez connexes pour que nous ayons cru devoir mentionner cette note, d'autant que c'est la même circonstance qui en a provoqué l'envoi.

M. Ancelet, sans avoir eu connaissance des procédés de cathétérisme laryngien de M. Loiseau, a eu recours à ce moyen dans plusieurs circonstances, soit pour rétablir la respiration dans les cas d'asphyxie imminente, soit pour porter sur le larynx et la trachée les agents caustiques, en un mot pour remplir les indications qu'on se propose par la trachéotomie. Il s'est servi à cet effet d'un cathéter ordinaire. Il a successivement essayé de l'introduire par le nez et par la bouche. Cette dernière voie d'introduction lui a paru plus facile et de tous points préférable.

Voici entre autres faits que M. Ancelet rapporte dans sa lettre, celui qui lui a suscité l'idée de recourir à ce moyen. Il s'agit d'un enfant de treize mois atteint d'une angine couenneuse et qui était presque complétement asphyxié lorsqu'il fut appelé auprès de lui. Il essaya l'insufflation bouche à bouche sans obtenir d'autre résultat que des inspirations incomplètes et à de rares intervalles. Pour éviter tout danger, notre confrère prit un cathéter d'homme et s'en servit comme d'intermédiaire ; mais il ne parvint qu'à gonfler l'estomac. C'est alors seulement qu'il songea à l'introduire dans le larynx ; il y arriva du premier coup, et aussitôt, sans insufflation, la respiration se rétablit avec son rhythme normal après un faible accès de toux, et tout rentra momentanément dans l'ordre. Le cathéter fut laissé en place. Malheureusement, l'enfant ayant été pris d'un accès de toux pendant l'absence de M. Ancelet, les parents retirèrent l'instrument, et l'enfant succomba avant qu'un nouveau cathétérisme pût être pratiqué.

DIFFÉRENCE

entre les deux principales espèces du mal vertébral (1).

Par M. le docteur P. Broca.

Je me reprocherais d'avoir insisté si longuement sur les abcès, si la grande importance que plusieurs de nos collègues ont paru attacher à ce symptôme ne devait me servir d'excuse. Qu'il me soit permis maintenant de résumer en quelques mots le parallèle que je viens d'établir entre les tubercules et la carie des corps vertébraux, et d'esquisser à grands traits le diagnostic de ces deux affections.

Elles occupent l'une et l'autre la colonne vertébrale; elles peuvent l'une et l'autre donner lieu à la formation de gibbosités médianes et d'abcès par congestion : voilà leur ressemblance. Voici maintenant les différences :

Les tubercules vertébraux sévissent de préférence chez les enfants, la carie chez les adultes. On peut même dire que la carie est rare avant l'adolescence : le mal vertébral qui s'observe chez les sujets âgés de moins de douze ans est presque toujours tuberculeux.

Les tubercules ont pour siége de prédilection la région dorsale; ils sont un peu moins communs sur les vertèbres cervicales; ils sont beaucoup plus rares dans la région lombaire. La carie, au contraire, très-fréquente dans cette dernière région, se montre quelquefois sur les deux ou trois dernières dorsales, et rarement sur les vertèbres d'un rang supérieur.

L'affection tuberculeuse produit fréquemment et de très-bonne heure la paralysie des membres inférieurs. Cet accident précède même souvent tous les autres symptômes. Dans la carie, au contraire, il est extrêmement rare, et ne se manifeste d'ailleurs qu'à une époque très-tardive.

Dans le mal vertébral tuberculeux, la production de la gibbosité est un phénomène à peu près constant; il fait très-souvent défaut dans la carie, je devrais peut-être dire le plus souvent. Cette gibbosité est un des premiers symptômes des tubercules, souvent même le premier et quelquefois le seul. Elle paraît beaucoup plus tard dans l'autre maladie. La gibbosité tuberculeuse peut être assez légère; mais ordinairement elle fait une saillie anguleuse très-prononcée, parce que les tubercules détruisent fréquemment plusieurs vertèbres superposées. La carie, dont les lésions sont généralement beaucoup plus restreintes, ne produit presque jamais de grandes gibbosités; dans l'immense majorité des cas, la saillie d'une apophyse épineuse est la seule déformation que l'on puisse constater. Une gibbosité considérable, médiane et anguleuse, est l'indice presque certain du mal vertébral tuberculeux.

L'abcès par congestion est à la carie ce que la gibbosité est aux tubercules. Dans la carie, l'abcès est constant; il manque très-souvent dans l'affection tuberculeuse, soit qu'il n'y ait aucune suppuration, soit que cette suppuration reste latente, ce qui est identiquement la même chose au point de vue du diagnostic, comme au point de vue de la terminaison. L'abcès symptomatique de la carie paraît toujours de très-bonne heure, le plus souvent, constamment peut-être, il est apparent avant la gibbosité. L'abcès symptomatique des tubercules est beaucoup plus tardif, et ne se manifeste qu'après la gibbosité. Enfin, la résorption des abcès d'origine tuberculeuse s'observe quelquefois même lorsque ces collections ont acquis un assez grand volume; une semblable terminaison est peut être sans exemple dans la carie, et à coup sûr elle est beaucoup plus rare que dans l'autre espèce de mal vertébral.

En dernière analyse, l'affection tuberculeuse des vertèbres est beaucoup moins grave que la carie; elle guérit souvent sans abcès, par les traitements les plus divers et même sans aucun traitement. La carie, abandonnée à elle-même, est au contraire presque inévitablement mortelle, et les traitements les mieux combinés ne réussissent que par exception.

Des différences aussi nombreuses et aussi prononcées permettent de dire que l'observation clinique confirme la distinction établie entre ces deux affections par l'anatomie pathologique. Je ne veux pas dire que le diagnostic soit toujours facile, mais il l'est du moins souvent; et s'il est quelquefois douteux, ce n'est pas une raison pour y renoncer dans les autres cas. Ne sait-on pas que les affections les plus disparates peuvent, à la faveur de quelques caractères communs, se simuler mutuellement au point de rendre le diagnostic impossible? Qui songe pour cela à les confondre? Et pourquoi se montrer plus exigeant pour le mal vertébral qu'on ne l'est par exemple pour les tumeurs? Il y a d'ailleurs une circonstance qui complique singulièrement le diagnostic des deux formes les plus vulgaires du mal vertébral; c'est qu'à côté de l'éventualité de la carie ou des tubercules se présente celle de la nécrose ou de l'arthrite, affection dont les symptômes, moins tranchés ou moins bien connus, et peut-être aussi moins constants, forment en quelque sorte des nuances intermédiaires entre les deux types principaux que je viens de comparer. Je serais fort embarrassé, je l'avoue, si j'étais obligé d'écrire un chapitre complet, pratique et précis sur le diagnostic de toutes les lésions qui peuvent altérer la continuité de la colonne vertébrale. Ce travail ne me paraît pas possible dans l'état actuel de la science. Il ne pourra le devenir qu'à la faveur d'observations ultérieures, et c'est pour hâter ce résultat que je m'efforce de combattre la doctrine de l'unité du mal vertébral.

J'aurais peut-être hésité à entreprendre cette tâche; et j'aurais pu douter de la bonté de ma cause, en voyant dans le camp opposé tant d'éminents collègues dont l'expérience égale le savoir, si, pour contrebalancer leur autorité et pour raffermir mes convictions ébranlées, il ne m'eût été possible d'invoquer le témoignage de l'histoire. Or, l'histoire nous enseigne qu'avant l'intervention de l'anatomie pathologique, avant le parallèle établi par les modernes entre les tubercules des os et les lésions de la carie, les praticiens avaient pressenti, formulé ou accepté sans discussion deux formes distinctes de ce qu'on appelle aujourd'hui le mal vertébral; beaucoup d'entre eux n'ayant même pas songé à établir entre ces deux formes le moindre rapprochement.

On trouve dans la collection des traités attribués à Hippocrate plusieurs passages contradictoires relatifs au mal vertébral, entre autres un aphorisme entièrement faux, devant lequel les commentateurs, à commencer par Galien, sont restés fort embarrassés. Des opinions plus raisonnables, remarquables mêmes à plus d'un titre, quoique erronées pour la plupart, sont consignées dans le *Mochlique* et dans le *Traité des articles*. C'est dans ce dernier ouvrage surtout qu'il faut étudier la doctrine hippocratique, et on y trouve (§ 41 de l'édition Littré) le vestige de la distinction des deux formes du mal vertébral. L'auteur, il est vrai, attribue à une différence de siége ce que nous pouvons attribuer aujourd'hui à une différence de nature; mais son opinion, pour n'être pas motivée, n'en a peut-être que plus de valeur. On remarquera d'abord que le § 41 est exclusivement consacré à l'étude des gibbosités produites par le mal vertébral. Les déplacements d'origine traumatique et les déviations de la taille sont décrits plus loin dans des chapitres séparés, et Hippocrate, sous ce rapport, a su éviter une confusion commise après lui par presque tous ses successeurs jusqu'au dix-huitième siècle.

Mais revenons au § 41, qui se compose lui-même de deux parties, où l'auteur s'occupe successivement de la gibbosité des vertèbres dorsales, et de celle des vertèbres lombaires. Après avoir décrit les symptômes du mal vertébral sus-diaphragmatique, et indiqué comme complication l'existence fréquente des tubercules pulmonaires, il arrive à la gibbosité lombaire, et s'exprime en ces termes : « Quant à ceux » qui sont affectés de gibbosité au-dessous du diaphragme, quelques-» uns éprouvent des lésions des reins et de la vessie; de plus, ils sont » exposés à des dépôts purulents aux lombes et aux aines, dépôts de » longue durée, de difficile guérison, et dont aucun ne résout la gibbo-» sité. » (Trad. Littré, t. IV, p. 181.)

Suit le parallèle, assez peu exact, il faut en convenir, des gibbosités sus et sous-diaphragmatiques. Malgré ces inexactitudes, il est évident qu'Hippocrate a indiqué la distinction des deux formes que nous admettons : l'une, sans abcès, se montrant de préférence chez les sujets atteints de tubercules pulmonaires; l'autre avec abcès par congestion inguinale ou lombaire, et sans connexion avec l'état de la poitrine; la première attaquant les vertèbres dorsales, où, comme nous le savons aujourd'hui, les tubercules ont leur maximum de fréquence; la seconde intéressant les vertèbres lombaires, dont les lésions sont le plus souvent dues à la carie. Jusqu'ici le parallèle établi par Hippocrate coïncide assez exactement avec celui que je viens de tracer; toutefois, il s'en écarte notablement sous le rapport du pronostic. L'auteur grec, en effet, considère les gibbosités dorsales comme plus graves que les

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 13 avril.

gibbosités lombaires. Mais il est aisé de reconnaître que son assertion repose moins sur l'observation que sur la théorie, car il ajoute aussitôt que la guérison des gibbosités sous-diaphragmatiques est due à la formation de varices aux jambes, à l'aine, et surtout à la veine du jarret. Avec une semblable théorie, il fallait bien admettre que la guérison était d'autant plus facile que la gibbosité était plus rapprochée de la veine-cave et des régions où pouvaient se former ces bienfaisantes varices. Galien, dans son *Commentaire*, donne courageusement cette explication.

Hippocrate avait pu se tromper sur un point, mais il avait du moins éclairé d'une vive lumière la question du mal vertébral; après lui vinrent les ténèbres et la confusion. Non-seulement on effaça la distinction qu'il avait établie entre les gibbosités lombaires et dorsales; non-seulement on rassembla dans une même description les déviations dues à une altération locale des vertèbres et les déviations latérales de la taille; on alla plus loin encore : la plupart des auteurs oublièrent jusqu'à l'existence des abcès par congestion, et ceux qui en parlèrent se contentèrent de les mentionner par énumération non parmi les effets, mais, chose étrange, parmi les causes des gibbosités. Je ne serais pas étonné qu'Avicenne fût l'auteur de ce revirement singulier. Cet auteur, énumérant les causes qui peuvent produire la déviation de l'épine, parle successivement des actions traumatiques, de l'humidité aqueuse qui relâche les ligaments, enfin des ventosités et des apostbèmes. *Et quandoque fit gibbositas propter ventositatem aut apostema.* (Avicenne, lib. III, fen. 21, tract. II, cap. 12; trad. Costæus. Venise, 1564, in-fol., t. I, p. 950, col. 2.)

C'est court, mais obscur. L'apostème, c'est évidemment l'abcès; quant à la ventosité, j'ai cru d'abord qu'elle correspondait à l'affection osseuse décrite par les Arabes sous le nom de *spina ventosa;* mais la suite du texte ne se prête pas à cette interprétation. Pour le dire en passant, la gibbosité venteuse, suivant Avicenne, est celle qui chez les enfants produit l'affaiblissement des membres inférieurs. (*Loc. cit.*, p. 951, col. 1, lignes 24 à 30.) Cette remarque a bien sa valeur historique. Avicenne n'avait parlé que d'un affaiblissement des membres inférieurs; Guy de Chauliac prononça le mot de paralysie. Ce symptôme du mal vertébral fut indiqué après lui par Wedel (*Acad. naturæ curiosorum*, ann. II, obs. 230. 1671); par M. A. Severin (*De gibbis, valgis, varis*, etc., cap. IV. 1632), et par plusieurs autres auteurs. Ainsi disparaît la priorité qu'on a accordée à Pott avec beaucoup trop de complaisance.

Quoi qu'il en soit, Avicenne avait mentionné les apostbèmes parmi les causes des gibbosités. Quelle était la nature de ces apostbèmes? S'agissait-il des abcès par congestion, ou seulement des petites collections déjà indiquées par Hippocrate et par Galien sous le nom de tubercules? Dans cette dernière hypothèse, Avicenne n'aurait péché que par obscurité, et ne serait pas directement responsable d'une erreur qui, grâce à l'ambiguïté de son texte, ne tarda pas à faire son chemin. Les abcès symptomatiques, dont l'étude aurait dû rester à jamais inséparable de celle du mal vertébral, n'étant plus désormais que l'une des causes des gibbosités, furent étudiés séparément avec les autres abcès froids sous le nom commun d'*abcès par congestion*. On croit à tort que le mot congestion indique la migration du pus. Ce mot, dans l'acception qu'il avait alors, désignait la plupart des tumeurs chroniques solides ou liquides qui ne résultaient pas de l'inflammation. La congestion était presque synonyme de ce que nous appelons aujourd'hui l'inflammation chronique.

A la faveur de cette dénomination commune, on s'enfonça de plus en plus dans la confusion. Dans l'origine on se bornait à prendre l'effet pour la cause, en attribuant à l'abcès la lésion du squelette; bientôt on oublia jusqu'à l'existence de cette dernière lésion. En même temps ceux qui écrivaient sur le mal vertébral cessaient à leur tour de mentionner les abcès soit parmi les effets, soit parmi les causes des gibbosités, et il en résulta qu'à la fin du moyen âge, on ne trouvait dans la science que des abcès sans gibbosité ou des gibbosités sans abcès.

Je fais la part des habitudes de cette époque ténébreuse. Je sais qu'alors les livres se faisaient avec d'autres livres, et qu'il fallait être bien hardi pour oser être un peu plus ou un peu moins qu'un écho. Il suffisait d'un traducteur ignorant ou d'un copiste distrait pour faire subir aux descriptions des altérations durables, et même quelquefois pour créer des maladies nouvelles. Mais pour couper en deux une maladie aussi commune et aussi grave que le mal vertébral, pour en disperser les tronçons aux deux extrémités de la chirurgie, il fallait autre chose que des erreurs d'interprétation; il fallait que la nature même des choses s'y prêtât. Or, les abcès par congestion les plus fréquents et les plus remarquables, provenant ordinairement de la carie lombaire, existent très-souvent sans gibbosité ou avec une gibbosité à peine appréciable; en outre, les gibbosités les plus communes et les plus prononcées étant celles qui résultent de la tuberculisation des vertèbres dorsales, existent très-fréquemment sans abcès. Telle est, je n'en doute pas, la véritable cause de la séparation radicale qu'on établit au moyen âge entre les deux symptômes les plus apparents du mal vertébral, séparation qui se perpétua ensuite de livre en livre jusqu'à la fin du dix-huitième siècle.

Lorsque les érudits de la renaissance eurent remis en honneur les écrits d'Hippocrate, on retrouva, il est vrai, dans le traité des articulations le passage important que j'ai analysé et qui aurait dû rappeler les praticiens à une plus saine observation. Mais l'habitude était prise, et les erreurs, une fois rendues classiques, ne se dissipent pas aisément. Chose vraiment curieuse, ceux qui écrivaient sur les gibbosités commentaient à l'envi le traité des articles, mais quand ils arrivaient à la phrase où Hippocrate parle des abcès, ils la passaient sous silence. On se contentait de la citer, par acquis de conscience, sans en comprendre la portée. Marc-Aurèle Severin, par exemple, que j'ai eu la patience de lire, a écrit tout un livre sur les gibbosités, et n'a pas manqué de reproduire l'opinion d'Hippocrate sur les abcès; mais il a écrit un autre livre sur les abcès par congestion, *de abscessu per congestum*, et là, par une contradiction manifeste, il n'a parlé ni du mal vertébral ni des gibbosités. Je me trompe, il en a dit quelques mots, contenus dans les trois lignes suivantes :

Circa spinam dorsi mali sunt omnes abscessus magni. Apostema magnam dorsi spinam attingens, hanc plerumque distorquet in gibbum, ut observavi in Margarita Blanchina (*De abscessu per congestum, cap.* XIV).

Voilà tout ce que M. A. Séverin a pu dire sur les relations qui existent entre la gibbosité et l'abcès. Ce n'est pas le mal vertébral qui produit l'abcès, c'est l'abcès qui produit la déviation de l'épine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 avril 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exstrophie de la vessie. — M. le docteur **Biallet** présente un petit garçon âgé de cinq jours, qui est atteint d'exstrophie vésicale. Ce cas diffère de l'exstrophie vésicale ordinaire, en ce que la solution de continuité de la paroi abdominale antérieure ne remonte pas jusqu'à l'ombilic, dont elle est séparée par une bande cutanée large d'environ 1 centimètre; l'ombilic est d'ailleurs situé très-bas. Les pubis paraissent fort peu écartés. La paroi postérieure de la vessie est repoussée en avant, mais elle fait une saillie beaucoup moins considérable que dans les cas ordinaires. Enfin, la verge est fendue en gouttière dans toute sa largeur.

Plusieurs personnes émettent l'opinion qu'il s'agit d'une exstrophie vésicale incomplète, c'est-à-dire que la division ou l'absence de la paroi antérieure de la vessie ne remonte pas jusqu'au sommet de cet organe.

M. **Houel** pense au contraire que l'exstrophie est complète, que la paroi antérieure de la vessie manque dans toute son étendue, et que l'intervalle de 1 centimètre, qui correspond à la bande cutanée, est occupé par l'ouraque.

M. **Cazeaux** demande comment s'écoule l'urine?

Le présentateur répond qu'elle s'écoule continuellement, mais que quelquefois on voit en outre un petit jet s'échapper par l'ouverture de l'un des uretères.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. **le Président** annonce la mort de M. Philippe Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre honoraire de la Société de chirurgie.

Kystes du cordon spermatique. — A l'occasion du procès-verbal, M. **Giraldès** revient sur la question de priorité qui a été débattue dans la dernière séance. Il n'a pas cité les travaux de M. Follin pour deux raisons : d'abord, parce que M. Kobelt avait, avant M. Follin, composé les *vasa efferentia* au corps de Rosenmüller, ensuite parce que, suivant M. Giraldès, ces *vasa efferentia* ne sont pas les analogues du corps de Rosenmüller et ne proviennent pas du corps de Wolff. En effet, ils communiquent avec l'épididyme, tandis que le corps de Wolff, au dire de tous les embryologistes et de M. Follin lui-même, est, contrairement à l'opinion de M. Kobelt, tout à fait étranger à la constitution de l'appareil testiculaire.

A l'appui de ces diverses assertions, M. Giraldès montre les planches de la thèse de M. Follin, celles du mémoire de M. Kobelt et les siennes.

M. **Follin** déclare qu'il ne veut pas revenir sur une discussion déjà épuisée, qu'il maintient tout ce qu'il a dit, et qu'il ne répondra pas autrement.

CORRESPONDANCE.

M. Decès (de Reims), membre correspondant, adresse une réclamation sur la rédaction du procès-verbal de la séance du 31 mars. Le procès-verbal étant déjà imprimé et le mémoire lu dans cette séance par M. Decès étant destiné à être publié, la Société ordonne le dépôt de la lettre de M. Decès aux archives, et passe à l'ordre du jour.

Gangrène sèche du membre inférieur; élimination naturelle du membre sphacélé; cicatrisation régulière du moignon. — M. **Larrey** communique, de la part de M. le docteur Larbès (de Damazan), ex-médecin aide-major au 67e de ligne, une observation détaillée qu'il résume de la manière suivante :

« Une femme âgée de cinquante-six ans, mariée à vingt-trois, ayant eu quatre enfants, les a nourris, ainsi que deux autres. Elle est d'une constitution pléthorique, et a toujours été bien réglée. Elle a eu pour antécédents des douleurs vagues et générales en nourrissant son premier-né, puis des troubles dans la circulation, avec des battements de cœur si prononcés pendant le dernier allaitement, qu'elle fut obligée de sevrer son nourrisson. Une grande frayeur et un refroidissement brusque l'ont rendue plus tard malade pendant longtemps, sans qu'elle ait pu indiquer la nature de cette maladie.

» Cette femme se plaint, en octobre 1857, de douleurs vives à la région précordiale, avec beaucoup de gêne dans la respiration et de violents battements de cœur. L'exploration ne fait reconnaître aucune affection organique de cet organe; mais de la toux, de la fièvre nécessitent une médication antiphlogistique. L'amélioration se prononce, semble se maintenir, lorsque quelques jours après, le 20 octobre, des douleurs vives avec engourdissement se font sentir dans les deux jambes. Ces douleurs se fixent ensuite exclusivement dans la jambe droite, qui éprouve successivement une sensation de froid, une diminution de la sensibilité et de la gêne dans les mouvements. De la rougeur apparaît à la malléole externe et vers les orteils, et en s'étendant aux parties voisines, elle devient bleuâtre; la peau semble se dessécher, les douleurs augmentent, ainsi que les autres symptômes; l'articulation tibio-tarsienne tend à s'immobiliser, les pulsations artérielles deviennent imperceptibles, et le refroidissement du membre est de plus en plus prononcé. Mais peu ou point de réaction générale; rien n'indique non plus l'existence d'une gangrène par le seigle ergoté.

» Tous les moyens applicables d'ailleurs à une gangrène spontanée sont mis en usage sans résultat. La mortification de la peau envahit en peu de jours non-seulement la totalité du pied, mais la plus grande partie de la jambe jusqu'à son tiers supérieur, où elle se limite, le 1er novembre, par une ligne transversale ou zone inflammatoire bien marquée. Les orteils sont ardoisés, noirâtres, desséchés, rigides, la même teinte revêt bientôt le pied ainsi que la jambe, qui présente à la face externe de son tiers inférieur un point ramolli, fluctuant, d'où s'écoule, par une incision, un liquide séro-sanguinolent, d'une couleur et d'une odeur gangréneuses. Les tissus restés sains au-dessus du sillon inflammatoire sont d'une sensibilité vive. On a soin de préparer la malade, par un régime analeptique, à supporter les effets d'une élimination naturelle. Celle-ci commence enfin par une séparation plus profonde des parties mortifiées; une suppuration abondante s'établit, et nécessite des pansements fréquents antiseptiques.

» Le 1er décembre, toutes les parties molles divisées laissent à nu le tibia et le péroné en contact avec le pus, qui en favorise l'élimination lente. Celle-ci s'opère enfin spontanément le 20 janvier 1858, trois mois après l'apparition des premiers symptômes de la gangrène. Les deux os cédant à une légère pression exercée au moment d'un pansement, se brisent et se détachent d'eux-mêmes vers le tiers supérieur du membre, presque sans hémorrhagie.

» Des pansements simples légèrement excitants suffisent pour faire développer des bourgeons charnus à la surface du moignon; la cicatrisation s'établit assez régulièrement, et se trouve à peu près complète aujourd'hui. La malade a repris des forces et de la santé; elle n'éprouve plus de troubles du côté du cœur, et elle marche avec des béquilles, en attendant que la cicatrice de son moignon soit assez solide pour lui permettre de faire usage d'un moyen prothétique, comme si elle avait subi une amputation ordinaire de la jambe dans le lieu d'élection.

» Quant à la pièce anatomique destinée au musée du Val-de-Grâce, et présentée à la Société, elle offre, ajoute M. Larrey, l'un des exemples les plus remarquables de la momification d'un membre sphacélé. L'ouvrage de François sur les *gangrènes spontanées*, publié en 1832, et relatant une cinquantaine d'observations, n'en présente pas une seule qui, sous ce rapport, et eu égard à la guérison, soit aussi curieuse que l'observation de M. Larbès. »

M. **Demarquay** cite un cas analogue dans lequel, il est vrai, la mortification était moins étendue puisqu'elle remontait à peine au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. On laissa le sillon éliminatoire pénétrer jusqu'au squelette, puis on détacha le pied dans l'articulation en coupant quelques ligaments et quelques tendons. L'extrémité inférieure du tibia et celle du péroné se séparèrent ensuite spontanément. Le malade est presque complétement guéri depuis quinze mois, mais il reste encore une petite plaie qui présente de temps en temps de légers accidents de gangrène.

LECTURE.

M. le docteur **Desnos**, candidat à la place de membre titulaire, lit un mémoire sur *la dilatation des conduits salivaires.* (Commissaires : MM. Huguier, Richard et Jarjavay.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Enorme dilatation ampullaire de l'urèthre. — M. **Demarquay** présente les organes urinaires d'un jeune homme de vingt-deux ans, mort à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod. Ce jeune homme, très-adonné à la masturbation, eut il y a trois ans une rétention d'urine, accompagnée de vives douleurs dans le bas-ventre. Il appela un médecin, qui essaya de le sonder, mais qui ne put pénétrer dans la vessie. Depuis lors, le malade n'urina plus que par regorgement; une tumeur se développa peu à peu dans la région périnéale. Lorsqu'il entra à la Maison de santé, cette tumeur était plus grosse que le poing, presque hémisphérique, très-superficielle et fluctuante. Elle faisait saillie à la fois du côté de la peau et du côté du rectum, où on la sentait fluctuer aussi haut que le doigt pouvait remonter.

M. Demarquay passa dans l'urèthre une sonde qui pénétra aisément dans la poche fluctuante, et qui donna aussitôt un petit jet d'urine. Mais il ne put pénétrer dans la vessie. Il pratiqua alors à la partie inférieure de la tumeur une petite incision qui donna issue à un flot d'urine; puis, introduisant une sonde à travers cette ouverture, il l'engagea aisément dans la partie postérieure de l'urèthre, et la poussa jusque dans la cavité vésicale, qui lui parut extrêmement petite. La sonde fut laissée à demeure et servit à faire chaque matin une injection de liquide. Au bout de quelques jours il survint de la fièvre et des douleurs abdominales; on suspendit les injections en laissant toujours la sonde en place. Mais les accidents empirèrent, et l'opéré succomba. A l'autopsie on a trouvé un phlegmon sous-péritonéal suppuré, étendu depuis le bassin jusqu'au diaphragme, sans aucune trace de péritonite. Le point de départ de ce phlegmon n'a pu être découvert, car les tissus situés autour de l'incision périnéale étaient en bon état.

L'appareil excréteur de l'urine est le siége d'une lésion fort remarquable et probablement sans exemple jusqu'ici. Les reins sont sains, ainsi que l'un des uretères; l'autre uretère est dilaté et offre le volume du petit doigt. La vessie, excessivement rétractée et pour ainsi dire réduite à son trigone, n'a guère plus de 2 centimètres de diamètre. La portion prostatique de l'urèthre est au contraire dilatée, et pourrait loger une petite pomme. Plus en avant, au niveau du bulbe, l'urèthre est le siége d'une énorme dilatation et est transformé en une poche spacieuse, capable de recevoir le poing. Les parois de cette poche sont minces et même transparentes en certains points. Sa surface interne est tapissée d'une muqueuse où l'on aperçoit quelques érosions et qui se continue en avant et en arrière avec la muqueuse uréthrale. La partie de l'urèthre qui est située en avant de la dilatation n'est d'ailleurs le siége d'aucun rétrécissement, d'aucune lésion appréciable, et rien ne permet de comprendre le mécanisme de cette dilatation, qui, au dire du malade, ne s'est formée que depuis trois ans.

M. **Jarjavay** fait remarquer que dans la partie de l'urèthre située en avant de la dilatation, il n'y a pas la moindre trace de tissu spongieux. Les parois de ce canal sont membraneuses et à demi transparentes, tandis qu'elles devraient renfermer une couche de tissu spongieux, épaisse d'environ 5 millimètres.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 janvier 1858. — Présidence de M. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Eclampsie et convulsions. — M. **Archambault**, à l'occasion du

procès-verbal, déclare ne reconnaître entre l'éclampsie et les convulsions d'autres différences que celles qui tiennent à l'âge.

M. DUHAMEL partage complétement cette opinion ; convulsions et éclampsie sont pour lui une seule et même maladie ; dans l'éclampsie des femmes en couches, on constate des mouvements convulsifs parfois très-violents ; or, pour lui, l'éclampsie n'est autre chose que les convulsions des nouvelles accouchées ; dans le cas où l'on voudrait établir une distinction entre les deux états, il demande que cette distinction soit réellement pratique.

M. BOSSU avoue que l'on ne peut jusqu'à présent établir de différences anatomiques, mais qu'il en existe dans les symptômes. Il pense que l'on doit reconnaître deux catégories différentes de convulsions, les unes affectant les appareils de la vie de relation, les autres ayant leur siége dans la partie du système nerveux qui préside aux fonctions de la vie végétative.

M. MATTEI. Partons d'un point sur lequel tout le monde soit d'accord. *Convulsion* est un mot générique qui s'applique à l'hystérie, à l'épilepsie, à l'éclampsie, au tétanos, etc. Jetons d'autre part un coup d'œil sur les allures de la convulsion chez la femme enceinte ou en couches. Il y a quelque chose de caractéristique. L'attaque est précédée de céphalalgie, de douleurs sternales ; arrive la perte de connaissance ; on voit survenir des mouvements cloniques de flexion et d'extension ; puis la connaissance revient pour être suivie d'une attaque nouvelle. En outre, il existe chez les malades de l'albuminurie.

Je n'ai jamais rencontré chez les enfants l'attaque que je viens de décrire. Il ne pourrait, à mon avis, se présenter qu'un cas où l'enfant aurait de l'éclampsie ; ce serait, comme quelques auteurs l'ont prétendu, celui où le fœtus subirait dans l'utérus l'attaque d'éclampsie de la mère.

Chez les enfants, la convulsion peut prendre une infinité de formes, et se rapprocher surtout de l'épilepsie. Revenant à l'observation qui a été le point de départ de la discussion, M. Mattei fait remarquer que le travail de M. Ellea me était intitulé : *Eclampsie chez l'enfant* ; or, à l'autopsie, on a trouvé une méningite ; il lui semble donc que c'est cette dernière expression qui aurait dû servir de titre.

M. DUHAMEL. Tous les phénomènes que M. Mattei vient de décrire pour caractériser l'éclampsie, se retrouvent dans les convulsions des enfants, lorsqu'elles surviennent tout à coup et sans méningite. Chez les enfants comme chez les femmes, la terminaison peut être ou la mort ou la guérison. La seule différence est dans la durée de la maladie. Si elle dure vingt-quatre ou trente-six heures, l'enfant est perdu, tandis que j'ai vu des femmes accouchées rester dans l'état éclamptique pendant huit jours entiers, et se réveiller, fort étonnées de voir le travail terminé.

M. ARCHAMBAULT revient sur le mot *convulsion* comme terme générique ; ce mot appartient en effet à toutes les classes d'affections convulsives, que l'on distingue en épilepsie, tétanos, etc. Mais il est tout à fait d'accord avec M. Duhamel sur ce point, que le mot éclampsie ne signifie autre chose que la convulsion chez la femme en couches. Il n'y a donc de différence que dans le mot.

M. TERRIER considère l'éclampsie comme une forme passagère d'épilepsie.

M. BOSSU ne peut pas admettre qu'il y ait identité entre les diverses convulsions ; une attaque convulsive déterminée par la présence de vers dans l'intestin, par exemple, est toute autre que celle qui reconnaît pour cause un état pathologique du cerveau ; c'est une épilepsie passagère, aiguë, symptomatique.

M. DUBOIS. Je regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance, d'autant plus que je ne saisis pas bien l'esprit qui a présidé à la discussion. Pour moi, l'éclampsie est une affection convulsive présentant deux sortes de phénomènes, les mouvements convulsifs et la perte absolue de connaissance et des fonctions sensoriales ; toute convulsion qui n'offre pas ces deux phénomènes n'est pas de l'éclampsie. La convulsion des femmes en couches est une épilepsie aiguë, passagère, transitoire, momentanée, curable soit par la nature, soit par le traitement employé. La relation est intime entre l'éclampsie et la convulsion des enfants ; car, dans ces deux affections, c'est une épilepsie aiguë qui ne diffère de l'épilepsie ordinaire qu'en ce que celle-ci est durable, tandis que celles-là peuvent tuer immédiatement.

M. MATTEI. M. Dubois semble se prononcer sur l'identité de l'épilepsie et de l'éclampsie ; n'y a-t-il donc aucune différence entre ces deux états ?

M. DUBOIS. Je n'en vois aucune, et y en eût-il une, elle serait insignifiante. Les épileptiques ont eux-mêmes des attaques variées ; tout acte convulsif qui entraîne la perte de connaissance et de sensibilité, constitue une attaque épileptiforme. Les légères différences que l'on observe dans ces attaques sont sans valeur sérieuse. Ainsi, pour choisir un signe connu de tous, l'écume est loin d'exister dans toutes les attaques d'épilepsie.

M. MAGNE fait observer que la discussion de la dernière séance portait sur cette seule question : Existe-t-il une distinction entre la convulsion des enfants et l'éclampsie ? En d'autres termes, les convulsions des enfants et l'éclampsie doivent-elles former deux états pathologiques distincts dans le cadre nosologique ?

M. DUBOIS. La convulsion qui se représente de temps à autre, à intervalles plus ou moins éloignés, c'est l'épilepsie ; si l'attaque est passagère, c'est l'éclampsie. La seule différence est marquée par la persévérance des attaques. Ainsi, je suppose que l'on me présente une femme épileptique à une époque avancée de la grossesse et une éclamptique puerpérale, je serais dans l'impossibilité d'établir un diagnostic différentiel de ces deux affections. En pareil cas, ce sont les renseignements sur les antécédents qui peuvent guider les praticiens ; je ne parle pas de l'albuminurie, qui est un signe caractéristique de l'éclampsie, et qui juge la question quand les renseignements font défaut. En somme, convulsion et éclampsie, c'est tout un.

M. BOSSU. Dans le cas qui a donné naissance à cette discussion, il s'agissait d'un enfant ; peut-on dire que cet enfant était atteint d'éclampsie ?

M. DUBOIS. Les convulsions des enfants et l'éclampsie constituent toutes deux une épilepsie aiguë passagère, peu importe le nom ; les anciens avaient si bien saisi cet état pathologique, qu'ils appelaient *epileptia infantilis* les convulsions des enfants.

M. CARON. Puisqu'il existe une telle intimité entre les convulsions et l'éclampsie, il me semble que l'albumine trouvée dans les urines des femmes grosses devrait, par analogie, exister aussi chez les enfants.

M. DUBOIS. C'est, en effet, ce qui résulte de la plupart des cas que j'ai observés ; mais je ne possède pas de faits suffisants pour décider la question.

M. CARON demande à M. Dubois si les femmes épileptiques grosses ont plus de chances d'éclampsie que les autres ?

La pratique de M. Dubois lui a démontré que la grossesse chez les épileptiques, tantôt avance, tantôt retarde les attaques.

M. MATTEI pense qu'il existe des différences qui séparent l'éclampsie de l'épilepsie. Il cite des épileptiques qui ne perdent pas connaissance pendant l'attaque, qui sentent le commencement et l'arrêt de l'*aura*, l'attaque manque ; on ne peut donc nier certaines nuances.

M. DUBOIS. M. Mattei vient de parler du vertige épileptique et non de la convulsion. Il s'agit d'un moment de perte de connaissance. Il peut y avoir des attaques épileptiques sans mouvements convulsifs, jamais sans perte de connaissance.

M. ARCHAMBAULT partage complétement l'opinion de M. Dubois.

M. MATTEI. Ainsi toute la différence entre l'épilepsie et l'éclampsie consiste dans l'existence de l'albumine et dans la chronicité des attaques.

M. DUBOIS. Surtout dans la chronicité.

Spasme de la glotte chez les enfants. — M. TERRIER rend compte d'un travail fort intéressant de M. Blache, publié dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, et relatif à un mémoire de M. Salathié, sur le spasme de la glotte chez les enfants.

Ce premier Bulletin présente encore une communication fort intéressante : c'est le rapport de M. Blache sur un ouvrage de M. Salathié, intitulé *Recherches sur le spasme essentiel de la glotte chez les enfants*.

Le spasme de la glotte, asthme thymique de Kopp, généralement considéré aujourd'hui comme une névrose du larynx, débute ordinairement au milieu de la nuit. L'enfant s'éveille en sursaut, pousse un cri perçant, suivi de suffocation, se dresse sur son séant, renverse la tête en arrière, cherche en vain une inspiration, qui arrive après quelques secondes, accompagnée de nouveaux cris. La face congestionnée est quelquefois violacée ; les yeux saillants sont comme sortis de leur orbite ; les membres froids et contractés ; le pouls petit, lent et fréquent. Il se produit des convulsions violentes accompagnées d'évacuations involontaires, et toute cette série de phénomènes, qui constituent l'accès, peut durer d'une demi-minute à deux minutes, et se termine par une inspiration aiguë, plutôt fine que bruyante, suivie tantôt d'abattement et de sommeil, tantôt d'une toux convulsive de durée variable. L'état convulsif général persiste encore pendant quelques instants après l'accès ; puis tout rentre dans l'ordre, et l'enfant revient à la santé. Si l'accès se prolonge au delà de deux minutes, l'enfant succombe par asphyxie, apoplexie ou cessation d'influx nerveux.

Tel est le spasme essentiel de la glotte, tel que paraissent l'avoir compris tous les auteurs qui s'en sont occupé.

M. Salathié, d'après le rapport de M. Blache, tout en paraissant connaître parfaitement la maladie, aurait un peu trop généralisé l'ensemble de ses symptômes, et serait arrivé à mettre au nombre des observations de spasme essentiel des affections pharyngo-laryngées différentes du spasme essentiel de la glotte. Dans un bon nombre de cas, c'est à la narration des parents qu'il doit la relation des accès qu'il n'a pu constater par lui-même ; aussi est-il permis de douter, avec le savant rapporteur du mémoire, de la précision du diagnostic porté par le médecin de Mulhouse dans tous ces cas.

Mais tout en adoptant la sévère investigation de M. Blache au sujet des observations rapportées par M. Salathié, nous donnerons une attention plus sérieuse au traitement préconisé par le médecin de Mulhouse. Ce traitement consiste dans l'emploi du musc : en poudre, à la dose de 1 décigramme en 16 paquets, à prendre quatre à cinq par jour ; ou en potion, de 5 à 10 centigrammes pour 90 grammes d'une potion gommeuse, à prendre par cuillerée à café d'heure en heure. M. Salathié prétend obtenir, à l'aide de ce moyen, des effets tellement rapides qu'il n'est pas permis de douter de l'efficacité du remède. Quel que soit d'ailleurs le jugement porté sur le diagnostic du médecin de Mulhouse, les résultats uniformément heureux du musc dans les névroses du larynx des et voies respiratoires sont conformes à l'expérience. Le musc, en effet, agit sur les appareils respiratoires et circulatoires en calmant les troubles fonctionnels de ces appareils, surtout s'il y a complication d'un état nerveux. Les résultats obtenus par M. Salathié prouveraient donc une fois de plus l'heureuse influence du musc sur les névroses de l'appareil respiratoire, et la nécessité d'insister sur un remède essayé peut-être jusqu'à présent avec trop d'indifférence dans une maladie souvent mortelle et restée jusqu'à ce jour sans remède capable d'en enrayer les fatales conséquences.

Le secrétaire annuel, Dr Al. MAGNE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Bossontrot, né à Saint-Germain-lès-Vergnes (Corrèze) ; *Du choléra épidémique qui a régné dans l'arrondissement de Bayonne* (année 1855).

Rigodin, né à Buzançais (Indre) ; *Des maux de nerfs chez la femme.*

Papy, né à Varilhes (Ariége) ; *Du rhumatisme articulaire aigu.*

Rousseau, né à Bucharest (Valachie) ; *De la thoracentèse ou paracentèse thoracique dans le traitement des épanchements pleurétiques aigus.*

Moilin, né à Cosne (Nièvre) ; *De la pression du sang.*

Voisin, né à Vanves (Seine) ; *De l'hématocèle rétro-utérine.*

Binet, né à Naples (Italie) ; *Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, auteur du *Code médical*, vient d'être nommé par S. M. la reine d'Espagne chevalier de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

Lors de l'étude faite en Espagne d'un projet de loi sur l'enseignement, M. Amette avait été consulté sur la partie médicale de ce projet. La distinction qui vient de lui être accordée est la juste récompense du travail remarquable qu'il avait fait à cette occasion.

— M. le docteur A. Bourgade, de Tbiers (Puy-de-Dôme), vient d'obtenir le deuxième prix au concours de l'Institut de Valence (Espagne), le premier n'ayant pas été décerné. Le sujet était *Des tubercules pulmonaires*. A la suite de ce concours, M. Bourgade a été nommé membre de l'Institut de médecine de Valence.

— La Société anatomique de Paris tiendra sa séance annuelle jeudi prochain 29 avril, à trois heures précises, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

Le banquet aura lieu le même jour, à sept heures, dans les salons de l'hôtel du Louvre.

On s'inscrit jusqu'au 27, chez MM. Blain des Cormiers, 7, rue de l'Université ; Bercioux, à l'Hôtel-Dieu ; Féréol, à la Pitié ; Sirebey, à l'hôpital Lariboisière ; Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

L'élection du bureau aura lieu dans la séance du vendredi suivant, 30 avril.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Du trichophyton, et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, par M. le Dr CRAMOISY. Prix : 2 fr. Chez J. B. Baillière.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 49. — MARDI 27 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 49. — MARDI 27 AVRIL 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 AVRIL 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans la précédente séance, M. le docteur Barthe, chirurgien de la *Sibylle*, a soumis à l'Académie les observations qu'il a faites à bord de cette frégate dans l'Inde, la mer de Perse, la Chine, le Japon, la Manche de Tartarie, Sibérie orientale et Ségalien, les îles Kouriles, etc, pendant les années 1855-56 57. Ces observations portent sur la médecine, l'histoire naturelle et la météorologie. M. Barthe a déposé au Muséum la collection qu'il a faite dans les grandes îles de l'océan Indien et les mers de Chine, Singapore, Hong-Kong, les Chusans. Ses herbiers se composent d'environ 500 ou 600 espèces. Il a pu se procurer des graines vantées en Chine contre la dysenterie, et une espèce de bois voisine des Simaroubées, qui a rendu d'appréciables services dans le courant de la campagne, « campagne, ajoute l'auteur, extraordinaire par les parages parcourus (20,600 lieues marines), par les rudes fatigues, par les longues privations, par les cruelles épidémies supportées par son équipage, par ses pertes considérables, que les bienfaits d'une hygiène attentive, la connaissance des hommes de mer et l'art de les diriger, ont eu le bonheur d'arrêter dans des circonstances bien difficiles. »

Ce dernier médicament a été employé sous forme d'extrait, et avec succès, contre les flux diarrhéiques, dans la première période de la variole épidémique, dans les écoulements scrofuleux de l'oreille, dans quelques cas de dysenterie, dans la fièvre intermittente simple. Il est vanté contre le choléra par les Tagals, qui le disent aussi un emménagogue puissant.

Le mémoire de M. Barthe renferme en outre des détails intéressants de météorologie, de botanique et de conchyliologie qui ne peuvent trouver place ici. Nous reproduisons plus loin (Voir le compte rendu de la séance) quelques extraits de cet important mémoire, qui ont trait aux observations médicales recueillies pendant ce long et périlleux voyage. On y trouvera, entre autres détails instructifs de pathologie et de thérapeutique, des considérations pleines d'intérêt sur les circonstances étiologiques de quelques-unes des épidémies qui ont sévi sur l'équipage, sur les combinaisons de ces épidémies entre elles, et sur l'heureuse influence des mesures hygiéniques mises en œuvre pour les combattre.

M. Puech, qui a déjà fait plusieurs communications à l'Académie sur les lésions des annexes de l'utérus, vient d'adresser un nouveau mémoire sur l'apoplexie des ovaires. Dans deux de ses précédentes communications, il s'était attaché à démontrer que l'hémorrhagie de la vésicule de Graaf et la rétention des menstrues ne sauraient participer à la formation des tumeurs sanguines du petit bassin. Dans ce dernier mémoire, il s'est proposé de démontrer, entre autres faits pathologiques, que l'hématocèle rétro-utérine peut-être est assez souvent une suite de l'apoplexie de l'ovaire.

Notre attention a été amorcée par le titre d'un mémoire de M. Bonnafont : *Réflexions médico-psychologiques sur certaines conditions des sens de l'ouïe et de la vue.* Mais le *Compte rendu* a fait long feu. Nous avons dû nous contenter de cet énoncé.

Parmi les pièces de la correspondance imprimée, nous signalerons une brochure de M. le docteur Guillon ayant pour titre : *De la stricturotomie intra-urétrale, méthode curative des rétrécissements de l'urèthre autrefois réputés incurables,* etc. Ce travail, destiné au concours du prix Barbier, contient un exposé des travaux de l'auteur sur ce point de pratique chirurgicale, et une série de documents historiques et critiques relatifs au mode opératoire qui fait l'objet principal de cette communication.

Nous reproduisons plus loin le discours que M. Dubois (d'Amiens) a prononcé sur la tombe de M. Burdin, et dont il a été donné lecture dans la dernière séance de l'Académie de médecine. C'est un hommage mérité rendu à la mémoire d'un savant modeste qui se recommandait surtout par les qualités du cœur. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Traitement du catarrhe de la vessie.

L'histoire de cette maladie est restée fort longtemps dans une sorte de confusion, d'où l'ont fait sortir de précieux travaux publiés, en France, par M. Civiale et plus tard par M. Mercier. Les causes qui lui furent assignées avaient été imaginées plutôt que déduites des résultats de l'observation clinique, et son traitement fut abandonné tout entier à l'empirisme. La thérapeutique moderne a tout osé et tout entrepris contre l'affection catarrhale de la vessie ; le nombre des agents curatifs importe moins que l'application opportune de chacun d'eux, et sur ce point, la question reste ouverte à des indications pratiques plus nettes et plus précises encore que celles qui ont été précédemment formulées. Il n'y a pas et il ne peut pas y avoir un traitement unique pour le catarrhe, et cela par la raison fort simple que la cause qui produit ou qui contribue à produire cette maladie n'est pas toujours la même. Voilà pourquoi les médications même les plus accréditées, ne réussissent pas dans tous les cas.

Sous quelque dénomination qu'on la désigne, *cystite chronique, muqueuse, catarrhale,* le catarrhe de la vessie est caractérisé par la présence dans l'urine de mucosités qui en troublent la transparence. Au début de l'affection, ces mucosités n'apparaissent que comme un léger nuage ou des filaments presque imperceptibles ; plus tard, leur proportion augmente à ce point qu'elles représentent presque la moitié du liquide expulsé. Ce phénomène coïncide habituellement avec la période la plus avancée du catarrhe. La consistance des dépôts que forme le mucus est si grande, dans certains cas, que la matière adhère fortement au fond et aux parois du vase, en manière de plaques tremblotantes ou de membranes lamelleuses.

La couleur du mucus fourni par la vessie est assez variable ; cependant il offre le plus souvent une teinte grise, jaune, brune ou rougeâtre ; la nuance laiteuse indique généralement une tendance à la sécrétion purulente.

L'urine se présente parfois, chez quelques personnes échauffées, comme on dit, sous l'aspect d'un liquide épais, bourbeux, plus ou moins odorant : ce sont là des immondices de la digestion, et rien de plus. Il ne faut pas oublier, en outre, que l'urine peut être empourprée par un abcès du rein, par l'hématurie ou par l'abondance de l'acide urique, sans que pour cela il y ait catarrhe.

Les urines catarrhales offrent toutes les nuances de la fétidité ; néanmoins l'odeur ammoniacale est celle qui prédomine ; elle se rapporte à la décomposition de l'urée, décomposition qui prélude déjà pendant le séjour du liquide dans le réservoir urinaire.

Lorsque les mucosités ont peu de consistance, elles traversent ordinairement le canal de l'urèthre sans douleur ; dans le cas contraire, leur passage produit une vive cuisson. Cette sensation dépend soit de la composition des urines, soit du degré de phlegmasie du col vésical ou de l'urèthre. Si les épreintes sont modérées, elles se bornent à solliciter fréquemment le besoin de la miction ; si elles deviennent très-intenses, l'urine sort par bonds involontaires : dans ce cas, le spasme se propage jusqu'au sphincter de l'anus lui-même, qui livre passage à des bordées de matière fécale.

La plupart des malades accusent aussi un sentiment de lassitude, d'accablement dans la région lombaire, une tension pénible vers les aines et l'hypogastre, des tiraillements insupportables dans les membres. Ce malaise augmente presque toujours avec la marche, ou bien dans la station assise quand le périnée repose sur le velours.

Dès que, sous une influence quelconque, le catarrhe chronique vient à s'exaspérer, on voit apparaître aussitôt les symptômes

FEUILLETON.

A PROPOS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Plus enclin à blâmer que savant à bien faire.
(BOILEAU, *Art Poétique.*)

S'il est évident que les fourmis et les abeilles soient organisées pour vivre en essaims *en masses*, il est aussi vrai, pour celui qui considère les choses avec un esprit philosophique de bon aloi, que l'homme ne peut conserver *sa santé* qu'à la condition d'éviter la multitude.

Les grandes villes, les réunions en troupes, toutes les agglomérations nombreuses, *et cela sans exception*, sont pour l'espèce humaine des *assommoirs* dévorant les existences, comme les oiseaux détruisent les insectes de l'air, et les poissons d'autres poissons fatalement destinés à leur servir de pâture.

Ceci démontré, la vie est d'autant plus longue et plus exempte de maladie, que l'homme dispose (toutes choses étant égales d'ailleurs) d'un espace plus grand.

Les circumfusa paraissent renfermer une somme de principes vitaux devant suffire à un certain nombre d'existences humaines ; s'il arrive que ce nombre soit dépassé, les maladies se déclarent, et la mort fait place aux survivants.

EXEMPLES PHYSIOLOGIQUES. — Les casernes, les camps, les vaisseaux, les grandes villes.

EXEMPLES PATHOLOGIQUES. — Les hôpitaux de fiévreux, de blessés, de femmes en couches, d'enfants malades, etc.

Les casernes. — Demandez à M. le professeur Champouillon quels sont les ravages de la phthisie pulmonaire dans les régiments, vous en aurez assez, sans parler des autres maladies.

Les camps. — Qui a vu une grande armée en campagne pendant quelque temps sans l'accompagnement obligé des plus affreuses épidémies ? Le typhus n'a pas manqué à la guerre d'Orient, non plus que le choléra ; nous y avons perdu trop de valeureux confrères pour l'avoir oublié.

Les vaisseaux. — Quel affreux spectacle, après une longue navigation, que la vue de ces hommes si allègres au départ, anéantis, malgré leur courage, par le scorbut et les autres affections suites de l'encombrement maritime !

A tout cela nous n'y pouvons rien, et tant que l'homme fera la guerre à l'homme, il nous faudra voir ces causes de destruction tomber sur l'élite des populations.

Passons aux grandes villes.

C'est là où l'anéantissement de l'espèce *a lieu en grand ;* l'exiguïté des logements, l'insalubrité des ateliers et de certaines professions, la mauvaise alimentation, les vices, les excès, la misère, etc., tout sert à détruire la santé et à préparer de graves maladies. Elles se déclarent, et alors on épuise ses faibles ressources ; il n'y a pas de petit chez soi, on veut y rester. Quand tout est consommé, on entre à l'hôpital, la maladie étant plus grave encore ; mais on a résisté tant qu'on a pu. Les malheureux ! il semble que l'instinct du bœuf qui fuit la boucherie les en éloigne ; ils ignorent la statistique, mais leur intelligence suffit à leur faire comprendre qu'*un grand nombre n'en reviennent pas* !

Il est donc bien prouvé que l'agglomération des hommes valides engendre les maladies, et qu'une fois le mal développé, l'encombrement amène la mort.

Nous allons voir ce qui se passe quant à la fièvre puerpérale : c'est la question à l'ordre du jour.

MM. Cruveilhier, Dubois, Depaul, etc., sont d'avis qu'une épidémie se développant, il faut évacuer les salles *et mettre la clef sous la porte ;* là-dessus tout le monde médical honnête et considérable est à peu près d'accord ; mais ce qui est surprenant pour nous autres gens de campagne, c'est que l'on ne s'entende pas parfaitement sur le reste. Ne discutons point sur la nature du poison, nous ne connaissons la nature de rien ; mais observons en les effets. *Comment?*

Est-ce en nous inquiétant si la maladie puerpérale est une lymphangite purulente, une phlegmasie d'une autre nature, ou autre chose ? Qu'est-ce que cela nous fait ? Là n'est pas la question. Un médecin de l'antiquité, consulté par un poitrinaire aux abois sur la forme de ses doigts, lui répondit : Mon ami, ce n'est pas le moment de vous occuper de vos ongles.

Que diriez-vous d'un cuisinier assez peu sensé pour discourir sur les effets de l'empoisonnement par le cuivre, en étudier la marche avec soin, tout en continuant de préparer ses sauces dans un bassin de ce métal ?

C'est cependant ce qui a lieu ici ; je ne comprends pas l'Académie de médecine, et malgré le respect que m'inspire cette société savante, je renonce à donner plus de développement à mon idée, dans la crainte d'y manquer. Je dirai seulement aux membres qui la composent : Abordons franchement la question. La fièvre puerpérale est un *mythe*, M. le professeur Trousseau l'a dit dans un heureux moment ; mais, effrayé des clameurs soulevées par cette proposition, il l'a corrigée en

propres à la cystite aiguë, c'est-à-dire des épreintes continuelles, de la douleur à l'hypogastre, des frissons, de la chaleur, de la soif et de l'insomnie, et le malade peut être emporté en quelques heures.

Le catarrhe vésical est une maladie grave ; quelle que soit la cause qui a pu le produire, si cette cause persiste, le sujet se décourage, dépérit, s'exténue progressivement et meurt.

Ce n'est que depuis que l'on s'est livré à des recherches attentives d'anatomie pathologique sur le catarrhe, qu'on en connait bien la nature, le siége et les causes. Lorque l'affection est récente, la muqueuse de la vessie offre des arborisations vasculaires sinueuses, développées en relief au point de faire croire à un état variqueux du col ou du bas-fond. Si l'inflammation est plus ancienne ou plus avancée, cette membrane prend une coloration rouge, livide, noire, ou simplement ardoisée; ces diverses teintes sont tantôt discrètes, tantôt confluentes. On a signalé toutefois, mais comme exception, la pâleur de la face interne de la vessie à la suite de catarrhes très-anciens. Quand la muqueuse a été le siége d'une inflammation violente ou de longue durée ; quand elle a été vivement brossée par des calculs aspérulents, elle peut offrir toutes les nuances du ramollissement et de l'ulcération. C'est ainsi que se produisent les perforations qui ont été observées. Dans les cas où la tunique musculaire s'est rétractée, la muqueuse épaissie se fronce, se mamelonne en saillies noirâtres qu'on a prises à tort pour des polypes ou des fongus. Ces bosselures se couvrent à leur sommet d'une couche grisâtre dont la nature a été méconnue. Elles résultent tout simplement d'un dépôt de matière phosphatique qui se précipite et adhère à la surface tomenteuse de la membrane malade. Un autre genre de lésion bien décrite par M. Mercier, c'est l'existence d'*alvéoles*, de *poches*, de véritables hernies de la muqueuse à travers les faisceaux charnus de la vessie. Une altération plus rare que les précédentes, c'est l'induration qui atteint le tissu cellulaire sous-muqueux, induration qui peut s'étendre aux fibres charnues et même envahir toute la vessie au point d'en rendre la structure méconnaissable. Au lieu de s'indurer, ce viscère peut se ramollir tout entier, et dans ce cas son tissu est infiltré d'une sanie purulente. Dans l'induration, comme dans le ramollissement, la vessie perd de sa capacité, mais elle acquiert un volume tel qu'elle forme une tumeur considérable au-dessus du pubis.

Enfin l'on a plusieurs fois constaté que les désordres propres à l'inflammation de la poche urinaire s'étendent à l'urèthre, aux uretères et aux reins.

Le catarrhe n'est donc point absolument une maladie essentielle, comme on l'a cru pendant longtemps : il résulte au contraire le plus souvent d'un certain nombre d'états morbides qui précèdent ou qui accompagnent la sécrétion des mucosités. Quelles que soient les qualités de cette sécrétion, celle-ci n'est que l'effet immédiat ou éloigné d'une provocation à la phlegmasie de la surface interne de la vessie.

Les causes de cette inflammation sont fort nombreuses. Il importe de les bien connaître ; il est indispensable surtout de déterminer au juste la participation de chacune à la maladie. Sans cette étude préalable, il n'y a point de traitement rationnel possible, et le praticien risque de s'épuiser en tâtonnements stériles, sinon compromettants.

Il n'est pas très-rare que le plexus nerveux qui s'étend au col de la vessie et à la partie inférieure du rectum devienne le siége d'une névralgie à forme rémittente ; quand la douleur est très-intense ou qu'elle sévit depuis longtemps, elle détermine un mouvement fluxionnaire vers la muqueuse vésicale, qui rougit et s'enflamme ; du mucus flotte dans les urines ou s'en sépare ; la tonicité de l'organe diminue ; la miction, souvent involontaire, s'accompagne d'angoisses intolérables. Pour peu que cet état se prolonge le catarrhe est acquis.

La blennorrhée, ou goutte militaire, le rétrécissement aigu de l'urèthre, l'inflammation des reins, des uretères, de l'utérus, du rectum, du vagin, produisent aussi quelquefois une abondante sécrétion catarrhale en projetant jusque dans la vessie un certain degré d'irritation.

L'hypertrophie ou l'engorgement de la prostate, le rétrécissement indolent ou la coarctation sénile du canal de l'urèthre, opposent à la sortie de l'urine une résistance que la vessie ne surmonte qu'au prix de grands efforts, et encore la miction n'est-elle pas toujours complète. On comprend que cette répétition continuelle de contractions pénibles et insuffisantes doit aboutir à des désordres qui se manifestent habituellement sous forme de catarrhe, lequel dépend tout à la fois de la fatigue de l'organe et du séjour prolongé de l'urine dans son bas-fond.

L'atonie et la paralysie incomplète de la vessie, quelles qu'en soient les causes, agissent de la même manière ; c'est dans ce cas surtout, le plus commun de tous, que la décomposition et la saturation de l'urine stagnante contribuent à l'irritation de la muqueuse vésicale et par conséquent à la production du catarrhe. Celui-ci se montre presque inévitablement dans une autre circonstance, c'est-à-dire lorsque la vessie recèle un corps étranger tel qu'un calcul, et ce calcul peut être lui-même la cause ou la conséquence du catarrhe.

Toutes les maladies, toutes les lésions organiques, aiguës ou chroniques, des parois vésicales, sont capables d'altérer la transparence, l'odeur et la couleur de l'urine, en même temps qu'elles développent un cortége de symptômes formidables.

Le catarrhe vésical se rattache encore à d'autres causes qui agissent plus ou moins directement sur l'appareil urinaire. Il est hors de doute en effet que cette affection peut être occasionnée par la rétrocession de la goutte, du rhumatisme, d'un exanthème, par la suppression d'un exutoire, des menstrues, des hémorrhoïdes, des transpirations habituelles, par l'abus des boissons spiritueuses ou des infusions excitantes, de l'équitation, du coït, de la masturbation, par les professions sédentaires et l'action des climats froids et humides.

Quant aux effets attribués à la contusion du périnée, à la blennorrhagie, aux cantharides, à l'usage continu des sondes, à la lithotritie, ils se bornent généralement à une irritation plus ou moins passagère de la muqueuse vésicale, irritation qui ne saurait être assimilée à un catarrhe proprement dit.

M. Civiale a judicieusement établi en principe que le traitement du catarrhe chronique doit consister à écarter la cause de la maladie, et, quand on ne peut y parvenir, à en atténuer le plus possible l'influence. Les moyens de remplir cette indication, dit-il, ne sauraient être toujours les mêmes, c'est à la sagacité des praticiens à les approprier aux divers cas et à toutes les éventualités qui peuvent surgir. On s'attend, d'après cela, à voir M. Civiale, dans sa pratique, joindre l'exemple au précepte, varier ses médications, les subordonner aux espèces morbides ; l'honorable chirurgien montre, au contraire, une prédilection à peu près exclusive pour les injections d'eau froide dans la vessie.

De son côté, M. Mercier, à l'exemple de Lallemand, semble avoir conclu un pacte avec l'azotate d'argent, qu'il emploie et qu'il recommande comme le plus héroïque de tous les agents qui ont été appliqués au traitement du catarrhe.

Des médecins fort estimables et tout à fait dignes de foi, assurent qu'ils ont obtenu de nombreux succès au moyen d'injections de calomel, de deuto-chlorure de mercure, de sulfate de zinc, de perchlorure de fer, d'iode, d'alun, de carbonate de magnésie, d'eaux minérales, de tannin, de copahu, de goudron ou de suie ; d'autres ont administré avec le même bonheur la térébenthine, l'acide benzoïque, la décoction de bourgeons de sapin, de diosmie, d'uva ursi, de pareira-brava, etc. Enfin, il est des médecins qui n'accordent leur estime qu'à la médication antiphlogistique, aux opiacés ou aux révulsifs.

Il n'est guère vraisemblable que l'un de ces moyens ait constamment réussi, car il eût été absolument inutile d'en rechercher et d'en employer un autre. Tous peuvent être bons, mais selon les périodes et les variétés de la maladie. Cette distinction n'a pas été suffisamment établie, et pourtant elle est la condition essentielle du succès. (*La suite prochainement.*)

RAPPORT MÉDICAL

SUR L'HOPITAL MILITAIRE DE BOURBONNE-LES-BAINS,

Par M. le docteur CABROL, médecin principal.

Au commencement de l'an dernier, M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne, envoyait à la Société d'hydrologie la copie de son rapport officiel sur le service dont il avait été chargé en 1855 et 1856. C'est sur ce travail que M. Lebret a présenté à la Société un rapport qui a été publié dans le dernier numéro du bulletin de cette compagnie. Nous allons en donner un résumé aussi complet, mais aussi succinct que possible.

Et d'abord, signalons une institution de M. Cabrol, qui a créé dans l'hôpital militaire de Bourbonne un cabinet de statistique vers lequel, dit-il, convergent incessamment tous les enseignements journaliers qui ont un rapport quelconque avec l'art médical. Du dépouillement de tous ces documents, complétés par ceux que fourniront, un an après leur séjour, les malades eux-mêmes ou les médecins du corps auquel ils appartiennent, il sera possible de tirer d'utiles conclusions et de déterminer les effets consécutifs du traitement thermal.

Les eaux de Bourbonne sont des eaux *chlorurées sodiques* ou *salines fortes*. Les dermatoses, peu communes d'ailleurs dans le service de M. Cabrol, ont donc dû être réfractaires à l'emploi de ces eaux. On sait que le bain salin ne modifie, et dans une certaine mesure seulement, que les maladies cutanées dépendant d'un état scrofuleux ou lymphatique.

Il en est tout autrement des rhumatismes chroniques, articulaires ou musculaires, dans le traitement desquels les eaux thermales chlorurées sodiques rendent d'éminents services. Il a été remarquable qu'en 1855 et 1856 le nombre des guérisons de rhumatismes musculaires a été moindre que pour les articulaires. M. Cabrol pense que cette différence en moins n'est que temporaire. Mais M. Lebret ne partage pas cet avis, et pense qu'elle constitue au contraire la règle, tant elle semble en rapport exact avec des observations recueillies près d'autres sources salines analogues à celles de Bourbonne.

La paralysie d'origine rhumatismale, c'est-à-dire sans lésion appréciable du centre rachidien, figure parmi les résultats les plus satisfaisants de Bourbonne. On a obtenu des améliorations notables dans cinq cas d'impotence des membres inférieurs suites de fièvres typhoïdes, et dans quelques autres occasionnés par la congélation en Crimée.

Pour l'hémiplégie et la paralysie progressive, elles se sont comportées là comme partout ailleurs, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu d'amendement dans l'état des malades, et que quelquefois même il y a eu des phénomènes d'excitation contre lesquels il faut toujours se tenir en garde.

Mais quand il s'est agi des lésions organiques des os et des affections articulaires dépendant du vice scrofuleux, les succès ont été véritablement merveilleux. Dans ces cas, M. Cabrol croit toujours devoir soumettre les articulations malades à des modes d'action peu énergiques et gradués, à l'exception des ankyloses et de ces empâtements où l'atonie devient un obstacle grave à la résolution.

---

son brillant langage, et l'assistance académique lui a donné l'absolution sur le fond en faveur de la forme.

Moi, malgré ma position infime, je dis, j'affirme, je soutiens et j'imprime que la fièvre puerpérale n'existe *naturellement pas*; ce n'est pas une espèce morbide.

Retournons vingt-cinq ans en arrière, et voyons à quelles persécutions se serait exposé l'imprudent assez osé pour dire : Il y a des entités morbides, des fièvres essentielles, le rhumatisme et la syphilis sont; Sydenham a eu des idées médicales utiles ; Stoll pourrait bien ne pas avoir constamment déraisonné, et Brown lui-même a peut-être bien eu aussi ses moments lucides.

Broussais se serait levé et aurait anéanti le misérable avec le dédain puissant d'un génie vainqueur. Je me place à vingt-cinq ans d'ici, et si l'on me rend justice, alors je serai content, puisque ma seule ambition est de servir l'humanité.

Pourquoi ai-je donc l'audace de rayer du cadre nosologique une maladie admise aujourd'hui par l'Académie de médecine ? Est-ce en vertu du droit qu'a le public de juger ? Quand je vais entendre un opéra, je n'ai pas la prétention d'avoir le mérite musical du compositeur qui a fait la partition, ni celui du poëte qui a composé le livret ; cependant je le juge, ainsi que ses chanteurs et le reste. Il en est de même de toutes choses et de tout le monde. Vous passez dans la rue et vous voyez un misérable bateleur qui exécute des tours de force dont vous avez vu la représentation cent fois, vous détournez les yeux avec indifférence, vous l'avez jugé ; faites-en donc autant, etc.

Je ne m'arroge donc pas le droit de juger, de critiquer, c'est mon droit naturel, et si en le faisant je crois pouvoir être utile, *je dois le faire.*

Reprenons notre propos :

Depuis vingt ans, j'ai fait cinquante accouchements par an, total mille accouchements, et *pas une fois* je n'ai vu la fièvre puerpérale.

J'ai demandé à dix de mes confrères, aussi vieux que moi dans la pratique, où ils en étaient sur ce point, et *tous* m'ont répondu qu'ils n'avaient jamais rencontré la fièvre puerpérale dans leur clientèle.

Or, quand pendant *vingt années*, et sur un nombre de *dix mille accouchements*, on n'a pas constaté l'existence d'un seul cas de cette affreuse maladie, qui tue annuellement trois mille jeunes femmes dans la seule Angleterre, que ce chiffre est sans doute plus grand en France, on n'a pas besoin d'aller plus loin.

Je suis non-seulement de l'avis de M. Simpson, quand il prétend confondre la fièvre traumatique et la fièvre puerpérale, mais je dis ceci : *Les hôpitaux sont des vases impurs*, mettez-y des accouchées, des femmes près de la parturition, des enfants nouveau-nés, vous aurez de la fièvre puerpérale ; des blessés, de la pourriture d'hôpital ; des marins épuisés par la longueur d'un voyage et le régime de la mer, du scorbut; des soldats ruinés par la vie des camps et les émotions de la guerre, du typhus.

Toutes ces espèces ne reconnaissent qu'une seule et même cause, l'encombrement et l'insalubrité des hôpitaux et des grandes villes, il n'y en a pas d'autres; ces manifestations sont identiques quant à leur principe.

Il serait triste mais curieux en même temps d'accumuler en une salle ces éléments divers, et de voir se développer sous des influences identiques toutes les maladies nosocomiales dans le même séjour.

Ces questions ne viennent pas m'émouvoir aujourd'hui pour la première fois. En 1852, alors que j'ai subi mes épreuves pour le doctorat en chirurgie, après quinze années de pratique rurale très-active, surpris de mes succès presque constants dans les opérations, et ne pouvant attribuer tant de bonheur à une habileté que je n'avais pas, j'ai songé à l'insalubrité des hôpitaux et à l'énorme destruction amenée par cette cause ; j'ai écrit alors une thèse sur ce sujet. (26 novembre 1852, Collection de la Faculté de médecine de Paris.) Je me suis efforcé de faire partager à mes juges les impressions qui m'agitaient, et j'ai eu la satisfaction d'avoir *très-satisfait*.

Dans ce travail, reconnaissant que tout établissement de ce genre élevé dans une grande ville, sera toujours insalubre, j'ai proposé la création de cités hospitalières, etc. C'est un plan nouveau et tout entier, qui ne peut même entrer sous forme d'extrait dans un article de ce genre.

Si notre rédacteur en chef veut analyser ce travail, il en trouvera la substance à la Faculté.

Quant à moi, gémissant sur l'état actuel des établissements de l'assistance publique, tout en reconnaissant les bonnes intentions de cette administration pour laquelle tout est à refaire, je ravive mon aiguillon et je dis à mes confrères :

Vous savez ce qui se passe dans les hôpitaux, et combien il y meurt de malheureux auxquels on conserverait la vie par l'emploi d'un autre régime ;

Refusez net votre concours à l'état actuel des choses ;

Réclamez la place qui vous appartient dans les conseils de l'assistance publique, et suivez le plan de mon travail après l'avoir soumis à l'examen de vos lumières et de votre expérience.

Pas de demi-mesures. Que la ligue soit forte ; son principe est louable ; il faut que les secours hospitaliers soient efficaces, et qu'ils ne coûtent plus l'existence à ceux qui les réclameront à l'avenir.

Dr Amédée JOUX (de la Ferté-Gaucher).

La douche forte, suivant lui, est contre-indiquée dans la grande majorité des cas, qu'il s'agisse de luxations, d'entorses, de coxalgies et surtout de tumeurs blanches. La douleur qu'elle détermine pendant son application et qui persiste, indique assez les limites de l'emploi d'un pareil moyen. Mais M. Cabrol regarde la fomentation comme un moyen très-actif; dans deux cas qu'il rapporte, elle a été faite froide, et M. Lebret pense qu'elle n'a eu d'autre effet que celui que l'on devrait à une fomentation hydrothérapique simple. Il faut, du reste, pour obtenir un succès complet, du temps et l'emploi de moyens auxiliaires, massage, exercice, procédés mécaniques.

Des réflexions analogues sont faites par l'auteur à propos des fractures, dont il a observé bon nombre dans son service; ce n'est qu'aux accidents consécutifs que s'adresse la médication, à la douleur, à l'engorgement des tissus, à la difficulté des mouvements, à l'atonie musculaire, etc. M. Cabrol n'a jamais remarqué, comme le dit Magistel, que les eaux de Bourbonne ramollissent le tissu osseux ou exercent une action résolutive sur la texture et le volume du cal, récent ou non. En général, c'est au bout d'un an après l'accident que les blessés sont dirigés sur l'établissement thermal, alors que le cal définitif a remplacé le cal provisoire. M. Cabrol pense qu'il vaudrait mieux envoyer à Bourbonne les infirmes au sortir de l'appareil que plus tard.

Pour les affections traumatiques suites de coups de feu, le nombre des guérisons a été de près d'un quart. L'auteur, dans le but d'éviter certains accidents de pourriture d'hôpital ou de gangrène, a toujours eu soin que l'eau thermale ne touchât pas la plaie tandis que le corps y était plongé. De même, la douche n'a jamais été dirigée sur la région malade.

A la fin de son travail, M. Cabrol a cru devoir prendre date pour les opinions et le plan de méthode que lui suggèrent deux ans d'observation clinique hydrologique.

Après avoir fait exécuter 2,400 pesées sous ses yeux, il a remarqué, au point de vue de l'absorption cutanée, que le poids du corps augmente de 100 à 200 grammes après un bain d'une heure de 25 à 27° R.; qu'il reste le même de 27 à 28; qu'il diminue de 100 à 200 grammes après un bain de 28 à 30° R. Règle générale, suivant lui, les bains et douches de Bourbonne à basse température produisent de meilleurs effets que ceux qui sont pris à une température voisine de celle du sang.

M. Lebret ne peut accepter cette formule sans développements et dans son expression aphoristique, tant la température du bain est appropriée et proportionnée aux variétés nosologiques et individuelles. Il est des cas où la chaleur élevée est certainement utilisée. Il pense donc que la question doit être réservée.

M. Cabrol a observé que l'eau thermale prise à l'intérieur à la température de 50° C. fait rapidement absorber les sels dans l'estomac et produit la constipation; bue à basse température, elle ne favorise que l'absorption de l'eau et devient laxative. Comme dernière remarque, il pense qu'il y a avantage à ne pas enfermer la thérapeutique des eaux minérales dans un cercle étroit, et que les ressources de ce traitement doivent être employées tantôt comme médication principale, tantôt comme médication adjuvante.

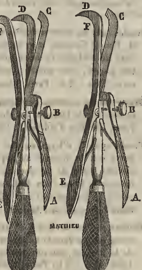
On trouve dans ce travail d'utiles considérations pratiques sur l'application de l'électricité conjointement avec l'emploi des eaux minérales; pour lui, l'électricité seule guérit peu de maladies graves, mais, associée aux eaux stimulantes et toniques de Bourbonne, elle devient un puissant agent thérapeutique. M. Lebret regrette cependant que les faits apportés par M. Cabrol à l'appui de sa manière de voir, manquent de la précision et de la rigueur que l'on est en droit d'exiger.

Mais il conclut en pensant comme nous que son travail, toutes réserves faites sur quelques points, est une bonne acquisition pour l'hydrologie, et qu'il faut le considérer comme un louable concours apporté aux efforts de la société vers le progrès scientifique.

D^r M.

NOUVEAU TRACHÉOTOME.

M. L. Mathieu vient d'exécuter, d'après les indications de M. Marc Sée, prosecteur de la Faculté de médecine, un nouveau trachéotome. Cet instrument représente une sorte de lithotome caché, coudé à son extrémité D terminée en pointe, et dont la gaîne est formée de deux branches D F, mobiles l'une sur l'autre par le moyen d'un levier E. Une vis B sert à fixer d'avance l'étendue dans laquelle la lame C doit inciser la trachée. Celle-ci étant mise à nu et fixée entre l'indicateur et le pouce de la main gauche, le chirurgien ponctionne ce canal près du sternum. Le manche de l'instrument, tourné du côté de la poitrine, est ensuite relevé perpendiculairement au cou. Ce mouvement fait pénétrer toute la partie coudée du trachéotome dans la trachée, qui par là se trouve solidement accrochée. La main gauche de l'opérateur saisit alors l'instrument au niveau des articulations des deux leviers, tandis que le pouce de la main droite fait basculer successivement le levier A pour inciser la trachée, et le levier E pour opérer l'écartement des deux lèvres de l'incision.



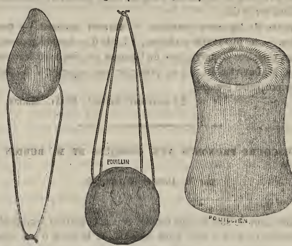
PESSAIRES EN BOLET, OU AGARIC DE CHÊNE.

M. Poullien, bandagiste, a soumis à l'examen de l'Académie quelques-uns des nouveaux pessaires en bolet, ou agaric de chêne, qu'il a construits primitivement d'aprés les données d'Amussat.

M. Poullien est parvenu, à l'aide de procédés particuliers, à faire subir au bolet quelques préparations dont le but est de le rendre plus apte que l'agaric ordinaire à arrêter l'hémorrhagie des petits vaisseaux, à absorber les liquides médicamenteux dans lesquels on le plonge, à servir enfin de moyen de pansement. L'inaltérabilité de sa substance, et la facilité avec laquelle on le nettoye au moyen d'un simple lavage, en font un agent précieux pour la pratique.

En raison de ces propriétés, M. Poullien a eu l'idée de l'employer à la fabricaton des pessaires, soit simples, soit médicamenteux.

L'instrument qu'il désigne sous ce dernier nom est un pessaire ordinaire recouvert d'une couche de bolet préparé, ou même entièrement formé de cette substance. Si le médicament auquel il doit servir de véhicule est liquide, il suffit d'y tremper un instant le pessaire qui s'en imbibe; s'il est demi-solide, on enduit la surface de l'instrument avant de l'introduire dans le vagin. (Pessaire n° 1.)



L'auteur a appliqué cette même substance à la confection des pessaires creux et en godet. Il désigne sous le premier de ces noms une petite coque vide, en ivoire ou en buis, percée d'un trou par lequel on introduit, à l'aide d'une petite seringue, le liquide médicamenteux. Cette coque est recouverte d'une couche de bolet qui s'imbibe du médicament, lequel s'écoule insensiblement par de très-petites ouvertures dont est percée la coque, et agit d'une manière continue sur le vagin. (N° 2.)

Le pessaire en godet est une sorte de cône tronqué de même matière que le précédent, recouvert également d'une lame de bolet. La partie centrale, creuse, est destinée à laisser s'écouler les mucosités qui s'échappent du col utérin. Le pessaire est introduit dans le vagin de telle sorte que le col repose sur le godet placé verticalement, et que l'orifice de l'organe correspond au canal central. Ce pessaire peut être également enduit d'une substance médicamenteuse. (N° 3.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 avril 1858. — Présidence de M. Despretz.

M. BONNAFONT lit quelques passages d'un mémoire intitulé : *Réflexions médico-psychologiques sur certaines conditions des sens de l'ouïe et de la vue.*

Le Mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Pouillet.

Observations médicales. — M. BARTHE communique les observations médicales prises à bord de la frégate *la Sibylle*, pendant la campagne de cette frégate dans l'Inde, la Chine, le Japon, la Manche de Tartarie, etc. Voici quelques extraits de ce travail :

Dyssenterie typhique et scorbut. — J'ai cru reconnaître que les causes de la dyssenterie typhique avaient pris naissance sous les influences climatériques et météorologiques inhérentes aux missions du bâtiment aux Moluques, et peut-être dans le germe de la fièvre jaune qui avait fait cinquante-cinq victimes à bord de la *Sibylle*, dans sa première campagne aux Antilles. Il y avait eu septicohémie due, entre autres causes, aux nuits orageuses et pluvieuses qui se succédèrent du 7 au 13 septembre 1854, et forcèrent d'avoir les sabords et les panneaux fermés. Pour le scorbut; comme causes prédisposantes, les effets de celles de la dyssenterie typhique sous l'influence des climats du Nord, des brumes épaisses et des glaces de l'Ochostk, de la privation de la lumière ou de l'éclairage artificiel obtenu au moyen de l'huile de coco, en l'absence le plus souvent d'une aération suffisante, les produits exhalés des poumons, ceux de la transpiration et des sécrétions diverses, s'ajoutaient à la putridité des miasmes existant à bord. Le froid comprimant la fermentation des substances organiques, l'intoxication devenait lente, la dose du poison introduite dans l'économie plus faible, et partant la nature de la cause obscure. Cependant à la longue le sang s'appauvrissait, l'hydrohémie et l'altération de la fibrine survenaient, d'où la cachexie scorbutique et scrofuleuse si communes à cette époque de misère, où la nourriture était si peu en harmonie avec les besoins; de là, enfin, le scorbut épidémique.

Choléra-morbus. — Pendant ma navigation, j'ai eu occasion de reconnaître les avantages de l'ipécacuanha administré à hautes doses dans les différentes périodes du choléra asiatique. Sur sept cas observés à Manille et à Bombay, cinq furent traités par ce médicament avec succès; les deux autres, par les moyens ordinaires, furent suivis de mort.

Epidémies de grippe larvée et de variole. — La *Sibylle* ne fut pas exempte d'une affection qui a sévi sur l'Europe entière dans les derniers temps; je veux parler de la grippe, et particulièrement d'une espèce larvée ou pseudo-grippe ayant régné en même temps qu'une épidémie de variole. La grippe m'a semblé être le résultat d'un ensemble de causes appartenant à des génies épidémiques divers qui, existant à l'état latent, enveloppent dans des symptômes complexes les populations en produisant chez elles, en même temps, le choléra, la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde; elle serait souvent la compagne ou la suite des grandes épidémies; elle tiendrait de toutes, mêlerait leurs symptômes et se ferait remarquer par l'absence d'une prépondérance bien accentuée de chacune d'elles. La marche concomitante de la grippe larvée et de la variole rendit le diagnostic de cette dernière parfois assez obscur: souvent les deux épidémies parurent se confondre; les symptômes de la grippe furent quelquefois les mêmes que ceux de certaines varioles, moins l'apparition des pustules.

Fièvres rémittentes des pays chauds. — A son départ de Chine, octobre 1856, la frégate fut assaillie par des fièvres graves, fièvres rémittentes des pays chauds, ayant eu quelques points de contact avec la fièvre jaune. Les maladies à cachet exceptionnel et presque toujours à tendance typhique se sont déclarées alors seulement que la température dépassait + 30 degrés par les calmes et les grands phénomènes électriques.

Tels sont les principaux faits médicaux observés dans le courant de la campagne; leur développement prouvera une fois de plus la puissance et les bienfaits de l'hygiène à bord des bâtiments. En effet, lorsque, débarquant de la Virginie, je passai sur la *Sibylle* au Japon, une épidémie de dyssenterie typhique avait désolé cette frégate aux Moluques en 1854-55. Il y régnait depuis deux mois une épidémie de scorbut qui avait atteint 125 hommes sur 462, nombre effectif de l'équipage. Cent décès avaient eu lieu par suite de ces deux épidémies. Elles avaient profondément ébranlé les organismes, considérablement affaibli l'équipage, et donné lieu à des prédispositions fâcheuses qui se sont effacées devant les heureux efforts du commandant Simonet de Maisonneuve, pour associer les règles de l'hygiène aux besoins du service. C'est ainsi que la frégate *la Sibylle* a pu continuer encore pendant plus de deux ans, tenir honorablement son poste dans la division alliée, et porter haut le pavillon de la France dans les missions importantes qu'elle eut à remplir.

Résumé. — Durée de la campagne, 43 mois; distance parcourue, 2,000 lieues marines; total des jours de maladie, 48,788; nombre des morts, 123. (Commissaires MM. Duperrey, Decaisne, Daussy, Sainte-Claire Deville, Andral, Valenciennes.)

Apoplexie des ovaires. — M. PUECH adresse un mémoire sur l'apoplexie des ovaires.

Dans deux précédents mémoires, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, je me suis attaché à démontrer que l'hémorrhagie de la vésicule de Graaf et la rétention des menstrues ne sauraient participer à la formation des tumeurs sanguines du petit bassin. Dans celui-ci que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, j'étudie l'apoplexie de l'ovaire. Les conclusions auxquelles j'arrive peuvent être formulées de la manière suivante :

1° L'apoplexie de l'ovaire est une maladie incontestable, caractérisée anatomiquement par un épanchement de sang, par la destruction des vésicules de Graaf et du stroma en tout ou en partie.

2° Cet épanchement de sang plus ou moins considérable détermine des accidents divers : de là deux terminaisons que l'on distinguera suivant qu'il y aura rupture ou non de la poche sanguine.

3° Lorsque le kyste se rompt du côté du péritoine, l'hémorrhagie peut être mortelle par son fait, ou bien susciter une péritonite qui, mortelle dans la plupart des cas, peut dans d'autres servir à l'enkystement du sang extravasé; lorsque le kyste se rompt vers le tissu cellulaire sous-péritonéal, le sang fuse au-dessous de la séreuse et forme une tumeur extra-péritonéale.

4° Lorsque le kyste ne se rompt pas, le sang se réunit en caillot, le sérum se résorbe, de la fibrine se dépose sur les parois, et peut à la longue amener le retrait de la tumeur; dans d'autres, au contraire, ce travail réveille une inflammation, du pus se forme, et peut se faire jour soit par le rectum, soit par le vagin, soit vers la séreuse, qu'il enflamme.

L'hématocèle rétro-utérine est assez souvent une suite de l'apoplexie de l'ovaire. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

Bouillon de viande de cheval. — M. BELLAT soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Notice sur l'extrait de viande de cheval préparé spécialement pour produire le bouillon gras.*

L'auteur remarque que, si les avis ont été différents relativement au degré de bonté ou de délicatesse des divers aliments qu'on peut préparer avec la viande de cheval, tous sont d'accord sur un point, c'est que le bouillon de cheval est excellent; « parfois même, dit-il, supérieur au bouillon de bœuf. »

Il présente ensuite les motifs qui l'ont déterminé à proposer l'*extrait de viande* pour la préparation de ce bouillon au lieu de la viande elle-même; enfin, il fait connaître en détail le mode de préparation qui permet d'obtenir cet extrait avec toutes les qualités qui le rendent propre à faire un bon bouillon.

Le mémoire se termine par une remarque sur la chair des chevaux à poils blancs, chair qui, d'après les résultats de différents essais, donne un bouillon incolore (au lieu de la teinte ordinaire jaune ambré), une saveur fade et une odeur qui n'a rien d'agréable; l'extrait a un aspect verdâtre et une odeur déplaisante. « La viande elle-même, examinée avec soin, nous a presque toujours, dit M. Bellat, présenté différentes parcelles d'une substance noirâtre semblable au charbon et répandue assez irrégulièrement dans la masse des muscles. »

Le mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Geoffroy-Saint-Hilaire, Payen, Cl. Bernard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 février 1858. — Présidence de M. Picard, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Corps étranger dans l'œil et dans le tissu cellulo-graisseux rétro-oculaire. Atrophie consécutive du globe. — M. COURSSERANT donne lecture de l'observation suivante :

Le nommé F..., au moment de l'attentat du 14 janvier, se sent subitement atteint à l'œil gauche d'une blessure qui est suivie d'une hémorrhagie abondante, et de la perte instantanée et complète de la vision. De retour chez lui, on lui fait appliquer sept sangsues au-devant de l'oreille, un vésicatoire volant à l'apophyse mastoïde, et on instille entre ses

paupières quelques gouttes d'un collyre au sous-acétate de plomb. Cependant les douleurs et le gonflement de la région malaire étant de plus en plus prononcés, du délire même ayant éclaté dans la nuit du 15 au 16, je fus appelé près du malade le 16 au soir, vers huit heures, et je constatai les faits suivants :

Les paupières sont rouges, luisantes, tuméfiées, fortement projetées en avant par la saillie que fait le globe oculaire. La paupière supérieure cache entièrement la cornée transparente et ne peut être relevée, même avec des ménagements extrêmes, qu'au prix de douleurs extrêmement violentes.

La conjonctive bulbaire, boursouflée, infiltrée de sang et de sérosité, ne présente dans les points accessibles à la vue aucune trace de la solution de continuité qu'avait constatée le médecin appelé le premier peu après l'accident.

La cornée transparente, envahie et cachée à sa partie supérieure par la conjonctive chémosée, offre encore un degré de transparence suffisant pour qu'il soit permis de signaler une décoloration marquée de l'iris, des plaques et des filaments opaques, au pourtour de la pupille, dues à des exsudations fibro-albumineuses; enfin un hypopion commençant, et par conséquent tout le cortége des symptômes objectifs par lesquels débute et marche l'iritis.

Si aux phénomènes ci-dessus mentionnés on ajoute une sensation de chaleur brûlante dans la région malade; une douleur vive, profonde, pulsative dans le globe et dans les tissus placés derrière lui, douleur s'irradiant au front et à toute la moitié gauche de la tête; une céphalalgie intense, une soif ardente, quelques envies de vomir; enfin un délire fugace de peu de durée, mais revenant par accès assez rapprochés, on restera convaincu qu'un traitement antiphlogistique et dérivatif énergique devenait urgent. La prescription suivante fut instituée :

1° Saignée du nez de 150 à 200 grammes;

2° Application immédiate de dix-huit sangsues au-devant de l'oreille;

3° Sinapismes;

4° Calomel et belladone à dose fractionnée;

5° Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Quoique sous l'influence de cette médication l'état général et local du malade ait présenté rapidement une notable amélioration au double point de vue du gonflement des parties et des douleurs ressenties par le sieur F..., cependant la décoloration de l'iris se prononça de plus en plus, et de sa face antérieure s'éleva une couche floconneuse d'un jaune brunâtre, laquelle semblait devoir envahir toute la profondeur de la chambre antérieure; plus tard, l'iris reprit peu à peu la coloration pathologique habituelle qu'il offre après les inflammations qui ont envahi son parenchyme.

Les paupières revinrent à leur volume normal; mais une certaine mollesse du globe sous la pression du doigt et une diminution déjà appréciable dans son volume ne laissèrent aucun doute sur le travail atrophique qui allait surgir au sein de cet organe, et y anéantir à tout jamais la faculté visuelle, en se jouant de toutes les ressources de la thérapeutique tant médicale que chirurgicale.

Les lésions de cette nature, ajoute M. Coursserant, c'est-à-dire celles qui résultent de la pénétration dans l'œil de projectiles ou corps étrangers, quelle qu'en soit la nature, sont d'une gravité qu'il importe au praticien de ne jamais perdre de vue : elles peuvent même dans certaines circonstances données acquérir un haut degré d'importance en matière de médecine légale. En effet, voici ce que l'observation attentive des faits permet de conclure à ce sujet.

Quand un corps étranger, surtout de nature métallique, pénètre au sein des membranes internes de l'œil, il y suscite une série plus ou moins longue d'accidents inflammatoires, qui le plus souvent aboutissent à l'abolition complète de la vision, à l'atrophie de l'organe. Non-seulement l'œil blessé se perd, mais encore les douleurs dont il est le siége réagissent, quelquefois par sympathie, d'une manière tellement fâcheuse sur son congénère, qu'un chirurgien distingué d'Angleterre, M. Dixon, n'a pas craint en pareille circonstance de conseiller l'extirpation entière de l'œil malade, dans le but de prévenir l'amaurose dans l'autre, et de mettre par là les malades à l'abri de ces douleurs si vives, si tenaces, dont la persistance amène souvent le marasme et d'autres accidents plus graves encore.

M. MAGNE remercie M. Courssérant de l'intéressante communication, dont il adopte entièrement les conclusions, lesquelles sont d'ailleurs conformes à ses propres observations.

J'ignorais, ajoute-t-il, l'avis de M. Dixon en pareille matière, et j'avoue que je me séparerais de lui s'il s'agissait d'enlever l'œil malade pour épargner une amaurose à l'œil sain; mais toutes les fois, et les cas sont assez rares, Dieu merci! qu'à la suite de la pénétration d'un corps étranger l'œil est le siége de violentes douleurs se répétant à intervalles et que l'atrophie se manifeste, je n'hésiterai pas à pratiquer l'extirpation de cet œil dans le but d'épargner au patient des souffrances atroces et peut-être quelque chose de plus sérieux.

La communication de notre collègue, qui touche à la fois à la saine pratique chirurgicale et à la médecine légale, me rappelle un fait doublement intéressant, et dans lequel le plus triste pronostic fut malheureusement justifié.

Appelé à Bordeaux, il y a deux ans, à donner mon avis pour la fille de M. X..., rue Esprit-des-Lois, on me raconta qu'une camarade de cette enfant, jouant à la pension avec elle, la fit retourner brusquement sur une longue aiguille, qui pénétra dans l'œil droit.

L'accident remontait à plusieurs mois, peut-être un an. Voici ce que je constatai : La pupille, élargie par l'atropine, laisse apercevoir des fragments capsulaires bordant en haut le petit cercle iritique; le cristallin a disparu. L'aiguille a donc agi comme dans une opération de cataracte. La vision est complétement abolie. Je suppose que le corps étranger, après avoir déchiré l'appareil cristallinien, a été plus profondément labourer la rétine. Extérieurement l'œil présente une toute petite tache de la cornée, cicatrice de la plaie d'entrée.

La conjonctive n'est pas enflammée, mais quelques gros vaisseaux rampent à la surface de la sclérotique, et le globe de l'œil, offrant au toucher la sensation d'un œil d'émail, présente un commencement d'atrophie.

La jeune X... souffre toujours de cet œil, et parfois les douleurs deviennent atroces; l'enfant a beaucoup maigri.

Dans la consultation qui me fut demandée et qui était destinée à paraître devant la justice, voici quel a été mon pronostic, un peu hasardé peut-être, mais justifié par quelques autres observations antérieures et auquel malheureusement l'issue a donné pleine raison : — La jeune X... est condamnée à vivre dans des douleurs oculaires pendant un temps dont on ne saurait fixer la limite, si toutefois les accidents ne prennent pas un jour un caractère beaucoup plus sérieux. La malade mourut quinze mois après d'une méningite avec parotidite du côté de l'œil perdu. L'autopsie n'a pas été faite. Cette observation, comme vous le voyez, vient confirmer la communication de notre collègue.

Déchirure profonde des muscles. — M. CARON a été appelé à donner ses soins à un malade qui, dans une imprimerie, a eu la jambe prise dans une machine qui a labouré profondément la masse musculaire surmontant le tendon d'Achille; M. Caron a tenté une réunion immédiate, tout en plaçant le membre dans les conditions nécessaires au rapprochement des extrémités musculaires.

M. GUERSANT, tout en approuvant la conduite de M. Caron, doute de la possibilité de la réunion immédiate. C'est surtout en baissant la pointe du pied, dit notre collègue, qu'on peut espérer diminuer le vide qui sépare les deux masses charnues.

M. CARON n'a pas manqué de satisfaire à cette condition, qu'il a remplie à l'aide d'un coussin de balle d'avoine recouvert d'une attelle s'étendant sur le tibia.

Rupture du ligament rotulien. — Nouvel appareil. — Succès complet. — M. DUVIVIER a obtenu, à l'aide d'un nouvel appareil, la guérison complète d'une rupture du ligament rotulien avec écartement énorme. M. Duvivier est prié de présenter cet appareil à la Société dans sa prochaine séance.

Le secrétaire annuel, Dr AL. MAGNE.

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. BURDIN

par M. DUBOIS (d'Amiens).

Messieurs,

Quatre jours se sont à peine écoulés depuis la perte si regrettable de M. Chomel, et déjà la mort nous ramène sur le bord d'une tombe! Elle poursuit sa fatale moisson : nous voici de nouveau appelés à rendre le tribut d'un dernier et douloureux adieu à la mémoire d'un autre de nos collègues, du sage, du modeste, du consciencieux Burdin.

Ces pertes si cruelles et si rapprochées me laissent à peine le temps de reprendre la liberté de mes idées, et dans ce trouble de mon âme, dans ce tumulte de mes sentiments, je cherche en vain des paroles qui puissent répondre à vos regrets et exprimer ma douleur.

M. Burdin est mort plein de jours, il s'est éteint doucement dans les bras de ses parents et de ses amis; homme simple et un peu timide, il était éloigné de tout faste et de tout éclat; mais c'est un devoir d'autant plus sacré pour moi d'élever la voix, au milieu de cette sainte et funèbre cérémonie, que dans cette perte si imprévue, j'ai à déplorer une calamité qui m'est en quelque sorte personnelle. Malgré une différence d'âge assez marquée, M. Burdin avait toujours eu pour moi et pour les miens la plus tendre et la plus inaltérable amitié; c'était une fête pour cet excellent homme de me recevoir dans sa famille, où je ne trouvais d'ailleurs que des cœurs bienveillants et des visages amis. Je répondais à ces prévenances, Messieurs, par un respectueux dévouement et un attachement profond; qui pouvait d'ailleurs le connaître sans l'aimer et sans l'estimer? qui pouvait ne pas admirer l'égalité et la douceur de son caractère, la finesse et la solidité de son esprit? Sa vie tout entière, Messieurs, a été une leçon de sagesse, de discrétion, de désintéressement, de modération et de bonté.

Né à Lyon en 1777, Claude Burdin avait fait ses premières études à Chambéry, sous la direction d'un oncle ecclésiastique; il dut ensuite revenir à Lyon pour y commencer ses études médicales. Il les avait poussées assez loin, lorsque la tourmente révolutionnaire l'obligea, comme tant d'autres, à se réfugier dans nos armées; il n'avait pas même vingt ans lorsqu'il se fit attacher à l'armée d'Italie en qualité de chirurgien de 3e classe; en décembre 1797, ces temps, Messieurs, sont déjà loin de nous! il faisait partie du corps d'armée qui, sous les ordres du général Berthier, dut marcher sur Rome.

Quel spectacle pour un jeune homme qui venait à peine de terminer ses études, que cette ancienne capitale du monde, cette antique cité que nos troupes allaient visiter pour la première fois!

Attaché ensuite à la 55e demi-brigade, M. Burdin assista à la bataille de la Trébia, il y fut fait prisonnier par les Russes. Il passa plus tard à l'armée de Nice, et se trouvait dans ses rangs lors du blocus de Gênes. C'est là que par suite de fatigues excessives, de nuits passées au bivouac, au milieu des montagnes, sa santé fut tellement altérée, qu'il dut solliciter un congé de convalescence.

La 55e demi-brigade ayant ensuite fait partie de l'armée dite de Batavie, ce n'est qu'à Flessingue, en l'an IX, que M. Burdin put enfin obtenir un repos qui lui était si nécessaire.

Vers le commencement de ce siècle, M. Burdin reprit ses études médicales à Paris; il y soutint sa thèse pour le doctorat en juillet 1803; il avait retrouvé dans l'école de santé de Paris un frère plus âgé que lui, Jean Burdin, dont la vive amitié et les sages conseils lui furent très-utiles.

A partir de 1807, M. Burdin fit constamment partie des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, d'abord dans le 8e arrondissement, puis dans le 7e, et fut ainsi médecin des indigents pendant plus de quarante ans.

Les deux frères Burdin rivalisaient de zèle et de dévouement dans ce service si pénible et si méritant, sans négliger pour cela de cultiver la science dans ce qu'elle a de plus élevé; aussi l'Académie de médecine, en 1823, s'empressa de les accueillir tous les deux dans son sein, l'aîné en qualité de *membre honoraire*, le jeune en qualité d'*adjoint résidant*.

M. Burdin se fit surtout remarquer au milieu de nous par l'aménité de son caractère, la sûreté de son jugement et la rectitude de son esprit; exempt de tout préjugé, fort de son indépendance, il était l'ennemi né de toute espèce de charlatanisme. En 1837, fatigué d'entendre préconiser jusque sur nos banquettes les prétendues facultés merveilleuses des somnambules magnétisées, d'entendre sans cesse parler de transposition de sens, de vue à distance ou à travers des corps opaques, il déposa une somme considérable chez un notaire, pour être donnée en prix à celui qui, devant une commission académique, prouverait expérimentalement la réalité d'un fait de cette nature; on sait que ce concours demeura ouvert pendant trois ans, que bien des tentatives furent faites, et qu'elles tournèrent toutes à la confusion des magnétiseurs.

Quelques années après, M. Burdin composa, de concert avec votre secrétaire perpétuel, une *Histoire académique du magnétisme animal*; la part qu'il prit à cette collaboration fut considérable; c'est lui surtout qui insista pour que ce livre fût le développement de cette pensée empruntée à Cabanis, et prise pour épigraphe :

Que le sublime de la philosophie est de nous ramener au bon sens.

Mais, Messieurs, en ce triste et solennel moment, ce que nous devons le plus admirer et regretter dans M. Burdin, ce n'est ni le lettré, ni le savant, ni le zélé académicien, c'est avant tout et uniquement l'homme de bien, l'homme de cœur, le praticien infatigable, ou si vous le voulez, le simple médecin qui avait consacré toutes les forces de son âme et de son corps au soulagement des malheureux, qui à chaque nouveau genre de misère aurait voulu opposer un nouveau genre de bienfaisance, qui ne pouvait enfin se trouver en face d'une infortune sans éprouver le besoin de lui porter secours.

Puisse, Messieurs, le faible tribut que nous venons payer à la mémoire de M. Burdin, verser quelques consolations dans le sein de sa famille et adoucir vos unanimes regrets!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, MM. Eichinger et Duval ont été nommés internes de l'hôpital civil, et MM. Rustegho, Müller, Filliette, Poncet et Schürr, externes au même hôpital.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* vient de publier la statistique médicale du département du Bas-Rhin. Elle comprend :

165 docteurs en médecine, 53 officiers de santé, 72 pharmaciens, 504 sages-femmes, 4 herboristes.

Les médecins y sont répartis de la manière suivante :

Communes au-dessous de 1,000 habit.,		6 docteurs,	9 offic. de santé.	
— de 1,000 à 2,000	»	18	»	16 »
— de 2,000 à 5,000	»	46	»	18 »
— de 5,000 à 12,000	»	19	»	2 »
Strasbourg. 77,656	»	76	»	8 »

— M. le docteur Richard, médecin des prisons à Colmar, vient de mourir à l'âge de cinquante-quatre ans.

— En Allemagne, la mort a frappé récemment deux facultés de médecine : à Breslau, le célèbre botaniste Nees von Esenbeck, et à Berlin, le professeur Busch, l'un des accoucheurs les plus distingués de l'Allemagne, sont morts à peu de jours de distance.

— M. le docteur Robert vient de publier à Strasbourg le premier numéro d'une *Revue hydrologique*. « Placé au centre d'un grand nombre d'établissements d'eaux minérales, dit la *Gazette de Strasbourg*, assuré de la collaboration de médecins distingués, M. Robert ne peut manquer d'obtenir pour sa *Revue* un succès digne de ses efforts. »

— M. Adde-Margras (de Nancy), qui avait conçu l'idée d'ériger un monument à Jenner, et M. Lefol, viennent de donner leur démission de président et de membre de la commission pour l'érection de cette statue.

— La Société anatomique de Paris tiendra sa séance annuelle après demain jeudi à trois heures précises, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

Le banquet aura lieu le même jour, à sept heures, dans les salons de l'hôtel du Louvre.

On s'inscrit jusqu'au 27, chez MM. Blain des Cormiers, 7, rue de l'Université; Berciaux, à l'Hôtel-Dieu; Féréol, à la Pitié; Siredey, à l'hôpital Lariboisière; Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

L'élection du bureau aura lieu dans la séance du vendredi suivant, 30 avril.

—M. le docteur Coursserant commencera son cours public et gratuit des maladies des yeux, le 30 vendredi avril, à son dispensaire, rue Saint-Jacques, 174, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à dix heures et demie précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Études sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme; par M. Ernest GODARD, interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société de biologie et de la Société anatomique. 1 vol. grand in-8° de 164 pages, avec quatre planches lithographiées et des figures dans le texte. Prix : 5 fr. Paris, librairie de Victor Masson.

Étude sur le chancre céphalique; par M. le docteur Alfred FOURNIER, ex-interne de l'hôpital du Midi. In-8° de 47 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, librairie d'Adrien Delahaye, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Traité spécial d'hygiène des familles, particulièrement dans ses rapports avec le mariage au physique et au moral, et les maladies héréditaires; par M. le docteur Francis DEVAY, professeur de clinique interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc. Deuxième édition, refondue et corrigée. Un très-fort vol. in-8°. Prix, 9 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — Paris, librairie de Labé.

Études sur les cavités de l'utérus dans l'état de vacuité, depuis la naissance jusque dans la vieillesse, par le docteur F. GUYON, aide d'anatomie de la Faculté, interne lauréat des hôpitaux, etc. In-4° avec 2 planches, 1858. Prix : 2 fr. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École de médecine, 23.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 50. — JEUDI 29 AVRIL 1858. (31e ANNÉE.) N° 50. — JEUDI 29 AVRIL 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AVRIL 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans la séance du 30 mars dernier, M. P. Dubois, après avoir traité les principales questions relatives à l'origine et à la nature de la fièvre puerpérale, s'était engagé à compléter sa lecture par quelques considérations sur le traitement et la prophylaxie de cette affection, et sur un des points les plus délicats soulevés par cette discussion, la contagion. Il a tenu hier son engagement.

M. Dubois est contagioniste, mais il est contagioniste avec mesure, avec tempérament, et l'expérience lui a appris à apporter de grandes réserves dans l'énoncé de son opinion sur ce point toujours si difficile et si délicat de la pathologie.

L'importance des faits invoqués en faveur de la contagion par les effluves émanés des malades ne lui paraît pas contestable; il ne prétend pas même que la propagation de la fièvre puerpérale par les inoculations involontaires soit impossible; mais il se retranche derrière cette observation générale, « que l'origine en quelque sorte artificielle et secrète de ces faits pathologiques, ne repose que sur une présomption qui peut être admise sans contredit, mais que des esprits sévères pourront toujours contester. » Usant de ce droit, il a soumis à une analyse rigoureuse les faits invoqués à l'appui de ces deux modes de contagion, et il en est résulté que beaucoup de ces faits étaient au moins exagérés, que quelques-uns avaient été mal interprétés. Il a rapporté à cette occasion un exemple très-frappant de ce que peuvent quelquefois de singulières coïncidences, et du danger qu'il y aurait à conclure trop vite, et à leur faire leur part.

En résumé, des faits et des réflexions que M. Dubois a exposés à l'Académie, il ne conclut pas que la fièvre puerpérale ne saurait être considérée en aucun cas comme une affection contagieuse, et que l'on peut renoncer sans scrupule aux précautions prescrites par la juste et prévoyante sollicitude de ses collègues. Il se borne à affirmer que cette propriété contagieuse n'est ni aussi constante, ni aussi active, ni surtout aussi persévérante que les innombrables récits qui ont été publiés tendraient à l'établir.

« L'homme, a-t-il dit en commençant, est si peu disposé à chercher en lui-même et dans la fragilité de sa nature physique la cause des maux qui l'affligent, que sa première impulsion la lui fait supposer partout ailleurs. Le médecin est à chaque instant le confident de cette faiblesse, et celle-ci n'est probablement pas étrangère à la tendance autrefois si générale des esprits à prêter à presque toutes les maladies un caractère contagieux. » Et il ajoute, un peu plus loin, qu'il n'est pas éloigné de croire que sur des questions de cette nature les médecins eux-mêmes ont une certaine part de la faiblesse commune. C'est avec ce sentiment vrai des choses que M. Dubois a pu se maintenir, dans l'examen de cette délicate question, à l'abri des exagérations si communes que s'opposent les uns aux autres et les contagionistes et les anti-contagionistes.

M. Dubois a apporté le même esprit de judicieuse critique et la même circonspection dans l'appréciation des diverses méthodes de traitement proposées contre la fièvre puerpérale. En un mot, tout ce qu'une expérience consommée, tout ce qu'un esprit sûr et droit, tout ce qu'une critique sévère pouvaient jeter de lumière sur ce grave sujet, M. Dubois l'a mis au service de l'Académie; ...et cependant que d'obscurités, que de difficultés, que de sujets de controverse subsistent encore!

Mais que parlons-nous de confusion, d'obscurités et de controverse! Jamais question fut-elle aussi simple et aussi claire! De quoi vous préoccupez-vous, de chercher à vous débrouiller entre la doctrine essentialiste et la doctrine localisatrice; qu'allez-vous chercher si la maladie puerpérale est une fièvre ou une phlegmasie, si c'est une lésion locale généralisée ou une affection générale localisée; si c'est une maladie spécifique ou un état organique plus ou moins complexe ayant sa cause unique et sa raison d'être tout entière dans les conditions du traumatisme puerpéral, etc., etc.; et quant à cette troisième opinion, que l'on a cherché à insinuer en manière de moyen terme et à glisser au milieu des dissidents comme gage de conciliation, à la faveur d'une combinaison éclectique des deux principes antagonistes; quand on vous aura démontré qu'elle n'est elle-même qu'une troisième erreur, vous serez bien avancés. Que n'avait-on eu recours plus tôt à un expédient dont on s'est avisé hier seulement, et qui, imaginé au début de la discussion, nous aurait épargné une demi-douzaine de discours au moins! La fièvre puerpérale ou l'état puerpéral est un *tocisme!* Et par les merveilleuses vertus de ce mot toute confusion cesse aussitôt, toutes les obscurités se dissipent comme par enchantement, la lumière se répand partout, et il faudrait être bien endurci dans l'esprit de dispute pour trouver encore le moindre prétexte à controverse.

Mais, demanderont peut-être quelques lecteurs indiscrets ou peu familiarisés avec le grec, que veut dire *tocisme?* Tocisme vient de τοκος, enfantement, d'où les mots de tokographie, tokographe, tokologie, tokologique, tokologues; d'où l'on peut faire encore tokopathie, tokomanie, etc., mots peu usités, il est vrai, dans le langage usuel, et peut-être à tort, car qui sait si ce n'est pas là la cause de beaucoup d'erreurs en matière d'accouchement et de beaucoup de dissidences entre les accoucheurs? Seulement le mot est peut-être un peu trop francisé; *tokisme* nous semblerait beaucoup plus conforme à la véritable étymologie..... Mais nous allions omettre de dire que M. Piorry avait dit des choses très-sérieuses dans son discours. L'espace nous manque en ce moment pour les signaler à nos lecteurs, nous en tiendrons compte en temps et lieu. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. DELPECH.

De la rougeole.

Au n° 15 de la salle Sainte-Jeanne est entré le 21 mars un homme de 36 ans, courrier, jouissant habituellement d'une bonne santé. Il a été vacciné et n'a jamais eu de fièvre éruptive.

Il a toussé pendant une partie de l'hiver, sans être obligé de s'aliter.

Il a pris le lit le 17 mars. Il se sentait fatigué depuis trois jours, avait de la fièvre, du larmoiement, du coryza. Son rhume habituel s'était exaspéré. Il souffrait beaucoup de la gorge. Le samedi 20 mars, la fièvre était plus vive, le coryza plus intense. Les narines laissaient suinter un liquide clair et chaud qui irritait vivement la lèvre supérieure. Le soir il fut pris de sueurs abondantes, et s'aperçut d'une éruption de taches rosées qu'il remarqua d'abord sur la poitrine.

A son entrée, la face, le cou, la poitrine et le ventre sont couverts d'une éruption de taches rosées disposées en forme d'îlots, figurant plus ou moins nettement des croissants à bords déchiquetés. Ces taches sont légèrement saillantes, plus abondantes à la poitrine et au dos.

Il y a encore un léger coryza, et les conjonctives sont un peu injectées.

Le malade tousse beaucoup. Les crachats sont blancs, aérés, abondants. La poitrine est pleine de râles sibilants et muqueux.

La peau est un peu chaude, sans sécheresse. Le pouls est à 76.

Nous sommes en présence d'une rougeole des mieux caractérisées, et comme ce fait peut, surtout au point de vue des caractères de l'exanthème, nous servir de type, je le prendrai pour base d'une description générale de la rougeole.

La rougeole n'est pas simplement une maladie inflammatoire de la peau; c'est une pyrexie dont les manifestations tiennent à un état général. Nous la définirons donc une pyrexie exanthémateuse, épidémique ou contagieuse, caractérisée du côté de la peau par une éruption spéciale, et du côté des muqueuses par du coryza et de la bronchite.

Les premières notions sur la rougeole sont dues aux Arabes. Rhazès en a tracé un tableau assez exact, et l'a décrite en même temps que la variole et la scarlatine avec laquelle il l'a en partie confondue. Mais il faut arriver à Sydenham et surtout à Borsieri pour la voir nettement distinguée. Son étude a été complétée par des recherches modernes.

On reconnaît habituellement à la rougeole quatre périodes :

1° Une période d'incubation;

2° D'invasion;

3° D'éruption;

4° De desquamation.

L'incubation dure un temps indéterminé. Dans une épidémie observée par M. le professeur Trousseau, à l'hôpital Necker, par où la maladie fut apportée par un enfant venu du dehors, le premier sujet affecté fut atteint au bout de douze jours. On a voulu préciser au moyen de l'inoculation la durée de l'incubation. Bien que l'inoculation ait paru réussir dans certains cas, on doit cependant conserver encore quelques doutes sur les faits de cette nature. Quoi qu'il en soit, la période d'incubation aurait été, dans ces circonstances, de sept à dix jours.

MM. Rilliet et Barthez pensent que l'incubation peut durer beaucoup plus longtemps. Elle serait en moyenne de quinze à vingt jours. Dans un cas, elle aurait été de cinquante jours.

L'invasion se manifeste par un malaise général. Rarement elle est signalée par un frisson bien déterminé, mais plutôt par des bouffées de chaleur, de la céphalalgie et de l'inappétence. Presque immédiatement surviennent tous les signes du coryza et de la laryngo-bronchite : Eternuement, enchifrènement, bientôt suivi de la sécrétion d'un liquide clair, chaud, souvent assez âcre pour irriter la lèvre supérieure. Injection des conjonctives, larmoiement; toux fréquente, présentant souvent un timbre particulier qui lui a valu le nom de toux *férine.* On a considéré ces différents états des muqueuses comme liés à un exanthème spécial affectant le tégument interne au même titre que l'exanthème, qu'ils précèdent, affectera la peau.

Poursuivant plus loin cette hypothèse de l'exanthème, on est allé jusqu'à considérer la fièvre comme due à un exanthème du système vasculaire (docteur Helft, 1843).

Du côté des organes digestifs, l'exanthème est intéressant à étudier. On observe une angine bien différente comme forme et comme intensité de l'angine scarlatineuse. Dans cette angine, la rougeur de l'arrière-gorge est caractéristique. Le voile du palais et les piliers sont couverts de taches rosées, semi-lunaires, déchiquetées, laissant entre elles des intervalles de muqueuse saine et tout à fait analogues à l'éruption cutanée. Les amygdales sont plus ou moins gonflées. Cet état s'accompagne de fièvre avec soif vive et chaleur à la peau, beaucoup moins ardente que dans la scarlatine.

Les vomissements sont rares; nous verrons combien ils sont fréquents dans la variole. Il y a quelquefois de la constipation, plus souvent de la diarrhée, surtout chez les enfants à l'époque de la dentition.

A cette époque, les urines sont rares et sédimenteuses. A ces signes viennent se joindre, dans les rougeoles graves des enfants, l'assoupissement, les convulsions, le délire. Cette période d'invasion peut durer de 2 ou 4 jours à 8 et même 15 jours. En général, plus la rougeole est intense, plus les prodromes sont longs. On sait que dans la variole c'est le contraire qui a lieu, et qu'une variole confluente est ordinairement annoncée par des prodromes dont la durée ne dépasse pas quarante-huit heures à trois jours au plus. Il est d'ailleurs difficile d'établir d'une manière nette la durée de cette période. Chez notre malade, par exemple, la toux durait depuis quelque temps déjà sous l'influence d'une bronchite préexistante, et les phénomènes généraux seuls devenus plus marqués, signalèrent l'apparition de la rougeole.

Dans quelques cas, la période d'invasion manque, et l'éruption apparaît comme la première manifestation de la maladie.

L'exanthème commence le plus souvent par le menton. Il se manifeste sous forme de petites taches d'un rouge vif, disparaissant sous le doigt, et que MM. Guersant et Blache comparent aux taches lenticulaires de la fièvre typhoïde ou à des papules de variole naissante. Cette dernière comparaison est d'autant plus juste qu'il est assez habituel de voir les taches de la rougeole faire, surtout à la face, une légère saillie plus appréciable au doigt qu'à la vue. Dans certains cas où cette saillie est très-prononcée, on a admis une forme ou variété particulière de la rougeole dite boutonneuse.

La rougeur de l'éruption est variable. Elle est plus vive à la face, où la vascularisation est plus prononcée. La teinte pâlit ou s'anime à différents moments de la journée, suivant que le mouvement fébrile est plus ou moins prononcé. Les malades se plai-

gnent de démangeaisons plus ou moins marquées dans les points occupés par l'éruption. Les taches envahissent successivement la face, la poitrine, le dos, le ventre et les membres. D'abord distinctes, elles se réunissent par quelques plaques irrégulières affectant en général la forme de croissants à bords déchiquetés. *Racematim coalescent*, a dit Sydenham.

L'éruption est complète en vingt-quatre ou quarante-huit heures; M. Boudin l'a vue compliquée de sudamina.

Si on examine la gorge du malade, on y trouve une éruption tout à fait analogue à celle de la peau qu'elle précède toujours. Elle est constituée par un piqueté caractéristique d'un rouge plus ou moins vif. M. Helft a insisté sur cet exanthème dont l'intensité est, suivant lui, en raison inverse de celle de l'éruption cutanée. Cette assertion ne trouve pas sa confirmation chez le malade que vous observez. Chez lui, l'éruption de l'arrière-gorge et celle de la peau présentent une intensité considérable. Suivant quelques auteurs, cet exanthème amènerait une desquamation analogue à celle de la peau, démontrée par la présence d'une quantité considérable de cellules épithéliales dans le produit des différentes excrétions.

Vers le quatrième jour de l'éruption en moyenne, arrive la période de desquamation. Celle-ci se fait par une sorte de poussière farineuse et non par plaques, comme dans la scarlatine. Les taches persistent encore à cette période, et s'effacent peu à peu à mesure que la desquamation s'effectue. Celle-ci dure de 6 à 8 jours, et coïncide ordinairement avec l'amendement de tous les accidents.

La fièvre est vive dans les périodes d'invasion et d'éruption. Elle l'est moins cependant que dans la scarlatine, où l'on voit souvent le pouls s'élever à 140 et même 160 pulsations. Il dépasse rarement 110 à 120 dans la rougeole.

Chez notre malade, nous avons compté seulement 76 à 80 pulsations; mais déjà l'éruption était arrivée à la période d'état.

Tous les auteurs ont noté, depuis Sydenham, que la fièvre ne tombe pas aussitôt après la période d'éruption, comme dans la variole. Elle se maintient et persiste souvent dans la période de desquamation.

La chaleur s'élève jusqu'à 38, 40° (Andral). Elle est en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile.

La bronchite avec toux particulière, dite *férine*, est un des symptômes les plus constants de la rougeole. Elle suit immédiatement le coryza et la pharyngite. A l'auscultation on constate la présence de râles sibilants ou ronflants, bientôt suivis de râles muqueux. La dyspnée peut être portée à un très-haut degré. Les crachats, d'abord aérés et mousseux, deviennent à la fin de la maladie compactes et nummulaires comme des crachats de phthisique.

La stomatite ou la gengivite, l'angine, ont généralement peu de gravité. Nous y reviendrons à propos des complications.

La rougeole régulière suit une marche qui ne varie que très-légèrement. La fièvre, le coryza, la bronchite signalent la période d'invasion, qui dure de deux à quatre jours. Ces symptômes s'exaspèrent jusqu'à l'apparition des taches, dont l'évolution se fait en quatre jours environ, dont deux jours pendant lesquels les taches restent stationnaires; puis survient la période de desquamation, qui varie de quatre à huit jours.

La terminaison de la rougeole est généralement favorable.

Le *diagnostic* présente un grand intérêt, et doit être étudié à chaque période de la maladie.

La période d'incubation offre peu de chose à signaler. Cependant lorsqu'un enfant, à un moment donné, s'est trouvé exposé à contracter plusieurs fièvres éruptives concomitantes et qu'on le voit pris de fièvre et d'angine plus ou moins vives au bout de quatre ou cinq jours, il y a tout lieu de s'attendre à une scarlatine, l'incubation de la rougeole étant en général beaucoup plus longue. A la période d'invasion, on ne peut guère être exposé à confondre une rougeole avec une variole discrète. La difficulté du diagnostic, si nettement signalée par Sydenham, ne se présente que pour la variole confluente. On tiendra alors compte de cette remarque, que, dans la rougeole, la période d'invasion est d'autant plus longue que la maladie sera plus intense. Nous avons dit que c'était le contraire pour la variole confluente. Au troisième jour terminé, et surtout au quatrième, une éruption confluente, douteuse au début, sera donc rapportée à la rougeole. D'ailleurs le coryza, le larmoiement, la bronchite, sont les phénomènes du début de la rougeole. Les vomissements, la rachialgie, signalent au contraire le début d'une variole.

Dans les prodromes de la scarlatine, l'angine est remarquable par son intensité. Quelquefois l'éruption apparaît le jour même où la fièvre débute. Les prodromes sont à peu près constamment beaucoup plus courts. Nous ne reviendrons pas sur l'intensité bien différente de la fièvre.

Mais il est un autre ordre de phénomènes qui fournit des données précieuses pour le diagnostic différentiel de ces trois affections; nous voulons parler de ceux que donne l'examen de la gorge, phénomènes qui permettent le plus souvent d'annoncer à l'avance la nature de la fièvre éruptive.

L'examen du pharynx est un point capital, et qui ne doit jamais être négligé quand on se trouve en présence de phénomènes pouvant faire prévoir une fièvre éruptive.

L'arrière-gorge du scarlatineux est presque pathognomonique. La couleur écarlate de la muqueuse finement pointillée de taches petites et souvent bien séparées; la teinte déjà écarlate de la langue à cette période, et dans d'autres cas son enduit épais et jaunâtre cerclé d'un bord rouge intense, auquel succède l'aspect lisse et comme glacé de la surface qui paraît dépouillée; la présence assez fréquente de concrétions pultacées à la surface des amygdales et du voile du palais, sont des phénomènes qui appartiennent spécialement à la scarlatine.

Dans la variole, l'arrière-gorge ne présente pas de teinte écarlate. Les taches disséminées, quelquefois saillantes et vésiculeuses, qu'on observe sur la muqueuse, ne tardent pas à présenter des pustules dont l'évolution se fait rapidement, et qui apparaissent sous la forme de petites taches blanchâtres, circulaires, à peine saillantes, et s'ulcérant presque aussitôt après leur apparition.

La période d'éruption présente des différences beaucoup plus tranchées encore dans les trois affections qui nous occupent.

Les taches de la scarlatine paraissent d'abord à la poitrine, aux plis articulaires, à l'aisselle, à la région inguinale. Elles manquent souvent à la face. Elles donnent à la peau, à un premier examen, l'aspect d'une coloration uniforme due en réalité à un pointillé fin et très-abondant. En outre, l'éruption scarlatineuse s'accompagne presque constamment d'une miliaire très-marquée, principalement au pli de l'aine.

Dans la scarlatine intense, les symptômes cérébraux, les vomissements sont fréquents. La diarrhée est rare. Le gonflement des pieds et des mains est un fait habituel, et qui ne se retrouve jamais dans la rougeole. Nous insistons sur ce diagnostic. Il n'est pas d'une médiocre importance, en effet, à la fin d'une de ces éruptions sans caractère tranché, et qui font hésiter les plus habiles, de distinguer encore la rougeole, qui n'a presque jamais de suites graves, de la scarlatine si fréquemment suivie d'accidents ultérieurs.

A la période d'éruption, la variole ne pourrait être confondue qu'avec la rougeole boutonneuse. Tout en ayant égard aux symptômes qui ont signalé la période d'invasion, on pourra par le simple examen de l'exanthème établir le diagnostic. Les boutons morbilleux sont mous, s'affaissent facilement, sans trace d'ombilic. Ceux de la variole sont durs, et présentent de bonne heure à la loupe une vésicule transparente à leur sommet. Ils ne tardent pas à s'ombiliquer. D'ailleurs les saillies de la rougeole diminuent rapidement et s'éteignent en quelques heures. Quant à la desquamation, nous avons vu qu'elle se faisait dans la rougeole par une poussière fine, furfuracée, tandis que dans la scarlatine l'épiderme tombe par larges écailles, surtout aux mains et aux pieds, dont les orteils se dépouillent souvent tout d'une pièce. Quoique moins intéressant à cette période, le diagnostic n'est pas cependant indifférent en vue de la direction à donner au malade.

St-BARTHOLOMEW'S HOSPITAL. — M. Lawrence.

Forme particulière et très-rare d'inflammation destructive de la cornée. — Extirpation des deux yeux.

Anne Price, âgée de 25 ans, domestique, entre à l'hôpital le 2 janvier. Elle sort de *Fever Hospital*, d'où on l'a renvoyée au bout de deux jours, parce que sa maladie n'avait aucun trait de fièvre spécifique. C'est une femme maigre, pâle, cachectique. Son œil gauche est très-proéminent; la conjonctive présente un chémosis, elle est œdématiée et très-rouge. La cornée opaque et du jaune d'une peau tannée, commence à s'ulcérer; ni pus, ni écoulement. La malade se plaint d'une violente céphalalgie.

Elle raconte que son œil s'est enflammé il y a une dizaine de jours et qu'elle a éprouvé de cruelles douleurs dans la tempe. Son mauvais état de santé remonte au commencement de l'été, où elle a beaucoup souffert d'une diarrhée. Ses yeux, les deux selon elle, ont paru depuis ce moment proéminents, au point que ses compagnes lui en ont fait l'observation. Cependant elle avait pu rester en place jusqu'à l'apparition de cet accès fébrile, qui avait présenté un caractère si particulier que, croyant à une fièvre, on l'avait dirigée sur l'hôpital destiné au traitement de ces affections. L'œil droit n'offre rien qu'un peu de déplacement en avant.

La destruction de la cornée de l'œil gauche devint bientôt complète; l'œil était totalement perdu. M. Lawrence se détermina à enlever le globe. Cette opération fut pratiquée par le procédé ordinaire, trois semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital. A ce moment l'œil était très-proéminent et entouré d'une muqueuse très-gonflée et très-développée. L'iris et la pupille étaient recouverts d'une couche de lymphe jaune durcie. Pendant l'opération rien ne vint expliquer la proéminence extrême du globe de l'œil; il n'y avait en arrière ni abcès ni tumeur. A l'exception de la destruction de la cornée, l'œil n'offrait aucun changement dans sa structure; il ne contenait pas de pus. L'opération eut une heureuse influence sur la céphalalgie, qui disparut; mais la conjonctive resta toujours assez œdémateuse pour empêcher le rapprochement des paupières.

Une semaine après l'opération, l'œil droit était attaqué par la même affection qui venait de détruire l'œil gauche. La conjonctive devient sèche, œdémateuse; la cornée, devenue opaque, ne tarde pas à se couvrir d'une croûte desséchée. En enlevant cette concrétion quelques jours après sa formation, la cornée apparaît avec sa forme régulière, mais entièrement opaque, sa surface desséchée et rugueuse; des ulcérations se produisent, l'œil fait saillie, et bientôt l'iris est complétement mis à nu, sans voile protecteur.

L'extirpation de ce globe est aussi décidée, et le 6 mars la malheureuse est reconduite à l'amphithéâtre. Une couche de lymphe jaunâtre occupait le centre de l'œil faisant une forte saillie, entourant l'iris, etc., et tout autour existait un bourrelet de conjonctive rouge, sèche et très-gonflée. Après l'opération on trouva, comme pour l'œil gauche, la rétine, la choroïde, le corps vitré dans un état de santé apparente; tout le mal se bornait à la partie antérieure de l'œil.

Remarques. — Cette observation était unique dans la longue carrière de M. Lawrence, lorsqu'une quinzaine de jours après il fut appelé en consultation par M. Alexander auprès d'une dame sur le retour. Cette malade offrait tout à fait la même affection qui venait de priver notre pauvre femme de ses deux yeux. C'était une inflammation destructive de la cornée, sans cause apparente. Dans les deux cas, on observait la projection de l'œil en avant, sans trouver d'autre raison que l'œdème du tissu cellulaire de l'orbite. Dans aucun, on ne put découvrir de suppuration; le globe et l'orbite ne renfermaient pas de traces de pus. La différence d'âge et de position permet d'établir que l'affection n'est pas placée sous l'influence de dispositions spéciales de manière de vivre et d'une période quelconque de la vie. Dans l'observation de notre jeune fille, il est à noter que le second œil n'a été affecté que longtemps après le premier, et que, malgré les progrès du mal, la patiente avait recouvré son appétit et présentait un état général bien plus satisfaisant. M. Alexander n'a jamais vu de maladie semblable.

Il ne sera pas inutile, pour compléter l'observation, de dire un mot du traitement mis en usage.

On s'est surtout attaché à calmer les douleurs. La céphalalgie avait été assez douloureuse pour nécessiter l'emploi d'une vessie remplie de glace appliquée sur le front, l'usage de la morphine, et une fois l'application de quelques sangsues; enfin, diète légère.

Si maintenant quelqu'un veut nommer cette affection, heureusement très-rare, du nom d'*affection diphthéritique*, nous le prierons d'avoir bien présent à l'esprit que l'exsudation dont nous avons parlé couvrait seulement la cornée. La conjonctive était sèche dans presque toute son étendue et privée de toute sécrétion. (*Medical Times and Gazette.*)

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE dans la phthisie pulmonaire.

par M. le docteur Paul Tondut (de Niort).

J'ai lu avec intérêt, dans le numéro du 27 février, la note de mon honorable confrère M. Delaplagne, à propos de l'emploi de l'huile de foie de morue dans les affections chroniques de la poitrine, et je suis loin de partager le dédain que M. le professeur Rostan affecte pour ce médicament. La thérapeutique moderne doit, au contraire, se montrer fière de s'en être enrichie et de le compter au nombre de ceux dont l'efficacité est la plus certaine; il semble même étrange qu'employé empiriquement depuis si longtemps par les peuples du Nord, il n'ait été admis en France que depuis une dizaine d'années à peu près.

L'efficacité de l'huile de foie de morue dans le traitement du rachitisme et de la scrofule est tellement incontestable; elle a été reconnue tant de fois par la presque unanimité des médecins, que je ne m'y arrêterai pas.

Je désire surtout aborder cette affection si cruelle dans laquelle son rôle a été nié bien souvent et traité d'imaginaire par quelques-uns, je veux parler de la phthisie pulmonaire. Je ne prétends pas que ce médicament soit d'un succès certain dans la plupart des cas de cette terrible affection; il ne s'agit pas de l'administrer systématiquement à toutes les périodes du mal et chez tous les sujets. Avec un pareil système, il est sûr qu'on échouera. Loin de moi une telle pensée. Je crois, au contraire, contre l'opinion anglaise, que lorsqu'on est arrivé à la troisième période de la maladie, lorsqu'il y a formation de cavernes profondes qui désorganisent le poumon, il est impossible d'enrayer la marche fatale de l'affection, et l'huile de foie de morue ne ferait qu'accélérer de fâcheux symptômes. Ce n'est que dans la première période et au commencement de la seconde, lorsqu'on a à combattre une toux sèche et fréquente, avec ou sans expectoration, des sueurs nocturnes, une fièvre lente et un amaigrissement marqué, enfin tous les signes certains de tuberculisation démontrés par l'auscultation et la percussion, que le praticien aura à se louer de l'emploi de l'huile de foie de morue.

Mais devra-t-il l'administrer indistinctement sans avoir égard à l'âge des individus, au sexe, au tempérament, à l'idiosyncrasie? Evidemment non.

Nous avons dit, dans notre *Traité médical des Eaux-Bonnes* (page 66) :

« La phthisie pulmonaire, étudiée sous le rapport de ses manifestations morbides, se traduit au dehors par des caractères particuliers sous trois formes spéciales :

» 1° Forme atonique;

» 2° Forme subinflammatoire;

» 3° Forme spécialement nerveuse.

» La forme atonique est de beaucoup la plus fréquente, et se présente surtout chez les sujets d'un tempérament lymphatique, scrofuleux, chlorotique, etc., chez lesquels il existe une lenteur particulière de toutes les fonctions de l'économie. »

C'est dans cette forme atonique que l'huile de foie de morue est indiquée, et que nous avons eu lieu d'être satisfait de son administration.

Dans les deux autres formes, subinflammatoire et nerveuse, on a surtout affaire à un sujet d'un tempérament sanguin, sans trace d'amaigrissement, et chez lequel, au premier abord, on serait loin de soupçonner le mal caché. Dans ces cas, qui sont en

petit nombre, l'huile de foie de morue ne sera d'aucun secours.

Ce médicament agit de deux manières dans ce que je pourrais appeler la cachexie tuberculeuse, et contre l'amaigrissement et contre les tubercules; c'est à la fois un aliment et un médicament qui facilite la digestion, soit en émulsionnant les matières grasses, soit en excitant le mouvement péristaltique de l'intestin. Aussi a-t-on pu constater par des pesées exactes l'engraissement rapide des malades soumis à ce régime, qui peut se rapporter, sous certains points, à la méthode d'engraissement un peu trop exclusivement préconisée par quelques praticiens dans cette affection. Pour que l'huile de morue produise de bons résultats, on doit l'employer seule, à l'exclusion de tout autre remède, pendant le traitement; on peut alors voir clairement les résultats qu'elle offre à elle seule; il est bon toutefois d'y associer dans certains cas, à certains intervalles, les eaux sulfureuses, le lait d'ânesse, les sirops balsamiques, toutes choses dont je me suis bien trouvé.

Des deux espèces, blonde et brune, d'huile de foie de morue, la brune est préférable. On les obtient par l'ébullition ou la putréfaction à l'air libre des foies déposés dans des baquets; l'huile blonde surnage à la surface, et la brune, plus dense, reste au fond, s'imprégnant davantage des matières organiques dont elle sort. Elle est plus foncée en couleur et heureusement la moins chère et la plus facile à se procurer. Elle contient plus de matières nutritives et de principes médicamenteux que la blonde. Dans ma pratique particulière, j'ai quelquefois à traiter des enfants de corroyeurs qui reçoivent pour la préparation des peaux chamoisées des tonneaux d'huile de foie de morue, qui a dans cette industrie une grande supériorité sur les autres huiles animales; je leur fais prendre pour leurs malades l'huile la plus brune, précipitée au fond du tonneau, car c'est en effet la plus active.

D'après l'analyse chimique de l'huile de foie de morue, on a voulu attribuer ses propriétés thérapeutiques aux divers principes qu'elle contient, soit à l'iode, soit au chlore, aux éléments de la bile, aux acides gras, à la gaduine, etc., et d'après ces données certains chimistes ont cru pouvoir la remplacer par des huiles factices contenant un peu d'iode, des sels de fer, etc. Aujourd'hui on est revenu de ces prétentions, et la chimie a dû avouer son impuissance à substituer un produit chimique à une huile naturelle fabriquée de toutes pièces. On doit renoncer de même aux procédés destinés à lui ôter sa saveur empyreumatique et sa mauvaise odeur de poisson, aux sirops, pilules et électuaires dans lesquels on a tâché de la déguiser, ce qui n'a pu être fait sans l'altérer.

Il vaut mieux recourir à l'huile de foie de morue naturelle, dont le mode d'administration est, du reste, plus facile qu'on ne le pense généralement.

Les enfants, qu'au premier abord on soupçonnerait devoir être les plus récalcitrants, sont ceux qui s'y habituent le mieux, et j'ai souvent vu, pendant mon externat à l'hôpital des Enfants-Malades, dans les services de MM. Gillette et Bouvier, les petits malades voir arriver avec plaisir l'heure de la distribution du médicament et lécher même la cuillère qu'on leur présentait.

Il est loin d'en être de même chez les personnes plus âgées, parmi celles surtout dont le système nerveux est très-irritable. Chez quelques-unes, l'ingestion de l'huile de morue excite des nausées et des vomissements qui forcent d'en suspendre l'emploi.

J'ai recours, auprès des malades difficiles, à un moyen bien simple (*Tr. méd. des Eaux-Bonnes*, p. 114). Au lieu de faire prendre l'huile dans l'intervalle des repas, ce qui occasionne une digestion souvent laborieuse, c'est immédiatement avant le repas que je l'administre; mais je fais préalablement humecter la bouche avec un sirop de menthe ou d'oranges, puis l'huile est avalée et glisse sans difficulté jusqu'à l'estomac. Dès que la déglution a eu lieu, je la fais suivre d'une seconde prise de sirop pour ôter à la bouche tout mauvais goût, que le repas vient ensuite dissiper entièrement (1).

La dose est de deux à quatre cuillerées à bouche par jour pour les adultes, et d'autant de cuillerées à café pour les enfants.

L'usage souvent répété de l'huile de foie de morue finirait par irriter l'intestin et amener quelques coliques et de la diarrhée; aussi j'ai pour habitude d'en suspendre l'usage de temps à autre, pendant huit à quinze jours, et de la remplacer dans cet intervalle par quelques verres d'Eaux-Bonnes pris deux ou trois fois par jour.

La médication hydro-sulfureuse jointe à l'huile de foie de morue est d'un bon effet dans le traitement de la tuberculisation pulmonaire. Mais, aux eaux minérales exportées, il faut autant que possible joindre l'usage des eaux prises à la source. Or, si dans quelques cas de phthisie au premier degré on n'a pas eu à se louer de l'huile de foie de morue, je crois qu'on doit l'attribuer surtout au manque de soins hygiéniques, au défaut d'exercice, de promenades, au changement d'air et de climat, qui sont d'un si grand secours dans cette période de la tuberculisation.

On trouvera donc ces conditions diététiques réunies dans un voyage aux eaux des Pyrénées, où l'on aura à ajouter à cette thérapeutique naturelle l'administration des eaux sulfureuses, dont on retire chaque jour de bons résultats. Il y a là deux stations thermales importantes pour la maladie qui nous occupe, les Eaux-Bonnes et Cauterets; mais je ne veux pas m'écarter de mon sujet, me réservant d'étudier dans un autre article l'action des eaux sulfureuses dans les affections chroniques de la poitrine. Je reviens à l'huile de foie de morue pour conclure que, si dans beaucoup de cas de phthisie tuberculeuse, ce médicament ne peut amener la guérison de cette redoutable diathèse, il a toutefois le pouvoir, dans la plupart des cas, d'enrayer les progrès de la maladie, et de prolonger l'existence du malade. Nous dirons donc avec M. Trousseau que l'huile de foie de morue, dans le domaine de la thérapeutique rationnelle, est une des plus heureuses conquêtes de notre époque.

(1) Un bon moyen pour faire prendre de l'huile de foie de morue aux enfants est le suivant : on leur donne à leur déjeuner une sardine à l'huile, et, au lieu de l'huile contenue dans la boîte, on verse sur la sardine une cuillerée à café d'huile de foie de morue; le lendemain, on augmente la dose, et il est rare qu'au bout de huit jours l'enfant le plus indocile ne prenne pas très-facilement la dose du médicament qui lui est prescrit.

A. J.

MALADIE SIMULÉE.

Libération du service militaire.

Par M. le docteur MORÈRE, de Montléon-Magnoac (Hautes-Pyrénées).

Le sieur S., marchand ambulant, d'une intelligence médiocre, mais d'un caractère froid et résolu, redoutait beaucoup l'état militaire. Quelques mois avant le tirage au sort, étant alors à Marseille, il se mit à simuler une maladie des oreilles avec surdité complète. Il fit appeler un médecin, et dans la déclaration de ce praticien (qui a été lue publiquement par M. le préfet au conseil de révision), il est dit qu'à la suite d'une otite double il est survenu *une surdité avec paralysie de la langue*.

Soixante jours avant le tirage au sort, alors que S... était rentré chez ses parents, je fus mandé pour lui donner des soins. Après un examen attentif, je me retirai avec cette conviction que le jeune homme simulait. Appelé plus tard devant le conseil de révision pour donner mon opinion et m'expliquer relativement aux faits dont j'avais été le témoin, ma conclusion fut celle-ci : je ne connais pas d'exemple d'une *surdi-mutité complète* à la suite de la maladie qu'on signale. Lorsque l'otite passe à l'état chronique et qu'il y a otorrhée, on observe quelquefois une surdité plus ou moins prononcée, mais je ne sache pas qu'il y ait jamais eu paralysie de la langue. D'ailleurs, la paralysie de la langue n'entraînerait que la perte de la parole, tandis qu'ici il y a plus encore, la voix fait défaut. La parole et la voix sont deux phénomènes bien distincts : l'un se passe dans le larynx, l'autre résulte de l'action des diverses parties de la bouche et surtout des lèvres.

En admettant que la maladie dont il s'agit eût amené la perte de la parole par suite de la paralysie de la langue, elle n'aurait pas produit par cela même l'aphonie, car pour que la voix fût perdue, il faudrait admettre une paralysie des muscles intrinsèques du larynx, ou bien l'ouverture de la trachée artère ou du larynx au-dessous de la glotte. En effet, au-dessus de cet organe, la parole seulement ferait défaut. Mon avis est donc qu'il y a simulation.

Déclaré propre au service militaire, S... fut incorporé dans le 11e régiment d'infanterie de ligne, en garnison à Bordeaux. Pendant onze mois, il fut soumis à toutes les épreuves imaginables, et cela chaque jour, à toute heure, à toute minute. Grâce à une persistance et à un courage peu communs, il parvint à vaincre tout obstacle, à supporter toutes les expériences, à mettre en défaut la vigilance la mieux entendue. Dans la nuit, afin de ne point parler au milieu de ses rêves, il plaçait sur sa langue un morceau de cuir, qu'il enfonçait jusqu'à l'arrière-bouche. C'était, ainsi qu'il l'a dit lui-même, *pour que l'esprit ne vînt point trahir la matière*.

Ce qui a pu induire les médecins en erreur dans l'examen qu'ils ont fait des organes de la voix, et leur faire supposer une paralysie de la langue, c'est que cet organe se maintenait dans un état complet d'immobilité. Néanmoins, d'après les différences que j'ai signalées entre la production de la parole et celle de la voix, il me paraît difficile de confondre ces deux phénomènes.

S... mastiquait et avalait ses aliments sans remuer la langue. Cet organe, projeté au dehors, en haut ou latéralement, était immobile, et on ne le faisait rentrer dans la cavité buccale qu'à l'aide des doigts. En présence de ces faits, l'autorité militaire prononça la réforme, et S.... fut renvoyé dans ses foyers avec un congé définitif.

Craignant que ce ne fût une nouvelle ruse imaginée par ses chefs, il continua à jouer le même rôle pendant quelques jours. Enfin, bien convaincu de la sincérité de sa libération, il parle ou plutôt il veut parler, mais, chose bizarre! non-seulement il ne peut pas articuler un seul mot, mais sa langue se refuse encore à tout mouvement. On commença généralement à croire à une punition divine, mais un liniment ammoniacal, employé en frictions sur les régions latérales du cou, et quelques autres soins appropriés amenèrent au bout de huit jours une guérison complète. Aujourd'hui S..., parle aussi distinctement que par le passé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 avril 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Philbert, médecin à Bulgnéville (Vosges), sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Crainvilliers;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans les départements de Seine-et-Oise, de la Loire, de la Nièvre et du Calvados (commission des épidémies);

3° Un mémoire intitulé *Observations sur la vaccine*, par M. le docteur Testal (commission de vaccine);

4° Les rapports sur les services médicaux des eaux minérales suivants : de Bilazais (Deux-Sèvres), par M. le docteur Foucart; des eaux du département de l'Ariége, par MM. les docteurs Dehoey, Bordes-Pagès, Alibert et Verger; des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Izarié; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Fabas; de Propiac (Drôme), par M. le docteur Loubier; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur Finaz (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Hergott (de Strasbourg) adresse une observation de fistule vésico-vaginale, compliquée de brides cicatricielles très-solides, guérie par l'opération suivie de la cautérisation pratiquée d'une manière nouvelle. (Commissaires, MM. Bégin et Jobert.)

— M. le docteur Pons (de Vigan) adresse un mémoire sur la constitution humaine, les facultés mentales, la folie et son traitement. (Commissaire, M. Baillarger.)

— M. le docteur Remilly (de Versailles) adresse un travail ayant pour titre : *De la revaccination dans les lycées*. (Commission de vaccine).

— M. A. Legrand adresse un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. MICHEL LÉVY présente au nom de l'auteur, M. Eug. Pelikan, professeur à l'Académie de Saint-Pétersbourg, un ouvrage intitulé *Contributions à la médecine légale, à la toxicologie et à la pharmacodynamique*.

— M. J. CLOQUET dépose sur le bureau un mémoire de M. Barthe intitulé : *Observations médicales prises à bord de la frégate* LA SIBYLLE, pendant la campagne de cette frégate dans l'Inde, la Chine, le Japon, etc.

— M. VELPEAU présente à l'Académie un travail de M. Mattei, ayant pour titre : *Du rôle que joue la précipitation de la lymphe plastique dans la production des fièvres puerpérales, des résorptions purulentes et des résorptions putrides*.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Mouronval, membre correspondant, à Bapeaume (Pas-de-Calais).

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. ROBINET lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports sur les demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes. Les conclusions négatives sont adoptées.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les fièvres puerpérales.

La parole est à M. Paul Dubois.

M. P. DUBOIS. Messieurs, en terminant la première communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie sur le grave sujet dont elle s'occupe en ce moment, j'avais annoncé que je lui dirais mon sentiment sur les dernières parties du programme tracé par M. Guérard, et tout d'abord sur la question très-controversable de la contagion. Quoique cette question, traitée par nos collègues MM. Danyau et Depaul avec le consciencieux talent que vous leur connaissez, ait été résolue par eux dans un sens complétement affirmatif, et quoique cette solution paraisse acceptée sans réserve par les orateurs qui leur ont succédé, je vous demande la permission d'en dire quelques mots encore.

Comme mes deux collègues, j'ai enseigné la doctrine de la contagion en ce qui concerne la fièvre puerpérale; bien qu'aujourd'hui ma conviction reste la même, il me semble prudent de faire quelques réserves à ce sujet.

Parmi les questions nombreuses et ardues que l'on rencontre dans l'étude de la pathologie, il en est peu qui soient plus obscures que celles qui touchent à la propriété contagieuse des maladies, et cependant il en est peu dont la solution soit plus facilement proposée et acceptée.

L'Académie me permettra de lui rappeler que deux modes de transmission de la fièvre puerpérale ont été admis; l'un par des effluves émanés des malades elles-mêmes, l'autre par l'inoculation involontaire et accidentelle de l'élément toxique de cette maladie.

La doctrine de la contagion par des effluves invisibles suppose en effet que ces effluves sont réels, qu'ils peuvent être recueillis par les vêtements de l'accoucheur, des garde-malades ou de toute autre personne, qu'ils peuvent être transportés au loin et pendant longtemps sans perdre de leurs propriétés infectieuses, et qu'enfin ils peuvent être transmis à des sujets prédisposés, par les conditions mêmes de leur état puerpéral, à en être gravement affectés.

Si cette transmission et ses effets étaient aussi communs et aussi faciles qu'on l'a supposé, si même elle était possible dans les conditions quelquefois étranges de temps et de distance, qu'impliquent les récits qui ont été publiés à ce sujet, la fièvre puerpérale devrait sans contredit être considérée comme la plus contagieuse de toutes les maladies; il serait en effet à peu près impossible qu'une nouvelle accouchée se maintînt, sinon sans être victime, du moins sans être sérieusement menacée, dans l'atmosphère réputée infectieuse, non seulement des malades elles-mêmes ou de leurs gardes, mais même des personnes auxquelles elles auraient donné, ne fût-ce que temporairement, des soins. En est-il réellement ainsi? Je n'ose pas répondre formellement à cette question par la négative, quand deux de mes honorables collègues et amis, pour l'opinion desquels j'ai une déférence bien méritée, se sont montrés favorables à la doctrine de la contagion par es effluves; mais je puis déclarer du moins que la question ainsi posée ne me paraît pas complétement jugée.

En attendant l'exposé des témoignages invoqués à l'appui de la contagion, vous avez dû être frappés de leur nombre, et surtout de leur similitude en un point. Leur but commun est d'établir que c'est dans la pratique d'un ou de quelques accoucheurs exclusivement que se produisent ces longues séries d'atteintes de fièvre puerpérale.

Quelle est la signification de ces faits? Il ne peut y en avoir qu'une, et la voici.

Un premier cas se manifeste sous l'influence probable d'une cause épidémique ou autre, mais il résulte de la propriété contagieuse de la maladie que ce premier cas devient l'origine de ces manifestations successives et si nombreuses qu'indiquent les documents qui ont été signalés à votre attention. Le principe contagieux, transporté d'une victime à une autre par l'accoucheur et à son insu, remplit dans la propagation du mal et dans ses manifestations successives le rôle important que nous attribuons à une cause plus générale et plus vraie, l'influence épidémique. Cette doctrine, acceptée par un certain nombre de pathologistes et poussée à ce point de faire des maisons d'accouchement le berceau des épidémies présentes, cette doctrine ne me paraît pas fondée. La contagion, si elle est réelle, ce que je ne veux pas contester, ne saurait avoir l'influence qui lui est prêtée. Aussi ne puis-je admettre qu'avec une certaine incrédulité une partie au moins de ces récits de cas malheureux se succédant avec une désespérante continuité dans la clientèle d'un seul praticien.

Cette réserve serait déjà justifiée à mes yeux par cela seul que les témoignages invoqués me paraîtraient inspirés par des idées scientifi-

ques inexactes; elle me paraît l'être à plus forte raison si ces témoignages sont en désaccord avec ma propre expérience.

Dans une carrière déjà longue et qui, grâce à des circonstances exceptionnelles, a été très-remplie, j'ai eu le malheur de voir plusieurs de mes clientes atteintes de fièvre puerpérale et y succomber; mais jusqu'à l'épidémie de 1855-1856, ces cas avaient été constamment isolés. Je viens d'en traverser une autre au début même de cette année, et quoiqu'elle ait été très-meurtrière dans les salles de la Clinique, que j'aie assisté à plusieurs des autopsies sans y prendre, il est vrai, une part directe et surtout manuelle, quoiqu'enfin je n'aie pris d'autres précautions que celle de changer une partie de mes vêtements, aucune de mes clientes n'a souffert de cette triste éventualité. Aussi me paraît-il permis de penser que dans l'appréciation des faits nombreux de contagion réelle ou présumée, il faut faire une large part à l'exagération et à la singularité des coïncidences. Je demande à l'Académie la permission de justifier cette double allégation, en la rendant juge de la valeur de certains faits qui ont trouvé place dans des publications estimables.

Gooch rapporte sérieusement qu'un praticien très-occupé perdit successivement plusieurs de ses clientes atteintes de fièvre puerpérale; qu'attristé de ce résultat, il céda sa clientèle à un confrère voisin, que pendant cette suppléance il n'y eut aucune atteinte nouvelle de la maladie; mais un mois entier s'étant écoulé, le praticien rassuré pensa qu'il pouvait, sans danger, reprendre ses occupations. Malheureusement la même cause, c'est-à-dire sans doute l'atmosphère infectieuse de l'accoucheur persévérant, les mêmes faits se reproduisirent. La première femme que ce médecin assista succomba comme les précédentes.

Dans un mémoire présenté à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, le docteur Moir a cru devoir soumettre à l'attention de la Société les faits suivants :

Le docteur Reid, alors en Irlande, assista quelques pauvres femmes en travail; une d'elles succomba à la fièvre puerpérale, et il en fut de même de celles qui reçurent ultérieurement ses soins. Ayant plus tard quitté l'Irlande pour se fixer momentanément à Londres l'automne suivant, il fut appelé auprès d'une femme en travail; le hasard voulut qu'après ce long intervalle et cette distance parcourue ses vêtements fussent précisément ceux qu'il avait portés en Irlande; il s'ensuivit que la pauvre patiente fut atteinte de la fièvre puerpérale, et y succomba. Il en fut de même de deux autres. Parti plusieurs semaines après pour la Nouvelle-Galles du Sud, il assista pendant son accouchement la femme d'un soldat qui se trouvait à bord. Comme cette malheureuse était dans un dénûment extrême, il lui prêta des draps dont il s'était servi pendant son séjour à Londres; il n'en fallut pas davantage pour que cette femme succombât à la fièvre puerpérale; quatre autres femmes qui accouchèrent pendant la traversée éprouvèrent le même sort.

Enfin, le professeur Patterson a fait connaître au docteur Simpson le cas suivant : Un accoucheur, après avoir perdu quelques-unes de ses clientes, qui avaient succombé à la fièvre puerpérale, vit ces malheurs se suspendre dès qu'il eut la pensée de changer de vêtements et de se laver avec une solution de chlorure de chaux. Cependant un cas funeste vint l'affliger encore; il en chercha la cause, et il découvrit qu'il avait fortuitement repris une paire de gants dont il s'était servi dans le cours d'une épidémie précédente.

Après avoir fait une part à l'exagération des partisans de la contagion, voyons maintenant s'il est juste de faire une part à la singularité capricieuse des coïncidences.

Vers la fin de l'année 1855, j'assistai pendant son accouchement une jeune dame dont les premières couches avaient été difficiles et malheureuses. Cette fois l'accouchement fut facile et prompt. Mais l'accouchée éprouva rapidement les premières atteintes d'une fièvre puerpérale. Elle se rétablit lentement. Deux autres clientes auxquelles je donnai mes soins quelques jours plus tard furent très-sérieusement atteintes de la même maladie, et succombèrent l'une et l'autre très-rapidement. Ces circonstances, dont j'entretins alors l'Académie, m'impressionnèrent assez vivement pour m'inspirer une défiance très-naturelle.

Je priai alors mon collègue M. Depaul de me suppléer auprès d'une dame qui devait bientôt accoucher; je réclamai le même service d'un médecin étranger qui avait accompagné jusqu'à Paris, plutôt à titre d'ami que comme médecin, une dame fort avancée dans sa grossesse, et qui conduisait un jeune enfant en Italie. Une circonstance imprévue l'ayant retenue à Paris, je fus prié de l'assister, et j'y avais consenti. Les circonstances fâcheuses que je viens de rappeler m'engagèrent à me faire suppléer par le médecin qui accompagnait cette dame. Je confiai également à une personne, tout à la fois garde et sage-femme intelligente, le soin de me suppléer, sans en parler à l'avance, auprès d'une jeune femme déjà mère de plusieurs enfants. Enfin, le bruit s'étant répandu à Paris que la fièvre puerpérale s'y était manifestée, la mère d'une de mes jeunes clientes m'écrivit pour savoir s'il ne serait pas prudent que sa fille allât faire ses couches à la campagne, dans l'une des résidences les plus belles et les plus salubres des environs de Paris. Je l'engageai à prendre cette détermination.

La cliente que j'avais confiée à M. Depaul eut des couches simples et heureuses. La dame étrangère, assistée par le médecin de sa famille, eut un accouchement facile; mais elle fut atteinte dès le lendemain d'une fièvre puerpérale, à laquelle elle succomba trois jours après. La jeune femme qui devait être accouchée par sa garde le fut en effet, et très-heureusement; mais, trois jours après, ma présence fut précipitamment réclamée, parce qu'un frisson violent venait de se manifester; ce frisson était en effet le phénomène initial d'une fièvre puerpérale. Cette jeune femme fut très-sérieusement atteinte, et se rétablit avec une lenteur extrême. Enfin la jeune femme qui s'était rendue à la campagne y fut accouchée par un médecin âgé de la localité; l'accouchement fut facile, mais des accidents puerpéraux très-sérieux compliquèrent les suites de couches, et inspirèrent pendant plusieurs jours les inquiétudes les plus vives. Une guérison lente et pénible eut lieu cependant.

Après avoir entendu le récit de ces faits, l'Académie jugera sans doute comme moi, que si après les trois accouchements successifs dans lesquels j'avais été témoin et acteur malheureux, j'avais assisté les clientes qui, confiées par moi-même à d'autres mains, ont eu des couches funestes ou au moins troublées par de formidables accidents, il eût été très-naturel (et j'en aurais eu probablement la pensée) d'attribuer cette succession de cas malheureux à la propriété contagieuse de la maladie et de convertir en témoignages probants de contagion de simples coïncidences. Je suis très-disposé à croire que des faits analogues à ceux que je viens d'exposer, mais dont le nombre et l'importance ont été exagérés par des idées préconçues, tiennent une grande place parmi les témoignages invoqués à l'appui de la contagion; or, pour que ces faits puissent à mes yeux se convertir en des preuves irrécusables de contagion, une condition me paraîtrait nécessaire, c'est que l'évidence de cette propriété contagieuse de la fièvre puerpérale par des effluves se manifestât au moins ordinairement, lorsque les circonstances, que l'on pourrait comme favorables à cette contagion, existent certainement, et à plus forte raison quand elles sont exagérées. Mais je croirai avoir le droit de contester la signification donnée au moins à un assez grand nombre de ces faits, si, tandis que des rapports accidentels, de courte durée et ordinairement indirects, sont considérés comme des causes possibles et même fréquentes d'une infection grave ou mortelle, si, dis-je, je vois de nouvelles accouchées rester indemnes, quoique leurs lits soient contigus à ceux d'une moribonde, et qu'elles aient respiré, pendant des heures entières, un air qui se confond inévitablement avec l'atmosphère prétendue infectée de cette malheureuse. Or, cette immunité je ne la crois pas exceptionnelle, elle me paraît être au contraire la règle. On l'observe même au plus fort des épidémies de fièvre puerpérale et lorsqu'à l'influence épidémique vient s'ajouter l'insalubrité des lieux causée par leur occupation prolongée ou par le nombre exagéré des sujets admis.

Plusieurs épidémies de fièvre puerpérale se sont déclarées à la Clinique d'accouchements, dans le cours des cinq années qui viennent de s'écouler; une en 1852, l'autre en 1856, et la dernière au commencement de janvier dernier, toutes trois meurtrières, et la dernière surtout remarquable par le nombre proportionnel de ses victimes et sa courte durée. J'ai relevé avec la plus grande exactitude l'ordre dans lequel tous les cas de la première et de la troisième se sont succédés. Dans ces deux cas, l'influence épidémique a plané, si je puis ainsi dire, sur tout l'établissement, ses atteintes se sont presque toujours disséminées, et il n'a pas été possible de saisir un indice frappant de propagation de la maladie par un voisinage infectieux.

Maintenant, l'observation des faits m'autorise-t-elle à exprimer la même opinion pour ce qui concerne la propagation de la fièvre puerpérale par l'action directe de l'élément toxique de cette affection.

Vous savez par les opinions que j'ai précédemment rappelées que les accoucheurs allemands et anglais admettent comme certains les faits de fièvre puerpérale provoquée par des inoculations accidentelles. Mais quelle est la substance infectieuse? C'est d'abord tout liquide sanguinolent ou autre qui s'échappe des organes d'une personne actuellement atteinte de cette fièvre ou qui y a succombé; c'est même tout liquide en état de putréfaction; le virus qui s'écoule d'un ulcère cancéreux, certaines sécrétions inflammatoires, et en particulier celle d'un érysipèle. Les faits qui semblent témoigner de la réalité de ces inoculations abondent comme ceux qui paraissent établir la réalité de la propagation par les effluves; néanmoins je vous ai fait pressentir, et M. Danyau vous a rappelé, ce qu'est devenue, avec le temps et l'observation attentive des choses, la théorie élevée par Semelweisse relativement à la propagation accidentelle de la fièvre puerpérale par des inoculations présumées. Accueillie et proclamée en Angleterre avec une ardeur et une conviction qui fortifièrent des doutes sur l'importance réelle d'un certain nombre de documents relatifs à la propagation de la fièvre puerpérale par les effluves, cette théorie est probablement oubliée dans l'école même où elle a pris naissance.

Je ne conteste pas toutefois l'importance des faits invoqués, je ne prétends même pas que la propagation de la fièvre puerpérale par des inoculations involontaires soit impossible; mais il me sera permis de faire une observation générale, c'est que l'origine en quelque sorte artificielle et secrète de ces faits pathologiques ne repose que sur une présomption qui peut être admise sans contredit, mais que des esprits sévères pourront toujours contester.

Des faits et des réflexions que je viens de soumettre à l'Académie, je ne veux pas conclure que la fièvre puerpérale ne saurait être considérée en aucun cas comme une affection contagieuse, et que l'on peut renoncer sans scrupule aux précautions prescrites par la juste et prévoyante sollicitude des collègues qui ont pris avant moi la parole sur ce sujet. Dans une matière aussi grave la prudence commande une extrême réserve, mais il doit m'être permis d'affirmer que cette propriété contagieuse n'est ni aussi constante, ni aussi active, ni surtout aussi persévérante que les innombrables récits qui ont été publiés tendraient à l'établir.

Si ces faits étaient exacts, non-seulement l'accoucheur, parmi les clientes duquel un cas de fièvre puerpérale aurait apparu, serait un pestiféré bannissable à tout prix; mais un service hospitalier destiné à recevoir des femmes en couches deviendrait, quoi qu'on pût faire, un foyer d'infection fatal à toutes les malheureuses qui viendraient y chercher un refuge; le médecin même et à plus forte raison les serviteurs, indispensables à un tel service, ne pourraient dans l'accomplissement de leur devoir passer d'une accouchée malade à une accouchée saine, sans courir la chance cruelle et certaine de transporter l'infection de l'une à l'autre. A mon sens il s'en faut de beaucoup que ce danger soit aussi redoutable. J'ai cru que pour nos confrères d'abord, et aussi pour le public même, qui ne reste pas complètement étranger à nos discussions, il importait que cela fût dit et justifié par un examen attentif et impartial de cette grave et difficile question.

Au sujet de l'opinion exprimée par M. Trousseau touchant l'influence que le développement épidémique de la fièvre puerpérale dans un service hospitalier pouvait exercer sur les opérés des services voisins et sur les enfants nouveau-nés habitant les salles de la Clinique d'accouchements ou de la Maternité, M. Dubois fait remarquer que cette pensée n'est pas nouvelle, et il rappelle les termes d'un rapport fait dans le dix-septième siècle sur la demande du premier président de Lamoignon, et duquel il résultait que les maladies dont étaient atteintes les nouvelles accouchées de l'Hôtel-Dieu devaient être attribuées au voisinage des salles de chirurgie et aux émanations infectes qui s'élevaient de ces salles vers celles qu'occupaient les femmes en couches; le rapporteur commettant alors à l'égard des blessés l'injustice qu'a commise depuis M. Trousseau à l'égard des nouvelles accouchées.

Relativement à la question de savoir s'il est vrai que les effluves insaisissables des femmes atteintes de la fièvre puerpérale soient la cause de la mort des enfants nouveau-nés séjournant dans les mêmes salles, les réserves motivées que j'ai cru devoir faire à l'égard de la contagion, reprend M. Dubois, pourraient déjà faire préjuger ma pensée sur ce point; mais il n'y a pas lieu d'invoquer ici une cause de cette nature.

Il est certain que pendant les épidémies de fièvre puerpérale la mortalité des enfants nés de femmes atteintes de cette maladie, qu'elles y succombent ou qu'elles y survivent, est plus grande que dans les temps ordinaires. A ces faits depuis longtemps signalés, on peut donner, je le crois du moins, une explication très-naturelle. Liés intimement à l'organisme maternel et en ayant fait partie, les nouveau-nés sont victimes d'une condition morbide développée dans le sein de leur mère, et qui éclate chez eux, comme chez elles, sous l'influence des conditions vitales nouvelles qui sont créées par la naissance.

Il ne me répugne même pas d'admettre qu'ils puissent succomber avant de naître à l'action funeste de cette cause. Je comprends néanmoins qu'il puisse être parfois difficile de discerner ces faits parmi les cas assez nombreux d'enfants qui meurent avant de naître, par des causes tout à fait étrangères à celle dont il s'agit en ce moment. J'accorderai sans peine que l'insalubrité des lieux peut ajouter son influence à celle d'un état pathologique préexistant, mais cette influence me paraît secondaire et d'ailleurs étrangère à l'influence supposée des miasmes qui s'élèveraient des femmes en couches.

Des développements que je viens de donner à la question qui précède il est permis de tirer cette induction, que je regarde les conditions propres au développement de la fièvre puerpérale comme préexistantes à l'accouchement chez un certain nombre de sujets; M. Danyau a formellement, et avec raison, exprimé le même sentiment. Dans un grand service hospitalier, et même dans une pratique privée un peu étendue, il est impossible de n'en pas rencontrer quelquefois des preuves évidentes. Il n'y a pas d'épidémie qui n'amène à la Clinique d'accouchements et à la Maternité des femmes enceintes ou en travail, et qui éprouvent déjà les symptômes les plus caractéristiques et ordinairement les plus graves de la fièvre puerpérale; et au nombre de ces faits, qui ne sauraient s'expliquer assurément ni par l'infection putride, ni par l'infection purulente, ni par les conditions si souvent invoquées dans cette discussion du traumatisme utérin, au nombre, dis-je, de ces faits, je crois pouvoir ajouter ceux dans lesquels les premières manifestations ont lieu à une époque très-rapprochée de l'accouchement.

Y a-t-il un traitement particulier que l'on puisse appliquer à la fièvre puerpérale avec l'espoir fondé d'un succès?

La réponse à cette question dépendra du sens qui sera donné à la dénomination de fièvre puerpérale, ou, pour parler plus justement, des phénomènes pathologiques que l'on comprendra sous cette dénomination. Si l'on considère comme appartenant à la fièvre puerpérale et la constituant tous les phénomènes pathologiques que j'ai cru devoir partager en deux groupes, on répondra affirmativement à la question que j'ai posée, et encore faudra-t il faire beaucoup de réserves. Mais si l'on ne considère, comme constituant réellement la fièvre essentielle dite puerpérale, que les éléments dont se compose le second groupe, on doit répondre que dans l'état actuel de la science on ne connaît pas de traitement qui puisse être employé contre cette maladie avec l'espoir fondé d'un succès. Ainsi, de même qu'il y a un groupe de symptômes qui mérite et un autre qui ne mérite pas le nom de fièvre puerpérale, il y a un groupe de symptômes pathologiques auquel on peut opposer un traitement efficace et un autre contre lequel la médecine est presque toujours impuissante. Si donc au point de vue purement nosologique quelques objections s'élèvent contre la légitimité de la division que j'ai adoptée, il n'y en a malheureusement pas de possible contre cette division au point de vue plus important de la thérapeutique.

L'opinion décourageante que je viens d'exprimer est aussi fondée en 1858 qu'elle l'était en 1782, alors même que l'ipécacuanha et le kermès semblaient, entre les mains de Doulcet, produire les guérisons miraculeuses que vous savez; qu'en 1790, lorsque Boër (de Vienne) prétendait guérir infailliblement la fièvre puerpérale avec une poudre antimoniale dont il avait beaucoup exalté les merveilleux effets, et dont il n'a jamais divulgué la composition; qu'en 1813, lorsque Armstrong guérissait trente-huit malades sur quarante-trois par d'abondantes saignées et des purgatifs énergiques; qu'à une époque plus rapprochée de la nôtre, lorsque les préparations mercurielles et à leur suite une foule d'autres médicaments furent exaltés comme des remèdes infaillibles contre la fièvre puerpérale. J'ajouterai enfin que cette proposition est aussi vraie que jamais, même depuis la communication faite à l'Académie par notre collègue M. Beau, le 25 mai 1856.

M. Dubois, après avoir examiné et commenté les faits exposés par M. Beau et après avoir fait connaître les résultats de ses propres expériences à cet égard, termine en concluant sur ce point :

1° Que le sulfate de quinine est impuissant contre le groupe de phénomènes pathologiques auxquels, avec les hommes les plus expérimentés en cette matière, j'ai réservé le nom de fièvre puerpérale, et que contre cette maladie un remède efficace est encore à trouver.

2° Que si le sulfate de quinine guérit probablement les phénomènes pathologiques inflammatoires ou bilieux auxquels je n'ai pas donné le nom de fièvre puerpérale, il a, sans aucune compensation, le grave inconvénient de soumettre les malades à une ivresse quinique extrêmement pénible et qui n'est pas sans danger.

— La parole est à M. Piorry.

M. PIORRY lit un discours dont le manuscrit nous a été remis trop tard pour pouvoir le reproduire aujourd'hui. Nous en donnerons une analyse dans le compte rendu de la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les deux places de chirurgien au bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Bauchet et Foucher.

— M. Joseph Pain, ancien chirurgien de la marine, vient de mourir à la Guyane à l'âge de 94 ans. Il était arrivé dans la colonie en 1788, chargé d'une mission du roi Louis XVI. Depuis cette époque, il n'a jamais quitté le pays.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 51. — SAMEDI 1er MAI 1858. (31e ANNE.) N° 51. — SAMEDI 1er MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Résultats des opérations chirurgicales graves dans les hôpitaux de province.

« Dans les hôpitaux des grandes villes, la mortalité qui suit les opérations est beaucoup plus considérable que dans les petites villes et les campagnes. La cause n'en est pas seulement dans le traumatisme, qui est le même partout ; elle est dans une condition spécifique qui existe souvent dans les grandes villes et qui est très-rare à la campagne. » Ainsi s'exprimait, il y a quelques jours, M. Trousseau dans la discussion sur la fièvre puerpérale qui occupe en ce moment l'attention de l'Académie et du monde médical presque tout entier. Ce n'est pas la première fois qu'une pareille pensée a été émise, nous l'avons exprimée nous-même plusieurs fois dans ces colonnes, notamment au sujet de l'opération césarienne, dont l'issue est si différente à Paris et en province. Mais pour n'être pas neuve, elle ne perd rien pour cela de sa justesse, et elle a en outre en ce moment le mérite de l'opportunité

Aussi n'est-elle pas passée inaperçue. Frappé de ce qu'elle a de juste et des conséquences importantes qui pourraient ressortir à ce point de vue d'une statistique des opérations pratiquées dans les hôpitaux de province, comparée à celle des hôpitaux de Paris, M. le docteur Bardy-Delisle, chirurgien de l'hôpital de Périgueux, a eu l'heureuse idée de faire un relevé de toutes les opérations graves pratiquées à l'hôpital de cette ville, soit par lui-même, soit par son confrère le docteur Galy, pendant une période de cinq années, de 1853 à 1857 inclusivement. Voici les détails de ce document intéressant, que nous empruntons à la *Gazette médicale* ;

HOMMES. — *Enfants.* — I. Onze ans. Écrasement du membre supérieur droit par la mécanique d'un métier à tisser. Amputation du bras; réunion immédiate; guérison.

2. Treize ans. Lésion presque identique à la précédente, produite par l'action d'un engrenage dans une forge. Amputation du bras; réunion immédiate. Guérison.

3. Enfant de l'hospice; scrofuleux; quatorze ans. Tumeur blanche abcédée du genou. Amputation de la cuisse; réunion immédiate. Guérison.

4. Fracture comminutive et compliquée de la jambe, produite par le passage sur le membre d'une roue de wagon. Seize ans. Désarticulation du genou. Guérison.

Adultes. — 5. Dix-neuf ans. Ecrasement du pied et de la partie inférieure de la jambe par la chute d'une pierre. Amputation de la jambe ; réunion immédiate. Guérison.

6. Cinquante-six ans. Tumeur blanche abcédée du genou datant de dix-huit ans. Amputation de la cuisse; réunion immédiate. Guérison.

7. Militaire âgé de vingt-trois ans. Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation de la jambe ; réunion immédiate. Guérison.

8. Trente-deux ans. Fracture de la partie supérieure de l'humérus avec issue au dehors du fragment supérieur. Impossibilité de réduction; résection de la tête de l'humérus. Guérison.

FEMMES. — 9. Quarante-trois ans. Écrasement du membre supérieur droit par la machine d'une filature. Désarticulation de l'épaule. Guérison.

10. Dix-sept ans. Fracture comminutive et compliquée de la jambe ayant la même origine que l'accident précédent. Amputation de la cuisse; réunion immédiate. Guérison.

11. Quatre amputations du sein pour des tumeurs squirrheuses. Guérison *de l'opération.* L'une de ces opérées est morte cinq mois après ; les trois autres vivent encore.

Par rapport à la nature des opérations, les éléments du tableau qui précède se classent ainsi :

Amputations dans la continuité. . . .	7
Désarticulations.	2
Résection.	1
Ablations de tumeurs graves.	4
Total. . . .	14

« Nous aurions pu, dit M. Bardy-Delisle, ajouter à ce tableau la liste assez longue des lésions traumatiques graves qui ont figuré dans notre service pendant la même période : fractures comminutives compliquées, plaies, etc., et qui ont guéri sans accidents. Nous aurions pu y joindre celle des nombreuses opérations moins graves qui entraînent pourtant quelquefois la mort dans de moins bonnes conditions générales. Mais nous n'avons voulu relever que les faits les plus saillants. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que depuis cinq ans il n'y a pas eu dans notre hôpital un *seul décès* à la suite d'une opération chirurgicale quelconque. »

Le nombre des cas que renferme ce relevé est sans doute insuffisant pour autoriser des conclusions générales. Mais il est curieux par la constance *imperturbable* de la guérison dans les conditions les plus diverses, surtout si on le met en regard de la statistique des amputations pratiquées dans les hôpitaux de Paris. On sait, en effet, d'après les résultats consignés dans le mémoire si connu de M. Malgaigne, que les amputations de cuisse présentent dans cette statistique une mortalité de 70 sur 100, celles de jambe de 55 sur 100, celles de bras de 45 sur 100, c'est-à-dire une moyenne de plus de moitié.

« On méconnaîtrait singulièrement la pensée qui nous a inspiré la publication de cette note, ajoute M. Bardy-Delisle, si l'on en tirait la conséquence que nous avons, mon confrère et moi, la vaine présomption de nous attribuer une influence personnelle dans les résultats heureux que nous avons signalés. Nous sommes persuadés que les statistiques des autres hôpitaux de province fourniraient généralement des faits analogues aux nôtres et leur donneraient la sanction du nombre. »

Nous pensons, avec notre confrère de Périgueux, que des conclusions importantes pourraient ressortir, en effet, d'une semblable statistique, tant au point de vue de la science qu'au point de vue de l'humanité, et qu'elles seraient peut-être de nature à inspirer à l'administration de l'assistance publique de Paris la pensée de diriger les malades destinés à subir des opérations graves vers les hôpitaux excentriques, dont les conditions hygiéniques se rapprochent davantage de celles des hôpitaux de province. Et nous ne nous associons pas moins à l'idée très-juste qu'il exprime au point de vue doctrinal, lorsqu'il dit « que des documents de ce genre seraient une confirmation positive de ce principe trop souvent méconnu ou négligé de la médecine moderne, à savoir : que les influences générales dominent la marche et la gravité des lésions locales, soit accidentelles, soit spontanées, et que contre ces influences, les soins les plus intelligents, l'habileté la plus consommée, ne sauraient prévaloir. »

Tumeur hypertrophique des glandes palatines.

L'hypertrophie glandulaire du voile du palais n'est connue que depuis quelques années seulement ; ces tumeurs, qui du reste ne sont pas fort rares et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, avaient été confondues avec des tumeurs de mauvaise nature, et considérées par quelques praticiens comme incurables; et si des chirurgiens tentaient une opération que l'on était porté à regarder comme irrationnelle, ce n'était qu'au prix de vastes mutilations qu'ils parvenaient à extirper cette tumeur. Regardait-on la tumeur comme un cancer, on voulait enlever une portion assez étendue de tissu autour de la dégénérescence : aussi n'hésitait-on pas à enlever l'os maxillaire inférieur, et dans les cas les moins graves à faire la section de cet os sur la ligne médiane, afin de se ménager une place suffisante pour faire une opération toujours compliquée. Aujourd'hui le traitement de ces tumeurs ne nécessite plus de lésions aussi

FEUILLETON.

Étude sur une nouvelle espèce de Carpocapsa, dont la chenille imprime des mouvements aux graines d'une euphorbe du Mexique. — De l'existence d'une génératinn sexuelle chez les infusoires.

L'histoire naturelle est décidément à l'ordre du jour ; les communications de ce genre abondent aux Académies. Voici encore aujourd'hui deux questions qui nous semblent avoir chacune un intérêt assez réel pour être exposées avec quelques détails. Entrons donc de suite en matière.

La plupart des chenilles du genre *Carpocapsa* présentent dans leur manière de vivre des différences assez tranchées : les unes vivent dans l'intérieur des fruits, et les autres aux dépens de la sève des arbres fruitiers, en creusant des galeries cylindriques entre l'écorce et l'aubier. Les premières sortent des fruits lorsqu'elles ont atteint tout leur développement, et se cachent comme les secondes sous les écorces, et quelquefois dans la terre, pour subir leur dernière métamorphose. On en connaît aussi qui se nourrissent de châtaignes, de glands du chêne-rouvre, de fruits de hêtre, qu'elles abandonnent ensuite lorsqu'elles sont sur le point de se changer en nymphe.

Mais aucune de ces différentes manières de vivre ne rappelle celle si curieuse de la *Carpocapsa*, qui forme dans cette coupe générique, appartenant à la tribu des Platyomides, une nouvelle espèce à laquelle M. Lucas donne le nom de *Carpocapsa Dehaisiana*. Elle ressemble un peu à une espèce qui n'est pas rare en France, et dont la chenille cause de grands dégâts aux fruits du châtaignier. Plusieurs végétaux nous fournissent des graines qui ont la propriété de se mouvoir d'une manière très-sensible ; mais aucun naturaliste ne paraît avoir signalé un pareil mode de mouvement dans celles dont il est ici question.

M. Lucas avait d'abord pensé que ces graines pouvaient être mises en mouvement par l'évaporation d'un principe huileux que leur enveloppe contient lorsqu'on les expose à une température plus ou moins élevée ; mais en étudiant avec plus d'attention, il s'aperçut que ces mouvements insolites n'étaient pas dus à la graine elle-même, mais bien à une chenille qui s'y trouve renfermée. Voici l'expérience qui a confirmé cette manière de voir.

Si, au moyen d'une aiguille très-fine, on perce de part en part l'enveloppe de cette graine, on blesse la chenille qu'elle renferme, et celle-ci ne tarde pas à succomber. Si ensuite on expose cette même graine à une température identique à celle des graines où se trouvent des chenilles vivantes, la graine ainsi transpercée reste sans mouvement, quel que soit le degré de température auquel on la soumette.

Cette expérience, qui est concluante, démontre que les mouvements produits par ces graines proviennent non pas de leur enveloppe, mais bien de la chenille qu'elles contiennent, et à laquelle elles servent en même temps et de nourriture et d'abri pour subir ses diverses transformations.

Rien n'est plus curieux, en effet, que de voir les soubresauts imprimés à ces graines par la présence des chenilles de ce Lépidoptère. Exposées à une température tant soit peu élevée, elles commencent par se mouvoir d'une manière presque imperceptible ; puis, la chaleur se faisant sentir, leurs mouvements deviennent brusques, rapides, et on les voit alors progresser, marcher par saccades; enfin, si on les laisse exposées à la chaleur, elles ne tardent pas à sauter et à s'élever audessus du sol à une hauteur de 5 à 6 millimètres.

Maintenant si on entame la surface de cette graine de manière à mettre la chenille un peu à découvert, la graine reste sans mouvement. Si ensuite on l'examine quelques jours après, on voit que cette chenille a filé un réseau de soie excessivement fin, consistant, non transparent, et à mailles très-serrées. La graine, dont l'ouverture a été ainsi fermée par son habitant lucifuge, exposée de nouveau à la chaleur, ne tarde pas à reprendre ses mouvements ordinaires.

Ce n'est pas la première fois que l'auteur de ces recherches observe des graines mouvantes; il avait déjà étudié ce fait curieux dans la province de Constantine, particulièrement aux environs de Bone et du cercle de la Calle : ainsi le *Namodes tamarisci*, dont les larves se nourrissent des graines de *Tamariscus*, font mouvoir, marcher et sauter les fruits de cet arbrisseau. Mais ce fait n'avait encore été observé que pour des insectes appartenant à l'ordre des Coléoptères, et aucun fait identique ne l'avait été à l'égard des Lépidoptères.

Cette chenille, dont toute l'existence est cellulaire, fait un séjour de sept mois environ dans sa cellule, et l'espace de temps qui existe entre l'état de nymphe et celui d'insecte parfait est beaucoup plus court.

Lorsque l'on étudie la surface externe de cette graine, rien à l'extérieur ne signale la présence de la chenille sauteuse et lucifuge qui y fait sa résidence; mais si l'on observe avec beaucoup d'attention cette même graine au moment où le papillon est sur le point de sortir de sa cellule, on voit que la surface de son péricarpe est entaillée de manière à représenter une figure circulaire plus ou moins parfaite.

Pour que ces chenilles puissent se transformer en insecte parfait, il faut les placer dans des conditions de température de 18 à 20 degrés, et toujours égale. M. Lucas a remarqué en effet que celles qui se trouvaient dans la ménagerie des Reptiles, où il existe jour et nuit la même température, ont commencé leur éclosion à partir du 20 février, tandis que celles placées dans les serres du Muséum, où la température est peu élevée, mais humide, n'ont pu se développer et ont fini par périr.

Quand cette chenille est sur le point de se transformer en nymphe, elle se tisse une coque soyeuse, grande relativement à la dimension de la nymphe, et afin de faciliter la sortie de l'insecte parfait, elle emploie

étendues ; pour arriver à ce perfectionnement, il fallait constater deux choses :

1° La nature de la tumeur, et l'examen microscopique n'a pas tardé à apprendre que l'on ne trouvait là aucun des éléments du cancer, mais bien une véritable hypertrophie des glandules salivaires qui tapissent les parois buccales ;

2° La mobilité de la membrane muqueuse du voile du palais sur la tumeur, et démontrer que celle-ci pouvait être facilement énucléée dans tous les sens. C'est à M. Nélaton que l'on doit cette importante découverte, qui a permis d'extirper ces sortes de tumeurs sans délabrements et même sans perforer le voile du palais.

Un point important dans l'histoire de ces tumeurs est leur évolution, qui est assez souvent très-rapide, et qui ne cesse pas lorsque l'on se contente d'excisions partielles ; aussi est-il indispensable d'enlever entièrement la partie dégénérée, si on ne veut voir les accidents auxquels on a voulu remédier se reproduire au bout de très-peu de temps. C'est ce que prouve le fait suivant, emprunté au service de M. Nélaton :

Un jeune homme âgé de trente ans se présente à l'hôpital atteint d'une petite tumeur située au fond de la bouche. Le point de départ de cette production correspond au pilier antérieur du voile du palais du côté gauche. Cette tumeur est indolente. Longtemps stationnaire, elle prit tout à coup un accroissement rapide, au point d'apporter beaucoup de gène dans les fonctions de la respiration, de la phonation et de la déglutition.

Au mois de novembre dernier, on pratiqua deux excisions partielles qui diminuèrent le volume de cette tumeur, de la grosseur du pouce. Actuellement, elle est très-volumineuse, occupe l'isthme du gosier, et est presque aussi grosse que la langue. La partie la plus élevée répond à l'union du voile avec la voûte osseuse du palais, puis elle descend jusqu'à la langue, cachant la luette et même les piliers du côté droit ; en dehors, elle gagne l'apophyse coronoïde et suit le bord interne de l'arc dentaire ; elle est divisée par une saillie anguleuse en deux parties, dont l'une oblique et horizontale est recouverte d'une membrane muqueuse très-saine, et l'autre, oblique et verticale, offre de petites ulcérations et des traces cicatricielles. La vue ne peut suivre les limites inférieures de la tumeur, mais on sent par le toucher qu'elle descend très-bas dans le pharynx.

Le malade ne respire plus par la bouche, et il faut même que la tumeur ne soit pas profonde pour qu'il puisse respirer par les deux orifices des fosses nasales. Nous avons vu un malade chez lequel la tumeur était très-développée par sa face supérieure, et qui présentait en arrière deux lobes qui s'engageaient dans chacun des orifices postérieurs des fosses nasales ; il est certain que si une semblable disposition avait existé chez le malade dont nous rapportons l'histoire, la respiration n'aurait plus été possible.

La partie centrale de la tumeur est l'amygdale ; c'est de là qu'elle semble envoyer des prolongements en tous sens.

De plus la tumeur n'est pas adhérente à la mâchoire, car on peut lui imprimer quelques mouvements.

Pour poser le *diagnostic*, trois affections se présentent :

1° Tumeur cancéreuse ;

2° Tumeur fibreuse ;

3° Hypertrophie des glandes palatines.

On ne saurait admettre ici l'existence d'une tumeur cancéreuse, car malgré les ulcérations superficielles, la masse a conservé une dureté extrême ; on ne trouve nulle part de trace de ramollissement. Or une tumeur cancéreuse qui daterait de cinq ans, présenterait des points ramollis. En outre, il n'existe aucune tendance à l'hémorrhagie (ni spontanée ni déterminée par le toucher).

Enfin la tumeur est complétement indolente ; la santé générale est parfaite, sans le moindre signe cachectique. L'ulcération n'a nullement l'aspect d'une ulcération cancéreuse ; les bords des points ulcérés sont arrondis, et offrent une tendance marquée à la cicatrisation : il n'y a pas ce renversement des bords en dehors, signe caractéristique des ulcères cancéreux. Il est plus difficile de déterminer si l'on a affaire à une tumeur fibreuse. Il y a bien ici même marche lente, même consistance, même absence de prédisposition aux hémorrhagies que dans les tumeurs fibreuses ; mais d'abord ces tumeurs sont extrêmement rares dans cette région, et ensuite beaucoup de signes assez convaincants ne laissent aucun doute sur la nature de cette affection qui n'est autre chose qu'une *tumeur hypertrophique des glandes palatines*. En effet, la muqueuse est très-peu adhérente à la tumeur ; la forme est pédiculée, caractère à peu près constant des tumeurs glanduleuses.

Vu la difficulté des fonctions de phonation, de déglutition et de respiration, fonctions qui menacent d'être abolies, l'opération est devenue nécessaire.

La première partie de l'opération consiste à inciser l'enveloppe de la tumeur à l'union de la voûte osseuse avec le voile du palais jusqu'au bord inférieur du voile, pour opérer l'énucléation complète. Dans le second temps de l'opération, nous attaquerons, dit M. Nélaton, la portion descendant dans la profondeur du larynx ; celle-ci sera difficilement accessible, nous en enlèverons ce que nous pourrons.

L'opération fut faite comme il vient d'être dit, et le diagnostic fut confirmé ; la quantité de sang fournie a été insignifiante, ce qui n'aurait pas eu lieu si l'on avait eu affaire à une tumeur cancéreuse, à cause de la vascularité habituelle.

On aperçut après l'extirpation une vaste excavation, limitée dans son fond par la portion musculaire du voile du palais. Il reste dans le pharynx une très-petite partie de la tumeur, l'application du caustique suffira sans doute pour la détruire.

Nouveau cas de rhumatisme cérébral ou ataxique suivi de guérison.

M. le docteur Mennesson, de la Capelle en Thiérarche, nous transmet l'observation suivante, qui nous paraît être en effet un cas de rhumatisme cérébral ou ataxique, ainsi qu'il l'a qualifié lui-même, mais d'une gravité moindre toutefois que ceux que nous avons récemment rapportés, puisqu'il a cédé à un traitement assez simple. L'observation n'en est pas moins intéressante, au contraire.

Mme A..., âgée de vingt-huit ans, jouissant d'une santé parfaite, d'une bonne constitution, mais depuis longtemps sous l'influence de chagrins et de peines morales profondes, fut prise le 5 du mois de février dernier de douleurs assez vives des genoux et des coudes, sans gonflement notable de ces articulations, avec une fièvre modérée (100 pulsations). M. Mennesson opposa pour traitement à ces accidents, des cataplasmes laudanisés et des boissons nitrées.

Le lendemain 6, les douleurs étaient un peu moins vives, mais il y avait de l'oppression, des battements de cœur tumultueux, de l'anxiété avec bruit de souffle au cœur, pouls à 120 ; en un mot, les symptômes d'une *endocardite concomitante*. Une saignée fut pratiquée, et un vésicatoire appliqué sur la région précordiale.

Le 7, même état, pouls à 110. — Nouvelle saignée, lavement purgatif.

Les 8, 9 et 10, le bruit de souffle était diminué ; mais les battements du cœur ne s'amendant pas, M. Mennesson prescrivit pour chaque jour trois granules de digitaline, qui eurent pour effet d'en modérer les mouvements, et le pouls tomba à 80.

Les jours suivants l'amélioration continuait, le souffle avait presque complétement disparu, et on pouvait se croire autorisé à considérer la malade comme en voie de guérison, quand le 16, M. Mennesson fut appelé de nouveau en toute hâte.

Il y avait absence complète de douleurs articulaires ; mais la malade était en proie à des convulsions, à des mouvements désordonnés, à un délire consistant à entretenir pendant plusieurs heures les personnes qui l'entouraient des causes de ses chagrins. Enfin, le pouls était redevenu fréquent, irrégulier, et les pupilles immobiles.

Bien évidemment, ajoute notre confrère, il s'était fait une métastase, et j'avais affaire à un *rhumatisme ataxique*.

Il ordonna l'application de dix sangsues près de chaque apophyse mastoïde, de compresses froides sur le front, et de révulsifs aux extrémités.

Vers le soir, c'est-à-dire dix heures après les premiers accidents, un assoupissement profond avait fait place à l'agitation extrême du matin.

Le lendemain 17, toute complication cérébrale avait disparu, et il n'existait plus que quelques douleurs vagues des jointures.

M. Mennesson fait remarquer que ces troubles cérébraux ne pouvaient être attribués ni aux opiacés ni aux traitements préconisés dans ces derniers temps, tels que le sulfate de quinine, rien de semblable n'ayant été prescrit. Ce qui l'a guidé dans le choix du traitement qu'il a mis en usage, c'est la considération des coïncidences morbides qui, dans l'arthrite rhumatismale, s'observent souvent entre membranes de même nature. Croyant voir dans ces symptômes cérébraux ceux d'une véritable *méningite*, il a eu recours en conséquence à la médication antiphlogistique.

Bien que, d'après les quelques considérations dans lesquelles nous sommes entrés à ce sujet dans l'une des précédentes *Revues*, on doive pressentir que nous n'acceptions qu'avec de certaines réserves cette qualification de *véritable méningite*, nous ne pouvons nous dissimuler cependant que, dans l'espèce au moins, cette détermination serait jusqu'à un certain point justifiée par le succès même du traitement. Quoi qu'il en soit, c'est un résultat heureux à constater.

Nous terminons en nous joignant à notre confrère pour faire remarquer que cette observation prouve combien les préoccupations et les causes dépressives doivent être prises en considération en tant que causes déterminantes du *rhumatisme cérébral*, et combien paraît fondée la justesse des idées émises à ce sujet par M. Thirial devant la Société médicale des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 avril 1858. — Présidence de M. Bouvier.

Rupture du tendon rotulien. — Absence totale de réunion. — Nouvel appareil prothétique pour remédier à cette infirmité. — M. Broca présente un homme de soixante-deux ans qui tomba en courant le 8 août 1857, et qui ne put se relever. On le transporta à la Charité dans le service de M. Velpeau, où il garda le lit pendant quarante jours. Il est probable, d'après ce qu'il raconte, qu'il a eu pendant tout ce temps le membre inférieur en extension dans un appareil inamovible. Au bout de quarante jours, il commença à se lever avec des béquilles ; mais son état depuis lors n'a plus changé.

Aujourd'hui il est facile de constater qu'il y a eu rupture du tendon rotulien immédiatement au-dessus de la rotule, et que cette lésion n'a été suivie d'aucune réunion. La rotule, notablement abaissée par suite

---

un moyen qui nous démontre dans le plus merveilleux instinct la prévoyance de la nature en faveur des êtres qu'elle a créés.

On sait que les Lépidoptères ne sont pas pourvus d'organes buccaux bien développés, que généralement ces organes sont rudimentaires, et que cette conformation les rend tout à fait impropres à entamer des corps durs.

La *Carpocapsa Dehaisiana* serait par conséquent condamnée à mourir dans la graine où elle a vécu sous ses premiers états, dans cette cellule qui lui a servi de berceau, qui a protégé les phases les plus difficiles de son existence, celles d'œuf et de chenille, si celle-ci, avant de subir sa pénultième transformation, ne préparait à l'avance la sortie de l'insecte parfait.

En effet, avant de se transformer en nymphe, elle a la prévoyance instinctive de découper avec ses mandibules qui sont cornées et finement dentelées, une rondelle dans le péricarpe de la graine, de manière que le papillon, dans les mouvements qu'il fait pour se débarrasser de l'enveloppe de la nymphe, pousse cette rondelle qui forme opercule : celui-ci cède et reste attaché au péricarpe au moyen de quelques fils de soie qui font l'office de charnière. L'insecte parfait, n'éprouvant plus aucune résistance, sort de sa cellule en entraînant avec lui une partie de la dépouille de la nymphe qui reste engagée dans l'ouverture ; puis il ne tarde pas à acquérir ses organes du vol, qui se développent rapidement au contact de l'air.

Quand on examine l'issue pratiquée par cette prévoyante chenille dans le péricarpe de la graine, on est surpris en la voyant découpée avec tant de finesse et de régularité. On s'étonne bien davantage encore quand, en replaçant l'opercule dans son ouverture, on voit qu'il la ferme si hermétiquement, qu'il est difficile à la simple vue d'y remarquer la moindre trace de découpure.

Un fait encore bien curieux, et qui mérite de fixer l'attention des naturalistes, est celui-ci : il semble que cette chenille ainsi enfermée dans sa cellule, sans aucune ouverture, doive être à l'abri de tout danger venant de l'extérieur. Cependant il n'en est pas ainsi, car quoique tout semble la protéger, elle sert de nourriture à un parasite de l'ordre des Hyménoptères et qui appartient à la tribu des Ichneumonides. Comment cet hôte étranger pénètre-t-il dans la cellule où se tient cette chenille? Il est probable que l'œuf de l'Ichneumonide est déposé dans le pistil de cette euphorbe, en même temps que celui de la chenille qui doit un jour se nourrir de la partie germinative de ces graines.

— La découverte de la propagation des Infusoires par la production d'embryons ou germes internes, constatée déjà chez un certain nombre d'espèces appartenant à plusieurs groupes différents, a ouvert un nouveau champ de recherches dans l'histoire du développement de ces animalcules. Elle a montré, en effet, qu'à côté des deux modes de reproduction franchement agame, par division spontanée et par gemmiparité, seuls admis jusqu'alors dans cette classe, il en existait un troisième susceptible d'une interprétation toute différente, et qui avait au moins ce point de contact avec la reproduction par embryons des espèces sexuées supérieures, que, de même que dans ces dernières, les jeunes se forment ici dans l'intérieur même, sinon dans une cavité spéciale du parent qui leur donne naissance. Mais personne, jusqu'ici, n'a encore signalé que la formation des embryons chez les Infusoires fût accompagnée de quelques unes des circonstances qui caractérisent d'une manière indubitable une génération s'accomplissant à l'aide d'appareils sexuels distincts. Stein, un des premiers, a appelé l'attention sur le rôle que joue le noyau dans cette production ; mais il a pensé que les germes se développaient à la surface de ce dernier corps par un phénomène de bourgeonnement qui les assimilerait plutôt à des bulbilles ou bourgeons caducs qu'à des embryons provenant d'œufs fécondés.

Des observations personnelles ont conduit M. Balbiani à envisager d'une manière différente l'origine de ces corps. Pour lui, les phénomènes qui accompagnent leur formation rentrent complétement dans l'ordre de ceux qui, chez les animaux supérieurs, caractérisent essentiellement la génération sexuelle. Une esquisse rapide des phénomènes relatifs à la reproduction par embryons d'une des espèces, la Paramécie verte, *Paramecium bursaria* de Focke (*Loxodes bursaria*, Ehrb.), donnera une idée des recherches de M. Balbiani.

De même que chez presque tous les Infusoires, il existe dans cette espèce un noyau qui se trouve accompagné dans celle-ci d'un petit corps lenticulaire ordinairement logé dans une excavation du noyau, près de l'une de ses extrémités, et décrit généralement sous le nom assez impropre de nucléole.

Pendant plusieurs générations, les Paramécies se multiplient par scission spontanée, chacun des deux individus nouveaux obtenant une moitié du noyau primitif. Tel est le phénomène fort simple de ce mode de reproduction ; mais sous l'influence de conditions encore ignorées, l'espèce se propage d'une manière toute différente, et au milieu de phénomènes bien plus complexes que ceux qui ont présidé à la multiplication par fissiparité. Dans ce nouveau mode, nous verrons, en effet, se prononcer la signification anatomique réelle du noyau et du nucléole, dont le rôle, si l'on excepte le fractionnement du premier de ces deux organes dans l'acte de la division spontanée, a été entièrement passif jusqu'alors. C'est, en effet, à leurs dépens que vont se former les éléments reproducteurs mâles et femelles qui caractérisent ce mode de reproduction.

Lorsque l'époque est arrivée où les Paramécies doivent se propager avec le concours des sexes, on les voit se rassembler sur certains points du vase, soit vers le fond ou sur les parois. L'accouplement est toujours précédé de certains préliminaires assez curieux à observer, mais sur lesquels nous ne pouvons nous étendre ici. Bientôt on les trouve accouplés deux à deux, accolés latéralement et comme enlacés, les extrémités semblables dirigées dans le même sens et les deux bouches appliquées étroitement l'une sur l'autre. Dans cet état, les deux

de la rétraction du ligament qui l'attache au tibia, est de plus un peu renversée en avant, de telle sorte que lorsque le membre est dans l'extension, on peut aisément déprimer la peau en cul-de-sac entre cet os et le fémur, et faire pénétrer les quatre doigts jusque sous les condyles fémoraux. Le blessé, grâce aux fibres du triceps qui s'insèrent sur les côtés de la rotule, peut arriver à placer sa jambe dans l'extension; ce mouvement est très-faible et tout à fait insuffisant pour assurer le mécanisme de la marche. Cet homme ne peut marcher qu'à reculons; en s'aidant d'une canne il peut faire lentement quelques pas en avant, mais il chancelle tellement que depuis sa sortie de l'hôpital il n'a pu marcher qu'avec des béquilles.

Pour remédier à cette fâcheuse infirmité, on aurait pu immobiliser le membre dans l'extension au moyen d'une attelle postérieure; c'est ce qu'on a fait jusqu'ici dans les cas analogues; mais les malades se trouvent alors dans les mêmes conditions que si leur genou était ankylosé, et c'est une infirmité moindre qu'on substitue à une infirmité plus grande. Dans le cas actuel, cela aurait eu un inconvénient sérieux, puisque le blessé exerce la profession de cocher, et que, pour pouvoir monter sur sa voiture, il a besoin de fléchir l'articulation du genou.

M. Broca a donc fait construire par M. Charrière fils un appareil prothétique destiné à assurer la solidité du membre en conservant la flexion du genou. Deux tiges d'acier, brisées au niveau de l'articulation fémoro-tibiale, et unies l'une à l'autre par deux demi-cercles métalliques, sont fixées haut et bas sur la cuisse et sur la jambe. La brisure est disposée de telle sorte que l'extension ne peut aller au delà de la ligne droite, et que la flexion s'arrête à un angle de 135°, sans pouvoir jamais dépasser cette limite. La contraction des muscles postérieurs de la cuisse opère le mouvement de flexion. Pour obtenir l'extension, il a fallu placer au-devant des tiges brisées une force capable de remplacer l'action des muscles antérieurs de la cuisse. Deux gros cordons de caoutchouc vulcanisé, longs chacun de 20 centimètres, ont donc été fixés à la partie antérieure et inférieure des deux tiges d'acier. L'extrémité supérieure de chacun de ces cordons donne insertion à une grosse corde à boyau qui traverse deux anneaux situés sur les côtés de la rotule, et qui va se fixer sur la partie fémorale de la tige correspondante. L'action des muscles rotuliens se trouve ainsi remplacée par celle de deux muscles artificiels, à direction ascendante, dont les parties charnues sont représentées par les masses de caoutchouc vulcanisé, et dont les tendons sont représentés par les cordes à boyau. Grâce à ce mécanisme, le blessé peut à volonté étendre ou fléchir la jambe; il la fléchit en contractant les muscles postérieurs de la cuisse, ce qui ne peut avoir lieu sans distendre les muscles de caoutchouc. Lorsqu'il veut étendre la jambe, il lui suffit de ne plus contracter les muscles fléchisseurs, et aussitôt le caoutchouc, revenant sur lui-même, place le membre dans l'extension. Ainsi ces muscles artificiels obéissent indirectement, avec toute la précision désirable et avec une force suffisante, à l'influence de la volonté. La marche est devenue facile; le blessé peut aisément monter un escalier, et il pourra reprendre sa profession de cocher.

Toutefois, si cet homme voulait porter un fardeau un peu lourd, il est probable que l'élasticité du caoutchouc ne suffirait plus dans la marche pour maintenir le corps en équilibre. Un verrou, permettant d'immobiliser le genou dans l'extension, remédie à cet inconvénient. Lorsque le blessé voudra porter un fardeau pesant, il poussera le verrou, sacrifiant pour un instant la mobilité à la solidité.

M. Broca a fait quelques recherches pour savoir si quelque appareil analogue avait été employé jusqu'ici dans des cas de ce genre. Tous les auteurs qu'il a pu lire conseillent simplement d'immobiliser le genou au moyen d'une attelle postérieure. M. Malgaigne, qu'il a consulté, s'est également prononcé pour l'attelle postérieure, craignant que le jour où le ressort viendrait à se casser, le blessé ne fît sur son genou fléchi une chute fort dangereuse. On a vu en effet de semblables chutes produire la rupture de la peau au-dessus de la rotule et l'ouverture de l'articulation du genou. C'est pour empêcher cet accident que M. Broca a fait placer dans la brisure des tiges articulées un point d'arrêt insurmontable. Si par malheur les deux muscles artificiels venaient à se rompre à la fois, ce qui n'est guère probable, le blessé tomberait sans doute, mais il tomberait sur le côté; son genou ne pourrait jamais se fléchir au delà de 135°, et cette chute n'aurait pas plus de gravité que les chutes ordinaires.

M. MOREL-LAVALLÉE approuve le principe sur lequel repose l'appareil de M. Broca, mais il pense qu'on pourrait en perfectionner l'application. Des ressorts à boudin entourés d'une gaîne imperméable lui paraissent préférables au caoutchouc vulcanisé, dont l'élasticité varie suivant la température. Il trouve, en outre, qu'en plaçant les deux muscles artificiels sur le côté du membre, et en les faisant insérer directement sur les tiges, on leur enlève une partie de leur efficacité, parce que leurs tendons agissent trop obliquement sur les leviers qu'ils doivent mouvoir. Il vaudrait mieux n'employer qu'un seul ressort élastique plus fort, le placer sur la ligne médiane du membre, et le faire passer au-devant de la rotule. Le ressort se fixerait haut et bas sur deux demi-cercles métalliques étendus transversalement d'une tige à l'autre.

M. LARREY pense que si, pendant le traitement, le membre avait été mis en élévation sur un plan incliné au lieu d'être laissé dans la position horizontale, les deux bouts du tendon rompu se seraient probablement réunis. Il a vu trois cas où la réunion a été ainsi obtenue. Il cite en particulier un malade auprès duquel il a été appelé par MM. Debrou et Vallet, d'Orléans, et qui au bout de cinq à six mois a pu marcher sans difficulté.

M. RICHARD rappelle que deux opinions ont été émises sur le traitement des ruptures du tendon rotulien et des fractures transversales de la rotule. Ces deux opinions sont représentées aujourd'hui par MM. Velpeau et Malgaigne. M. Velpeau, craignant surtout l'ankylose, ne cherche pas à obtenir une coaptation exacte, et s'inquiète peu du degré d'écartement des fragments. M. Malgaigne, au contraire, cherche avant tout à diminuer l'écartement, afin d'éviter les inconvénients qui résultent d'un cal fibreux trop long. Le malade présenté par M. Broca, et chez lequel la réunion a entièrement fait défaut, plaide en faveur de la thèse de M. Malgaigne.

M. DESORMEAUX, envisageant comme M. Richard la question dans sa généralité, pense qu'il est bon de placer le membre dans l'extension et dans l'élévation, afin d'obtenir le cal fibreux le plus court possible; mais il ajoute qu'on a beaucoup exagéré les inconvénients du cal fibreux. Il cite à ce propos un batelier qui fut traité à l'hôpital Necker pour une fracture transversale de la rotule, et qui sortit au bout de quelque temps avec un cal fibreux long de 2 centimètres environ. Malgré la longueur de ce cal, l'homme marchait très-bien, il pouvait courir et sauter. Il lui arriva même, un an après son premier accident, de se fracturer de nouveau la rotule en sautant d'un bateau sur un autre. Cette nouvelle fracture avait lieu, non au niveau du cal fibreux, mais plus haut, à environ un centimètre au-dessus de la première.

Relativement à l'appareil prothétique présenté par M. Broca, M. Desormeaux a deux remarques à faire. Il pense, contrairement à l'objection faite tout à l'heure par M. Morel-Lavallée, que le caoutchouc est préférable aux ressorts à boudin, parce qu'on peut s'en procurer partout, et que le blessé pourra lui-même réparer son appareil. Mais il lui semble qu'il vaudrait mieux donner moins d'étendue au mouvement de flexion; on aurait un peu moins de mobilité sans doute, mais beaucoup plus de solidité.

M. BROCA répond que les deux leviers articulés ne peuvent former un angle de moins de 135°, ce qui réduit à 45° l'amplitude des mouvements de la jambe. On ne pourrait restreindre davantage le mouvement de flexion sans perdre la plupart des avantages de l'appareil. M. Broca répond ensuite à M. Morel-Lavallée qu'il sera facile d'employer les ressorts à boudin, si les caoutchoucs se montrent insuffisants; que sa première idée avait été de confier l'extension de la jambe à un seul ressort élastique, unique et médian, comme le propose M. Morel-Lavallée; mais que ce plan ayant paru difficile à exécuter, M. Charrière a trouvé plus commode de répartir la force extensive entre deux ressorts latéraux; ce mécanisme est plus simple que l'autre, et quoiqu'une partie de la force soit perdue, l'extension se fait encore avec une énergie bien suffisante.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Leplé, des Grandes-Ventes (Seine-Inférieure), adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail sur *le traitement de la fistule anale par ablation*. (Commissaires, MM. Giraldès, Boinet, Richard.)

— **M. LARREY** présente de la part de M. le docteur Morin, aide-major au 26e de ligne, une brochure intitulée : *De la nécessité de la création d'un vaste établissement de bains de mer à l'usage de l'armée*. Ce travail, ajoute M. Larrey, est l'exposé sommaire d'une question pleine d'intérêt et d'avenir pour l'hygiène militaire, dont on ne saurait trop encourager l'étude.

ÉLECTION.

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante depuis près de deux ans, et qu'il importe de procéder à cette élection le plus tôt possible. Après une courte discussion, la commission nommée en 1856, et composée de MM. Danyau, Monod et Michon, est invitée à faire incessamment la présentation d'une liste de candidats.

M. CHASSAIGNAC demande à cette occasion qu'on remette en vigueur les articles du règlement relatifs aux rapports en retard.

LECTURE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit un travail de M. Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, membre correspondant, sur un cas de ligature de l'artère sous-clavière, pratiquée avec succès pour une hémorrhagie traumatique de l'aisselle. (Nous publierons cette observation dans un prochain numéro.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Infection purulente survenue plusieurs jours après la cicatrisation d'une plaie d'amputation. — M. LABORIE montre le fémur d'un amputé qui est mort dans son service à l'asile de Vincennes, et qui a présenté tous les symptômes les plus caractéristiques de l'infection purulente, quoique la plaie fût entièrement cicatrisée. On n'a pas pu faire l'ouverture de la poitrine. L'extrémité inférieure du fémur est le siége d'une nécrose en voie d'élimination; du reste, la moelle est saine, et les chairs du moignon étaient dans le plus bel état.

M. DEGUISE fils annonce que c'est lui qui a pratiqué l'amputation, et qu'il a déjà parlé de ce malade à la Société dans la séance du 10 mars 1858. C'était un homme qui, à la suite d'une fracture en V du tibia, avait eu des fusées purulentes et des accidents graves; M. Deguise avait été obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse. La cicatrisation s'effectua régulièrement, promptement et complétement. On crut pouvoir alors évacuer l'opéré sur l'asile de Vincennes. Mais une nouvelle fâcheuse, qui lui fut annoncée la veille de son départ, lui donna un frisson et de la fièvre. Malgré cela la religieuse du service crut pouvoir faire effectuer le passage à Vincennes, où les accidents s'aggravèrent et où le malheureux succomba.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il ne faut pas se hâter de renvoyer les amputés, et qu'il est bon de les garder à l'hôpital quelque temps après la guérison.

M. LABORIE répond qu'il vaut bien mieux, au contraire, envoyer les amputés à Vincennes, où ils respirent un air bien meilleur que dans les hôpitaux de Paris. Il pense même que ce renvoi devrait s'effectuer plus tôt qu'on n'a l'habitude de le faire, parce que les trajets fistuleux, dont la cicatrisation se fait attendre si longtemps dans les hôpitaux, se referment beaucoup mieux lorsque les malades arrivent à l'Asile.

M. LARREY approuve cette opinon, et annonce que les amputés des hôpitaux militaires sont envoyés aux eaux minérales lorsqu'ils conservent des fistules dont la guérison se ferait attendre longtemps s'ils restaient dans les services où ils ont été opérés.

Tubercules du cervelet. — M. MARJOLIN montre le cervelet d'un enfant tuberculeux qui n'a présenté pendant la vie aucun accident cérébral. Deux tubercules crus, gros, l'un comme un pois, l'autre comme un baricot, existent au sein de la substance cérébelleuse.

M. DEGUISE fils fait remarquer que l'absence de symptômes est la règle la plus ordinaire dans les cas de tubercules du cervelet.

Enorme épanchement de sang dans le cerveau sans symptômes de paralysie. — Discussion sur la compression cérébrale. — M. ARMAND DESPRÉS, interne des hôpitaux, présente des pièces et lit une observation

---

individus conjugués continuent à se mouvoir avec agilité dans le liquide et en tournant constamment autour de leur axe. Rien n'annonce, avant l'accouplement, les changements considérables qui vont se passer dans le noyau et dans le nucléole qui l'accompagne. C'est pendant la copulation même que s'opère leur transformation en appareils reproducteurs sexuels.

Le nucléole a subi un accroissement considérable et s'est transformé en une sorte de capsule de forme ovale, dont la surface présente des lignes ou stries longitudinales et parallèles. Presque toujours, il ne tarde pas à se partager, suivant son grand axe, en deux ou plus souvent en quatre parties qui continuent à s'accroître indépendamment les unes des autres et d'une manière fort irrégulière, et constituent autant de poches ou capsules secondaires. A une époque encore voisine du partage, ces dernières se montrent composées d'une membrane extrêmement fine, enveloppant un faisceau de petites baguettes courbes s'étendant d'une extrémité à l'autre de la poche, renflées vers leur milieu, plus amincies aux extrémités. Ce sont elles qui, vues à travers la membrane d'enveloppe, donnent à la capsule l'apparence striée qui la caractérise et qui existe déjà dans le nucléole à presque toutes les autres époques de la vie de l'Infusoire. Elle renferme en outre un liquide parfaitement incolore et homogène.

Qu'est devenu pendant ce temps le noyau? Celui-ci a également changé et de forme d'aspect; il s'est arrondi, s'est élargi; sa substance, devenue plus molle, a perdu sa réfrigérence, et il présente vers ses bords des échancrures qui, pénétrant de plus en plus profondément dans sa masse, en isolent un ou plusieurs fragments dans lesquels un grossissement suffisant permet d'apercevoir un certain nombre de petites sphères transparentes, avec un point central obscur. D'autres fois le noyau presque tout entier présente cet aspect, et se montre alors comme farci de ces petits corps arrondis dont l'analogie avec des ovules ne peut laisser le moindre doute. L'évolution du noyau et du nucléole étant identique et marchant du même pas chez les deux individus accouplés, il en résulte, en considérant dès ce moment le premier comme un ovaire et le second comme un testicule ou capsule séminale, que non-seulement chacun d'eux possède les attributs des deux sexes, mais qu'ils se fécondent l'un l'autre et se servent à la fois et dans le même temps de mâle et de femelle. Quant à cette fécondation elle-même, tout semble démontrer qu'elle s'opère à la faveur d'un échange que les deux individus accouplés font d'une ou de plusieurs de leurs capsules séminales, lesquelles, à travers les ouvertures des bouches placées étroitement l'une contre l'autre, passent du corps de l'une des Paramécies dans celui de l'autre; car souvent on peut, sinon apercevoir ce passage même, du moins surprendre le moment où l'une des capsules déjà engagée dans l'une des bouches, se trouve sur le point de franchir cette ouverture. L'échange d'où résulte la fécondation a-t-il lieu pour toutes les capsules dans un seul et même accouplement, ou bien dans autant d'accouplements successifs avec des individus différents?

Quoi qu'il en soit, chaque capsule, après sa transmission, continue encore à s'accroître dans le corps de l'individu qui l'a reçue, car jamais on n'en a trouvé qui eussent atteint le terme de leur développement chez des individus encore accouplés. Elles atteignent alors souvent un volume plus considérable que le noyau lui-même, mais jamais plus d'une à la fois n'arrive à maturité. Lorsque, parvenue à cet état, on l'examine après l'avoir exprimée du corps de l'Infusoire, pour la dégager des granulations qui l'y masquent toujours plus ou moins, elle apparaît sous la forme d'un gros corps ovoïde dont la surface présente une multitude de stries parallèlement dirigées dans le sens de la longueur, et qui résultent de l'alignement en séries des corpuscules renfermés dans l'intérieur. La compression poussée jusqu'à en amener la rupture, la montre nettement formée par une membrane d'une ténuité extrême et un contenu renfermant une innombrable quantité de petits corpuscules fusiformes, dont les extrémités, en raison de leur finesse extrême, échappent complétement à la vue. Aussitôt libres, ces petits corps se montrent animés d'un mouvement de vacillation et de translation qui amène bientôt leur dispersion dans le liquide ambiant. Ce sont là les spermatozoïdes du *P. bursaria*. L'iode, l'alcool, l'acide acétique, abolissent instantanément leurs mouvements; ils sont insolubles dans ce dernier réactif concentré, qui dissout rapidement au contraire tous les autres éléments du corps, à l'exception de granules verts.

C'est ordinairement du cinquième au sixième jour qui suit l'accouplement que l'on voit apparaître les premiers germes sous la forme de petits corps arrondis formés d'une membrane que l'acide acétique met bien en évidence, et d'un contenu grisâtre, pâle, homogène ou presque imperceptiblement granulé, où l'on ne distingue encore ni noyau ni vésicule contractile. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent ces organes. Les observations de Stein et de F. Cohn ont montré comment ces embryons quittaient le corps de la mère sous la forme d'acinètes garnis de tentacules boutonnés, véritables suçoirs au moyen desquels ils restent encore quelque temps adhérents à la mère en se nourrissant de sa substance; mais leurs recherches ne leur ont pas révélé le sort ultérieur de ces jeunes. M. Balbiani a pu les suivre assez longtemps après qu'ils s'étaient détachés du corps maternel, et se convaincre qu'après avoir perdu leurs suçoirs, s'être entourés de cils vibratiles et avoir obtenu une bouche qui commence à se montrer sous la forme d'un sillon longitudinal, ils revêtient définitivement la forme de la mère, en se pénétrant comme elle de granulations vertes caractéristiques de cette Paramécie sans avoir subi de plus profondes métamorphoses.

Dr E. RENAUD.

---

vation qui est renvoyée à une commission composée de MM. Monod, Broca et Houel. Voici le résumé de cette observation :

Un enfant de dix ans fit, le 4 avril 1858, une chute sur les pieds; il ne perdit pas l'équilibre, mais il resta étourdi pendant quelques instants, et sentit presque aussitôt une douleur assez vive au pied et à la hanche du côté droit.

Le 9, il éprouva de la céphalalgie et eut un léger frisson, bientôt suivi de fièvre avec délire et agitation. Il se plaignait de souffrir dans la cuisse droite, et un médecin fit appliquer successivement plusieurs vésicatoires sur la face externe de ce membre.

Le 12, l'enfant fut porté à l'hôpital Sainte-Eugénie, et admis dans le service de M. Marjolin. On reconnut l'existence d'un phlegmon au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite; il y avait en outre des symptômes généraux fort graves : 140 pulsations, soubresauts des tendons, dents et lèvres fuligineuses; délire incomplet. Aucune teinte ictérique. M. Marjolin porta aussitôt le pronostic le plus fâcheux, et pensa que l'enfant était atteint soit d'une affection typhoïde à forme cérébrale, soit d'une infection purulente consécutive à l'inflammation de l'articulation du pied.

Le lendemain 13, agitation croissante, mouvements désordonnés, plaintes et cris répétés. Le phlegmon du cou-de-pied est fluctuant. On l'incise, et on trouve que l'abcès communique avec l'articulation tibio-tarsienne.

Les jours suivants, l'état général reste le même.

Le 17, le pouls est misérable, très-fréquent. Sudamina sur le ventre. Quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le soir, le malade tombe dans le coma; sa respiration devient stertoreuse. Il meurt le 18 au matin, quatorze jours après sa chute.

Il n'y avait eu pendant la vie aucun trouble dans l'émission des urines et des matières fécales, aucune paralysie, aucune déviation des traits; la pupille avait conservé jusqu'au dernier moment sa contractilité; les membres n'avaient présenté aucune contracture, pas même pendant l'agonie.

A l'autopsie, on a trouvé dans l'intestin grêle quelques follicules isolés plus saillants qu'à l'état normal, et quelques ganglions mésentériques un peu congestionnés. La rate et le foie sont sains. Les deux poumons sont congestionnés; le cœur ne renferme pas de caillots. La lésion du membre inférieur droit se réduit à un simple abcès phlegmoneux communiquant avec l'articulation tibio-tarsienne. On passe alors à l'examen de la boîte crânienne.

Les téguments du crâne ne sont nulle part ecchymosés; les os du crâne sont intacts, ainsi que la dure-mère, qui paraît seulement très-distendue. La cavité de l'arachnoïde n'est le siége d'aucun épanchement; mais il existe une suffusion sanguine sous l'arachnoïde cérébrale, à la face convexe du lobe postérieur de l'hémisphère cérébral gauche. En ouvrant les ventricules, on trouve à la partie postérieure de l'étage supérieur du ventricule gauche un caillot sanguin, mou, noirâtre, à peu près sphérique, gros comme un œuf de poule, et présentant en quelques points des traces de décomposition. Ce caillot se prolonge dans l'épaisseur de l'hémisphère correspondant; en haut, il n'est séparé de la surface extérieure du cerveau que par une mince couche de substance cérébrale. Il repose sur la partie postérieure du corps strié et sur la couche optique; les couches les plus superficielles de ces deux organes sont ramollies; la partie correspondante du corps calleux, le pilier postérieur gauche de la voûte sont également ramollis, et de plus on trouve au-dessus du caillot, dans l'épaisseur de l'hémisphère, deux petits foyers purulents de la grosseur d'un pois. Toutes les parties qui entourent le caillot offrent une coloration jaunâtre analogue à celle qui se manifeste autour de certains foyers apoplectiques. En plusieurs points, le caillot adhère fortement à la substance cérébrale, avec laquelle il semble se fusionner. La veine du corps strié est détruite; les plexus choroïdes sont intacts.

Indépendamment de ce caillot principal, qui paraît s'être produit au moment de l'accident, on trouve dans le même ventricule un autre caillot plus rouge et qui paraît moins ancien. Il ne remplit pas toute la cavité ventriculaire, mais il en occupe toute la longueur, et se continue en avant à travers le trou de Monro avec un autre caillot semblable qui occupe le ventricule moyen, et qui sans la moindre interruption se prolonge, d'une part, dans le ventricule droit du cerveau à travers le trou de Monro du côté droit; d'autre part, dans le ventricule cérébelleux à travers l'aqueduc de Sylvius. La paroi postérieure de ce dernier ventricule est distendue par le caillot, qui s'arrête au trou de Magendie.

Au reste, les parois ventriculaires sont parfaitement saines autour du caillot dont on vient de décrire le trajet. On ne trouve dans la substance encéphalique d'autres lésions que celles qui existent autour du gros caillot sphérique du ventricule gauche.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN revient sur les particularités les plus remarquables de cette observation, qui a été recueillie dans son service, et insiste sur les difficultés presque insurmontables du diagnostic, et sur l'absence totale de paralysie, qui ne permettait guère de soupçonner l'existence d'un aussi vaste foyer de sang dans le cerveau.

M. CLOQUET trouve ce fait en contradiction avec tout ce qu'il a vu jusqu'ici, et se demande si l'hémorrhagie ventriculaire ne se serait pas faite progressivement pendant les quatorze jours qui se sont écoulés depuis l'accident jusqu'à la mort du malade.

M. CHASSAIGNAC partage l'étonnement de M. Cloquet, et ne peut admettre que l'épanchement de sang ait été immédiat. On a vu des tumeurs lentement développées dans le crâne, atteindre un volume considérable, et comprimer la substance cérébrale sans produire de paralysie. Mais lorsqu'un épanchement énorme comme celui-ci survient tout à coup dans les parties centrales de l'encéphale, les phénomènes dits de compression ne peuvent pas faire défaut. D'ailleurs, si l'hémorrhagie eût été instantanée, il est fort probable que l'enfant n'eût pas survécu aussi longtemps. M. Chassaignac pense donc que l'extravasation du sang a dû se faire pendant les derniers jours de la vie, d'une manière lente et progressive. Le petit malade a présenté quelques symptômes d'infection purulente, et l'on sait que dans cette affection, qui altère profondément le sang, des hémorrhagies se produisent quelquefois peu de temps avant la mort.

M. MARJOLIN rappelle qu'on trouve autour du caillot principal, dans la substance cérébrale, des lésions tout à fait semblables à celles qui existent autour des foyers apoplectiques datant déjà de plusieurs jours. Il ne peut donc admettre que l'hémorrhagie se soit produite aux approches de la mort.

M. DEGUISE fils est moins surpris que MM. Cloquet et Chassaignac de voir qu'un aussi vaste épanchement n'ait pas déterminé de paralysie; il pense même que l'hémorrhagie a dû se produire au moment de l'accident. En tout cas, le caillot principal est déjà assez ancien, ainsi que le prouvent les lésions qui existent autour de lui dans la substance cérébrale. La physiologie du cerveau n'est pas assez avancée, assez positive, pour qu'on puisse savoir quelles sont les conditions incompatibles avec la conservation de la motilité. M. Bérard aîné a présenté dans le temps à la Société anatomique un fait bien plus singulier encore que celui de M. Marjolin. Un homme qui avait été atteint par l'explosion d'une mine, vécut encore deux jours malgré l'existence d'une lésion très-étendue et très-profonde de l'encéphale.

Le cerveau proprement dit était presque entièrement détruit ou broyé; la partie la plus postérieure des lobes postérieurs du cerveau avait seule conservé son intégrité; et cependant cet homme n'avait pas perdu connaissance, il avait même conservé la mémoire. M. Deguise ajoute qu'il lui est arrivé plusieurs fois de trouver des lésions cérébrales très-profondes et très-étendues, des foyers hémorrhagiques énormes, chez des aliénés qui avaient succombé sans présenter les symptômes de l'apoplexie.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il ne faut pas procéder par induction. Il connaît plusieurs faits analogues à ceux que vient de citer M. Deguise; il en a rassemblé un certain nombre dans sa thèse sur les *plaies de tête*. Il est certain que les lobes cérébraux peuvent être lésés très-profondément sans symptômes de paralysie. Mais dans le fait de M. Marjolin, ce ne sont pas seulement les lobes cérébraux qui ont été atteints. L'épanchement de sang remplit les quatre grands ventricules, et si cet épanchement, qui n'a pas produit de paralysie, était survenu tout à coup au moment de l'accident, la chose serait sans analogue dans la science, et contraire à tout ce qu'on sait sur la physiologie de l'encéphale.

M. LARREY, sans se prononcer d'une manière aussi formelle, est disposé à admettre, avec MM. Chassaignac et Cloquet, que l'épanchement de sang s'est fait graduellement.

M. BROCA pense au contraire, d'après l'inspection de la pièce, que l'hémorrhagie date du premier jour de l'accident, et que l'enfant a succombé à l'encéphalite provoquée par la présence du gros caillot, qui remplit et distend le ventricule gauche du cerveau. Les symptômes qui ont été observés pendant la vie se rapportent à l'encéphalite. Ce fait est embarrassant pour ceux qui attribuent à la compression pure et simple la paralysie qui accompagne les épanchements cérébraux traumatiques. Mais la doctrine classique de l'Académie de chirurgie sur les plaies de tête est depuis longtemps ébranlée, et des exemples nombreux ont prouvé qu'il n'y a point nécessairement liaison entre la compression cérébrale et les accidents de paralysie qu'on attribue à cette compression.

M. Broca, entre autres exemples, rappelle celui qui a été publié au dix-huitième siècle par Atthalin. Un énorme épanchement de sang bien plus volumineux encore que celui que montre M. Marjolin, ne produisit absolument aucun symptôme pendant cinquante-quatre jours; et ce fut alors seulement que les accidents commencèrent. Pour mettre les faits de ce genre d'accord avec la théorie de la compression cérébrale on suppose que l'hémorrhagie s'est produite lentement; c'est une pure supposition. On invoque de plus la physiologie du cerveau, mais des expériences faites d'abord par M. Serres, puis par MM. Gama et Malgaigne, prouvent qu'on peut injecter dans le crâne des animaux des quantités considérables de sang, sans produire les symptômes attribués à la compression.

M. CHASSAIGNAC soutient que son opinion repose sur l'observation et non sur la théorie. Les expériences sur les animaux peuvent tromper; mais l'observation ne trompe pas. Elle a établi depuis longtemps que les épanchements sanguins intra-crâniens produisent des accidents de congestion d'autant plus prononcés qu'ils sont situés plus près de la base du cerveau. Tous les jours on diagnostique, d'après les symptômes de paralysie, les épanchements sanguins, et souvent même on peut en préciser le siége.

M. MARJOLIN affirme, au contraire, que des épanchements traumatiques et instantanés peuvent se produire dans le cerveau sans donner lieu aux phénomènes de paralysie. Les lésions les plus profondes et les plus étendues de la substance cérébrale peuvent, pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines, exister sans aucun symptôme. M. Marjolin cite à ce propos l'exemple d'un garçon de caisse chez lequel les premiers accidents parurent seulement douze jours après un coup de pistolet qui lui avait détruit les deux lobes antérieurs du cerveau. Ce fait a été recueilli à l'hôpital Beaujon, dans le service de Blandin. En voici un autre que M. Marjolin a recueilli lui-même à l'hôpital de Bon-Secours en 1848. Un homme endormi fut assailli par un voleur qui lui asséna sur le crâne un coup de barre de fer. Cet homme n'éprouva aucun accident pendant un mois entier; il continua à vaquer à ses affaires; mais au bout de ce temps, des symptômes d'encéphalite se manifestèrent, et le blessé fut conduit à l'hôpital, où il mourut promptement. A l'autopsie, on trouva le côté gauche du cerveau déchiré, ramolli et infiltré de pus. Des fragments osseux et des lambeaux de dure-mère avaient été poussés, au moment de l'accident, jusque dans le ventricule gauche du cerveau, et avaient pu y séjourner pendant un mois sans donner lieu à aucun symptôme. La pièce a été montrée dans le temps à la Société de chirurgie.

MM. CLOQUET et CHASSAIGNAC reconnaissent que ce dernier fait est de nature à dissiper une partie des doutes qu'ils ont émis sur l'interprétation du fait présenté actuellement à la Société.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, P. BROCA.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du 22 avril, la chaire de matière médicale et de pharmacie de la Faculté de médecine de Strasbourg a été déclarée vacante, Aux termes des statuts et règlements universitaires, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au Conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres au secrétariat de la Faculté de médecine, pour le 25 mai au plus tard.

— Par arrêtés du 23 avril, M. le docteur Gromier, suppléant à l'école préparatoire de Lyon, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite école, en remplacement de M. Sénac, décédé.

M. le docteur Rambaud est nommé suppléant (section des chaires de médecine proprement dite) à la même école, en remplacement de M. Gromier, nommé professeur titulaire.

— M. le docteur Bremard, suppléant à l'école préparatoire d'Arras, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite école, en remplacement de M. Leviez, décédé.

— M. Eichinger est nommé aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Libermann, démissionnaire.

— Un congé jusqu'à la fin de la présente année scolaire est accordé, pour motif de santé, à M. Gaultier de Claubry, professeur adjoint, chargé du cours de chimie organique et de la direction des manipulations chimiques à l'école supérieure de pharmacie de Paris.

M. Réveil, agrégé, est chargé du cours de chimie organique pendant la durée du congé accordé à M. Gaultier de Claubry.

M. Robiquet, déjà chargé du cours de toxicologie, sera chargé, en outre, de la surveillance des manipulations chimiques.

— Un congé est accordé pour cause de maladie, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, à M. Schlagdenhauffen, agrégé de l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg, chargé de la suppléance de la chaire de toxicologie et de physique.

M. Jacquemin, agrégé de la même école, est chargé de remplacer M. Schlagdenhauffen pendant la durée dudit congé.

— M. le docteur Monnereau est nommé médecin colonial à Médéah, en remplacement de M. le docteur Lemonyer.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 MAI 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons dit que M. le docteur Bonnafont avait présenté dans la précédente séance un mémoire sous ce titre : Réflexions médico-psychologiques sur certaines conditions des sens de l'ouïe et de la vue. Nous devons à l'obligeance de notre confrère de pouvoir résumer aujourd'hui quelques-uns des points principaux de ce travail.

Que n'a-t-on pas dit et écrit sur la supériorité relative des sens! Qui ne se rappelle, pour ne citer qu'un des plus modernes parmi les physiologistes qui ont écrit sur ce sujet, les belles pages dans lesquelles Gerdy a cherché à démontrer la supériorité de la vue sur tous les autres sens? M. Bonnafont, se plaçant à un autre point de vue que Gerdy, a cherché à démontrer la supériorité de l'ouïe sous le rapport de l'intelligence. Voici sur quel ordre de considérations il s'est fondé.

On s'est toujours beaucoup préoccupé de savoir et d'expliquer pourquoi les aveugles paraissent généralement gais, contents, et pourquoi ils recherchent la société, tandis que les sourds, au contraire, malgré le sens de la vue qui leur permet de se suffire bien plus facilement à eux-mêmes, sont tristes et préfèrent la solitude. Cette différence, qui a lieu de surprendre, et qui est en raison inverse de l'importance que l'on attache généralement à l'exercice de ces deux sens, a été diversement expliquée par les philosophes et les psychologues. Voici de quelle manière M. Bonnafont cherche à l'expliquer. Nous le laissons parler lui-même :

« La vue, qui semble au premier abord être d'un grand dédommagement pour les sourds, est précisément ce qui augmente la somme de leurs désirs. Le sourd ne pourra jamais prendre sur lui de ne pas désirer entendre ce qu'il voit. Son supplice est extrême quand ses yeux lui montrent un spectacle, un événement lointain ou des personnes absorbées par une conversation à laquelle il ne peut prendre aucune part. Ce qui ajoute encore à son tourment, c'est que, ne pouvant rien entendre, il s'imagine que l'on s'occupe de lui et de son infirmité.

» L'aveugle qui entend, au contraire, finit par se faire assez bien et même assez vite à sa malheureuse position, lors même que la cécité est accidentelle et survenue à un âge déjà avancé.

» Tout le monde dit cependant qu'il vaut mieux être sourd qu'aveugle ; cela est vrai parce que celui qui conserve la vue peut plus facilement se suffire et se passer du secours des autres. Mais cela ne détruit en rien la condition morale qui accompagne ces deux infirmités. C'est donc dans cette différence de sensation que nous trouvons l'explication de la gaîté que conservent les aveugles, qui entendent dans leurs relations intimes, et de la tristesse mélancolique dans laquelle ne tardent pas à tomber les sourds qui ont conservé la faculté d'y voir.

» Le sourd, fatigué de ne pouvoir entendre ce qui se fait ou se dit autour de lui, s'éloigne peu à peu de la société et finit par ne trouver quelque jouissance que dans la solitude; tandis que l'aveugle, ne vivant que par les charmes de la conversation et de cette admirable harmonie que la parole répand entre tous les êtres parlants, trouve un bonheur ineffable là où le sourd ne rencontre que de l'ennui. Un fait constant, qui mérite d'être pris en sérieuse considération, c'est que la solitude, cette grande instigatrice du travail, développe l'intelligence et décuple l'aptitude intellectuelle chez l'aveugle qui entend, tandis que l'isolement affaiblit peu à peu, en les abrutissant souvent, les facultés du sourd qui y voit.

» On peut dire que le sourd qui y voit vit plus par le sens de relation, tandis que l'aveugle qui entend trouve l'aliment vital dans les sensations qui siégent au cœur et qui partent de l'esprit.

» N'étant point détourné par les impressions du sens de la vue, qui apporte avec lui les distractions les plus vives, les plus nombreuses et les plus continues, son attention se concentrera sur celles que l'ouïe lui permet de recueillir, et cela avec une énergie que nous avons peine à concevoir. D'où il serait peut-être permis de tirer cette conclusion que la vue, malgré les immenses services qu'elle rend à l'intelligence, sert plus spécialement les fonctions instinctives; tandis que l'ouïe, tout en secondant fréquemment les instincts, est plus intimement liée avec les facultés intellectuelles. »

Dans la dernière séance, l'Académie a entendu la lecture d'une note de M. Lami, relative à l'étude de la myologie artistique, et un mémoire de M. Maisonneuve sur une nouvelle méthode d'amputation des membres, dite diaclastique ou par rupture. Nous avons déjà, il y a environ un an, *laissé* exposer dans ce journal quelques applications de cette méthode qui nous a paru étrange. Nous laissons parler aujourd'hui le *compte rendu* de l'Académie. Nous ne dissimulerons pas nos préventions, et il est douteux que nous parvenions à les surmonter, jusqu'à ce qu'il nous soit démontré qu'elles sont sans fondement. — Dr Brochin.

M. le comte Jaubert a été nommé, dans la séance d'aujourd'hui, membre associé de l'Académie des sciences. Les suffrages ont été ainsi répartis :

Votanst, 62.

1er tour :	MM. Bégin	27	voix.
	le comte Jaubert	21	»
	Walferdin	7	»
	Damour	6	»
	Billet blanc	1	
2e tour :	MM. le comte Jaubert	31	voix.
	Bégin	30	»
	Billet blanc	1	

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

De la paralysie du voile du palais.

Je saisirai au passage l'exemple qui s'offre à nous dans ce moment pour vous dire en quelques mots ce que c'est que la paralysie aiguë du voile du palais. Ce trouble fonctionnel n'existerait peut-être plus à notre première réunion, car il est dans sa nature de disparaître assez vite, et comme d'ailleurs c'est un fait rare, il ne peut être que très-intéressant pour vous de l'étudier avec soin.

Cette enfant, placée au n° 5 de la salle Sainte-Marguerite, vient d'avoir dans sa famille une angine couenneuse, dont le début remonte à deux mois, et que l'on a traitée par les cautérisations énergiques souvent répétées, et dont elle ne connaît point la nature. Elle ne s'est pas complétement rétablie, car ses forces sont restées insuffisantes pour la faire tenir sur pied. Elle n'a point recouvré son appétit, et de fréquents vomissements, le retour des boissons par le nez, la voix faible et une toux fréquente, ont fait voir à ses parents qu'elle était loin d'être guérie. Ils l'ont amenée à l'hôpital.

Cette enfant vous montre deux phénomènes des plus curieux, une paralysie du voile du palais, et une bronchite capillaire assez intense pour mériter le nom de catarrhe suffoquant.

La paralysie du voile du palais vous offre tous les symptômes signalés comme caractéristiques de ce trouble fonctionnel, d'abord par MM. Trousseau et Lasègue, puis par Morisseau, par Bérard, par Requin et par M. Maingault dans une intéressante thèse de doctorat.

Elle est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, dans la proportion de 1 sur 10 d'après M. Maingault, et elle succède le plus souvent à l'angine simple, ou à l'angine traitée ou non par les cautérisations.

Chez notre malade, la voix est fortement nasonnée et gutturale, la déglutition est difficile, mais les vomissements qui existaient ces jours derniers ont cessé. Les boissons reviennent encore par le nez, mais beaucoup moins fréquemment que la semaine dernière, et l'enfant est en quelque sorte obligée de boire par gorgées, d'une façon particulière dont elle a dû prendre l'habitude pour faciliter leur déglutition.

La succion et l'action de souffler, assez souvent empêchées dans les cas de ce genre, n'ont pas été profondément troublées chez notre petite malade. En ce moment l'examen de l'arrière-gorge montre un abaissement considérable du voile du palais, dont le bord touche la base de la langue, et il est le siége d'une immobilité que les excitants ne troublent pas. Il offre, en un mot, cette

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de médecine clinique, par M. le Dr TRUMET DE FONTARCE (1).

Ce n'est pas que le besoin d'un nouveau traité de pathologie se fît vivement sentir. Grâce à Dieu, nous en possédons bon nombre de tout nouveaux, et qui tous ont leur mérite particulier, à part le mérite commun de concourir à la propagation de la science. D'où vient cette fécondité? Serait-ce le désir d'inaugurer ou de répandre de nouvelles doctrines? Les auteurs sont à peu près tous d'accord pour conspuer ce que dédaigneusement ils appellent les systèmes. Cette édifiante unanimité n'implique cependant pas l'unité dans la manière d'interpréter les faits de même espèce. Mais chacun étant libre à cet égard, ils ont décoré du nom d'*éclectisme* cette liberté illimitée, laquelle, en bon français, a nom licence, désordre ou confusion. Serait-ce donc le désir de reproduire en un tableau l'état actuel, le bilan réel de la science contemporaine? Mais pas n'est besoin pour cela de prendre la parole tous à la fois, d'autant mieux qu'au train dont vont les choses la science de demain ne sera déjà plus celle d'aujourd'hui, si bien que le malheureux nosographe, auteur d'un livre en plusieurs volumes,

Enfant au premier acte, est barbon au dernier.

Serait-ce?... mais pourquoi s'épuiser en conjectures? La cause principale, sinon la cause unique de l'exubérance dont il s'agit, est évidemment, à notre époque d'ardente concurrence, que chacun se hâte d'ériger son petit *monument*, pour se faire le plus tôt possible une place au soleil, afin de prendre sa part au gâteau de la pratique. Ce que je dis ici n'est ni du blâme ni de la misanthropie; c'est l'expression de cette grande loi de l'intérêt qui régit tous les êtres pensants, et qui, au dire de quelques penseurs moroses, préside même aux actes les plus désintéressés, les plus généreux, les plus vertueux de l'humanité. La sagesse ordonne de ne pas fouiller si profondément dans les replis du cœur humain, et d'accepter le bien pour lui-même, lorsque bien il y a.

C'est d'ailleurs un noble procédé que celui qui consiste à se produire au grand jour de la publicité par une œuvre laborieuse et consistante, à marcher droit à la renommée, sous le feu des rivalités et du contrôle de la critique, au lieu de se creuser des routes souterraines, et de maculer les journaux de petites observations, de petites expériences et de petits remèdes, pour insinuer subrepticement son nom dans l'oreille et par suite dans la confiance du public. Ainsi voilà un auteur, jeune sans doute, car ni vous ni moi n'avons jamais lu son nom, et qui débute d'emblée par un ouvrage considérable, en deux gros volumes, fruit de longs et pénibles travaux, quelle que soit sa valeur; ouvrage dans lequel vous ne trouverez ni le plus petit fait, ni la moindre recette du cru de l'auteur; ouvrage qui n'a d'autre ambition que de présenter le tableau fidèle des maladies, tel que l'ont esquissé les peintres de toutes les époques. « Les prétentions de ce livre sont modestes, » dit M. Trumet de Fontarce, et ce n'est point une formule hypocrite, car alors même qu'il est appelé à se prononcer entre les dissidents, il le fait avec tant de désintéressement, de réserve et de courtoisie, qu'il semble reconnaître l'autorité de tout le monde, en même temps que celle de la science et du bon sens.

Vers la fin du dix-huitième siècle la philosophie était en faveur, et Pinel intitula son livre *Nosographie philosophique*, titre qui de nos jours serait un arrêt de proscription. Lorsque vint à tomber le rationalisme broussaisien, le mot pratique obtint la vogue, et tous les auteurs eurent la prétention d'écrire des traités *pratiques*, par la raison sans doute que tout est dans tout. Si le mot est usé, la chose florit encore, et, pour donner le change, nous n'éditons plus que des œuvres *cliniques*. C'est qu'en définitive toute production médicale ab utit à la clinique, sous peine de n'avoir pas sa raison d'être. Nous savons tous ce que vaut l'étiquette, nous connaissons le dicton : *Aliud in titulo, aliud in pyxide*, et, sans nous arrêter au titre, nous ouvrons la boîte.

Il y a vingt ans la vogue était aux dictionnaires, l'ordre alphabétique étant le symbole du démembrement de la science et de la déroute des principes. Aujourd'hui on en revient, timidement, il est vrai, aux essais de classification nosologique, symptôme heureux, selon nous, symptôme du retour vers des idées de synthèse et de rationalisation. Mais les enfantements sont laborieux, les avortements sont fréquents, et les classificateurs, peu satisfaits les uns des autres, se livrent à des efforts qui n'ont abouti jusqu'ici qu'à la procréation d'embryons monstrueux. C'est ce qu'a fort bien compris notre auteur, qui, pour éviter les malheurs de ses devanciers, s'est résigné très-

(1) 2 forts volumes in-8°. Paris, 1857. Chez J. B. Baillière.

anesthésie incomplète qui a été signalée par le professeur Trousseau, fait curieux dont les observations ultérieures ont confirmé la réalité.

Contrairement à ce que l'on observe toujours dans la paralysie du voile du palais, où l'apyrexie est complète et l'état général excellent, notre malade n'a pas d'appétit, elle a de la fièvre et tousse beaucoup. C'est que, dans le cas offert à votre étude, la maladie n'est pas unique, et il y a une complication inflammatoire ayant pour siége les bronches capillaires. C'est à cette cause qu'il faut attribuer l'abattement, la dyspnée et la fièvre mesurée par 120 pulsations.

La paralysie du voile du palais guérira très-bien, comme elles guérissent toutes, spontanément, et en cas de prolongation, elle cède aisément aux cautérisations légères d'ammoniaque étendue, aux gargarismes astringents et à l'excitation électrique d'un bon appareil manié par un électriseur de profession.

La bronchite capillaire est plus grave. Caractérisée par de la toux fréquente sans expectoration, par une dyspnée assez forte, elle n'a point changé la résonnance de la poitrine, et n'a modifié que le caractère ordinaire des bruits de la respiration. Partout, dans les deux côtés en arrière de la fosse sus-épineuse, à la base des poumons, sous les clavicules, dans l'aisselle, existent des râles sibilant, ronflant, muqueux et sous-crépitant, mobiles dans leur siége et différents dans leur timbre suivant la fréquence de la toux et le déplacement des mucosités bronchiques.

Une pneumonie catarrhale ou fibrineuse modifierait la résonnance du thorax et donnerait lieu à un bruit de souffle et à un retentissement de la voix qui n'existent pas. La première de ces maladies commence peut-être, et quelques lobules sont peut-être déjà occupés par la phlegmasie; mais cela ne m'est pas démontré, et le vomitif que je vais administrer nous montrera bientôt à quoi nous en tenir. Une pleurésie est caractérisée par une absence de bruits respiratoires et une matité que vous n'observez pas ici; par conséquent, il s'agit donc uniquement d'une bronchite aiguë capillaire ou d'un commencement de pneumonie catarrhale, c'est-à-dire de pneumonie lobulaire discrète ou confluente telle qu'on l'observe chez les enfants.

Cette enfant prend aujourd'hui même de l'ipécacuanha à dose vomitive, 25 centigr. dans 15 grammes de sirop, et je vous en reparlerai un peu plus tard.

Onze jours après, M. Bouchut s'exprimait à peu près dans ces termes :

L'enfant du n° 5, et qui avait une paralysie du voile du palais, sort aujourd'hui de l'hôpital. Elle a cessé de vomir et de rejeter les boissons par les narines; sa voix est restée nasonnée jusqu'à ces deux derniers jours, et elle est maintenant très-distincte. Le voile du palais est redevenu mobile et sa paralysie a guéri seule, sans le secours d'aucun traitement spécial.

La bronchite capillaire a cédé très-vite sous l'influence des vomitifs et des préparations calmantes. La dyspnée et les râles ont diminué chaque jour avec la toux et la fièvre. Depuis trois jours l'enfant est guérie : elle ne tousse plus; son appétit est excellent, et il n'y a plus aucune raison de la garder à l'hôpital.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Traitement du catarrhe de la vessie (1).

Pour procéder méthodiquement, et avec chances de réussite, au traitement d'une maladie bien constatée, il faut; 1° écarter la cause; 2° remédier aux désordres produits; 3° prévenir les récidives. Cette formule s'applique tout spécialement à la cure du catarrhe chronique de la vessie.

Ce catarrhe étant souvent provoqué et entretenu par la présence d'un calcul dans la poche urinaire, la première indication à remplir, c'est d'enlever ce calcul; on s'efforce ensuite de tarir la sécrétion catarrhale au moyen des antiphlogistiques, des injections d'eau froide, des balsamiques ou de la médication astringente. Ici la prophylaxie réside tout entière dans l'alimentation et l'emploi des eaux minérales; le choix en est déterminé d'après la composition du calcul.

Quand l'œil est aux prises avec une douleur névralgique, il rougit, s'enflamme et pleure. Il en est de même pour la vessie envahie par la névralgie ou le rhumatisme; seulement la vessie pleure à sa manière, c'est-à-dire qu'elle verse dans l'urine une quantité plus ou moins considérable de mucosités. Dès que la cystalgie a cédé aux injections émollientes et opiacées, la sécrétion diminue et disparaît avec la cause qui l'avait amenée.

La cystite catarrhale peut-elle résulter de la métastase d'une affection herpétique ou goutteuse? M. Mercier en paraît convaincu; M. Civiale hésite à le croire. Suivant M. Civiale, le rein recevrait seul de cette métastase un degré d'irritation plus ou moins intense, et le rein, étant malade, pervertit les qualités de l'urine qu'il sécrète, c'est-à-dire qu'il la fournit tantôt très-acide, tantôt très-alcaline, de sorte que le catarrhe ne serait plus qu'un phénomène secondaire résultant de l'action du liquide ainsi modifié sur la muqueuse vésicale. Sans doute, les choses peuvent se passer de la sorte; mais il n'en est pas toujours de même. Voici, au contraire, un exemple péremptoire de l'alternance du siége que peut affecter l'élément dartreux.

M. de L..., âgé de soixante-huit ans, d'une constitution très-robuste, ressentit pour la première fois, en 1832, de l'accablement dans la région lombaire, une douleur sourde à l'hypogastre, et de fréquentes envies d'uriner toutes les fois qu'il montait à cheval ou qu'il risquait une marche d'une heure ou deux. Ce malaise était constamment suivi d'un dépôt muqueux dans les urines. Toutes les variétés d'eaux thermales furent mises à contribution pendant vingt-quatre ans; celles de Vichy et de Contrexéville produisirent seules quelque amélioration, et encore cette amélioration fut-elle toujours passagère.

Le malade, un jour, se croyant atteint de la pierre, fit explorer sa vessie par M. Civiale, qui n'y rencontra ni gravier ni calcul. M. Mercier, consulté à son tour, constata l'existence d'une valvule au col vésical; elle fut incisée dans le courant du mois d'avril 1855. L'opération eut d'abord un succès tel qu'on pouvait croire à une guérison complète et définitive, mais peu à peu les accidents primitifs reparurent et devinrent même plus insupportables que jamais, car M. de L..., tourmenté par de continuelles envies d'uriner, ne pouvait plus ni dormir ni quitter ses appartements. Sur ces entrefaites, M. Champouillon, auquel le malade s'était adressé, aperçut sur les avant-bras, la face interne des cuisses, de nombreuses plaques de sédiment furfuracé, reconnues déjà autrefois par Biett.

Les eaux sulfureuses d'Aix en Savoie furent conseillées; M. de L... s'y rendit au commencement de l'été dernier. Après le vingt-deuxième bain, une vive douleur se fit sentir, précédant l'apparition d'un anthrax énorme sur la région scapulaire gauche. L'anthrax était cicatrisé depuis quelques jours seulement, lorsque le corps entier (la figure exceptée) du malade se couvrit d'un eczéma aigu. Dès ce moment la miction redevint facile et régulière. Au bout de six semaines d'un traitement énergique, l'éruption était réduite à quelques squames éparses sur les membres, mais le catarrhe avait repris possession de la vessie.

Des bains sulfureux artificiels rappellent à la peau un eczéma mitigé, et la vessie se trouve de nouveau soulagée. De sorte qu'aujourd'hui, M. de L... peut à volonté se donner un catarrhe ou un eczéma.

Les cas de catarrhe vésical symptomatique d'une métastase herpétique ou goutteuse passent assez rarement sous les yeux du praticien, mais ces cas sont bien avérés. La raison commande de leur opposer d'abord un traitement spécifique; les autres médications ne sont valables que pour remédier aux lésions de la vessie causées par l'élément diathésique.

Quand la blennorrhagie passe à l'état chronique, c'est le plus souvent parce que la portion membraneuse du canal de l'urèthre reste enflammée, et cette inflammation se propageant jusqu'au col de la vessie, y détermine une sécrétion catharrale dont la marche est subordonnée à celle de la blennorrhée elle-même. En traitant le canal de l'urèthre par l'emploi successif ou simultané des émollients et des cautérisations avec le nitrate d'argent, on guérit en même temps l'écoulement et le catarrhe.

L'engorgement ou l'hypertrophie de la prostate, la coarctation ou le rétrécissement induré de l'urèthre, l'atonie ou la paralysie de la vessie, sont autant d'obstacles à la libre sortie de l'urine. Celle-ci modifiée dans sa nature par l'effet de la résorption, passe à l'état de lessive concentrée, dont le contact fait naître des cystites profondes d'autant plus graves qu'on néglige plus longtemps les moyens propres à détruire la cause qui les entretient.

L'engorgement de la prostate, hors le cas de sénilité, résulte presque toujours de l'abus que l'on fait de cette glande dans l'acte du coït. La continence et le repos, les bains émollients et les frictions résolutives, peuvent encore ramener l'organe à son volume primitif, et rendre à l'urine une issue facile. Mais lorsque cette glande est hypertrophiée avec induration de son tissu, l'art est impuissant à changer cet état, et le malade se trouve condamné à perpétuité aux moyens palliatifs, tels que le cathétérisme et les injections détersives.

Si la miction est gênée par un rétrécissement, on y remédie par la dilatation, par la cautérisation, par la méthode de M. Raybard ou par le procédé de M. Heurteloup. Dès que l'obstacle est détruit et que la voie de l'urine est redevenue libre, l'affection catarrhale disparaît d'elle-même.

Plus de la moitié des catarrhes de la vessie, dit M. Civiale, sont la conséquence immédiate de l'atonie ou de la paralysie de la vessie qui ne se débarrasse que péniblement et incomplétement de l'urine qu'elle contient. C'est ici surtout que la médication perturbatrice, tonique ou résolutive, en boisson, en bains ou en injections, trouve son emploi et son utilité. Il n'est pas toujours permis néanmoins de considérer comme définitivement acquise la guérison de cette variété du catarrhe, parce que ses causes, loin d'être purement locales, sévissent de plus haut, c'est-à-dire que le défaut de contractilité de la vessie peut dépendre d'une débilité générale de la constitution ou d'une lésion des centres nerveux. C'est donc contre ces états morbides surtout qu'il faut agir, si on ambitionne un succès durable.

Lorsque le catarrhe se rattache à une hypertrophie, à un fongus, à une tumeur quelconque, à un ramollissement, à des altérations de la surface interne de la vessie, il n'y a qu'un seul moyen d'en triompher, c'est la cautérisation soit avec le nitrate d'argent, soit avec un modificateur analogue dans son action.

Voilà une série de catarrhes dans lesquels la phlegmasie de la muqueuse vésicale se rattache directement à divers états morbides de l'appareil urinaire. La corrélation qu'il y a entre la cause primitive et l'affection catarrhale subséquente ne saurait être contestée; le praticien habile à saisir ce rapport trouve devant lui des indications nettement dessinées, et dès lors il lui devient théoriquement facile d'y satisfaire.

Mais dans d'autres circonstances la détermination exacte des causes du catarrhe devient assez embarrassante, parce qu'on ne découvre aucune particularité organique capable d'expliquer son apparition ou sa persistance. De là vient que l'on a admis un catarrhe essentiel. On peut concevoir, dit M. Andral, une augmentation accidentelle dans la sécrétion des follicules muqueux sans qu'ils soient le siége d'un travail d'hyperémie active. Ce qui rend cette supposition tout à fait vraisemblable, c'est que dans un certain nombre de cas on ne trouve après la mort aucune lésion appréciable. C'est à cet accroissement morbide de la sécrétion muqueuse par la vessie, sans altération visible de sa texture, et indépendant de tout état pathologique, que M. Roche a donné le nom d'*hyperdiacrisie*. Il faut donc que le praticien se fasse à l'idée du catarrhe idiopathique.

Le traitement dans ce cas consiste à modifier l'état de la surface sécrétoire. On peut espérer d'y parvenir avec les injections d'eau froide ou chargée d'azotate d'argent, avec les substances balsamiques ou astringentes, ou bien enfin par l'emploi des pur-

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 avril.

---

humblement à l'ordre anatomo-physiologique. Il a donc traité successivement des maladies de l'appareil *nerveux*, — de l'appareil *locomoteur*, — de l'appareil *respiratoire*, — de l'appareil *circulatoire*, — de l'appareil *digestif*, — de l'appareil *génito-urinaire*. — Puis, pour payer tribut aux idées régnantes, qu'il ne heurte jamais de front, il a fait une classe de *fièvres* — une des maladies *septiques*; enfin, sous le titre de maladies *spéciales*, il traite de quelques affections réfractaires aux classes précédentes. Tout en félicitant l'auteur du bon sens et de la hardiesse dont il a fait preuve en bravant l'anathème qui pèse sur les localisateurs, je dois le blâmer de n'avoir pas eu jusqu'au bout le courage de sa classification. Ici les arguments se pressent en foule, et je n'ose leur lâcher l'écluse, de peur de ne pouvoir les maîtriser. Je me bornerai donc à une seule considération, qui pour moi-même est un précepte; la voici : « Lorsqu'une maladie d'essence obscure ou » litigieuse n'entre pas naturellement dans le cadre anatomo-patholo- » gique, il faut l'y contraindre en prenant pour motif ses manifestations » principales, *sauf explication*. » Ainsi, parmi vos maladies *spéciales* vous avez placé le rhumatisme, par exemple. Eh bien, il vous en coûtait peu de le rattacher à l'appareil *locomoteur*, puisque c'est là qu'il se produit essentiellement, sauf à vous expliquer sur sa cause générale. De même, en quoi vous répugnait-il de placer le scorbut parmi les altérations du sang, dans l'appareil circulatoire?

Vous avez fait une classe de *fièvres*, et bien vous en a pris, car autrement vous eussiez été lapidé, sans autre forme de procès. Et pourtant la fièvre typhoïde, par exemple, Dieu me garde de vous induire à la placer dans le tube digestif; mais puisque vous en faites résolûment une lésion du sang, que ne la rendiez-vous à l'appareil circulatoire? Nos modernes puristes ne sont pas trop effarouchés de trouver la variole, la scarlatine, etc., parmi les maladies de l'appareil tégumentaire, toujours sauf restriction mentale; et quant à la fièvre intermittente, n'est-elle pas reconnue comme intoxication sanguine? Que reste-t-il donc de cette fameuse classe des fièvres? Ajoutez que vos *fièvres* ont un petit inconvénient : c'est d'exister assez souvent *sans fièvre*; et l'on a beau subtiliser, une fièvre sans fièvre sera toujours quelque chose d'assez malsonnant... Mais il ne s'agit ici que d'une question de classement, et finalement je vous absous, car le plus prudent des préceptes émanés de la sagesse des nations prescrit de hurler avec les loups; donc c'est vous qui avez raison.

Mais la classification anatomo-physiologique ne fait guère que reculer la difficulté, car vient la nécessité de classer *nosologiquement* les maladies de chaque organe. Ici l'auteur a pris lestement son parti, et sans s'expliquer sur les motifs qui le dirigent, il expose un peu pêle-mêle et sans beaucoup d'égards pour la loi des affinités les diverses affections dont chaque organe est susceptible. Il n'est guère fidèle qu'à deux grandes divisions : les *phlegmasies*, puis les *lésions* dites *organiques*. Voici l'occasion de faire remarquer un procédé fort insolite, c'est l'absence complète de considérations générales, de notions préliminaires. L'auteur entre de plein saut en matière, sans dire le plus petit mot sur les idées dont il s'inspire, sur les principes qui servent de base à son travail; c'est un édifice élevé sans échafaudages. Rien donc de ces lieux communs où tous les auteurs s'évertuent si complaisamment à faire ressortir leur sagacité, leurs aperçus nouveaux, leurs pensées orignales, bref, leur part dans le progrès. Il est impossible de faire un abandon plus complet de sa personnalité! Aussi cet ouvrage ressemble-t-il à une succession d'articles séparés, rangés dans un ordre plus ou moins méthodique. Et vraiment je ne vois pas grand mal à cela, car la destination du livre est d'être consulté à l'occasion, et pour cela le lecteur n'a besoin que d'une table des matières. Pour rendre même les recherches plus faciles, l'auteur a fait suivre la table *ordinale* d'une table *alphabétique* que nous avons le regret de trouver trop peu détaillée. C'est ainsi qu'en voulant consulter l'article Scrofules, par exemple, nous ne l'avons pas trouvé à sa place dans l'alphabet.

Quant à la rédaction des articles, l'auteur a procédé de la manière la plus simple et la plus expéditive. Fidèle à son système d'effacement personnel, il prend les auteurs de traités, de monographies, de thèses, d'articles de journaux, qui ont élaboré le plus récemment et le plus complétement la matière, pour en faire la base de son travail et les citer fréquemment *in extenso*. Point d'étalage d'érudition archéologique, point de ces longues lettres bibliographiques qui jettent de la poudre aux yeux des lecteurs et ne servent pas à un sur mille.

Il pense probablement que ces accessoires incombent aux monographies et non aux ouvrages élémentaires. Je crois que cette simplification est la meilleure manière de traduire l'état actuel de la science. La narration n'est altérée par aucun alliage d'amour-propre d'auteur. Ce

gatifs et des révulsifs cutanés. Le mieux serait encore de réunir tous ces moyens dans une même médication.

Il ne faut pas croire que toutes les affections catarrhales à étiologie confuse sont des catarrhes essentiels. Entre ceux-ci et le catarrhe symptomatique, il y a des variétés fournies par des causes qui agissent directement sur la vessie.

Ainsi, cet organe partageant la destinée des muqueuses, se trouve condamné à suppléer la peau quand celle-ci, par l'effet de l'âge, de la débilité organique, ou de l'action styptique du froid, cesse d'exhaler certains détritus de l'économie. Rétablir, quand cela est possible, l'activité fonctionnelle de la peau, suffit presque toujours à la guérison du catarrhe. La donnée est simple; il ne faut pas oublier cependant que chez les vieillards la sécheresse des téguments est un état à peu près irrémédiable.

Chacune des causes dites indirectes, telles que les excès vénériens, la masturbation, les hémorrhoïdes, l'équitation, l'abus de l'alcool, les cantharides, les balsamiques, la constipation, l'inflammation des parties contiguës à la vessie, etc., peut engendrer le catarrhe; mais plus souvent encore elle l'aggrave ou l'entretient.

Suivant l'espèce, des précautions hygiéniques, un traitement émollient éteignent l'acuité de l'affection catarrhale, qui guérit ensuite spontanément, à moins qu'elle ne persiste sous forme de cystite chronique; c'est alors seulement qu'il est indiqué de recourir à la cautérisation et à la médication révulsive.

La vessie est un organe très-susceptible qu'il faut traiter avec douceur pour ne pas trop l'irriter. Lorsque le catarrhe siége au col et que l'on fait choix, pour le combattre, d'un agent perturbateur employé sous forme d'injection, on voit quelquefois survenir soit une orchite, soit une néphrite ou même un abcès du rein, soit un accès de fièvre bénigne ou pernicieuse. Ce dernier accident, outre qu'il met en péril la vie du malade, offre, comme la néphrite, le désagrément de diminuer ou de suspendre la sécrétion urinaire, d'aggraver ainsi l'état de la vessie et d'en retarder la guérison. La matière de l'injection, qu'on en soit assuré, n'est pas toujours la cause de ces désordres, car c'est assez de la simple introduction d'une sonde pour les produire. Il est donc sage, et il peut être utile de familiariser le canal de l'urèthre avec le contact d'une sonde ou d'une bougie, avant d'injecter la vessie.

En résumé, le traitement du catarrhe se règle de la manière qui suit : pour les cas où il faut déterger la vessie, modifier la sensibilité et la sécrétion de sa surface interne, ranimer sa contractilité, il n'est aucun moyen préférable aux injections d'eau froide ou chaude, pure ou chargée d'un principe tonique et astringent; lorsqu'il s'agit de combattre l'ulcération, le ramollissement, l'hypertrophie ou une dégénérescence quelconque de la muqueuse, c'est au nitrate d'argent qu'il convient de s'adresser.

Tous les autres moyens empruntés à la pharmacie et à l'hygiène ne sont que des agents secondaires du traitement de la maladie.

(*La fin à un prochain numéro.*)

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN.

Hernie de l'épiploon.

Par M. le docteur A. MICHEL, de Gonnord (Maine-et-Loire).

Le 1er août, je suis appelé à la ferme de la Bouérie, commune de Montillers, pour soigner Jacques Richard, âgé de six ans, qui étant seul à s'amuser sur une meule de foin, était tombé d'une hauteur de trois mètres. Dans cette chute, une fourche en bois, placée les pointes en l'air auprès du foin, avait pénétré (une pointe seulement) dans l'abdomen. Le frère aîné, attiré par les cris du blessé, avait extrait presque aussitôt la fourche du ventre, mais en employant une force assez considérable.

J'arrivai auprès de l'enfant vingt-cinq minutes après l'accident. Il est couché sur le dos, la face pâle, grippée, et se plaint de douleurs très-vives dans le ventre. Une portion de l'épiploon, longue de 4 centimètres au moins, sort à travers une plaie située à droite et à 2 centimètres plus bas que l'ombilic. Le grand diamètre de cette plaie a 4 centimètres d'étendue et est perpendiculaire à la ligne blanche, qu'il joint par son extrémité interne. Il n'y a pas d'hémorrhagie, mais les battements de deux artères sont très-visibles dans cette partie de l'épiploon; la circulation veineuse s'y exécute aussi avec facilité. Après avoir lavé avec de l'eau froide l'épiploon pour enlever les graines de foin qui le recouvrent, j'essaye de le faire rentrer dans l'abdomen; mais je ne peux y parvenir. Sitôt que j'exerçais le taxis, l'enfant criait avec violence. Ces efforts, joints au défaut de parallélisme, apportaient un obstacle invincible à mes tentatives de réduction.

En effet, la pointe de la fourche, après avoir divisé la peau, avait glissé de bas en haut dans l'étendue de 3 centimètres, entre celle-ci et l'aponévrose, puis était entrée dans le ventre en perçant l'aponévrose et les parties profondes de la paroi abdominale, de sorte que l'épiploon sorti de l'abdomen avait en réalité 7 centimètres de longueur, 3 centimètres entre l'aponévrose et la peau, et 4 centimètres à l'extérieur.

Voyant l'impossibilité de replacer l'épiploon dans sa cavité, de débrider la plaie, je couvre simplement la blessure avec un linge imbibé d'huile d'olive et une compresse mouillée, avec recommandation aux parents de la rafraîchir d'heure en heure avec de l'eau froide.

Pendant la nuit les douleurs s'apaisent.

Le 2, à huit heures du matin, je trouve le petit Richard calme et tranquille; mais l'épiploon, qui la veille était souple et facile à déplier, est tuméfié; je ne pus, comme la veille, introduire la première phalange du doigt indicateur dans l'ouverture cutanée. Au reste, pas de fièvre; le ventre est souple, et l'enfant demande à manger. — Pansement avec le cérat et l'eau froide; diete.

Les 3 et 4, pas d'accidents généraux; seulement l'épiploon sorti augmente graduellement de volume; il a l'aspect et la densité du thymus d'un veau âgé de vingt jours. — Pansement avec le cérat; lait et bouillon de poule pour nourriture.

Le 5, l'épiploon grossit encore, il représente assez bien un cône long de 5 centimètres et demi sur 4 centimètres de diamètre à sa base.

Au niveau de la peau, je passe à travers cette tumeur, au moyen d'une aiguille, un fil double, et je serre isolément chaque moitié, dans le but d'en amener la chute ou d'arrêter l'hémorrhagie, si je me décidais à l'exciser.

Quelques heures après cette double ligature, il survient des coliques et des vomissements; pas de sommeil pendant la nuit.

Le 6, le blessé a la fièvre; il a perdu l'appétit et éprouve des nausées fréquentes. La portion de l'épiploon située entre la peau et l'aponévrose, est plus dure et surtout beaucoup plus sensible qu'avant l'application de la ligature. La douleur s'étend dans le ventre, principalement entre l'ombilic et l'épigastre. Redoutant des accidents plus graves, je relâche les deux ligatures.

Le 7 et le 8, l'enfant souffre moins, plus d'envie de vomir; mais il a un peu de fièvre et de l'inappétence. La hernie semble encore augmenter de volume; elle se couvre de bourgeons charnus qui suppurent abondamment.

Le 9, incertain si l'épiploon s'affaisserait complétement pour former une cicatrice régulière avec les téguments ou s'il formerait à l'extérieur une tumeur épiploïque qui serait très-gênante, je me décide à en pratiquer l'ablation. En conséquence, j'excise immédiatement l'épiploon, avec un bistouri droit, à 2 millimètres en dehors des fils que j'avais laissés en place.

Le sang jaillit aussitôt des deux artères; en faisant serrer les fils, l'hémorrhagie s'arrête; mais elle reparaît avec une nouvelle intensité lorsqu'on les relâche. J'essaye de saisir avec des pinces l'ouverture des artères pour les lier, mais le tissu de l'épiploon est friable et se déchire à la moindre traction. Évidemment il est impossible de placer une ligature solide. Alors j'applique un fer chauffé à blanc sur chaque ouverture artérielle. L'une cesse immédiatement de donner du sang; mais je suis obligé de poser plusieurs fois le fer sur l'autre avant d'arriver au même résultat. Pansement avec le cérat et linge mouillé d'eau froide.

Cette opération n'est suivie d'aucun accident. L'état général s'améliore. Cependant je laisse les fils des ligatures, toutefois sans les serrer, pendant quatre ou cinq jours, dans la crainte que l'hémorrhagie revienne. Dix jours après, la plaie est cicatrisée. L'enfant va et vient sans éprouver de gêne; les digestions sont faciles. Aujourd'hui le jeune Richard est d'une santé parfaite.

A droite de la ligne blanche, et deux centimètres plus bas que l'ombilic, à l'endroit où était la blessure, on voit une cicatrice linéaire de quatre centimètres; et sous la peau, à partir de cette cicatrice jusqu'à un centimètre au-dessus de l'ombilic, on sent avec le doigt l'épiploon sous forme d'un ruban; mais rien ne fait craindre qu'il doive plus tard augmenter de volume.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 avril 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Goniomètre destiné à mesurer l'angle pariétal — M. DE QUATREFAGES présente à l'Académie la description d'un instrument qu'il a fait construire pour mesurer l'*angle pariétal*, c'est-à-dire l'angle formé par deux lignes tangentes aux points latéraux les plus saillants des arcades zygomatiques et aux sutures correspondantes du frontal avec les pariétaux, dont Prichard a montré l'importance pour la distinction des races humaines.

Nouvel écorché. — M. A. LAMI soumet au jugement de l'Académie un nouvel écorché par lequel il s'est proposé de résoudre plusieurs difficultés relatives à l'enseignement de l'anatomie dans les écoles consacrées aux beaux-arts.

L'auteur a eu principalement pour but de représenter le jeu physiologique des muscles dans leurs différents états de contraction, et de réaliser en quelque sorte, ainsi qu'il le dit lui-même, un homme vivant et agissant, mais par la pensée dépouillé de la peau. (Commissaires, MM. Rayer, de Quatrefages, Cl. Bernard.)

D'une nouvelle méthode d'amputation des membres, dite méthode diaclastique ou par rupture. — M. le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, lit un mémoire sur ce sujet.

La nouvelle méthode d'amputation des membres que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, dit l'auteur, et que je désigne sous le nom de *diaclasie*, a ceci de particulier que, pour son exécution, on ne fait usage ni du couteau pour diviser les chairs, ni de la scie pour couper les os, ni des ligatures permanentes pour arrêter le sang; et que contrairement à ce qui a lieu dans les méthodes ordinaires, c'est la division de l'os qui constitue le premier temps de l'opération et précède la division des parties molles.

Le but principal de cette méthode est d'éviter les accidents terribles de l'infection purulente, en substituant aux procédés ordinaires de section par instruments tranchants les procédés de *rupture*, *d'arrachement* et de *ligature extemporanée*, dont l'action contondante oblitère énergiquement les orifices vasculaires.

En attendant que j'aie pu réunir un nombre de faits suffisants pour donner une idée générale de la méthode dans toutes ses applications possibles, je me contenterai de dire que dans les amputations de la jambe et de l'avant-bras, les seules qu'il m'ait été donné de pratiquer dans des conditions convenables, le résultat a dépassé mes espérances, car toutes ont été couronnées de succès; savoir : cinq amputations de la jambe et une de l'avant-bras.

Sommaire des six observations.

1° Amputation de la jambe. — Corenflot, vingt ans, tisseur, entré le 22 avril 1857, opéré le 1er mai. Guéri.

2° Amputation de la jambe. — Micbelon (Louis), trente-cinq ans, imprimeur, entré le 2 septembre, opéré le 15 septembre, sorti le 16 décembre. Guéri.

3° Amputation de la jambe. — Mlle Boursin (Rosalie), seize ans, entrée le 3 novembre, opérée le 12, sortie le 12 février 1858. Guérie.

4° Amputation de la jambe. — Mlle Micbel (Louise), rue Traverse, 1, seize ans, opérée cbez les Dames de la Providence en novembre 1857. Guérie.

5° Amputation de la jambe. — Rioux (Charles), quinze ans, armurier, entré le 11 février, opéré le 19. Guéri.

6° Amputation de l'avant-bras. — Verdiot (Eugénie), dix-sept ans, capsulière, entrée le 2 février, opérée le même jour. Guérie.

Description des instruments.

Les instruments dont je me sers pour l'exécution de cette nouvelle méthode sont :

1° Un ostéoclaste destiné à la rupture de l'os;

2° Un serre nœud puissant, destiné à la division des parties molles.

1° Ostéoclaste. — Cet instrument, destiné à la rupture des os, est construit sur le plan du serre nœud de Græfe, seulement il a des dimensions beaucoup plus considérables et est muni d'un chevalet mobile, au moyen duquel il prend un double point d'appui sur le trajet de l'os dont il doit opérer la rupture.

Pour se servir de cet instrument, on passe d'abord le lien du serre-nœud sous le membre dont on veut opérer la fracture, et au niveau même du point où l'on veut que cette fracture ait lieu. On dispose sur

---

n'est pas que le nôtre fasse absolument abnégation de son libre arbitre; s'il ne s'en sert pas pour innover, il l'emploie du moins à contrôler les opinions dissidentes, prenant tel ou tel parti selon qu'il le juge préférable, mais avec tant de circonspection, que maintes fois il laisse indécises des questions que beaucoup d'autres résoudraient péremptoirement. Il est rare qu'il se *prononce*; presque toujours il se borne à *incliner*. Il formule ses jugements avec tant de douceur, j'allais dire de timidité, qu'il n'y a pas possibilité de lui en vouloir, même lorsqu'il rend incomplétement votre pensée. Ainsi, à propos de la sclérodermie, qu'il a tort de vouloir appeler sclérème, il accuse un auteur d'avoir considéré cette maladie comme une inflammation de la peau; cela n'est pas exact : c'est du chorion qu'il fallait dire, lequel n'est qu'un des éléments de la peau. Mais comment en vouloir à un homme qui vous dit placidement : « Le mot *chorionitif ne paraît pas devoir être accepté?* » Nous aurions à signaler quelques inconvénients de cette aimable tolérance qui conduit l'auteur à rappeler des faits et des idées qui ne méritent pas cette consécration; mais édifié sur son exemple, nous garderons le silence pour être sûr de n'offenser persoune.

Le canevas de chaque article se compose généralement de la synonymie, de l'anatomie pathologique, des symptômes, marche, durée, terminaisons, du pronostic, du diagnostic, des causes et du traitement. Cet ordre subit des modifications qui ne s'expliquent pas toujours; mais l'essentiel ne manque jamais. A la synonymie l'auteur annexe régulièrement la nomenclature de M. Piorry. C'est un acte de courage et une bonne action, car on a trop médit de cette nomenclature, dont le principe est inattaquable, et qui fait journellement son chemin, sauf les variantes.

L'anatomie pathologique est traitée avec soin et portée à la hauteur des notions les plus modernes. On y reconnaît l'école de Paris, qui vaut mieux que les récentes prétentions au vitalisme abstrait. Il en est de même des symptômes dont la valeur est dûment appréciée. Le traitement laisse parfois quelque chose à désirer, surtout dans une œuvre clinique. Les indications fondamentales sont presque toujours posées avec sagesse et discernement. L'auteur fait souvent, sinon toujours, justice de certaines excentricités; mais la pénurie des moyens se fait parfois sentir. C'est là généralement le côté faible des classiques parisiens, qui, sans doute, pensent, avec une apparence de raison, que du diagnostic découlent implicitement les indications : *Qui benè judicat, benè curat*; mais dans un livre élémentaire il faut laisser le moins possible à l'induction.

Au demeurant, mieux vaut, selon nous, passer sous silence quelques remèdes utiles, que d'ailleurs leur utilité même garantit de l'oubli, que d'enregistrer tant de drogues insolentes qui pervertissent la pratique et encombrent les avenues de la science. Certains optimistes se répandent en lamentations sentimentales sur cet esprit d'opposition; ces tendances négatives, disent-ils, enrayent le progrès, comme si combattre l'erreur et le mensonge n'était pas épurer, ennoblir et servir la science mieux que ne le fait cette lâche tolérance qui ouvre la porte à toutes les infimes ambitions en rut! La vérité d'ailleurs, je le répète, comporte en elle-même une virtualité telle qu'elle finit toujours par triompher des résistances; tandis que les ravages du charlatanisme sans frein sont indélébiles, outre qu'ils déshonorent la profession. Ah! que l'Académie fait bien d'éconduire les niais et de flageller les vendeurs du temple! Les *démolisseurs*, ne sont-ce pas ceux qui contaminent et dégradent l'édifice de l'art?

Quant au style du livre, il est simple, pur et lucide, sans prétention, comme l'auteur lui-même, et sévère comme les objets qu'il représente.

Il nous serait impossible d'entrer dans plus de détails sur une œuvre élémentaire qui traite de tant d'objets différents. Nous nous bornons finalement à dire que les *Eléments de médecine clinique* traduisent fidèlement et aussi complétement que possible l'état actuel de la médecine, et que les praticiens, aussi bien que les élèves, y trouveront la plupart des notions qui peuvent leur être nécessaires dans un cas donné. En élaguant certaines spécialités (maladies des yeux, des oreilles, de la peau, syphilis), l'auteur s'est ménagé tout l'espace nécessaire pour traiter largement les maladies les plus communes, sans pourtant oublier de payer un tribut proportionné aux raretés et aux nouveautés qui préoccupent aujourd'hui les curieux et les savants.

Un dernier mot.

J'aime cet auteur parce qu'il ne ressemble pas à tous les autres. Sans parler de son incontestable valeur scientifique, il est modeste, sincère et sensé; il est pur de charlatanisme et d'envie autant que de vanité, toutes qualités qui ne courent pas les rues de notre bonne cité d'Iatropolis.

Prof. FORGET.

l'autre face de ce membre le chevalet mobile dont les points d'appui doivent être à égale distance du point à fracturer ; puis appliquant le serre-nœud sur le milieu du chevalet, on fait mouvoir sa vis. L'os alors saisi en porte à faux entre le lien d'une part, et d'autre part les deux points d'appui du chevalet, se brise en faisant entendre un bruit sec.

2° Serre-nœud pour la division des parties molles.

Cet instrument n'est autre chose qu'un véritable serre-nœud de Græfe, construit seulement sur des dimensions appropriées à son usage spécial. Pour ligature il est muni d'*une corde en fil de fer*, qui réunit toutes les conditions de puissance et de flexibilité. Quant au mode d'action de cet instrument, il ne diffère en rien de celui du serre-nœud de Græfe que tout le monde connaît.

Description de l'opération. — Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien applique l'ostéoclaste sur le point précis où il veut briser l'os, en ayant soin de protéger les parties molles au point de contact de l'instrument, au moyen de quelques compresses pliées en plusieurs doubles; puis, donnant quelques tours de vis, il opère la fracture. Aussitôt il enlève l'instrument, le remplace par le serre-nœud dans l'anse métallique duquel il embrasse le membre à 10 ou 15 centimètres au-dessous du point fracturé. Puis faisant mouvoir la vis, il serre graduellement les tissus jusqu'à ce que toute circulation sanguine ou nerveuse soit interrompue. Ceci étant fait, il prend son bistouri, divise circulairement les chairs jusqu'à l'os à 2 ou à centimètres au-dessous du serre-nœud, arrache par un mouvement de torsion l'extrémité du membre qui ne tient plus que par quelques adhérences de l'os aux parties musculaires, et achève l'opération en continuant à tourner la vis du serre-nœud jusqu'à division complète des tissus embrassés dans l'anse de la ligature.

Quand ce dernier temps a été conduit avec une sage lenteur, la plaie qui résulte de l'amputation ne laisse pas suinter une goutte de sang, quel que soit le membre amputé.

Fig. A. *Ostéoclaste.* Constricteur pour la rupture des os.

Fig B. Constricteur de grande dimension, muni de sa corde en fil de fer pour l'amputation des membres.

Fig. C. Constricteur de moyenne dimension pour les petites opérations: hémorrhoïdes, fistules, polypes, tumeurs diverses.

Sur le brise-pierre courbe à deux branches. — M. LE ROY-D'ÉTIOLLES adresse une note dans laquelle il soutient les droits de M. Weiss à l'invention du brise-pierre courbe à deux branches.

J'ai cru longtemps, dit-il, que l'instrument de M. Weiss était seulement destiné à scier la pierre, je l'ai dit et imprimé dans mes écrits sur la lithotritie : j'ai reconnu mon erreur lorsque j'ai eu entre les mains la brochure publiée par M. Weiss en 1825, sept ans avant l'apparition du percuteur courbe, brochure dans laquelle l'instrument en question est représenté par une figure très-détaillée et très-nette, au-dessous de laquelle on lit : *Instrument for sawing and breatking the stowe.* Instrument pour scier et *briser* la pierre. La scie, d'après le dire de M. Weiss, aurait été ajoutée secondairement pour répondre à une objection d'Astley Cooper, qui, voyant les fragments de la pierre projetés avec force en se rompant sous la pression de la vis, avait manifesté la crainte que la vessie ne fût lésée. La scie, en entamant préalablement la pierre, devait prévenir cette projection.

L'instrument de M. Weiss était donc un brise-pierre plus encore qu'un scie-pierre, et M. Heurteloup me semble avoir tort de persister à ne lui donner que la dernière de ces désignations.

M. le Roy établit entre l'instrument de M. Weiss et celui de M. Heurteloup un parallèle duquel il résulte, suivant lui, qu'il y a de grandes similitudes entre ces deux instruments. Il montre d'une part que la disposition primordiale qui constitue la base fondamentale de la méthode d'écrasement généralement usitée aujourd'hui, est la même dans les deux instruments; et que quant aux détails de la forme de la structure du mécanisme, les uns sont à l'avantage de M. Weiss, les autres à l'avantage de M. Heurteloup. (Commissaires déjà nommés, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).)

Anthropologie. — M. DE PARAVEY transmet quelques renseignements qu'il a obtenus d'un missionnaire de Chine, en ce moment à Paris, relativement aux Miao-tse, peuples qui habitent des monts escarpés voisins du Thibet et de la Cochinchine, et au sud-ouest de la Chine.

« On a souvent représenté ces peuples, dit M. de Paravey, comme étant les autochthones de la Chine. Je m'étais déjà prononcé contre cette assertion, et n'avais pu voir dans ces montagnards, dont j'ai copié à la Haye diverses figures, la race grossière et laide des Mogols aux yeux obliques. Le missionnaire dont je viens de parler, consulté par moi à cet égard, m'a déclaré que les Miao-tse, qu'il essaye de convertir, diffèrent complétement de la race chinoise actuelle. »

— M. SAVOYEN, qui avait présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un travail intitulé *Etudes sur la dégénérescence physique et morale de l'homme*, envoie aujourd'hui un appendice à ce travail. (Commission des prix de médecine et chirurgie.)

— M. BALLY adresse une note intitulée *Quelques propositions aphoristiques sur le choléra et sur la fièvre jaune extraites de mes publications.* (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

L'Académie renvoie à l'examen de la même commission un mémoire de M. LEWIS : *Sur la nature et le traitement du choléra.*

Et une analyse en double copie de plusieurs publications sur le *choléra-morbus épidémique*, dont l'auteur, M. PERKIN, annonce l'envoi, mais dont une seulement est parvenue à l'Académie.

— MM. DELAFOND et BOURGUIGNON annoncent à l'Académie qu'ils ont découvert sur un lama femelle (*Camelus paco*), envoyé à l'École impériale d'Alfort par l'administration du Muséum d'histoire naturelle pour y être traité d'une maladie cutanée, un nouvel animalcule de la gale.

— La commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. Largeteau, fait en comité secret la présentation suivante :

En première ligne.	M. Bégin.
En seconde ligne.	M. Jaubert.
En troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique.	M. Damour. M. Walferdin.

Les titres de ces candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance. — Nous donnons plus haut le résultat de cette élection.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Onory, né à Luneray (Seine-Inférieure); *Des affections douloureuses de la prostate.*

Quesnel, né au Caule-Sainte-Beuve (Seine-Inférieure); *De l'hémoptysie.*

Gonrand, né à Cugand (Vendée); *Des polypes de l'oreille.*

Vauclin, né à Monchevrel (Orne); *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

Barbot, né à Archiac (Charente Inf rieure); *Quelques considérations sur la fièvre typhoïde en général, quelques mots sur sa forme ataxique observée chez les enfants.*

Moreau, né à Paris (Seine); *De la température dans quelques états pathologiques de l'enfance.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 avril, M. le docteur Aulanier, médecin principal en retraite, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Par suite du concours pour l'emploi de professeur agrégé au Val-de-Grâce, M. Perrin a été désigné à l'approbation du ministre par le jury d'examen, que présidait M. l'inspecteur Bégin.

Le nouvel agrégé est destiné à remplir la chaire des *Opérations et appareils*, laissée vacante par suite de la nomination de M. Legouest aux fonctions de professeur.

— M. le docteur Mazade d'Anduze (Gard), vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

— M. le docteur Fallot, de Bruxelles, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas par S. M. l'empereur de toutes les Russies.

— L'Académie médico-chirurgicale de Naples propose un prix de cent ducats sur la question suivante : « Déterminer par des faits cliniques et des expériences chimiques les indications et les effets thérapeutiques de l'iode, de ses préparations et des substances qui en contiennent. »

L'Académie désire : Que les observations cliniques soient instituées expressément dans le but spécial du concours; que le concurrent tienne compte de tous les travaux récemment publiés sur ce sujet; qu'il précise non-seulement l'action physiologique du métalloïde, mais son action thérapeutique, les indications bien déterminées, les meilleures formules pour l'administrer, enfin, ses contre-indications générales, ainsi que celles de chacune de ses préparations; qu'il s'attache, par l'analyse chimique, à reconnaître le mode d'absorption de l'iode, les changements qu'il subit dans l'organisme et ses voies d'élimination; qu'il s'efforce aussi d'assigner le rang thérapeutique des diverses substances naturelles iodifères, eaux minérales, huile de foie de morue, algues, éponges.

Le prix sera décerné en janvier 1860.

Les mémoires, écrits en italien, latin ou français, devront être remis, dans les formes académiques ordinaires, avant le 1er novembre 1859, à M. Pietro Magliari, rue Saint-Sébastien, à Naples.

— Par arrêté du 26 avril, un congé pendant toute la durée du deuxième semestre de la présente année est accordé à M. Pouzin, professeur de chimie organique et de toxicologie à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier.

M. Jeanjean, professeur adjoint de physique et de chimie au lycée de la même ville, pharmacien de première classe, est chargé en outre de suppléer provisoirement M. Pouzin.

L'administration de l'*Univers illustré* nous prie d'insérer la note suivante :

« En réponse à un très-grand nombre de demandes qui nous ont été faites par suite de votre feuilleton du 22 avril, nous nous empressons de faire savoir que notre prospectus sera mis sous presse demain et qu'il sera expédié dans les derniers jours de la semaine.

» Le premier numéro du journal paraîtra le 22 mai.

» Le prix du numéro est de 15 centimes à Paris et de 20 centimes par la poste. — L'abonnement est de 10 fr. par an.

» Toutes les personnes qui nous en feront la demande par lettre affranchie recevront *franco* le prospectus et les deux premiers numéros de l'*Univers illustré*. — Bureaux : rue des Saints-Pères, 40. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Études sur les ombellifères vénéneuses, par le Dr DA CAMERA LIME. 1 vol. in-8° de 218 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Paris, librairie Adrien Delahays, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Du typhus de l'armée d'Orient, par le docteur Félix JACQUOT. 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. Chez Victor Masson, place de l'École de Médecine, 17.

Revue pharmaceutique de 1857, supplément à l'officine pour 1858; par M. DORVAULT, directeur-fondateur de la pharmacie centrale et de la Caisse générale de prévoyance des pharmaciens de France. Grand in-8°. Prix : 1 fr. 50 c., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. Chez Labé, place de l'École de Médecine.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur LEGRAND DU SAULLE. Paris, 1857, brochure in-8°; chez T. Viat, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 5 mai 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. P. Dubois a terminé aujourd'hui la lecture de son discours en trois points, vraie trilogie puerpérale, dans laquelle le savant accoucheur a successivement examiné et discuté toutes les questions du programme formulé par M. Guérard : nature de la maladie d'abord, puis traitement et prophylaxie. On connaît l'opinion de M. Dubois sur la nature de la fièvre puerpérale, nous n'y reviendrons pas ici; c'est d'ailleurs le texte d'une discussion qui est loin d'être terminée, à en juger par l'ardeur toute nouvelle avec laquelle M. Trousseau est monté une seconde fois à la tribune pour la combattre. On connaît aussi sa manière de voir sur la question de la contagion et sur le traitement. En présence de l'inefficacité de tout remède contre la maladie une fois déclarée, « c'est à prévenir le mal, si cela est possible, qu'il importe essentiellement de s'appliquer aujourd'hui. » Tel a été l'objet de cette dernière partie de la lecture de M. Dubois, et telle doit être aussi désormais la principale préoccupation de l'Académie; car c'est par là seulement que la discussion actuelle pourra avoir une solution pratique utile. Hors de là il n'y a que matière à discussions sans fin.

Or, sur ce point, deux voies ou deux moyens se présentaient, la prophylaxie individuelle ou le traitement prophylactique interne, et la prophylaxie collective ou l'hygiène préventive, consistant à soustraire les femmes en couches aux chances de danger auxquelles elles sont exposées dans l'état actuel des choses. L'expérience de M. Dubois, étayée de celle de M. Danyau, n'est pas plus favorable aux divers traitements prophylactiques proposés qu'aux traitements curatifs. Il ne restait donc que la dernière ressource des mesures hygiéniques préventives.

Plusieurs ont été proposées, et des plus extrêmes. M. Depaul, appuyé par M. Cruveilhier, voudrait qu'on supprimât les Maternités. M. Danyau, un peu moins radical, se borne à demander un ensemble de réformes et d'améliorations dans l'état actuel de ces établissements. Un troisième système s'est produit en dehors de l'Académie; c'est celui de notre spirituel collaborateur M. Joux, dont nos lecteurs ont pu apprécier les vues originales sur ce sujet, comme sur tant d'autres.

L'examen et la discussion de ces différents systèmes sont le sujet principal de ce discours, qui se termine par l'exposé des moyens que M. Dubois, d'accord d'ailleurs avec ses collègues sur le but, croit les plus aptes à l'atteindre.

Cette partie de la discussion, la plus importante à cause de son utilité pratique, est aussi celle que nous nous proposons d'examiner la première à notre tour. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Delpech.

De la rougeole (1).

Dans l'étude que nous avons faite de la rougeole, nous nous sommes uniquement occupé de la rougeole régulière, telle qu'elle se présente le plus fréquemment; mais la rougeole n'a pas toujours des allures aussi franches, et à ce point de vue on doit distinguer :

1° La rougeole irrégulière;

2° La rougeole anormale;

3° La rougeole maligne ou compliquée.

1° *Rougeole irrégulière.* — L'irrégularité peut porter sur les différentes périodes. La période d'invasion peut être abrégée, ou, au contraire, prolongée; le mouvement fébrile peut être très-vif, ou, au contraire, tout à fait nul; le coryza, la bronchite varier d'intensité, ainsi que l'angine. On observe encore à cette période, surtout chez les enfants, des vomissements ou une diarrhée très-abondante; mais ces phénomènes s'expliquent la plupart du temps par des complications que nous aurons à examiner. Cette première période peut manquer complétement, aussi bien d'ailleurs que la dernière.

Dans une épidémie observée au Val-de-Grâce, M. Michel Lévy a vu, en effet, l'éruption, au moment où elle passe à la desquamation, disparaître tout à coup par une sorte de délitescence, sans que le pronostic de la maladie fût d'ailleurs aggravé. On voit donc que la période de desquamation peut faire totalement défaut. Dans d'autres cas, elle est à peine indiquée. Enfin, la durée de la maladie peut varier dans de certaines limites.

2° Dans la *rougeole anormale* les différences sont plus marquées. Willan a observé des rougeoles sans coryza, sans bronchites et sans fièvre. De Haen, Gregory, MM. Guersant et Blache, signalent des faits analogues. Dans d'autres cas, c'est l'exanthème qui fait défaut. Ainsi, MM. Guersant et Blache ont vu dans la même salle des enfants atteints de rougeole régulière, tandis que d'autres présentaient le coryza, le larmoiement, la bronchite, sans offrir l'éruption caractéristique. M. Rayer n'a pas fait les mêmes observations. Suivant cet auteur, la rougeole est toujours au moins indiquée par quelques traces d'exanthème.

3° *Rougeole maligne ou compliquée par lésions locales.* — La lésion peut être une stomatite avec gonflement des gencives et ulcérations, une angine violente quelquefois diphthéritique. M. Gubler a démontré, dans un travail récemment publié, qu'on avait souvent confondu avec la diphthérite une éruption herpétique de la muqueuse du pharynx. Il est possible que de semblables éruptions aient été prises pour des angines diphthéritiques; M. Valleix a toutefois constaté, dans une épidémie de rougeole qui a sévi aux Enfants-Trouvés, plusieurs cas de croup véritable démontrés par l'autopsie, et dans lesquels la fausse membrane avait envahi le larynx consécutivement à l'arrière-gorge. Tous les observateurs ont recueilli des faits de ce genre.

D'autres fois la rougeole se complique de laryngite striduleuse; plus rarement d'œdème de la glotte.

La broncho-pneumonie est une des complications les plus fréquentes chez les enfants. La pneumonie est ordinairement lobulaire; les noyaux pneumoniques envahissent de préférence la marge des poumons. MM. Rilliet et Barthez ont noté cette complication 65 fois sur 127 cas. Cette proportion, exacte à l'hôpital des Enfants, ne l'est plus dans des circonstances plus favorables. La pleurésie est beaucoup moins fréquente. Il en est de même de la méningite. On a cru l'observer dans des cas où il n'existait que de simples convulsions.

L'entérite, l'entéro-colite, le ramollissement gélatiniforme de la muqueuse gastrique, sont des accidents moins fréquents que les complications qui surviennent du côté des voies respiratoires.

La conjonctivite et le coryza du début peuvent prendre des proportions insolites, et constituer des ophthalmies ou des rhénites plus ou moins graves.

L'otite externe ou moyenne avec suppuration abondante a été plusieurs fois observée. Cette dernière, à son état le plus léger, ne se manifeste que par ces douleurs assez vives dont les enfants se plaignent si fréquemment dans la rougeole.

Les abcès sous-cutanés multiples sont beaucoup moins fréquents que dans la variole.

L'anasarque se montre quelquefois dans la convalescence. Il est beaucoup plus rare que dans la scarlatine, et ne paraît pas lié à une hyperémie rénale. Il rentre dans la catégorie des anasarques idiopathiques dont l'étude est encore peu avancée. Parmi les complications générales de la rougeole se place au premier rang la forme hémorrhagique. Les taches morbilleuses sont alors bleuâtres, ne s'effacent pas sous le doigt. Quelquefois ce n'est qu'un épiphénomène insolite, et sans autre gravité que celle du *purpura simplex;* mais il peut arriver que les hémorrhagies se répètent sous forme d'épistaxis, d'hématémèses, d'hémoptysies. La muqueuse de la bouche, des intestins, la surface des vésicatoires laissent suinter une quantité de sang qui épuise rapidement le malade.

Une des déviations les plus graves de la rougeole est la forme gangréneuse. Dans certaines conditions nosocomiales ou épidémiques, le plus ordinairement chez les enfants, on voit le malade tomber dans une adynamie profonde. L'haleine devient infecte. Des ulcérations grisâtres envahissent les sertissures des gencives et la face interne des joues. La muqueuse devient grisâtre; la joue offre une tumeur lisse, dure, tendue, violacée. Du côté de la cavité buccale, on voit les couches superficielles gangrenées former une eschare épaisse qu'on peut faire glisser sur les couches sous-jacentes, et bientôt, si le mal n'est pas arrêté par le traitement le plus énergique, surviennent des perforations effroyables. Il est rare que le malade survive à l'affection arrivée à cette période.

Cette gangrène a été décrite sous le nom de stomacale, et dans sa forme la plus légère sous celui de cancer aqueux.

D'autres fois la gangrène envahit l'anus, plus fréquemment la vulve chez les petites filles.

Signalons enfin la tuberculisation succédant à la bronchite qui se prolonge; dans ces cas, on doit admettre la préexistence d'une diathèse chez les sujets affectés. Tout au plus la rougeole a-t-elle activé et rendu plus graves des accidents qui ne se seraient développés que plus tard.

Les accidents ataxiques, adynamiques, doivent être également rangés dans les complications qui affectent la totalité de l'organisme.

Aux complications par affections générales, nous rapporterons encore les cas où la rougeole se manifeste en même qu'une autre fièvre éruptive. Dans ce cas, il peut arriver que les deux éruptions marchent parallèlement, ou bien l'une des deux prend le devant. C'est ce que j'ai observé dans un cas très-intéressant cité par M. Chomel. Un malade était entré avec des papules varioliques non douteuses. Une éruption morbilleuse abondante les obscurcit, et parcourut toutes ses périodes sans que les papules prissent du développement. Ce ne fut qu'à la période de desquamation que celles-ci se développèrent et suivirent les phases habituelles de leur évolution.

Le pronostic d'une rougeole régulière est toujours favorable, hors les cas de confluence extrême dont le danger a été signalé par M. le professeur Trousseau. Le pronostic est également favorable dans les rougeoles irrégulières et anormales.

Il n'en est pas de même pour les rougeoles compliquées. Leur gravité varie d'ailleurs suivant la prédominance de la complication. La diphthérite, la gangrène, doivent être évidemment rangées parmi les plus graves.

Certaines épidémies présentent souvent de fâcheux caractères. C'est ainsi que nous avons vu à l'hôpital Necker une épidémie de rougeole sévissant sur des enfants, dans laquelle l'invasion avait lieu brusquement. L'éruption paraissait bien sortir; puis rétrocédait tout à coup au deuxième jour. La bronchite passait alors à l'état de broncho-pneumonie, et le petit malade succombait rapidement. Il ne faut pas croire toutefois que la rétrocession, la délitescence de la rougeole, déterminent toujours des accidents graves. Le pronostic doit se baser sur la présence ou l'absence de complications précédant ou suivant la disparition de l'exanthème. Ce dont il faut, dans le pronostic de la rougeole, tenir un compte important, c'est le génie particulier des épidémies dont nous avons un manifeste exemple dans la comparaison de l'épidémie que je viens de vous signaler avec celle que M. Lévy a décrite et dans laquelle la délitescence était un phénomène favorable.

Les lésions anatomiques ne présentent pas un grand intérêt. On n'a pas retrouvé par l'examen nécroscopique l'exanthème admis par M. Helft.

MM. Andral et Gavarret ont noté la diminution de la fibrine dans certains cas. Dans d'autres, elle reste à son chiffre normal. La proportion des globules a paru quelquefois un peu augmentée.

Quant aux lésions tenant aux complications, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Nous n'insisterons pas sur le traitement, qui est insignifiant dans les cas ordinaires, et ne réclame une grande activité qu'en présence des complications. On a renoncé depuis longtemps aux différents moyens autrefois employés pour activer une éruption incomplète, ou la rappeler quand il y avait délitescence.

Le traitement prophylactique consiste dans l'isolement. Quant à l'inoculation, qui paraît avoir réussi entre les mains de F. Home et Katona, on pourrait y avoir recours dans une épidémie de caractère grave, les rougeoles inoculées ayant toujours paru du caractère le plus léger. P. Blache.

DIFFÉRENCE entre les deux principales espèces du mal vertébral (1).

Par M. le docteur P. Broca.

Les successeurs de M. A. Severin, y compris Wedel et Platner, dont les dissertations ne méritent pas la réputation qu'on leur a faite, accep-

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 avril.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 13 avril.

térent et propagèrent les mêmes erreurs. Lorsqu'ils parlaient des abcès par congestion, ils annonçaient que le foyer purulent reposait quelquefois sur un os malade, mais pour eux l'altération de l'os était l'effet et non la cause de l'abcès. Il faut venir jusqu'à Pott pour trouver enfin une timide protestation contre cette doctrine.

Pott, ainsi que MM. Giraldès et Bouvier vous l'ont dit, a consacré trois propositions à la question, très-secondaire pour lui, des abcès par congestion. Je ne les reproduirai pas ; mais je vous rappellerai que, suivant lui, les abcès se montrent seulement dans la carie sans courbure qui, suivant lui encore, a pour siége presque exclusif les vertèbres lombaires. Après avoir indiqué le trajet de ces abcès, il ajoute, prop. 17 : « Contrairement à l'opinion générale, la carie de l'épine est plus souvent la cause que l'effet de ces abcès. » Cette déclaration, vous le voyez, est très-insuffisante, puisque l'auteur semble admettre que la carie est quelquefois l'effet des abcès par conjestion ; mais en appelant l'attention des observateurs sur ce sujet, en replaçant la question sur son véritable terrain, Pott a rendu à la science un véritable service.

Reviendrai-je sur les autres parties des travaux du chirurgien anglais? Reprendrai-je la discussion que vous avez déjà entendue, et les textes que je vous ai déjà cités? Cela ne me semble pas nécessaire. Les deux ou trois phrases que mes honorables contradicteurs ont invoquées, prouvent que Pott connaissait les abcès vertébraux, mais elles prouvent aussi qu'il n'en a parlé que d'une manière incidente. Son attention s'est presque exclusivement concentrée sur une affection dont le premier symptôme est la paralysie, dont le second symptôme est la gibbosité, dont le siége est presque toujours dans la région dorsale ou dans la région cervicale, presque jamais dans la région lombaire ; affection qui détruit ordinairement plusieurs vertèbres superposées, et qui cependant, lorsqu'on la traite à temps par les cautères, guérit presque constamment. Je n'ai pas à examiner ici si Pott se faisait ou non illusion sur l'efficacité du traitement qu'il avait adopté, s'il avait raison de laisser ainsi les abcès dans l'ombre à propos d'une maladie qui évidemment en est souvent accompagnée. La seule chose que j'aie voulu dire, c'est que l'affection à laquelle Pott a attaché son nom, celle dont il a exposé les symptômes et régularisé le traitement, diffère de celle qu'on a décrite après lui comme la cause ordinaire des abcès par congestion.

Nous ne pouvons avoir la prétention de mieux comprendre la signification des travaux de Pott, que ne l'ont connue ses contemporains et ses élèves.

Ouvrons donc un ouvrage classique publié en Angleterre à la fin du dernier siècle, le *Traité de chirurgie* de Benj. Bell; nous y trouvons, dans le cinquième volume, chap. XXVIII, art. 8, un article intéressant et assez long sur les abcès par congestion de la région lombaire et de la région iléo-fémorale. Le nom de Pott ne s'y trouve pas même prononcé, la gibbosité ne s'y trouve pas même indiquée. Mais plus loin, dans le sixième volume, chapitre XI, le même auteur s'occupe des courbures de l'épine; c'est là seulement qu'il étudie la maladie décrite par Pott, et il cite les travaux de ce chirurgien sans dire un seul mot qui puisse de près ou de loin se rapporter aux abcès. Lorsqu'on compare ce chapitre avec l'autre, on est obligé de reconnaître que Benj. Bell n'a pas établi la moindre connexité entre les deux maladies qu'il y a décrites. Aujourd'hui qu'on connaît l'étroite liaison qui existe entre la gibbosité et les abcès par congestion, on analyse habilement le second mémoire de Pott pour en faire sortir une doctrine qui n'y est pas, ou qui y est si bien cachée, que les contemporains et les successeurs de ce chirurgien n'ont pu l'y apercevoir. Quant à moi, plus je relis ce mémoire, plus je pèse la valeur des trois phrases que l'on m'oppose, et plus je demeure convaincu que Pott n'a décrit qu'une des deux grandes formes du mal vertébral ; s'il a mentionné en passant les abcès, c'est pour dire qu'ils dépendent seulement de la carie sans courbure, affection différente de la première par son siége et par ses symptômes. Je lui reproche d'avoir méconnu les abcès symptomatiques du mal vertébral avec paralysie et gibbosité, et d'avoir ainsi singulièrement allégé le pronostic de cette affection.

Mais pour qu'il ait pu commettre une semblable erreur, il faut de toute nécessité qu'il ait vu beaucoup de malades guérir sans suppuration. C'est en vain que M. Bouvier s'est efforcé d'atténuer l'importance de ces cures, en disant que Pott n'avait en vue que la paralysie, et que sous le nom de guérison il désignait simplement le retour de la motilité. Il semble que Pott ait prévu cette objection, puisqu'il l'a réfutée d'avance dans les termes les plus catégoriques. « Les malades que j'ai » vus au début, a-t-il dit, ont *tous* guéri, quel que fût leur âge ; ils ont » non-seulement recouvré l'usage de leurs jambes, mais encore *ils sont » devenus robustes et propres à tout genre de travail.* » (Edition Earle, tome III, p. 254-255.) Refuser à de pareils résultats le nom de guérison, c'est se montrer bien difficile.

Les résultats que je viens d'examiner prouvent suffisamment, je pense, que jusque vers la fin du dix-huitième siècle les deux principales formes du mal vertébral, grâce à la différence de leurs symptômes, avaient été décrites comme des affections entièrement différentes, et que la très-grande majorité des auteurs n'avaient pas même soupçonné qu'elles eussent l'une avec l'autre le moindre point de contact. Cette disjonction était trop exagérée, trop contraire à la nature, pour résister au contrôle de l'observation ; et les successeurs de Pott, revenant à la doctrine d'Hippocrate, n'hésitèrent pas à rapprocher la maladie qui produit les gibbosités anguleuses de celle qui produit les abcès par congestion. Il est même surprenant que ce rapprochement n'ait pas immédiatement abouti à une fusion complète, car l'anatomie pathologique, encore au berceau, n'avait pas encore établi de ligne de démarcation entre les lésions de la carie et celles des tubercules osseux. On croyait donc que toutes les formes du mal vertébral étaient dues à la carie, et qu'elles étaient semblables à la fois par leur siége et par leur nature. Cette illusion anatomique devait naturellement conduire à admettre l'unité du mal vertébral ; mais telle était pourtant la différence des symptômes, que les cliniciens résistèrent à la fusion. Laissons parler Boyer, dont les travaux ont jeté un si grand jour sur toutes les questions qui se rattachent à notre sujet. L'article intitulé *De la carie des vertèbres* débute de la manière suivante:

« Cette maladie offre deux variétés bien remarquables par la différence de leurs effets, et *peut-être de leur nature*. Dans l'une, la carie » est superficielle ; elle paraît n'attaquer que la périphérie du corps » d'une ou plusieurs vertèbres, le reste de cette même partie de l'os » ayant conservé sa résistance et sa forme naturelle. Dans l'autre, la » totalité du corps d'une ou de plusieurs vertèbres est d'abord ramollie, gonflée ; le changement de consistance de cette partie de l'os la » rend incapable de supporter le poids des parties situées au-dessus ; » il se fait un affaissement, l'épine se déforme ; il survient une courbure angulaire de la colonne vertébrale en devant, une gibbosité en » arrière, et la moelle épinière gênée, n'exerçant plus la même influence sur les parties situées au-dessous du point affecté, celles-ci » sont frappées de faiblesse, et quelquefois même de paralysie. Cette » dernière est connue aujourd'hui sous le nom de *mal vertébral de » Pott*, du nom de cet auteur anglais qui le premier en a donné une » description fort exacte sous le nom *d'espèce particulière de paralysie » des extrémités inférieures.* Dans le premier cas, et *quelquefois dans » le second*, la matière purulente qui se forme autour de la partie affectée fuse dans le tissu cellulaire, et va former au loin ces collections purulentes que nous avons déjà décrites sous le nom *d'abcès » par congestion.* » (Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. III, p. 490, 1re édition.)

Boyer complète ce parallèle en disant un peu plus loin que la carie profonde affecte communément les sujets jeunes et scrofuleux ; qu'elle est encore assez fréquente chez les adolescents adonnés à la masturbation; qu'elle est rare chez les adultes et les vieillards; que la carie superficielle, au contraire, s'observe le plus souvent chez les adultes, et est due le plus habituellement à une cause rhumatismale. Pour la description clinique de la carie superficielle, il renvoie au chapitre des abcès par congestion, où il présente le pronostic comme à peu près constamment mortel. Puis il concentre son attention sur la carie profonde, dont la gravité est beaucoup moindre. « Nous pouvons assurer, » dit-il en parlant des cautères, que ce moyen n'a jamais trompé nos » espérances toutes les fois que le cas était de nature à en permettre, » et qu'il a été possible de l'employer avant que la suppuration fût » survenue. » (P. 500.) Ainsi, retranchez de cet article remarquable le titre commun de *carie des vertèbres*, et la séparation des deux formes du mal vertébral sera complète.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien la double description de Boyer s'accorde avec le parallèle que j'ai tracé plus haut entre la carie vertébrale, qu'il appelle *carie superficielle*, et les tubercules, qu'il appelle *carie profonde*.

Cette distinction, que Boyer établissait malgré l'anatomie pathologique, devait bientôt être confirmée par l'anatomie pathologique ellemême. Les tubercules osseux, déjà vaguement indiqués par Hippocrate, par Galien, admis sans preuve par la plupart de leurs commentateurs, reconnus par Marc-Aurèle Séverin et par Platner, puis oubliés par leurs successeurs, furent enfin retrouvés et étudiés par Delpech, qui les distingua nettement de la carie. Dans son *Traité des maladies réputées chirurgicales* (Paris, 1819, in-8°, t. III, p. 629-652), cet auteur les décrivit très-exactement sous le nom de *tubercules scrofuleux*, et c'est à cette altération spéciale qu'il crut devoir rapporter le mal vertébral de Pott (p. 629).

Pour Delpech, la carie vertébrale et le mal vertébral tuberculeux sont deux affections absolument distinctes, non-seulement par leurs lésions, mais surtout par leurs symptômes. Il les décrit longuement dans deux chapitres séparés, dont je ne saurais trop recommander la lecture à mes honorables contradicteurs. Ils reconnaîtraient sans peine que la carie vertébrale de Delpech correspond exactement à la carie superficielle de Boyer, et que la carie profonde de celui-ci se confond avec les tubercules vertébraux de celui-là.

Plus tard, dans son *Traité d'orthomorphie*, Delpech profitant, sans les citer, des recherches de Brodie, admit une troisième espèce de mal vertébral, bien distincte des deux autres et constituée par une altération primitive des disques intervertébraux (*Orthomorphie*, t. I, p. 200-217, Paris, 1828, in-8°). C'est ce qu'on appelle aujourd'hui *l'arthrite vertébrale*. Je ne crois pas nécessaire de rapporter ce qu'il a dit sur cette dernière affection. Mon but, dans ce travail, n'est pas de traiter à fond l'histoire de toutes les maladies osseuses ou articulaires qui peuvent intéresser la continuité de la colonne rachidienne. Je me propose seulement de réfuter la doctrine de ceux de mes collègues qui ont proclamé ici l'unité du mal vertébral. Si je me suis attaché seulement à établir un parallèle entre les deux formes les plus connues, ce n'est pas que je rejette ou que je dédaigne les autres. Je les admets au contraire, et je les considère même comme fort dignes de la plus sérieuse attention. Mais il importe peu, pour la thèse que je défends, qu'il y ait deux maladies vertébrales ou qu'il y en ait davantage. Il me suffit de démontrer qu'il y en a plus d'une.

Or j'interroge l'anatomie pathologique ; elle me répond que la dénomination commune de mal vertébral embrasse plusieurs affections dont les lésions sont très-différentes, et parmi ces affections je rencontre en première ligne la carie et les tubercules vertébraux.

Transportant alors la question sur le terrain de l'observation clinique, je trouve au moins deux formes qui se distinguent l'une de l'autre par leur fréquence relative aux divers âges, par leur siége de prédilection, par leur début et par leur marche, par leurs symptômes et par leurs complications, enfin par leur pronostic.

Puis, confrontant les résultats de la clinique avec ceux de l'anatomie pathologique, je constate que chacune de ces deux formes correspond à une lésion spéciale.

Enfin, craignant d'avoir obéi à une idée préconçue, d'avoir à mon insu étudié les symptômes avec un esprit prévenu par la connaissance des lésions, j'ouvre l'histoire de la chirurgie, je consulte les auteurs qui ont écrit sur la matière avant le parallèle que les anatomo-pathologistes modernes ont établi entre la carie et les tubercules, et je vois que tous, depuis Hippocrate, qui ne connaissait que les tubercules, jusqu'à Boyer, qui ne connaissait que la carie, ont pressenti, formulé ou même exagéré la distinction, purement clinique pour eux, que Delpech a consacrée en montrant qu'elle coïncide avec les résultats de l'anatomie pathologique.

Je me crois donc autorisé à dire que la doctrine de l'unité du mal vertébral est fausse en théorie et en pratique, qu'elle est démentie par les faits cliniques aussi bien que par les recherches cadavériques, et que l'histoire de l'art dépose contre elle autant que l'observation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 mai 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. GUIBOURT, à l'occasion d'un passage du discours prononcé par M. le secrétaire perpétuel aux obsèques de M. Chomel, adresse une lettre dans laquelle il examine cette question, savoir : S'il est vrai que l'école de pharmacie de Paris ait été fondée par Pierre-Jean-Baptiste Chomel?

— M. Eug. Marchant (de Fécamp) adresse une nouvelle note sur la présence de l'iode dans les eaux atmosphériques. (Commissaires, MM. Boullay et Bussy.)

— M. Zandyck (de Dunkerque) adresse des notes sur la variole, la varioloïde, la vaccine et la revaccination, relevées pendant l'année 1856. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Devilliers communique un travail intitulé : *Quelques faits de contagion de la fièvre puerpérale chez les femmes en couches et les femmes en état de vacuité.*

— M. le docteur Hédouin, médecin adjoint de Saint-Lazare, fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *Des eaux de Saint-Sauveur et de leur influence curative dans les différentes formes de la dyspepsie.*

— M. J. CLOQUET présente, au nom de l'auteur, M. le Dr Barthe, la seconde partie de son mémoire sur la campagne de la *Sibylle*.

— M. VELPEAU dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Mac Cormac, de Dublin, sur la nature, la prophylaxie et le traitement de la phthisie pulmonaire. (Commissaires : MM. J. Cloquet et Barth.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie se formera en comité secret pour entendre le rapport de la section d'anatomie pathologique sur les candidats à la place vacante dans cette section.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. P. DUBOIS. J'ai terminé ma dernière communication par cette déclaration peu encourageante et cependant trop vraie, que si l'on ne considère comme constituant réellement la fièvre dite puerpérale que les éléments dont se compose le second groupe que j'avais admis, et qu'il me paraît inutile de rappeler, on est en droit de dire que, dans l'état actuel de la science, on ne connaît pas de traitement qui puisse être employé contre cette maladie avec l'espoir fondé d'un succès. Si cette proposition est vraie, et si le zèle éclairé et persévérant des médecins de tous les pays où la fièvre puerpérale a étendu sa funeste influence n'a pu jusqu'à présent découvrir un remède efficace contre cette maladie une fois déclarée, c'est à prévenir le mal, si cela est possible, qu'il importe essentiellement de s'appliquer aujourd'hui.

Cette nécessité a depuis longtemps frappé les meilleurs esprits; quelques essais ont été faits déjà, et s'ils n'ont pas complétement réalisé les espérances qu'on avait conçues, ils peuvent néanmoins servir tout à la fois d'encouragement et d'exemple.

Deux voies se sont présentées : l'une devait conduire au résultat proposé en rendant l'économie de la femme enceinte moins accessible à l'action des causes morbifiques qui menacent une nouvelle accouchée; l'autre devait y conduire également par la suppression, ou du moins par une atténuation considérable des conditions fâcheuses qui paraissent concourir puissamment au développement de la maladie.

Les caractères apparents de la fièvre puerpérale, et peut-être plutôt encore l'idée qu'on s'en est faite dès le principe, expliquent comment certains toniques, le quinquina, et le fer en particulier, ont été depuis longtemps considérés comme les moyens les plus sûrs pour remplir la première de ces deux indications.

Vous avez entendu le remarquable et concluant exposé des recherches et des essais longtemps et judicieusement suivis par mon savant ami M. Danyau; il vous a rappelé que dès 1772 l'usage du quinquina, associé à celui des eaux ferrugineuses, a été conseillé par Leake comme préservatif de la fièvre puerpérale, et qu'à une époque beaucoup plus rapprochée de nous nos confrères MM. Leudet (de Rouen) et Piedagnel croyaient avoir constaté les bons effets d'une médication analogue. Expérimenté de nouveau par M. Danyau et sur une grande échelle, le sulfate de quinine associé au fer n'a pas justifié les espérances qu'on avait conçues. Les essais que j'en ai dû faire moi-même à la Clinique d'accouchements concordent parfaitement, quant à leurs résultats, avec ceux de notre collègue. Mais il est juste d'ajouter qu'entrepris sur un personnel beaucoup moins nombreux que celui de la Maternité, ils doivent être considérés comme moins probants.

L'insuffisance désormais reconnue d'un traitement interne prophylactique conduit inévitablement à des mesures plus décisives. Il s'agit en effet de soustraire les femmes en couches au danger non permanent il est vrai, mais trop fréquent encore, auquel elles sont exposées dans l'état actuel des choses quand elles demandent un asile pour leurs couches prochaines ou imminentes dans un des services qui leur sont destinés.

Deux propositions ont été faites à ce sujet : l'une consiste à supprimer les maisons d'accouchement et à leur substituer l'assistance à domicile; l'autre consiste à introduire dans les dispositions matérielles et dans les conditions hygiéniques des maisons d'accouchement des modifications profondes qui devront en assurer la salubrité.

La première de ces deux propositions a été faite, mais sous une forme interrogative, par notre collègue M. Depaul et appuyée ensuite par M. Cruveilhier. La seconde, moins radicale et plus sage, à mon sens, appartient à M. Danyau, et, pour ma part, j'y adhère sans la moindre hésitation. Ces deux questions me paraissent mériter un très-sérieux examen.

Ce n'est pas la première fois que la suppression des maisons destinées à recevoir des femmes en couches, ou du moins leur exclusion de la capitale et des grandes villes, ou des modifications profondes dans leurs dispositions essentielles ont été proposées. Il y a six ans, un ancien et très-intelligent élève de l'école de Paris, M. le docteur Joux, aujourd'hui médecin à la Ferté-Gaucher, a fait d'une proposition de ce genre le sujet de sa thèse inaugurale; il est vrai que cette exclusion devait s'appliquer surtout aux services de chirurgie et dans l'intérêt des opérés et des blessés; mais voulant donner au principe qu'il croyait excellent ses conséquences légitimes, il avait enveloppé logiquement dans la même proscription les maisons d'accouchement et les services de chirurgie; sa pensée était de substituer aux établissements hospita-

liers actuels de Paris des cités hospitalières situées à un myriamètre de la capitale et sur le trajet d'un chemin de fer.

Inspirée sans doute par des motifs analogues, mais dans un cercle plus restreint, la commission départementale de la Seine, avant de clore la session de 1856, émit, sur la proposition de notre honorable confrère le docteur Thierry, le vœu que des mesures fussent prises pour faire cesser les causes auxquelles pouvaient être attribuées les affections épidémiques qui ont leur foyer dans les maisons hospitalières d'accouchement de la ville de Paris.

A l'appui de cette proposition, un des organes de la presse médicale, après avoir fait connaître cette délibération à ses lecteurs, exprima l'opinion que, pour atteindre le but indiqué, il suffirait de diviser la population des deux établissements destinés aux femmes en couches en fractions de 15 à 20 malades, et de les diriger sur de petits établissements situés hors de l'enceinte de Paris.

Enfin mes collègues auront pu lire comme moi, dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Paris*, une déclaration très-nette et très-énergique de M. J. Guérin contre le maintien des maternités, et l'assurance que l'Académie était disposée à en voter, comme un seul homme, la suppression définitive.

Il est vrai que tout à la fois trop bienveillant et trop sévère, M. Guérin m'adressait le reproche et par conséquent m'attribuait l'honneur d'avoir répandu l'hésitation dans des esprits précédemment convaincus. Je dirai très-sincèrement que je serais trop heureux qu'il en fût ainsi.

J'espère donc que l'Académie donnera à cette question, à laquelle elle a bien voulu consacrer déjà un temps précieux, l'attention éclairée et impartiale qu'elle donne à tous les importants sujets de ses délibérations, et j'ai la conviction qu'elle ne conseillera à l'autorité compétente, dans une affaire aussi grave, que des mesures qu'elle n'aura pas à regretter plus tard; c'est assez dire que l'Académie ne suivra pas, je l'espère du moins, les inspirations de notre collègue à cet endroit.

Ici donc se présentent trois propositions :

1° Supprimer les maternités, ainsi que nos collègues MM. Depaul et Cruveilhier en avaient eu la pensée et que le demande formellement M. J. Guérin.

2° Les supprimer dans la capitale et en créer de nouvelles dans la banlieue, selon la pensée de M. le docteur Joux.

3° Créer de nouveaux établissements selon les indications de la science, ou introduire dans ceux qui existent déjà les améliorations indispensables à leur salubrité aussi complète et aussi durable que la nature des choses le permet.

La suppression radicale des maternités me paraît inexécutable dans les conditions actuelles de notre société; cette impossibilité doit être déjà très-légitimement présumée, quand on songe qu'il n'y a nulle part aujourd'hui de grands centres de population où ces établissements fassent défaut, et il en est ainsi, parce qu'ils répondent à une nécessité dont l'évidence ne saurait être méconnue.

Les divers services hospitaliers que l'administration de l'Assistance publique a consacrés aux femmes en couches, reçoivent chaque année six mille femmes environ. Ainsi, la suppression des maternités imposerait à l'assistance charitable de Paris l'obligation de donner à ces six mille femmes dispersées dans la capitale tout ce qui constitue l'assistance matérielle qu'elles reçoivent dans les services hospitaliers qui leur ont été réservés. Il ne s'agirait pas pour l'Assistance publique, songez-y bien, de donner à une mère de famille qui a une demeure, le mobilier modeste et à peu près suffisant de l'ouvrier, et un entourage de parents, d'amis ou de voisins bienveillants, les secours pécuniaires ou autres que réclament les charges et les nécessités d'un accouchement. Les six mille femmes que la suppression des services hospitaliers actuels mettrait à sa charge, ce seraient six mille pauvres créatures sans pain, sans linge, sans feu dans la saison froide, sans aide quand la souffrance et le danger les condamnent à l'impuissance et enfin sans abri, car elles perdent alors le seul asile que la plupart d'entre elles tiennent de la domesticité.

Pour être capable de comprendre les conséquences regrettables d'une mesure conseillée par un intérêt sans doute charitable, mais assurément imprudent, il faut avoir vu ces malheureuses réclamer avec une désolante insistance un asile et des soins que souvent, hélas ! l'encombrement de nos salles et la perspective de dangers prochains nous empêchent de leur accorder.

Quelles sont d'ailleurs les considérations prépondérantes qui doivent contre-balancer les déplorables résultats de la suppression proposée? Ces considérations sont énoncées dans un des motifs de la délibération prise par la commission départementale de la Seine, et plus catégoriquement encore dans l'article de notre collègue M. Guérin. C'est la crainte d'entretenir un foyer contagieux, dont les perpétuelles émanations désoleraient sans relâche les hôpitaux et la pratique privée. C'est une réminiscence de l'influence funeste que les promoteurs de la vaccine prêtaient autrefois à l'inoculation de la variole préférée par quelques médecins, qui la considéraient encore comme un moyen de préservation plus sûr. Cette crainte, je n'hésite pas à le déclarer de nouveau, est fondée sur une idée exagérée de la propriété contagieuse de la fièvre puerpérale : je l'ai exprimé devant l'Académie, sur cette grave et difficile question, que des opinions sérieusement pesées, et je ne blesserai sans doute ni mon éminent collègue ni la vérité en disant que je dois avoir sur le sujet de ces débats une expérience à peu près égale à la sienne. Il me permettra d'ajouter encore que les questions que je résous avec réserve, et qu'il résout avec une assurance qui ne souffre pas de contradiction, sont du nombre de celles devant lesquelles s'inclinent les meilleurs esprits, à plus forte raison les plus humbles comme le mien.

L'allégation de la commission départementale ne repose sur aucune observation, et moins encore sur aucune enquête qui puisse la justifier. Je crois, au contraire, pouvoir affirmer que dans la plupart des cas, l'influence épidémique est primitivement extérieure, et qu'elle ne pénètre dans les hôpitaux qu'après s'être manifestée dans la ville. L'épidémie de 1856 m'en a offert, en particulier, un exemple frappant.

La suppression des maternités ne changerait donc rien à l'état actuel des choses en ce qui concerne le siége des premières manifestations épidémiques; et, je l'ai déjà dit, ce serait une mesure regrettable et sans aucune compensation. Dans son travail si riche de faits empruntés à l'expérience de tous les pays, notre collègue M. Danyau n'a-t-il pas accumulé les preuves les plus nombreuses et les plus décisives à l'appui de cette proposition, que ni les premiers ni les plus cruels effets des épidémies de fièvre puerpérale n'appartiennent pas exclusivement à la pratique des hôpitaux ?

Par ces diverses et graves considérations, je pense et j'espère que l'Académie pensera comme moi, que les différents services destinés aux femmes en couches dans la ville de Paris doivent y être maintenus; je dirai plus tard à quelles conditions.

Ainsi que l'a justement fait observer M. Danyau, la suppression des maternités aurait pour conséquence inévitable la suppression de tout enseignement pratique de l'une des branches les plus importantes de la médecine. Ce retour à un état de choses contre lequel la Faculté de médecine de Paris et tous les hommes qui prennent quelque intérêt à l'enseignement médical ont réclamé pendant près de quarante années, et qui n'a cessé que grâce au bouleversement d'une révolution politique, ce retour serait au dernier point regrettable.

L'Académie, je n'en puis douter, partagera mes sentiments à cet égard, et elle pensera qu'au point où en est ma carrière, l'intérêt que m'inspire la solution donnée à cette question ne saurait plus être un intérêt personnel.

Si les maternités sont maintenues, conviendra-t-il de les éloigner de Paris? Je serai très-bref sur ce point.

La mesure proposée n'aurait aucun avantage réel, et elle aurait des inconvénients qui doivent frapper tout d'abord les personnes qui ont la connaissance pratique de cette question.

Un très-grand nombre de pauvres femmes auxquelles ces mauvais établissements seraient destinés ne pourraient pas les atteindre avant leur délivrance, et seraient nécessairement maintenues dans les hôpitaux actuels. Il en est déjà ainsi aujourd'hui même, quoique les services actuels soient beaucoup plus rapprochés d'elles; d'ailleurs les avantages incertains de ce déplacement ne justifieraient pas les dépenses considérables et les difficultés multipliées parfois compromettantes qui en seraient les conséquences à peu près certaines.

Concluons donc qu'au lieu d'innover, il vaut mieux améliorer ce qui est. Je puis dire sans témérité que des améliorations satisfaisantes sont possibles, et qu'une expérience qui date déjà d'un grand nombre d'années autorise à croire qu'elles peuvent avoir ici les avantages qu'elles ont ailleurs.

L'importance humanitaire de ces résultats se mesure naturellement sur les conséquences regrettables de l'état actuel des choses en ce qui concerne la mortalité comparée dans les maternités et dans la ville. On s'accorde à dire, et malheureusement avec raison, que cette différence est très-grande.

Une statistique, dressée il y a peu de temps encore par un des élèves les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. le docteur Tarnier, a été produite dans le cours de cette discussion; elle établit une perte de une accouchée sur 322 dans le 12e arrondissement, et de une accouchée sur 19 à l'hôpital des Cliniques et à la Maternité. La disproportion signalée par ces deux statistiques est grande et trop affligeante pour qu'il n'y ait pas quelque intérêt à vérifier l'exactitude des éléments dont elle se compose.

Ici M. Dubois discute les documents sur lesquels repose cette statistique, en montre les difficultés; difficultés telles, dit-il, qu'après avoir tenté personnellement une semblable enquête, il a dû y renoncer; puis il ajoute :

Je suis très-disposé à croire que la statistique invoquée par mon collègue M. Depaul n'a pas l'importance qu'il lui a prêtée; mais si cette statistique n'est pas l'expression fidèle des pertes produites en conséquence de l'accouchement dans la population du douzième arrondissement de Paris, il n'en est pas moins vrai que la moyenne des décès, parmi les femmes qui accouchent à la Maternité ou à l'hôpital des Cliniques, est notablement supérieure à celle des accouchées à domicile dans la circonscription du douzième arrondissement. Si cependant la raison et la justice exigent que quelques-unes des causes de cette différence soient équitablement appréciées, ainsi que je me propose de le faire à une autre occasion, il n'en faut pas moins reconnaître la nécessité incontestable et pressante de modifier profondément les maternités actuelles.

Je demande à l'Académie la permission de lui exposer en peu de mots les modifications essentielles :

Créer en dehors des hôpitaux ordinaires, ou y annexer, sans les confondre, des bâtiments capables de recevoir annuellement environ six à huit cents femmes en couches.

Diviser ces bâtiments en deux corps de logis principaux, d'une capacité égale, et reliés par deux galeries latérales.

Chaque corps de logis sera partagé en salles pouvant contenir chacune dix lits, lesquels seront séparés les uns des autres par un espace beaucoup plus grand que celui qui existe entre les lits d'un hôpital ordinaire. Il ne faut pas oublier, en effet, que les suites naturelles d'un accouchement récent placent les sujets auxquels ces bâtiments seront destinés dans les conditions les plus capables d'altérer les qualités de l'air, et qu'affaiblies dans une certaine mesure et rendues plus impressionnables par les douleurs et par les fatigues inséparables d'un accouchement, elles se trouvent dans des conditions doublement dangereuses, puisqu'elles joignent à la propriété fâcheuse de créer autour d'elles des éléments d'infection, une aptitude plus regrettable encore à en être gravement affectées.

A ces premières dispositions doivent être ajoutés les meilleurs appareils de ventilation.

La division en salles d'une médiocre capacité permettra de partager en séries de dix les femmes en travail qui viendront réclamer des secours, et qui, accouchant à peu près en même temps et placées dans la même salle, pourront par conséquent la quitter à la même époque. Cette disposition donnera par cela même la possibilité de laisser cette salle vacante pendant plusieurs jours, de l'aérer durant cet espace de temps, d'en laver soigneusement les murs avec une solution de chlorure de chaux, de suspendre et d'exposer à l'air une partie du mobilier, de changer tout ce qui peut avoir été souillé par les excrétions des sujets qui l'ont habitée, et enfin de ne la faire occuper par une nouvelle série de femmes qu'après cette complète et indispensable purification.

Si la femme du plus modeste artisan accouche à peu près en sécurité dans sa mansarde étroite et quelquefois obscure, bien qu'elle y soit privée des soins et de la plupart des choses qui abondent dans nos hôpitaux de femmes en couches, cette différence ne saurait s'expliquer que par ce fait patent, que la mansarde dans laquelle la femme de l'artisan est accouchée et s'est promptement rétablie n'avait pas été occupée et infectée par les souillures et les émanations inséparables d'un nombre infini d'accouchements qui s'y seront succédé.

Les dispositions relatives à la multiplicité des salles et l'occupation alternative de chacune d'elles, au renouvellement ou à la purification du mobilier, n'ont pas d'autre but que de transporter dans les maisons d'accouchement les conditions relativement favorables de salubrité qu'on trouve dans la pratique privée et même dans les rangs les plus humbles de notre société.

Cette réforme considérable que je viens d'exposer et les moyens d'exécution qui s'y rapportent ne sont pas nouveaux, je les ai fait connaître et j'en ai proposé l'application il y a vingt-six ans aujourd'hui; mais je n'aurais eu même alors ni le mérite de l'innovation ni celui de l'avoir appliquée; à l'époque où j'écrivais, elle était depuis longtemps instituée, et avec d'incontestables avantages, dans le grand hôpital des femmes en couches de Dublin.

Néanmoins, quelque heureuses que puissent être les modifications introduites dans les dispositions hygiéniques de nos maisons d'accouchement, on ne devra pas espérer que ces asiles soient jamais à ce point privilégiés, qu'aucune épidémie de fièvre puerpérale n'y soit à craindre; elles seront malheureusement soumises à la destinée commune, aggravée encore par les conséquences inévitables de la réunion d'un grand nombre de sujets; aussi importera-t-il qu'au premier signal le service soit suspendu, et c'est alors que le fonctionnement temporaire de l'assistance à domicile sera institué dans les limites du possible.

J'espère donc qu'au lieu de suivre les inspirations de notre collègue M. Guérin, dont je ne saurais méconnaître les excellentes intentions, l'Académie acceptera la proposition que je viens de faire, et qui d'ailleurs lui avait été adressée déjà par notre collègue M. Danyau, et dont le but est d'introduire dans le régime des maisons d'accouchement les modifications qui seront jugées capables d'en assurer la salubrité.

Mes premières paroles presque à l'origine de ces débats n'ont pu laisser aucun doute sur ma pensée. Quant à leur opportunité et à leurs avantages problématiques, l'Académie me rendra cette justice que si j'ai vu dans la discussion actuelle l'accomplissement d'un devoir, je n'en ai pas dissimulé les inconvénients. J'ai prévu, et je n'avais aucun mérite en cela, les dissidences nombreuses et profondes qui se manifesteraient relativement à la nature de la maladie; et après avoir déclaré que je ne voyais dans les phénomènes qui la caractérisent que les résultats d'une altération primitive du sang par une cause encore inconnue, j'ai pu affirmer que M. Beau n'en maintiendrait pas moins la toute-puissante influence de l'inflammation sur la gravité de la maladie, que M. Velpeau continuerait à enseigner la doctrine de l'infection purulente, et que M. Hervez de Chégoin resterait fidèle à son étiologie de l'infection putride.

Mes prédictions à cet égard se sont accomplies au delà même de ma pensée; je n'avais pas prévu qu'à cette occasion, et pour ajouter à l'incertitude des esprits en quête de la lumière, une doctrine nouvelle, préparée et enseignée dans le discret entourage d'un professeur ingénieux et distingué, viendrait planter résolûment son drapeau dans cette mêlée scientifique, et j'avais prévu bien moins encore qu'elle en susciterait une sixième, qui, les voulant concilier toutes, les aurait naturellement toutes pour adversaires. Il n'aurait même dépendu que d'une certaine propension de l'Académie à suivre la pente du néologisme sur laquelle on s'efforçait de l'entraîner, pour qu'à la confusion des idées vînt s'ajouter la confusion des langues.

Espérons cependant qu'un événement heureux sortira de cette discussion, et qu'après avoir mis en évidence l'impuissance de notre art contre la maladie cruelle dont nous nous sommes occupés, elle éclairera l'autorité compétente sur la nécessité des mesures propres à en prévenir ultérieurement les désastreux effets.

M. TROUSSEAU. Je ne chercherai pas un triomphe facile en excitant l'hilarité de l'Académie, et pour ne pas manquer au respect que nous lui devons tous, je parlerai sérieusement des choses sérieuses et des hommes sérieux seulement.

Les opinions contradictoires qui ont été soutenues ici depuis que M. Guérard a soulevé cette discussion — contradictions qui, j'en suis convaincu, porteront leurs fruits, malgré les appréhensions de M. Dubois, — peuvent être rangées sous trois chefs :

D'abord est venue celle de l'essentialité, que j'appellerai celle de la *préexistence*. Elle s'est étayée de bon nombre d'arguments; mais je ne crains pas de dire dès maintenant qu'ils n'ont pas toujours été heureux.

Contre elle, se sont élevés les localisateurs, MM. Beau, Hervey, Cazeaux, aidés de MM. Béhier, Jacquemier; je les appellerai les partisans de la *subordination locale*.

La troisième doctrine est celle de la *spécificité*, que je suis à peu près seul à représenter, car M. Bouillaud, quoi qu'il en dise, n'entend pas la spécificité comme moi. Peut-être me restera-t-il un allié puissant, M. Velpeau, sur la haute autorité duquel je comptais un peu. Encore M. Bouillaud ne croit-il pas que le frère siamois de l'Ecole de Tours me suive jusqu'au bout.

Quoi qu'il en soit, voici quelle est ma doctrine, résumée en thèses, de manière à ne pas laisser de doute sur ma pensée :

1° La maladie qu'on nomme fièvre puerpérale n'est pas distincte de celle que l'on appelle fièvre chirurgicale ou purulente.

2° La plaie placentaire ou le traumatisme quel qu'il soit, ne sont, dans l'immense majorité des cas, que l'occasion de la maladie.

3° La cause efficiente de la fièvre puerpérale est dans un principe spécifique qui nous est connu par ses effets, quoique nous ignorions son essence.

4° Il n'est pas impossible que, même en l'absence de tout traumatisme, on puisse, dans un foyer d'épidémie, contracter la maladie.

Avant tout, disons quelques mots des deux autres doctrines, et d'abord, voyons celle de MM. Dubois, Danyau et Depaul, c'est-à-dire de la trinité puerpérale.

M. Dubois invoque l'analogie à l'appui de l'existence d'un état général comme cause et fait primitif, ou de la préexistence, et l'analogie est souvent notre dernière ressource quand les preuves directes nous manquent. Si pendant la période d'incubation qui suit l'inoculation de la variole ou du sang de rate, il est incontestable que l'économie se trouve dans une condition particulière, porteur d'un principe inconnu, dont l'existence n'est pas douteuse, quoiqu'il ne se traduise par aucun trouble organique, l'absence de troubles ne peut nous autoriser à rejeter une condition analogue dans la fièvre puerpérale.

On peut ajouter à cela qu'il peut en être de la fièvre puerpérale comme des diathèses chroniques : Goutte, scrofules, dartre. La dia-

thèse peut exister quoiqu'il n'y ait pour le moment ni accès de goutte ni dartres.

De même les femmes portent en elles la faculté de produire la fièvre puerpérale, sans que cette puissance se manifeste nécessairement.

Tel est le principal argument des essentialistes ; voyons s'il est d'accord avec les faits.

Il arrive assez souvent que des femmes habitant une ville voisine de Paris, arrivent aux maisons d'accouchement quelques heures seulement avant leur délivrance, ou même au début du travail. Or on sait que la fièvre puerpérale est inconnue hors de Paris.

M. DEPAUL. C'est là une assertion purement gratuite, et qui demanderait à être démontrée avant tout.

M. TROUSSEAU. Elle le sera ; l'erreur vient de ce que vous confondez tous les accidents puerpéraux avec la fièvre puerpérale. D'ailleurs, s'il y a des épidémies de fièvre puerpérale hors de Paris, c'est une rare exception.

M. DEPAUL. Vous accordez donc qu'il y en a?

M. TROUSSEAU. Il y en a excessivement peu ; j'y reviendrai d'ailleurs. Ne craignez pas que j'élude les objections.

Toujours est-il que nous voyons mourir de la fièvre puerpérale, à Paris, ces femmes dont je parlais et qui venaient d'un lieu où cette maladie n'a pas régné ; elles viennent dans nos salles, non pas débilitées, anémiées, comme l'entend M. Cazeaux, mais robustes et florissantes de santé, quittant à peine les travaux de la campagne dont elles ont l'habitude. Elles ont donc pris la fièvre puerpérale comme on contracte la variole ou la rougeole.

On prend par conséquent la fièvre puerpérale sans le secours d'aucune prédisposition. Par suite, si la débilitation, si certaines conditions physiologiques individuelles y prédisposent, on ne peut, avec M. Dubois, voir dans celles-ci la cause préexistante nécessaire.

M. P. DUBOIS. Je n'ai jamais rien dit de semblable.

M. TROUSSEAU. Vous avez subordonné les lésions locales à quelque chose de préexistant, et ce quelque chose est pour vous une lésion primitive du sang ; je ne fais que répéter ce que vous avez dit. Quant à moi, je pense qu'on contracte la fièvre puerpérale de la même manière qu'on contracte une fièvre paludéenne ou le choléra, et qu'elle se développe sans le concours d'un état général préexistant de l'économie.

M. Cruveilhier, lui, a été d'abord localisateur, et après avoir donné dans l'essentialisme, il est revenu à la subordination locale. S'il était ici, je lui demanderais à laquelle de ses doctrines il se rattache en définitive. Dans une question pareille, on ne peut être chauve-souris. Que vous ayez des ailes, peu m'importe. Êtes-vous oiseau ou souris? Comment! vous dites qu'il n'y a pas d'inconvénient à nommer pyrexies toutes les maladies où la fièvre s'associe à une phlegmasie! Un malade qui a une brûlure de la peau serait donc atteint d'une pyrexie! Et puis M. Cruveilhier ajoute que la gravité de la maladie est toujours en raison de la lésion locale. Mais alors la fièvre n'est pour vous qu'un fait secondaire, un élément subordonné, et pourtant c'est elle que vous prenez pour base de votre nomenclature?

En vérité, M. Cruveilhier est plus royaliste que le roi, c'est le plus essentialiste de tous les essentialistes. Avec eux je défends l'essentialité contre une pareille généralisation, et quoique M. Dubois m'ait cruellement attaqué, je me trouve ici lui tendre un peu la main, tout prêt d'ailleurs à la lui donner hors de cette discussion.

La suite du discours de M. Trousseau et de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Addition à la séance précédente.

M. PIORRY déclare tout d'abord que s'il prend de nouveau la parole dans cette discussion, c'est pour faire voir que les orateurs qui se sont succédé à cette tribune ont des opinions à peu près identiques sur la fièvre puerpérale, et que les propositions qu'il a établies au commencement de cette discussion sont tout à fait en harmonie avec les doctrines de tous ceux qui ont bien étudié ce sujet. C'est ce qu'il cherche à prouver en résumant les opinions de chacun des préopinants.

Presque tous les orateurs qui ont parlé dans cette discussion, dit M. Piorry, admettent qu'il existe lors des phénomènes puerpéraux graves, une altération du sang, ou anémémie seulement; il en est qui lui donnent les noms d'infection putride, de fièvre essentielle putride ou adynamique, de typhus, de maladie essentielle et typhique, d'empoisonnement miasmatique, d'épidémie due à l'encombrement, etc., etc.

Or, il est impossible de nier sérieusement que les caillots putréfiés dans l'utérus puissent produire une altération du sang du même genre.

Sur quoi donc est-on en désaccord? Ce n'est certainement pas sur les doctrines, c'est sur les mots. Ce sont les termes, fièvre essentielle, typhus, infection putride, miasme, essentialité, généralité, etc., qui causent des dissentiments apparents et non réels, et c'est précisément pour cela qu'il faut des expressions propres à particulariser, à spécifier ce que l'on veut dire dans de tels cas ; c'est pour éviter une logomachie interminable que j'ai adopté le mot septicémie qui s'applique tout aussi bien aux circonstances morbides dans lesquelles l'altération du sang est produite par le septiose ou agent septique respiré, qu'à celles où il s'est introduit par les orifices vasculaires de l'utérus.

M. Dubois, il est vrai, nie presque autant dans la fièvre puerpérale grave, la septicémie produite par résorption pulmonaire que celle qui est due à la pénétration de liquides pourris dans les vaisseaux ouverts à la surface interne de l'utérus. Cependant personne mieux que cet habile accoucheur, ne peut convenablement apprécier l'influence de la non-aération et de l'encombrement des salles sur les femmes en couches.

Notre honorable ami M. Cruveilhier a si judicieusement insisté sur cette déplorable influence, qu'à coup sûr son discours conduira à de salutaires réformes. M. P. Dubois pense qu'un agent inconnu, un miasme, un virus spécial, cause le mal; mais cet inconnu est tout aussi bien un zéro, un X algébrique sous le rapport du traitement qu'au point de vue de la théorie. Il est donc logique de n'en pas tenir compte.

On en peut dire autant d'un prétendu virus spécial qui serait propre aux maladies des femmes en couches, virus qui, différant de la septicémie septiose ou matière putride, viendrait à se former alors que plusieurs accouchées seraient agglomérées.

Il en est encore ainsi d'un certain ferment de parasites supposés, que des fantaisistes accusent de causer la spécificité de la fièvre puerpérale, etc.

Qu'on ne dise pas que la septicémie est elle-même une hypothèse gratuite et stérile :

On la produit à volonté en introduisant dans les veines des animaux des matières putrides liquides ; on la voit se manifester lorsqu'un scalpel imprégné de putrilage empoisonne le sang, lorsque les eschares sacro-coccygiennes laissent suinter sur les surfaces dénudées les matières putrides.

Elle se déclare toutes les fois que les hommes habitent des locaux étroits où l'air s'altère et ne se renouvelle pas.

L'admission de cette septicémie dans les fièvres puerpérales graves explique, du reste, ces faits observés par l'honorable M. Depaul, et l'apparition d'accidents putrides chez les hommes, les fœtus, les blessés lors des épidémies puerpérales.

Elle explique même les érysipèles si dangereux qui se développent autour du cordon chez les petits enfants, et auxquels on a donné le nom excentrique de lochies ombilicales.

Elle les explique tout aussi bien et même mieux que le miasme inconnu de M. Dubois, que le spécifique de M. Trousseau; car l'on sait, à n'en pouvoir douter, que la pustule maligne, la gangrène d'hôpital, le typhus des armées, etc., maladies septiques ou septicémiques par excellence, peuvent se communiquer, et que des faits nombreux portent à croire qu'il en est ainsi pour la fièvre typhoïde des auteurs alors qu'elle est très-intense.

Tous ceux qui ont parlé dans la discussion actuelle sont convenus que chez les femmes atteintes de ce qu'ils appellent fièvre puerpérale, il se forme avec une extrême facilité du pus dans les veines, dans les vaisseaux lymphatiques (et les remarquables et nombreuses recherches de M. Nonat sur l'angioleucite utérique méritent surtout qu'on les consulte), dans le péritoine, dans les articulations, etc. C'est seulement sur l'interprétation de ce fait qu'il y a des dissidences. Ceux qui ne veulent pas que ces collections purulentes proviennent de l'utérus, se fondent sur ce que, disent-ils, les globules pyoïques sont trop volumineux pour pouvoir être résorbés. Comme s'il n'était pas démontré que si un globule intact ne peut, à cause de son volume, pénétrer dans les porosités vasculaires, les granules purulents qui constituent par leur réunion le globule entier, séparés par la putréfaction, la sanie pourrie qui les tient en suspension, peuvent, s'ils ne sont pas susceptibles d'absorption physiologique, pénétrer au moins dans des vaisseaux qui ont été déchirés à la surface interne de l'utérus. La pyoémie ou pyémie, admise par l'honorable professeur Sédillot et par une grande partie de l'école moderne, est un fait incontestable, et qui rentre de la manière la plus évidente dans l'étude des états pathologiques qui suivent les couches.

D'ailleurs cette pyémie explique très-bien la rapidité et l'abondance de la formation du pus dans le péritoine, la plèvre, les articulations et le tissu cellulaire des nouvelles accouchées, car il suffit du dépôt de quelques granules purulents dans un organe, pour qu'il s'y forme promptement un abcès. Cette pyémie, dis-je, peut non-seulement avoir lieu par résorption ou pénétration ; mais on la voit souvent survenir, comme Dance l'a si bien établi, à la suite des phlébites graves, ou, comme l'ont vu MM. Tonnelé, Nonat, Cruveilhier, etc., consécutivement aux angioleucites de mauvais caractère. Ce cachet pyogénique, particulier aux phlébites, aux angioleucites dont il s'agit, n'est autre que celui que leur donnent le pus putride, la septiose, qui, pénétrant dans les vaisseaux, viennent modifier d'une manière funeste, altèrent les liquides, et par suite déterminent des accidents terribles parmi lesquels il faut citer des suppurations consécutives. Il est donc évident que les matières ichoreuses ou purulentes contenues dans l'utérus, alors qu'elles pénètrent dans les veines, et les lymphatiques utérins sont ainsi une source de pyémie.

Je suis jusqu'à présent à peu près le seul qui, portant plus loin que d'autres les idées dites humorales, ait admis, comme je l'avais fait dans le *Traité de médecine pratique*, que parmi les circonstances qui donnent aux maladies des femmes en couches un caractère spécial, il fallait noter l'établissement de la sécrétion lactée, qui se fait précisément à l'époque où le plus souvent se prononcent les accidents puerpéraux.

De la même façon que la bile formée par le foie est souvent résorbée dans ses conduits obstrués, de la même façon il peut y avoir pénétration de fluides lactés dans la circulation. L'écoulement par les vaisseaux galactophores se fait mal, ou ne se fait pas si des globules de lait altérés (et il y en a de très-petits) sont résorbés, puis déposés dans les organes; il y aura non pas production de liquide lacté, mais bien de pus.

Il faut donc, au lit de la nouvelle accouchée, tenir compte de l'influence que pourrait avoir la galémie sur la production du pus dans les organes et sur les accidents encéphaliques ou autres, qui, si fréquents à cette époque, se déclarent avec un caractère spécial.

Ce mot spécial étant prononcé, fera dire tout d'abord que j'admets la spécificité! Certes, je le fais avec tous les bons praticiens, mais exclusivement dans des cas fixes, déterminés comme le sont les affections produites par un virus, un poison, dont l'action propre diffère de celle de toute autre substance. Dans les accidents puerpéraux, on n'en peut trouver d'autre que le poison septique, qui se retrouve comme cause de complications analogues dans une multitude d'autres affections, poison septique qui s'y développe aussi à l'occasion de l'altération des matières animales abondamment répandues dans l'air, alors qu'un grand nombre d'individus sont réunis dans un même lieu.

Encore une fois, il ne peut y avoir dans les accidents puerpéraux d'autre caractère spécial que celui qui serait dû aux conditions pathologiques qui sont les conséquences inévitables de la parturition, de la lactation, et des lésions qu'elles entraînent.

Il résulte des considérations auxquelles je viens de me livrer :

1° Que la plupart, que la presque unanimité de nos collègues, admettent que les accidents puerpéraux sont multiples, complexes, et ne constituent pas, ainsi que je l'ai établi le premier dans cette discussion et comme je l'avais fait pour d'autres affections, une maladie unitaire, une unité morbide, ayant une marche fixe, déterminée, réglée d'une part par l'action propre à un poison spécifique, de l'autre part, des efforts curatifs de l'organisme, ou, si l'on veut, de la nature ;

2° Qu'elle n'est en aucune façon une maladie considérée à la manière des nosographes, et qu'elle n'est autre chose qu'un ensemble d'états pathologiques susceptibles de se manifester, de se succéder, de se compliquer de la manière la moins régulière et la plus variée ;

3° Qu'il ne s'agit pas dans cette discussion d'une fièvre, car la phlébite, la péritonite, l'angioleucite, certaines encéphalies observées chez la femme en couches, le refoulement du diaphragme par les viscères, sont tout autre chose que des fièvres ou des symptômes fébriles;

4° Qu'il est au moins singulier de nommer *fièvre* des altérations du sang telles que la septicémie, la pyémie, et, si on me l'accordait, la galactémie, car ces altérations du sang existent parfois alors qu'on n'observe même pas de chaleur morbide;

5° Que la phlébite essentielle ajoutée au mot fièvre est tout aussi vague, tout aussi indéterminée en 1858 qu'elle l'était du temps de Pinel et de Broussais; qu'elle est une source de discussions inutiles, et qu'il faut éviter de s'en servir ;

6° Que l'ordre de succession des phénomènes qui constituent les accidents puerpéraux est généralement celui-ci :

A. Etat d'une femme qui vient d'accoucher, *prédisposition*, *diathèse puerpérale*, si l'on veut, *puerpéralité* ou tocisme.

B. Etat de l'utérus à surface interne saignante, à vaisseaux rompus, blessés, ouverts, altérés, *état traumatique* pour les nomenclateurs.

C. Altération du sang, tantôt par les caillots contenus dans l'utérus dilaté ou superficiellement gangrené, contenant de l'air.

Les modifications, tantôt par les matières septiques répandues dans l'atmosphère, consécutivement à l'encombrement et aux exhalaisons qui s'élèvent du sang et des liquides excrétés; tantôt encore par ces deux circonstances réunies. — *Infection putride, septicémie.* Quand celle-ci est portée à un très-haut degré, elle peut être contagieuse.

D. Des phlegmasies soit partielles et locales, soit généralisées et extensives ayant pris alors un caractère septique, des caillots et de la sanie putrides de l'utérus, soit de la septicémie générale; *phlébites, angioleucites, péritonites simples* ou *septicémiques*, formation du pus soit dans l'utérus, soit dans les veines ou dans les lymphatiques enflammés, soit dans les organes qui, comme le péritoine, les plèvres, les synoviales, sont atteints de phlegmasies sceptiques ou septicémiques; *abcès pyoïdes dans divers organes.*

G. Lésions variées et secondaires dans divers organes.

F. Collections purulentes dans divers organes consécutives à la présence dans le sang de quelques globules du lait altérés et résorbés dans l'appareil galacto-génique (ethmoïtes, arthrites avec formation de pus, ou pyoïques dues à la galactémie), ayant un caractère spécial en rapport avec la galactémie; encéphalie des femmes en couches, pneumopathies spéciales ou phymiques.

8° Coïncidence d'états organopathiques nombreux soit du cerveau, soit de la rate ou du foie; accumulation de fèces et de gaz, défaut de sang ou hypémie, sang mal oxygéné ou hypoxémie, par refoulement des viscères, ou par la présence de mucosités dans les bronches, etc., tels sont dans leur ensemble les accidents puerpéraux.

Il est impossible de ne pas reconnaître la vérité de ce tableau, et de ne pas convenir que la thérapeutique de ces accidents repose non pas sur l'étude vague de la fièvre puerpérale, mais bien, comme je l'ai établi, sur l'appréciation exacte des états organiques précédents et de leur filiation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 28 avril, M. Le Petit, second médecin en chef de la marine, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— La question du crétinisme, pour laquelle M. le docteur Ferrus a institué un prix de 500 fr., a été remise au concours à la Société médico-psychologique, depuis le 29 juin 1857, sous ce titre :

« Examen comparatif du crétinisme, de l'imbécillité et de l'idiotie, » au triple point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et de » l'anatomie pathologique. »

Les mémoires devront être déposés avant le 19 janvier 1859 à l'adresse du secrétaire général de la Société médico-psychologique, ou chez M. Masson, libraire, place de l'Ecole de Médecine. Ils seront écrits lisiblement en latin ou en français, et accompagnés d'une enveloppe cachetée reproduisant à l'extérieur l'épigraphe placée en tête du manuscrit, et à l'intérieur le nom de l'auteur. Ils ne seront point reçus s'ils ne remplissent ces deux conditions. Sont seuls exceptés du concours les membres titulaires de la Société et les membres correspondants demeurant à Paris.

— Un professeur d'histoire naturelle, âgé de trente ans, fortement constitué, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, éprouva pendant quelques jours des maux de dents violents ; pour se soulager, il eut recours aux inhalations de chloroforme. Un soir, après être allé au spectacle et avoir soupé avec ses amis, il se coucha à l'heure habituelle en proie à de vives douleurs. Le lendemain on le trouva mort dans son lit, couché sur le côté, tenant entre ses mains un mouchoir, à peu de distance de la bouche. Sur une table placée à côté du lit était un flacon renfermant du chloroforme, dont les vapeurs saturaient l'air de l'appartement. La température était très-élevée, et le cadavre se décomposa avec une rapidité effrayante. L'autopsie ne put être faite.

(*Gazette hebdomadaire.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis; par M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in 8°. Prix, 4 fr. 50 c. — A Paris, chez Adrien Delabaye, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Traité élémentaire de pathologie interne; par MM. J. Béhier et A. Hardy, professeurs agrégés de la Faculté de médecine de Paris. Tome Ier, contenant la Pathologie générale et la Séméiologie. 2e édition, considérablement augmentée. Un fort vol. in-8°. Prix: 8 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — A Paris, chez Labé, place de l'Ecole de Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 54. — SAMEDI 8 MAI 1858. (31e ANNEE.) N° 54. — SAMEDI 8 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la fréquence des décès résultant des grossesses et des suites de couches.

Pendant que se déroule devant l'Académie de médecine l'enquête scientifique sur la fièvre puerpérale, sur sa nature, sur sa thérapeutique, et sur les mesures prophylactiques et hygiéniques propres à en atténuer les funestes effets, il ne sera pas sans intérêt de faire passer sous les yeux de nos lecteurs les résultats des recherches statistiques que M. le docteur Marc d'Espine a faites sur la fréquence des décès résultant des grossesses et des suites de couches, et sur l'influence des causes générales sur ces décès. Ces recherches, qui font partie d'une statistique mortuaire en voie de publication pour le canton de Genève, pourront fournir peut-être quelques éléments utiles pour le but que poursuit en ce moment notre Académie. Nous en empruntons les principaux détails à l'*Union médicale*, qui les reproduit elle-même d'après l'*Écho médical de Neufchâtel*.

M. Marc d'Espine range sous le titre inscrit ci-dessus tous les décès qui reconnaissent pour cause le travail des couches à terme ou avant terme, que la mort ait eu lieu soit pendant le travail, soit dans les deux mois environ qui suivent ce travail.

Les 132 décès de ce groupe se rapportent à diverses maladies, accidents ou complications que les couches ont fait naître. Sur ce nombre on en compte 91 sur lesquels il a été donné des renseignements suffisants pour permettre de reconnaître la nature de la maladie ou de l'accident puerpéral.

48 décès sur 91, c'est-à-dire plus de la moitié, sont attribués à la *métrite*, ou *métro-péritonite*, ou *fièvre puerpérale*.

L'âge ne paraît pas exercer d'influence prédisposante dans la fièvre puerpérale, car les 48 cas relatifs à cette maladie se répartissent en 23 femmes de 20 à 30 ans ; 20 de 30 à 40 ans ; et 5 de 40 à 50 ans ; répartition fort analogue à celle des 132 décès résultant des suites de couches, qui donne : 1 femme avant 20 ans ; 57 de 20 à 30 ans ; 56 de 30 à 40 ans ; et 18 de 40 à 50 ans.

Les circonstances prédisposantes, mentionnées à propos de la fièvre puerpérale sont : les hémorrhagies dans les couches ; les fatigues des accouchements laborieux ; certaines manœuvres, telles que la craniotomie, l'arrachement du placenta, l'avortement naturel ou provoqué ; le refroidissement après les couches ; enfin la phthisie et l'épilepsie sont mentionnées chacune une fois dans les antécédents des 48 fièvres puerpérales.

Le siége des dépôts pyogéniques causés par la fièvre puerpérale, a été indiqué dans plusieurs cas sous les termes d'abcès du bassin ou des fosses iliaques, des ovaires, abcès abdominaux, ou généralement diathèse purulente. Deux fois des régions assez insolites ont été signalées. Une femme a eu des abcès dans les muscles du gras de jambe, une autre dans la gaîne d'une des carotides.

La fièvre puerpérale s'est quelquefois compliquée de *phlegmatia alba dolens* ; elle s'est terminée 2 fois par pneumonie, 1 fois par pleurésie, 1 fois par symptômes cérébraux. Dans quelques cas, la durée a été indiquée : 4, 6, 12, 16 et 30 jours.

Après les fièvres puerpérales, ce sont les *hémorrhagies* qui enlèvent le plus les femmes en couches. Il en a été compté 14 cas sur 91 décès. L'époque de la mort est indiquée 4 fois : elle a eu lieu ou pendant, ou 24 heures, 3 jours et 8 jours après. 3 fois sur 14, l'accouchement aurait eu lieu plus ou moins avant terme, un de ces trois cas était un avortement provoqué.

Des symptômes *cérébraux* ou *méningiens* violents ont causé la mort 9 fois sur 91 ; 5 cas ont été des éclampsies survenues pendant ou après les couches ; en ajoutant ici les 6 éclampsies mortelles qui ont débuté avant les couches, cela fait un total de 11 décès par éclampsie, soit environ 1 sur 13 décès de femmes grosses ou en couches.

Les 20 autres décès résultant des couches se rapportent aux causes morbides suivantes : 5 décès par anasarque ou par *phlegmatia alba dolens*, 3 par pleuro-pneumonie, 2 par gangrène du vagin, 1 par rupture de l'utérus, 1 par ascite développée après le travail, 2 cas de mort subite ou inexpliquée, enfin 6 décès par suite d'accouchement laborieux, vices de conformation du bassin, position défectueuse, couches prématurées, dont les circonstances sont vaguement exprimées.

Les documents qui suivent sont empruntés à des statistiques d'autres pays. Leur comparaison fournira, comme on va le voir, des résultats d'un grand intérêt au point de vue de l'influence de l'agglomération sur l'accroissement de la mortalité.

Voici, d'après le cinquième rapport officiel anglais, qui consacre un chapitre spécial aux *Death in childbirth* (décès dans les maisons d'accouchement), la répartition de 141 décès de cet ordre, sur lesquels les médecins de Londres ont donné des renseignements circonstanciés relativement aux causes de mort.

Fièvre puerpérale, 63 décès ; hémorrhagie, 27 ; symptômes cérébraux ou éclampsie, 8 ; rupture de l'utérus, 6 ; pneumonie, 4 ; anasarque ou *phlegmatia alba*, 4 ; hydropisies des ovaires après le travail, 1 ; syncope, morts promptes ou subites, 14. Les 14 autres décès sont relatifs à des accouchements laborieux à terme ou prématurés, en un mot à des circonstances analogues à celles qui concernent les 6 derniers décès de la série genevoise.

On remarquera combien les séries anglaise et genevoise ont de rapport quant à la fréquence relative des causes. Des deux parts les décès par fièvre puerpérale forment un peu plus de la moitié des décès par suites de couches ; les hémorrhagies en forment le 1/8e à Genève, le 1/6e en Angleterre.

Le rapport de la mortalité par grossesse et suites de couches avec la population générale d'abord, et puis avec la population des maisons de maternité, pour le canton de Genève, comparé avec celui que fournissent les statistiques des autres pays, fournit les résultats suivants :

148 décès de cet ordre, à Genève, pendant une période de 13 années, donnent 8,8 décès p. 1,000 ; 1,8 décès par an pour 10,000 âmes ; 17,3 pour 1,000 décès de femmes ; 3,5 par an pour 10,000 femmes ; 8,7 pour 1,000 naissances, et 8 pour 1,000 couches, à cause des mort-nés qui augmentent le dénominateur.

En Angleterre, les chiffres léthifères ont varié, de 1838 à 1841, entre 8 et 8,8 pour 1,000 décès, et pendant les années plus récentes, de 1847 à 1850, entre 5 et 6 pour 1,000, ce qui indiquerait un abaissement progressif dans la mortalité des femmes grosses ou en couches de l'Angleterre. On compte en moyenne, en Angleterre, 6 décès par grossesse et couches sur 1,000 naissances, et 5 environ sur 1,000 couches.

D'après le relevé belge de 1851 à 1855, dans lequel on a confondu avec la grossesse et les suites de couches quelques cas mortels d'hystérie et de polypes utérins, sur 1,000 décès, 9,5 résulteraient de grossesses en couches, soit, 19 pour 1,000 décès féminins ; 6 sur 1,000 naissances, et environ 5 sur 1,000 couches.

En Prusse, de 1850 à 1852, les chiffres correspondants sont 11 pour 1,000 décès, et 22 pour 1,000 décès féminins ; 7 sur 1,000 naissances, et 6 sur 1,000 couches.

Si, des documents fournis par le rapport de la mortalité par grossesse et suites de couches avec la population générale, on passe à la statistique des maisons d'accouchement, on arrive, ainsi qu'on va le voir, à des chiffres bien différents.

Sur 204,243 femmes enceintes admises de 1784 à 1849 dans le plus vaste des hospices de maternité de l'Europe, la Maternité de Vienne, en Autriche, on trouve, d'après le travail du docteur Arneth, 7,873 morts, soit, 38 pour 1,000 couches. M. Marc d'Espine fait remarquer ici qu'il serait impossible, sur cette moyenne de 66 années, d'apprécier l'influence de deux causes qui ont fait varier d'une manière notable la mortalité annuelle. Il a fallu, pour atteindre ce résultat, subdiviser cette moyenne générale en groupes d'annuités. D'abord, dit-il, la mortalité a progressé à mesure que l'établissement s'est accru. Ainsi, elle a varié entre 8 et 21 pour 1,000 pendant les six premières années, où l'on a reçu de 284 à 1,546 femmes en couches par an, tandis qu'elle a oscillé entre un minimum de 21 et un maximum de 115 pour 1,000, de 1831 à 1849, période pendant laquelle les admissions annuelles ont varié de 3,500 à 7,800 femmes en couches. En second lieu, certaines années se sont signalées par des épidémies considérables de fièvres puerpérales qui ont momentanément accru le chiffre ordinaire de la mortalité, et les plus grandes épidémies, celles qui ont le plus influé sur le chiffre mortuaire, n'ont eu lieu que depuis le moment où les admissions ont atteint et dépassé le chiffre de 3,000 par an.

(On trouve dans les recherches sur la mortalité de Paris, publiées dans les *Annales d'hygiène*, par M. Trébuchet, que sur un nombre annuel de 3 à 4,000 femmes en couches, il en est mort à la Maternité de 18 à 80 p. 1,000 selon l'année, entre 1819 et 1829 ; de 14 à 77 p. 1,000 entre 1829 et 1839 ; de 23 à 48 entre 1839 et 1849, et enfin de 36 à 43 en 1849 et 1850.)

La statistique médicale officielle des États sardes, publiée pour les dix années 1828 à 37, par le chevalier Bonino, apprend que sur 1,000 femmes grosses ou en couches, il en meurt 21 à la Maternité de Novare et 33 à celle de Turin, la première recevant 33 femmes par an, la seconde 502.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient, par le docteur SCRIVE, inspecteur du service de santé des armées, ex-médecin en chef de l'armée d'Orient (1).

Souvenirs historiques militaires et médicaux de l'armée d'Orient, par le docteur QUESNOY, médecin-major au 4e régiment des voltigeurs de la garde (2).

Histoire médico chirurgicale de la guerre de Crimée, d'après les travaux des médecins militaires, par le docteur A. ARMAND, médecin-major (3).

La guerre de Crimée, les campements, les abris, les ambulances, les hôpitaux, etc., par BAUDENS, inspecteur, membre du conseil des armées (4).

Les grandes guerres, si déplorables qu'elles soient, envisagées au point de vue des sentiments d'humanité, deviennent presque toujours pour l'intelligence une source profonde d'instruction. L'art de gouverner les hommes, celui de les détruire et celui de les guérir, puisent tour à tour dans leurs émouvantes et nombreuses péripéties de grands et salutaires enseignements. Aussi, chacune de ces crises qui bouleversent momentanément l'ordre social à des périodes à peu près fixes, qui semblent bien souvent marquer les étapes de la civilisation, et qui, nous n'en doutons pas, ont leur but et leur raison d'être, peut-être comme les grandes épidémies que l'on voit se succéder à chaque siècle ; chacune de ces crises, disons nous, est-elle toujours suivies de l'apparition d'ouvrages importants dans la politique, dans l'art militaire, dans la médecine enfin et la chirurgie. Ces derniers renferment les conquêtes faites par la science, conquêtes qui sont à nos yeux, jusqu'à un certain point, la compensation des malheurs publics et privés inséparables des grands chocs dont nous parlons. Les livres diplomatiques et militaires n'ont pas manqué sur la guerre d'Orient ; voici aujourd'hui la médecine qui nous apporte son contingent, c'est-à-dire quatre volumes dont nous allons essayer de donner une idée.

A tout seigneur, tout honneur, a dit la Sagesse des nations. La première place revient donc de droit au membre du conseil de santé, qui, chargé de l'inspection médicale de l'armée expéditionnaire, remplit avec éclat la mission qui lui avait été confiée, et rapporta de Crimée les germes de la grave affection à laquelle il devait succomber quelques mois plus tard, à un âge où il pouvait encore espérer de longs jours.

« Il faut, écrivait à M. Baudens le ministre de la guerre, que vous mettiez à profit l'importante mission qui vous a été confiée en Orient ; il faut que vous rédigiez un beau mémoire qui mentionne ce que vous avez vu, l'état de nos hôpitaux militaires, de nos ambulances, la comparaison de nos établissements de santé à l'armée d'Orient avec ce qu'ils étaient dans nos précédentes guerres, les efforts du service hospitalier, tout ce que nos médecins ont déployé de zèle, de dévouement, d'intelligence et de cœur..... Vous ferez connaître vos vues sur l'organisation actuelle du service de santé, sur son fonctionnement dans nos hôpitaux, à l'armée, sur les améliorations qui pourraient être réalisées..... »

« Un compte rendu par vous, comme inspecteur, lui écrivait en même temps M. Ch. Dupin, sur la situation complète du service médical en Crimée, à Constantinople ; les services prodigués sous le feu dans trois batailles et dans un siége immortel... les secours préparés hors du théâtre du combat et des lieux où l'esprit de ressources et l'amour de l'humanité devaient suppléer à tant de choses qui pouvaient manquer si loin de la France et dans la plus rude saison ; enfin, pour ajouter aux difficultés, au dévouement, les épidémies, le choléra, le typhus, doublant le ravage de la guerre : Larrey, votre prédécesseur, n'eut jamais de récit plus grand à faire et de plus sublimes services à constater pour l'histoire de nos armées..... »

Ce double programme imposait à M. Baudens, en quelque sorte, l'obligation de sortir des limites froides et compassées du rapport officiel pour y substituer un tableau complet des progrès réalisés et de ceux que l'on pouvait obtenir encore, en même temps qu'il lui permettait d'exposer ses idées personnelles sur bien des points qu'une réserve imposée par une hiérarchie quelque peu jalouse empêche

(1) Un vol. in-8° de 483 p., chez Victor Masson.
(2) Un vol. in-8° de 256 p., chez Labé.
(3) Un vol. in-8° de 460 p., chez Rozier.
(4) Un vol. in-18 de 412 p., chez Michel Lévy,

L'hôpital de Rotundo à Dublin, maison d'accouchement qui reçoit 2,000 femmes en couches par an, n'en perd que 12,5 pour 1,000, c'est-à-dire plus de 2 fois moins que la maison de Turin, et 3 fois moins que celle de Vienne, circonstance qui s'explique peut-être, selon M. Marc d'Espine, parce que les hôpitaux anglais réunissent beaucoup moins de malades dans une même pièce que ceux des autres pays. Toutefois, fait remarquer notre savant confrère, ce chiffre mortuaire est encore deux fois supérieur à celui des femmes en couches prises sur les populations entières des pays, comme l'Angleterre, la Belgique, la Prusse ou le canton de Genève, lequel varie entre 5 et 8 p. 1,000.

Chacun peut tirer de ce rapprochement les conclusions qu'il renferme. Mais nous voulons laisser à M. Marc d'Espine, qui a posé les prémisses, le mérite d'en déduire lui-même la conséquence.

« On peut conclure, dit cet habile statisticien, de ce parallèle entre les populations et les hospices de maternité, que si ces derniers sont utiles comme écoles destinées à former des sages-femmes et des accoucheurs, ce sont de funestes institutions au point de vue de la mortalité; et que plus ils sont considérables, plus en général ils sont meurtriers pour les femmes qui y vont faire leurs couches. En un mot, ajoute-t-il, il vaut mieux, pour la conservation des mères, les laisser faire leurs couches à domicile, dussent-elles y manquer quelquefois des secours nécessaires, que de les réunir dans des établissements où le fait seul de leur réunion est plus nuisible que tous les secours de l'art qu'on leur prodigue ne leur sont profitables. »

Nous bornons là pour aujourd'hui l'analyse de cet important document. Nous trouverons plus tard, dans les parties qui suivent, des renseignements non moins intéressants au point de vue de la question qui a en ce moment le privilége de fixer l'attention de tous les médecins.

Des hallucinations qui surviennent dans le cours de la chorée aiguë chez les adultes.

Les auteurs qui ont écrit sur la chorée ont généralement négligé l'étude des divers phénomènes cérébraux qui s'y lient d'une manière plus ou moins immédiate. Il est un ordre de phénomènes entre autres, qu'on ne trouve signalé nulle part et qui paraitrait cependant assez fréquent dans la chorée aiguë des adultes, d'après les observations qu'a faites sur ce sujet M. le docteur Marcé, et qu'il a bien voulu nous communiquer; nous voulons parler des hallucinations et en particulier des hallucinations de la vue. Voici le premier fait de ce genre que M. Marcé a observé il y a deux ans, et qui a été le point de départ de ses recherches.

Une jeune femme de vingt-trois ans, journalière, entre dans les premiers jours d'avril 1856 à la Charité, salle Saint-Vincent, n° 2. Cette femme, d'un caractère doux et tranquille, habituellement bien réglée, est devenue enceinte, et après une grossesse régulière est accouchée depuis deux mois. Six semaines après son accouchement, au moment où les règles reparaissaient pour la première fois, elle a été prise, sous l'influence d'émotions morales très-pénibles, de mouvements choréiques qui ont débuté par la main gauche et se sont ensuite étendus à toute la moitié gauche du corps. Au moment où la malade entre à l'hôpital, ces mouvements s'observent également à la face, aux bras et à la jambe, mais ils ne sont pas assez intenses pour l'empêcher de marcher, de s'habiller, de manger. On constate en même temps une diminution de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la douleur dans toute la moitié gauche du corps, et un peu d'anémie.

Lorsqu'on interroge la malade, elle rend assez bien compte de son état; cependant sa mémoire est troublée, elle oublie facilement ce qui s'est passé les jours précédents et ne se rappelle certains détails qu'avec de grands efforts; en outre elle a dans les idées une grande mobilité, et adresse question sur question sans même attendre de réponse.

La nuit, le sommeil est à chaque instant interrompu par des mouvements involontaires et des soubresauts. La malade, qui jamais ne rêvait autrefois, a maintenant chaque nuit des rêves qu'elle décrit avec beaucoup de précision, et pendant lesquels elle est tourmentée par des hallucinations de la vue; elle voit distinctement sa petite fille qui se tue en tombant d'un lieu élevé; elle se voit attachée par les pieds, pendue ou poursuivie par son père, qui la menace d'un bâton. Ces rêves disparaissent, en général, dès que la malade se réveille; mais le soir, au moment de s'endormir, il lui suffit de fermer les yeux pour voir autour d'elle dans la salle, sur son lit, des animaux de toute espèce, des chats, des chiens, des lapins, qui lui causent une vive frayeur; aussi prend-elle la précaution de fermer chaque soir exactement ses rideaux...

Cette malade était un peu anémique; elle fut traitée par du fer et des bains sulfureux.

Vers la fin d'avril, les hallucinations de la vue, qui jadis se reproduisaient chaque jour, commencèrent à s'éloigner et à disparaître; les mouvements choréiques diminuèrent beaucoup.

Vers le milieu de mai, elle quitta l'hôpital entièrement guérie.

Depuis que l'attention de M. Marcé, attirée par ce fait, s'est fixée sur l'étude de ce phénomène morbide, il l'a rencontré d'une manière à peu près constante dans la chorée aiguë des adultes. Il possède déjà quatorze observations semblables à celle qui vient d'être citée; elles ont été recueillies soit à la Salpêtrière, soit dans divers autres hôpitaux, et ont toutes été rencontrées chez des jeunes filles ou des femmes jeunes encore.

Quelquefois, dit notre confrère, ces hallucinations de la vue surviennent pendant les rêves qui, très-souvent dans le cours de la chorée comme dans le cours de beaucoup de névroses, troublent et agitent le sommeil des malades: plus souvent encore elles se produisent au moment où les malades commencent à s'endormir, alors qu'elles sont encore dans cet état intermédiaire à la veille et au sommeil dont M. Baillarger a signalé l'importance au point de vue de la production des hallucinations. Dans la plupart des cas les malades voient des figures effrayantes, des êtres fantastiques, des animaux de toute espèce; elles les sentent parfois grimper sur leur lit, courir çà et là, d'où les terreurs qu'elles éprouvent le soir et les réveils en sursaut qu'il est si commun d'observer dans le cours du sommeil. J'ai même rencontré une jeune fille qui eut pendant l'état de veille complète une hallucination de la vue: elle se crut poursuivie dans un escalier et rentra pleine d'effroi dans la salle; or les renseignements les plus positifs fournis par les personnes qui l'entouraient démontrèrent que rien de semblable n'avait eu lieu.

Ces hallucinations de la vue constituent, suivant M. Marcé, un des traits les plus saillants des divers phénomènes cérébraux, jusqu'ici mal étudiés, que l'on rencontre dans la chorée aiguë des adultes. Lorsqu'elles sont peu intenses, elles n'ont pas de conséquences sérieuses et disparaissent peu à peu à mesure que les convulsions choréiques diminuent elles-mêmes d'intensité. Mais chez certains sujets, d'ailleurs prédisposés, ces hallucinations, qui existaient d'abord uniquement dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, persistent plus tard pendant l'état de veille complète, inquiètent les malades, les agitent, et finissent par déterminer un véritable état maniaque, qui, en se joignant à la chorée, augmente singulièrement la gravité de son pronostic.

M. Marcé a recueilli quatre faits de chorée ainsi compliqués de manie; or l'enchainement des symptômes lui a prouvé que l'état maniaque n'était survenu que consécutivement aux hallucinations et par leur intermédiaire pour ainsi dire.

Il est à désirer que notre confrère saisisse les nouvelles occasions qui pourront s'offrir à lui pour étudier par la suite la fréquence et les divers caractères de ces hallucinations, leurs connexions pathologiques soit avec la chorée proprement dite, soit avec quelques autres névroses.

Des gangrènes spontanées dans la fièvre typhoïde.

Dans le numéro du 23 mars dernier, nous avons publié un cas de gangrène spontanée du scrotum chez un sujet atteint de fièvre typhoïde, recueilli dans le service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu. M. le docteur Delpech, chargé alors temporairement de la clinique, dans une leçon sur ce sujet, a fait remarquer que c'était surtout la gangrène en nappe, par pression ou par mortification des surfaces enflammées, telles que vésicatoires, érysipèles, etc., que l'on rencontrait plus particulièrement dans les fièvres graves, mais qu'il était rare de voir survenir en pareil cas une gangrène en masse, comme celle que présentait le malade sujet de son observation.

Nous avons reçu à cette occasion deux communications qui ont trait à ce point de clinique. M. le docteur Bourgeois (d'Étampes), bien connu de nos lecteurs, nous rappelle qu'il a observé à quelques années de distance, dans son service de l'hôpital d'Étampes, deux cas de gangrène *en masse* ou *régionale*, comme il la désigne, survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. (Il s'agit dans ces deux cas d'une gangrène de toute l'épaisseur et de toute la longueur de la jambe, jusque immédiatement au-dessous du genou). Bien que ces deux faits aient reçu, au sein de la Société médicale des hôpitaux, à laquelle notre confrère les a communiqués, une interprétation différente de celle qu'il leur a donnée, et qu'il y ait lieu en effet à contestation sur l'origine et la nature de la gangrène dans ces deux cas, ou plutôt à cause même de cette dissidence, ces observations ont un assez grand intérêt pour que nous croyons utile de les reproduire. Mais vu leur étendue et surtout à cause de la discussion qu'elles comportent, nous en remettons la publication à un autre numéro.

La seconde communication est de M. le docteur Clément Ollivier, d'Ingrandes. Il y est question de deux cas de sphacèle du scrotum survenus pendant le cours de deux affections fébriles assez imparfaitement caractérisées, il est vrai, mais qui peuvent être considérées comme se reliant l'une et l'autre à la grande famille des fièvres graves, ataxiques ou adynamiques.

Voici ces deux faits:

En 1850, nous écrit M. Ollivier, je fus appelé au château des Bordes (commune de Vert-Legrand), pour y donner des soins à un jeune homme pris d'une fièvre ataxique avec délire furieux, et qui ne céda qu'à la médication antiphlogistique la plus énergique. Lorsque les symptômes cérébraux furent un peu apaisés, le voyant porter constamment les mains vers les parties sexuelles, je dus les visiter, et je fus fort surpris de trouver toute la partie inférieure de la verge et la partie antérieure du scrotum envahies par une vaste eschare gangréneuse.

Le malade guérit de sa fièvre inflammatoire, et la plaie fut pansée d'abord avec des toniques, qui détachèrent l'eschare, puis avec la charpie et le cérat, qui amenèrent une cicatrisation rapide.

La seconde observation a été recueillie sur un jeune religieux livré à l'instruction, et affecté d'une maladie chronique du foie.

Après une nuit de fièvre extrêmement vive, précédée de vomissements bilieux abondants et accompagnée de délire, d'une teinte ictérique générale, de sécheresse brûlante de la bouche et de la peau, d'une soif inextinguible, le malade me fit observer à la face antérieure du scrotum une eschare de la grandeur d'une pièce de cinq francs, qui, me dit-il, lui était venue dans la nuit.

Cette eschare, par sa situation, ne pouvait être attribuée à aucune lésion, puisqu'elle était placée en un point non sujet à la pression. Je ne pus l'attribuer, comme dans le fait précédent, qu'à un incident de la maladie, d'un caractère indéfinissable, mais cependant se rencontrant probablement quelquefois dans les fièvres d'un caractère grave.

Ces deux cas se rapportent, comme on le voit, à la première espèce de gangrène dont il a été question dans l'article précité, c'est-à-dire à la gangrène en nappe. Nous verrons plus tard ce qu'il faut penser des cas de gangrène en masse.

---

souvent les hommes de l'art d'examiner publiquement d'une manière complète. Ainsi mis à l'aise par ses instructions, Baudens, au lieu d'un rapport, a fait un livre du plus haut intérêt, où il raconte la vie privée, l'intérieur, les misères du soldat dont les autres ont fait briller les exploits et les faits d'armes.

Il serait véritablement superflu de nous étendre longuement sur ce travail, dont il a déjà été question dans ce journal il y a quelques semaines, et que connaissent aujourd'hui presque tous ceux qui en France ont l'habitude de la lecture; mis par sa forme à la portée de tous les esprits, n'exigeant pas pour être compris les connaissances spéciales qu'au premier abord on serait tenté de croire nécessaires, écrit de ce style vif et pittoresque qui était une des principales qualités de Baudens, il a été publié une première fois, avant d'être réuni en volume, dans la *Revue des Deux-Mondes* de l'an dernier, et l'auteur n'y a guère ajouté, dans l'édition que nous avons sous les yeux, que des tableaux et des documents dénués d'intérêt pour un public non spécial.

Dans ce volume, qui restera comme l'un des beaux souvenirs de la guerre d'Orient, on retrouve toutes les qualités et tous les défauts de Baudens. Son style, disions-nous il n'y a qu'un instant, est vif et brillant parfois; mais souvent il est inégal; une justice à lui rendre, c'est qu'il est toujours clair et se lit sans fatigue. On ne devra chercher dans son livre ni études, ni recherches historiques, ni comparaisons avec un passé trop ancien. Baudens était un de ces hommes d'une intelligence supérieure, mais qui doivent avoir manqué d'une instruction première extrêmement solide. Il n'avait pas ce que l'on appelle de l'érudition; il manquait même de cette érudition classique élémentaire que possèdent la plupart des praticiens ordinaires; mais c'était un esprit éminemment pratique et observateur, et il avait sous ce rapport regagné tout ce qui lui manquait d'autre part. Mis en face d'une difficulté, il trouvait rapidement la solution la plus satisfaisante possible; ce qu'il n'avait pas sous la main, il le remplaçait avec tant d'adresse, il improvisait avec tant d'habileté un appareil, un procédé opératoire, que tout semblait lui sourire et que l'on disait de lui qu'il avait du bonheur.

Ce bonheur, c'est à un talent véritable qu'il le devait; Baudens était l'homme du moment, de la circonstance; c'était un homme de ressource en un mot, et c'est là ce qui explique le rapide chemin qu'il avait fait dans la carrière qu'il a parcourue avec un éclat que l'on ne peut lui dénier. Le livre actuel, sa dernière œuvre, sera lu avec un égal intérêt et par les hommes spéciaux qui y trouveront d'utiles enseignements, et par le public non médical, auquel il fera comprendre la grandeur des périls et des fatigues de nos soldats, et le dévouement sublime des médecins militaires, si généralement instruits, quoi qu'en ait pu faire croire un mot grossier de Dupuytren, ce génie chirurgical envieux de toute gloire qui n'était pas la sienne.

Après le travail d'ensemble, après le résumé synthétique et général de l'inspecteur, nous placerons la *Relation médico-chirurgicale* de la campagne entière, depuis le jour où le premier détachement français mettait le pied sur la plage de Gallipoli, jusqu'au moment où le dernier navire quittait le port de Kamiesh et la côte de Crimée, par le docteur Scrive, médecin en chef de l'armée. Ici, le plan du livre est tout à fait différent. C'est l'histoire détaillée, jour par jour, pour ainsi dire, de l'expédition dans les diverses contrées de la Turquie et de la Russie parcourues par nos soldats. Cette relation est divisée en cinq périodes: 1° depuis l'arrivée jusqu'au départ pour Varna; 2° depuis l'arrivée à Varna jusqu'au départ pour la Crimée; 3° depuis le débarquement en Crimée jusqu'à la nomination du général Pélissier; 4° de la prise de Kertch au départ de la garde impériale; 5° enfin, le dernier hiver en Crimée jusqu'à l'évacuation.

Le travail de M. Scrive, véritable histoire officielle de la campagne basée sur des documents administratifs, des dépêches ministérielles, des ordres du jour, renferme, on le comprend tout d'abord, de nombreuses pièces justificatives, précieuses certainement pour assurer l'authenticité de cette relation, mais dont la monotonie fatigue bientôt l'attention du lecteur, qui n'y trouve qu'un médiocre intérêt, distrait presque à chaque page par le libellé textuel des instructions reçues de France, par les réponses du médecin en chef, par les correspondances établies entre les différentes parties du service médical, celui qui parcourt ce livre ne tarde pas à se lasser des continuelles incidences qui coupent le récit, et à moins d'une force de volonté peu commune, se sent souvent tenté de renoncer à un plaisir transformé en une occupation pénible.

Certes nous savons bien toutes les exigences du plan adopté par le savant médecin en chef de l'armée d'Orient. Mais n'était-il pas possible de les concilier avec les habitudes du public auquel il était destiné, en rejetant, par exemple, à la fin du volume, ces nombreuses pièces

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 avril 1858. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hypertrophie congéniale des deux membres droits. — Taches sanguines multiples; varices, etc. — M. CHASSAIGNAC présente un jeune homme, âgé de dix-huit ans, nommé Charles Lemercier, entré dernièrement à l'hôpital Lariboisière pour y être traité d'un abcès ganglionnaire, de cause scrofuleuse, situé sur le côté droit du cou. Ce jeune homme est remarquable par l'extrême inégalité des membres du côté droit et du côté gauche. Les deux membres du côté gauche sont ceux d'un individu de taille ordinaire, ceux du côté droit paraissent appartenir à un géant. Mais les différentes parties de ces deux derniers membres sont loin d'être uniformément hypertrophiées. La main l'est beaucoup plus que le bras et l'avant-bras; sa moitié externe l'est plus que sa moitié interne. Le pouce, l'index et le médius sont relativement beaucoup plus longs et beaucoup plus volumineux que les deux derniers doigts. Au membre inférieur on trouve également que la jambe et la cuisse sont moins hypertrophiées que le pied. Celui-ci est vraiment colossal. Le gros orteil est énorme, mais il est relativement moins développé que les quatre derniers orteils.

Cet homme affirme qu'il a au moins trois fois plus de force dans les membres droits que dans les membres gauches. Des varices considérables existent sur les deux membres hypertrophiés; il n'y en a point sur les deux autres.

On observe en outre, sur les deux membres du côté droit, un très-grand nombre de taches sanguines vineuses, que M. Chassaignac désigne sous le nom de *taches érectiles cuticulaires diffuses*. Les deux membres non hypertrophiés ne présentent rien de semblable, mais on trouve plusieurs de ces taches sur la partie latérale gauche du thorax.

Discussion sur le traitement des arthrites douloureuses par le redressement. — M. ROBERT présente un garçon de quinze ans, d'une constitution scrofuleuse, qui, par suite d'une entorse du genou droit, a été atteint d'une arthrite subaiguë de cette articulation. La jambe ne tarda pas à se rétracter, et au bout de trois semaines la rétraction était telle, que le talon était en contact avec l'ischion. Cet état s'accompagnait de douleurs excessives. M. Robert fut alors appelé, et jugea qu'il était indispensable de ramener promptement le membre à une bonne position. Séance tenante il chloroformisa le malade jusqu'au relâchement des muscles, et il redressa la jambe par la seule action des mains. Il ne procéda pas brusquement; l'extension fut faite d'une manière graduelle et ne fut achevée qu'au bout d'environ deux minutes. Autant qu'on en put juger, cette action mécanique ne produisit aucune rupture de ligament. Le membre fut fixé dans l'extension. Les douleurs furent immédiatement abolies. Le jour suivant il survint un peu de gonflement qui céda à l'application de vésicatoires volants. La résolution s'effectua rapidement pendant les premiers temps, mais elle s'arrêta bientôt, et l'articulation resta tuméfiée. Elle l'est encore aujourd'hui, et cet état est stationnaire depuis plusieurs mois. Le genou est ankylosé en ligne droite.

De nouveaux accidents se sont montrés depuis lors sur d'autres points du squelette. La malléole externe du côté gauche est devenue le siége d'une carie qui a produit un abcès froid. De plus il est survenu, il y a trois mois, sur le fémur droit, une arthrite accompagnée d'un gonflement douloureux. Des vésicatoires, appliqués sur la cuisse, ont amélioré l'état de cet os, mais le corps du fémur est encore notablement tuméfié, comme s'il existait une nécrose profonde.

M. Robert rappelle qu'il y a deux ans la question du redressement des articulations a été discutée dans le sein de la Société. Des doutes ont été émis alors sur l'efficacité et sur l'innocuité de ce moyen. C'est ce qui a décidé M. Robert à présenter son malade, chez lequel le redressement a eu l'avantage d'éteindre complétement et immédiatement la douleur.

M. VERNEUIL, tout en reconnaissant que le malade n'est pas encore guéri, pense que cet exemple prouve l'excellence du redressement comme moyen destiné à combattre la douleur excessive qui accompagne certaines arthrites. Il a eu recours au même moyen, avec le même résultat, sur une jeune fille qu'il traite actuellement à l'Hôtel-Dieu pour une arthrite du genou gauche datant de cinq ans. Cette arthrite pendant longtemps fut peu douloureuse; mais un jour, sans cause connue, des douleurs extrêmement vives se manifestèrent, et presque aussitôt la rétraction commença.

Lorsque M. Verneuil prit le service de l'Hôtel-Dieu, les douleurs étaient telles que le simple attouchement de la peau était tout à fait intolérable. La malade fut endormie, le genou fut redressé et placé dans une gouttière. Le soulagement fut immédiat. Mais quelques jours après les douleurs revinrent; on reconnut que la gouttière était mal appliquée et que la rétraction s'était en partie reproduite. On plaça alors le membre dans un meilleur appareil, et la douleur disparut de nouveau. Ainsi à deux reprises on a vu chez cette malade la douleur se produire par suite d'une mauvaise position, et se dissiper à la faveur d'une meilleure position.

M. RICHET cite un fait qui diffère notablement de celui de M. Robert, mais qui est relatif aussi au traitement des affections articulaires par la méthode du redressement. Un jeune homme de dix-sept ans, à la suite d'une tumeur blanche du genou, avait conservé une ankylose angulaire avec subluxation du tibia en arrière. M. Marchesseaux et M. Richet, après avoir endormi le malade, pratiquèrent le redressement forcé, remirent le tibia en place et fixèrent le membre dans l'extension. Il ne survint aucun accident; le genou s'ankylosa en ligne droite, et la guérison fut si prompte que quinze jours après l'opération le malade put marcher.

M. VOILLEMIER pense que la méthode du redressement donne des résultats très-différents suivant le siége, la nature et le degré de l'affection articulaire. On ne peut donc établir de préceptes généraux. Laissant de côté la question des ankyloses, M. Voillemier approuve beaucoup le redressement dans le traitement des arthrites du genou. Il cite deux cas récents où cette méthode lui a donné de bons résultats. C'est d'abord un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'arthrite douloureuse avec rétraction du genou; le redressement a fait immédiatement cesser la douleur, et la guérison a eu lieu sans ankylose. Le second cas est celui d'une femme qui est encore aujourd'hui à l'hôpital Lariboisière; elle venait d'un service de médecine où elle était traitée depuis quelque temps pour une arthrite du genou. La jambe s'était rétractée, et la malade éprouvait des douleurs extrêmement vives. Le redressement eut un résultat moins immédiat que dans le cas précédent; mais les douleurs furent notablement atténuées, puis elles diminuèrent graduellement et finirent par disparaître. Aujourd'hui la malade commence à se lever avec des béquilles, mais il est douteux qu'elle guérisse sans ankylose.

Le redressement de la hanche est beaucoup plus difficile à obtenir et beaucoup moins efficace que celui du genou. M. Voillemier y a eu recours deux fois et il n'a pas eu à s'en louer. L'état d'un de ses malades a même été aggravé.

Le redressement des doigts rétractés à la suite d'arthrite a une fois pleinement réussi dans la pratique de M. Robert, puisque le malade a bien guéri, en conservant même le mouvement des doigts. M. Voillemier a eu recours au même traitement dans un cas semblable, mais il a été moins heureux, car le doigt redressé est resté ankylosé en ligne droite, malgré les mouvements qu'on imprimait chaque jour à l'articulation malade.

Un résultat analogue a été obtenu par M. Voillemier chez une femme atteinte de tumeur blanche du coude. Le membre fut ramené à la demi-flexion et fixé pendant trois mois dans une gouttière. L'inflammation disparut et on chercha alors à rétablir les mouvements; mais on ne put éviter l'ankylose.

M. CHASSAIGNAC a été un de ceux qui, il y a deux ans, ont combattu le redressement comme méthode générale, mais il n'a point contesté l'utilité de ramener dans certains cas le membre à une meilleure position. Il y a des douleurs de position, qui dépendent manifestement de l'attitude du membre; et alors, en effet, le redressement réussit très-bien. Si on s'était borné à cette indication, il est probable qu'aucune contestation ne se serait élevée. Mais ce moyen, applicable à quelques cas déterminés, on a voulu en faire une méthode générale dans la thérapeutique des maladies articulaires; c'est de là que sont nées les contestations. M. Chassaignac pense que cette pratique ainsi généralisée est dangereuse; que dans une tumeur blanche accompagnée de lésions graves et profondes, une action violente et brusque peut provoquer des accidents fâcheux, et rendre l'amputation inévitable; que dans les ankyloses angulaires le redressement expose quelquefois à produire des subluxations ou même des luxations, et il conclut en disant que si l'on veut discuter avec fruit les indications du redressement, il est absolument indispensable d'étudier séparément, dans trois catégories différentes : les arthrites, les tumeurs blanches et les ankyloses.

M. RICHARD approuve cette distinction, et pense qu'il est bon de discuter séparément les indications du traitement pour les trois catégories établies par M. Chassaignac. Mais il rappelle que pour M. Bonnet, l'inventeur de la méthode, le redressement doit être opéré indistinctement dans tous les cas. M. Bonnet va même jusqu'à couper les tendons lorsqu'ils offrent trop de résistance. M. Richard a eu l'occasion d'en causer récemment avec ce chirurgien, dont les convictions sont les mêmes aujourd'hui qu'à l'époque où il publia son *Traité des maladies des articulations*.

M. LARREY a donné des soins à un blessé de Crimée, chez lequel se trouvaient réunies plusieurs des conditions que M. Chassaignac propose d'étudier séparément. Ce militaire avait reçu un coup de feu dans le genou. Il fut admis au Val-de-Grâce il y a deux ans pour les conséquences de cette blessure. Il y avait à la fois chez lui arthrite chronique, rétraction du genou, et ankylose commençant; en outre, des accidents inflammatoires plus aigus s'étaient superposés récemment à l'inflammation chronique. Le cas était par conséquent aussi compliqué que possible. M. Larrey néanmoins eut recours à la méthode du redressement; mais il le fit d'une manière graduelle, en cinq séances successives, et à la faveur du chloroforme. A chaque tentative, on entendait craquer les tissus fibreux déchirés par les efforts d'extension. Néanmoins on vit les accidents inflammatoires se calmer à mesure que le redressement s'opérait, et le malade a guéri avec une ankylose en ligne droite. D'après cela, M. Larrey pense que les craintes émises par M. Chassaignac sont exagérées, et que l'existence de lésions articulaires profondes ne doit pas empêcher de recourir au redressement, pourvu qu'on le fasse avec prudence.

M. MARJOLIN avoue que le redressement est un excellent moyen de faire cesser les douleurs. Ce moyen a en outre l'avantage de substituer une meilleure position à une position gênante, et d'atténuer l'infirmité qui pourrait résulter ultérieurement de l'ankylose. Mais il n'est pas convaincu que la position ait autant d'influence qu'on l'a dit sur la guérison des maladies articulaires. Le malade de M. Robert est amélioré sans aucun doute, il a une ankylose rectiligne très-préférable à une ankylose angulaire, mais il est loin d'être guéri; l'articulation est encore engorgée, et le fémur est le siége d'un gonflement fort inquiétant. M. Verneuil, lorsqu'il était chargé du service de chirurgie à l'hôpital Sainte-Eugénie, a redressé le genou d'un enfant atteint de tumeur blanche avec rétraction de la jambe; l'enfant est encore aujourd'hui dans les salles de M. Marjolin; il va mieux, il est probable qu'il guérira, mais il n'est pas encore guéri. Si la position avait l'influence curative qu'on lui attribue, on devrait placer les articulations semblables dans une position semblable, et c'est précisément ce qu'on ne fait pas; car, si on redresse le genou lorsqu'il est fléchi, on fléchit au contraire le coude lorsqu'il est étendu. On n'a donc d'autre but que de substituer à une position gênante une position moins désavantageuse, dans la prévision de l'ankylose.

Dans la première période des tumeurs blanches, dans la période d'acuité des arthrites chroniques, avant que les parties soient profondément altérées, la méthode du redressement est avantageuse. Mais à une époque plus avancée, elle expose à des accidents sérieux, et sous ce rapport M. Marjolin partage l'opinion de M. Chassaignac. Il ajoute, comme M. Voillemier, que le redressement n'est pas également facile dans toutes les articulations. Au coude et au genou, on voit ce que l'on fait, et on peut donner aisément aux os la direction qu'on juge la plus favorable; mais pour les articulations plus profondes, pour la hanche, par exemple, on agit un peu au hasard, et les résultats du redressement sont moins avantageux.

M. BROCA a été plus satisfait que MM. Voillemier et Marjolin des résultats du redressement de l'articulation coxo-fémorale. Il a cité dans la dernière discussion un fait remarquable tiré de la pratique de Blandin; depuis lors, il a eu plusieurs fois l'occasion de redresser des membres atteints de coxalgie, et le résultat immédiat a toujours été favorable. Il a entre autres eu recours à ce moyen chez deux jeunes malades de l'hôpital Beaujon, pendant l'absence de M. Robert. Le redressement, pratiqué graduellement en quelques minutes pendant le sommeil anesthésique, a fait promptement disparaître les douleurs, qui dans un cas étaient extrêmement vives. M. Broca ne sait pas ce que sont devenues ces deux jeunes filles, mais elles étaient déjà dans un état d'amélioration notable lorsque M. Robert reprit son service au mois de septembre dernier.

M. ROBERT annonce que l'une de ces jeunes filles est sortie bien guérie de l'hôpital. L'autre a été moins heureuse; son membre est resté redressé; mais l'articulation, quoique améliorée, était encore malade lorsque la jeune fille est retournée dans son pays.

M. VERNEUIL rappelle que l'efficacité du redressement de la hanche a été démontrée depuis plusieurs années par M. Behrend, de Berlin, dans une brochure spéciale.

M. VOILLEMIER répond à M. Broca qu'il n'a point rejeté le redressement de l'articulation de la hanche; il a dit seulement qu'il était nécessaire, dans ce cas, d'agir avec bien plus de ménagements que lorsqu'on agit sur une articulation superficielle. Il a, du reste, lui-même eu recours plus d'une fois à ce moyen dans la coxalgie. Ce matin

---

justificatives indiquées seulement par des renvois numérotés? Le récit y eût évidemment gagné en rapidité, l'intérêt eût été plus soutenu, et les réflexions judicieuses qui fourmillent à l'occasion de chaque événement nouveau n'eussent pas été perdues ou à peu près pour le lecteur impatienté.

Ce qui ne nous empêche pas de dire qu'à part ce défaut dans l'arrangement des matières, l'œuvre de M. Scrive se place très-honorablement près des livres du même genre publiés depuis le commencement de ce siècle, et sera consultée avec fruit par ceux surtout qui ont embrassé la carrière de la médecine militaire.

Attaché en qualité de médecin-major à un régiment de la garde, M. Quesnoy ne pouvait prétendre à faire une relation aussi complète que celui dans les mains duquel venaient se concentrer tous les éléments du service médical. Aussi n'a-t-il cherché, en rassemblant ses souvenirs, en rédigeant ses notes journalières, qu'à apporter une modeste part à l'édifice historique qui transmettra à la postérité la valeur des faits accomplis. On ne dit pas assez, écrit-il quelque part dans son livre, combien dans les guerres de tous les temps les maladies font de victimes dans les armées, combien elles moissonnent plus d'hommes que les feux les plus meurtriers. C'est pour combler cette lacune, pour ne pas séparer des détails qui dans le résultat se lient intimement, que M. Quesnoy, envisageant la campagne d'Orient au double point de vue des faits militaires, a divisé son travail en trois parties, dont les deux premières traitent des actions militaires et des conditions physiques de l'armée dans un ordre chronologique, tandis que la troisième est particulièrement consacrée aux maladies épidémiques qui ont sévi pendant toute la durée de la campagne.

Sans avoir la valeur des deux volumes dont nous avons dit précédemment quelques mots, nous croyons que le travail de M. Quesnoy n'est pas sans importance, et nous en trouvons la preuve dans son insertion au *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, recueil à notre avis beaucoup trop peu répandu, et dont il serait à désirer que les médecins et chirurgiens civils prissent plus souvent connaissance.

Nous terminerons cette revue bibliographique en mentionnant l'*Histoire médico-chirurgicale de la guerre de Crimée*, par le docteur A. Armand, déjà connu de nos lecteurs par le beau volume qu'il a publié il y a quelques années sur l'*Algérie médicale*, et dont nous avons rendu compte dans ce journal au moment où il a paru. Dans le volume actuel, M. Armand n'a fait que grouper la plupart des documents publiés par les divers médecins militaires sur la campagne d'Orient; il n'a pas voulu, ce qu'il eût pu sans peine, les remanier et les fondre ensemble en un tout plus méthodique et plus uniforme, ce qui eût porté atteinte au cachet propre de chacun. Il s'est borné à leur réimpression soit en entier, soit en extraits, dans l'intention unique de compléter, pour ainsi dire, l'ouvrage de M. Scrive. Tandis que le livre de ce dernier est plus particulièrement la relation médico-administrative officielle de l'expédition, celle de M. Armand est plus spécialement l'étude monographique des individualités morbides médicales et chirurgicales formant par leur ensemble le traité pathologique de l'armée d'Orient.

Pour nous résumer, ces quatre volumes présentent l'histoire médicale à peu près complète de l'immortelle expédition qui fait un si beau pendant aux grandes guerres du premier Empire. Ils prouvent une fois de plus quelle est aujourd'hui la haute valeur des hommes qui composent le corps du service de santé de l'armée, et donnent un victorieux démenti à l'apostrophe brutale du chirurgien de l'Hôtel-Dieu auquel nous faisions allusion plus haut, lorsqu'il s'écriait dédaigneusement du haut de sa chaire professorale : *Chirurgiens de régiments, régiments de chirurgiens!* Que l'on n'oublie pas que c'est de ces chirurgiens et médecins de régiments que sont sortis les Sabatier, les Percy, les Larrey, les Desgenettes, les Broussais et les Bégin, l'honneur de la médecine et de la chirurgie françaises.

Dr A. FOUCART.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

encore, il a chloroformisé dans ce but une femme qui avait à la fois la hanche et le genou considérablement rétractés. Le genou a été aisément remis dans l'extension ; mais le redressement de la hanche a été beaucoup moins facile et beaucoup moins complet.

Perforation de la voûte palatine. — M. MARJOLIN présente une petite fille âgée de onze ans, dont la voûte palatine est le siége d'une perforation centrale, large comme une pièce de 20 centimes. Cet accident est survenu, il y a environ deux mois, à la suite de l'ouverture spontanée d'une petite tumeur purulente développée sous la membrane palatine. On n'a pu découvrir, soit chez elle, soit chez ses parents, aucun antécédent syphilitique. L'articulation des sons et la déglutition présentent les modifications ordinaires en pareil cas. Toutefois, il se forme de temps en temps dans l'ouverture une accumulation de mucus nasal épaissi, qui joue le rôle d'un obturateur, et l'enfant parle alors sans le moindre nasonnement. M. Marjolin considère cette perforation comme un résultat de la scrofule et non de la syphilis ; M. Cullerier, à qui il en a parlé, partage son opinion, mais considère ce fait comme très-rare.

M. CHASSAIGNAC a vu plusieurs fois des perforations de la voûte palatine produites par la scrofule, sans aucune influence syphilitique. Mais l'appréciation de ces cas est difficile, à cause des obstacles qu'on rencontre toutes les fois qu'il s'agit de retrouver la syphilis héréditaire. M. Chassaignac connaît une dame qui a six enfants, dont quatre ont eu sur les os du nez des accidents tout à fait semblables à ceux que produit la vérole, et il est bien convaincu que l'un des parents doit être atteint de syphilis, quoiqu'il n'ait pu en obtenir l'aveu.

M. MOREL-LAVALLÉE a vu plusieurs fois chez des adultes exempts d'antécédents syphilitiques des perforations spontanées de la voûte palatine et du voile du palais, et il pense que la scrofule est aussi souvent que la vérole la cause de ces perforations. Les cas de ce genre sont assez communs à l'hôpital de Lourcine, et M. Morel-Lavallée en a profité pour faire des observations sur les modifications que présente alors la prononciation des diverses consonnes ; mais il a rencontré de grandes variétés, et il n'est pas encore suffisamment fixé sur ce point de physiologie. Le phénomène de l'obturation naturelle et passagère par le mucus nasal concrété s'est présenté à lui plusieurs fois. Comme sur la petite fille de M. Marjolin, la voix redevenait naturelle pendant quelques heures par suite de cette obturation.

M. GUERSANT a remarqué, à l'hôpital des Enfants, que les caries et les nécroses de la voûte palatine, des mâchoires, des os du nez, et en général de tous les os de la face, se montrent souvent chez les scrofuleux, sans aucune intervention appréciable de la syphilis.

CORRESPONDANCE.

M. FLEURY, membre correspondant de la Société, à Clermont (Puy-de-Dôme), adresse un mémoire sur la *ponction de la vessie*. M. le secrétaire général en donnera lecture dans une prochaine séance.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Etudes sur la nature et le traitement des fièvres puerpérales, par M. le docteur Matteï.

Essai sur un nouveau genre de tumeurs de la voûte du crâne, formées par du sang en communication avec la circulation veineuse intra-crânienne ; par M. le docteur Emile Dupont.

RAPPORT.

M. GIRALDÈS lit un rapport sur un travail de M. Rufz, candidat au titre de membre titulaire. Ce travail est intitulé *Des corps fibreux de l'utérus et de leur excision*. La commission, composée de MM. Huguier, Larrey et Giraldès, propose :

1° D'inscrire le nom de M. Rufz sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

2° De déposer le mémoire de M. Rufz dans les archives de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

La Société décide, en outre, que le rapport de M. Giraldès sera inséré dans les *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kystes multiples de la paroi abdominale. — M. DEGUISE fils présente une tumeur de la paroi abdominale dont il a pratiqué l'ablation.

Le malade est un jeune paysan âgé de dix-huit ans. La tumeur était située dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la partie inférieure et latérale de la paroi antérieure du ventre. Elle était déjà fort ancienne, et avait lentement acquis un volume supérieur à celui du poing. Elle présentait exactement la consistance, l'indolence et la marche des tumeurs graisseuses ; M. Deguise a donc diagnostiqué un lipome. Mais il s'est aperçu pendant l'opération que cette tumeur est formée par l'accumulation d'un très-grand nombre de petits kystes. Quelques-uns sont gros comme des noisettes, d'autres comme des pois, et il y en a des myriades qui sont aussi petits que des œufs de poisson. Par sa face profonde, cette tumeur adhérait très-intimement au muscle grand oblique, que M. Deguise a été obligé d'entamer. Une coupe longitudinale permet de reconnaître que les kystes sont séparés par un tissu très-résistant, qui présente en certains points une notable épaisseur. Quelques-uns renferment un liquide presque séreux, d'autres une substance d'apparence colloïde ; ailleurs une matière rouge qui peut faire croire à des épanchements sanguins ; ailleurs une substance jaunâtre qui ressemble à du pus.

M. CHASSAIGNAC pense que les kystes ne sont qu'une lésion secondaire, et que la tumeur est de nature cancéreuse.

M. VELPEAU est disposé à croire, au contraire, que la tumeur est de nature bénigne.

L'examen microscopique de cette pièce est confié à M. Houel.

(Dans la séance suivante M. Houel a communiqué le résultat de ses observations microscopiques. Le tissu interposé entre les kystes se compose d'éléments fibreux et d'éléments fibro-plastiques, mais on ne trouve nulle part les éléments du cancer.)

Blessure produite par une des bombes fulminantes du 14 janvier. — Éclat de bombe arrêté dans la cavité médullaire du fémur. — Fracture spiroïde de cet os au-dessus du projectile. — Ossification de la moelle. — M. BROCA présente le fémur d'une jeune fille morte à l'hôpital Lariboisière à la suite d'une blessure qu'elle avait reçue dans la soirée du 14 janvier.

Cette fille, âgée de quinze ans, fut atteinte à la face externe de la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou, par un projectile qui resta engagé dans l'épaisseur du membre et ne put être ni extrait ni senti. Le fémur était, en outre, le siége d'une fracture située beaucoup plus haut, au-dessus de la partie moyenne de cet os, et accompagné d'un raccourcissement de plusieurs centimètres. Admise dès le soir même à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Voillemier, la jeune fille alla assez bien pendant les premiers jours ; mais vers la fin de janvier des accidents graves se manifestèrent ; il survint un gonflement considérable, et M. Voillemier fut sur le point de pratiquer l'amputation. Mais l'état des parties s'était notablement amélioré ; on conçut de nouveau l'espoir de conserver le membre. Cette amélioration persista pendant une douzaine de jours, puis le 20 février le gonflement s'accrut de nouveau, et la malade fut prise d'un dévoiement qu'aucun moyen ne put arrêter.

Le 26 février, lorsque M. Broca prit le service à la place de M. Voillemier, il ne restait d'autre ressource que l'amputation. Mais des fusées purulentes remontaient déjà jusqu'au voisinage des trochanters ; il aurait fallu pratiquer la désarticulation coxo-fémorale, ou au moins l'amputation sous les trochanters, et l'état général de la malade rendait fort douteuse l'issue de ces opérations. L'amputation fut néanmoins proposée aux personnes qui représentaient la famille de la jeune fille, et qui ne voulurent pas y consentir.

Le 8 mars, il fallut pratiquer une incision sur un abcès profond et volumineux qui s'était formé à la partie externe de la cuisse, au niveau de la fracture. Les fragments étaient à nu dans le foyer de ces abcès. Quelques jours après, un érysipèle se développa autour de cette incision, gagna rapidement toute la cuisse, et envahit la paroi abdominale.

La mort survint dans la nuit du 17 au 18 mars.

A l'autopsie, on n'a pu examiner que le membre blessé. De vastes foyers purulents situés entre les muscles et le périoste occupaient toute l'étendue de la cuisse, depuis le genou jusqu'à 3 centimètres au-dessous des trochanters. Le fémur a été extrait, et M. Broca le met sous les yeux de la Société. Cet os est le siége de deux lésions distinctes et tout à fait indépendantes l'une de l'autre. A 7 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, au niveau de la partie la plus inférieure du canal médullaire, la face externe du fémur présente un trou irrégulier, large de 7 ou 8 millimètres, qui pénètre jusque dans le canal de la moelle, où le projectile s'est arrêté. La paroi opposée de ce canal est entière, mais elle est dépouillée de son périoste dans une étendue circulaire de 1 centimètre et demi, et le tissu, compacte à ce niveau, est manifestement nécrosé. Des productions osseuses persistantes forment un anneau autour de ce séquestre, dont l'élimination ne paraît pas encore commencée. Un trait de scie vertical a permis de retrouver dans la partie la plus inférieure du canal médullaire le projectile qui a produit ces lésions ; c'est un fragment de bombe anguleux, irrégulier, cunéiforme, long de 10 à 12 millimètres, large de 6, épais de 4 millimètres seulement, et présentant sur ses angles l'empreinte des vis qui donnaient passage aux capsules fulminantes.

Une autre lésion qui n'a aucune connexion avec la précédente existe sur le tiers supérieur du corps du fémur ; c'est une fracture très-oblique qui présente exactement tous les caractères des *fractures spiroïdes* décrites par Gerdy. La fracture commence à 4 centimètres au-dessous du petit trochanter, et se termine à 8 centimètres plus bas. Les deux fragments sont donc terminés en pointe très-longue et très-aiguë. Ces deux fragments étaient en chevauchement et ne se touchaient en aucun point ; des masses musculaires interposées les séparaient entièrement. Il n'y avait donc aucune tendance à la consolidation. Néanmoins, on observe sur chaque fragment, au niveau de la coupe oblique du canal médullaire, des productions osseuses volumineuses, arrondies, formées d'un tissu spongieux très-dur et excessivement fin, n'ayant aucun rapport avec le périoste ni avec le tissu compacte qui est dénudé, et provenant manifestement d'une sécrétion dont les vaisseaux de la moelle ont fait tous les frais. La moelle elle-même est ossifiée dans une étendue de 2 ou 3 centimètres sur chaque fragment.

M. Broca pense que la fracture du fémur n'est pas le résultat de l'action du projectile, et qu'elle s'est produite dans la chute qui a immédiatement suivi la blessure. Il signale l'ossification qui existe dans le canal médullaire au niveau de la fracture, dans un point où le périoste est décollé et détruit, où le tissu compacte lui-même semble nécrosé. C'est une nouvelle preuve que la propriété de sécréter le tissu osseux accidentel n'est pas exclusivement dévolue au périoste.

M. LARREY. La pièce anatomique présentée par M. Broca n'offre pas seulement de l'intérêt au point de vue de l'enclavement du projectile dans le fémur, du mécanisme de la fracture indirecte et du travail d'ossification de la moelle. On y trouve encore un exemple de la gravité plutôt consécutive que primitive de certaines blessures produites par les projectiles de l'attentat du 14 janvier. Ces projectiles, généralement très-petits par suite de la division extrême des grenades explosives, semblaient n'avoir pas assez de force pour intéresser les os, sauf quelques cas rares, comme celui-ci, et restaient engagés dans l'épaisseur des chairs, où on avait souvent aussi de la difficulté à en reconnaître la présence. De là des accidents consécutifs quelquefois mortels, comme dans le fait dont il s'agit ici, et qui semblent assigner à ces sortes de blessures certains caractères différents de ceux des plaies ordinaires par armes à feu.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans le dernier comité secret de l'Académie de médecine, la section d'anatomie pathologique a proposé la liste suivante, en faisant remarquer qu'elle avait adopté l'ordre alphabétique pour le placement des candidats en première et en seconde ligne :

En première ligne. . . MM. Ménière et Robin, *ex æquo*.

En seconde ligne. . . MM. Barthez et H. Roger, *ex æquo*.

— Par arrêté du 19 avril, M. Marchant a été nommé médecin-directeur du nouvel asile d'aliénés de la Haute-Garonne (La Grave).

Le même arrêté nomme M. Delaye médecin honoraire du même établissement.

— La Société médicale des hôpitaux a procédé, dans sa séance du 28 avril dernier, à la constitution de son bureau. Ont été élus :

Président, M. Barth. — *Vice-président*, M. Grisolle. — *Secrétaire général*, M. Roger. — *Secrétaires particuliers*, MM. Woillez et Hervieux.

Ont été nommés, pour le *conseil d'administration*, MM. Bernutz, Hervez de Chégoin, Marrotte, Rostan et Sée ; pour le *conseil de famille*, MM. Blache, Barthez (François), Gilette et Trousseau ; pour le *comité de publication*, MM. Hardy, Hervieux, Labric, Roger et Woillez.

— M. Ch. Duval, docteur en médecine à Gournay, vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine de Rouen.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 55. — MARDI 11 MAI 1858. (31e ANNEE.) N° 55. — MARDI 11 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 10 MAI 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il a été présenté dans cette séance plusieurs mémoires ou notes d'un certain intérêt. Dans l'ordre physiologique, nous signalerons un mémoire de M. A. Chauveau, sur le mécanisme et la théorie générale des murmures vasculaires ou bruits de souffle. Ce mémoire n'est que la première partie d'une étude complète que l'auteur a entreprise sur ce sujet. D'après les résultats consignés dans ce premier mémoire, on peut déjà pressentir que les expérimentations et les études de M. Chauveau sur ce point intéressant de physique animale, devront jeter quelque jour nouveau sur la séméiologie des bruits vasculaires.

Dans l'ordre pathologique, nous trouvons une communication de M. A. Netter, qui a exposé quelques faits nouveaux relatifs à l'histoire de l'héméralopie, de sa cause, de sa nature et de son traitement ; et une courte note de M. Namias, qui dépose contre les rapports qu'on avait cru apercevoir entre la maladie bronzée et l'état des capsules surrénales.

Enfin on trouvera dans le compte rendu l'extrait de deux communications qui ont trait à des points de médecine pratique ou de thérapeutique : un travail de M. Tavignot, sur la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'excision des conduits; et une note de M. Baud, sur l'emploi thérapeutique des composés phosphorés extraits de la moelle allongée des Mammifères herbivores. — Dr Brochin.

Le *Moniteur* du 9 mai publie le rapport suivant de M. le ministre de l'instruction publique :

« Sire,

» Par décret du 23 février 1852, Votre Majesté a institué un prix de 50,000 fr. en faveur de l'auteur de la plus utile application de la pile de Volta, et elle a fixé à cinq ans le terme du concours. Un arrêté du 7 février 1857 a donc réuni une commission chargée d'examiner les travaux qui seraient présentés pour disputer le prix.

» Cette commission ne s'est pas contentée d'accueillir avec empressement les travaux qui lui étaient soumis ; fidèle aux intentions de Votre Majesté, elle est allé au-devant de tous ceux qui lui paraissaient dignes d'attention. Je dois ici rendre hommage au zèle dont elle a fait preuve pendant les longues séances qu'elle a consacrées à cet examen. Mais, après les investigations les plus consciencieuses, aidée de toute l'expérience, de tout le savoir qui peuvent assurer l'autorité d'un jugement, elle n'a pas pensé qu'il y eût lieu à décerner le prix. Elle a constaté, toutefois, d'estimables efforts; elle espère qu'un ajournement pourra permettre à des résultats plus complets de se produire, et je me fais son interprète en demandant à Votre Majesté d'ouvrir de nouveau le concours pour une période de cinq ans.

» Tel est le vœu exprimé par la commission dans le rapport qu'elle m'a adressé par l'organe de son président, M. Dumas, et que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de Votre Majesté. Plusieurs concurrents trouveront une précieuse récompense dans les éloges que ce rapport donne solennellement à leurs travaux; quatre d'entre eux y sont particulièrement signalés : MM. Ruhmskorff, Froment, Duchenne (de Boulogne) et Mittdelsdorff. Il appartient à M. le ministre des affaires étrangères de proposer en faveur de MM. Ruhmkorff et Mittdelsdorff, à raison de leur nationalité, les récompenses dont ils sont dignes. En ce qui me concerne, je prie Votre Majesté de vouloir bien décerner à MM. Froment et Duchenne (de Boulogne) une médaille d'encouragement commémorative du concours, et, en outre, d'accorder à M. Duchenne, qui n'est pas encore membre de la Légion d'honneur, la croix de chevalier de l'ordre.

» Je suis avec le plus profond respect, etc. »

Ce rapport est suivi de trois décrets :

Le premier ouvre le même concours pour une nouvelle période de cinq ans.

Le second décerne une médaille d'encouragement commémorative du concours à MM. Froment et Duchenne (de Boulogne).

Le troisième enfin nomme M. Duchenne (de Boulogne) chevalier de la Légion d'honneur.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Sur deux cas d'ascite.

Vous avez vu dans la salle Sainte-Agnès un homme d'une cinquantaine d'années, couché au n° 14. Il vous a dit qu'au mois de mars 1856 il avait déjà quelque chose d'analogue à ce qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Son ventre avait été gonflé en même temps que ses jambes étaient tuméfiées; ces accidents disparurent à la suite d'une purgation. Quelle affection a-t-il eue à cette époque? je l'ignore; mais voici ce qu'il accuse maintenant, voici ce que nous constatons.

Cet hiver il se trouva, suivant son expression, un peu moins en train que d'habitude, et, sans que sa santé s'altérât d'ailleurs plus sensiblement, depuis trois mois ses jambes et son ventre se sont de nouveau tuméfiés. Cette tuméfaction est, en effet, très-notable. Aux jambes, l'œdème remonte à peu près jusqu'au mollet; mais le gonflement du ventre surtout est considérable. La percussion donne une matité absolue comprise entre la symphyse du pubis, les crêtes iliaques et une ligne courbe à concavité supérieure dont le milieu serait à 15 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde du sternum. Dans l'espace limité entre cette ligne et la base du thorax, le son tympanique révèle la présence des gaz contenus dans les intestins. La palpation, la percussion avec une des mains, l'autre étant appliquée sur un point du ventre opposé à celui que l'on frappe, font sentir une fluctuation large et des plus évidentes. La matité et la fluctuation varient facilement de niveau, suivant la position que prend le malade sur un des côtés du corps ou sur l'autre.

Le diagnostic ascite est ici facile et clair, car l'épanchement de liquide siége non entre le péritoine et les muscles, comme cela s'observe dans certains cas; d'autre part, nous n'avons pas à nous occuper ici de ces hydropisies enkystées de l'ovaire, qui chez la femme, en imposent quelquefois pour des épanchements séreux péritonéaux.

Mais il nous reste à rechercher la cause de cette ascite. Dépend-elle d'une affection du cœur, et n'est-elle qu'un degré plus avancé de l'anasarque dont l'œdème des pieds serait une expression? Bien que chez notre malade nous ayons constaté l'existence d'un bruit de souffle au premier temps, ayant son maximum d'intensité à la pointe, bien que les battements soient irréguliers, ces phénomènes, peu prononcés d'ailleurs, ne s'étant pas produits toutes les fois que nous les avons recherchés, ces signes nous ont paru insuffisants pour nous faire admettre l'existence d'une lésion cardiaque capable d'occasionner l'anasarque et l'hydropisie ascite. L'œdème des extrémités surtout n'ayant jamais été porté à un très-haut degré, et n'ayant jamais monté au delà des points où nous le voyons aujourd'hui, cet œdème paraît donc bien plus subordonné à l'épanchement séreux abdominal, qu'il ne semble dépendre de l'affection du cœur.

Cette ascite dépend-elle d'une tumeur du ventre, qui en exerçant une compression sur les vaisseaux, génerait la circulation veineuse? L'exploration la plus minutieuse nous a permis de constater qu'il n'existait rien de semblable.

Le foie serait-il en cause? La percussion le limite en haut à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et en bas au bord des fausses côtes; il occupe par conséquent un espace de 10 centimètres à peu près, et dans la région épigastrique, il est resserré dans une étendue de 2 centimètres. Il est donc moins volumineux qu'il ne doit l'être, il est ratatiné. Or, lorsque avec cette diminution de volume du foie existe une ascite, on peut presque à coup sûr diagnostiquer une cirrhose, maladie aussi incurable que le cancer et le tubercule.

Au numéro 21 de la salle Saint-Bernard vous avez aussi vu aujourd'hui une femme également affectée d'ascite. Cette malade, âgée de vingt-huit ans, est accouchée depuis dix mois; elle raconte que, peu de jours après ses couches, son ventre augmentait et diminuait alternativement de volume, mais restant définitivement assez développé pour que les personnes qui la connaissaient aient pu croire à une nouvelle grossesse. Ce fait aurait eu quelque valeur pour un médecin qui l'eût observé, mais il ne pouvait en avoir qu'une médiocre ainsi raconté. Beaucoup de femmes, en effet, conservent après l'accouchement une laxité considérable des parois du ventre; cette laxité est cause du développement qu'il présente en permettant l'expansion des gaz sécrétés, le tube digestif et la dilatation tympanique du gros intestin.

Indépendamment de cette tympanite, il se pouvait faire que chez notre malade le péritoine eût été le siége de phénomènes congestifs, et que ces congestions, souvent répétées, aient déterminé l'épanchement que nous constations.

Toujours est-il que depuis vingt jours le gonflement du ventre, au lieu de marcher comme il l'avait fait jusque-là, devint permanent et se compliqua de douleurs abdominales. La malade entra alors à l'hôpital. Nous constatâmes une saillie considérable de l'abdomen, et la matité remontant jusqu'au niveau de l'ombilic et plus absolue dans les flancs que dans tout autre point, une fluctuation des plus manifestes; cette matité et cette fluctuation variant de niveau dans les diverses positions prises par la malade.

Nous avions donc là un épanchement ascitique, et nous ne trouvions en explorant attentivement l'abdomen aucune tumeur soit de l'utérus, soit de ses annexes, qui pût nous donner une idée qu'il existât là une hydropéritonie, comme dans le cas que nous avions observé chez une malade qui a fait, l'année dernière, le sujet d'une de nos leçons cliniques; mais nous constations une hypertrophie considérable du foie arrivant au diagnostic de cette lésion par un procédé d'exploration sur lequel je tiens à appeler votre attention.

Lorsque chez notre malade on percute l'abdomen soit avec le doigt et le plessimètre, soit avec le marteau dont j'ai l'habitude de me servir, on a une matité s'étendant depuis la crête iliaque jusqu'au-dessus du bord des fausses côtes, à droite; la matité produite par les liquides épanchés, la matité produite par le foie se confondant l'une et l'autre sans qu'il soit possible de les distinguer.

La percussion ici est d'un faible secours — je vous l'ai montré plus d'une fois au lit du malade — pour l'examen des organes abdominaux; la palpation lui est de beaucoup préférable, mais il faut qu'elle soit faite convenablement. Je reviens sur ce point essentiel, sur lequel j'ai insisté déjà tant de fois, il faut que l'observateur procède doucement, sans violence; il faut que sa main soit à la température du corps du malade qu'il veut examiner, pour que l'impression du froid ne le saisisse pas. Si l'on ne tient pas compte de ces détails, futiles en apparence, de la plus haute importance en réalité, on manquera toujours son but, la palpation sera mal faite; si on agit brusquement, sans ces petites précautions, les parois abdominales se contracteront sous la main, et il sera impossible de rien distinguer.

Ainsi de deux individus examinant le même malade, l'un limitera avec la plus grande facilité les organes abdominaux, le foie, la rate, l'utérus et ses annexes; il constatera l'existence des tumeurs saillantes dans sa cavité: l'autre n'arrivera pas au même diagnostic, et cela dépendra de leur manière de procéder.

Mais quand il existe, comme chez la malade dont nous parlons ici, un épanchement ascitique considérable, en même temps qu'une hypertrophie du foie, la palpation devient elle-même d'une difficile application. C'est alors que j'ai recours à un autre procédé que j'emploie depuis plus de quinze ans, que d'autres ont peut-être employé aussi, en même temps que moi et peut-être bien avant, la question de priorité est très-secondaire, et qui consiste en ceci :

Me plaçant à la gauche du sujet, j'applique doucement sur la région hypocondriaque, du côté droit, l'extrémité de mes doigts recourbés, suivant un plan perpendiculaire à la surface du corps; je déprime alors légèrement, mais par un coup sec, les parois du ventre, et il arrive un point où je sens une sorte de ballottement comparable au ballottement de la tête du fœtus dans l'exploration de l'utérus pendant la grossesse; ce ballottement est produit par le foie, qui, repoussé d'abord, est venu rebondir et frapper l'extrémité de mes doigts.

Chez notre malade, quelques-uns d'entre vous ont pu constater ce que j'avais constaté moi-même, c'est-à-dire que le foie occupait une étendue d'un travers de main au-dessous du rebord des fausses côtes, et qu'il remontait au-dessus jusqu'au niveau de la mamelle. Il existe donc là une hypertrophie notable.

Ainsi, tandis que chez le malade de la salle Saint-Agnès l'ascite dépend d'une atrophie du foie, chez la malade de la salle Saint-Bernard l'épanchement séreux abdominal tient, au contraire, à une hypertrophie. Ces deux affections comportent un pronostic

essentiellement différent; elles comportent une thérapeutique toute différente aussi, et je vous dois compte de celle que j'emploie chez ces deux malades.

Chez notre femme d'abord, la maladie du foie me paraît évidemment se rattacher à un mauvais état des fonctions digestives.

Lorsque Broussais avait imaginé que toutes les affections du foie dépendaient de la gastro-duodénite, il établissait, tout en le généralisant outre mesure, un fait d'observation dont la physiologie normale, dont la physiologie pathologique rendent parfaitement raison.

Toutes les fois, en effet, qu'une excitation est portée sur un appareil organique muni de glandes ou d'organes sécréteurs, cette excitation augmente l'action de ces appareils sécréteurs, et l'augmente quelquefois jusqu'au point de développer la douleur. Ainsi la présence d'un aliment, d'un corps sapide porté dans la bouche, met en action les appareils de la sécrétion salivaire; il suffit même, pour que cette action se développe, du souvenir, de la pensée d'un aliment qui flatte le sens du goût. Il n'est personne qui n'ait observé ce fait vulgaire que l'on exprime en disant : Cela fait venir l'eau à la bouche. Ce n'est pas là une irritation, mais c'est un acte purement physiologique, et il n'a pas besoin pour se produire de l'excitation déterminée par un aliment, par un corps sapide; il n'a pas besoin du souvenir d'une sensation agréable, car la présence d'un corps quelconque mâché pendant quelque temps suffit pour amener la salivation. De même l'excitation des organes génitaux, même seulement en pensées voluptueuses, amène chez la femme une sécrétion abondante de mucus et de liquides destinés à lubréfier les parois du vagin, chez l'homme, la sécrétion du liquide séminal. Cette excitation portée à un certain degré suffit dans quelques cas pour provoquer l'action sécrétoire des testicules au point d'occasionner une véritable douleur dans ces parties.

Au lieu de nous en tenir à ces phénomènes physiologiques, si nous imaginons l'irritation causée par un acte pathologique, nous la verrons arriver jusqu'à la phlegmasie. C'est ainsi que l'action du mercure sur la muqueuse buccale détermine la gingivite et la salivation hydrargyrique.

De même l'excitation normale, qui, portée sur le tube digestif dans l'acte de la digestion, détermine par sympathie la sécrétion des appareils glandulaires dont les produits sont destinés à l'élaboration de la masse alimentaire. Cette excitation allant au delà de ce qu'elle doit être physiologiquement, devenant le fait d'un acte pathologique, détermine, toujours en vertu de la même sympathie qui unit entre eux les divers organes de l'appareil digestif, une sécrétion anormale de la bile, du liquide pancréatique. Ainsi nous avons plusieurs fois appelé votre attention sur ce point : une irritation causée par des hémorrhoïdes, par des ulcérations de l'extrémité inférieure du gros intestin, l'application même d'un suppositoire irritant, d'un suppositoire de miel durci, de beurre de cacao, suffisent pour provoquer non-seulement une diarrhée séreuse par le fait de l'excitation sympathique transmise au reste de l'intestin, dont elle exagère l'action musculaire, et chez lequel elle sollicite la sécrétion de l'appareil glandulaire, mais encore un flux de bile, cette action sympathique allant exciter la sécrétion hépatique.

Supposez maintenant une irritation pathologique portée sur l'intestin, comme dans la diarrhée, dans le catarrhe intestinal, cette phlegmasie superficielle de la muqueuse digestive, comparable sous bien des rapports à la phlegmasie superficielle des bronches qui constitue le catarrhe pulmonaire, vous comprendrez comment cette diarrhée peut, elle aussi, solliciter l'action extra-physiologique du foie, un mouvement congestif vers cet appareil, et consécutivement une maladie appréciable par des lésions anatomiques.

Rien n'est plus fréquent en effet que les affections du foie, que les hypertrophies, chez les enfants, chez les individus quels qu'ils soient qui ont été longtemps sujets à la diarrhée. C'est à cette dernière cause, c'est à un état phlegmasique de l'intestin que nous rapportons aussi l'hypertrophie du foie dont est affecté le malade dont il est ici question. Bien que cette affection secondaire du foie, consécutive à une maladie du tube digestif, s'observe chez les sujets de tout âge, il faut tenir compte toutefois des prédispositions individuelles. Il est en effet des hommes qui ne peuvent se livrer, même pendant quelques instants, à un travail de tête, sans éprouver des accidents de congestion vers le cerveau, sans avoir de la céphalalgie; il en est d'autres qui pourraient impunément se livrer longtemps à ce même travail. De même il en est qui, après avoir été longtemps tourmentés par des phlegmasies intestinales, n'auront jamais rien du côté du foie, tandis que chez d'autres, le plus léger catarrhe de l'intestin retentira vers l'organe de la sécrétion biliaire, et amènera son hypertrophie.

Ces hypertrophies-là se guérissent d'ailleurs parfaitement; dans ces cas, les eaux minérales alcalines de Vichy, de Valz, de Carlsbad, les eaux de Bussang, de Pougues, etc., jouissent d'une merveilleuse efficacité, soit que leur action dépende du principe minéralisateur alcalin qui domine dans leur composition, en vertu d'une réaction chimique par laquelle les alcalins dissoudraient les éléments graisseux du foie, soit qu'elles aient une action spécifique sur le tube digestif, dont elles régularisent les fonctions, et c'est là, pour le dire en passant, mon opinion à cet égard; puis, les fonctions digestives étant régularisées, le foie n'étant plus stimulé reprend le libre exercice de ses actes, et tout rentre dans l'ordre.

Quelle que soit l'explication que l'on en donne, l'efficacité des eaux alcalines, dans ces espèces d'affections hépatiques, est un fait acquis à la thérapeutique. Néanmoins, il est bon de le faire observer, cette efficacité n'est réelle qu'autant qu'on n'a plus affaire à un état subaigu, qu'on suppose éteints l'irritation, l'orgasme inflammatoire de l'intestin ou de ses annexes. Cet état inflammatoire persistant, loin d'être utiles, les eaux alcalines seraient préjudiciables : il est donc utile, avant toutes choses, de calmer cette irritation.

Pour y arriver, plusieurs moyens s'offrent à notre disposition; mais le premier en ligne est, à mon avis, la médication par les préparations mercurielles. Les mercuriaux ont, en effet, une action spéciale sur la sécrétion hépatique; et ce fait pratique n'échappe à personne de ceux qui ont l'habitude d'administrer ces médicaments. Personne n'ignore l'action du calomel sur les garde-robes, qui sous son influence se colorent d'une manière si caractéristique.

Quelle est cette action? Je ne le saurais dire. Est-ce une irritation? Je l'ignore encore; mais à coup sûr l'irritation pathologique que l'on veut combattre par les mercuriaux n'en est pas exagérée; elle diminue, au contraire. La sécrétion biliaire est modifiée, et le calomel agit encore plus énergiquement dans la maladie du foie que dans la pleurésie. Voilà le fait d'observation reconnu par les médecins qui ont exercé dans les pays équatoriaux, où les affections hépatiques sont si communes.

J'ai donc, chez notre malade de la salle Saint-Bernard, administré le calomel. Mais ce médicament est une arme à deux tranchants. Si dans quelques circonstances rares vous l'administrez dans des diarrhées rebelles; dans d'autres cas, alors surtout qu'on le donne à des doses élevées, comme le font encore nos voisins d'outre-mer, c'est-à-dire aux doses de 10, 15 et jusqu'à 20 grains, et même, dans les cas où on l'emploie avec le plus de prudence, dans ces circonstances, le calomel peut devenir la cause d'une diarrhée incoercible; et je ne saurais vous dire combien de fois, après avoir modéré des accidents contre lesquels ce médicament était indiqué, j'ai eu des difficultés pour arrêter la diarrhée qu'il avait déterminée.

Chez notre malade je l'ai administré suivant la méthode de Law, *fractâ dosi*, à la dose de 0,025^{m}, un demi-grain, donné en dix paquets, prescrivant en outre de faire prendre simultanément une goutte de laudanum de Sydenham après chaque paquet, si l'on s'apercevait que la diarrhée augmentât, me réservant encore d'arrêter la médication au cas où la salivation surviendrait.

Tout en m'adressant ainsi directement à l'affection du foie, j'ai attaqué l'élément douleur en faisant appliquer sur le ventre des cataplasmes de poudre de feuilles de ciguë et préalablement une mixture aqueuse de belladone et d'opium dans la proportion de 2/3 d'extrait de belladone pour 1/3 d'extrait d'opium, selon la formule que j'emploie ordinairement.

Le but que je me propose est le suivant. Dans une précédente leçon je vous ai parlé des lésions fonctionnelles qui sont dans la dépendance des névralgies; je vous ai dit que l'excitation nerveuse déterminait souvent des phénomènes inflammatoires; or la douleur qui accompagne les phlegmasies pouvant augmenter les mouvements fluxionnaires, calmer cette douleur est dans beaucoup de cas le moyen de diminuer l'intensité de la phlegmasie. J'espère donc, en agissant ici de la façon que je vous indique, arrêter les accidents inflammatoires, voir diminuer l'ascite; et les accidents calmés, j'aurai recours à une médication topique, qui, dans un grand nombre de cas, m'a rendu de véritables services : je veux parler des lotions faites sur l'abdomen avec la teinture d'iode.

Si un traitement rationnel me paraît indiqué chez notre malade de la salle Saint-Bernard, il n'en est plus ainsi pour l'homme de la salle Sainte-Agnès. Je ne connais pas de médication réellement utile pour guérir la cirrhose. Toutefois comme mon diagnostic pourrait n'être pas le vrai, je me place dans l'hypothèse où j'aurais à traiter une irritation simple du foie, et je donne au malade des purgatifs drastiques, en attendant que je leur substitue des préparations mercurielles si la santé générale du sujet ne s'altère pas.

Dans le cas où nous n'aurions pas affaire à une cirrhose, j'arriverai à sa guérison. Si notre diagnostic n'est que trop vrai — ce que je crois malheureusement, — dans quelque temps nous pratiquerons la paracentèse abdominale pour évacuer le liquide épanché, seul moyen d'apporter quelque adoucissement à la situation du malade.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Traitement du catarrhe de la vessie (1).

Depuis longtemps les eaux minérales occupent une place importante dans le traitement curatif et dans la prophylaxie du catarrhe vésical. Il est peu de sources minérales qui n'aient été vantées contre cette maladie. De toutes les régions de l'Europe partent, chaque année, des appels à la confiance des malades et des médecins. Si l'on en croit ce que l'on dit dans de petits livres roses, jaunes ou bleus, la nature aurait façonné, pour certaines sources, des encadrements d'une splendeur et d'une vertu sans pareilles. Boire et se baigner est un soin superflu; à peine convient-il de voir couler l'eau; le paysage seul suffit à la guérison. C'est à l'aide des artifices de ce langage que l'astuce vipérine de la cupidité est parvenue à créer une nouvelle cure du catarrhe, la cure par la méthode pittoresque.

Qu'un malade accepte l'occasion de se récréer par les yeux, c'est là une jouissance parfaitement autorisée; mais il est une manière plus sérieuse et plus profitable encore d'user des eaux. Parmi les sujets catarrheux qui hantent les sources minérales, quelques-uns s'y rétablissent ou s'y améliorent, d'autres en reviennent comme ils y sont allés, d'autres enfin n'en reviennent plus du tout. Cette diversité de résultats tient à plusieurs causes.

Pour un grand nombre de praticiens, ce qui constitue le catarrhe c'est la présence des mucosités dans l'urine; dès que ce phénomène a été constaté, et pour peu que la maladie résiste aux moyens ordinaires de traitement, les eaux sont prescrites sans nulle préoccupation des lésions primordiales ou concomitantes de la vessie. Or, si quelques-unes de ces lésions s'amendent, d'autres au contraire empirent par le contact de certaines substances minérales. Il y a donc, sous ce double rapport, des distinctions importantes à établir entre les divers états pathologiques et un choix à faire entre les sources. Les altérations, les transformations de tissu qui s'opèrent dans l'intérieur de la vessie se dérobent à nos moyens ordinaires d'investigation; elles ne sont accessibles et reconnaissables que pour un petit nombre d'entre nous. Tous les individus affectés de catarrhe ne passent pas par les mains de ces hommes privilégiés, et comme, d'autre part, les médecins qui desservent les établissements d'eaux minérales n'ont pas tous une compétence suffisante pour diagnostiquer les désordres profonds de l'appareil urinaire, il s'ensuit que le malade commence et poursuit sa cure avec les chances incertaines de la bonne ou de la mauvaise fortune.

Il est bien reconnu aujourd'hui que dans les variétés du catarrhe produites ou entretenues par un fongus de la vessie, par une hypertrophie de la prostate ou par un rétrécissement induré de l'urèthre, les eaux n'ont point qualité pour remédier à des lésions de cette nature.

Il ne faut pas perdre de vue, dit M. Civiale dans l'appréciation de l'influence des eaux, la quantité de liquide qu'absorbent les malades et qui détermine une sécrétion rénale plus abondante. L'urine ainsi délayée ne dépose plus de mucosités. Mais rentrés chez eux, les malades cessent de boire autant, et ils voient bientôt apparaître le catarrhe dont ils se croyaient délivrés. C'est en grande partie d'après ces guérisons apparentes et momentanées que se sont établies tant de réputations que les résultats définitifs ne justifient point.

Toute chose doit avoir sa raison d'être. En général, le catarrhe s'amende de lui-même, sous notre latitude, au printemps et pendant l'été; il s'aggrave ou récidive en automne et en hiver, par le seul effet du froid humide. Il y aurait donc un avantage certain à faire, pour le traitement de cette affection, le contraire de ce qu'on a fait jusqu'ici, c'est-à-dire qu'il faudrait s'efforcer de guérir, par le régime des eaux, le catarrhe dans la saison qui lui est le plus favorable, afin que la convalescence coïncide avec les conditions atmosphériques les plus propres à consolider la cure et à prévenir des rechutes toujours redoutables par des temps rigoureux.

Ces considérations calquées sur l'expérience, nous montrent combien il importe au médecin de connaître au juste les vertus des eaux et leur mode spécial d'administration; combien il faut posséder de tact et d'habileté dans le maniement de cet agent thérapeutique, pour ne point offenser la vessie malade, qui, par cela même, offre des nuances si variées de susceptibilité.

C'est assez dire pour les besoins de la question présente, que de rappeler la division classique des sources minérales en eaux *sulfureuses*, *ferrugineuses*, *alcalines*, *gazeuses*, *salines* et *bromo-iodurées*.

L'emploi des espèces sulfureuses procède de la même idée et tend au même but, la résolution de l'engorgement inflammatoire des surfaces muqueuses. Nulle autre source ne peut remplacer celles-là pour le cas donné d'un catarrhe de nature herpétique.

L'eau ferrugineuse n'est guère admise dans le traitement du catarrhe, à moins qu'il n'y ait complication de chloro-anémie ou d'adynamie du tissu de la vessie.

Parmi les eaux alcalines les plus accréditées en France contre l'affection catarrhale des voies urinaires, il faut citer Vichy, Pougues et Contrexéville. Ces diverses sources ont une propriété commune, celle de renfermer dans leur composition des principes minéraux qui agissent sur les tissus à la manière des excitants résolutifs, et des propriétés particulières contre certaines variétés du catarrhe. Ainsi, lorsque la sécrétion muqueuse est sollicitée par l'irritation qu'exerce sur la vessie la diathèse goutteuse ou l'extrême acidité des urines, c'est à l'eau de Vichy qu'il faut recourir.

Les sources acidules gazeuses de Pougues et de Contrexéville paraissent convenir spécialement dans les cas où l'urine offre un haut degré d'alcalinité; elles peuvent être prises à des doses énormes, et digérées sans fatigue pour l'estomac. L'eau de Contrexéville surtout, bue en abondance, établit des courants, des chasses à travers la substance du rein et les canaux urinaires, courants qui entraînent les mucosités à mesure qu'elles se produisent. L'urine ainsi diluée séjourne assez longtemps dans la vessie

(1) Fin — Voir les numéros des 27 avril et 4 mai.

pour agir sur ses parois et en modifier l'état à la façon d'un bain.

Toutes les eaux alcalines ont pour effet de ranimer la contractilité de la poche urinaire, presque toujours affaiblie par l'âge ou par les souffrances, et sous ce rapport il peut être utile d'y avoir recours. Néanmoins leur usage est contre-indiqué lorsque le catarrhe dépend d'une cystalgie ou d'une tuméfaction de la prostate; il y aurait à redouter, dans ces cas, une aggravation de l'inflammation et des douleurs, ou des rétentions d'urine fort graves.

Le catarrhe peut être entretenu ou exaspéré par la constipation habituelle. Les purgatifs trouvent ici leur emploi, tant pour mettre fin à cet état que pour opérer une dérivation sur l'intestin. Certains médicaments drastiques, comme les *pilules d'Alep*, remplissent parfaitement cette indication, à cause de la propriété qu'elles possèdent de stimuler fortement les follicules muqueux et les vaisseaux exhalants de la surface intestinale. C'est par cette action spéciale probablement, que s'expliquent les merveilleux résultats que l'on obtient de l'emploi de ces pilules dans le traitement de la bronchorrée et de l'hydro-thorax.

Les eaux salines purgatives sont absolument incompatibles avec l'affection catarrhale de la vessie; elles avivent ou rappellent la phlegmasie des voies urinaires, tuent le malade avec une rapidité qui dénote évidemment les désastreux effets propres à cette médication. De pareilles catastrophes ne sont pas rares à Niederbroonn, à Soden, à Hombourg, à Marienbaden, chez les individus qui ne se préoccupent que du besoin de selles abondantes et faciles.

Il existe, notamment en Suisse et en Allemagne, un certain nombre de sources bromo-iodurées : l'analogie et l'expérience démontrent les bons effets qu'on peut en obtenir contre les catarrhes qui se lient à la cachexie scrofuleuse, syphilitique ou à un engorgement de la prostate.

Règle générale, les eaux minérales, quelle qu'en soit la nature, ne doivent être administrées qu'avec discernement et une extrême circonspection dans le traitement du catarrhe. Donc point de précipitation; mais une juste mesure dans leur usage, une action douce et soutenue sont nécessaires dans tous les cas possibles, contre cette affection qui, progressant lentement, demande à rétrograder de même.

Les eaux minérales administrées soit en bains, soit en boisson, ou de ces deux manières à la fois, impriment aux fonctions de la peau une grande activité, parce qu'elles déterminent un mouvement expansif des fluides du centre à la périphérie. C'est ainsi qu'elles augmentent la transpiration, rétablissent d'anciens flux, des éruptions rétrocédées, provoquent même un exanthème artificiel qui, par une dérivation salutaire, soulage les organes profonds. Mais une fois la saison achevée, cette excitation thermale s'apaise graduellement et finit par s'éteindre. Il est toutefois un moyen de l'entretenir et de la prolonger autant qu'il le convient; ce moyen consiste dans l'usage de vêtements appropriés à cette indication.

On sait que les tissus de laine lâches et poreux agacent, irritent par leurs aspérités les papilles nerveuses de la peau, et par suite animent la circulation capillaire dans les parties qu'ils recouvrent. De là une sensation de chaleur, de picotement, de démangeaison, qui dénonce l'excitation nerveuse et vasculaire du derme. Une chemise, un caleçon, un gilet de laine, sont l'équivalent d'une friction molle et continue sur la surface cutanée; ils circonscrivent en même temps autour du corps une sorte de climat particulier, seule ressource des sujets valétudinaires, qui n'ont pas les moyens d'émigrer dans les pays chauds (Michel Lévy). Les brins compactes et non perméables de la laine forment, en outre, un écran protecteur contre l'humidité atmosphérique. Lors donc qu'il est indiqué, comme dans les cas d'affection catarrhale, de pourvoir à une révulsion cutanée permanente, de prévenir l'impression du froid ou de l'humidité, la flanelle est un précieux modificateur qui satisfait pleinement à ces diverses indications.

Les ablutions faites chaque jour avec de l'eau froide sur tout le corps ne sont pas appréciées en France autant qu'elles le méritent, comme moyen d'activer et de régulariser le fonctionnement de la peau. Ces lavages réitérés ont pour effet de faciliter la transpiration en faisant disparaître les sédiments sordides qui obstruent l'orifice des vaisseaux exhalants, de ramollir et d'assouplir les téguments arides et desséchés, d'augmenter la vitalité de la peau et de la rendre insensible à l'impression du froid. Suivant M. Champouillon, on ne saurait donner trop d'éloges ni trop d'encouragements à cette habitude cosmétologique : il n'est pas permis de la négliger lorsqu'il s'agit de ménager la susceptibilité des membranes muqueuses. Les ablutions constitutent donc un puissant moyen de révulsion au profit de la vessie atteinte de catharre chronique.

Les fluides et les solides de l'économie, obéissant à une impulsion centrifuge ou centripète, se dilatent ou se condensent suivant que la température atmosphérique est ou très-élevée ou très-basse. L'expansion des fluides s'opère surtout au milieu d'un air sec et chaud, la peau se gonfle et sécrète avec abondance; les urines sont rares et les membranes muqueuses se dessèchent. Sous l'influence physique de l'humidité, au contraire, les surfaces muqueuses s'imbibent, se relâchent, épanchent les produits de leur sécrétion.

Ces modifications alternatives que subit l'homme suivant les lieux qu'il habite, doivent servir de règle dans le choix des climats à assigner aux personnes tourmentées par un flux catarrhal. Sans rechercher pour elles les degrés supérieurs de l'échelle thermométrique, il est bien de leur prescrire un séjour prolongé dans les régions qu'échauffe modérément le soleil et que visitent les vents dépourvus d'humidité.

La thérapeutique, comme on le voit, dispose de nombreux moyens d'attaque contre le catarrhe vésical; mais ils ne donnent un résultat satisfaisant qu'à la condition d'être employés avec discernement et opportunité. Il est évident que l'art ne pourra rien s'il s'agit de combattre une altération profonde, une dégénérescence du tissu de l'organe; il restera également impuissant si les indications pratiques n'embrassent pas toutes les circonstances que présente chaque cas spécial. Cette maladie n'est plus, comme autrefois, un être mystérieux; ses causes sont connues et son diagnostic est devenu précis. La vessie ne répond pas, il est vrai, à tous ceux qui la questionnent, mais c'est parce qu'ils ne savent pas s'y prendre.

NOUVEAU RACHITOME.

M. Ludovic Hirschfeld a soumis à l'examen de l'Académie, dans sa dernière séance, un instrument de son invention destiné à ouvrir le rachis sans exposer la moelle à la compression. Il a adressé en même temps à la savante compagnie la note suivante :

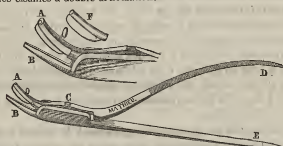
« Ceux qui s'occupent de l'étude anatomique, physiologique et pathologique de la moelle épinière savent combien il est difficile, long et pénible d'ouvrir le rachis d'un homme adulte ou celui de grands animaux, et combien on est exposé à comprimer ou même à écraser la moelle en employant les instruments connus jusqu'à ce jour.

» Il est certainement arrivé à plusieurs médecins, reculant devant des difficultés de ce genre, de renoncer à constater une lésion anatomique de la moelle, que des troubles fonctionnels observés pendant la vie avaient cependant fait soupçonner.

» Les vivisecteurs, qui font des expériences soit sur la moelle épinière, soit sur les racines des nerfs rachidiens, peuvent également attribuer l'inconstance et la divergence de leurs résultats à la lenteur et aux difficultés de cette opération.

» Pour obvier à ces inconvénients, j'ai pensé qu'un instrument qui aurait pour but d'ouvrir promptement le rachis sans exposer la moelle à la moindre compression, serait d'une utilité incontestable.

» C'est à cet effet que j'ai imaginé l'instrument dont la figure est ci-jointe, et dont l'exécution a été confiée à M. Mathieu; ce sont de longues cisailles à double articulation.



» L'une des branches B s'introduit dans le canal rachidien par l'espace qui sépare les lames des deux vertèbres lombaires, et s'adapte par sa forme prismatique et triangulaire à l'angle formé par la face postérieure du corps et les lames des vertèbres. Cette branche, entièrement fixée et immobile, sert de point d'appui et ne peut comprimer la moelle. Elle est creusée d'une gouttière destinée à recevoir, pendant l'action de l'instrument, l'autre branche A, qui reste en dehors du rachis, et qui est, au contraire, mobile et très-tranchante.

» Ces deux branches sont assujetties par une double charnière C.

» Une échancrure qui existe à la partie antérieure de la branche mobile DA, permet à l'instrument d'agir en même temps en pressant et en sciant.

» De plus, la lame tranchante étant indépendante du reste de l'instrument et fixée par une vis de pression, peut aisément être réparée ou même remplacée lorsqu'elle vient à s'émousser. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 mai 1858. — Présidence de M. Despretz.

Des murmures vasculaires ou bruits de souffle. — M. A. Chauveau adresse un mémoire sur le mécanisme et la théorie générale des murmures vasculaires ou bruits de souffle, d'après l'expérimentation. Voici les principales conclusions de ce travail :

Les bruits de souffle sont des phénomènes purement physiques, c'est-à-dire des sons soumis aux lois ordinaires de l'acoustique.

La cause qui les produit ne tient directement ni à la qualité ni à la quantité du sang qui circule dans les vaisseaux, ni par conséquent à l'état de tension ou de relâchement des parois vasculaires. Elle ne réside pas davantage dans les aspérités qui rendent rugueuse la face interne des veines ou des artères sans modifier le calibre de ces tubes.

Quand une dilatation existe sur le trajet d'un vaisseau, le sang, en arrivant dans cette partie dilatée, peut produire un bruit de souffle. Le rétrécissement des vaisseaux, dans un point plus ou moins étendu de leur trajet, peut s'accompagner aussi d'un bruit de souffle. Mais ce n'est point l'entrée du sang de la partie large dans la partie étroite ni le passage de ce fluide à travers la partie rétrécie qui produit le murmure. Celui-ci survient lorsque le sang entre dans la portion du tube vasculaire située immédiatement au delà du rétrécissement; et comme cette partie représente, relativement au rétrécissement qui la précède, une véritable dilatation, il s'ensuit que le souffle, coïncidant avec un rétrécissement, reconnaît encore pour condition essentielle l'entrée du sang dans une partie dilatée du système vasculaire.

Quoique l'entrée du sang dans une partie réellement ou relativement dilatée de l'appareil circulatoire constitue la condition essentielle et générale du bruit de souffle, il ne suffit pas de cette condition seule pour faire naître un murmure; il faut encore : 1° que la différence entre le diamètre de la partie dilatée et celui du rétrécissement absolu ou relatif qui la précède soit assez prononcée; 2° que le sang pénètre dans cette dilatation avec une force suffisante.

Toutes les fois qu'un souffle est produit, il se propage sur le trajet des vaisseaux, au delà et en deçà de son lieu d'origine, d'autant plus loin qu'il est plus intense, mais toujours à une plus grande distance dans la direction du cours du sang, c'est-à-dire au delà du point où le souffle est engendré. En deçà le murmure se manifeste surtout avec le timbre du bruit de la lime qui mord sur le fer. Au niveau de la dilatation et au delà, il apparaît plutôt avec les caractères du bruit de la râpe qui entame le bois.

Comme tous les sons possibles, les bruits de souffle reconnaissent pour cause immédiate des vibrations moléculaires. Ce sont ces vibrations qui donnent naissance au phénomène connu sous le nom de *frémissement vibratoire*, phénomène lié d'une manière si intime au murmure vasculaire qu'on peut dire qu'il n'y a point de bruit de souffle sans frémissement vibratoire, et réciproquement. Ce frémissement, perçu seulement dans les vaisseaux quand il est faible, présente toujours son maximum d'intensité, comme le bruit de souffle lui-même, sur le trajet de la veine fluide, c'est à-dire au niveau de la partie dilatée dans laquelle entre cette veine. (Commissaires : MM. Andral, Jobert, de Lamballe.)

Héméralopie. — M. A. Netter présente un mémoire sur la cause, la nature et le traitement de l'héméralopie.

Il se passe peu d'années, dit-il, sans que l'héméralopie, ou *cécité nocturne*, reparaisse dans les corps de troupe. Un grand nombre d'hommes perdent subitement la vue à l'entrée de la nuit et la recouvrent avec le jour; cette cécité revenant périodiquement tous les soirs pendant quinze, trente jours et plus, pour cesser après cela sans qu'il en reste la moindre trace dans les yeux. Dans le printemps de 1843, j'ai vu à Wissembourg soixante-dix hommes d'un régiment ainsi atteints, et à cette occasion j'ai publié un mémoire dans lequel je considère l'*insolation*, soit directe, soit réverbérée, comme la seule et unique cause de l'héméralopie. On sait que dans nos contrées du Nord le printemps varie considérablement d'une année à l'autre : or, quand il est beau dès les premiers jours et qu'il se maintient dans cet état un certain temps, le soleil fatigue singulièrement la vue; mais c'est à ce moment que l'armée reprend ses travaux en plein air. Il n'y a donc rien d'étonnant que l'organe de la vue se blesse chez les soldats pour lesquels l'*immobilité dans les rangs* devient un supplice devant un sol vivement illuminé ou en face de bâtiments souvent éclatants de blancheur.

La cécité nocturne s'étant manifestée ce printemps dans la garnison de Strasbourg, où on la voit souvent reparaître, j'ai procédé à quelques expériences, afin de vérifier une idée déjà conçue d'après mon expérience antérieure sur le mode d'action de l'insolation. Non-seulement ces expériences m'ont donné le résultat que j'en attendais, mais elles m'ont conduit encore à un traitement fort expéditif, puisque des héméralopes que j'y ai soumis à trois heures de l'après-midi se sont trouvés débarrassés de leur infirmité dès le soir même.

Voici les conclusions dans lesquelles l'auteur résume les résultats de ces expériences :

1° L'héméralopie (cécité nocturne) est la maladie inverse de la nyctalopie (cécité diurne). La cause de l'héméralopie est un excès de lumière; celle de la nyctalopie consiste dans une longue privation de ce stimulant.

2° Quand un individu atteint d'héméralopie est amené en plein jour dans un endroit très-obscur, il y reste sans voir, alors que les personnes qui l'accompagnent ne tardent pas à distinguer tout ce qui se trouve là. L'héméralopie n'est donc pas, comme on le croit généralement, une cécité périodique commençant le soir et disparaissant le matin; cet état morbide, existant aussi pendant le jour, consiste dans l'inaptitude à voir en dehors d'un éclairage suffisant. En un mot, l'héméralopie, c'est la cécité dans l'obscurité, quelle que soit l'heure de la journée.

3° La guérison de l'héméralopie s'obtient en quelques heures. Il faut, au milieu du jour, amener les malades dans un endroit ténébreux et obtenir d'eux qu'ils se contentent de promener leurs regards de tous les côtés et de *s'efforcer* de voir. Au bout de deux à trois heures la vision s'opère, et quand une fois elle est rétablie là, il n'y a plus d'héméralopie : la cécité nocturne ne reparaît plus pendant les nuits qui suivent. (Commissaires, MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe).)

Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'excision des conduits. — M. Tavignot communique un travail sur ce sujet. En voici un extrait :

... En excisant la partie antérieure des conduits lacrymaux pour obtenir leur oblitération, on guérit d'emblée, et dans l'espace de quelques jours seulement, le tiers des malades environ. Les deux autres tiers des opérés non guéris d'emblée, c'est-à-dire dans la huitaine, ont tous accusé une amélioration marquée dans leur état, tenant surtout à une diminution notable de l'engorgement du sac et du larmoiement. Ce demi-succès se trouve, dans tous les cas, en rapport direct avec le degré de difficulté qu'éprouvent les larmes à passer dans le sac; une moins grande quantité de larmes amenant une irritation moins prononcée du sac, et cette irritation moins prononcée du sac provoquant, par sympathie, une sécrétion lacrymale inférieure en quantité à celle qui existait primitivement. En effet, il suffit d'écarter légèrement la paupière pour constater que dans les cas dont nous parlons l'un des conduits lacrymaux, tantôt le supérieur et tantôt l'inférieur, est resté plus ou moins perméable aux larmes : le reflux du muco-pus qu'amène une légère pression digitale sur le sac l'atteste suffisamment; et, comme nous l'avons souvent dit, la guérison absolue n'est possible qu'à la condition de réaliser l'oblitération définitive de l'un et de l'autre conduit.

Pour achever la guérison commencée, que faut-il faire ? Il faut recommencer l'excision palpébrale là où elle n'a pas réussi; et la recommencer une fois, deux fois, trois fois, comme nous l'avons fait souvent et sans aucun inconvénient. Lorsque les conduits lacrymaux sont oblitérés à leur partie antérieure, en un mot, quand il n'y a plus de contact possible entre les larmes et la muqueuse du sac, il y a guérison complète et définitive.

Cependant il est bon de signaler un épiphénomène plus ou moins tardif dû à l'opération elle-même, et que l'on doit considérer comme une de ses conséquences possibles : il est caractérisé par une sorte d'abcès enkysté, siégeant dans le sac lui-même ; le pus ne pouvant plus en effet refluer par les points lacrymaux oblitérés ni par le canal nasal rétréci à l'excès, s'accumule là et détermine des douleurs plus ou moins vives.

Une seule objection à notre méthode opératoire a arrêté jusqu'ici et arrêtera encore pour longtemps les praticiens disposés à en tenter l'application : c'est la possibilité d'un larmoiement consécutif qui semble indiqué par la théorie. Hâtons-nous de dire que l'expérience ne justifie point cette prévision. En effet le larmoiement, quand il n'est pas provoqué par un cil dévié (ce qui est assez fréquent après notre opération) diminue tout d'abord d'une manière très-sensible, et disparaît ensuite de lui-même après quelques jours ou après quelques mois. Je ne l'ai vu persister plus longtemps que dans des cas exceptionnels, c'est-à-dire lorsque la tumeur lacrymale était très-ancienne : alors la réaction sympathique du sac enflammé sur la glande avait produit une habitude d'hypersécrétion qu'il fallait s'attendre à voir durer plus longtemps, mais non pas indéfiniment. (Commissaires : MM. Velpeau et Jobert (de Lamballe.)

Emploi thérapeutique de composés phosphorés extraits de la moelle allongée de mammifères herbivores. — M. J. CLOQUET présente au nom de M. Baud, sous le titre qui précède, la note suivante :

Le phosphore organique, découvert par Vauquelin dans la pulpe nerveuse, successivement retrouvé depuis dans diverses substances vitales, prend aux mouvements de la santé et de la maladie une part plus importante qu'on ne l'avait encore soupçonné.

Selon M. Mège-Mouriès, il serait, dans le grain des céréales aussi bien que dans l'œuf des animaux, l'initiateur dynamique et le premier aliment, la gangue vitale en un mot de l'embryon naissant. Suivant lui encore, le groupe spécial de corps gras auquel ce phosphore est combiné moléculairement jouerait dans l'alimentation normale le rôle élevé de nutriment spécial des appareils nerveux ; d'où l'élucidation imprévue de certains phénomènes connus de l'alimentation insuffisante ; d'où l'importance nosologique du fait directement constaté par lui et par d'autres encore de l'abaissement du phosphore intégrant dans les organismes soumis à certaines conditions de débilité hygique ou morbide. Pour ces raisons, je me suis cru suffisamment fondé à tenter, au moyen des matières grasses phosphorées extraites de la moelle allongée des animaux, de l'autothérapie, comme on en a fait au moyen du fer dans les chloro-anémies, comme on en a fait au moyen du phosphate de chaux dans les ostéo-malacies, comme il est à souhaiter et à espérer qu'on en puisse faire dans toutes les cachexies. Cette réhabilitation nervoleptique a été expérimentée par moi et par plusieurs de mes confrères dans les affections chroniques des organes respiratoires, dans les maladies scrofuleuses, dans les diverses débilités organiques et nerveuses, dans la chloro-anémie, dans l'adynamie et l'ataxie fébriles. Les résultats remarquables que nous avons obtenus paraissent de nature à mériter une enquête plus générale.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une note de M. Namias sur la maladie bronzée ou maladie d'Addison, et indique quelques-uns des résultats obtenus par l'auteur, en particulier pour ce qui concerne les rapports qu'on avait cru apercevoir entre cette affection et l'état des capsules surrénales.

M. VELPEAU fait, à l'occasion de cette présentation, la remarque suivante :

Étant à Venise en septembre dernier, j'ai pu constater la réalité, la parfaite exactitude de ce qu'avance M. Namias. Les capsules surrénales d'un malade atteint de maladie bronzée et mort dans le grand hôpital de la ville, n'avaient subi aucune altération morbide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 mars 1858. — Présidence de M. PICARD, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— Le docteur Sakellario, de Bucharest, envoie un travail en latin sur la *coxarthrocace*, et demande le titre de membre correspondant. (M. Magne.)

— M. FOUCART, secrétaire général, fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Pertus, qui a succombé le 18 février à une longue maladie.

Conduite à suivre au début des ophthalmies traumatiques. — M. MAGNE, à l'occasion du procès-verbal, fait observer que l'on a toujours tort d'introduire dans l'œil l'acétate de plomb liquide. Il a été démontré par la pratique que des dépôts plombiques constituent souvent de véritables taies, et c'est surtout quand, à la suite d'un accident, on peut craindre quelques érosions de la cornée, que l'on doit prescrire l'usage de l'acétate de plomb ; ce sel en effet forme des incrustations qui, par leur adhérence avec la cornée, présentent parfois des complications fâcheuses.

Il rappelle qu'une plaie de l'œil étant donnée, trois indications principales sont à remplir.

1° L'instillation de l'atropine;

2° Une émission sanguine;

3° L'application de la glace sur l'œil.

M. Magne insiste principalement sur l'utilité de l'atropine au début. C'est le moyen d'obtenir immédiatement une large ouverture pupillaire, et de s'opposer aux graves accidents qu'entraîne presque toujours l'iritis traumatique.

Rupture musculaire. — M. CARON donne des nouvelles du malade dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. Il avait fait une suture entortillée; mais le troisième jour, en l'absence de notre collègue, l'appareil a été enlevé; la réunion immédiate est donc devenue impossible. Néanmoins le malade va bien, la plaie offre des bourgeons charnus de bonne nature, et le pied peut être remué sans douleur.

Éclampsie. — M. PICARD. J'ai été appelé, il y a quinze jours, auprès d'une femme de vingt-sept ans, grosse de sept mois environ, et ayant déjà eu deux couches terminées heureusement et naturellement. Je trouvai chez la malade un état fébrile que j'attribuai à une bronchite datant de quinze jours. Je proposai une saignée qui ne fut pas acceptée. Le traitement fut borné à des tisanes émollientes, une potion calmante et des sinapismes. Le lendemain, la face est congestionnée; le regard présente quelque chose d'insolite; néanmoins, la connaissance est entière. Nouvelle proposition d'une saignée, nouveau refus. Deux heures à peine écoulées, on vient en hâte me chercher, m'annonçant qu'il est survenu une agitation extrême, que la raison est perdue et qu'on n'est plus maître de maintenir la malade dans son lit. A mon arrivée, je constate des mouvements convulsifs; les mâchoires sont contractées, la respiration ne s'opère qu'en sifflant, les globes oculaires sont portés en haut et ne laissent voir que la sclérotique; la contracture des doigts dans la paume de la main est constante, mais peut être vaincue sans de grands efforts. Pour moi, le diagnostic n'est pas douteux; il s'agit d'éclampsie, et je réclame le concours de notre collègue M. Foucart. Nous prescrivons des applications de sangsues derrière les oreilles, des sinapismes et des compresses d'eau fraîche sur le front. Une heure après, on vient m'annoncer que la malade est sur le point d'accoucher. Le toucher fait constater une certaine dilatation; de violentes douleurs se succèdent sans que la malade reprenne connaissance; l'accouchement se fait au milieu d'un écoulement d'eaux épaisses et verdâtres. La mort eut lieu le lendemain, et l'enfant n'a vécu que quelques heures.

M. FOUCART appelle l'attention de la Société sur ce phénomène, que les pouces étaient contractés dans la paume des mains, comme il arrive le plus souvent pendant les attaques d'épilepsie. Cette circonstance, sans être excessivement importante, vient cependant, jusqu'à un certain point, à l'appui de l'opinion émise par M. Dubois, à savoir, que l'éclampsie n'est autre chose qu'une épilepsie aiguë et passagère liée à l'état puerpéral.

M. MATTEI. La malade a-t-elle eu plusieurs attaques?

M. PICARD. Oui, mais dans l'intervalle de ces diverses attaques, la connaissance ne s'est pas rétablie.

M. MASSON regrette d'être en désaccord avec une partie de la Société sur la question d'analogie entre l'épilepsie et les convulsions; les auteurs, dit-il, ont toujours établi des différences entre ces deux états pathologiques dont l'un constitue une maladie longue et mortelle, l'autre une affection rapide, fugace et curable.

M. MATTEI. Il est fâcheux que M. Picard ne se soit pas assuré s'il existait de l'infiltration et si les urines contenaient de l'albumine. Et puis il y avait de la fièvre, et la fièvre n'arrive pas souvent avec l'éclampsie pure et simple.

M. PICARD. Les choses se sont passées si rapidement que je n'ai pu me livrer à un examen complet; quant à la fièvre, elle s'explique suffisamment par la bronchite dont j'ai parlé.

M. MATTEI. Quoi qu'il soit, ce fait a de la valeur pour plusieurs motifs. Ainsi il intéresse la question de savoir si pendant l'éclampsie qui arrive dans le cours de la grossesse, on doit provoquer l'accouchement prématuré artificiel ou si l'on doit attendre. La nature nous trace souvent la ligne de conduite. C'est qu'elle effectue l'accouchement pendant les attaques mêmes de l'éclampsie, comme cela est arrivé dans le cas dont il s'agit. Ici malheureusement la chose a été trop tardive pour la mère et pour l'enfant.

Doit-on dans ces cas abandonner la grossesse à la nature? C'est ce que pensent quelques accoucheurs, entre autres M. Dubois. Ce n'est cependant pas là mon avis, ni celui de quelques autres. L'éclampsie dans le cours de la grossesse est un accident grave dont la mère et l'enfant sont souvent les victimes, et je crois fermement que l'accouchement prématuré artificiel est le meilleur expédient pour l'enfant, qu'on peut sauver souvent. Quant à la mère, on fait avec l'accouchement prématuré beaucoup plus qu'on ne ferait avec les moyens thérapeutiques les plus énergiques. La déplétion de l'utérus produit dans l'abdomen un vide plus grand que ne pourrait la dérivation de la ventouse Junot. La saignée que l'on fait par la veine ou par les sangsues n'égalera jamais l'écoulement du sang qu'occasionne l'accouchement. En un mot, l'accouchement délivre la mère d'une manière définitive et le plus souvent heureuse quand on le fait à temps. Les craintes qu'on a d'exaspérer les phénomènes cérébraux sont exagérées. Les accidents sont autrement graves si on abandonne la grossesse à la nature.

Dans ces cas mêmes le travail arrive plus souvent et il est tardif; s'il n'arrive pas et qu'on puisse arrêter le mal, ce qui est excessivement rare, on laisse la femme exposée à de nouvelles attaques.

Ce que je dis est d'autant plus rationnel que la grossesse n'est jamais ou presque jamais compliquée d'éclampsie dans les six premiers mois. Je connais entre autres la dame d'un de nos confrères de Paris, qui, étant albuminurique et infiltrée de bonne heure, inspirait de vives inquiétudes, lorsqu'à cinq mois et demi elle avorta spontanément sans avoir de convulsions.

Dans tous les cas d'éclampsie avec grossesse, l'indication est donc de provoquer l'accouchement par des douches utérines toutes les heures jusqu'à ce que le travail soit bien établi; rompre les membranes, dès que la dilatation du col est suffisante, et appliquer le forceps.

Je reviens sur l'observation de M. Picard pour faire remarquer l'influence que la bronchite a pu avoir sur la production de l'éclampsie. La fièvre et la difficulté de la respiration ont pu déterminer les attaques pour peu que la femme y fût prédisposée. A propos de l'influence de la respiration sur l'éclampsie, je dois vous parler d'un fait que j'ai publié et qui est d'un grand intérêt.

Une femme, trois jours après ses couches, est prise d'éclampsie. Je déploie chez elle inutilement les moyens thérapeutiques conseillés en pareille occasion, et elle touchait à l'agonie lorsque, étant témoin de l'attaque, je constatai un fait qui me servit de base pour un nouveau moyen thérapeutique. Je remarquai que chaque attaque commençait par la suspension de la respiration, puis les mouvements convulsifs arrivaient, et enfin ils cessaient avant que la femme eût respiré. Ceci, joint à l'écume des bronches, mit la femme dans un état asphyxique qui dura pendant plusieurs minutes consécutives. Ce fait me donna l'idée de neutraliser l'asphyxie par la respiration artificielle, et en effet, par des pressions latérales du thorax et de l'épigastre, je parvins à réveiller assez facilement la respiration. Par ce moyen, j'abrégeai d'abord l'attaque comateuse et puis l'attaque convulsive. Enfin, je pus par la respiration artificielle arriver à conjurer toute attaque. La femme, d'agonisante qu'elle était, fut sauvée, et vit encore aujourd'hui.

M. DUHAMEL. J'insiste avec intention sur cette question de l'éclampsie et des convulsions qui sont de même nature. Les épileptiques, il est vrai, sont réfractaires à toute espèce de traitement, tandis qu'on peut triompher des convulsions. L'épilepsie dure autant que la vie; l'éclampsie est curable, voilà toute la différence.

M. Duhamel rappelle cinq cas d'éclampsie dont il a déjà parlé dans les séances précédentes, et sur lesquels il n'a eu qu'un insuccès.

M. MASSON cite une femme qui a été prise d'éclampsie par suite de l'émotion qu'elle avait éprouvée en entendant une autre femme crier pendant la parturition. Une saignée fut pratiquée; un professeur d'accouchement appelé en consultation incisa le col qui était peu dilaté, fit l'accouchement à l'aide du forceps, et la malade mourut trois heures après.

M. BOSSU ne peut accepter que l'éclampsie et les convulsions constituent un même état morbide. Il rappelle trois faits d'éclampsie qu'il a eu à observer, et termine par cette conclusion : Si jamais une jeune femme grosse atteinte d'éclampsie se confie à mes soins, je n'hésiterai pas à provoquer l'accouchement prématuré.

M. DUVIVIER, se basant sur des faits qu'il a observés, arrive aussi à conclure que les accidents éclamptiques cessent de se manifester dès que la femme est délivrée.

M. MASSON se rappelle avoir été appelé, il y a vingt-cinq ans, auprès d'une jeune fille entourée de ses tantes très-dévotes. Le ventre était gros, les accidents tenaient bien de l'éclampsie, mais aussitôt que notre collègue parla de grossesse et de toucher, il excita la plus violente colère de la part des deux tantes, et fut forcé de se retirer. A peine sorti, on courut après lui; il revint et trouva que l'enfant avait été expulsé naturellement. La malade vit les accidents disparaître immédiatement après l'accouchement.

M. MATTEI. Je suis heureux de voir que les observations de MM. Duhamel, Bossu, Masson et Duvivier, concordent avec ma manière de voir, et je crois que l'accouchement prématuré, en pareille circonstance, doit être un précepte pratique désormais arrêté.

Je dois cependant faire remarquer que l'un des faits indiqué par M. Duvivier n'est pas précisément contradictoire à ce que j'ai établi. Pratiquement parlant l'éclampsie doit être distinguée en idiopathique et symptomatique. Le cas de M. Picard précisément est symptomatique de la bronchite, celui de M. Duvivier est symptomatique de la provocation de l'avortement fait sur une femme saine. Aujourd'hui les douches permettent d'avoir un travail presque aussi facile que l'accouchement naturel. Si dans les deux cas l'avortement n'a pas sauvé la mère et l'enfant, c'est que les conditions sont différentes de celles dans lesquelles, au début de l'éclampsie, on provoque le travail par les douches. Dans ce dernier cas l'accouchement peut être opéré avant même que la maladie soit aggravée, tandis que si c'est la nature qui opère le travail, elle le fait souvent lorsque la congestion cérébrale est à son comble, et alors la mère et l'enfant en sont les victimes.

Le secrétaire annuel, AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Cour de cassation (chambres réunies) a prononcé le 30 avril dernier son arrêt dans l'affaire d'exercice illégal de la médecine.

Sur les conclusions conformes de M. le procureur général Dupin, elle a confirmé l'arrêt déjà rendu par la chambre criminelle, qui décide que l'exercice illégal de la médecine, même en récidive, mais sans usurpation de titre, n'est point un délit, mais une simple contravention.

En conséquence, ceux qui s'en rendent coupables ne peuvent être condamnés qu'à une amende de 15 francs et à un emprisonnement d'un à cinq jours.

— Par suite d'un récent arrêté ministériel, l'asile d'aliénés de Maréville, jusqu'alors pourvu d'un directeur et d'un médecin en chef, vient d'être divisé en deux quartiers, auxquels sont attachés deux médecins. Par contre, l'asile de Fains, qui avait eu jusqu'à présent un directeur et un médecin en chef, n'aura plus désormais qu'un médecin en chef directeur.

M. Mérier, médecin en chef de Maréville, passe médecin en chef directeur à Fains.

M. Auzouy, médecin en chef de Fains, est chargé à Maréville du quartier des hommes.

M. Teilleux, directeur à Saint-Venant, est chargé à Maréville du quartier des femmes.

— Nous apprenons par la *Gazette de Moscou* que notre regrettable confrère M. le docteur Gros, dont nous avons récemment annoncé la mort, a affecté, sur un très petit capital qu'il a laissé à ses héritiers, une rente annuelle de cent francs, destinée à l'un des meilleurs élèves de l'École de médecine de Paris, natif de la ville de Montbéliard, lieu de sa naissance.

— M. le docteur Taillard, ancien médecin en chef de l'hospice de Moulins, ancien médecin du bureau de charité et du conseil de salubrité du 9e arrondissement de Paris, est mort à Moulins le 2 mai, à l'âge de 64 ans.

— M. le docteur Mouronval, maire de la ville de Bapaume, membre correspondant de l'Académie de médecine et de plusieurs académies médicales et savantes, est mort récemment à Bapaume, à l'âge de 61 ans.

— La mort continue à frapper dans les rangs de la médecine étrangère; les têtes les plus élevées semblent le but préféré de ses coups. A Berlin, Müller, le célèbre physiologiste, vient de s'éteindre pendant son sommeil; deux heures auparavant il était en parfaite santé. A Venise, le professeur Mauthner, directeur de l'hôpital des Enfants de Sainte-Anne, a succombé à une méningite. Enfin les professeurs Plattner à Fribourg, Harrisson à Dublin et Mareska à Gherits, ferment la liste déjà si longue des pertes que le corps médical vient de faire.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 56. — JEUDI 13 ET SAMEDI 15 MAI 1858. (31e ANNÉE.) N° 56. — JEUDI 13 ET SAMEDI 15 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 MAI 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Commençons par féliciter l'Académie d'avoir enfin ouvert ses portes à un savant dont la place était marquée depuis longtemps dans l'aréopage de la rue des Saints-Pères. Chef de l'école micrographique en France et l'un des plus savants histologistes de l'Europe, M. Robin n'apportera pas seulement à l'Académie le tribut de ses connaissances et de ses études spéciales sur cette branche toute jeune encore des sciences médicales et physiologiques qui compte un si petit nombre de représentants dans nos corps savants officiels ; il y apportera aussi ce jugement droit, cet esprit mûr et cette réserve philosophique si utile dans les recherches nouvelles, dont on trouve l'empreinte dans tous ses ouvrages. Il y apportera enfin un dévouement sans bornes à la science.

Des trois compétiteurs qui ont partagé avec M. Robin les suffrages de l'Académie, il n'en est pas un que nous n'ayons aussi le désir d'y voir arriver. Leur tour viendra.

Après l'élection et un court rapport de M. Boullay, dont l'Académie a adopté les conclusions sans aucune observation, la discussion sur la fièvre puerpérale a repris son cours un moment interrompu. M. Trousseau a occupé seul la tribune près de deux heures durant; ce qui ne veut pas dire qu'il ait parlé seul, car il n'a parlé qu'au milieu d'un feu croisé d'interruptions et d'interpellations qui ont transformé une partie de son discours en une véritable conversation, mais une conversation passablement animée. M. Trousseau a joué de malheur dans les citations qu'il a empruntées aux divers orateurs qui l'ont précédé, soit pour les réfuter, soit pour prendre texte de leurs opinions. Presque tous ont refusé de se reconnaître dans le langage qu'il leur a prêté, et quelques-uns ont protesté avec plus ou moins d'énergie contre l'interprétation donnée à leurs paroles; ce qui pourrait bien, par parenthèse, nous menacer d'une seconde édition de plusieurs discours.

Parmi ces protestations, il en est une surtout qui s'est produite avec un éclat qui ne nous permet pas de la passer sous silence. M. Trousseau, à propos de la doctrine de la spécificité, passant en revue les diverses écoles, a eu l'idée malheureuse, il faut le dire, de placer M. Bouillaud à la suite de Broussais, au nombre des chefs de l'école dichotomique. *Indè iræ.* « Je ne suis le disciple de personne, s'est écrié M. Bouillaud, pas même de Broussais. Je suis de mon école, l'école exacte. » Le mot est fier. Est-il aussi juste? Qu'est-ce qu'une école exacte, y a-t-il une école exacte? et si elle existe, M. Bouillaud est-il bien fondé à s'en proclamer le chef? Il ne faudrait pas moins d'une dissertation grammaticale et philosophique en règle pour résoudre la première question seule. Nos lecteurs voudront bien nous en dispenser. La question n'est pas nouvelle d'ailleurs, elle a été traitée déjà de main de maître, et nous ne saurions mieux faire, pour ceux qui voudront s'édifier sur ce point, que de les renvoyer à un auteur trop rarement cité, et dont il faudrait invoquer l'autorité toutes les fois qu'il s'agit de questions de philosophie, de méthodologie et de logique des sciences, M. L. Peisse, l'auteur de *La médecine et les médecins* (1), ouvrage avec lequel nous avons un arriéré de compte à régler.

Mais revenons à M. Trousseau et à son discours.

Après s'être alternativement placé, dans la dernière séance, sur le terrain de l'offensive vis-à vis des essentialistes, et de la défensive pour la doctrine de la spécificité qu'il a introduite dans la discussion, M. Trousseau a continué dans la séance de mardi dernier l'exposition interrompue de son système. Ce système est celui-ci : La maladie dite fièvre puerpérale ne diffère pas de la fièvre chirurgicale, dont elle n'est en quelque sorte qu'un cas particulier ; la plaie placentaire en est, dans le plus grand nombre des cas, le point de départ ou la cause occasionnelle ; quant à sa cause efficiente, elle réside dans un principe spécifique inconnu dans son essence et connu seulement dans ses effets. Telle est, aux termes près, l'expression de la doctrine de M. Trousseau sur la fièvre puerpérale. La *spécificité*, voilà le grand principe ou plutôt le grand fait qui domine à ses yeux toute la question.

La doctrine de l'essentialité ou de la préexistence, comme il l'appelle, ne lui paraît pas soutenable, par cela seul qu'il faudrait admettre que la maladie préexiste aux manifestations matérielles, et que l'état général se subordonne les lésions locales, ce qui serait contraire aux faits, la fièvre puerpérale débutant presque invariablement par une lésion locale. D'un autre côté, les localisateurs ont fait jouer un rôle exagéré à ces mêmes lésions locales. La phlébite n'a pas, dans la fièvre puerpérale, la gravité qu'on lui a attribuée; la lymphangite, pas davantage. Il faut quelque chose de plus que la phlébite et la lymphangite pour expliquer les désordres graves de la fièvre puerpérale. Ce quelque chose de plus, c'est la spécificité.

La théorie de la résorption purulente n'est pas plus soutenable depuis que les micrographes ont prouvé que l'absorption du pus est matériellement impossible. Pourquoi la fièvre puerpérale et la fièvre traumatique sont-elles si rares dans les campagnes? Pourquoi, dans les grands centres de la population, à Paris surtout, sont-elles plus communes dans les hôpitaux qu'en ville? Cela tient encore à la spécificité.

La fièvre puerpérale n'est pas davantage un typhus résultant de l'encombrement. Ni l'encombrement ni les saisons n'auraient, d'après les statistiques, l'influence qu'on leur aurait attribuée. Enfin la contagion qu'on a admise pour expliquer dans bien des cas le développement de la fièvre puerpérale, et qui a fourni à M. Trousseau l'occasion de rappeler le rôle d'un certain personnage de l'apologue des *Animaux malades de la peste*, la contagion est encore à ses yeux une preuve de plus de la spécificité.

Et une fois engagé sur cette voie, M. Trousseau n'est pas resté sur le terrain de la fièvre puerpérale, il en a franchi bien vite les limites trop étroites pour son esprit généralisateur, et il a fait sur la spécificité en général une de ces dissertations qui ont toujours le privilége de fixer l'attention et l'intérêt de l'Académie.

Nous aurions beaucoup de choses à dire et sur la spécificité de la fièvre puerpérale, ce qui est un point discutable encore comme celui de l'essentialité, et sur la manière dont M. Trousseau a envisagé le fait général de la spécificité dans les maladies. Il a donné, en effet, à la spécificité un sens si large et si étendu, il a tellement généralisé son rôle et son influence en pathologie, que nous avons craint un moment devoir se confondre dans notre esprit la notion assez claire et assez précise que nous nous étions faite jusqu'ici, avec tous les médecins, de la spécificité morbide. Il nous a paru du moins que M. Trousseau avait un peu affaibli ses preuves pour les avoir voulu trop multiplier.

Mais voyez où nous conduisent les incidents de cette discussion! Dans une seule séance et à propos d'un seul discours, et d'un fragment de discours encore, quelles questions soulevées! La médecine exacte et la doctrine médicale de la spécificité! Nous aimons les discussions, précisément parce que indépendamment des points particuliers de science ou de pratique qu'elles ont pour objet d'éclairer, elles soulèvent de temps en temps ces questions de doctrine qui excitent les esprits à la réflexion et les rappellent vers un genre d'étude trop négligée de nos jours.

Mais il faut à toute chose sa mesure; et nous ne voudrions pas voir les points de doctrine incidemment soulevés faire perdre de vue le but réel, le but utile et pratique de cette discussion. Pendant qu'on discute sur sa nature générale ou locale, essentielle ou spécifique, la fièvre puerpérale, qui n'est nullement la *dent d'or*, continue à produire ses funestes effets, opposant la plus constante et la plus déplorable résistance à tous les efforts les mieux combinés de la thérapeutique. Hier encore elle a porté le deuil au sein d'une famille dont la douleur trouvera de la sympathie dans le corps médical tout entier. Dissertez un peu moins, malgré le plaisir que nous avons à vous entendre, dirons-nous à nos honorables académiciens, et si vous ne pouvez indiquer aucun remède au praticien anxieux qui vous écoute et à qui vous avez enlevé jusqu'à la dernière illusion sur ce point, délibérez du moins sur les mesures préventives qui ont déjà été l'objet de plusieurs propositions, et sur lesquelles l'administration, à qui vous avez donné l'éveil, attend peut-être vos avis pour agir. — Dr Brochin.

(1) *La médecine et les médecins, philosophie, doctrine, institutions, critique, mœurs*, etc.; par M. Louis Peisse. 2 vol. in-12. Paris, 1857. Chez J. B. Baillière.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

De la fièvre intermittente chez les enfants.

A l'occasion des phénomènes morbides offerts par une petite fille de cinq ans et demi, couchée au n° 8 de la salle Sainte-

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique d'analyse chimique des eaux minérales potables et économiques, avec leurs principales applications à l'hygiène et à l'industrie, par MM. Ossian HENRY père et fils.

Tel est le titre d'un ouvrage que vient de publier M. Germer Baillière. Malgré les travaux des hydrologistes modernes, il existait une lacune que n'avaient pu combler des efforts isolés. On trouvait bien, il est vrai, épars dans les recueils périodiques et les mémoires particuliers des documents sur la composition et l'analyse des eaux envisagées d'une manière générale ; mais nulle part on n'avait entrepris de les réunir et de les grouper en un corps de doctrine. Il fallait, en effet, pour accomplir cette tâche, joindre à une rare habileté pratique un esprit infatigable de laborieuses recherches. Ces conditions, nous les trouvons réunies dans les auteurs du Traité dont nous allons essayer de donner une analyse.

Honoré depuis plus de vingt cinq ans de la confiance de l'Académie de médecine, M. O. Henry père dirige les travaux chimiques de la savante Compagnie; et sans exagération on peut dire que pendant cette longue période, peu d'eaux minérales, en France, ont échappé à sa patiente investigation. Si l'on joint à ces analyses officielles les fréquentes missions particulières auxquelles ce chimiste a été appelé près de sources minérales de la nature la plus variée, tant en France qu'à l'étranger, on estimera qu'en pareille matière il était impossible d'être plus compétent. De son côté, M. Henry fils partage depuis longtemps ces différents travaux, et plusieurs publications sur ce sujet ont fixé sur lui l'attention des hydrologistes. Voilà, si je ne me trompe, des garanties sérieuses et des conditions de succès bien suffisantes.

Pour faire juger de l'importance du *Traité pratique de l'analyse des eaux minérales*, exposons le plan dans lequel il est conçu, et montrons qu'il n'intéresse pas moins le médecin que le chimiste, le naturaliste et l'hygiéniste.

Après l'énumération des substances qui minéralisent les eaux, les auteurs exposent les classifications généralement admises; ils les discutent, et d'après les motifs qu'ils viennent de mettre en lumière, ils proposent une nouvelle division en rapport avec les progrès de la science hydrologique. Vient ensuite une étude détaillée et complète des éléments minéralisateurs, gaz ou solides, corps simples ou composés. L'historique de sa découverte dans les eaux précède l'examen des propriétés de chaque substance.

Un chapitre important a pour objet la formation des eaux minérales, et c'est là que la géologie et la minéralogie se trouvent liées d'une manière intime à cette étude. De nombreux exemples de formation fixent les idées et mettent le lecteur à même de juger de la valeur des hypothèses adoptées par les chimistes et les naturalistes qui ont abordé ces questions hérissées de difficultés si variées.

Nous avons lu ou plutôt dévoré avec avidité (c'est ici le mot propre) le chapitre traitant des végétaux et des animaux qui vivent dans les eaux minérales. Il est rempli des détails les plus attachants sur ce domaine des infiniment petits, dans la vie desquels le microscope nous a fait pénétrer et dont il nous a dévoilé les secrets.

La thermalité de certaines eaux minérales, heureuse propriété à laquelle on doit incontestablement rapporter une partie de leur action thérapeutique, est envisagée sous toutes ses faces et jusque dans détails les plus intimes, causes, effets, variations, instruments de recherches, tout est au complet, tout y est décrit avec le plus grand soin. On suit avec intérêt l'exposé des efforts tentés par M. Walferdin, pour donner à ce genre de recherches une précision presque mathématique. Sa laborieuse persévérance a été couronnée, chacun le sait, du plus glorieux succès.

Mais voici venir enfin la partie la plus délicate du travail, la partie réellement pratique, la marche à suivre pour analyser une eau minérale. Elle est divisée en deux sections : l'analyse qualitative ou d'indication, et l'analyse quantitative. — S'il est une qualité qu'on doit souhaiter avant toute autre dans un traité sur cette matière, c'est incontestablement la clarté, à la condition toutefois qu'elle ne nuira pas à la précision. Ce double but est atteint, et dans tout le cours des 300 longues pages consacrées à la détermination et au dosage des principes qui minéralisent les eaux, nous n'avons rien trouvé d'obscur, et la précision a été tout ce qu'elle peut être dans l'état actuel de la science et dans un sujet où le chimiste doit mettre en jeu, pour atteindre au résultat final, tout ce qu'il possède de sagacité et d'adresse opératoire, j'allais presque dire de génie. — Nous ne nous engagerons pas dans

Marguerite, et dont je vais vous rapporter l'observation dans un instant, j'ai le désir de consacrer cette conférence à l'étude de la fièvre intermittente dans le bas âge. C'est là une affection d'un très-haut intérêt, et qu'ont passée sous silence tous les praticiens qui se sont occupés de la pathologie de l'enfance. J'ai été le premier à en faire la description il y a treize ans, et l'ébauche que je tentai à cette époque n'est pas restée stérile, car j'ai vu bientôt mes recherches confirmées par celles de quelques observateurs très-recommandables.

On s'explique jusqu'à un certain point comment il a pu se faire que la fièvre intermittente chez les jeunes sujets soit restée méconnue pendant un temps aussi long, lorsqu'on songe aux profondes modifications que l'âge apporte à la maladie, à la diversité de ses formes, à l'irrégularité de ses accès, et à l'absence du frisson initial, ce grand caractère qui, à une autre phase de la vie, met si sûrement sur la voie de cette pyrexie.

Il existe dans les archives de la science des faits vraiment curieux de *fièvre intermittente congéniale*. Les organiciens purs sont extrêmement embarrassés pour en donner une explication plausible à cause de la transmission des accidents fébriles de la mère à l'enfant; mais les médecins qui professent des opinions moins exclusives et moins sévères considèrent comme réellement possible cette hérédité de la maladie.

Le professeur Stokes (de Dublin) prétend avoir vu une femme enceinte et affectée de fièvre tierce, qui tous les deux jours, et alors qu'elle était dans l'apyrexie, percevait très-nettement des mouvements convulsifs et prolongés de son fœtus.

M. Pitre-Aubanais a observé deux femmes grosses et atteintes de fièvre intermittente à type tierce, qui donnèrent le jour à deux enfants portant une hypertrophie considérable de la rate. Les nouveau-nés fébricitèrent presque aussitôt, et leurs accès se manifestèrent le même jour et à la même heure que chez les deux mères.

M. Jacquemier a cité le cas d'une femme enceinte pour la troisième fois, qui fut prise dans le second mois de sa grossesse d'une fièvre quarte très-rebelle. Dans le dernier mois de la gestation, avant ou après le paroxysme de sa fièvre, elle sentait le fœtus s'agiter, trembloter, se rouler manifestement d'un côté à l'autre. Enfin, après un violent accès, elle accoucha d'une fille, qui, à la même heure que sa mère, subit une forte atteinte de la maladie qu'elle supporta pendant sept semaines.

Ces faits sont bien extraordinaires sans doute, et peut-être ne faut-il pas leur accorder une confiance absolue, mais enfin je les admets jusqu'à un certain point.

La fièvre intermittente est le plus ordinairement produite par les effluves paludéennes. Elle s'observe chez les enfants de tous les âges, et la plupart des petits malades que j'ai vus arrivaient de localités où l'affection maremmatique est endémique. A Paris, on la voit se développer chez des enfants des classes pauvres, élevés dans des habitations basses, humides, malsaines, sombres, où le soleil ne pénètre jamais, et qui n'ont pour nourriture que des aliments insuffisants et de mauvaise qualité. Ces causes-là ne sont cependant pas celles qui ont agi sur la petite fille du n° 8 de la salle Sainte-Marguerite, dont voici l'histoire clinique : elle a cinq ans et demi, ses parents et ses frères et sœurs sont très-bien portants. Dans ses premières années, elle a eu des gourmes, quelques glandes, la varioloïde, la rougeole, mais jamais de convulsions ni de diarrhée. Il y a trois mois, elle a eu la grippe pendant une quinzaine de jours, et depuis ce moment elle ne s'est pas rétablie : elle tousse beaucoup, et est prise chaque jour à une heure de frisson et de tremblement; elle se plaint alors du froid, et demande à se mettre au lit. Après y être restée quatre ou cinq heures environ, elle se réchauffe et veut se lever. L'appétit est presque nul, le sommeil bon; il n'y a ni vomissements ni diarrhée, mais l'enfant est triste et maigrit visiblement.

On constate de la matité dans le côté droit de la poitrine, en arrière, et en ce point la respiration est rude, soufflante; le retentissement de la voix est facile à apprécier, ainsi que les râles sous-crépitants et muqueux. La rate n'est pas très-volumineuse, il n'y a pas d'infiltration générale, et l'accès fébrile est ici *symptomatique* de la tuberculisation du poumon droit qui se ramollit. C'est qu'en effet les maladies chroniques exercent ici une action puissante et peuvent amener à la longue la fièvre intermittente.

Les accès pernicieux se montrent-ils dans le bas âge? M. le docteur Alexandre, de Sparte, a publié les relations d'une épidémie de *fièvres pernicieuses* chez des sujets de quatre à dix ans, et dont le sulfate de quinine a toujours triomphé. On en doit quelques-uns à M. le docteur Guiet, du Mans. J'en ai observé récemment un cas à Saint-Cloud dans la convalescence d'une fièvre scarlatine avec le docteur Tahère, puis un autre à Paris, rue Saint-Victor, avec le docteur Galtier. Du reste, ces accès revêtent les formes éclamptique, syncopale, dysentérique, cholériforme; plusieurs observations, consignées dans les annales de la science, ne laissent aucun doute à cet égard.

Lorsque la fièvre intermittente dure peu, la nosohémie n'est pas très-marquée; mais si elle se prolonge, on remarque bientôt une diminution des globules du sang, une altération qualitative de la fibrine, et toutes les conséquences pathologiques de cet état. C'est dire que les jeunes malades sont petits, maigres, fort peu développés pour leur âge, qu'ils ont les chairs molles, la peau flasque et d'un blanc jaunâtre, les gencives décolorées, le ventre très-volumineux (embonpoint illusoire et de mauvais aloi, dû à une infiltration séreuse qui pourrait mériter le nom d'œdème ou d'anasarque). L'hypochondre gauche renferme une tumeur mobile, assez grosse, quelquefois apparente, et qui est formée par la rate hypertrophiée. La percussion est inutile à employer pour fixer les limites de cet organe, car, attendu la maigreur des enfants et le peu d'épaisseur de la paroi abdominale antérieure, la rate fait saillie et se dessine fort bien au-dessous de la peau. On la voit changer de place à chacun des mouvements du petit malade; on la repousse et on la fait disparaître à volonté au moyen de la pression des doigts. Il est donc impossible de méconnaître cette augmentation de volume, et ici l'œil peut avantageusement suppléer à la percussion. Cela est si vrai que l'on peut circonscrire la rate ainsi hypertrophiée, et marquer avec le crayon de nitrate d'argent la place qu'elle occupe sur la peau. Le foie est dur, volumineux, mais il n'acquiert jamais comparativement la proportion de la glande hépatique chez l'adulte fiévreux. En même temps, des perturbations fonctionnelles se déclarent et des troubles intermittents de calorification.

Les types quotidien et tierce sont ceux qu'on observe le plus souvent; les fièvres doubles quotidiennes, quartes, et les types plus éloignés, n'ont pas encore pu être retrouvés.

Jusqu'à l'âge de deux ou trois ans le stade de froid manque, ou si la sensation existe, elle ne se traduit pas au dehors par un tremblement général. Les phénomènes de calorification du second stade sont très-accentués; les enfants deviennent rouges et brûlants, la peau est sèche, le pouls s'élève et accuse de 120 à 130 pulsations par minute. Au bout d'une heure ou d'une heure et demie, la chaleur s'apaise et la sueur commence; elle n'est pas très-forte, et c'est plutôt de la moiteur qu'une véritable transpiration.

Lorsque l'accès commence, le pouls se resserre, disparaît sous les doigts et leur échappe, à ce point qu'il est difficile de spécifier sa présence; la face pâlit, le nez se pince, les lèvres se décolorent, la peau se grippe et les ongles bleuissent. A trois ans, les trois stades classiques de la fièvre intermittente de l'adulte sont parfaitement dessinés. Ainsi, je vous ai dit que la petite fille du n° 8 avait eu frisson des plus caractérisés, que l'on constatait chez elle ce qu'on a appelé la *chair de poule*, et la sœur du service a fait devant vous la description de cette première période fébrile avec autant d'exactitude que si elle l'avait lue dans un traité de pathologie.

Tant que les enfants restent dans le milieu où ils ont pris la fièvre, les accidents persistent, et alors des complications surviennent : l'anémie, le *purpura hemorrhagica*, les vomissements, la diarrhée, le dépérissement rapide, la fièvre continue et les infiltrations séreuses, sont autant de phénomènes qui appellent une terminaison fatale.

Si, au contraire, on fait intervenir le changement de lieu, une plus stricte application des lois de l'hygiène et l'administration de l'agent spécifique, la guérison est la règle.

Je vous ai dit qu'il existait une *fièvre intermittente symptomatique* des maladies chroniques, et l'exemple qui s'est rencontré dans mon service a été pour vous une pièce de conviction. Eh bien, l'accès dans ce cas est peut-être moins complet, et dans l'intervalle des manifestations pyrétiques on observe encore un mouvement fébrile. Les affections organiques du cerveau, de l'intestin, des poumons, mais surtout les tubercules cérébraux, m'ont paru notablement influer sur la production de la maladie.

Quand un médecin prescrit pour l'enfant qui fébricite périodiquement le changement de milieu, l'air de la campagne, l'habitation dans un lieu sec et bien éclairé et une alimentation réparatrice, sans doute il a déjà fait quelque chose, mais la nosohémie reste et la diathèse est une puissance qu'il faut combattre d'une façon plus énergique. Il faut en plus qu'il conseille des préparations toniques, du vin, des infusions amères, et surtout le quinquina. Comme il est très-difficile, à cause de son amertume, de faire prendre du sulfate de quinine à des enfants de dix-huit mois ou de deux ans, il faut employer la quinine *brute* (qu'il ne faut pas confondre avec la quinine *pure*). C'est le principe actif du quinquina moins le ligneux; il a l'apparence d'une masse grisâtre, résineuse, facile à ramollir dans les doigts, à fragmenter et à réduire en granules. Le lait, les sirops, la semoule ou les conserves de fruits, sont les véhicules les plus ordinaires du médicament, qui, une fois introduit dans le tube digestif, se transforme en principe soluble et assimilé. La dose de quinine brute est de 0,20 à 0,30 centigrammes pris le plus loin possible de l'accès, jusqu'à la cessation des phénomènes fébriles et jusqu'à la complète disparition du volume exagéré de la rate.

A défaut de quinine brute, on peut se servir du sulfate de quinine en lavement à la dose de 0,10 à 0,15 centigrammes par jour, dissous dans quelques gouttes de vinaigre et 40 grammes d'eau de guimauve; mais ce moyen est moins efficace.

Quelques praticiens ont eu recours au sulfate de quinine en frictions trois fois par jour sur tout le corps, et principalement à la face interne des cuisses et sous les aisselles. Cela peut être un adjuvant utile sans doute, mais cela ne m'est pas encore rigoureusement démontré.

Les accès pernicieux sont également combattus par ces mêmes armes, et à ce propos je vous donnerai le conseil de ne jamais attendre, pour prescrire le spécifique, que vous soyez largement édifiés sur la nature de la maladie : une seconde ou une troisième atteinte de la redoutable pyrexie peuvent survenir, et avec elles vous verrez diminuer de beaucoup les chances de curabilité.

D[r] L. du S.

MOYENS ANTHELMINTHIQUES.

Par le docteur Horace Green.

M. Green publie, dans le journal *The American Medical Monthly*, une série de formules empruntées aux praticiens contemporains les plus illustres de l'Amérique. C'est dans le numéro de mars 1858 que se trouvent, entre autres, celles de deux agents vermifuges dont il sera ici question.

Dans les États-Unis, on emploie beaucoup le *spigelia marylandica*; c'est un des vermifuges les plus puissants et les plus sûrs. On prépare une infusion avec :

Spigelia marylandica.	15 grammes.
Eau bouillante.	500 —

On fait macérer pendant une heure, on filtre, et l'on donne une cuillerée à bouche du liquide de trois en trois ou de quatre en quatre heures. Il est avantageux d'en faire précéder l'adminis-

la description des minutieuses et délicates pratiques de l'analyse, c'est dans un laboratoire et le réactif à la main qu'il faut contrôler les assertions du chimiste, toute autre exposition serait pâle et d'ailleurs nous entraînerait trop loin; nous dirons seulement que tous les procédés connus sont relatés avec une scupuleuse exactitude dans cet ouvrage qu'enrichit un grand nombre de méthodes nouvelles aussi ingénieuses que faciles et sûres dans leur exécution. C'est un guide infaillible pour le pharmacien et pour le médecin même, qui souvent sont appelés à déterminer la nature d'une source minérale et à s'expliquer sur ses propriétés thérapeutiques.

Le chapitre dont nous venons d'esquisser à grands traits les caractères, se termine par l'histoire des applications de l'analyse volumétrique au titrage des eaux minérales.

Les récents travaux publiés en Allemagne sur ce sujet y trouvent leur place, et donnent à ces pages un cachet tout spécial d'actualité.

N'oublions pas une mention honorable pour les belles figures qui rendent plus saisissantes et plus claires les descriptions du texte. Elles sont dues au burin de M. Badoureau.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à l'aménagement des sources, à leur distribution dans les établissements thermaux, à leur conservation et leur expédition au loin, à la description des buvettes, des étuves et des salles d'inhalation. L'analyse de l'atmosphère de ces dernières suit naturellement les détails de leurs dispositions.

L'examen des eaux potables, économiques et insalubres, tel est le sujet de l'avant-dernier chapitre. Jusqu'ici l'eau avait été considérée surtout comme agent médical; cependant un rôle bien plus général en fait un agent essentiel à la vie, et à une foule de besoins économiques. Ce point de vue si vaste ne pouvait être négligé : aussi voyons-nous successivement passer sous les yeux du lecteur l'eau de pluie, l'eau de rivière, les eaux de sources, de puits, les eaux stagnantes, celles du drainage et de l'irrigation.

Des considérations de l'ordre le plus élevé sur les applications du drainage à l'agriculture et à l'approvisionnement des grandes villes, sur l'assainissement des cités, sur la purification des eaux, terminent ce paragraphe. Toutes ces questions sont du domaine du médecin, toutes intéressent au plus haut point l'hygiéniste. Aussi un traité complet sur cette matière leur est-il indispensable. Il était impossible de passer sous silence les ingénieux procédés imaginés par MM. Boutron et Boudet pour analyser facilement et rapidement les eaux; nous voulons parler de leur beau travail sur l'hydrotimétrie, récompensé par l'Académie des sciences. Nous le trouvons, au grand bénéfice du lecteur, reproduit presque en entier.

Le chapitre treizième et dernier renferme les questions relatives à la fabrication des eaux minérales artificielles. Tous les appareils décrits y sont représentés par des figures.

Le médecin et le pharmacien des campagnes, éloignés des grands centres et des dépôts d'eaux naturelles, y puiseront des renseignements utiles à plus d'un titre. Certains principes, extraits directement des sources, peuvent rendre des services signalés dans l'art de guérir. Nous citerons les pastilles de Vichy, de Vittel, et autres produits formés soit avec les résidus de la concentration des eaux, soit avec les dépôts abandonnés spontanément. Un appendice initie le lecteur à l'étude de ces substances.

L'impartialité avec laquelle sont cités les travaux et les noms de tous ceux qui ont concouru à constituer la science hydrologique, les recherches bibliographiques consciencieuses dont l'ouvrage est rempli, lui seront à coup sûr un titre de plus à la faveur avec laquelle nous espérons le voir accueilli.

Voilà en son ensemble le livre dont nous venons de tracer une esquisse bien décolorée. Nous terminerons en disant qu'attaché aux auteurs du *Traité d'analyse des eaux* par les liens de la reconnaissance ou de l'amitié, ce ne sont point ces sentiments qui ont dicté nos paroles; à ceux qui voudraient en douter, nous répondrons ces deux mots : Lisez et jugez.

D[r] E. Humbert.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Histoire médico-chirurgicale de la guerre de Crimée, d'après les travaux des médecins militaires, recueillie, mise en ordre et publiée par M. le docteur Ad. Armand, médecin-major de l'ambulance de la garde impériale. Un vol. in-8°. Prix, 7 fr. — A Paris, chez V. Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

tration, la veille, d'une dose purgative de calomel; après la dernière dose du vermifuge, on fait purger avec l'huile de ricin. Quelquefois on associe au vermifuge un purgatif, par exemple :

Spigelia marylandica.	15 grammes.
Séné.	12 —
Anis.	4 —
Eau bouillante.	500 —

Faites macérer pendant une heure; à prendre deux cuillerées toutes les trois heures.

Au *semen-contra* on substitue généralement, dans l'Amérique du Nord, le *chenopodium anthelmenthicum*. On l'emploie surtout contre les lombrics. Son huile est d'un usage très-répandu dans les dispensaires de New-York :

Pr. Huile de chénopode.	10 gouttes.
Sirop simple.	30 grammes.
Mêlez.	

On donne trois cuillerées à café de ce sirop deux ou trois jours de suite, puis un purgatif.

M. Green a souvent employé avec succès les lavements d'huile d'olive pour faire évacuer les ascarides vermiculaires du rectum. Le lavement est de 150 à 200 grammes pour un adulte, et doit être conservé aussi longtemps que possible. Les enfants en bas âge sont ordinairement soulagés en très-peu de temps par des lavements de 60 grammes. (*The Amer. Med. Monthly* et *Gazette hebdomadaire.*)

OBSERVATION SUR LES AVEUGLES.

M. le docteur Duchesne nous adresse l'observation suivante, qu'il nous prie de transmettre sous le couvert du journal à M. le docteur Bonnafont, à l'occasion de son travail médico-psychologique sur les sens de la vue et de l'ouïe :

« L'étude comparée que vous venez de faire des sens de l'ouïe et de la vue m'engage à vous communiquer une observation que j'ai faite depuis longtemps sur quelques aveugles.

» Contrairement à tout ce que l'on pourrait croire, les aveugles sont passionnés pour les feux d'artifice, plaisir qui paraîtrait, au premier abord, réservé à ceux qui jouissent de la vue.

» Non-seulement ils assistent avec joie à ce divertissement; mais l'ouïe chez eux a pris un tel développement qu'ils parviennent à distinguer les diverses pièces d'artifice par les bruits différents qu'elles produisent.

» Peut-être aussi que l'aveugle éprouve alors une véritable satisfaction à entendre exprimer autour de lui les différentes sensations des assistants.

» Quoi qu'il en soit, cette observation justifie complétement une de vos conclusions, ainsi conçue :

« L'aveugle n'étant point détourné par les impressions du sens » de la vue, qui apporte avec lui les distractions les plus vives, » les plus nombreuses et les plus continues, son attention se » concentrera sur celles que l'ouïe lui permet de recueillir, et cela » avec une énergie que l'on a peine à concevoir. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mai 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans les départements de l'Aveyron, de Seine-et-Oise et d'Ille-et-Vilaine;

2° Deux rapports de M. le docteur Contesse, l'un sur une épidémie de dysenterie, l'autre sur une épidémie de variole, qui ont régné en 1857 dans des communes du département du Nord;

3° Un rapport de M. le docteur Manouvrier sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1857 dans l'arrondissement de Valenciennes (commission des épidémies);

4° Un mémoire de M. le docteur Chabannes, médecin inspecteur des eaux minérales de Vals (Ardèche), sur le service médical de cet établissement (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Pointe, correspondant à Lyon, assiste à la séance.

RAPPORT.

M. BOULLAY, en son nom et au nom de M. Bussy, lit un rapport sur un mémoire intitulé *Nouvelles recherches sur la présence de l'iode dans les eaux atmosphériques*, par M. Eug. Marchant, pharmacien à Fécamp.

Ce mémoire, dit M. le rapporteur, étant le développement et la conséquence des faits annoncés par M. Marchant dans sa lettre du 22 mars, nous concluons à sa publication dans le *Bulletin de l'Académie.* — Adopté.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

Les candidats sont, par ordre alphabétique :

En première ligne. . . . . MM. Ménière et Robin.
En deuxième ligne. . . . . MM. Barthez et Roger.

Le nombre des votants est de 74; majorité, 38.

Au premier tour, M. Robin obtient. . .	40 suffrages.
M. Ménière.	20
M. Roger.	10
M. Barthez.	4

M. Robin ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— M. Charrière présente un nouveau modèle de trousse renfermant, sous un petit volume, une variété très-grande d'instruments. Il a obtenu ce résultat : 1° en modifiant la fabrication des ciseaux et des pinces, dont les branches peuvent être superposées; 2° en permettant, par un nouveau système d'articulation des lames avec les manches, de changer les lames des instruments; 3° en se servant de ces mêmes instruments comme de manche. C'est ainsi que le porte-nitrate sert de manche au trocart, que la pince à artères allonge le porte-nitrate et permet de conduire le caustique dans les cavités profondes, que le porte-nitrate, à son tour, allonge la pince à artères et permet de porter très-profondément les pièces de pansement; que les branches de la pince à anneaux isolées ou assemblées servent de manche à des érignes simples ou doubles, à des pinces de Museux, à des curettes porte-caustique, à des pinces œsophagiennes, qu'elles peuvent porter une lame pour faire la trachéotomie, et les deux mors d'une pince dilatatrice.

Les différentes pièces qui doivent constituer ces divers instruments s'articulent à tenon sur les mors de la pince à anneaux.

M. Charrière fait deux autres communications qui ne sont que le développement de la première.

L'une est relative à la pince à anneaux, dont les mors sont solidement fermés à l'aide d'un clou situé près des anneaux (la fig. 1 représente cet instrument fermé et servant de porte-aiguille), et aux divers instruments qui peuvent être fixés sur les mors, tels que pince de Museux, érigne, pince à phimosis, etc.

L'autre est relative aux bistouris. On y fait voir l'avantage qui peut résulter de la facilité du montage et du démontage des lames pour les changer et les nettoyer, les lames n'étant plus fixées par des ressorts ni des coulants, mais bien par un simple clou qui pénètre dans un trou creusé *ad hoc* sur la lame, et qui s'y trouve fixé par la seule élasticité de la châsse. (*Voir* la fig. 2.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La parole est à M. Trousseau.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. TROUSSEAU commence par rappeler que pour MM. Dubois, Danyau et Depaul, la fièvre puerpérale est une fièvre essentielle, c'est-à-dire qu'ils subordonnent les lésions locales à un état général *préexistant*, tandis que pour les localisateurs les désordres locaux sont le fait primitif; puis il poursuit en ces termes :

Il ne faudrait pas comprendre les mots de fièvre essentielle et de pyrexie de la même manière que les anciens, jusqu'à Borsieri. Depuis Broussais, il est entendu que dans les pyrexies doivent être rangées toutes les maladies fébriles, dans lesquelles les lésions locales ne sont que la conséquence d'une modification générale de l'économie, à supposer que ces lésions existent. Les essentialistes n'ont donc jamais nié la possibilité des accidents locaux, mais ils croient que la maladie peut bien exister sans eux. C'est bien là la pensée de MM. Dubois, Danyau et Depaul.

M. DEPAUL. Pour ce qui me concerne, je réponds : Oui.

M. TROUSSEAU. Eh bien, je ne suis pas de cet avis; pour moi, l'état général ne préexiste pas à la lésion locale dans la fièvre puerpérale.

Je le croyais autrefois, sur la foi de mes maîtres; mais je déclare que depuis que j'ai dirigé mes recherches de ce côté, je n'ai pas trouvé une seule fois, soit à l'autopsie, soit par l'observation clinique, un cas où, dès le début, il n'y eût des désordres locaux manifestes. S'il y a des exceptions à cette règle, elles doivent être bien rares.

Pourtant, je ne rapporte pas toute la maladie aux lésions locales, comme l'ont fait les localisateurs, qui presque tous en ont vu l'expression et la cause dans la phlébite et dans l'angioleucite. Je reconnais la fréquence de ces lésions, on verra plus tard le rôle que je leur assigne, mais je suis loin d'y voir la raison suffisante des accidents.

Vous trouvez, en effet, la phlébite chez tous les amputés, chez toutes les accouchées, qui meurent de quelque autre maladie dans les premiers jours qui suivent le traumatisme, phlébite adhésive, de bon aloi, et qui souvent n'a soulevé aucun trouble dans l'économie. Pourrait-il en être ainsi si la phlébite était grave par elle-même?

Voyez d'ailleurs ce qui se passe dans la *phlegmatia alba dolens*; ici la phlébite est constante, tous les anatomistes vous le diront; souvent elle occupe toutes les veines du membre inférieur, depuis l'origine des veines iliaques primitives jusqu'aux ramuscules du pied; l'inflammation a produit une sécrétion fibrineuse, comme dans la pleurésie pseudo-membraneuse, et pourtant elle s'est à peine accompagnée d'un peu de fièvre; l'économie ne s'en est pas ressentie autrement, et les malades, accouchées, phthisiques, cancéreux, n'y succombent jamais.

On meurt *avec* une *phlegmatia alba*, on n'*en* meurt pas. Et c'est la phlébite, ici innocente, légère, qui tuerait dans la fièvre puerpérale? Non certes, si quelque chose de spécifique ne vient s'y joindre.

Voilà pour la phlébite adhésive. Que faut-il penser maintenant de celle qui suppure et qui verserait du pus dans le sang? (Je ne parle pas de l'absorption du pus en nature; elle est physiquement impossible.) Quand Gaspard et Magendie injectèrent à des animaux du pus dans les veines, jamais ils ne produisirent des abcès métastatiques, des pleurésies suppurées, etc. Du malaise, un peu de fièvre, puis de la diarrhée — voilà tout, et l'animal se rétablissait. La phlébite suppurée simple serait-elle plus grave?

Oui, le pus morveux introduit dans le sang produit des accidents terribles; mais ce n'est pas parce que c'est du pus; si ce pus ne contenait un principe spécifique, il serait innocent. Il en serait de même, sans doute, du pus extrait des veines d'une femme morte de fièvre puerpérale.

On m'objectera peut-être que c'est l'absorption du sérum d'un pus décomposé qu'il faut accuser. Mais cette absorption se fait tous les jours sous vos yeux; c'est elle que vous voyez produire la fièvre hectique des phthisiques, qui n'a aucune analogie avec la fièvre puerpérale. Si du pus décomposé est absorbé chez une femme en couches, il ne produira la fièvre puerpérale que s'il contient le virus puerpéral.

Vous n'expliquerez jamais, sans la spécificité, l'énorme mortalité de nos hôpitaux d'accouchement, comparée à celle des campagnes ou des petites villes, où la fièvre puerpérale est presque inconnue.

Lorsque M. Jules Cloquet était à la tête du service de chirurgie à la Clinique, il vit mourir de la fièvre chirurgicale, en moins d'un mois, un malade auquel M. Mayor avait légèrement éraillé l'urèthre, un autre qu'il avait opéré lui-même de cataracte par abaissement, une femme à laquelle il ouvrit un petit abcès, et un client auquel il fit en ville une petite incision pour une fissure à l'anus. Tous ces malades succombèrent peu de jours après l'opération.

M. J. CLOQUET se rappelle ces malheurs; il en a vu de semblables chez ses maîtres, et il croit que tout chirurgien doit en avoir vu. La gravité de l'opération, dans ces cas, n'explique pas l'invasion de la maladie, qu'on ne peut attribuer qu'à un principe malfaisant, spécifique.

M. TROUSSEAU. Je dis comme M. Cloquet : un principe malfaisant, une cause spécifique qui n'a aucun rapport direct avec le traumatisme.

C'est ce principe spécifique qui faisait, à la même époque, mourir de la fièvre puerpérale les accouchées de M. Dubois, qui régnait dans toutes les salles de la Clinique, à moins que vous ne veuillez admettre que M. Dubois infectait les opérés de M. Cloquet ou celui-ci les accouchées de M. Dubois.

Comment comprendre encore l'énorme mortalité qui pèse sur le service de M. Béhier, à Beaujon, sans la spécificité?

Pour M. Béhier, de 1852 à 1856, la mortalité fut de 67 sur 855 accouchées, ou de 1 sur 12;

A la Maternité, pendant le même intervalle, de 724 sur 13,946, ou de 1 sur 19;

Dans le 12e arrondissement, d'après M. Tarnier, de 1 sur 328;

Enfin, dans les relevés de M. Marc d'Espine, la mortalité générale n'est que de 5 à 8 sur 1,000.

De sorte que, si la mortalité de l'hôpital Beaujon était la mortalité type pour la France, sur 950,000 ou 900,000 accouchées, il y aurait par an 80,000 décès; en moins de cinquante ans la France serait un désert.

Où irez-vous chercher la cause de ces différences? Nul ne sait mieux que M. Béhier reconnaître et traiter les phlébites au début, alors qu'on peut en triompher et arrêter, selon lui, l'invasion d'une fièvre puerpérale. Les phlébites n'y sont pas plus fréquentes qu'ailleurs, car tous les amputés et toutes les accouchées de France en ont. Nul hôpital n'est mieux situé que Beaujon; nulle part l'air n'est plus pur, les soins plus assidus et plus éclairés. La salle des accouchées ne compte que 18 lits, comme le veut M. Dubois, et n'est jamais encombrée.

Et puis vous voyez accoucher impunément ces paysannes, assistées par un médecin qui n'a souvent gardé de l'école que la poussière qu'il a ramassée sur ses bancs, ou par une matrone qui n'a d'autres chevrons que le nombre d'enfants auxquels elle a donné le jour! dans des masures où le percepteur marchande l'air et la lumière aux mâles et femelles de l'espèce humaine, entassés pêle-mêle avec la vermine!

Où donc est l'influence de la saleté, de l'insalubrité, sur lesquelles MM. Dubois, Danyau et Depaul insistent tant? Comment pouvez-vous comprendre ces choses-là sans la spécificité?

Il en est de la lymphite comme de la phlébite : quand elle est simple, combien elle est innocente; quand elle est spécifique, quelle gravité redoutable elle revêt!

J'ai dit un mot de l'encombrement, et j'y reviens, pour prouver par des chiffres qu'il n'a pas toute l'importance qu'on lui a donnée; voici la proportion des morts aux entrées, dans la maison de santé d'accouchement, d'abord pendant les années les plus encombrées (1837, 1838, 1847, 1848), puis pendant les années qui l'étaient le moins (1852 à 1854 et 1856) :

	I		II
Entrées.	14,217	—	11,482
Décès.	312	—	638
Ou	1 sur 45		1 sur 8

Loin de moi l'absurdité de conclure de là qu'une salle encombrée diminue la mortalité, mais certes ses dangers ont été exagérés.

L'influence des saisons, sur laquelle M. Cruveilhier a tant insisté, n'est pas mieux démontrée. Voici, d'après quelques relevés, quelle a été la mortalité relative en hiver et en été :

	Morts : été.		hiver.
MM. Tonnelé (1819)	140	—	104
Cruveilhier (1831) . . .	64	—	67
— (1832) . . .	143	—	171
Lorrain (1853).	78	—	93
Charrier (1851).	122	—	130
Tarnier (1856)	87	—	44
Total.	534	—	509

Que faut-il penser maintenant de la chloro-anémie à laquelle M. Cazeaux rattache les phlegmasies locales?

M. CAZEAUX. J'ai dit seulement que ces phlegmasies deviennent si graves, parce qu'elles existent chez des sujets chloro-anémiques.

M. TROUSSEAU. Mais nous ne voyons rien de semblable dans le cours des autres maladies chez des sujets chloro-anémiques. Je demanderai, du reste, une autre explication encore à M. Cazeaux. Qu'entend-il par le génie malfaisant auquel il est obligé d'avoir recours pour expliquer la mortalité de la fièvre puerpérale?

M. CAZEAUX. L'influence épidémique.

M. TROUSSEAU. Cela n'est guère plus clair et bien plus nuageux en

tout cas que mon levain, dont vous avez tant ri, et que je puis au moins toucher et vous faire toucher.

M. BOUILLAUD rappelle qu'il admettait un ferment et une fermentation septiques, il y a trente-deux ans déjà.

M. TROUSSEAU. C'est donc en marchant sur vos traces que j'en défendrai l'existence.

Dans la fermentation d'une décoction d'orge maltée, il se forme, aux dépens de la matière qui fermente, des organes vivants, cryptogamiques, analogues aux cellules qui ont donné la première impulsion; c'est ainsi que l'organisme mis en contact avec un certain principe, le virus puerpéral, peut produire, à ses propres dépens, un principe analogue.

M. CAZEAUX. Oui, mais avec le premier produit vous obtiendrez des effets invariables, tandis qu'il n'en est pas de même du dernier; cela porte le coup fatal à votre spécificité.

M. TROUSSEAU. C'est ce que nous verrons.

J'ai déjà parlé de la contagion. J'y crois, mais on en a abusé, et M. Depaul s'en est un peu trop effrayé; il fait une autopsie, puis un accouchement; la femme meurt; c'est au plus fort de l'épidémie; M. Depaul a vraiment poussé l'humilité trop loin, et pour mon compte je l'absous. (L'orateur provoque ici l'hilarité de l'assemblée en rappelant à cette occasion, avec toutes les précautions oratoires commandées par les circonstances, la fable les *Animaux malades de la peste*.)

Tout le monde n'en a pas fait autant, et on s'est hâté de conclure à l'abolition des maternités et des écoles. Eh bien, moi, je déclare sur l'honneur, que la fièvre puerpérale a fait plus de victimes parmi mes clientes en ville qu'à l'hôpital.

Je ne conclus pas de là que ces messieurs n'ont pas les mains contagieuses; mais je trouve à cette contagion une allure particulière et assez semblable à celle de l'ophthalmie purulente : depuis que l'armée anglaise l'a rapportée d'Égypte en 1802, elle n'a pas cessé d'y régner de temps en temps, pendant quelques mois, dans quelques corps, malgré les soins les mieux entendus, dont le gouvernement britannique n'est pas avare pour ses soldats. Puis, lorsque cette armée fit, en 1815, une si malheureuse campagne en Belgique, elle y laissa la maladie dans quelques hôpitaux militaires, et depuis ce temps l'armée belge aussi n'a plus pu en être débarrassée.

Or si ces deux maladies apparaissent à leur heure, à leur temps; elles font comme les germes organiques du règne végétal, qui se développent à des moments donnés, sans que nous sachions pourquoi, dans l'un et l'autre cas; c'est précisément en ces moments-là qu'elles se sont développées. Contagion, c'est pour moi spécificité; elle l'est si bien, que du moment qu'il l'a admise, M. Bouillaud est devenu spécialisateur quoi qu'il fasse, et quoiqu'il ne veuille pas de ma spécificité.

M. BOUILLAUD. J'ai admis la spécificité septique; vous voyez donc que je ne nie pas la spécificité d'une manière générale.

M. TROUSSEAU. Il y a entre nous cette différence que vous les voulez très-limitées, et moi très-étendues.

M. BOUILLAUD. Il y en a une autre; c'est que M. Dubois n'a pas démontré son essentialité ni vous votre spécificité, et qu'il ne me suffit pas que vous les ayez inventées pour y croire.

M. TROUSSEAU. C'est précisément son existence que je vais démontrer. J'établirai que la spécificité est beaucoup plus générale qu'on ne le croit.

M. BOUILLAUD. C'est de la vôtre qu'il s'agit.

M. TROUSSEAU. Et c'est d'elle que je parlerai; mais comme tout est un peu dans tout, permettez-moi de bien établir mes prémisses; je risque sans cela de ne pas être compris. (M. BOUILLAUD. Je ne le conteste pas.) Les écoles dichotomiques, Brown, Broussais, Tomasini, Pinel un peu, puis M. Bouillaud... (M. BOUILLAUD. Je conteste! Je n'appartiens, moi, à aucune école, pas même à celle de Broussais; mon école à moi porte mon nom et celui de l'école exacte.) Brown et Broussais rapportaient la maladie à un plus ou à un moins des excitants normaux dont la mesure normale entretient la vie.

Mettons à la place du mot d'excitants celui de modificateurs; pour les écoles dichotomiques, pour la plupart des organiciens, tout est dans la quantité des modificateurs et non dans leur qualité, leur nature spéciale.

Celle-ci n'a été comprise que par les spécificistes, en tête desquels se place M. Bretonneau. Ce sont eux qui ont montré que la modification garde le souvenir des modificateurs, comme la graine levée retient celui de la plante qu'elle produit.

Il en est ainsi d'abord de toutes les maladies contagieuses, pas une exceptée (je ne parle pas de la gale, qui est une maladie parasitaire). Elles sont spécifiques, que leur virus ait été fabriqué par un malade isolé, comme dans la rage, ou par des malades accumulés, comme dans le typhus. Introduit dans l'économie, le virus y germe d'une façon spéciale et produit des effets spéciaux.

Mais, hors de là, la spécificité occupe encore presque tout le cadre nosologique.

Etudions d'abord quelques-unes des modifications les plus simples; dont l'action tout extérieure se passe sous nos yeux; comparez les effets des divers caustiques; voyez si chacun n'est pas toujours reconnaissable à la nature de la modification, de l'eschare, de la douleur. Ici la quantité n'est rien, la qualité tout.

Il en est de même des modificateurs dont l'action s'exerce sur toute l'économie : à la colique, à la constipation, à l'ictère, à la paralysie des extenseurs, à l'épilepsie, vous reconnaîtrez toujours le plomb; à la nécrose étendue des maxillaires, le phosphore; à la nécrose superficielle des alvéoles, le mercure. Il en est de même de tous les poisons.

Vous remontez encore facilement à la cause quand il s'agit des maladies virulentes. Se trompe-t-on sur les caractères de la rage, de la morve, de la vérole? Vous n'avez jamais vu le virus, et pourtant vous le reconnaissez de suite à ses effets.

Ainsi encore vous reconnaîtrez que de trois gales différentes que porte un même chêne, chacune a été produite par un insecte particulier, et jamais par un autre. Vous aurez beau piquer ses bourgeons tant que vous voudrez, l'effet est spécial et indépendant de la quantité des modificateurs.

Vous ne m'objecterez pas que certaines modifications ont une forme variable, et qu'il n'y a plus dès lors de rapport entre la modification et le modificateur? Les lésions de toute nature que produit la vérole n'en tiennent pas moins au même virus de la vérole.

M. CAZEAUX. Elles varient suivant des périodes régulières, et il y a de la régularité dans leur ordre d'apparition.

M. TROUSSEAU. Il s'en faut de beaucoup, et puis la même chose se voit dans les maladies spécifiques, tandis que dans les maladies virulentes l'ordre d'apparition des accidents peut être interverti; la scarlatine peut débuter par l'œdème. Et, de plus, il s'en faut que toutes leurs lésions s'observent nécessairement dans chaque cas; dans la scarlatine, vous pouvez n'observer que de l'angine; ce n'en sera pas moins l'effet du virus scarlatineux. Il en est de même de la fièvre puerpérale, qui ne cesse pas pour cela d'être une maladie spécifique.

Dans la fièvre puerpérale, il y a une plaie, une phlébite, une métrite infectantes, comme il y a un chancre infectant dans la vérole; c'est par là qu'est produite une infection universelle, terrible, toujours reconnaissable à ses effets, et à laquelle la plaie n'a fait qu'ouvrir une porte d'entrée. Celle-ci aurait eu beau s'enflammer, elle n'aurait jamais produit l'infection si un levain morbide ne s'y était joint pour se répandre dans tout l'organisme et y produire ses lésions spéciales à lui, les pleurésies suppurées, etc.

Voici comment je me rapproche à la fois des localisateurs et des essentialistes. Je diffère des premiers en ce que je ne vois pas comme eux une phlébite simple verser du pus dans le sang, et produire ainsi des suppurations multiples; je vois une cause spécifique infectante, le génie malfaisant de M. Cazeaux se surajouter à la phlébite, à l'angioleucite, et produire à elle seule ces suppurations.

J'entre ici carrément dans l'ontologie : je vois l'économie en possession d'une fièvre essentielle, d'un principe étranger à la fièvre puerpérale normale ou fièvre de lait, comme le chancre dote l'économie d'une infection qui ne lui viendra jamais d'un ulcère simple. Métrite infectante, traumatisme infectant, chancre infectant, c'est tout un; la cause de l'infection n'est ni dans la métrite, ni dans le traumatisme, ni dans l'ulcère, mais dans un principe tout à fait spécial, spécifique enfin.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Fin de la liste de souscription ouverte le 30 janvier dernier en faveur de deux confrères malheureux.

MM. Viard, à Montbard	5
Gilbert Bouchacourt, à Saint-Christophe	5
Anonyme	20 fr.
Total	30 fr.
Reçu précédemment	301
Total général	331 fr.

Nous prévenons nos lecteurs que cette liste est close, et que nous avons partagé leurs offrandes entre les deux médecins dont la position nécessiteuse avait réclamé, de notre part, un appel à leur générosité.

A peine nous étions-nous acquitté de ce devoir, que des demandes nouvelles nous ont été adressées. Deux honorables confrères, l'un du département des Basses-Pyrénées, l'autre de la Charente-Inférieure, nous ont exposé leur situation malheureuse, leurs charges et leur dénûment, en nous priant d'être leur interprète auprès du corps médical. Dans la crainte d'importuner nos lecteurs par de si fréquentes souscriptions, nous aurions presque été d'avis de décliner l'honneur de notre intercession; mais en présence de besoins très-pressants, et après avoir reçu des aveux vraiment pénibles, nous nous sommes rappelé qu'il appartenait à la presse de venir efficacement en aide aux infortunes médicales, en attendant que l'Association générale de prévoyance puisse dispenser elle-même ses secours et son appui aux praticiens pauvres de la province. Nous ouvrons donc une nouvelle liste de souscription, et nous faisons avec confiance un second appel à la bienfaisance confraternelle, car nous avons toujours trouvé des cœurs généreux prêts à compatir aux malheurs de la profession.

La demande que nous faisons aujourd'hui est un puissant argument en faveur de l'Association générale, et nous ne pouvons qu'appeler de tous nos vœux la constitution définitive de cette société d'assistance, à laquelle notre éminent confrère M. Rayer concourt avec un dévouement si éclairé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Marteau, de Lumbres (Pas-de-Calais); *De la congélation des extrémités inférieures à l'armée d'Orient.*

De Bassaux, d'Amiens (Somme); *De l'emploi du chloroforme dans le traitement des attaques nerveuses dites hystériques.*

Cogit, de Troyes (Aube); *Traitement du bubon par la méthode Malapert.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 5 mai 1858, M. Socquet, professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de Lyon, est nommé professeur titulaire de matière médicale et de thérapeutique à la même Ecole, en remplacement de M. Brachet, décédé.

M. le docteur Delore est nommé professeur suppléant de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, en remplacement de M. Socquet.

— Par arrêté du 6 mai 1858, M. Pégot, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Toulouse, est nommé professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire à la même Ecole, en remplacement de M. Rolland, décédé.

M. Nogués, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Pégot.

M. le docteur Resseguet est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie et chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Nogués.

— M. le docteur Le Bret, médecin inspecteur des eaux de Balaruc, vient d'être nommé inspecteur adjoint à Uriage.

— M. le docteur Grouzet (de Montpellier) vient d'être nommé médecin inspecteur des eaux de Balaruc.

— La Société anatomique a tenu sa séance annuelle le 29 avril, dans la salle des thèses de la Faculté. Après un compte rendu fort remarquable des travaux de la Société, présenté par M. Vidal, secrétaire, l'assistance a entendu l'éloge historique de deux membres décédés. M. Barth a prononcé l'éloge de Sestier, et M. Laboulbène celui de Legendre.

On a ensuite procédé aux élections pour le renouvellement du bureau, qui est composé comme suit :

Président perpétuel, M. le professeur Cruveilhier. — *Vice-président*, M. Vidal. — *Secrétaire*, M. Gallard. — *Vice-secrétaire*, M. Millard. — *Trésorier*, M. Blain des Cormiers. — *Archiviste*, M. Poumet.

MM. Axenfeld, Foucher, Broca, Charrier, Bauchet et Dufour, ont été nommés membres du comité d'administration et de publication.

LE JEUDI 20 MAI, A MIDI, RUE DE TOURNON, 14, vente de la bibliothèque médicale de M. Bayle, docteur et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, décédé le 7 mars dernier. On trouve le catalogue de ses livres chez tous les libraires de médecine de Paris.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 57. — MARDI 18 MAI 1858. (31e ANNÉE.) N° 57. — MARDI 18 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 MAI 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Duméril a lu dans cette séance un mémoire original très-étendu sur les organes des sens et en particulier sur les sens de l'odorat, du goût et de l'ouïe chez les poissons. Ce travail, que son étendue ne nous permet pas de reproduire, renferme des considérations physiologiques très-intéressantes sur les modifications qu'imprime à l'organisation et au fonctionnement des organes des sens chez ces animaux le milieu dans lequel ils sont destinés à vivre. L'auteur a reproduit dans ce travail, avec de nouvelles preuves à l'appui, une opinion qu'il a émise sur la suppléance réciproque des organes des sens, il y a *plus de cinquante ans*. Quel heureux privilége !

M. Chevallier a appelé, il y a déjà plusieurs années, l'attention des médecins sur une maladie professionnelle restée jusque-là inconnue, la maladie des ouvriers qui travaillent à la fabrication du sulfate de quinine. Suivant ce savant hygiéniste, les ouvriers *sulfateurs* sont exposés à être atteints d'une maladie cutanée particulière, et d'une fièvre qui a été désignée sous le nom de *fièvre de quinquina* ou fièvre *quinique*. A l'époque où a été publié le premier travail de M. Chevallier sur ce sujet, on a contesté qu'il en ressortît la preuve de l'existence d'une maladie spéciale. Dans une nouvelle communication qu'il vient de faire dans la dernière séance de l'Académie, M. Chevallier maintient les mêmes propositions. Sont-elles mieux démontrées ? C'est ce que nous ne pourrions dire, n'ayant sous les yeux, de ce travail, que les conclusions.

L'Académie a reçu dans cette même séance un mémoire de M. Lukomski sur le traitement de la syphilis par la vaccination, non point par la *vaccination syphilitique*, comme on pourrait le croire, mais par la véritable vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du virus-vaccin. Comme nous ne savons pas juger un travail par son titre, et que le *Compte rendu* n'en donne pas davantage, nous nous abstenons prudemment de toute appréciation.

Nous ne ferons que mentionner ici un *événement* dont la relation a vivement excité l'intérêt de l'Académie, la naissance d'un hippopotame à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle ; le premier hippopotame né en Europe, presque aussitôt mort que né, il est vrai. Nous laisserons aux anatomistes du Muséum le soin de nous dire plus tard ce que leur aura révélé d'intéressant, au point de vue zoologique, la dissection de ce curieux et très-peu gracieux pachyderme.

M. Flourens a fait hommage à l'Académie de la troisième édition de son *Histoire des travaux de Cuvier*. Cet ouvrage se compose de quatre chapitres : le premier sur la zoologie ; le second sur l'anatomie comparée ; le troisième sur la paléontologie ; le quatrième sur l'histoire naturelle philosophique. Chacun de ces chapitres a reçu dans la nouvelle édition des développements nouveaux. Belle page d'histoire scientifique.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Affection aiguë des cellules mastoïdiennes.

Appréciation de l'état de ces cellules par le plessimétrisme et par l'auscultation ; moyens d'évacuer les liquides qui y sont contenus. Abcès et carie consécutifs à l'état aigu. — Ponction, injections avec la teinture d'iode iodurée ; usage à l'intérieur du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium. — Guérison.

M. D..., âgé de vingt-six ans, d'une constitution assez robuste, fut atteint dans les premiers jours de février 1858, d'une douleur assez vive ayant pour siége la région mastoïdienne droite. Les jours précédents, une rhénite avait duré pendant quelques jours. Un écoulement séro-purulent s'était récemment manifesté par le conduit auditif externe.

Une légère tuméfaction, de la rougeur, un peu de douleur, existaient le 10 février sur la peau qui recouvre l'apophyse mastoïde. La palpation trouvait sur ce point un peu de mollesse ; je pensai que le plessimétrisme pratiqué sur la région dont il s'agit, à droite et à gauche, donnerait quelques documents utiles. En effet, du côté malade, cette méthode permit de constater *de la matité presque absolue avec peu de dureté et d'élasticité*, tandis qu'*à gauche le son était très-sec, beaucoup plus bruyant, et l'impression tactile donnait une élasticité parfaite*. Je me demandais encore ce que l'auscultation pourrait ici apprendre. Or, pendant que je la pratiquais, je fis inspirer, et inspirer successivement et fortement le malade, et il arriva que j'entendis *très-distinctement un ronchus humide et médiocrement large* ; cela eut lieu huit ou dix fois de suite.

Alors je pensai qu'il était possible d'évacuer le liquide contenu dans les cellules mastoïdiennes, et cela en faisant pratiquer, alors que la bouche et les narines étaient tout à fait fermées, un mouvement d'inspiration forcée. En effet, les bruits cessèrent tout aussitôt que ce mouvement fut fortement pratiqué.

Le lendemain les phénomènes étaient à peu près les mêmes, mais le jour d'après, les ronchus des cellules mastoïdiennes cessèrent, et la matité absolue, le bruit et la sensation hydrique du plessimétrisme devinrent de plus en plus tranchés. Je ne doutai point dès lors qu'il y avait du liquide déposé dans les cellules mastoïdiennes, et qu'il se déclarerait tôt ou tard un abcès.

L'écoulement par le conduit auditif diminuait, sa source avait été la caisse du tambour ; la membrane de celle-ci avait été perforée, car, par l'expiration forcée, l'air sortait par le canal extérieur de l'oreille en produisant un sifflement et un ronchus large, très-différents des bruits plus menus que les cellules mastoïdiennes faisaient entendre.

Pendant huit jours le mal resta stationnaire. Cependant l'écoulement cessa, l'air ne passa plus par le conduit auditif externe, et une tuméfaction plus marquée, avec rougeur et douleur de la région mastoïdienne, devint de plus en plus apparente. En même temps la matité hydrique était plus marquée qu'auparavant.

Huit autres jours se passèrent ; l'abcès fit de plus en plus saillie. La fluctuation chirurgicale se manifesta à son sommet.

Voici quelle fut la médication employée.

Depuis plusieurs jours et dès le moment où il était devenu évident que les parois des cellules étaient malades, j'avais administré le phosphate de chaux à la dose de plusieurs grammes par jour. Le but de cette médication était de rendre à ces parties préjugées ramollies le phosphate de chaux qui leur manquait. De plus j'avais prescrit trois grammes par jour d'iodure de potassium pris en trois fois dans une demi-verrée d'eau édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger. En même temps un régime réparateur avait été prescrit.

La ponction avec un trocart assez fin fut pratiquée. Je ne courais aucun risque d'en agir ainsi, puisque le plessimétrisme me permettait de constater très-profondément la présence du liquide, et que l'os ne se trouvait qu'à plusieurs centimètres au-dessous de la peau distendue. C'est sur le centre de la tumeur que la ponction fut faite. Il sortit de la canule près d'une petite cuillerée d'un pus rougeâtre très-épais et qui ne s'échappa qu'au moyen d'une assez forte pression. Un stylet mousse, porté par le tube du trocart dans la place, toucha les parois osseuses des cellules mastoïdiennes. Le pus étant évacué, j'injectai dans l'abcès de la teinture d'iode iodurée, étendue d'un tiers d'eau. La plaie fut fermée avec le diachylon, étendu au moment même sur du taffetas, ce qui donne à cet emplâtre beaucoup de souplesse et des propriétés agglutinatives très-prononcées (1). Le soir, le lendemain et pendant huit jours, M. Baudoin, élève soigneux et très-instruit, rouvrit la plaie et fit des injections alco-iodées. Le troisième jour, à partir de l'opération, le pus cessa de couler, la douleur et la tuméfaction diminuèrent, le son et la sensation tactile, ostéique, se rétablirent avec les mêmes caractères que du côté opposé, et dix jours après la ponction, le phosphate de chaux et l'iodure de potassium étant continués, la guérison fut complète et l'audition elle-même se rétablit.

On trouve dans ce fait remarquable :

1° Une application nouvelle et prévue dans le *Traité de médecine pratique* (Allopathie, tome VIII) de l'auscultation au diagnostic de l'état des cellules mastoïdiennes,

2° Des résultats importants de l'emploi du plessimétrisme dans les maladies des os et lors de la présence des liquides dans leur tissu ;

3° Un moyen de faire évacuer par un mouvement inspirateur

(1) Il y a deux ans que j'ai employé ce moyen, dont je tire pratiquement beaucoup de parti, et que je recommande à mes confrères.

FEUILLETON.

A PROPOS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Errare humanum est, perseverare diabolicum.

M. Paul Dubois, placé au sommet de la science, de l'expérience et des honneurs, n'a plus à vouloir que le bien ; en effet, je sais que chez lui l'honnêteté et la droiture sont en harmonie avec l'élégance et la pureté du langage.

Je n'hésite donc pas, malgré tout ce qui nous sépare et le respect particulier que cet homme considérable m'inspire, je n'hésite pas, dis-je, à exposer franchement mes idées, bien qu'elles ne soient pas en parfaite concordance avec les siennes.

Ce professeur propose « de créer en dehors des hôpitaux ordinaires, ou d'y annexer sans les confondre, des bâtiments capables de recevoir annuellement six à huit cents femmes en couches. Les salles seront de dix lits seulement, bien aérées, etc. »

Mais M. le docteur Tarnier a établi que le chiffre des décès était à peu près de 1 sur 19 dans les Maternités, et de 1 sur 322 dans le douzième arrondissement de Paris.

Si l'on reste en ville, les meilleures conditions de l'hôpital le plus perfectionné seront toujours aussi mauvaises pour le moins que celles des femmes de l'intérieur. On fait donc la part du feu en y demeurant, puisqu'il est reconnu que la fièvre puerpérale est inobservée à la campagne.

Je saisis cette occasion pour dire ceci : En parlant de la fièvre puerpérale, je ne m'exprime pas au sujet de quelques très-rares accidents de la suite des couches ; je parle de la fièvre puerpérale des hôpitaux et des grandes villes, et je *réimprime* avec confiance que jamais ni moi ni mes confrères ne l'avons rencontrée depuis vingt ans.

Continuons : Les propositions émises par M. Paul Dubois n'étant pas la perfection, essayons de démontrer, par un extrait de notre travail (*Thèse sur l'insalubrité des hôpitaux* ; Paris, 26 novembre 1852), qu'il est possible de faire mieux.

« Il faut créer des cités hospitalières, puisque l'expérience prouve » que l'on guérit bien dans la campagne ; il faut bâtir des villages pour » y traiter les pauvres malades ; on choisira donc, à un myriamètre des grandes villes, sur le parcours d'un chemin de fer, un terrain sec et élevé, jouissant de toutes les expositions solaires et de tous les vents, hors du cercle de toute exhalaison nuisible, suffisamment pourvu de bonnes eaux potables et abondamment de celles qui sont nécessaires aux usages de propreté, en un mot dans le lieu où Varron place sa maison :

In bona regione quæ bonum cœlum habeat, in bonum solum æstate habeat umbram, hieme solem.

Puis, joignant l'expérience au raisonnement, les habitants de la contrée choisie devront être vigoureux et exempts de toute maladie causée par le pays.

On y bâtira des cases isolées sur des rues d'au moins 20 mètres de largeur, dirigées du nord au midi. Ces demeures seront élevées d'au moins 0,50 c. au-dessus du sol ; les murs, de 0,50 c. d'épaisseur, seront faits de mortier de chaux et de pierres (cette épaisseur est indispensable pour résister à la chaleur, au froid et à l'humidité : de larges ouvertures seront pratiquées dans ces chambres.

Elles seront éloignées des cases voisines par un espace vide, au moins égal à leur hauteur ; elles pourront contenir un ou plusieurs malades, jusqu'à quatre seulement, à raison de quarante mètres cubes d'air respirable par individu.

Les murs seront enduits de plâtre et blanchis à la chaux en dedans ; le plafond sera à quatre mètres au-dessus du sol de la chambre ; il n'y aura pas de premier étage. La couverture sera en chaume ; la paille conduit mal le calorique, et sous ce genre de toiture il fait frais en été et chaud en hiver, ce qui n'a pas lieu avec la tuile, et encore moins avec l'ardoise et le zinc.

L'ameublement se composera d'un lit de fer avec la garniture ordinaire des hôpitaux, en matelas, couvertures, rideaux et autres accessoires ; une table de nuit, deux chaises, un tapis de pieds en paille tressée.

Un cordon de sonnette à chaque lit servira à appeler les gens de service. Les sonneries seront différentes, selon les soins et la personne que les malades demanderont ; un seul jour suffira pour leur en apprendre la manœuvre, qui sera des plus simples.

Au-devant des cases et d'un bout à l'autre de la rue, seront établis, de chaque côté, des trottoirs de trois mètres de largeur et d'une hauteur convenable ; à la jonction de ces trottoirs à la chaussée, il existera un ruisseau qui, dans les temps chauds et lorsqu'on le désirera, laissera couler un filet d'eau limpide.

L'établissement sera entouré de tous côtés d'un mur de deux mètres 50 centimètres de hauteur, avec une seule ouverture gardée par un concierge.

Des cabinets ambulants faits sur le modèle des anciennes vespasiennes seront en station dans les rues et amenés à la porte du malade qui en aura réclamé l'approche. Le personnel administratif, les reli-

forcé (la bouche et les narines étant closes) les liquides contenus dans les cellules mastoïdiennes;

4° Un exemple de plus de l'utilité de l'usage à l'intérieur du phosphate de chaux porphyrisé et de l'iodure de potassium dans diverses affections des os;

5° Un succès remarquable dans un cas d'abcès et de carie des cellules mastoïdiennes, dû à l'emploi des moyens précédents et des injections alco-iodées.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur agrégé.

De la ligature de l'œsophage. — Analyse de l'état actuel de la question.

Les expériences pratiquées sur les chiens ont enrichi la toxicologie des notions les plus importantes et les plus nombreuses : elles constituent encore aujourd'hui la source la plus féconde d'enseignements sur l'histoire des poisons. Mais, lorsqu'il s'agit soit de reconnaître si une substance produit sur l'économie animale des effets toxiques, soit de déterminer quelle est la valeur d'un contre-poison, les expériences sur les chiens ne sont rigoureuses qu'à la condition que l'œsophage ait été lié, de manière que les substances portées dans l'estomac ne puissent pas être rejetées par les vomissements. La connaissance des effets produits par la ligature de l'œsophage présente donc un très-grand intérêt : non-seulement elle doit nous fixer sur le degré de confiance que méritent les résultats des innombrables expériences faites en liant l'œsophage, mais encore elle décidera si l'on peut continuer à recourir à ce mode d'expérimentation.

Après avoir attentivement étudié (1) les travaux faits sur la ligature de l'œsophage, je ne crains pas d'affirmer que jusqu'à présent rien ne justifie la défaveur jetée sur les expériences faites par Orfila, et qu'à l'avenir on pourra encore, à condition de prendre quelques précautions qui n'avaient peut-être pas été suffisamment formulées, continuer à rechercher l'action des substances sur l'économie animale en agissant sur des chiens dont l'œsophage sera lié. Une courte analyse des recherches expérimentales faites sur la question me suffira pour motiver mon opinion.

Mais avant de m'occuper des travaux récents, je crois à propos de rappeler les expériences anciennes. Orfila, dans son *Traité de toxicologie*, s'exprime ainsi : « Il est avéré par plus de 50 expériences que si après avoir isolé l'œsophage on le lie et qu'on maintienne la ligature pendant vingt-quatre ou trente-six heures, les animaux n'éprouvent qu'un léger abattement et un peu de fièvre. » Plus loin il ajoute : « Il résulte de douze expériences faites en liant l'œsophage *préalablement percé* (presque toujours Orfila pratiquait une ouverture à l'œsophage pour introduire plus facilement les substances qu'il voulait porter dans l'estomac) que cette ligature ne détermine constamment pendant les deux premiers jours qu'une légère fièvre et un peu d'abattement incapables de faire périr les animaux en si peu de temps; que si l'on tue les animaux à cette époque, on ne découvre aucune lésion cadavérique. » Voilà ce qu'avait observé Orfila; voilà le résultat des expériences qu'il a exécutées avec l'intention d'étudier l'influence de la ligature de l'œsophage : elles sont nombreuses et bien nettes.

Voyons maintenant le résultat des expériences faites depuis que M. Bouley a rappelé l'attention sur ce point. Je dois commencer par dire que tout en tenant compte de celles où de l'eau tiède a été portée dans l'estomac pour provoquer des efforts de vomissement au moment de lier l'œsophage, je néglige à dessein toutes celles dans lesquelles une substance active, émétique ou autre, a été administrée. Nous ne sommes pas assez fixés sur les doses des corps toxiques qui peuvent déterminer la mort des animaux, pour savoir quel rôle jouent ces substances dans les expériences où elles interviennent.

Après cette élimination, j'arrive à un total de 92 expériences. L'œsophage a été simplement lié 63 fois, et 9 fois on a pratiqué une ouverture à ce conduit au-dessus du point lié. Sur 32 animaux chez lesquels la ligature a été laissée indéfiniment, 20 ont vécu plus de 48 heures après l'opération; 12 ont succombé dans les 48 heures qui ont suivi l'opération. Lorsque la ligature n'a été laissée appliquée que 24 heures, 24 chiens sur 28 ont vécu plus de 48 heures, 4 ont vécu seulement entre 36 et 48 heures; enfin, 3 chiens auxquels M. Bouley a enlevé la ligature au bout de 2 heures, ont guéri tous trois. Les 9 animaux dont l'œsophage a été percé au-dessus de la ligature, ont tous vécu trois jours au moins; un d'eux n'est mort que le onzième jour après l'opération.

Voilà les faits. Il est incontestable que quelques animaux périssent rapidement après la ligature de l'œsophage; et j'avoue que je ne m'explique pas comment, sur le 50 expériences qu'il avait faites, Orfila n'avait jamais vu succomber un animal. Quoi qu'il en soit, recherchons quelle peut être la cause de la mort.

Suivant M. Bouley, c'est aux efforts de vomissement qu'il faut l'attribuer. Je suis encore à me demander comment M. Bouley, qui a vu périr des chiens en deux ou trois heures (et il est le seul), a émis une pareille opinion. Est-ce que des efforts de vomissement, quelque violents qu'ils soient, pourraient déterminer si rapidement la mort d'un chien? Il me semble qu'une pareille idée est en contradiction flagrante avec toutes les notions fournies par la physiologie et la pathologie. En tous cas, c'est là une assertion pour laquelle une démonstration ne serait pas superflue. Je sais bien que pour appuyer son opinion, M. Bouley fait jouer un rôle important à une lésion de l'appareil digestif; mais ces lésions se bornent à une turgescence du foie, à une congestion de la muqueuse gastro-intestinale, et dans la présence de mucosités sanguinolentes dans l'intestin, et ces lésions n'existent pas constamment. En tous cas, je ne vois pas qu'elles suffisent pour expliquer la mort si prompte des animaux opérés. Pour moi, après les expériences de M. Follin, celles de M. Dechambre et les miennes propres, il me paraît incontestable que la mort des chiens dont l'œsophage a été lié ne peut et ne doit être attribuée qu'à l'action de cette salive épaisse, spumeuse et filante qui pénètre dans les voies respiratoires. Tout concourt à mettre cette explication hors de doute. Les animaux qui sécrètent beaucoup de salive sont les seuls qui meurent promptement. Les symptômes sont ceux de la suffocation ou de l'asphyxie; les lésions graves n'existent que dans l'appareil respiratoire. D'ailleurs, en ouvrant les animaux peu de temps après l'opération, j'ai retrouvé cette salive dans la trachée et dans les bronches : je l'ai, qu'on me passe l'expression, surprise en *flagrant délit*. Les résultats des expériences faites en pratiquant une ouverture à l'œsophage au-dessus du point lié viennent encore à l'appui de cette manière de voir; elles montrent que quand la ligature sans ouverture de l'œsophage produit la mort, elle le fait bien plus rapidement que la ligature compliquée d'une ouverture. Ce résultat, si éloigné de toute prévision, est bien facile à expliquer : c'est que par cette ouverture la salive s'échappe au dehors, et alors elle ne pénètre plus dans les voies respiratoires. Dans toutes les expériences que j'ai vu faire à Orfila, dans toutes celles que j'ai faites moi-même en imitant exactement sa manière de procéder, j'avais remarqué ce liquide blanc qui sort par la plaie de l'œsophage; je ne me doutais pas du mal qu'il peut faire.

Il nous semble donc beaucoup plus rationnel d'attribuer la mort des animaux à l'entrée de ce corps étranger dans les voies respiratoires qu'aux efforts de vomissement.

Y a-t-il, d'ailleurs, des efforts de vomissement? Sans contredit les parois abdominales se contractent, et la présence de grandes quantités de bile, trouvées à l'autopsie dans l'estomac, le prouve bien; mais il est facile de remarquer que ces efforts ont surtout pour but de débarrasser le pharynx et la bouche, et non pas l'estomac. En effet, on ne tarde pas à voir, en observant attentivement, que c'est principalement sur la bouche et l'arrière-gorge, au-dessus de la ligature, que portent les plus violents efforts.

En résumé, la grande majorité des chiens dont l'œsophage a été lié survivent à l'opération plus de quarante-huit heures, et la mort de ceux qui succombent dans les deux premiers jours doit être attribuée à un trouble des fonctions respiratoires déterminé par l'entrée d'une certaine quantité de salive dans l'appareil chargé de sa respiration.

Il suffira donc de faciliter la sortie de cette salive avant qu'elle pénètre dans l'appareil respiratoire, pour éviter les accidents, et alors on pourra affirmer que la mort des chiens auxquels une substance a été administrée au moment où l'œsophage a été lié, quand elle arrive dans les quarante-huit premières heures, doit être attribuée à l'action de la substance et non à l'opération pratiquée.

Une ouverture faite à l'œsophage au-dessus de la ligature, réalise cet avantage, en même temps qu'elle rend beaucoup plus commode l'ingestion de la substance qu'on veut essayer. Il faut donc pratiquer une ouverture à l'œsophage, et ne conclure que la substance essayée est toxique que quand la mort sera survenue dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'ingestion. Voilà les deux précautions nécessaires et suffisantes pour que les expériences faites en liant l'œsophage présentent toute la rigueur désirable. *On peut donc continuer à recourir à l'expérimentation sur les chiens en liant l'œsophage.*

Ce qui précède étant admis, on ne peut refuser que les expériences d'Orfila et les conclusions qu'il en a tirées conservent toute leur valeur; car, quoiqu'il ne les ait pas formulées, sauf des cas exceptionnels, Orfila s'est rigoureusement conformé aux deux préceptes établis. En effet, il introduisait les substances par une ouverture pratiquée à l'œsophage, parce que l'introduction par la bouche est très-incommode et très-difficile; moi je ne l'ai jamais vu opérer autrement : s'il n'a pas indiqué explicitement cette particularité en rapportant ses expériences, c'est qu'il n'y attachait pas d'importance; quelquefois, il est vrai, il faisait des essais comparatifs sans percer le conduit œsophagien, mais c'était rare.

Dans les premières éditions du *Traité de toxicologie*, il est facile de voir qu'Orfila ouvrait toujours l'œsophage. Depuis, pour montrer que les résultats étaient semblables, il a ajouté aux anciennes expériences quelques-unes pour lesquelles l'œsophage n'était pas percé; mais c'était là une pure formalité de concession. En somme, sauf de rares exceptions, Orfila introduisait toujours les substances qu'il voulait étudier par une ouverture faite à l'œsophage. J'en appelle aux témoins de ses expériences. D'ailleurs, on n'a qu'à faire le relevé dans son *Traité de toxicologie*, et on verra que, comme Orfila le dit à la page 49, les sept huitièmes des animaux sur lesquels il a expérimenté sont morts *deux*,

(1) Dans une question qui ne peut être décidée que par des expériences, j'ai cru ne devoir me préoccuper que des recherches expérimentales. Faute de posséder des détails suffisants sur les expériences de M. Colin, d'une part, et de M. Sédillot, d'une autre, j'ai renoncé à éclairer la discussion des lumières que ces deux auteurs si habiles auraient pu fournir : c'est un vrai sacrifice que j'ai fait; car en somme tous deux ont vu que l'opération de la ligature de l'œsophage est loin de présenter la gravité qu'on lui a attribuée dans ces derniers temps. C'est dans les communications faites à l'Académie de médecine par MM. Bercly et Rupal, par M. Jobert (de Lamballe), par M. Follin; c'est dans les articles publiés par M. M. Sée dans la *Gazette hebdomadaire* où il résumait les expériences qu'il a faites en collaboration avec MM. Dechambre, Martin Magron; c'est dans un grand travail de M. Szumowski (de Saint-Pétersbourg); c'est dans mes expériences personnelles que j'ai puisé l'opinion que j'exprime ici. J'ai fait tous mes efforts pour ne laisser échapper aucun travail ayant trait à la question; mais je n'ose pas me flatter de les avoir connus tous.

---

gieuses, les internes, les infirmiers, seront placés dans l'enceinte, mais à l'écart.

De place en place, dans les rues, seront des postes de religieuses et d'infirmiers prêts à se porter où leur seront faits des appels.

Il y aura des préaux à l'air libre; ils recevront des châssis à verres mobiles; ils seront chauffés lors de la mauvaise saison; en été, ils resteront à claire-voie d'un ou de plusieurs côtés.

De larges allées seront réservées dans les jardins, pour que les convalescents puissent jouir de la promenade; autant que possible, les malades recevront leurs aliments dans les préaux, pour éviter l'expansion des odeurs alimentaires à l'intérieur des cases.

Dans tous les cas d'opérations graves ou lors de suppurations étendues, il y aura un seul malade par chambrée; dans les autres circonstances, le nombre pourra en être élevé jusqu'à quatre, mais *jamais plus*.

Suit un chapitre *sur les avantages et les inconvénients des cités hospitalières*.

« La suppression radicale des Maternités, dit M. P. Dubois, me paraît inexécutable dans les conditions actuelles de notre société; cette impossibilité doit être déjà très-légitimement présumée quand on songe qu'il n'y a nulle part aujourd'hui de grands centres de population où ces établissements fassent défaut, et il en est ainsi parce qu'ils répondent à une nécessité dont l'évidence ne saurait être méconnue. »

En réfléchissant à la topographie des anciennes villes, qui étaient ceintes de murailles, il est aisé de comprendre pourquoi les abattoirs et les hôpitaux y étaient contenus, pourquoi tous les arts et métiers insalubres s'y exerçaient; le besoin de se clore n'existant plus, on a déjà éloigné des centres populeux tout ce qui pouvait nuire à la santé publique; ne voit-on pas avec quelle sollicitude l'administration élargit, agrandit, éclaire et assainit toutes les voies intérieures des grandes cités; n'en doutons pas, le moment est venu de mettre les hôpitaux au dehors. Les chemins de fer, le télégraphe électrique, ainsi que nous allons le démontrer, sont une providence pour cette désirable mutation.

Six mille femmes à transporter en attendant que l'on y mène tous les malades, c'est moins de vingt par jour : ce chiffre est insignifiant.

Parmi les mille moyens de le faire, proposons ceci : Il y aura à chaque embarcadère correspondant à une cité hospitalière une salle d'attente destinée aux femmes disposées à accoucher; là se trouveront quelques lits, et l'accouchement pourra s'y faire, puisque des élèves de garde y seront toujours. Un wagon emportera les femmes; elles seront sous la conduite d'un élève en médecine ou d'une sage-femme. Ce transport très-vaste sera muni de lits et de tout le nécessaire pour accoucher en route; il sera chauffé en hiver.

Il n'y a rien là de bien extraordinaire : on accouche à bord des navires. Arrivé à la station, après un quart d'heure de marche, le wagon sera détaché du train et poussé à bras dans les rues de la cité sillonnée de rails; au besoin, les accouchées, s'il s'en trouve, seront roulées dans leur chambre avec leur lit tout entier par un moyen mécanique facile à concevoir.

Le télégraphe électrique ayant averti le personnel de l'établissement de ce qui se passe en route, tout sera prêt à l'arrivée.

Cela s'accommode à merveille, rien n'y manque. Quel plus convenable usage d'employer et l'art, et la science, et les découvertes nouvelles, et la fortune des pauvres?

Quant à moi, je suis convaincu de l'opportunité de ces mesures, et ne doute pas que bientôt tous les hôpitaux soient établis sur ce modèle.

Quel bonheur pour nos confrères de ne plus avoir à combattre que les maladies seules! Leur habileté paraîtra dans tout son jour, et à leur consciencieuse satisfaction viendra s'ajouter le tableau des véritables progrès de la science et de l'art, entaché jusqu'ici par l'insalubrité des hôpitaux.

J'adjure l'Académie impériale de médecine tout entière de prendre ce projet en très-sérieuse considération.

En pareille matière, il ne faut pas se contenter de faire à peu près bien, ni même bien, il convient de faire parfaitement.

Je ne demande pas que l'on adopte tout à coup ces réformes pour l'assistance publique entière; le bien des indigents doit être gouverné avec une stricte économie et une sage prudence; mais il me paraît juste de commencer.

Du reste, quand une idée est bonne, que ses conséquences honnêtes sont utiles et profitables au grand nombre, si ceux qui ont la puissance en main l'acceptent, elle est mise en pratique; mais s'ils refusent de le faire, ils sont débordés, et le bien se fait quand même.

Avis au lecteur. Dr A. Joux (de la Ferté-Gaucher).

---

quatre, huit, douze ou *vingt-quatre heures* après l'ingestion de la substance et la ligature de l'œsophage.

Un mot encore à propos d'Orfila. Dans sa seconde communication, M. Bouley, au milieu d'une argumentation plus brillante que solide, se fit fort de puiser dans l'ouvrage d'Orfila la preuve irrécusable de l'erreur commise par celui-ci.

Je néglige les arguments qui passèrent inaperçus pour arriver à celui qui produisit une véritable sensation; le voici. Je cite : « M. Trousseau donne le sous-nitrate de bismuth à la dose de 30 grammes. M. Monneret, me dit-on, en prescrit jusqu'à 80 grammes ! Et quelle est la dose toxique d'après Orfila ? 3 grammes ! ! Oui, le sous-nitrate de bismuth, cette substance inerte, insoluble, insipide. donne la mort en dix-huit à vingt heures aux chiens... dont on a lié l'œsophage. » M. Bouley conclut que la mort doit être attribuée dans ce cas à la ligature de l'œsophage, et non pas, comme l'a fait Orfila, au sous-nitrate de bismuth. C'est à la page 11 du tome II de la *Toxicologie* que se trouve rapportée l'expérience à laquelle M. Bouley fait allusion. Si l'honorable contradicteur d'Orfila eût poussé sa lecture jusqu'à la page 12, il aurait remarqué qu'un chien assez fort, *dont l'œsophage n'avait pas été lié*, est mort vingt heures après avoir avalé 10 grammes du même sous-nitrate de bismuth. Je laisse à M. Bouley le soin de concilier le résultat de cette expérience avec l'interprétation qu'il a donnée de la première.

Enfin, pour terminer, je dois dire qu'Orfila n'a pas établi, dans ses conclusions, que le sous-azotate de bismuth fût toxique pour les chiens ni à la dose de 3 grammes, ni même à la dose de 10 grammes. Il rapporte simplement ce qu'il a vu quand il décrit ses experiences; mais il a été moins pressé de conclure que M. Bouley.

Jusqu'à nouvelle preuve du contraire, je me crois donc autorisé à admettre qu'aujourd'hui encore *les expériences faites par Orfila, et les conclusions qu'il en a tirées, méritent toute confiance.*

(*La fin à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Rétroversion utérine pendant la grossesse.

Par M. le docteur Chapplain, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Parmi les déplacements de la matrice, la rétroversion est l'altération physique qui a appelé au plus haut degré l'attention des chirurgiens, quand elle se présente dans le cours de la grossesse. Chaque année les journaux de médecine contiennent un assez grand nombre de faits qui témoignent de l'importance de ce déplacement et des accidents auxquels il peut donner lieu. L'utérus, renfermant un produit de conception et placé en rétroversion, se trouve dans la condition fâcheuse d'un corps qui se développe et qui se trouve contenu dans une enveloppe inextensible; de là un grand nombre d'accidents qui ont de tout temps réclamé l'intervention de l'homme de l'art.

Mme X..., d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgée de vingt-neuf ans, a eu huit grossesses. Quatre accouchements ont eu lieu à terme, l'un d'eux a été terminé par le forceps; deux grossesses ont abouti à sept et huit mois; elle a eu deux avortements, l'un à cinq mois, l'autre à six mois; ce dernier pendant le cours de l'été de 1855. Cette dame jouit d'une excellente santé; elle est grande et a le bassin parfaitement conformé.

Mme X... est donc grosse pour la neuvième fois. La dernière époque menstruelle a eu lieu le 15 décembre 1855. Les premiers mois de la grossesse n'ont présenté aucune circonstance particulière. Dès le commencement de mars surviennent des douleurs très-violentes vers la région utérine. Mme X... est obligée de se mettre au lit, la sensation qu'elle éprouve est celle d'un corps qui tendrait à sortir du bassin à travers la vulve. Quelques jours avant le début de ces douleurs, la malade avait éprouvé une émotion morale vive, à laquelle elle et son entourage rapportent l'origine des phénomènes dont elle se plaint. Le séjour au lit, l'emploi de quelques lavements laudanisés, ramènent le calme pendant quelques jours, mais bientôt les douleurs reparaissent. Ne pouvant me rendre compte de cet état pénible qui accompagnait le début d'une grossesse, ni de cette sensation éprouvée par Mme X..., je la soumis à l'examen direct. Le doigt introduit dans le vagin pendant que la malade est couchée sur le dos, c'est en vain que je cherche le col utérin.

Le fond de l'excavation vaginale est fermé par un corps souple, ne présentant aucune inégalité; en ramenant le doigt en avant et en haut, je sens que le cul-de-sac antérieur du vagin s'étend au-dessus de la tranche horizontale du pubis; c'est dans la paroi supérieure de ce cul-de-sac prolongé que se trouve le col utérin, l'orifice du museau de tanche est incliné en avant et un peu en bas. Le doigt, promené alors d'avant en arrière, reconnaît que la partie postérieure et supérieure du vagin est fermée par la face postérieure de la matrice, laquelle, parvenue au niveau du rectum dans l'excavation du bassin, s'infléchit encore en bas, en sorte que le sommet de la matrice, au lieu d'être dirigé directement en arrière, se trouve porté un peu en bas.

L'examen de la malade fait donc constater, non-seulement une rétroversion, mais encore une rétroflexion double, si je puis ainsi la dénommer, car le sommet de l'utérus se trouve placé, non pas sur le même plan que le corps de la matrice, mais sur un plan inférieur, de manière que le doigt, parcourant la face postérieure de l'utérus, rencontre un angle rentrant sur cette face avant d'arriver au bout de la tumeur formée par le sommet de la matrice. Le col est lui-même infléchi un peu en bas et dans un plan également inférieur. La face postérieure de l'utérus représente ainsi une espèce de voûte dont le cintre est très-allongé et dont les piliers, d'inégale longueur, sont très-courts.

L'examen direct pouvait seul faire reconnaître la nature de la maladie; car la matrice n'était point encore assez développée pour amener les complications ordinaires de ce déplacement; les urines sont rendues sans difficulté; les selles sont faciles; un purgatif a été pris il y a quelques jours; de plus, des lavements entretiennent la liberté du ventre.

L'état de Mme X... étant ainsi parfaitement reconnu, les moyens thérapeutiques devenaient inutiles à mes yeux : il fallait recourir à la réduction.

La malade est placée sur le dos, au bord du lit, le siége élevé; j'introduis alors dans le vagin un doigt de chaque main : celui de la main gauche, porté en avant, doit accrocher le col et le ramener en bas; celui de la main droite, au contraire, doit pousser en haut le sommet de l'utérus pour lui faire franchir l'angle sacro-vertébral. L'utérus cède peu aux efforts que j'emploie.

Les tentatives de réduction devant dès lors entraîner une action assez violente sur l'utérus et pouvant déterminer des accidents graves, tels qu'un avortement avec toutes ses complications, je réclame l'adjonction d'un honorable et savant confrère, M. Villeneuve.

Après l'examen de Mme X..., M. Villeneuve me conseilla l'emploi d'un purgatif, bien que les selles fussent assez régulières. On sait que la présence de matières dures n'est point toujours un obstacle à la défécation, et dès lors ces matières, qui sont sur l'utérus, pouvaient expliquer le déplacement de l'organe.

Le purgatif (60 grammes d'huile de ricin dans du sirop de menthe) donna lieu à quelques selles, mais ne détermina pas l'émission de matières fécales dures, témoignant par leur nature d'un long séjour dans le gros intestin. Débarrassé alors de toute crainte relativement à un obstacle physique pouvant s'opposer aux efforts de réduction, je renouvelle mes essais, la malade étant placée sur le dos, sans obtenir aucun résultat. Je change alors la position, et je fais placer Mme X... sur le bord du lit, à genoux, le siége élevé et la tête dans la position la plus déclive possible.

Placé derrière la malade, mes deux doigts sont introduits dans le vagin et agissent en sens inverse, de manière à ramener le col en bas au-dessous du pubis, et à refouler en haut le bas-fond de la matrice. Le col accroché se déplace et peut être ramené vers l'axe du bassin. Croyant avoir réduit le déplacement, j'ordonnai à Mme X... de se tenir couchée soit sur le ventre, soit sur le côté; mais quand je renouvelai mon examen le lendemain, je trouvai les choses dans l'état primitif.

Quelques jours après, je donnai un nouveau purgatif, et je recommençai mes tentatives de réduction. La malade reprit la même position; seulement pensant que, si mes essais avaient été infructueux la première fois, cela tenait à la difficulté de faire remonter assez haut le sommet de l'utérus, j'armai mon doigt qui devait agir sur cette partie de l'organe d'un tampon formé par une éponge placée à l'extrémité d'une baleine. Cette manœuvre produisit des douleurs violentes : la malade perdit un peu de sang; l'utérus se déplaça, et le col fut ramené au centre du bassin. J'ordonnai, comme précédemment, à Mme X... le repos sur le côté ou sur le ventre.

Mon premier insuccès m'avait fait craindre que la dernière tentative n'eût été également infructueuse; mais quand je ramenai, quelques jours après, M. Villeneuve pour constater l'état de la matrice, nous trouvâmes cet organe rétabli dans sa position normale, et ayant au contraire un peu d'antéversion. La grossesse de Mme X... a suivi son cours jusqu'au sixième mois, où, sans cause appréciable, elle a accouché d'un enfant mort depuis plusieurs jours.

En compulsant les observations très-nombreuses publiées dans les recueils de chirurgie, on trouve que bien souvent la rétroversion a été précédée de violences physiques, chutes sur le siége, coups, etc. Rien de semblable ne s'est présenté chez madame X.... Elle a eu une émotion morale, mais bien que cette circonstance ait précédé de peu les accidents qui ont été les premiers indices de son état de maladie, il est bien difficile d'admettre que telle est la cause qui a pu donner lieu au déplacement utérin.

Les procédés opératoires au moyen desquels on peut obtenir la réduction de la rétroversion utérine sont nombreux; mais il est une condition qui doit faciliter la manœuvre, et cela me paraît mériter l'attention du chirurgien : je veux parler de la position que l'on doit faire conserver à la femme pendant les tentatives de réduction.

Dans un cas de rétroversion utérine, lorsque la femme est dans la position verticale, tous les viscères abdominaux pressent sur la face antérieure de la matrice et tendent à en augmenter le déplacement. L'utérus lui-même, livré à son propre poids, s'enfonce dans le bassin jusqu'à ce qu'il trouve un point d'appui soit sur les parties molles, soit sur les saillies osseuses.

Plaçons maintenant la femme sur le dos : une partie des viscères abdominaux ne portera plus sur le segment inférieur de l'abdomen occupé par la matrice, mais bien sur les régions lombaires; cependant on trouvera toujours un obstacle dans la présence de ces viscères qui appuient encore sur la face antérieure de l'utérus. Cet organe lui-même s'oppose par son poids aux efforts de réduction, et tend à reprendre sa position vicieuse jusqu'au moment où la réduction est complète.

Si le chirurgien trouve dans cette position moins d'obstacles à vaincre que dans la station verticale, rien encore ne vient à son aide, et il a à combattre non-seulement le déplacement, mais encore des conditions qui le favorisent. Amussat conseille de donner à la malade cette position; mais je crois que l'on doit imposer celle qui m'a réussi dans l'observation de Mme X..., et je pense qu'on ne pourra réellement se prononcer sur l'irréductibilité de la rétroversion que lorsqu'on aura appelé à son aide tous les moyens favorables à la réduction.

Quand la femme est placée sur ses genoux, la tête aussi basse que possible, le siége très-élevé, les conditions ordinaires de la station sont renversées, sinon d'une manière absolue, du moins à un très-haut degré. Les organes abdominaux vont peser sur la paroi antérieure de l'abdomen, sur le diaphragme, et rien ne pousse plus sur la paroi antérieure de la matrice. Cet organe lui-même va devenir un élément de réduction. Si dans le début de la manœuvre opératoire, l'organe, par l'exagération de son déplacement, a de la tendance à se porter en bas et en arrière, dès que l'on en aura soulevé le fond, que l'on aura ramené le col en arrière du pubis, la matrice ressemblera à une cloche qui complète par son poids le mouvement qui lui a été imprimé.

La réduction, faite dans les conditions que je viens d'indiquer, trouve encore une circonstance favorable par la diminution des efforts de la malade. Quelle que soit la bonne volonté de la femme soumise à une opération dont elle s'exagère constamment la valeur, toujours elle sera active pendant le manuel opératoire, elle retiendra la respiration, poussera des cris, des gémissements; or, pendant l'effort, le diaphragme, pressant sur les organes abdominaux, augmentera d'autant la résistance que présentent ces organes au déplacement. Si les organes abdominaux vont eux-mêmes presser sur le diaphragme, ce muscle sera bien plus vite fatigué dans son action, et cette fatigue devra annuler ainsi l'action involontaire mais constante de l'opérée.

Quant au manuel opératoire, il m'a suffi de l'introduction de deux doigts dans le vagin, en aidant la main qui relevait le sommet de l'utérus d'un tampon dont l'action a été surtout de maintenir cette partie de l'organe pendant que le col accroché et descendu dans l'excavation pelvienne déterminait la culbute de la matrice.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 mai 1858. — Présidence de M. Despretz.

M. Duméril lit un mémoire sur les organes des sens, et en particulier sur ceux de l'odorat, du goût et de l'ouïe dans les poissons. (Voir au premier-Paris.)

Maladies des ouvriers qui travaillent aux diverses préparations du sulfate de quinine. — M. A. Chevallier présente un mémoire sur ce sujet. Il le résume dans les propositions suivantes :

1° Les ouvriers qui s'occupent de travaux divers dans les fabriques de sulfate de quinine sont exposés à être atteints d'une maladie cutanée qui peut être d'une extrême gravité, maladie qui les force à suspendre leurs travaux pendant quinze jours, un mois et plus.

2° Parmi ces ouvriers, il s'en trouve qui ne peuvent continuer ce travail, et qui sont forcés de quitter la fabrique où ils étaient employés.

3° M. Zimmer, fabricant de sulfate de quinine à Francfort, a reconnu que les ouvriers qui étaient occupés à la pulvérisation du quinquina dans sa fabrique étaient atteints d'une fièvre particulière qu'il désigne par le nom de *fièvre de quinquina* (*china feber*).

Cette maladie, selon M. Zimmer, est assez douloureuse pour que des ouvriers qui ont été atteints aient renoncé à la pulvérisation du quinquina et aient quitté sa fabrique.

4° Cette fièvre n'a pas été observée en France.

5° On ne connaît pas jusqu'à présent de moyens prophylactiques de la maladie cutanée déterminée par les travaux exécutés dans les fabriques du sulfate de quinine.

6° Cette maladie cutanée sévit non-seulement sur les ouvriers qui sont employés à divers travaux, mais encore elle peut atteindre des personnes qui se trouvent exposées aux émanations des fabriques de sulfate.

7° Elle atteint les ouvriers sobres comme ceux qui se livrent aux excès. (Commissaires : MM. Payen et Rayer.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mai 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysmes poplités guéris par la compression indirecte mécanique; discussion sur cette méthode. — M. Larrey présente deux cas d'anévrysmes poplités guéris par la compression indirecte mécanique. Ces succès ont été obtenus au Val-de-Grâce sur deux anciens officiers qui ont été traités presque simultanément. Nous publierons bientôt ces observations importantes, que M. Larrey résume aujourd'hui de la manière suivante :

« Ces deux malades sont à peu près du même âge, et ont éprouvé pendant longtemps les fatigues du service militaire, sans nous faire apprécier d'autres causes de la formation de leurs anévrysmes. La maladie siégeait du côté droit chez l'un et l'autre. Elle offrait, chez le premier comme chez le second, les signes les plus caractéristiques de l'anévrysme poplité : tumeur volumineuse, dépressible, élastique, avec bruit de souffle et battements isochrones au pouls, modifiés par les effets de la compression passagère.

» Chaque tumeur avait ainsi la même origine et le même développement, sauf la complication d'œdème et de douleurs vives, avec rétraction prononcée de la jambe chez l'un des malades; tandis que chez l'autre, c'étaient des varices et des cicatrices d'ulcères variqueux sur le membre gauche.

» Le même traitement, à part quelques modifications préalables ou secondaires, a été suivi dans les deux cas, à savoir la compression indirecte et intermittente par des appareils mécaniques. Cette compression n'a pas été également supportée par l'un et l'autre malade. On a dû en interrompre l'application à diverses reprises chez le premier, dont la guérison ne s'est accomplie qu'au septième mois, à cause du traitement secondaire de la rétraction du membre, tandis qu'elle s'est effectuée au deuxième mois chez le second malade. Mais chez l'un et l'autre la diminution graduelle et la cessation complète des battements, ainsi que l'affaissement progressif de chaque tumeur, encore appréciable par une consistance assez ferme, ont amené la guérison définitive de ces deux anévrysmes.

» Plusieurs chirurgiens, et notamment M. Broca, si bon juge en pareille matière, ont observé ces deux malades au Val-de-Grâce, où les soins les plus assidus leur ont été assurés. Nous avons été surtout bien secondé dans ce traitement par M. Boizeau, agrégé de l'école, et par M. Lbonneur, ancien aide de la clinique, qui a recueilli avec beaucoup d'exactitude les deux observations ci-jointes.

» Ces observations démontrent combien il faut peu se hâter de recourir à la ligature, dont les chances peuvent être incertaines ou dangereuses dans le traitement des anévrysmes. La compression méthodique, n'exposant au contraire les malades à aucun risque, offre toutes les probabilités d'une guérison simple, souvent facile, plus prompte encore quelquefois, et attestant de nouveau les avantages de la chirurgie conservatrice. »

M. VERNEUIL, à l'occasion des deux faits présentés par M. Larrey, donne quelques renseignements sur un vieillard âgé de soixante et onze ans, qu'il traite actuellement avec M. Broca, et chez lequel la compression digitale a amené, en moins de treize heures, l'oblitération complète d'un énorme anévrysme diffus de la région poplitée. Il y a deux jours que ce résultat a été obtenu, les battements n'ont pas reparu, et tout permet de croire qu'ils ne reparaîtront pas; mais quoique tout jusqu'ici s'annonce de la manière la plus favorable, il y a quelques craintes à concevoir sur les accidents que pourront provoquer les caillots accumulés dans cette énorme poche, dont le volume égale celui de la tête d'un enfant de quatre ans. L'observation sera publiée lorsqu'on connaîtra l'issue de ce fait remarquable.

M. BROCA donne quelques détails de plus sur les antécédents de ce malade, qu'il a déjà traité il y a deux ans avec M. Alph. Guérin. La tumeur présentait alors le volume d'un œuf de dinde. On eut recours à la compression indirecte, qu'on fut obligé d'interrompre plusieurs fois à cause de l'excessive irritabilité de la peau. Le traitement fut d'ailleurs fait avec peu de régularité, parce que le malade, quoique simple ouvrier, avait refusé d'entrer à l'hôpital, et que le maniement de l'appareil ne pouvait être suffisamment surveillé. Malgré ces conditions défavorables, la tumeur, à la fin du premier mois, était réduite au volume d'un œuf de poule, elle battait moins fort, n'était plus que partiellement réductible, et renfermait évidemment d'épaisses couches de caillots fibrineux. Mais, pendant les deux mois suivants, cet état resta stationnaire, et, au bout de ce temps, le malade se trouvant fort soulagé, et se sentant capable de reprendre ses travaux, refusa de se soumettre plus longtemps à la compression indirecte. Vingt mois s'écoulèrent sans accident, grâce à l'épaisse couche de fibrine qui renforçait les parois du sac. Mais il y a trois semaines l'anévrysme devint diffus, et fit des progrès extrêmement rapides. Le malade fut obligé d'interrompre son travail, puis de garder le lit, et enfin, la tumeur croissant pour ainsi dire à vue d'œil, il se décida à envoyer chercher M. Broca, qui, sans même avoir le temps de prévenir M. Guérin, fit immédiatement transporter le malade à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Verneuil. La compression digitale fut choisie de préférence, parce que, vu l'urgence du cas, il était indispensable d'avoir recours à la compression totale, et que l'irritabilité extrême de la peau, déjà éprouvée précédemment, ne permettait pas d'atteindre ce but avec des appareils mécaniques. M. Broca ajoute que la ligature dans ce cas n'aurait offert presque aucune chance de succès. Il existe chez ce vieillard une affection organique du cœur accompagnée d'un double bruit de souffle, et en outre tout le système artériel paraît malade; les artères sont très-dilatées, et lorsqu'on les comprime, on y sent un frémissement cataire très-manifeste.

M. LENOIR croit devoir mettre en regard de ces trois faits favorables une observation qui prouve que la compression indirecte est loin de réussir constamment. C'est celle d'un peintre en bâtiments qui a passé dix-huit mois à l'hôpital Necker pour un anévrysme poplité. M. Lenoir eut d'abord recours à la compression indirecte double et alternative, qui fut faite méthodiquement avec l'appareil de M. Broca et sous les yeux de M. Broca lui-même. La compression partielle n'ayant eu aucun résultat, on en vint à la compression totale, et on parvint à supprimer entièrement les battements pendant huit jours consécutifs; mais il ne se produisit aucune coagulation, et lorsqu'on relâcha les pelotes, on reconnut que la tumeur n'avait pas subi la moindre modification. La compression fut abandonnée aubout d'environ un mois, puis, l'anévrysme menaçant de devenir diffus, M. Lenoir fut obligé de lier l'artère fémorale. Les battements disparurent aussitôt, mais au bout de trois semaines à peu près ils reparurent de nouveau; le sang était ramené par des collatérales qu'on sentait battre sous la peau. On appliqua alors sur le membre la compression générale, suivant la méthode de Théden; la tumeur s'oblitéra enfin, mais les caillots provoquèrent une inflammation suppurative diffuse, qui envahit toute la région poplitée. L'abcès fut ouvert, et on trouva au milieu du pus des caillots volumineux et altérés. Ce vaste foyer purulent, qui occupait tout le creux poplité, suppura pendant longtemps; enfin, aucun autre moyen n'ayant pu réussir à obtenir le recollement des parois de l'abcès, M. Lenoir fut obligé de fixer le genou dans la demi-flexion. Le malade a fini par guérir, dix-huit mois après le début du traitement, mais son genou est ankylosé à angle droit, et il ne peut marcher qu'à l'aide d'une jambe de bois.

M. Lenoir ajoute que chez cet homme il y avait sans doute un défaut de plasticité du sang, une sorte d'anémie qui s'opposait à la coagulation, puisque les battements ont reparu même après la ligature. Ceux qui ont pu croire que la compression indirecte devait guérir tous les anévrysmes, ont perdu de vue sans doute l'influence de ces conditions générales qui rendent le sang impropre à la coagulation.

M. GUÉRIN pense, comme M. Lenoir, que la compression doit échouer dans certains cas. Il a soigné dans le temps, avec M. Broca, le malade que celui-ci vient de traiter avec M. Verneuil, et quoiqu'une amélioration notable eût été obtenue, il avoue qu'il avait gardé une impression peu favorable, relativement à l'efficacité de la compression indirecte. Cette impression est changée aujourd'hui, puisque le même anévrysme vient d'être oblitéré si rapidement par la même méthode. M. Guérin se demande si la différence des résultats ne tiendrait pas à un changement avantageux survenu dans l'état général du malade.

M. GIRALDÈS répond à M. Lenoir que les partisans de la compression indirecte n'ont jamais prétendu guérir par ce moyen tous les anévrysmes. La compression peut échouer pour deux motifs principaux : d'abord à cause de conditions générales peu connues, qui paraissent dépendre de la constitution du sang; il y a longtemps déjà que Bellingham a insisté sur la nécessité de rendre, si c'est possible, le sang plus fibrineux par un traitement général approprié. La seconde cause des insuccès de la compression gît dans l'imperfection des appareils. Ces deux causes étaient réunies chez le malade de M. Lenoir. L'appareil de M. Broca, qui a été employé, a l'inconvénient d'être fait pour être appliqué indistinctement sur le membre droit et sur le membre gauche; cela nuit à la précision des résultats.

M. Giraldès, en terminant, fait ressortir les avantages de la compression, qui peut échouer sans doute, mais qui guérit la plupart des malades sans leur faire courir aucun danger inhérent à la méthode.

M. VERNEUIL, revenant sur le malade dont il a entretenu la Société, fait ressortir toutes les conditions défavorables qui existaient chez lui; son grand âge, le volume très-considérable de la tumeur, l'altération générale du système artériel, et la complication d'une grave lésion du cœur. Il pense qu'en raison de toutes ces circonstances fâcheuses les partisans de la ligature n'auraient pu baser que de bien faibles espérances sur les résultats de cette grave opération.

Tumeur hydatique de l'abdomen. — M. BOINET présente un jeune homme atteint d'une tumeur volumineuse et fluctuante située dans l'hypochondre droit. Une douleur sourde et légère parut, il y a six mois, dans cette région, et bientôt on y constata l'existence d'une tumeur, qui s'est accrue très-rapidement, et qui présente aujourd'hui un diamètre d'environ 20 centimètres dans tous les sens. Cette tumeur présente la fluctuation d'un kyste très-distendu; elle est tout à fait indolente; elle ne s'accompagne d'aucune inflammation, et, quoiqu'on n'y perçoive point de frémissement, M. Boinet pense qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie. Il demande l'opinion de ses collègues sur le traitement qu'il doit mettre en usage. Il se propose de pratiquer d'abord une ponction avec un trocart explorateur. S'il s'écoule un liquide transparent, il se bornera à vider la tumeur, et il espère que cela pourra suffire pour amener la guérison.

Dans un cas semblable qu'il a opéré dans le service de M. Briquet, la simple ponction a eu un résultat définitif; la tumeur s'est affaissée, et s'est transformée en une masse indurée peu volumineuse, qui est restée stationnaire. Si le liquide se reproduisait après cette évacuation, M. Boinet aurait encore recours à la simple ponction avant d'en venir à la méthode de l'injection. Mais si le premier coup de trocart amenait un liquide mêlé de pus et des débris d'hydatides mortes, il viderait d'abord la tumeur; puis, dès que le liquide se serait reproduit, il pratiquerait une injection iodée.

M. ROBERT est également disposé à croire que cette tumeur est un kyste hydatique, malgré l'absence du frémissement, qui est un symptôme fort rare. Le diagnostic toutefois ne sera certain qu'après la ponction; s'il s'écoule un liquide tout à fait transparent et non albumineux, ce sera la preuve que le kyste est hydatique. M. Robert approuve le plan de M. Boinet. Il a eu en 1849, à l'hôpital Beaujon, pendant le choléra, un jeune homme qui était atteint d'une tumeur tout à fait semblable à celle que montre M. Boinet. Il fit une ponction avec le trocart explorateur, et retira tout le liquide, qui était incoagulable, et aussi transparent que de l'eau de roche. Le choléra faisait alors de grands ravages dans l'hôpital; l'opéré fut renvoyé chez lui au bout de vingt-quatre heures; on l'invita à revenir après la fin de l'épidémie, pour subir, s'il y avait lieu, de nouvelles ponctions. Il revint effectivement au bout de quelques mois, mais il était parfaitement guéri; il ne restait plus de traces de la tumeur. M. Robert l'a revu depuis lors; la guérison a été définitive. M. Cruveilhier a publié dans l'article *Acéphalocyste* du *Dictionnaire* en quinze volumes, un fait semblable à celui-là.

M. CHASSAIGNAC donne à cette occasion des nouvelles du malade qu'il a présenté l'année dernière à la Société, et qui était atteint également d'un kyste hydatique du foie. Il a opéré cet homme par l'injection iodée. Le succès a été complet, et l'opéré a repris maintenant sa profession de maréchal-ferrant.

M. LENOIR a traité il y a douze ans, avec succès, une tumeur hydatique du foie par la méthode des ponctions. Il a pratiqué, à des intervalles divers, environ une dizaine de ponctions. Il a constaté dès la première ponction une particularité intéressante; c'est que le kyste commun renfermait un liquide louche et purulent, tandis que les vésicules acéphalocystes contenaient un liquide transparent comme de l'eau de roche. A plusieurs reprises, en poussant le trocart dans diverses directions, on vit le liquide changer subitement de nature.

M. CLOQUET trouve que la tumeur du malade de M. Boinet présente quelques-uns des caractères des kystes hydatiques, mais il y a une circonstance qui lui paraît de nature à infirmer le diagnostic; c'est la belle santé du sujet. Les hydatides se développent ordinairement par suite de mauvaises conditions générales; on en fait naître à volonté chez les lapins, en les soumettant à une mauvaise hygiène et à un régime défectueux ou insuffisant. M. Cloquet a opéré autrefois un jeune fermier, qui présentait dans l'hypochondre droit une tumeur enkystée très-volumineuse. Il croyait d'abord à la présence d'un kyste hydatique, mais l'excellente constitution du sujet le détourna de cette idée, et il diagnostiqua un kyste séreux. Le traitement fut dirigé en conséquence : un trocart fin et court fut fixé à demeure dans le kyste. Au moment de l'opération, il s'écoula environ trois litres d'un liquide légèrement citrin, ayant la couleur de l'urine. Les jours suivants, l'écoulement se fit d'une manière continue. A chaque pansement, on faisait à travers le trocart des injections d'orge miellé. Il survint un peu de suppuration, mais on ne vit sortir aucun débris d'hydatides. La guérison a été complète et permanente, car M. Cloquet a revu depuis son opéré. Il est convaincu que ce kyste était simplement séreux.

M. BOINET ne partage pas l'opinion de M. Cloquet sur la cause des tumeurs hydatiques. Il a vu de ces tumeurs chez des sujets parfaitement constitués. Ce matin encore, il a opéré une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire, et jouissant d'ailleurs de la plus belle santé. Il croyait ponctionner un kyste séreux; mais des débris de membranes hydatiques se sont échappés à travers la canule du trocart. Sur cette femme, M. Boinet a remarqué la particularité qui existait chez l'opéré de M. Lenoir, c'est-à-dire que le liquide qui s'écoulait était tantôt louche, tantôt parfaitement clair, suivant que le trocart pénétrait dans une hydatide morte ou dans une hydatide vivante.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Pièces relatives au siége de la hernie congéniale. — Discussion.

M. MOREL-LAVALLÉE présente plusieurs pièces sèches qu'il a préparées il y a sept ans, pendant son exercice à l'hôpital des Enfants-Trouvés. Ce sont des hernies congéniales dont le sac ne communique pas avec la tunique vaginale, celle-ci formant une cavité parfaitement isolée. Sur quelques-unes de ces pièces, on voit un cordon plein, long de plusieurs centimètres, qui unit la face externe du sac à la face externe de la tunique vaginale. Par suite de cette adhérence médiate, la hernie, avant la dissection, paraissait confondue avec le testicule, car, lorsqu'on voulait la réduire, on voyait le testicule remonter avec elle.

M. Morel reproduit à ce propos quelques-uns des détails qu'il a déjà communiqués à la Société dans la séance du 7 avril dernier. Il rappelle que dans les nombreuses dissections qu'il a eu l'occasion de faire, il a constaté, contrairement à l'opinion générale, que la hernie congéniale est presque toujours, c'est-à-dire environ 14 fois sur 15, située dans un sac indépendant de la tunique vaginale.

M. CLOQUET a reconnu depuis longtemps que la hernie congéniale est quelquefois située dans un sac indépendant de la tunique vaginale. Les pièces de M. Morel-Lavallée tendent à prouver que cette disposition est plus commune que l'autre. Au surplus, la différence entre les deux formes de la hernie congéniale est moins radicale peut-être qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Il arrive fréquemment que l'intestin s'engage dans le tube vaginal non encore oblitéré, et que plus tard ce tube se rétrécit et s'oblitère entre le testicule qui est en bas et l'intestin qui est en haut. Le sac et la tunique vaginale deviennent ainsi indépendants l'un de l'autre, quoique provenant du même diverticulum péritonéal. La communauté d'origine est indiquée, après la séparation, par la persistance d'un cordon fibreux qui unit la tunique vaginale à la face externe du sac; ce cordon se retrouve sur plusieurs des pièces de M. Morel Lavallée.

M. Cloquet ajoute toutefois que dans les opérations de hernies qu'il a pratiquées chez l'adulte, il a trouvé au moins trois ou quatre fois l'intestin ou l'épiploon dans la tunique vaginale proprement dite, et adhérant même au testicule. Sur d'autres malades qui n'avaient pas d'étranglement et qui n'ont pas été opérés, M. Cloquet a cru reconnaître une disposition analogue; le testicule adhérait si intimement à la hernie qu'on ne pouvait réduire celle-ci sans faire remonter celui-là dans le canal inguinal, ce qui rendait l'application méthodique des bandages fort difficile, et quelquefois même impossible.

M. GIRALDÈS fait remarquer que les hernies véritablement congéniales sont excessivement rares. Les hernies qu'on désigne sous ce nom inexact surviennent presque toujours quelque temps seulement après la naissance. Sur 5 à 6,000 enfants qui passent tous les ans à l'hôpital des Enfants-Trouvés, M Giraldès n'a vu qu'un très-petit nombre de hernies manifestées dès le commencement de la naissance. Il a même remarqué que la hernie congéniale de la trompe chez les petites filles nouveau-nées est moins rare que la hernie congéniale chez les petits garçons.

M. MOREL-LAVALLÉE fait remarquer que le mot hernie congéniale ne veut pas dire que la hernie existe au moment de la naissance, mais qu'elle survient quelque temps après, à la faveur d'une disposition que les enfants apportent en naissant. Il répond à M. Cloquet qu'il est très-difficile de comprendre la production d'un travail de cloisonnement survenant après la formation de la hernie et séparant le diverticulum péritonéal en deux parties, l'une inférieure qui est la tunique vaginale, l'autre supérieure qui est le sac herniaire. Il rappelle enfin que les observations relatives à l'application des bandages ne sont nullement concluantes. De ce qu'une hernie en rentrant dans le ventre, attire avec elle le testicule, il n'en résulte pas qu'elle soit dans la tunique vaginale.

M. CHASSAIGNAC a opéré il y a quelque temps deux hernies congéniales, l'une sur un adulte, l'autre sur un vieillard. Elles étaient toutes deux congéniales, c'est-à-dire que, le sac étant une fois ouvert, on trouva le testicule en contact avec l'intestin, auquel il était même adhérent. M. Chassaignac a remarqué que dans les cas de ce genre le cordon présente une disposition spéciale. Il est situé et étalé au-devant de la tumeur, ce qui rend le taxis très-difficile et l'application des bandages très-douloureuse. En outre, lorsqu'une opération devient nécessaire, on est exposé à léser les éléments du cordon qui sont situés entre le sac et la peau.

M. CLOQUET reconnaît avec M. Giraldès que les hernies vraiment congéniales, c'est-à-dire existant au moment de la naissance, sont très-rares. Il ajoute que les hernies dites congéniales peuvent se former à toutes les époques de la vie. M. Cloquet aimerait mieux les appeler *hernies consécutives à la descente du testicule*. On observe quelquefois une variété de ces hernies chez les individus monorchides ou cryptorchides. Quoique chez eux le testicule reste dans le ventre, le gubernaculum testis attire en bas dans le canal inguinal la queue de l'épididyme et un diverticulum péritonéal où les hernies peuvent s'engager; quelquefois même cette traction sépare presque entièrement l'épididyme du testicule.

M. MOREL-LAVALLÉE revient sur les faits cités par M. Chassaignac et pense qu'on ne peut tirer aucune conclusion rigoureuse des observations faites pendant les opérations. Il est très-facile de prendre la face externe de la tunique vaginale pour la face externe du testicule. Il faut même une certaine attention pour ne pas commettre cette erreur lorsqu'on dissèque une pièce anatomique. Aux exemples qu'il a invoqués dans la précédente discussion (séance du 7 avril 1858), il en ajoute aujourd'hui un autre plus récent et plus catégorique encore. M. Huguier, en opérant dernièrement une hernie étranglée, crut constater de la manière la plus manifeste que le testicule était contenu dans le sac. L'opéré étant mort, les internes firent l'autopsie, disséquèrent la région, et continuèrent à croire que la hernie était dans la tunique vaginale; la pièce fut enlevée pour être présentée à la Société de chirurgie; mais M. Huguier, poussant plus loin la dissection, reconnut que la cavité de la tunique vaginale était indépendante de celle du sac.

La séance est levée à cinq heures et demie.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 58. — JEUDI 20 MAI 1858. (31e ANNÉE.) N° 58. — JEUDI 20 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 MAI 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La nombreuse assistance qui se pressait hier sur les banquettes de l'Académie, attirée par l'attrait de la discussion sur la fièvre puerpérale, s'est retirée déçue, sur la déclaration de M. le président qu'aucun des orateurs inscrits n'était disposé à prendre la parole. Après deux rapports, l'un de M. Patissier, sur des demandes en autorisation pour l'exploitation de sources minérales nouvellement découvertes, l'autre de M. Lagneau, sur un suspensoir prétendu nouveau, l'Académie s'est formée en comité secret avant quatre heures, pour entendre le rapport sur la candidature à la place vacante d'associé libre. A mardi prochain l'élection.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Deux observations de lithotritie.

(Recueillies par M. A. BARDE, élève du service.)

Tout le monde sait que des complications plus ou moins graves surgissent dans le cours de l'opération de la lithotritie. Certaines entravent forcément les manœuvres opératoires; d'autres, au contraire, cèdent facilement à l'habileté et à la prudence du chirurgien. Je ne veux pas parler des premières, qu'on trouve parfaitement décrites dans tous les traités spéciaux; je ne m'occuperai que des dernières.

Parmi celles-ci, il faut citer la présence d'un fragment dans le col de la vessie, le spasme de l'urèthre, deux complications bien différentes, il est vrai, et qui néanmoins peuvent être confondues.

Dernièrement la *Gazette des Hôpitaux* contenait une observation recueillie dans le service de M. Guersant, précédée et suivie de considérations très-importantes, destinées à prouver combien il est parfois difficile de diagnostiquer un calcul dans la vessie, et à guider le praticien dans ses investigations. L'historiette du calcul *supplémentaire*, attribuée à un chirurgien bien connu, prouverait à elle seule l'incertitude du diagnostic dans certains cas.

Voici deux cas de lithotritie recueillis dans la pratique chirurgicale de M. Jobert (de Lamballe), qui sont remarquables à plusieurs titres, et capables de jeter quelque lumière sur les complications dont il s'agit.

Le nommé Moreau, âgé de cinquante-trois ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 9 décembre 1857, au n° 11 de la salle Saint-Côme.

Cet homme, ancien soldat, a eu des accès de fièvre et des douleurs rhumatismales qui ont progressivement affaibli sa constitution. Il raconte qu'il y a huit mois il eut des coliques néphrétiques extrêmement vives, à se rouler sur le sol. Bientôt après il éprouva de fortes douleurs à l'hypogastre et dans les lombes; la miction devint difficile et douloureuse, la marche très-pénible. Effrayé par ces symptômes, le malade se décida à venir à Paris pour s'y faire traiter.

Le 10, c'est-à-dire le lendemain de son entrée à l'hôpital, M. Jobert introduit une sonde dans la vessie et reconnaît la présence d'un calcul. Malgré l'existence d'un catarrhe vésical, cet organe ne paraît pas très-irritable; le calcul n'est pas très-volumineux et paraît friable. Le malade a, en outre, un hypospadias, circonstance qui, pour le dire à l'avance, n'a nullement nui aux manœuvres opératoires, quoique, dans certains cas, cette complication nécessite une opération préalable.

Le 11, la première séance a lieu : La pierre est facilement saisie et broyée par un lithotriteur à pignon; une injection poussée dans la vessie après l'opération, entraîne, en ressortant, quelques débris de calcul. Le liquide qui s'échappait de la sonde était très-limpide.

Le malade fut mis dans un bain émollient, condamné au repos et à l'usage des boissons délayantes.

Le lendemain, les symptômes du catarrhe vésical persistèrent; les urines, légèrement foncées, étaient plus chargées de mucus, de muco-pus, etc., et le malade rendit quelques fragments dont l'expulsion occasionna de vives douleurs.

Pendant quelques jours, Moreau prend des bains émollients, boit de la tisane de lin, garde le repos, et, le 19, il est en état de supporter la dernière séance.

Après avoir injecté l'eau dans la vessie et retiré la sonde, M. Jobert veut introduire le lithotriteur, qui ne peut pénétrer jusque dans l'intérieur du réservoir. Il arrête alors ses manœuvres et cherche à se rendre compte de l'obstacle. Son exploration ne lui fait reconnaître rien d'anormal du côté de la vessie et de la racine du canal. Le malade était dans une agitation très-manifeste; les muscles, particulièrement ceux de l'urèthre, étaient visiblement contractés.

M. Jobert reconnut alors qu'il avait à combattre un spasme de l'urèthre; il suspendit aussitôt l'opération; au bout de quelques minutes, il fit une injection narcotico-émolliente, et bientôt après le malade put supporter l'opération; elle fut continuée, en effet, et la cuvette du lithotriteur fut retirée complétement chargée de débris pierreux.

Le malade est mis au bain, où il rend quelques graviers, prend une potion calmante et garde le repos.

On prescrit pour les jours suivants le bain deux fois dans les vingt-quatre heures, et quelques pilules d'opium.

Les douleurs à l'hypogastre et dans les lombes sont calmées, la miction se fait assez facilement, et le catarrhe vésical a presque totalement disparu.

Le 24, une nouvelle séance a lieu, et le lithotriteur ne peut pénétrer complétement. Cette fois, le doigt, introduit dans le rectum, fait reconnaître au chirurgien la présence d'un fragment à l'entrée du col de la vessie; d'ailleurs, l'instrument en arrivant dans ce point, produit un bruit qui ne peut résulter que du choc d'un corps solide sur un autre. De plus, la pression est très douloureuse en cet endroit, où le malade éprouve une sensation de déchirement très-pénible.

La complication étant bien reconnue, M. Jobert, avec un instrument ingénieusement confectionné par M. Charrière à cet effet, arrive jusque sur l'obstacle, et par des mouvements de va-et-vient prudemment dirigés, il finit par repousser le calcul dans le bas-fond du réservoir urinaire. Cela fait, à l'aide d'un lithotriteur à cuvette, il enlève les restes broyés de ce calcul.

Les douleurs, assez vives pendant l'opération, disparaissent peu à peu; et le 27, une dernière exploration apprit que la pierre avait été complétement détruite. Le malade sortit en effet le surlendemain, parfaitement guéri.

OBS. II. — Le sujet de la deuxième observation, opéré en ville, est un magistrat âgé de soixante ans, d'une assez bonne constitution, et d'un tempérament nerveux.

Il a ressenti à différentes reprises des douleurs rhumatismales sur les diverses articulations; néanmoins, son activité ordinaire n'en a pas été entravée.

Il y a trois ans, il éprouva des douleurs assez vives dans les reins, dans les hanches, autour de l'anus. La miction d'ailleurs s'exécutait avec facilité. Au mois de septembre 1855, après une marche de deux heures dans une partie de chasse, il se déclara une hématurie qui céda facilement au repos et à l'emploi des émollients. Pendant l'hiver de 1855-1856, il eut d'autres hémorrhagies vésicales; les douleurs de reins se manifestèrent avec plus d'intensité, ce qui fut attribué à une dilatation variqueuse des veines de la prostate.

Il fut alors envoyé aux eaux de Contrexéville, où il resta pendant le mois de juin. Ces eaux ne produisirent pas les effets qu'on en attendait. Jusqu'en 1857, les douleurs augmentèrent principalement à la région périnéale; les urines devinrent sensiblement rougeâtres, sanglantes et chargées parfois de graviers extrêmement minces, qui s'accolaient aux parois du vase.

C'est dans ces circonstances que M. X... arriva à Paris pour se faire soigner.

MM. Rayer et Jobert furent consultés. Le cathétérisme fit reconnaître l'existence d'un calcul du volume d'un œuf de pigeon. Ce calcul paraissant d'ailleurs très-friable, il fut décidé que le lendemain la lithotritie serait pratiquée.

Le 22 novembre, en effet, la première séance a lieu; les manœuvres opératoires sont accomplies avec facilité, et il ne survient aucun malaise après cette tentative.

Le 6 décembre, nouvelle séance, mais cette fois le spasme de l'urèthre et la présence d'un calcul dans le col de la vessie s'opposèrent à l'opération. La prostate parut à M. Jobert être le siége d'un engorgement assez considérable. Cette circonstance devait nécessairement augmenter les obstacles et retarder par suite l'opération.

Le malade fut dès lors condamné au repos et à l'usage des émollients et des calmants.

Quelque temps après, une nouvelle séance eut lieu; M. Jobert se servit de ce lithotriteur, qu'il introduisit facilement dans l'urèthre; il traversa la prostate, et par des mouvements habilement conduits, il fit pénétrer le fragment dans l'intérieur. Le spasme qui commençait à se déclarer s'apaisa aussitôt; le broiement fut opéré, et l'on put retirer séance tenante une grande quantité de graviers pulvérisés; le malade en rendit beaucoup les jours suivants, surtout dans le bain, et l'on put sans inconvénient recommencer dix jours après. Cette séance fut la dernière, et peu de temps après cette opération le malade était guéri.

Ces observations renferment, comme on vient de le voir, des conséquences pratiques relatives à deux complications amenant dans quelques circonstances des désordres assez grands pour susciter des craintes sérieuses, il est donc utile, avant de terminer, d'établir comment on peut les reconnaître.

Lorsque l'obstacle à l'opération est le résultat de la présence d'un fragment de pierre dans le col de la vessie, le malade accuse à cette région une douleur déchirante, augmentée par la pression, l'urine peut être expulsée sans un grand effort. En introduisant le doigt dans l'anus, il est toujours facile de reconnaître un corps dur, rugueux. L'instrument, introduit dans l'urèthre, peut arriver jusqu'à lui et déterminer, en le heurtant, une sensation et un bruit particulier. Alors le chirurgien doit essayer de repousser avec prudence le calcul dans le réservoir urinaire, après avoir fait préalablement des injections pour favoriser sa rentrée.

Dans le cas où l'obstacle est constitué par un spasme de l'urèthre, le malade, sans éprouver de vives douleurs, est dans un état d'agitation excessive. Le doigt, introduit dans l'anus, ne peut constater la présence d'un corps étranger; de plus, si l'instrument est engagé dans le canal avant l'apparition du spasme, il ne peut être retiré sans quelque difficulté. Alors le chirurgien doit suspendre ses manœuvres et traiter le spasme par les moyens que la thérapeutique lui fournit. Si le spasme est dû à la présence d'un calcul dans le col, comme cela arrive quelquefois, et notamment chez un de nos malades, il est aisé de comprendre qu'en enlevant la cause on détruira l'effet.

Enfin, il arrive quelquefois que le spasme se déclare immédiatement après l'introduction de la sonde destinée à faire pénétrer une injection dans la vessie. Dans ce cas, que le chirurgien doit prévoir, il doit commencer les manœuvres par l'introduction du lithotriteur, après avoir recommandé au malade de garder ses urines pour dilater la vessie.

Tels sont les deux faits qui, quoique présentant de l'analogie avec quelques observations précédemment publiées, nous ont paru mériter cependant une mention spéciale. Ils peuvent servir à guider le praticien dans l'examen des complications que nous venons d'étudier, et à diriger sa thérapeutique, qui pourrait devenir nuisible, fatale même, si elle était basée sur un diagnostic erroné ou même incertain.

HOPITAL DE DIEUZE. — M. ANCELON.

Ligature du staphylome de la cornée; guérison avec rétablissement de la vue.

Depuis Dionis, il n'est plus question de la ligature du staphylome cornéen. Préconisée par Celse et perfectionnée par Paul d'Égine, — qui est-ce qui lit aujourd'hui Dionis, Paul d'Égine, Celse? — elle est tombée en désuétude. Si A. Bérard en parle quelque part, c'est pour rappeler l'ostracisme dont on l'a frappée; pour la proscrire de plus belle, comme trop douloureuse, sans se donner la peine d'étayer ce jugement rigoureux d'aucune preuve scientifique.

Le staphylome de la cornée est donc aujourd'hui, pour la majeure partie des chirurgiens, une difformité redoutable, sorte de *noli me tangere*, contre laquelle il convient parfois de porter l'instrument tranchant, mais *in extremis* et à son corps défendant.

Le professeur G. Borelli (de Turin), qui feuillette les anciens, n'a pas pensé que la chirurgie oculaire dût perpétuellement se traîner dans cette ornière stérile et sans gloire; mieux inspiré que notre génération chirurgicale, il a remis à l'étude les heureuses données des Grecs et des Latins, puis il est venu au congrès de Bruxelles, dans la séance du 15 septembre dernier, nous faire part de ses recherches, du procédé opératoire qui lui est propre et des succès obtenus à sa clinique ophthalmologique.

Son mémoire plein d'intérêt a porté ses fruits. Déjà le savant et habile docteur Guépin (de Nantes) a publié dans les *Annales d'oculistique* de Bruxelles (avril 1858) une observation digne à tous égards de fixer l'attention de la chirurgie française. Je viens à mon tour payer un juste tribut de reconnaissance à l'illustre chirurgien sarde, en communiquant à la presse médicale les résultats de ma première opération et mon premier succès remporté sur le staphylome cornéen.

Forey, chaufournier, âgé de trente-trois ans, natif de Ticourt, canton de Faulquemont (Moselle), est entré à l'hôpital de Dieuze, le

26 mars 1858, pour y être traité d'un staphylome de la cornée, fort gênant et souvent fort douloureux.

Il raconte que, il y a deux ans, étant conducteur de voitures à Paris, il fut subitement et sans cause appréciable, dans la nuit du 13 au 14 mars, atteint d'inflammation de la cornée; que, bien qu'énergiquement traitée par notre savant et habile confrère M. le docteur Sichel, cette inflammation se termina par un abcès. La suppuration dura cinq mois, en dépit de tous les moyens employés.

Enfin, il rentra dans sa famille, ayant à l'œil gauche un staphylome fort incommode.

Aujourd'hui, 26 mars, le staphylome, dont la base d'un centimètre environ a envahi les deux tiers inférieurs de la cornée, présente un cône tronqué, mesurant en hauteur 12 millimètres environ; de telle sorte que les paupières ne pouvant plus être rapprochées, le bulbe oculaire reste exposé à toutes les injures extérieures. Le segment de cornée, encore sain et diaphane supérieurement, affecte une direction trop oblique pour permettre l'accès de rayons lumineux dans la pupille, que l'on aperçoit à peine.

Le malade ayant été couché sur le dos et les paupières maintenues convenablement écartées, j'ai traversé la base du staphylome par deux épingles en croix, et le cône ayant perdu de sa rénitence, par suite de l'écoulement de quelques gouttelettes d'humeur aqueuse, j'ai jeté ma ligature derrière les épingles et j'ai étreint la lésion suivant le degré de tolérance élastique de la cornée. Bien que l'épingle supérieure ait inférieurement intéressé une portion de l'iris, le malade, contrairement aux assertions d'A. Bérard, ressent très-peu de douleurs.

Le 27, ni douleur ni inflammation; le staphylome, réduit au quart de ses dimensions premières, offre l'aspect d'une végétation charnue.

Le 28, je trouve l'eschare et les aiguilles collées à l'appareil; la plaie de la surface cornéenne est fort petite; toute la conjonctive oculaire est enflammée.

Du 29 mars au 5 avril l'inflammation du bulbe oculaire, étant devenue très-violente, est combattue par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques.

Le 22 avril, la cornée, revenue à sa convexité normale, n'offre de particulier qu'un albugo assez épais, au point où a dû s'opérer inférieurement la cicatrisation derrière ma ligature, et l'œil a repris ses fonctions.

Je ne pense pas pouvoir terminer plus convenablement cette note qu'en renvoyant ici publiquement au docteur Borelli les actions de grâces qui m'ont été adressées par mon opéré.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FIÈVRE JAUNE

qui s'est déclarée à bord du R. M. S. steamer La Plata, au mois de novembre 1852.

Par MM. John Wiblin et A. Harvey, M. D. Edin.

(Traduction de M. le docteur Collas, chirurgien principal, chef du service de santé à Pondichéry.)

Le travail qui suit, bien que traitant de faits dont la date est déjà ancienne, ne laisse pas que de présenter un certain intérêt d'actualité. Les événements récents de Lisbonne, le rapport qui a été fait l'année dernière à l'Académie de médecine sur les cas d'importation de la fièvre jaune au port de Brest par la corvette de charge *la Fortune*, enfin la discussion qui ne manquera pas probablement d'avoir lieu au sujet du rapport de M. Suquet, envoyé en Portugal, ou du rapport de la commission portugaise réunie à Lisbonne, tout concourt en effet à donner à ce travail une portée nouvelle qu'a très-bien appréciée le savant confrère à qui nous en devons la traduction. Ce travail est écrit d'ailleurs dans les idées qui prévalent en France aujourd'hui, quoiqu'elles ne soient pas généralement acceptées en Angleterre. Il vient donc à l'appui d'une thèse soutenue par la plupart des médecins qui ont vu la fièvre jaune de près. Il nous a paru qu'à ce titre les observations très-précises qu'il enregistre méritaient d'être portées à la connaissance du public médical. Elles se produisent d'ailleurs sous la responsabilité d'auteurs très-distingués.

Voici ce travail :

Dans la matinée du 18 novembre 1852, le navire à vapeur *la Plata* (*Royal mail steam packet Company*) mouilla à Southampton à son retour des Antilles. Pendant cette traversée, qui dura quinze jours, il avait perdu son commandant, le capitaine Allan, ainsi que six autres personnes de son équipage. Partie de Southampton le 18 octobre précédent (juste un mois avant son retour) la *Plata* n'avait mouillé qu'à Saint-Thomas, où elle était arrivée après treize jours de mer. Elle en repartit le 4 novembre pour Southampton, après y avoir fait une station de quatre à cinq jours.

Ce navire, un des plus neufs, des plus grands et l'on peut ajouter l'un des mieux aménagés de cette compagnie, n'était qu'à son second voyage quand il quitta l'Angleterre. Son équipage, à cette époque en parfaite santé, ne fournit aucun malade jusqu'après le jour du départ de Saint-Thomas. Cependant la fièvre jaune régnait depuis quelque temps et dans la ville et à bord des navires mouillés sur la rade, et pendant le séjour qu'y fit la *Plata* plusieurs de ses officiers et de ses hommes communiquèrent librement soit avec la terre, soit avec les équipages des navires voisins. En outre, au moment où elle appareillait, elle reçut à bord un nombre considérable de convalescents provenant du *Great Western*, du *Thames* et de l'*Esk*, navires appartenant à la même compagnie, ainsi que du navire de Sa Majesté *le Highflyer*. Tous ces hommes avaient eu la fièvre jaune. Un d'eux, Charles Southwell, avait encore la fièvre quand il vint à bord; le lendemain, il eut des vomissements noirs, et le jour suivant il expirait.

Douze heures après le départ de Saint-Thomas, le 5 novembre, le second mécanicien fut atteint de fièvre jaune. Le 8, ce fut le tour du capitaine, ainsi que de trois autres personnes. Chacun des cinq jours suivants fournit de nouveaux cas de maladie; en tout, pendant la traversée, quatorze atteintes, dont sept furent mortelles.

Ces particularités du voyage de la *Plata* ayant été communiquées au collecteur des douanes de Southampton et à l'officier de la quarantaine, qui prévint le conseil privé, ce navire fut mis en quarantaine jusqu'au 20 du mois.

Les tristes nouvelles qu'apportait la *Plata*, la conviction qu'elle avait apporté la fièvre jaune jusqu'aux portes de la ville, excitèrent une vive sensation autant dans Southampton que dans le reste du royaume. A peine ce sentiment avait-il commencé à s'éteindre que les craintes devinrent plus vives, si c'est possible, quand on vint à apprendre qu'à Southampton même, huit jours après la levée de la quarantaine, M. Napier, quatrième mécanicien de la *Plata*, avait été atteint de la fièvre jaune et y avait succombé.

Il était impossible d'être sans appréhensions sur l'état sanitaire des steamers qui devaient successivement arriver à Southampton des Indes occidentales, et naturellement on attendait leur venue avec la plus grande anxiété. Malheureusement ces craintes se réalisèrent dans ce qu'elles avaient de plus sérieux : le *Medway*, l'*Ovinoco*, la *Magdalena* et le *Parana*, qui arrivèrent l'un après l'autre des Antilles, eurent tous plus ou moins à souffrir de la fièvre jaune. Pour ne pas aller au delà dans l'histoire médicale des traversées de ces steamers, nous nous bornerons à faire observer qu'ils eurent 124 attaques de fièvre jaune, dont environ 50 furent mortelles.

Comme il nous appartenait, en notre qualité d'officiers de la quarantaine, d'aller interroger ces navires à leur arrivée en rivière, en nous acquittant de ce devoir nous avons fait tout notre possible pour obtenir le plus de renseignements sur la maladie dont les équipages avaient eu si cruellement à souffrir. Nos investigations ont été particulièrement dirigées sur le mode d'origine et de diffusion de la maladie à bord. Les documents recueillis à bord de la plus grande partie de ces navires étant loin d'être aussi complets ou aussi précis qu'on l'eût désiré, cette communication est bornée pour le moment à l'histoire de l'épidémie de la *Plata*. Eloigné de l'Angleterre pendant un seul mois, n'ayant touché qu'à un seul port des Antilles (Saint-Thomas), navire neuf, la *Plata* était placée d'ailleurs, mieux que tout autre navire, dans des circonstances favorables pour faire de fructueuses investigations.

Autant que nous avons pu nous en convaincre, cette épidémie était caractérisée par un accès de fièvre à type continu, précédée ou accompagnée au début par une douleur frontale ou orbitaire extrêmement violente, des douleurs dans les reins et dans les membres; par l'injection de la conjonctive, une soif intense, une diminution marquée ou une suppression dans la sécrétion de l'urine, un vomissement presque constant et on ne peut plus fatigant, bilieux ou muqueux au début, et dans un grand nombre de cas, après un certain laps de temps, cette matière noire si connue, une hémorrhagie par le nez et la bouche dans quelques cas, une excessive agitation, et, dans les plus graves, par un délire plus ou moins intense. Dans ces cas, de bonne heure, le pouls devint petit, faible, fréquent; la peau se fit fraîche, et d'autres signes de prostration générale se manifestèrent. Trois des cas furent très-légers : les malades qui les présentèrent ne restèrent pas plus de deux jours au lit.

Le point capital de l'intérêt qui se lie à l'étude de ces attaques de fièvre jaune est, sans contredit, celui qui a trait à l'origine et à la diffusion de la maladie à bord de la *Plata*, et, sous ce rapport, les particularités suivantes ont été étudiées avec soin et reconnues avoir toute la valeur de faits.

La première personne atteinte fut Charles Southwell, matelot. Cet homme, provenant comme convalescent du navire le *Thames*, fut embarqué à bord de la *Plata* le 4 novembre au matin. M. Philips, chirurgien de la *Plata*, le désigne dans son rapport comme étant, au moment même où il monta à bord, atteint d'une fièvre violente (*in a highly state of fever*). Le 5, jour du départ de la *Plata*, il eut des vomissements noirs, et mourut dans la journée du 7.

Le second cas fut celui de M. James Donaldson, mécanicien, qui tomba malade douze heures après l'appareillage; en vingt-quatre heures la fièvre anéantit toutes ses forces. Cette attaque fut bien dessinée et grave.

Donaldson ne descendit pas à terre à Saint-Thomas; mais un soir, trois ou quatre jours avant d'avoir la fièvre, il alla à bord de l'*Esk* et y passa trois heures dans la chambre inférieure, en compagnie du premier mécanicien de ce navire, qui, ce jour même, était sorti de l'hôpital convalescent d'une attaque de fièvre jaune. Comme l'*Esk* devait appareiller le lendemain, il est probable qu'il avait pris son *exeat* plus tôt qu'il n'aurait dû le faire.

Dans la nuit du 4 novembre, M. Donaldson se tint pendant quelque temps devant avec les convalescents qui s'étaient embarqués le matin à bord de la *Plata*.

Le cas qui suit est celui de M. Bent, second officier, qui se dit malade dès le 5. L'appareil fébrile fut léger; il ne dura que deux jours. Si l'on admet que ce fut là un cas de fièvre jaune, il est bon de remarquer qu'il était un des six individus de l'armement du canot qui conduisit la malle à terre le jour de l'arrivée.

Le capitaine Allan, commandant de la *Plata*, tomba malade le 8. On nous a dit que pendant toute la durée du séjour du navire à Saint-Thomas, il passa à terre plusieurs heures chaque jour, à diriger l'embarquement du charbon. Mais des témoignages aussi dignes de foi tendent à établir qu'il n'a jamais quitté son navire. Sur la demande du médecin du navire, il alla voir Southwell, alors en proie au plus violent paroxysme de la fièvre, et resta quelque temps dans sa cabine. Il est encore démontré que le 6, le 7 et le 8, il alla visiter Donaldson.

Henri Reid, domestique des mécaniciens, qui eut la maladie dans sa forme la plus légère, fut très-souvent dans la cabine de M. Donaldson pendant sa maladie, et fut atteint cinq jours après qu'il eut commencé à le soigner.

Alexander Mac Grigor, 3e mécanicien, qui tomba malade le 15 et qui mourut le 17 au matin, se trouvait constamment dans la cabine de M. Donaldson; il l'assistait généralement tous les jours pendant huit heures, et dormit même dans cette cabine jusqu'au 12.

L'historique des autres cas n'a pas été tracé; mais il est important d'établir que Southwell, Valentine, matelots, Poole, chauffeur, Denton, maître d'hôtel, et Elliot, agent comptable, qui furent tous atteints de la fièvre jaune dans la plus mauvaise forme et qui en moururent, demeuraient ensemble dans la même partie du navire, sous le même pont, et communiquaient entre eux aussi librement que possible.

Quant à l'état dans lequel se trouvait la *Plata* à son arrivée à Southampton par rapport à la propreté générale, à celle de la cale et à son aération, nous n'avons qu'à dire que, tandis que des individus qui avaient fait le voyage émettaient des opinions diverses et même contradictoires, nous, après avoir fait une inspection minutieuse du navire, nous n'y avons trouvé rien à reprendre.

Quant à l'état des choses dans la ville et le port de Saint-Thomas, en ce qui concerne la fièvre jaune, nous n'avons rien appris d'important, si ce n'est que depuis quelque temps cette maladie faisait de grands ravages en ville et à bord des navires, dont peut-être pas un seul de ceux qui entrèrent dans le port n'échappa à ses atteintes.

Le port de Saint-Thomas, qui est comparativement petit, presque entièrement fermé, est en grande partie entouré de mornes abruptes. Il nous a été dit que pendant quelque temps l'atmosphère y était restée calme et lourde. Etait-ce plus que de coutume? C'est ce que nous ne saurions établir, faute de renseignements. Tout ce que nous savons, c'est qu'on n'y trouve aucune localité qui mérite d'être dite maréageuse.

Comment débuta la fièvre jaune à bord de la *Plata*, et comment s'y répandit-elle plus tard? Autant que nous le pouvons conjecturer, ce ne peut être que de l'une des trois manières suivantes : Elle a été importée à bord : 1° par Southwell, et de lui s'est communiquée à l'équipage; ou 2° par Donaldson, qui peut l'avoir prise de Whitehair à bord de l'*Esk*; ou 3° être l'effet de l'existence dans l'atmosphère du port de Saint-Thomas de quelque miasme pestilentiel.

Nous n'hésitons en aucune façon à dire que nous pensons que la première de ces suppositions nous semble la plus vraisemblable, et nous pensons que les détails des circonstances qui présidèrent à l'origine de la plus grande partie de ces cas, joints à l'histoire du mode de développement de cette maladie à bord d'autres navires, comme l'*Éclair* à Boa-Vista et ailleurs, contribuent à démontrer qu'il est probable que cette maladie a son origine dans la contagion ou l'infection, et dut à l'une ou l'autre de ces causes sa diffusion ultérieure. Nous ne prétendons pas affirmer que ces circonstances fournissent une preuve absolue; nous disons seulement qu'elles nous conduisent à accepter une probabilité, mais une probabilité telle cependant qu'il en découle, vis-à-vis des vapeurs des Indes occidentales, une ligne de conduite pareille à celle que nous aurait indiquée un mode d'origine tel que celui que nous avons supposé.

L'historique de la maladie à bord de la *Plata* répond en fait à presque tous, si ce n'est à tous les *criteria* sur lesquels nous nous appuyons pour décrire les propriétés contagieuses de la petite vérole, du typhus et de la scarlatine. Aussi prenant ces *criteria* dans l'ordre indiqué par le professeur Alison, nous avons :

1° Une succession de cas de fièvre jaune dans les limites étroites et de temps et d'espace, commençant d'abord dans une partie du navire (le logement des matelots devant, où Southwell resta quelque temps), et plus tard dans d'autres parties du navire (la cabine du second mécanicien et celle du commandant), tandis que d'autres localités placées dans des situations analogues (celles des autres officiers et des passagers) furent tout à fait préservées. Nous avons en outre les successions de cas s'étendant du 4 au 13 novembre compris, et contrastant d'une manière frappante avec le mode de développement de l'*influenza*, maladie qui, si elle est occasionnellement contagieuse, dépend clairement, dans l'immense majorité des cas, de causes atmosphériques, et dont les attaques sont simultanées.

2° En étudiant les diverses circonstances qui ont présidé au développement successif des cas de fièvre jaune dont il est question, nous trouvons que bien qu'ils se soient montrés, pour divers motifs faciles à apprécier, dans le logement de l'avant du navire,

ils n'ont pas été seulement observés dans cette partie ni dans aucune localité particulière du navire, ce qui serait arrivé si cette maladie avait dû son origine à un manque de ventilation convenable, ou à la malpropreté de quelque partie du navire, le puits des pompes par exemple.

3° Nous avons la preuve que la fièvre a été certainement importée à bord du navire, jusqu'alors libre de toute maladie, par Charles Southwell, et peut-être aussi par M. Donaldson, qui était allé à bord de l'*Esk* rendre visite à M. Whitehair, à peine convalescent d'une atteinte de fièvre jaune.

4° En rapportant l'ordre dans lequel les cas se sont succédé, nous remarquons que les individus qui à bord ont eu les premières relations, et les plus rapprochées, avec les malades, sont ceux qui furent d'abord et principalement attaqués de la maladie, comme dans le cas de Donaldson, qui, sans faire entrer en ligne de compte ses rapports avec Whitehair à bord d'un autre navire, avait tenu compagnie à Southwell le jour même où il fut reçu à bord de la *Plata*; dans celui du commandant, qui alla visiter Southwell et Donaldson dès le début de leur maladie; dans ceux du domestique des mécaniciens et du troisième mécanicien, qui tous les deux avaient constamment donné des soins intimes à Donaldson malade; enfin dans ceux de quatre autres individus (Valentin, Poole, Denton et Elliot) qui demeuraient ensemble, et qui pendant quelque temps habitèrent avec Southwell le logement de l'avant.

5° Il y eut absence complète de tout rapport entre les malades et tous les passagers, ou du moins de la plus grande partie; ceux-ci jouirent d'une immunité absolue.

Mais les preuves de la contagion comme moyen de diffusion de la fièvre jaune à bord du vapeur ne cessent pas avec le dernier cas qui y fut observé; celui de M. Napier, dont nous parlerons plus tard, donne un autre anneau à la chaîne de succession et un autre exemple d'*intercourse*. La fièvre jaune le prit à terre, huit jours après son débarquement; de sorte que la succession des cas observés à bord de la *Plata* commence le 4 novembre et finit le 28. Pendant toute la durée de la maladie de Donaldson, il lui donna des soins journaliers, restant dans sa cabine souvent une heure et même plus. En outre, Donaldson, encore convalescent, et Napier, allèrent habiter une même maison où ils avaient de fréquentes communications.

On peut certainement admettre que les causes concurrentes ou accessoires, une ventilation moins parfaite du logement de l'avant que de tout autre point du navire, l'intempérance, la fatigue ou toute autre chose analogue, ont probablement apporté leur aide dans la production de la maladie chez tous ou chez un certain nombre des individus attaqués, en rendant la contagion efficace, et aussi que des hommes dont le nombre peut être considérable ont échappé à la maladie après avoir eu des rapports avec les malades. Mais tout cela ne sert qu'à prouver que la cause spécifique est contingente, ou que tout le monde n'est pas apte à ressentir son influence; elle ne peut cependant affecter en aucune façon les déductions à tirer de l'observation (en la supposant toutefois suffisamment établie) quant aux résultats des rapports de gens en état de santé avec les malades de la fièvre jaune.

Il nous semble tout à fait improbable que la malpropreté du navire ou un mauvais système de ventilation ait eu une relation spéciale ou de quelque importance dans la production de la fièvre qui s'est déclarée à bord de la *Plata*. Ceux qui croiraient sérieusement à la spécificité de ces causes doivent se rappeler les deux faits suivants : 1° Que ce n'est pas la *Plata* seule qui a eu à souffrir de la fièvre jaune, mais que tous les nombreux navires de la Compagnie en ont été, ces mois derniers, cruellement atteints; 2° que depuis la création de cette Compagnie, en 1840, jusqu'à ces mois passés, ses navires, qui ont fait plus de deux cent cinquante voyages de l'Angleterre aux Antilles, ont été sinon absolument, du moins singulièrement préservés de la fièvre jaune. En fait, la seule circonstance évidemment commune à tous ces navires est leur mouillage à un port infecté (Saint-Thomas), et nous déclarons que toute explication de ce mode de développement du mal qui ne l'admet pas comme essentielle ne saurait être raisonnée (1).

Quant à la supposition que cette épidémie a pu prendre naissance dans quelque miasme pestilentiel qui souillait l'atmosphère à Saint-Thomas et qui fit nécessairement que le navire, pendant son séjour de quatre ou cinq jours, y resta immergé ou au moins que son atmosphère intérieure en fut toute contaminée, nous nous bornerons à dire (en refusant de nous hasarder à émettre cette opinion comme absolument basée) que cela nous semble difficile. En effet, si c'était là la source de la maladie, il nous semble bien difficile de comprendre pourquoi les autres passagers auraient joui d'une aussi remarquable immunité, ou pourquoi les attaques, au lieu d'être simultanées, ont été successives d'une manière aussi marquée. Nous nous aventurerons à demander si tous les passagers et l'équipage avaient couché ensemble sur un terrain marécageux pestilentiel, et avaient été complétement et uniformément exposés à son influence délétère, comme ils l'ont été à l'influence supposée pestilentielle de l'atmosphère de Saint-Thomas; si les attaques de fièvre intermittente n'auraient pas été presque simultanées aussi bien que plus nombreuses, et si on aurait pu les rapporter les unes aux autres.

En somme, tout en admettant, comme nous le faisons volontiers, que les faits sont dans cette épidémie comparativement trop peu nombreux et pas assez variés pour nous permettre d'émettre une opinion absolue, nous pensons qu'il y a probabilité pour que la maladie doive son origine, à bord de la *Plata*, à quelque circonstance en rapport avec les relations des bien portants avec les malades, c'est-à-dire à la contagion. Cette probabilité, fortifiée qu'elle est par beaucoup d'autres circonstances d'une même nature, nous semble trop forte pour être traitée à la légère. « La probabilité, comme le fait avec raison remarquer l'évêque Butler, est le véritable guide de la vie. » Si, dans la prophylaxie et le traitement des maladies, il nous fallait veiller jusqu'à ce que nous eussions acquis des notions positives sur leur nature ou sur leur étiologie réelle, il faudrait attendre la consommation d'incalculables malheurs, et rendre, par suite, inutiles les moyens préservatifs et curatifs. Aussi, nous basant sur cette probabilité, n'hésitons-nous pas à dire que nous sommes convaincus que, dans le but de prévenir l'introduction possible de la fièvre jaune dans ce pays, les mesures que dictent les circonstances et qui doivent être regardées comme de première importance, consistent à placer en quarantaine tout navire infecté provenant des Antilles, mesure qui, depuis l'arrivée de la *Plata* jusqu'à ce jour, a été exécutée pour tous les navires de la R. M. S. P. Compagnie.

(Nous donnerons la fin de ce travail dans le prochain numéro.)

(1) Si l'on suppose de ce que *trois* mécaniciens (y compris M. Napier) et deux des hommes des soutes ayant été atteints de la fièvre jaune, il y a quelque chose dans le charbon ou dans la chaleur des fourneaux qui a été la cause de leur maladie, il suffit pour combattre cette pensée de dire que dans d'autres steamers, qui ont souffert plus cruellement que la *Plata*, on n'a observé aucun cas de fièvre jaune chez les mécaniciens, les chauffeurs, ni chez les hommes qui travaillaient aux soutes.

INERTIE DE L'UTÉRUS,

Emploi du forceps; rétention, adhérence et chatonnement du placenta. Emploi de la grande eau en injections, avec succès.

Par M. le docteur Vullyamoz.

Le 18 mars 1857, je fus appelé à onze heures du matin par la sage-femme T..., pour concourir avec elle à donner des soins à la femme de M. V..., âgée de quarante deux ans, primipare, en travail d'accouchement depuis douze heures de temps. Ayant exploré l'utérus, je constatai que les contractions étaient faibles, ainsi que les vraies douleurs qui en sont les conséquences.

Les bords de l'orifice étaient peu dilatés; toutefois je reconnus le sommet de la tête du fœtus dans la première position, et je trouvai que les diamètres du détroit supérieur du bassin ne présentaient pas leur étendue normale. J'attribuai la lenteur du travail à l'issue prématurée de l'eau de l'amnios, qui avait eu lieu déjà le 15 mars, à la suite d'un effort fait par la femme V... pour soulever un fardeau. Je prescrivis trois doses de dix grains d'ergot de seigle à prendre tous les quarts d'heure, des frictions d'eau-de-vie sur la région hypogastrique, en y laissant tomber ce liquide par gouttes. Sous l'empire de cette médication, les vraies douleurs et les contractions utérines se réveillèrent pendant huit heures de temps, et expulsèrent la tête à travers l'orifice utérin.

J'arrivai derechef à huit heures du soir et constatai la présence de la tête dans l'excavation, dans la même position. Comme, depuis sept heures du soir, la matrice était retombée dans l'inertie, et que la femme épuisée perdait courage, je procédai avec beaucoup de peine à l'extraction de la tête par le moyen du forceps. Durant cette opération, la sage-femme soutint le périnée; toutefois, malgré ce moyen contentif, il y eut une légère rupture à la commissure inférieure de la vulve, laquelle a quelquefois lieu chez les femmes âgées par défaut d'élasticité de la cloison vulvo-anale.

Il y eut une légère hémorrhagie utérine, que je domptai par les réfrigérants en injections et en topiques sur l'hypogastre, ainsi que par des frictions excitantes sur l'utérus, qui se contracta sous l'influence de cette médication. Je recommandai à la sage-femme de continuer spécialement ce dernier moyen, afin que l'issue du placenta eût lieu spontanément; mais quoique j'eusse réitéré l'ergot de seigle, l'arrière-faix était encore dans l'utérus le lendemain matin 19 mars. Redoutant les conséquences de sa présence au delà de douze heures, et voyant que la sage-femme en avait vainement tenté l'extraction, en tirant sur le cordon, opération que je répétai sans succès; ne pouvant atteindre avec l'indicateur le placenta à cause du resserrement de l'orifice, qui n'avait permis l'issue que d'une portion de ce corps; les contractions ayant été inutiles, la femme éprouvant pendant leur action au fond de l'utérus une vive douleur permanente, qui augmentait par la pression abdominale et quand je tirais sur le cordon; enfin, ayant constaté à travers les parois abdominales que la matrice prenait la forme d'une calebasse (gourde), je me convainquis de l'existence d'un chatonnement incomplet avec adhérence du placenta. Je voulus procéder à l'extraction de ce corps, mais je ne pus en saisir que la portion qui était dans la cavité du col. Une légère hémorrhagie étant survenue, je crus devoir dilater insensiblement l'orifice interne et tirer sur le cordon, mais je n'amenai qu'un gros fragment contenu dans la cavité utérine, et m'assurai qu'un petit fragment était adhérent à cet organe et résistait aux tentatives de décollement.

Alors je mis immédiatement en usage les injections froides par le moyen du clyso-pompe, auquel j'avais adapté une sonde œsophagienne; conjointement aux frictions sur l'utérus, que je couvris de topiques froids, elles arrêtèrent l'hémorrhagie au bout de dix minutes. Alors je substituai la décoction de mauves à l'eau froide, et répétai avec persévérance ces irrigations tous les quarts d'heure. Dans la soirée, les fragments restants du placenta, unis à une portion des membranes, sortirent spontanément. L'utérus revint à son état normal; néanmoins, par prudence, je conseillai trois ou quatre fois par jour des injections de même nature.

Les suites de couches suivirent leur marche naturelle. L'enfant, du sexe masculin, était né asphyxié par la compression du cordon. Je traite actuellement la déchirure du périnée en plaçant la femme constamment sur le côté. J'espère pouvoir me passer de la ligature; mais j'y recourrai si elle est indispensable, et que la malade y consente.

Nous nous permettrons de faire quelques réflexions sur l'observation qui précède, et que nous avons lue dans l'un des derniers numéros de l'*Echo médical de Neufchâtel*. M. le docteur Vullyamoz a obtenu de bons effets de l'emploi de la grande eau en injections, et nous l'en félicitons; mais peut-être avec un peu plus de persévérance aurait-il pu délivrer sa malade complétement et naturellement. Sans doute, les recueils scientifiques relatent çà et là quelques cas heureux dans des circonstances analogues, — et c'est sans doute ce qui aura encouragé notre confrère dans les efforts qu'il a tentés, — mais nous croyons qu'à moins d'une nécessité tout à fait absolue, et alors qu'on n'a point à redouter d'une façon imminente les dangers auxquels la résorption des parties putréfiées peut exposer la femme, le plus sage parti à prendre pour l'accoucheur est de s'abstenir de ces injections utérines. Houzman a rapporté des faits où l'invasion d'accidents graves a suivi de très-près l'usage de semblables irrigations par le passage du liquide dans la cavité abdominale à travers la trompe utérine, et M. le docteur Chailly (Honoré) a également observé à la Clinique d'accouchements de Paris le cas d'une femme qui, pendant une injection poussée jusque dans l'utérus, ressentit tout à coup une douleur très-vive dans la fosse iliaque droite, et présenta bientôt tous les symptômes d'une péritonite locale. Il est vrai d'ajouter que la malade a guéri; mais cela infirme-t-il la justesse de nos appréhensions?

SUR LA CAUSE ET LE TRAITEMENT

de la phthisie pulmonaire.

Par M. le docteur H. M'Cormac (de Belfast).

On sait que dans l'air qui a déjà été respiré il y a de l'acide carbonique en grande proportion, de 4 à 4,5 p. 100. Valentin estime la quantité d'acide carbonique exhalé pendant les vingt-quatre heures par les poumons et par la peau à 33 onces 16 centièmes, ou à peu près 9 onces de carbone solide, dont la peau n'exhale que 1/50e ou 1/60e.

Il a été souvent démontré que dans l'air déjà respiré les poumons ne fonctionnent plus parfaitement, car, selon Allen et Pepys, l'air le plus vicié par des respirations successives, et même arrivé à ne pouvoir plus entretenir la vie, ne contiendrait au plus que 10 p. 100 d'acide carbonique. Ces expériences, et d'autres que je relate dans mon ouvrage, prouvent qu'une partie notable d'acide carbonique n'est pas excrétée par l'organe respiratoire et s'accumule dans le sang.

Que devient donc le trop plein dont les poumons ne peuvent se débarrasser, et pour l'expulsion duquel les autres organes excréteurs sont insuffisants?

D'abord, le tubercule a une composition chimique essentiellement carbonée, et il lui manque entièrement la structure organique; d'autre part, j'ai trouvé, par des observations suivies avec rigueur pendant plusieurs années, que tous les cas de phthisie ou de scrofule ont toujours eu pour antécédent la respiration longtemps continuée d'un air impur, c'est-à-dire un air déjà respiré; tandis que tout ce qui a été jusqu'ici avancé comme cause de ces affections ne s'applique pas à tous les cas. Et nous voyons tous les jours combien la phthisie se développe plus fréquemment chez les hommes ou les animaux exposés à une atmosphère insuffisamment renouvelée, quelles que soient, d'ailleurs, les autres conditions qu'ils subissent.

Tous les auteurs, mais surtout Baudelocque, ont plus ou moins insisté sur l'influence qu'une atmosphère qui n'est pas assez souvent renouvelée exerce sur la production du tubercule; mais personne n'a encore démontré, ce que je crois avoir fait, la manière d'agir de cette cause, et tous, jusqu'ici, ne lui ont donné qu'une importance secondaire. Je résume donc mon opinion dans la proposition suivante : A la suite de l'action imparfaite de la fonction respiratoire, causée par l'inhalation prolongée d'une atmosphère trop rarement renouvelée, l'excrétion des matières carbonées étant incomplète, celles-ci s'accumulent dans le sang, et, peu à peu transformées en substance tuberculeuse, se déposent dans les différentes parties du corps.

Je ne nie point l'action d'autres causes prédisposantes dans la production du tubercule; mais pour moi elles agissent seulement conjointement avec la cause prochaine et principale, la respiration d'un air impur; sans cela, je ne puis pas concevoir la possibilité du tubercule. Par des expériences déjà faites, et d'autres en voie d'exécution qui ne sont pas encore publiées, j'ai constaté les faits suivants : plusieurs animaux sauvages et domestiques ont été exposés à la respiration d'un air rarement renouvelé, tout en leur donnant une bonne nourriture, de la lumière, de la chaleur et les soins du reste convenables; ils ont tous été atteints de tubercules dans un espace de temps qui varie d'un mois à six semaines, comme les autopsies et l'examen microscopique l'ont démontré; tandis que d'autres animaux de même espèce, vivant en plein air, restaient sains.

Je ne vais pas au-devant dans ce court résumé de toutes les objections qu'on pourrait avancer, je les aborde dans le courant de mon ouvrage. J'exprimerai seulement ma conviction intime que la respiration continuée d'un air chargé d'excrétions hu-

maines, tel que l'air fréquemment respiré, produit graduellement une altération morbide sur le sang. Cette cause agit non-seulement en empêchant une excrétion suffisante par les poumons, mais aussi directement d'une manière toxique sur le sang. Ainsi, en effet, la matière retenue morphologiquement transformée en matière tuberculeuse, s'accumule dans l'organisme, et, comme dans tous les cas de substances étrangères, se dépose dans les différentes parties du système, ne trouvant pas d'autre issue.

Si cette doctrine est vraie, il est facile de prévoir l'immense révolution qui en résultera dans le traitement d'une maladie qui jusqu'à présent a été regardée comme presque toujours fatale. Il en résulterait que dans tous les cas on pourrait prévenir les tubercules en exigeant la respiration constante d'un air pur, et même quelquefois les guérir, comme je suis prêt à le démontrer par des observations recueillies dans ma propre clientèle.

LES EAUX DE SAINT-CHRISTAN DE LURBE,

Par M. le docteur Deramond.

Dans la partie la plus pittoresque du Béarn, à quelques kilomètres de la charmante et ancienne ville d'Oloron, où des services réguliers transportent de Dax et de Pau, se trouvent les bains de Saint-Christan de Lurbe, au milieu d'un vallon si frais et si poétique, qu'aucun site des Pyrénées ne saurait lui être comparé.

De nombreuses et abondantes sources minérales jaillissent sur les plus beaux tapis de verdure, au pied du mont Binet, et protégées par lui contre les vents des hautes chaînes, toujours capricieux et quelquefois si funestes à des malades que la mode conduit aux thermes les plus vantés, et surtout à Baréges et aux Eaux-Bonnes.

Ce ne sont point les joies folles et bruyantes qu'il faut attendre dans l'oasis mystérieuse qui nous occupe : ni cavalcade andalouse où brille la richesse oisive, ni routes périlleuses, ni cascades, ni précipices; les fatigues de la nuit ne détruisent jamais le meilleur effet du bain matinal; mais, sous ces bouquets d'arbres qui réalisent l'éternel printemps, alors même que le soleil brûle tout à l'entour, on est certain de se sentir revivre dans le calme qui convient si bien aux âmes tourmentées par de véritables maladies. Des promenades douces, d'intimes causeries, le retour avec la santé au bonheur facile, voilà ce que l'on trouve à Saint-Christan, et ce qu'ont dédaigné jusqu'ici les grands propagateurs de renommées souvent injustes.

Et pourquoi le docteur Darcet, qui dirige l'établissement avec l'intelligence pratique la plus remarquable, ne fait-il pas plus d'efforts pour qu'on connaisse dans les grands centres de population des eaux qui ne sont que l'objet de la reconnaissance stérile des localités voisines? Il aurait dû être encouragé par les louanges de son savant confrère M. le docteur Mélier, lors de son inspection officielle aux Pyrénées. L'honorable inspecteur lui exprima sa surprise extrême, que des sources, déjà signalées il y a quatre siècles pour la guérison des lépreux et ayant tous les éléments de prospérité, ne fussent visitées que par un petit nombre de malades, quand on peut y trouver des logements convenables et une nourriture saine à des prix fort modérés.

Nous espérons ne pas blesser M. Darcet en stimulant ses douces insouciances, et lui disant que les vertus des eaux les meilleures ne peuvent se passer aujourd'hui d'une certaine publicité.

On compte à Saint-Christan cinq sources sulfatées ou sulfureuses, l'une tiède, les autres froides, qu'on administre en bains, douches et boissons, et qui conviennent surtout dans les affections cutanées diverses et dans les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis, réfractaires aux traitements ordinaires.

Le sulfure de sodium s'y trouve à peu près dans les mêmes proportions que dans les eaux de Cadéac, si précieuses, et négligées autant que celles qui nous occupent.

L'eczéma et ses variétés, les psoriasis les plus invétérés, l'impétigo, les ulcères calleux, les prurits opiniâtres, sont soulagés rapidement, et quelques jours suffisent pour que la peau, rude et sèche quand se prolongent les affections qui l'atteignent, devienne souple et onctueuse, et que le système nerveux éprouve cette douce détente par laquelle toute bonne guérison doit préluder.

Le plus grand avantage des eaux tempérées de Saint-Christan, c'est qu'on peut en prolonger à volonté l'usage, tant en bains qu'en boissons, et qu'elles opèrent sans dépasser la limite d'excitation nécessaire, ni jamais produire ces grandes perturbations et ces violentes poussées thermales que l'ignorance seule a pu longtemps considérer comme nécessaires au traitement, quand elles le compromettent au contraire, et qu'elles exposent à des congestions souvent funestes.

Les irrégularités de la menstruation et les engorgements des viscères abdominaux sont avantageusement combattus, comme les fièvres intermittentes les plus tenaces, par les mêmes eaux, dont l'efficacité, sans que des analyses précises en puissent rendre raison, est surtout remarquable contre les syphilides graves et légères, et contre l'intoxication par l'abus du mercure. C'est à la fois un moyen diagnostique et curatif des affections vénériennes, et l'on peut continuer un traitement direct sans aucune crainte de stomatite ni de salivation. Nous avons vu des ulcérations très-anciennes du pharynx s'arrêter après quelques gargarismes seulement, les tissus se raffermir sur des dents dont la chute était menaçante, et toute fétidité de chaleur disparaître.

Puissent ces observations, qu'aucun intérêt n'a dictées, porter l'attention des médecins sur des sources précieuses, dont on peut dire en toute vérité : *Ignota meliora !*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mai 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. Masson, de Beaune (Côte-d'Or), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bellenot pendant l'année 1857 ;

2° Deux rapports de MM. les docteurs Verdier et Blouquier sur le service médical des eaux minérales de Cauvalut et de Fonsanche (Gard) pendant l'année 1856 ;

3° Un rapport de M. le docteur Cisseville sur le service des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure) pendant la même année (commission des eaux minérales) ;

4° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1857 dans le département de l'Ariége. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Dillard communique une note sur un procédé nouveau de conservation du virus-vaccin. (Commission de vaccine).

— M. le docteur Jacques Blechmann, ancien médecin des hôpitaux militaires de Crimée, adresse un mémoire intitulé *Diathèse purulente, sa nature et son traitement rationnel.* (Commissaires, MM. Malgaigne et Huguier.)

— M. Eug. Caventou adresse un paquet cacheté renfermant l'indication des principales propriétés d'un corps qu'il étudie en ce moment. (Le dépôt est accepté.)

— M. le docteur Devilliers, ancien chef de clinique de la Faculté, envoie un paquet cacheté renfermant la description sommaire des signes caractéristiques de l'un des accidents les plus graves du travail de l'accouchement.

— M. TROUSSEAU, en son nom et au nom de M. Pidoux, fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la sixième édition du *Traité de thérapeutique.*

Cathétérisme laryngien. — M. TROUSSEAU dépose ensuite sur le bureau, au nom de M. Horace Green, professeur à l'Académie de New-York, cinq volumes dont les noms suivent :

1° *Traité des maladies des voies aériennes.*

2° *Observations sur la pathologie du croup et sur son traitement topique.*

3° *Traitement chirurgical des polypes du larynx et de l'œdème de la glotte.*

4° *Injections bronchiques pratiquées dans 106 cas de maladies pulmonaires.*

5° *Injections bronchiques dans les cavités tuberculeuses du poumon.*

M. Green accompagne cet envoi d'une lettre écrite en anglais, dans laquelle il revendique pour Ch. Bell et pour lui-même la priorité de l'emploi du cathétérisme laryngien. M. Green rappelle que Ch. Bell en 1816, a le premier eu l'idée de porter, à l'aide d'une sonde, une solution caustique de nitrate d'argent à travers l'orifice de la glotte jusque dans le larynx. Mais, ajoute-t-il, ce mode de traitement ayant paru à cette époque un peu hasardeux, Charles Bell y renonça. Ce fut deux ans plus tard, en 1818, que M. Bretonneau institua le traitement topique du croup. Enfin en 1838, M. Green lui-même a communiqué un travail sur ce même sujet à la Société médicale et chirurgicale de New-York, et depuis cette époque, il a appliqué la méthode du cathétérisme laryngien un grand nombre de fois. La suite de la lettre de M. Green renferme les détails descriptifs des procédés qu'il met en usage et des applications qu'il en a faites.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. PATISSIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport sur une nouvelle source minérale découverte à Cransac (Aveyron). L'eau de cette nouvelle source, dite source *Galtier*, est depuis longtemps employée dans le pays aux mêmes usages que la source *Basse Richard*. Comme celle-ci, elle est minéralisée par des sulfates de soude, de chaux, de magnésie, d'alumine, d'ammoniaque et même de potasse. On y trouve aussi des espèces d'alun particulier ferrugineux et magnésien. En conséquence, la commission propose de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

2° Un rapport sur l'eau minérale de la fontaine *Marina* près Saint-Dizier (Haute-Marne). Il résulte de l'analyse faite dans le laboratoire de l'Académie que cette eau appartient à la classe des eaux ferrugineuses carbonatées. Elle contient de si faibles proportions de gaz sulfhydrique, que la commission ne pense pas que cette eau doive une partie de son efficacité à ce gaz, comme le croit M. Legripp. La commission propose d'accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

Suspensoirs. — M. LAGNEAU lit un rapport sur plusieurs échantillons de suspensoirs qui ont été adressés à l'Académie par l'intermédiaire de M. le ministre des travaux publics, sur la demande de madame Prodhomme. M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que les suspensoirs présentés à l'appréciation de l'Académie par madame P..., bien que pouvant être considérés comme réunissant tous les avantages des meilleurs suspensoirs en tricot connus jusqu'à ce jour, ne présentent pourtant pas, même dans leur ensemble, un perfectionnement assez considérable, surtout assez original, pour que l'Académie juge convenable de lui accorder une approbation spéciale. (L'Académie adopte ces conclusions).

— M. LE PRÉSIDENT appelle successivement plusieurs personnes inscrites pour des lectures. Aucune ne répond à l'appel de son nom.

Les membres inscrits pour prendre la parole sur la discussion relative à la fièvre puerpérale, ayant demandé le renvoi de la discussion, la séance publique est levée.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante d'associé libre.

L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Rœber, médecin adjoint à Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariége).

— M. Lucas Championnière vient de succomber à une courte maladie. Médecin et journaliste distingué, M. Lucas avait fondé un journal de médecine, qui a eu dès son origine un grand et légitime succès. M. Lucas, docteur en médecine de 1828 ou 1829, était d'un âge peu avancé. Il sera vivement regretté de ses nombreux amis.

— M. le docteur Cazenave a commencé le mercredi 19 mai, à neuf heures, ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

La visite des salles aura lieu à huit heures.

— M. le docteur L. Sandras commencera la seconde partie de son cours sur les maladies nerveuses, aujourd'hui jeudi 20 mai à quatre heures, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Conformément au programme approuvé par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, ce cours sera public.

— M. le docteur Tavignot commencera mardi 25 mai à trois heures, son cours pratique des maladies des yeux, au dispensaire Saint-Côme, rue Grégoire-de-Tours, près la rue de Buci.

Traité des maladies du visage, par le docteur Foucaud de l'Espagnery. Un vol. in-8°. Chez Labé, libr., place de l'Ecole-de-Médecine.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hémoptysie survenue dans des circonstances particulières qui ont rendu difficile le diagnostic de sa cause organique.

Une jeune fille de treize ans, couchée au n° 32 de la salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu, a été enlevée il y a quelques jours par une hémoptysie foudroyante survenue dans les circonstances suivantes.

Cette petite malade était entrée dans le service de la Clinique pour une pleuro-pneumonie en voie de résolution. Cependant la convalescence ne s'établissait pas franchement, et la persistance des phénomènes locaux perçus par l'auscultation, tels que râles muqueux abondants, craquements dans toute l'étendue de la poitrine, principalement au sommet, ainsi que la persistance des symptômes généraux caractérisant la fièvre hectique, ne laissaient pas de doute sur l'existence de la phthisie tuberculeuse. Le mal, toutefois, ne paraissait pas faire de rapides progrès ; depuis quelques jours même, l'enfant était plus gaie qu'elle n'avait jamais été, et son appétit était devenu meilleur, lorsque le 13 mai, vers six heures du soir, deux heures environ après avoir dîné, elle fut prise d'un accès de toux, et aussitôt d'une abondante hémorrhagie qui la fit succomber en moins de cinq minutes. Elle rendait le sang à flots par le nez et par la bouche. Elle conserva d'ailleurs toute son intelligence jusqu'au dernier instant, disant qu'elle se sentait mourir.

Ce sang était d'un rouge foncé, presque noir, non spumeux, et le caillot qu'il formait dans le vase était également noir; il avait bien plus les apparences du sang rendu par une hématémèse que les caractères généralement attribués au sang rendu par une hémoptysie.

La soudaineté des accidents, la rareté des hémorrhagies de l'estomac dans le jeune âge, l'exemple qui s'était offert l'année dernière à notre observation, dans la même salle, d'une hémoptysie foudroyante et mortelle chez une jeune fille du même âge, firent diagnostiquer à M. Trousseau une hémorrhagie pulmonaire. Et à ce propos, il a rappelé de nouveau l'attention de ses élèves sur ce fait, que l'on ne saurait attribuer aux hémorrhagies venant de l'estomac ou des poumons, pas plus qu'aux hémorrhagies symptomatiques d'une apoplexie pulmonaire, les caractères différentiels qu'on a voulu leur assigner : à savoir que le sang, dans l'hémoptysie bronchique, est rouge, vermeil, spumeux, tandis que dans l'hémoptysie symptomatique de l'apoplexie pulmonaire il est noir, non aéré; à savoir aussi que dans l'hématémèse, si la quantité de sang rejeté par la bouche ne peut, en bien des cas, fournir un élément de diagnostic, la couleur de ce sang, rouge et spumeux dans l'hémoptysie, noir et non spumeux dans l'hématémèse, ne devait pas laisser d'incertitude.

A l'autopsie de notre petite malade, on put croire d'abord à l'existence d'une hémorrhagie gastrique. On trouva, en effet, l'estomac rempli et distendu par du sang semblable à celui qui avait été rejeté durant la vie; mais on n'y constata aucune lésion, rien qui pût rendre compte de cette hémorrhagie. On eut d'ailleurs bientôt la preuve que celle-ci était venue des bronches. Les poumons, criblés de tubercules ramollis, et dont les sommets étaient convertis en d'énormes cavernes, laissaient exsuder à la coupe une quantité considérable de sang qui sourdait de toutes les ramifications bronchiques. On ne trouva aucune rupture vasculaire, et les cavernes étaient vides de sang.

Incontestablement l'hémorrhagie s'était faite primitivement par les bronches, et le sang que celles-ci avaient versé s'était épanché dans l'estomac. Il restait à se demander si cet épanchement s'était fait petit à petit, à mesure que le sang était sorti des voies respiratoires, pour être ensuite, l'estomac une fois rempli, rejeté violemment et d'un coup par le vomissement; auquel cas le séjour plus ou moins prolongé du sang dans l'estomac aurait donné jusqu'à un certain point l'explication de la couleur qu'il avait présentée; ou bien, si cet épanchement s'était fait brusquement, le flot de sang, après avoir rempli les cavités buccales et les fosses nasales, faute d'une issue assez large, s'était précipité dans l'estomac. Suivant cette dernière manière de voir, qui paraît ici la plus acceptable, il y aurait une *hémoptysie* dans l'acception la plus rigoureuse du mot; et ce fait donnerait raison aux observations faites par M. Trousseau relativement au peu de valeur des signes prétendus caractéristiques tirés de la couleur du sang. Cette dernière explication nous paraît la plus acceptable. En effet, l'accident est arrivé soudainement; une quinte de toux a provoqué l'hémorrhagie, qui, en cinq minutes, a foudroyé la malade. Un instant avant, cette enfant était gaie, semblait mieux même que d'habitude; elle avait mangé de bon appétit, et ne se plaignait d'aucun trouble de la digestion. Or comment supposer que l'hémorrhagie se faisant lentement, le sang s'écoulant à travers l'œsophage au sortir de la trachée, comment supposer, disons-nous, que dès les premières cuillerées tombées dans l'estomac, qu'il surprenait en plein travail de digestion, le sang n'eût pas provoqué des vomissements? Or c'est par des quintes de toux et non par des nausées que l'expulsion au dehors s'est faite. Il paraît donc plus rationnel d'admettre, ainsi que nous venons de le dire, qu'il y a eu tout à la fois passage du sang dans la bouche et dans les fosses nasales qu'il a remplies, et d'où il a été rejeté au dehors et en partie dans l'estomac; qu'en un mot, il y a eu là une hémoptysie et non un vomissement de sang.

Instillations d'une solution de chlorate de soude dans la trachée, comme adjuvant du traitement du croup après la trachéotomie.

M. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, fait usage depuis quelque temps dans son service, d'instillations d'une solution tiède et assez concentrée de chlorate de soude chez les jeunes sujets affectés de croup qui ont dû subir l'opération de la trachéotomie. Cette pratique a pour objet de remplir une des indications du traitement du croup après la trachéotomie. Voici à quelle occasion M. Barthez a été conduit à essayer d'abord, et puis à pratiquer usuellement ces instillations.

Pendant les trois derniers mois que nous venons de traverser, il régnait dans les quartiers environnant l'hôpital Sainte-Eugénie, une épidémie de croup qui, suivant ou accompagnant l'épidémie de grippe alors en pleine vigueur, devait sans doute à cette circonstance les caractères particuliers qu'elle a présentés. Ce croup était, suivant l'heureuse expression de M. Pidoux, plus catarrhal que diphthéritique, c'est-à-dire que la fausse membrane siégeait dans les bronches, la trachée et le larynx de préférence, et rarement sur le pharynx, presque jamais dans les fosses nasales. La fausse membrane gutturale, petite, peu étendue, n'a jamais revêtu l'apparence gangréneuse. Les ganglions cervicaux n'ont été ni gros, ni douloureux, ou, s'ils se sont développés, ce fut toujours d'une manière peu appréciable et nullement inquiétante. Les symptômes généraux d'empoisonnement furent à peu près nuls; deux enfants à peine les présentèrent. Après la trachéotomie, les enfants mouraient avec les symptômes d'une asphyxie lente; ils mouraient tous sans exception, et chez la plupart on trouvait la trachée et les bronches remplies de fausses membranes.

M. Barthez se rappela alors quelques expériences qu'il avait faites l'année précédente sur les effets comparés du chlorate de soude et du chlorate de potasse dans le but de connaître l'action topique des deux chlorates sur les fausses membranes. Il avait pris deux lambeaux pseudo-membraneux de dimensions à peu près égales et les avait mis en contact, l'un avec la solution concentrée de chlorate de potasse, l'autre avec la solution concentrée de chlorate de soude. Les fausses membranes se modifièrent peu à peu; elles se ramollirent en perdant leur opacité : leur tissu devint moins serré, puis transparent, puis comme diffluent, et sa forme membraneuse disparut sans qu'il perdit toute cohésion. La dissolution dans quelques cas fut complète. Les choses se passèrent de la même manière dans les deux solutions, à une différence près, c'est-à-dire que les changements commencèrent beaucoup plus tard dans le chlorate de potasse que dans le chlorate de soude, et exigèrent un temps beaucoup plus long pour s'accomplir. D'ailleurs la même membrane, mise dans l'eau simple, conservait son apparence naturelle pendant bien des jours. M. Barthez avait fait aussi des essais semblables sur le mucus sorti de la canule après la trachéotomie, mais il n'avait remarqué aucune différence entre l'action de l'eau pure et celle de l'un ou de l'autre chlorate.

Se rappelant donc ces expériences, il pensa à utiliser dans l'épidémie dont il s'agit les connaissances qu'il en avait tirées, et il essaya d'instiller dans la canule une solution tiède de chlorate de soude. Il n'espérait pas obtenir la diffluence des fausses membranes, mais seulement le ramollissement de leur surface, et par suite la destruction plus facile de leurs adhérences, et leur expulsion plus rapide et plus complète.

Ne sachant pas comment la trachée et les bronches supporteraient l'action directe du chlorate de soude, il commença par la solution d'un gramme de sel sur 30 grammes d'eau, et arriva promptement à mettre 3 ou 4 grammes dans l'eau, que l'on versait dans la canule fréquemment et en très-petite quantité à la fois, quelques gouttes à peine.

Les résultats furent très-encourageants. Lorsque cet essai fut commencé, tous les malades antérieurement traités avaient succombé, et il y avait dans ce moment en traitement sept enfants trachéotomisés à un ou deux jours d'intervalle. Peu de jours après le début de ces essais, quatre de ces enfants étaient en voie de guérison; trois de ceux-là guérirent, le quatrième mourut beaucoup plus tard chez ses parents, et lorsque son état avait été jugé assez bon pour le faire sortir de l'hôpital.

Il y avait là au moins la preuve de l'innocuité de l'instillation, si l'on n'y trouve déjà aussi la preuve de son utilité.

Quoi qu'il en soit, on pouvait penser, et l'on a objecté en effet, qu'il y a une grande différence entre le séjour continu d'une fausse membrane dans une solution de chlorate de soude, et l'instillation de quelques gouttes de ce liquide promptement rejeté par la toux.

Voici sur quoi M. Barthez s'est fondé pour croire, jusqu'à preuve du contraire, que cette action, quelque passagère qu'elle soit, quelque minime qu'elle paraisse, est cependant réelle. Nous le laissons parler lui-même.

« La religieuse attachée à mon service, qui est aussi intelligente que dévouée aux malades, s'est chargée de faire les instillations répétées, et elle n'a pas tardé à remarquer qu'après un certain nombre de ces instillations, l'expectoration devenait plus facile et s'accompagnait en général du rejet d'un certain nombre de fragments pseudo-membraneux. Entre autres exemples, voici comment les choses se passèrent chez l'un de nos malades :

« Chez cet enfant opéré depuis plusieurs jours, la plaie s'était agrandie par suite d'un phlegmon survenu à son pourtour, et les yeux plongeaient facilement jusque dans la trachée. Une fausse membrane jaune et continue s'étalait depuis l'orifice externe jusqu'aussi loin que la vue pouvait s'étendre, formant un tube qui devait se mouler sur la canule lorsqu'elle était en place. Les cautérisations faites avec le nitrate d'argent ne détruisaient pas la fausse membrane. Le bruit que faisait l'air en traversant la canule était sec et coupé par moments par une sorte de claquement sec aussi; aucune expectoration n'avait lieu. Les instillations fréquemment répétées (environ de quart d'heure en quart d'heure) déterminaient chaque fois une quinte de toux. Au bout d'une à deux heures environ, une quinte plus violente fut suivie d'un terrible accès de suffocation. La religieuse se hâta d'enlever la canule; et l'interne de service vit et enleva sur-le-champ une fausse membrane qui se présentait à l'orifice. Elle était largement tubulée et ramifiée à sa partie inférieure; c'est-à-dire qu'elle avait rempli la trachée en descendant jusque dans les bronches. Une amélioration notable suivit et ne fut plus entravée.

» Autre objection. — Les instillations étant suivies d'une quinte de toux et du rejet d'une partie du liquide mêlé de mucus et de fausses membranes, je me suis demandé si les simples secousses causées par l'introduction de l'eau tiède ne suffisaient pas pour rompre les adhérences de la fausse membrane et par là pour faciliter sa sortie.

» Pour m'en assurer, je résolus de faire faire des instillations avec de l'eau tiède. Une petite malade se présenta bientôt avec les conditions utiles pour faire l'expérience; c'est-à-dire qu'après l'opération, le bruit produit par l'entrée de l'air dans la canule était d'une grande sécheresse, et aucune évacuation de mucus ou de fausses membranes n'avait lieu. On fit des instillations très-fréquentes avec de l'eau tiède pendant six heures de suite; et malgré la toux qu'elles déterminaient, aucun autre liquide que l'eau instillée ne fut évacué.

» Alors la religieuse, voyant la suffocation augmenter, n'eut pas le courage de continuer plus longtemps l'expérience, et remplaça l'eau par la solution de chlorate de soude. L'instillation fut faite comme précédemment, tous les quarts d'heure, et au bout d'une heure environ, un débris de fausse membrane fut évacué, puis d'autres en grand nombre jusqu'au lendemain. La suffocation diminua d'autant, et comme il ne se fit pas de nouvelles ex-

sudations, la petite malade guérit très-rapidement. Le quatrième jour, nous pûmes enlever la canule. »

Deux cas de gangrène en masse des jambes dans le cours de la fièvre typhoïde.

Nous avons annoncé, dans la *Revue clinique* du 8 mai, que nous publierions les deux observations de gangrène *en masse* des membres survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, que M. le docteur Bourgeois a recueillies dans son service de l'hôpital d'Etampes. Voici ces deux faits, dont nous avons dû abréger un peu la relation, mais en y maintenant toutefois les détails les plus essentiels :

Dans la première observation il s'agit d'une jeune fille de seize ans, jusque-là bien portante, qui, après plusieurs jours de prodromes, lassitude générale, avec céphalalgie, inappétence et diarrhée légère, entra à l'hôpital d'Etampes le 4 mars, présentant l'état suivant : décubitus dorsal, agitation (la nuit surtout), insomnie, face vultueuse, exprimant la douleur, langue saburrale à la base, rouge et sèche à l'extrémité, liséré blanc aux gencives, pouls de 110 à 115, mou, ondulant; un peu de toux grasse sans oppression marquée; quelques râles muqueux à la racine des bronches; ventre tendu; deux ou trois garde-robes par vingt-quatre heures; sommeil rare avec rêvasseries.

Cette jeune fille reste pendant une huitaine de jours environ dans le même état, puis elle semble aller mieux; la diarrhée cesse, l'agitation est moindre; mais une vive douleur ne tarde pas à se faire sentir dans la jambe droite, qui n'est pourtant ni rouge ni gonflée; les mouvements sont presque abolis; la chaleur est moindre que dans l'autre côté, elle est aussi moins sensible; la cuisse est complétement indolente. Il n'existe aucune tuméfaction le long des gros vaisseaux et des ganglions inguinaux. Les jours suivants la jambe devient tout à fait froide, la douleur cesse, excepté à la partie supérieure; elle prend une couleur d'abord gris terne, puis rouge cuivré ou briqueté, laquelle passe vite au violet clair, avec vergetures nombreuses; la sensibilité physiologique y est complétement éteinte. Un cercle irrégulièrement frangé établit la séparation des parties évidemment mortifiées avec les parties qui ont conservé la vie; il s'étend depuis le bas de la tubérosité du tibia jusqu'au tiers supérieur du mollet, et embrasse la jambe circulairement. Pendant ce temps, M. Bourgeois constate, non sans étonnement, une rémission d'accidents généraux encore plus marquée que celle qui a été signalée avant l'apparition immédiate du sphacèle; la malade reprend du sommeil, l'appétit commence à renaître, et elle n'est plus du tout agitée; le pouls descend (80 à 90°).

La jambe malade devient d'un violet de plus en plus ardoisé; le cercle éliminatoire se creuse de plus en plus chaque jour; une suppuration grisâtre et fétide s'établit; les orteils et le pied se dessèchent; bientôt toutes les parties molles sont séparées et laissent voir, entre les chairs vives rétractées et celles qui sont mortifiées, les os de la jambe, dénudés, secs et presque blancs. M. Bourgeois, pour débarrasser la malade d'un poids fatiguant et d'une source de miasmes, achève la séparation en sciant les os à 2 centimètres de la surface supérieure de la plaie. Au bout d'une vingtaine de jours les deux petites viroles osseuses se séparèrent et la cicatrice ne tarda pas à se compléter.

Pendant ce temps, l'état de la malade s'était amélioré sensiblement de jour en jour. Vers la fin du mois d'août, c'est-à-dire après cinq mois de séjour à l'hôpital, la santé était parfaite; elle avait repris toute sa fraîcheur et son embonpoint. Le moignon était exactement pareil à celui qui résulte d'une amputation au lieu d'élection, et aussi régulier qu'après l'opération la mieux faite.

— Le second malade était un jeune garçon de douze ans, chétif et grêle, qui fut pris, vers le milieu de décembre 1855, de fièvre typhoïde de caractère muqueux, et qui n'offrit jamais de symptômes graves. Une épidémie typhoïde régnait alors dans la localité. La fièvre durait depuis trois semaines environ, et loin de s'aggraver, elle tendait au contraire à s'améliorer sensiblement, lorsque, à cette époque, une très-vive douleur survint dans les deux jambes, et principalement dans la droite, sans gonflement. La pression augmentait notablement cette douleur; la chaleur était moindre qu'à l'état normal. Au bout de deux ou trois jours, le membre prit une teinte grisâtre; la douleur se concentra au-dessous de l'articulation tibio-fémorale; les téguments avaient perdu toute sensibilité, et les mouvements étaient complétement abolis. Une ligne dentelée séparait les parties atteintes de sphacèle d'avec les chairs vives; elle commençait en avant, un travers de doigt au-dessous de l'attache du ligament rotulien, et se portait de chaque côté en arrière, en circonscrivant tout le pourtour de la jambe, et laissant au-dessus d'elle une partie du mollet. Une semaine s'était à peine écoulée que les mêmes modifications morbides se manifestaient du côté opposé. Ce fut alors que le malade entra à l'hôpital.

M. Bourgeois le trouva, le 14 janvier, dans l'état suivant : Pâleur anémique générale très-prononcée, amaigrissement marqué, pouls mou et fréquent, de 115 à 120, peau sèche, langue saburrale; diarrhée, soif nulle, urines sédimenteuses, un peu de toux, expectoration muqueuse et quelques ronchus dans les deux côtés du thorax. La jambe droite est d'un violet foncé uniforme; les orteils et le pied se dessèchent; la ligne ulcéreuse a déjà détruit les téguments, et envahit les parties molles sous-jacentes; elle fournit une suppuration grise, abondante et fétide; la cuisse n'est ni rouge, ni douloureuse, ni tuméfiée, même le long du trajet des nerfs et gros vaisseaux.

La jambe gauche, d'un rouge cuivré, offrait encore des parties de téguments d'apparence saine et ayant conservé un peu de sensibilité tactile; la douleur y était toujours vive; immobilité absolue de tous les muscles, refroidissement presque complet, absence de battement artériel. Une ligne de démarcation indique le point où cesse le mal.

Se rappelant l'histoire de la jeune fille, M. Bourgeois ne douta plus que cette mortification des deux jambes ne fût le résultat de la fièvre typhoïde. Il prescrivit en conséquence un régime tonique et une alimentation aussi réparatrice que possible.

Au bout de quinze jours environ, la séparation des parties molles ayant continué à s'opérer à droite, les deux os de la jambe étaient dénudés et le membre desséché. La jambe gauche est devenue aussi violette que l'autre, elle est moins desséchée et le sillon ulcéreux moins profond. — Même régime; poudres aromatiques et dessé-chantes sur les parties gangrénées.

Vers le milieu du mois d'avril, tous les symptômes généraux s'aggravent, la diarrhée bilioso-muqueuse survenue par intervalles dans le cours du mois précédent devient continue et abondante; la cicatrisation commence à droite au pourtour du moignon, les os ne se séparent point. A gauche, l'articulation du genou est largement ouverte; une masse énorme de suppuration la remplit.

Du 15 avril au 1er juillet, il est survenu deux érysipèles s'étendant aux cuisses, et qui ont laissé à leur suite un œdème prononcé remontant de chaque côté jusqu'au bassin. A droite, la cicatrice s'avance jusqu'aux deux os. A gauche, le vaste hiatus formé par l'articulation ouverte s'est bouché; les parties mortifiées se sont tout à fait séparées.

A dater du 1er juillet, l'enfant devient de plus en plus souffrant; il est épuisé par une diarrhée incessante; deux ou trois érysipèles surviennent de nouveau. A droite, la cicatrice est complète; il ne reste plus que la place des os, qui s'ébranlent manifestement. A gauche, bien que la cicatrisation soit un peu moins avancée, les os s'ébranlent également. L'œdème est devenu général.

Dans les premiers jours de septembre, l'enfant tombe dans un état de délire habituel. Il ne prend plus aucune nourriture. Enfin il s'éteint le 18 septembre, après une longue lutte.

Lorsqu'on enleva le cadavre, les deux jambes se détachèrent spontanément. L'examen des membres n'a malheureusement pas été fait; mais, fait remarquer M. Bourgeois, il y aurait eu probablement peu à acquérir pour la science dans cet examen : les vaisseaux des membres pelviens devaient être sains, car il a toujours senti les battements artériels dans les crurales, jusque vers le bas des cuisses.

L'étendue des détails dans lesquels nous avons dû entrer sur ces deux faits ne nous permet pas aujourd'hui de les faire suivre des quelques réflexions que nous nous proposions d'émettre à cette occasion, ni de la relation de quelques faits analogues qu'il nous a été possible de réunir. Nous reviendrons donc sur ce sujet dans une des prochaines *Revues*.

ÉTUDES SUR LA DOTHIÉNENTÉRIE,

Par le docteur Blachez.

Les dissertations inaugurales soutenues devant les Facultés de médecine sont trop communément des compilations et des travaux dénués de toute originalité, pour qu'il soit d'usage d'en faire des comptes rendus. Aussi, lorsqu'une de ces productions, qui ne sont le plus souvent qu'une formalité, sort des voies ordinaires et constitue une œuvre sérieuse, nous empressons-nous de saisir l'occasion favorable et d'en donner une idée sommaire. Telle est la bonne fortune que nous avons aujourd'hui.

M. Blachez, ancien interne lauréat des hôpitaux, a fait de la *dothiénentérie* l'objet de sa thèse. Rien que cette dénomination laisse préjuger tout d'abord l'esprit qui domine le travail entier, bien que cependant, et pour se conformer à l'usage, l'auteur consente à se servir indifféremment aussi du mot *fièvre typhoïde.* Nous n'insisterons pas sur ce point, ayant en horreur les questions de logomachie, dont il ne peut rien sortir d'utile ni de pratique.

C'est par un historique court, mais substantiel, que l'auteur entre en matière. L'historique de la fièvre typhoïde est chose trop connue pour que nous voulions en rien dire; mais nous devons fixer l'attention sur la pensée dominante de l'auteur, à savoir que les auteurs qui ont généralement passé pour avoir eu une très-grande part dans la généralisation de la fièvre typhoïde, en ont eu réellement fort peu. C'est à Bretonneau qu'il faut rapporter cette découverte, puisque le premier il a démontré :

1° Le point précis de la lésion sur la plaque de Peyer (ce que tout le monde admet aujourd'hui) ;

2° Que l'on devait rapporter à la dothiénentérie toutes les fièvres putrides, malignes, etc., décrites jusqu'alors. N'a-t-il pas enfin, dit M. Blachez, considéré le premier la dothiénenterie comme une fièvre éruptive, idée à peine indiquée par Petit et Serres, et qui réunit aujourd'hui la majorité des opinions?

Ce qui n'empêche pas M. Blachez d'examiner rapidement, en les appréciant avec beaucoup de justesse, les travaux de Broussais sur ce sujet, et de tous les auteurs sérieux qui s'en sont occupés, Chomel, Andral, Piorry, Forget, de Larroque; dans le travail que nous avons sous les yeux, ce sont les doctrines de M. Beau qui sont principalement exposées et développées, et avec un tel talent que, le fond appartenant en beaucoup de points au savant médecin de l'hôpital Cochin, la part de l'élève n'en reste pas moins fort belle encore et fort importante. M. Beau est un homme trop juste et trop loyal pour chercher, comme certains professeurs jaloux, à s'approprier les travaux de leurs élèves, sous le prétexte que les matériaux en ont été recueillis dans leur service d'hôpital.

Le titre seul donné par M. Blachez à son travail suffit pour indiquer qu'il n'a pas eu dessein de tracer une histoire complète de la fièvre typhoïde. Nous n'examinerons donc avec lui que quelques-uns des points les plus importants de l'étiologie, de la symptomatologie et de la nature.

En dehors des questions d'âge, de sexe, d'acclimatement, etc., questions banales traitées par tout le monde, il est un ordre de causes qui paraît capital à l'auteur; ce sont les influences morales.

Ces influences morales, dit-il, envisagées comme causes des maladies, peuvent agir de deux manières différentes, soit directement en apportant une perturbation profonde dans le système nerveux, soit que, prenant une voie détournée, elles s'attaquent aux fonctions digestives d'abord, et déterminent une dyspepsie sur laquelle vient s'enter l'affection aiguë. Bien souvent M. Beau, dans ses conférences, insiste sur cette filiation des phénomènes, et démontre comment, dans presque toutes les maladies, les premiers symptômes sont précédés de troubles digestifs, d'un défaut d'assimilation réparatrice, qui persistent quelquefois depuis fort longtemps, ouvrant ainsi la voie à une manifestation morbide locale. Nulle part ces opinions ne se trouvent mieux justifiées que dans l'étiologie de la dothiénentérie, étudiée en dehors des épidémies.

Certes, il faut tenir compte des changements d'habitudes, des conditions nouvelles dans lesquelles se trouvent les sujets qui viennent habiter les grandes villes; l'examen de ces influences, observées à Paris, par exemple, constituerait une étude intéressante où on pourrait les réunir sous le nom de *cachexie parisienne*; mais a-t-on suffisamment tenu compte des conditions morales, de cette dépression générale qui atteint les individus changeant complétement de milieu, mis brusquement aux prises avec une dure nécessité, et ne trouvant qu'un entourage indifférent? Croit-on que cet élément moral n'aide pas puissamment aux mauvaises conditions hygiéniques? C'est surtout chez les sujets acclimatés que nous voyons les causes morales manifester énergiquement leur influence.

Quand on voit un sujet de plus de trente ans prendre une dothiénentérie grave au milieu des conditions dans lesquelles il a toujours vécu, on devra toujours aller à la recherche d'une cause morale; rarement on se trouvera en défaut.

Sans vouloir donc ôter aux influences matérielles leur importance dans le développement de la fièvre typhoïde, sans vouloir même la diminuer, nous croyons qu'elles sont bien souvent doublées d'une influence morale, lorsque celle-ci ne joue pas le principal rôle.

C'est dans la pratique des médecins militaires que nous trouvons les preuves les plus convaincantes de cette influence des causes morales sur le développement de la dothiénentérie. C'est principalement sur les jeunes soldats venant des départements les plus arriérés et pour lesquels la transition a été plus brusque et plus inattendue, que la fièvre typhoïde sévit le plus cruellement.

L'influence des causes morales se fera d'autant mieux sentir qu'elles se joindront à une fatigue physique excessive, que le sujet aura été *forcé* ou *surmené*. Tous les praticiens des campagnes ont remarqué la fréquence des dothiénentéries au moment des récoltes, à cette époque de l'année où les fatigues sont très-grandes. Terminons ce qui a trait à l'étiologie en disant que M. Blachez admet avec raison, suivant nous, la nature contagieuse de la maladie.

L'étude des symptômes a fixé l'attention de M. Blachez, mais principalement à un point de vue particulier. Il n'a pas voulu les passer successivement et tous en revue avec les mêmes détails. Son tableau est complet; mais il a surtout insisté sur ceux qui ne sont pas décrits dans les auteurs.

Et d'abord, le pouls est plein, mou, facilement dépressible, du moins au commencement. Or, cette plénitude du pouls avec mollesse s'accompagne toujours d'un phénomène stéthoscopique qui lui est invariablement lié : c'est le bruit de souffle carotidien, quelquefois cardiaque, qui dépend, comme M. Beau l'a surabondamment démontré, d'une disproportion accidentelle entre le volume de l'ondée sanguine et le calibre de l'artère. A quoi tient le volume exagéré de l'ondée? A la dilatation atonique du cœur, constamment démontrée par l'autopsie.

Nous ne parlons des phénomènes bronchiques et des râles si justement nommés typhoïdes, que pour signaler une variété fréquente de souffle intermédiaire entre l'expiration prolongée et le souffle pneumonique, et qui rentre dans ce genre de souffle désigné par M. Beau sous le nom de *souffle tubo-vésiculaire.*

Mais un phénomène sur lequel nous devons fixer l'attention, et dont la découverte appartient exclusivement à M. Beau, c'est l'*analgésie*, que M. Blachez donne non comme constant, mais comme très-fréquent. Ce symptôme est rarement porté au degré qu'elle atteint dans certaines formes de dyspepsie, où l'on tra-

verse la peau sans que le malade s'en aperçoive; mais elle est assez notable pour que l'on puisse planter une épingle dans la peau sans provoquer aucune douleur.

Il ne faudrait pas croire non plus, ajoute M. Blachez, que l'analgésie soit en rapport avec la gravité des cas, qu'elle se lie à l'hébétude générale et soit d'autant plus prononcée que l'intelligence paraît plus obscurcie. Il n'en est rien. S'il fallait indiquer quelques-unes des conditions dans lesquelles l'analgésie se produit le plus volontiers, nous croirions assez qu'elle domine chez les malades préparés, pour ainsi dire, de longue main à la fièvre typhoïde par des fatigues et des privations, et chez lesquels la dyspepsie a précédé de longtemps le début de la maladie.

L'analgésie et le bruit de souffle sont deux phénomènes du même ordre qui marchent ensemble. Dans certains cas rares, l'analgé ie est remplacée par l'hyperesthésie; le malade saute en l'air à la plus légère piqûre. Il est à noter que cette hyperesthésie se rencontre souvent dans des cas où l'hébétude est très-prononcée.

Les malades peuvent être emportés pendant la convalescence; c'est à cette époque qu'on a vu se manifester ces symptômes que M. Beau a décrits dans ces derniers temps sous le nom de *paralysie générale aiguë*, et dans lesquels la mort arrive en quatre ou cinq jours au milieu d'accidents cérébraux, tels que le délire, le bégayement, le mâchonnement perpétuel, le tremblement, la paralysie.

La *phlegmatia alba dolens* est encore une maladie de la convalescence; M. Beau a montré que cette affection n'était pas rare, qu'elle n'était nullement propre à la grossesse et à l'état puerpéral; qu'un de ses caractères était d'apparaître toujours secondairement dans le cours ou à la fin d'une autre affection. C'est une maladie de peu de gravité.

Une dernière remarque de l'auteur sur ce sujet est celle-ci : que la fièvre typhoïde peut récidiver; cinq ou six mois après une dothiénentérie bien caractérisée, le malade peut en contracter une autre qui suit régulièrement toutes ses périodes; nous ne parlons pas des rechutes, qui emportent fréquemment les malades en pleine convalescence.

Nous arrivons à l'étude de la nature et à la pathogénie de l'affection. Sans passer en revue les diverses opinions si connues des maîtres de la science, disons sur-le-champ que M. Blachez, avec M. Beau, regarde la fièvre typhoïde comme une fièvre éruptive; mais pour eux l'éruption ne siége pas, comme le veut Bretonneau, à la muqueuse intestinale; elle siége à la peau, où elle est représentée par les taches lenticulaires. Il serait trop long de suivre l'auteur dans les développements qu'il donne à cette manière de voir. Résumons seulement sa pensée en quelques lignes.

Cette fièvre éruptive, M. Blachez l'assimile à toutes les autres; il cherche à démontrer d'abord que, dans tous les exanthèmes, l'exanthème n'est que le cachet de la maladie; derrière lui, il y a un état particulier dont il n'est que la traduction; il serait beaucoup plus vrai de dire que ce sont des fièvres exanthémateuses, dans lesquelles l'éruption n'est qu'à l'état de cachet. Il en est de même de la fièvre typhoïde, où l'éruption lenticulaire n'a qu'une importance tout à fait accessoire; elle est dominée par l'état général, dont elle n'est que la marque et l'enseigne. Mais, dira-t-on, l'éruption manque quelquefois; ne voit-on pas souvent aussi des *variolæ sine variolis*, des *morbilli sine morbillis*, des *suettes sans sueurs et sans éruption?*

Mais les ulcérations intestinales, la maladie des plaques de Peyer, etc.? Elles ne sont que le résultat de l'écoulement de la bile altérée sur la muqueuse intestinale; cette altération de la bile, elle a été constatée nombre de fois, et en particulier par Orfila, dans sa *Chimie médicale*. Avec son maître M. Beau, M. Blachez admet que la bile a subi dans sa sécrétion une modification profonde; versée dans l'intestin, toute préparée à une putréfaction rapide, elle s'y décompose avec rapidité, et constitue le liquide dothiénentérique dont la septicité est maintenant démontrée.

Si nous nous sommes longuement étendu sur ce chapitre de la pathogénie, c'est que les indications relatives au traitement en découlent tout naturellement. Il faut évacuer ce liquide dothiénentérique, éminemment toxique; il faut nettoyer ces *latrines vivantes*, et pour cela il faut purger. Tous les purgatifs sont bons, pourvu que l'on obtienne les évacuations.

Le traitement de M. Beau, dont nous avons pu par nous-même apprécier si souvent les heureux résultats, peut se formuler par ce triple aphorisme.

Laver l'intestin par les purgatifs.

Laver le sang par les boissons délayantes.

Laver la peau par les lotions froides.

La thèse de M. Blachez est certainement une des plus remarquables qu'ait depuis longtemps produites la Faculté de Paris.

D[r] A. Foucart.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FIÈVRE JAUNE

qui s'est déclarée à bord du R. M. S. steamer LA PLATA, au mois de novembre 1852 (1).

Par MM. John Wiblin et A. Harvey, M. D. Edin.

Cette quarantaine a, nous le savons, trouvé bien des opposants; mais, à l'exception de ceux qui en ont été plus ou moins directement incommodés et de quelques autres qui refusent toute efficacité à cette mesure sanitaire, nous ne pensons pas qu'en général on se soit élevé contre elle. Il peut bien exister quelque différence d'opinion pour certains détails de la quarantaine, tels que le débarquement du sac à lettres alors que l'équipage et les passagers sont condamnés à rester à bord, la durée de la séquestration, etc.; mais nous ne doutons nullement que le sentiment général, aussi bien dans le public que parmi les médecins, est que le principe de la quarantaine est un principe sûr (*sound*); et que la ligne de conduite qu'adopteraient des individus pour leur sécurité personnelle et celle de leurs familles doit être celle que doit prendre le gouvernement pour le salut public. « S'il s'agissait de la préservation de la maison que j'habite ou de la famille dont je suis le chef, je prendrais les mêmes mesures de précaution pour éviter la peste que pour éviter la fièvre jaune ou le choléra; et chacun de vous, messieurs, en pareil cas, imiterait ma conduite. Je ne vois donc pas quelle raison il peut y avoir de ne pas appliquer la même règle lorsqu'il est question de préserver une ville, qui n'est que l'ensemble de nos maisons particulières, ou une population, qui n'est que la réunion de toutes nos familles. » (Extrait d'un discours adressé à la conférence sanitaire internationale, à Paris, par le docteur Monlau, de Madrid.)

Si dans une affaire aussi importante nous nous laissons guider par l'autorité, il ne serait pas mal de nous en rapporter à une qui nous semble mériter l'honneur du plus profond respect. Nous voulons faire allusion au congrès sanitaire international qui s'est réuni à Paris en 1851, et auquel assistaient les représentants de douze des Etats de l'Europe, à l'occasion de la fièvre jaune et au sujet de navires placés dans des circonstances analogues à celles où se trouvent les vapeurs des Antilles, qui ont non-seulement sanctionné le principe de la quarantaine, mais même sont allés plus loin que nous ne l'avons jugé nécessaire pour la froide saison où nous nous trouvions; il est digne de remarque que le représentant du gouvernement anglais, le docteur Sutherland, a voté pour les propositions adoptées par le congrès (1).

Ces propositions, qui renferment des règles de quarantaine précises pour les navires arrivant en Europe de n'importe quel point du monde où régnait au départ la fièvre jaune, sont au nombre de trois, et conçues ainsi qu'il suit :

I. Traversée heureuse : minimum (de quarantaine), cinq jours; maximum, sept jours.

Le minimum de cinq jours pourrait être abaissé à trois si la traversée avait duré plus de douze jours, et si le bâtiment était dans de bonnes conditions d'hygiène.

II. S'il y a eu des accidents pendant la traversée, minimum, sept jours; maximum, quinze jours.

III. Pour les cas extraordinaires d'une gravité exceptionnelle et en dehors de toute prévision, les mesures seraient établies d'après ce principe supérieur à toute règle : *Salus populi suprema lex*, et laissées au jugement de l'autorité sanitaire sous sa responsabilité.

La seconde de ces réglementations qui prescrit une quarantaine de quinze jours, si ce n'est la troisième, plus dure encore, est celle qui, d'après les idées du congrès, aurait due être appliquée à la *Plata* et autres vapeurs des Indes occidentales qui sont arrivés plusieurs fois non pas en trente, mais bien en treize et quatorze jours, et qui au moment de leur mouillage avaient encore à bord des cas récents de fièvre jaune; tandis que la règle qui a été suivie par ordre du conseil privé est celle qui prescrit de séquestrer le navire pendant dix jours seulement à partir du dernier cas de fièvre jaune survenu à bord (2).

Nous ajouterons, à propos de la quarantaine, que nos ports de mer sont, quant à la fièvre jaune, dans une position énormément différente de celles où ils se trouvaient il y a quelques années. En effet, autrefois, une traversée des Indes occidentales en Angleterre durait cinq à six semaines et même plus; aujourd'hui sa durée moyenne varie de douze à dix-sept jours. La *Plata* a fait chacune de ses traversées d'aller et de retour en treize jours; le *Parana* vient d'achever une traversée de retour en quatorze jours. Et si une température de 66° F. (19° C.) est favorable à la propagation de la fièvre jaune, qui peut prédire ce qui peut arriver l'été prochain si la fièvre jaune règne à Saint-Thomas et si la quarantaine est abolie à Southampton? Pendant de nombreuses années, on n'a connu le choléra pestilentiel que sous le soleil tropical de l'Orient. Qui aurait aujourd'hui assez de sang-froid pour affirmer que la fièvre jaune ne pourrait prendre racine et être la cause de désastres aussi nombreux et aussi irréparables que ceux que par deux fois le choléra a faits dans ce pays? Il est possible que la quarantaine ne serve à rien pour s'en préserver, mais de prime abord elle se présentera au gros bon sens de chacun comme un puissant moyen de prévention.

Il est important, autant que cela est possible à bord, que la ventilation, l'aménagement des cabines, la libre circulation des eaux de la cale, et autres choses analogues, ne laissent rien à désirer. Nous ne voulons en aucune façon affaiblir l'importance des moyens prophylactiques de cette nature, mais nous dirons pourtant que, d'après nous, on a exagéré trop souvent leur importance. Nous pensons, avec le professeur Christison (1), que le poison spécifique du typhus peut, par le moyen d'une ventilation convenable, être tellement *dilué* qu'il peut devenir presque, sinon tout à fait innocent. Mais on n'en saurait dire autant de la scarlatine et de la rougeole, qui, lorsqu'elles ont pénétré dans les demeures confortables du riche, en attaquent les habitants en toute liberté. Il n'en est pas autrement quant à la cause spécifique de la fièvre jaune. Nous savons tous qu'aux Indes occidentales, elle attaque souvent des personnes dans une position élevée. Cependant on peut se demander si dans un pays comme celui-ci, où la population est très-condensée, il sera jamais possible d'améliorer les habitations et la condition générale des classes inférieures, et par suite de modifier leurs habitudes, de sorte qu'elle puisse atteindre le niveau auquel ceux qui prêchent pour la réforme sanitaire pensent qu'il est *essentiel* d'atteindre pour diminuer le grand nombre de maladies *zymotiques* (2) qui règnent dans cette classe.

A tout événement, nous déclarons penser que le temps convenable pour examiner si l'on peut en toute sécurité abandonner les quarantaines ne sera venu que *quand* cette réforme aura été mise en pratique, et qu'il n'y a rien autre chose à faire en plus pour le maintien de la santé publique.

L'observation de M. Napier, quatrième mécanicien de la *Plata*, dont nous avons déjà parlé, et qui est mort de la fièvre jaune dans la ville de Southampton, nous paraît appartenir à l'histoire de l'épidémie de la *Plata*. M. Napier, qui fut traité par M. Ware, chirurgien de cette ville, fut vu par ce praticien pour la première fois le dimanche 28 novembre, huit ou neuf jours après qu'il eut quitté son navire. Il se plaignait alors d'une céphalalgie générale, plus forte pourtant en arrière, ainsi que de rachialgie; sa peau était chaude, sèche; sa langue brune et sèche; il avait du délire et de l'agitation; son pouls battait 120 pulsations à la minute. Le 29, en outre de ces symptômes, il eut des vomissements glaireux, des garde-robes liquides; ses urines étaient d'une couleur foncée. Il n'y avait que peu ou pas de bile dans les évacuations, qui avaient l'apparence de gruau, sans aucune mauvaise odeur. La fièvre était sans rémissions. Les vomissements continuèrent sans interruption, du jour où ils se montrèrent, jusqu'au vendredi soir 3 novembre, époque à laquelle ils prirent tous les caractères du vomissement noir. Le jour suivant apparut la coloration jaune de la peau; le hoquet et les soubresauts des tendons se manifestèrent; les vomissements noirs ne cessèrent pas. Il expira de bonne heure le dimanche 5 décembre.

Nous avons visité M. Napier la veille de sa mort, et nous l'avons trouvé dans un état de prostration extrême. A côté de son lit, un bassin contenait une quantité considérable de matière noire qu'il venait de vomir. Nous enlevâmes ces matières noires avec précaution. Nous en soumîmes la plus grande partie à l'examen de sir William Pym, qui le reconnut pour être du véritable vomissement noir.

On ne peut, ce nous semble, émettre aucun doute raisonnable sur la vraie nature de la maladie de M. Napier, ni sur sa cause principale. A bord de la *Plata* il était constamment en rapport avec M. Donaldson pendant sa maladie, passant souvent une heure et plus dans sa cabine; plus tard, quand le vapeur entra dans le port, il alla habiter la même maison que Donaldson, encore convalescent, qu'il voyait très-souvent. Dans tous ses traits, l'affection dont M. Napier fut atteint ressemblait parfaitement à celle qui sévit à bord de la *Plata*. On a essayé d'en faire un cas rare de fièvre maligne, et par suite d'en attribuer l'origine aux mauvaises conditions hygiéniques de la vie et de la maison qu'habitait M. Napier. Sir William Pym, qui se trouvait à Southampton le lendemain du décès de ce mécanicien, a étudié, conjointement avec M. Ware et nous, tout ce qui avait trait à la maladie de M. Napier, et n'a pas hésité à considérer sa maladie comme un véritable cas de fièvre jaune.

Quant à la rue, elle est comparativement large (42 pieds); un ruisseau en tient le milieu. La maison semble bien bâtie, bien aérée, et, sous tous les rapports, paraît bien disposée. Quoiqu'en contre-bas, ni la rue ni la localité n'ont jamais passé pour insalubres; et, ce qu'il est bien important de noter, c'est qu'elle a été entièrement exempte de choléra pendant qu'il a régné à Southampton. Par conséquent, l'explication la plus probable de la maladie de M. Napier, en tenant compte de sa nature, paraît se trouver dans le fait de s'être trouvé exposé à la contagion ou à l'infection, soit à bord du navire, soit plus tard, auprès de Donaldson.

Fort heureusement, la maladie de M. Napier n'a pas été le point de départ d'autres cas de fièvre jaune. On a par suite, en s'appuyant sur ce que ce cas est resté solitaire, tiré des arguments pour démontrer la non-contagion de la fièvre jaune. Si l'on avait tiré contre la ville un coup de canon chargé à boulet sans qu'il en résultât atteinte pour l'existence ou la propriété, on pourrait tout aussi bien affirmer que la croyance commune dans les effets destructeurs des projectiles est mal fondée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 mai 1858. — Présidence de M. Bouvier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

(1) Sur 22 membres du congrès, 16 votèrent pour la première proposition; contre (comme trop douce), 1. Pour la seconde, 19; contre (pour la raison plus haut stipulée), 1, 2 s'abstenant de voter. La troisième fut adoptée à l'unanimité.

(2) En fait, la durée de la séquestration a été pour chacun des navires beaucoup plus courte. La plus longue n'a été que de cinq jours.

(1) Library of medicine; vol. I, p. 159.

(2) Zymotique, qui naît par suite d'un ferment, d'une infection, etc.

A l'occasion du procès-verbal, **M. BROCA** annonce qu'il a trouvé dans le dernier catalogue de M. Mathieu, à la page 42, le dessin et la description d'un appareil analogue à celui qu'il a fait construire récemment par M. Charrière fils, pour rendre la marche possible à la suite de la rupture du tendon rotulien ou des fractures de la rotule, lorsque la réunion fait complétement défaut, et que le triceps cesse d'agir sur la jambe. L'appareil de M. Mathieu a été fait pour remédier à la paralysie des muscles extenseurs de la jambe. Il embrasse la cuisse, la jambe et le pied, et est par conséquent plus compliqué que l'autre.

Deux nouveaux cas d'anévrysmes guéris par la compression indirecte. — M. BROCA communique en outre, à l'occasion du procès-verbal, deux observations d'anévrysmes guéris par la compression mécanique. L'une de ces observations appartient à M. le docteur Trifet; c'est celle d'un anévrysme poplité dont la guérison a été obtenue en dix-huit jours. L'autre, appartenant à M. le docteur Denucé, est relative à un anévrysme de l'artère humérale, qui s'est oblitéré après deux heures et demie de compression totale. Les battements ont reparu, mais ils étaient très-affaiblis, et ont disparu spontanément et définitivement au bout de quelques jours. Ces deux observations sont remises à M. le secrétaire général, qui en donnera lecture dans la prochaine séance.

RAPPORT.

Luxation de l'épaule en haut. — M. MOREL-LAVALLÉE lit un rapport sur un travail de M. le docteur Bourguet, relatif à la luxation de l'épaule en haut. Les conclusions sont :

1° D'adresser des remercîments à M. Bourguet;

2° D'insérer un extrait de son travail dans les *Bulletins*;

3° D'inscrire l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. CHASSAIGNAC reconnaît la valeur des arguments de M. Morel-Lavallée ; il pense comme lui qu'il est impossible d'admettre la luxation incomplète de l'humérus en haut, dans les cas où la tête humérale ne s'élève pas au-dessus de la voûte acromio-coracoïdienne. Mais cette objection, applicable à toutes les observations rassemblées par M. Morel-Lavallée, ne l'est pas à une observation que M. Chassaignac a recueillie lui-même chez un homme qui venait de tomber du troisième étage. La tête de l'humérus faisait saillie directement en dehors, et débordait supérieurement au-dessus de la voûte acromio-coracoïdienne. Lorsqu'on plaçait les deux bras parallèlement dans la direction horizontale, on voyait que du côté sain le moignon de l'épaule restait de plusieurs centimètres au-dessous du niveau de la clavicule, tandis que du côté malade il s'élevait notablement au-dessus de ce même niveau. C'était une luxation incomplète de l'humérus en haut. Elle se réduisait sans difficulté lorsqu'on portait le bras dans l'élévation exagérée ; mais elle se reproduisait dès que le bras était abaissé de nouveau. Les mouvements du coude en avant étaient impossibles ; en arrière, au contraire, ils s'étendaient au-delà des limites naturelles.

M. ROBERT ne saurait admettre le diagnostic de M. Chassaignac. La facilité avec laquelle le déplacement se réduisait et se reproduisait par un simple changement d'attitude, lui fait croire plutôt qu'il s'agissait d'une fracture du bord supérieur de la cavité glénoïde. Il a vu avec Sanson un cas semblable, et à la fin, après de longues recherches, on finit par trouver la crépitation. Quelque temps auparavant, M. Robert avait vu une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus qui avait donné lieu à des hésitations et à des symptômes analogues. D'une manière générale, les déplacements articulaires traumatiques qui se réduisent et se reproduisent dans les changements de position sont dus à des fractures et non à des luxations.

M. CHASSAIGNAC ne voit guère comment une fracture de la cavité glénoïde aurait pu donner lieu aux symptômes qui existaient chez son malade. La crépitation d'ailleurs faisait complétement défaut, et il y avait peu de douleur. M. Chassaignac reconnaît qu'il est bien difficile de comprendre le mécanisme de cette luxation incomplète en haut, et surtout la nature de l'obstacle anatomique qui empêchait la tête humérale de rentrer dans sa cavité. Il s'est demandé si ce n'était pas parce que cette tête était engagée dans une boutonnière formée par deux faisceaux du deltoïde.

M. MOREL-LAVALLÉE, sans discuter l'observation de M. Chassaignac, fait remarquer qu'elle diffère de celles qu'il a rassemblées dans son rapport. Il a nié la possibilité de la luxation incomplète en haut lorsque la tête humérale reste au-dessous de la cavité acromio-coracoïdienne. Dans le cas de M. Chassaignac, au contraire, la tête était au-dessus de ce niveau, ce qui change entièrement les conditions. L'existence de la variété que M. Chassaignac vient de décrire ne porterait donc aucune atteinte aux opinions développées dans le rapport de M. Morel-Lavallée.

Après cette discussion, la Société met aux voix les conclusions du rapport. La première et la troisième conclusion sont adoptées. La seconde conclusion devient inutile, la Société ayant décidé que le rapport de M. Morel-Lavallée, où le travail de M. Bourguet est suffisamment analysé, sera publié dans les *Bulletins*.

En conséquence, le travail de M. Bourguet sera déposé aux archives.

LECTURE.

Mémoire sur la ponction de la vessie. — Discussion sur cette opération. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un mémoire sur la ponction de la vessie, adressé à la Société par M. Fleury, membre correspondant à Clermont-Ferrand. L'auteur a eu recours plusieurs fois avec succès à cette opération, qu'il considère comme très-facile, et qui n'a donné lieu à aucun accident, excepté chez un malade qui, ayant retiré intempestivement la canule, eut une infiltration urineuse.

M. BOINET regrette que l'auteur n'ait pas signalé les inconvénients consécutifs qui résultent de l'adhérence de la paroi abdominale avec la paroi vésicale dans le lieu où la ponction a été faite. Ces adhérences nuisent ultérieurement aux fonctions de la vessie.

M. CHASSAIGNAC ne partage pas la crainte émise par M. Boinet. Les adhérences de la vessie ne nuisent pas aux fonctions de cet organe. La taille hypogastrique laisse des adhérences bien plus étendues que la ponction, et cependant, à la suite de cette opération, l'évacuation des urines se fait très-bien. M. Chassaignac ne saurait admettre que la ponction vésicale soit une opération aussi simple et aussi facile que le dit M. Fleury. Lorsque la paroi abdominale est très-mince et la vessie très-distendue, il n'y a pas beaucoup de précautions à prendre ; mais chez les sujets très-gras et très-fortement musclés, on rencontre des difficultés sérieuses. On est obligé alors de prendre un trocart très-long, de l'enfoncer à une grande profondeur, et on est exposé à léser la paroi opposée de la vessie. Cet accident est arrivé à M. Chassaignac, dans une ponction pratiquée sur un malade atteint de cancer de la prostate. Il pense donc que cette opération, dans certains cas, demande beaucoup d'attention.

M. ROBERT admet avec M. Fleury que la ponction vésicale est préférable au cathétérisme forcé. Gerdy, qui était grand partisan de cette opération, en exagérait peut-être l'innocuité, mais il est certain qu'elle n'est pas grave. M. Robert y a eu recours sept ou huit fois. Il l'a pratiquée dernièrement chez un vieillard atteint de rétention d'urine par suite d'un voyage en chemin de fer. Il s'est écoulé quatre jours depuis l'opération, et il n'est jusqu'ici survenu aucune complication. M. Robert ne craint pas les accidents qu'on attribue au séjour de la canule métallique dans la plaie. On a conseillé de retirer la canule au bout de quatre ou cinq jours pour la remplacer par une sonde élastique ; mais il est quelquefois très-difficile de faire cette substitution ; dès que la canule est retirée, le trajet se resserre ou se dévie, et l'introduction de la sonde élastique exige des tâtonnements longs et douloureux, qui exposent à des déchirures et à des infiltrations. M. Robert a eu une fois beaucoup de peine à remettre en place une canule que le malade avait retirée huit jours après la ponction. Il laisse donc volontiers la canule métallique à demeure pendant une quinzaine de jours, et c'est alors seulement qu'il lui substitue un tube en caoutchouc. M. Robert ajoute qu'après l'opération il faut se garder de laisser l'urine couler incessamment à travers la canule. Celle-ci doit être bouchée et ouverte seulement toutes les trois ou quatre heures, sans cela la vessie reviendrait trop promptement sur elle-même, et pourrait même abandonner la canule.

M. DEGUISE s'étonne qu'un trajet où une canule métallique a séjourné pendant huit jours, puisse offrir de pareils obstacles à l'introduction d'une sonde. Il a l'habitude d'introduire dès le premier jour une sonde en gomme élastique, et de la changer au bout de trois ou quatre jours ; jamais cette substitution ne lui a présenté la moindre difficulté. Il est vrai que M. Deguise emploie un procédé qui diminue notablement la longueur du trajet de la canule. Avant de piquer avec le trocart, il incise avec le bistouri la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à la ligne blanche. Cela a en outre l'avantage de rendre la ponction beaucoup plus facile et de lever l'objection présentée tout à l'heure par M. Chassaignac.

M. MARJOLIN, répondant à l'objection faite par M. Boinet, cite un malade que Suberbielle avait taillé trois fois par l'hypogastre, et qui urinait très-bien, malgré les adhérences de la vessie avec la paroi abdominale. A l'appui de l'opinion de M. Chassaignac sur la possibilité de léser la paroi opposée de la vessie dans la ponction, M. Marjolin rappelle l'observation de ces deux malades opérés par MM. Monod et Robert ; dans ces deux cas le trocart s'enfonça dans la prostate, qui était considérablement tuméfiée.

M. HUGUIER insiste sur les conditions qui peuvent rendre la ponction vésicale très-difficile. Il signale en particulier l'ascension de la prostate et du bas-fond de la vessie. Lorsque la vessie est très-dilatée, elle remonte au-dessus du détroit supérieur, comme l'utérus après le troisième mois de la grossesse. Cette ascension est démontrée par le toucher rectal ; M. Huguier n'a jamais senti dans la rétention complète d'urine la fluctuation rectale dont les auteurs ont tant parlé : c'est parce que la vessie dilatée se met en rapport avec une partie du rectum située au-dessus de la région accessible au doigt. Voilà pourquoi on est exposé à piquer la prostate dans la ponction sus-pubienne, et il n'est pas nécessaire pour cela que cette glande soit tuméfiée. M. Huguier a constaté cela sur un malade que Richerand avait opéré, et à qui il avait ainsi piqué la prostate ; Richerand avait cependant l'habitude de cette opération, dont il était grand partisan. M. Huguier pense que, pour éviter cet accident, il faut se servir du trocart droit au lieu du trocart courbe, et l'enfoncer horizontalement au-dessus du pubis, au lieu de diriger, comme on le prescrit généralement, la pointe de l'instrument en bas et en arrière. Quant à la canule, il ne la retire guère avant le septième jour, et il n'a jamais vu d'accident qu'on pût attribuer au frottement de l'extrémité de cet instrument rectiligne sur la paroi postérieure de la vessie. Il est vrai que pour mieux ménager cette paroi, il introduit et fixe dans la canule d'argent une sonde en gomme élastique dont l'extrémité, arrondie et munie d'yeux latéraux, dépasse d'au moins 1 centimètre l'extrémité vésicale de la canule.

M. GIRALDÈS ne saurait admettre l'opinion de M. Huguier sur l'ascension du bas-fond de la vessie dans la rétention d'urine. La facilité avec laquelle on peut ponctionner alors la vessie par le rectum prouve que les rapports de ces deux organes ne sont pas changés. Cette opération est pratiquée très-souvent par M. Cock, chirurgien de Guy's Hospital, qui la trouve beaucoup plus facile à exécuter que la ponction sus-pubienne.

M. DEGUISE, malgré l'opinion de MM. Huguier et Chassaignac, persiste à dire que la ponction sus-pubienne de la vessie est une opération très-facile, et n'expose à aucun danger pourvu qu'on la fasse précéder de l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Le trocart courbe, suivant lui, est un mauvais instrument, qui expose à léser la prostate ou le bas-fond de la vessie. On a choisi le trocart courbe, afin que l'extrémité vésicale de la canule qu'on laisse à demeure soit dirigée en bas et n'aille pas heurter la paroi postérieure de la vessie ; mais on atteint ce but avec bien plus de certitude en fixant dès le premier jour dans le trajet de la ponction une canule flexible en gomme élastique. M. Deguise a donc adopté le procédé suivant :

1° Incision sus-pubienne jusqu'à la ligne blanche, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis ;

2° Ponction de la ligne blanche et de la vessie avec un trocart droit dirigé horizontalement ;

3° Introduction dans la canule du trocart d'une sonde en gomme élastique immédiatement après l'ablation du poinçon ;

4° Ablation de la canule métallique, qu'on fait glisser d'arrière en avant le long de la sonde intérieure ; celle-ci est enfin fixée et laissée à demeure dans la vessie.

M. LENOIR est frappé de la facilité avec laquelle certains chirurgiens se décident à pratiquer la ponction de la vessie. Quant à lui, depuis vingt ans qu'il est attaché aux hôpitaux, il n'a eu que deux fois recours à cette opération, qu'il considère comme une ressource extrême, et qu'il réserve exclusivement pour les cas où la rupture de la vessie lui paraît imminente. Alors la vessie est très-distendue, et la ponction ne présente aucune difficulté.

M. Lenoir repousse entièrement l'opinion de M. Huguier sur l'ascension de la prostate. La prostate est fixée solidement ; elle ne peut pas remonter. Si elle s'étend quelquefois au-dessus de son niveau ordinaire, c'est parce qu'elle s'hypertrophie et non parce qu'elle se déplace. Il est possible qu'alors cette glande, devenue très-volumineuse, soit atteinte par l'extrémité d'un trocart courbe ; mais M. Lenoir s'expose pas à cet accident, parce qu'il ne ponctionne jamais la vessie pour les rétentions d'urine produites par les tumeurs prostatiques. L'obstacle étant permanent, le cours naturel des urines n'a aucune chance de se rétablir, de telle sorte que les opérés sont exposés à conserver toute leur vie une fistule hypogastrique fort incommode. Dans les cas de ce genre, M. Lenoir préfère de beaucoup le cathétérisme forcé avec la sonde conique, qu'on pousse à travers le lobe moyen de la prostate. C'est une ponction intra-uréthrale à travers la prostate. On crée ainsi une fausse route, une fistule intra-prostatique, qui remplit les fonctions de la partie prostatique de l'urèthre. Cette opération est déjà ancienne ; le célèbre Astruc a été ainsi opéré par Lafaye et a encore survécu huit ou dix ans. Elle n'est pas sans gravité lorsqu'on suit le procédé ordinaire, qui consiste à laisser à demeure la sonde métallique, conique et curviligne, dont on se sert pour traverser le lobe moyen de la prostate. La convexité de la courbure de cette sonde inflexible exerce sur la paroi inférieure de la portion bulbeuse et membraneuse de l'urèthre une pression continuelle, qui finit par gangrener cette paroi et qui expose aux infiltrations d'urine. C'est pourquoi M. Lenoir a l'habitude de remplacer la sonde conique par une sonde en gomme élastique, et l'opération perd alors la plus grande partie de sa gravité.

M. HUGUIER reconnaît que la partie antérieure de la prostate est fixée par des ligaments et des aponévroses qui ne lui permettent pas de remonter ; mais la portion postérieure de cette glande est réellement attirée en haut par suite de la distension de la vessie, qui ne trouvant plus à se loger dans le petit bassin, s'élève au-dessus du détroit supérieur comme l'utérus gravide. Il maintient que le toucher rectal ne trouve pas dans le rectum cette saillie fluctuante, globuleuse ou cylindrique, qu'on a décrite comme un des principaux symptômes de la rétention d'urine. Cela n'empêche pas d'atteindre la vessie à travers le rectum au moyen d'un trocart long et concave, dont on dirige la pointe de bas en haut et d'arrière en avant.

M. CHASSAIGNAC admet également que la partie postérieure de la prostate s'élève dans la rétention d'urine. Il répond à M. Deguise que l'incision préalable des téguments de la région hypogastrique expose à l'infiltration d'urine. Enfin, il repousse la ponction rectale comme dangereuse, parce qu'elle expose à pénétrer dans le cul-de-sac recto-vésical du péritoine.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Éven, né à Plouaret (Côtes-du-Nord) ; *De la tuberculisation des organes génitaux chez l'homme.*

Lagarde, né à Altkirch (Haut-Rhin) ; *Considérations pratiques sur quelques points de la maladie à quinquina, en ce qui concerne la médecine navale.*

Nous venons de voir le premier numéro de notre voisin l'*Univers illustré* (1), et nous pouvons le dire sans flatterie, les promesses de son prospectus sont plus que réalisées. Sans parler d'une belle gravure représentant les uniformes de l'infanterie de la garde impériale, d'une jolie scène de la vie champêtre, et d'une vue du pont de fer récemment jeté sur le grand canal de Venise, il y a une magnifique reproduction du tableau de la ballade allemande si connue, *le Féroce chasseur*, qui vaut à elle seule bien plus que le prix du numéro. La première page donne en outre une gravure de l'admirable tableau de Claude Lorrain, *le Soir*, qui vient d'être vendu 22,000 fr. à l'un des amateurs les plus distingués de Paris. Cette gravure n'est rien moins qu'un chef-d'œuvre.

Nous ne disons rien du texte, si ce n'est qu'il n'est pas au-dessous des gravures ; il y a surtout une nouvelle de M. A. de Pontmartin (*L'Écu de six francs*), qui s'annonce à merveille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Études sur l'albuminurie, Considérations de physiologie pathologique fondées sur l'observation clinique ; par M. A. LUTON, interne des hôpitaux. In-8° de 32 pages. Prix, 75 c. — Paris, librairie d'Adrien Delahaye, place de l'Ecole de médecine, 23.

Histoire médicale et statistique du choléra-morbus épidémique qui a régné en 1854 dans la ville de Gy (Haute-Saône), par M. le docteur P. Al. NIOBEY, ancien interne des hôpitaux. Un vol. in-8° de près de 200 pages, avec une carte et treize tableaux. Prix, 3 fr. 50 c. — Paris, 1858 ; chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

---

(1) Le prix de l'abonnement, qui ne commencera à courir que du 1er juin, est de 10 francs par an. Les deux premiers numéros sont envoyés gratuitement à tous ceux qui en font la demande par lettre affranchie, et, comme nous l'avons déjà dit, quand on réunit cinq abonnements, on en reçoit un sixième gratis. — Bureaux, rue des Saints-Pères, 40.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 60. — MARDI 25 MAI 1858. (31e ANNÉE.) N° 60. — MARDI 25 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 24 mai 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

A défaut de lectures sur les sujets qui nous intéressent, il a été fait plusieurs présentations d'ouvrages imprimés ou de mémoires manuscrits relatifs à la physiologie et à la pathologie. M. Matteucci, à qui l'étude de l'électricité dans ses rapports avec la physiologie doit de si nombreux travaux, a fait hommage à l'Académie d'une traduction française de son *Cours d'électro-physiologie* professé à Pise en 1856. Cet envoi est accompagné d'une note manuscrite dans laquelle sont résumés les résultats les plus nouveaux contenus dans ce livre. Nous reproduisons textuellement cette note dans le compte rendu.

MM. Puech et Chauveau continuent la série de leurs communications sur les objets dont ils poursuivent l'étude avec tant de zèle : le premier, sur tous les accidents et phénomènes morbides qui se rattachent à la formation et au mécanisme de l'hématocèle rétro-utérine ; le second sur la circulation et en particulier sur la théorie des bruits de souffle dans les vaisseaux.

Parmi les pièces de la correspondance on trouvera deux lettres : l'une de M. Heurteloup, qui donne de nouvelles explications relatives à certaines modifications qu'il a fait subir à son *percuteur* ; la seconde de M. Charrière, qui présente quelques remarques relatives à une communication récente de M. Le Roy-d'Étiolles sur le même sujet.

L'expérience nous ayant appris le danger qu'il y a à placer son doigt entre le marteau et l'enclume, nous croyons prudent de le tenir à distance. Nous continuerons donc, sans y prendre aucune autre part, à rapporter avec la plus grande impartialité possible les divers incidents relatifs à l'histoire de la lithotritie qui pourraient encore se produire, en prenant pour unique guide le texte même des *Comptes rendus*.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

De la tuberculose entéro-mésentérique.

Vous avez en ce moment aux numéros 6, 13 et 21 de la salle Sainte-Marguerite, trois enfants malades d'une affection semblable des organes digestifs, et dont je vais vous entretenir afin de vous parler, *de visu*, de la *tuberculose entéro-mésentérique*. C'est ce qu'on a si longtemps désigné sous le nom de *carreau*, d'*atrophie mésentérique*, de *physcome mésentérique*, etc.

La maladie est si commune que vous la trouverez indiquée dans tous les livres, même les plus anciens, avec ces différences de détails qui semblent changer le fond des choses, et cependant n'en altèrent guère que la forme. Le *carreau* est un nom populaire, que les jeunes médecins ne connaissent plus, par lequel on désigne une maladie chronique tuberculeuse des intestins, des ganglions mésentériques et du péritoine, donnant lieu à l'intumescence prononcée du ventre. Un instant séduit par les découvertes de l'anatomie pathologique, on crut bien faire en brisant cette espèce morbide pour en faire trois ou quatre autres décorées de noms particuliers, tels que entérite tuberculeuse; péritonite tuberculeuse; tuberculisation des ganglions mésentériques, etc. Malheureusement la clinique ne s'arrange pas des subtilités anatomiques, et cette division, exclusivement basée sur l'anatomie pathologique, n'a pu être adoptée par tout le monde. En effet, elle ne justifie pas le morcellement de la tuberculose entéro-mésentérique ou carreau en trois ou quatre affections tuberculeuses partielles, ayant des symptômes, une marche et un traitement particuliers. Ces affections n'existent presque jamais l'une sans l'autre; toujours associées, elles sont tantôt plus étendues et tantôt plus circonscrites l'une par rapport à l'autre; mais voilà tout ce qu'elles offrent de spécial. L'identité de nature et la communauté de siége de l'altération obligent à [illegible] affections, qu'un abus de localisation a prétendu séparer. C'est ce que je ferai sans négliger l'étude du degré de l'altération somatique, quel que soit son siége le plus important, dans le péritoine, dans les intestins ou dans les ganglions du mésentère.

Il faut donc comprendre sous le nom de *tuberculose entéro-mésentérique* une maladie caractérisée par la présence de tubercules dans l'intestin, les ganglions du mésentère et dans le péritoine distendu par la sérosité.

La tuberculose entéro-mésentérique est très-rare chez les nouveau-nés, chez les enfants à la mamelle et après la seconde dentition. Elle s'observe surtout de quatre à huit ans, et elle paraît être aussi fréquente chez les garçons que chez les filles. C'est une maladie héréditaire, non pas à la manière dont l'entendent les esprits positivistes, qui exigent pour reconnaître les effets de l'hérédité, qu'il y ait affection du même organe et du même tissu chez les parents ou chez les enfants, mais comme il convient de reconnaître l'hérédité d'après la nature des effets morbides. Or, peu importe qu'un enfant atteint de tuberculose entéro-mésentérique n'ait pas de maladie semblable constatée chez ses ascendants ni chez ses collatéraux : s'il y a chez ces mêmes individus une tumeur blanche, des écrouelles, une carie vertébrale ou une maladie des os, une affection tuberculeuse des poumons, etc., cela suffit pour établir l'influence de l'action héréditaire. La tuberculose des parents dispose à la tuberculose des [illegible] pendamment du siége particulier de l'affection. Tel arbre, tels fruits ; telle tige, tels rameaux, cela ne manque jamais, et le micrologue qui, parlant de l'hérédité des tubercules, a dit que l'hérédité n'était pas cause, mais un effet de la maladie, a imprimé une grosse erreur. La tuberculose entéro-mésentérique est héréditaire comme les maladies tuberculeuses en général, et les recherches spéciales que j'ai faites à cet égard confirment tout ce qui a été affirmé par mes prédécesseurs.

La tuberculose entéro-mésentérique est souvent, avec ou sans la prédisposition héréditaire, un effet d'une mauvaise alimentation, soit d'un régime insuffisant, soit d'un régime trop substantiel, soit encore, ce qui est plus fréquent, d'écarts de régime, d'indigestions fréquentes et de phlegmasies intestinales répétées. Les aliments de mauvaise qualité, les repas trop copieux et trop fréquents, l'usage journalier des purgatifs, agissent de la même façon, en créant une irritation gastrique et intestinale qui détermine le développement des tubercules.

On a longtemps cru à l'influence de la phlegmasie des tissus sur la production des tubercules dans leur épaisseur, surtout en cas de prédisposition chez les malades. Au temps de Broussais, c'était une opinion générale et vulgaire ; mais les idées ont tellement changé à cet égard, qu'aujourd'hui on se moque de ceux qui la défendent. Tant pis pour les railleurs dont les arguments ne m'ont pas encore convaincu. L'opinion de Broussais, très-exacte, trouve dans la pathologie de l'enfance des preuves excessivement nombreuses, et si l'on n'en fait pas une loi absolue, les nécropsies, on voit dans les poumons, dans les ganglions lymphatiques, dans les plèvres, dans le péritoine, des exsudats tuberculeux à tous les âges de leur développement, au milieu de tissus préalablement enflammés. Cela est très-commun dans le poumon à la suite d'accidents inflammatoires constatés pendant la vie. L'enfant meurt, et dans la partie affectée d'inflammation seulement, on trouve de la matière grise demi-transparente, ou de la matière jaune, dure, infiltrée ou réunie en masse. Il n'y en a souvent point dans aucune autre partie du poumon. Ainsi en advient-il dans les ganglions bronchiques, qui s'enflamment dans toutes les phlegmasies bronchiques et pulmonaires, et qui se transforment graduellement en matière tuberculeuse. C'est aussi dans les points de la plèvre correspondant à des lobules enflammés ou à des tubercules anciens qu'il se développe un exsudat miliaire, demi-transparent, lequel est destiné à se transformer en véritable tubercule.

Ce qui se passe si visiblement dans les poumons, dans la plèvre et dans les ganglions bronchiques n'est pas moins évident

FEUILLETON.

Naissance d'un hippopotame au Muséum d'histoire naturelle. — La Société d'acclimatation. — Une mappemonde nosographique.

Le fait le plus saillant qui se soit produit dans le monde scientifique depuis quelque temps est peut-être la naissance d'un hippopotame à Paris. Le Muséum s'en est ému, et on nous saura gré de ne pas laisser passer sous silence l'intéressante communication que M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a faite à ce sujet à l'Académie des sciences.

On sait que l'hippopotame est de tous les grands quadrupèdes celui qu'on a vu le plus rarement en Europe. Les Romains, qui réunirent dans leurs cirques, lors des guerres puniques et plus tard, des dizaines et même des centaines d'éléphants, sous les consuls et sous les empereurs des centaines de lions et jusqu'à mille panthères et mille ours, et sous Titus neuf mille animaux de diverses espèces, ne virent que très-rarement paraître des hippopotames dans leurs jeux. L'édile Scaurus, le premier, en montra un au peuple romain ; on en revit d'autres, mais toujours en très-petit nombre, sous Auguste, Antonin, Héliogabale, et sous Gordien III. Mais les historiens qui rapportent ces faits ne mentionnent aucun exemple de reproduction. Dans les temps modernes, quatre hippopotames seulement sont venus en Europe : les deux individus, mâle et femelle, qui sont en ce moment même au Jardin zoologique de Londres, et les deux, mâle et femelle aussi, que la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle a reçus en don de S. A. le vice-roi d'Égypte et de S. A. le prince Hamil-Pacha.

A Londres, le naturel violent du mâle a toujours empêché de le réunir à la femelle. A Paris, les deux individus ont dû, de même, rester quelque temps séparés ; mais, mis en présence des deux côtés d'une forte barrière, ils se sont peu à peu habitués l'un à l'autre, et le mâle a pu être réuni sans danger à la femelle, avec laquelle il n'a cessé depuis de vivre en parfaite intelligence. Il y avait donc tout lieu de s'attendre à la naissance d'un jeune : plusieurs rapprochements sexuels avaient eu lieu, le dernier il y a treize mois. Mais rien ne faisait prévoir une prochaine parturition, on n'avait pas même la certitude que la femelle fût pleine. Son abdomen n'avait pas sensiblement augmenté de volume, et les deux mamelles étaient restées à peine apparentes.

Il y eut donc grande surprise, lorsqu'un beau matin on vit naître un jeune hippopotame. La mère se tenait vers le bord de son bassin, la tête et le col hors de l'eau, le reste du corps submergé, lorsqu'elle mit bas; son petit se mit aussitôt à nager. Un instant après, il sortit de l'eau son museau et ses narines déjà munies des soupapes qui les ferment à volonté; après avoir respiré quelques secondes, il replongea, et se mit à nager de nouveau autour de son bassin.

C'était un animal dont la taille approchait d'un mètre (0m,99); sa couleur était celle des adultes et ses formes en différaient peu. Ses sabots divisés présentaient des sortes de lanières, un filament corné presque comparable à des pores, ce qui ajoute encore à l'étendue de la surface de ses pieds palmés. Il n'avait encore aucune dent sortie, mais dans les gencives on pouvait sentir les défenses supérieures.

Né à terme et robuste, le jeune hippopotame avait, une heure après sa naissance, une voix assez forte pour qu'on pût la confondre avec celle d'un adulte.

Le placenta et les membranes ont pu être recueillis en bon état et remis à MM. Serres et Milne-Edwards, qui ont dû se livrer à l'étude de ces pièces importantes.

Mais, hélas ! mère dénaturée et barbare, l'hippopotame repoussait son enfant; celui-ci, confiant dans la tendresse maternelle, avait voulu se reposer un instant sur son dos, et la cruelle l'avait rejeté dans l'eau; plus tard elle s'était ruée sur lui et l'avait blessé. En pareille occurrence, il ne restait plus au naturaliste désolé qu'une seule ressource, celle d'allaiter lui-même l'intéressant petit; c'est en effet à l'allaitement artificiel, au lait de chèvre, qu'on a dû recourir. Mais ces soins sont demeurés sans résultat, et dans l'après-midi le jeune animal a succombé.

— « Plus de Méditerranée ! plus d'Alpes ! » telle est en quelque sorte la formule qui résume aujourd'hui nos tendances, et que l'on pourra, nous l'espérons, compléter bientôt en ajoutant : Plus de canal ! plus d'Océan ! Toutes ces barrières, qui autrefois s'élevaient entre les peuples, tombent devant les efforts du génie de ce siècle. Le percement de l'isthme de Suez, que chacun appelle de tous ses vœux, la ligne électrique qui unit la terre africaine à notre continent, celle qui ne tardera pas à relier l'Europe au Nouveau-Monde, les travaux entrepris dans les Alpes, la réunion de la France à l'Angleterre, toutes ces magnifiques et grandioses conquêtes de notre temps, ne sont-elles pas un acheminement vers la pensée qui agite tous les esprits, le rapprochement des peuples rendu plus intime et par cela même plus fécond? Le résultat de ce rapprochement ne devait pas se faire longtemps attendre, et parmi les idées le plus franchement philanthropiques, le plus directement utiles à tous, se place au premier rang celle qui a présidé à la création de la Société d'acclimatation.

Il y a quatre ans à peine, quelques vrais amis de la science pensèrent que le temps était arrivé de donner suite aux idées de Buffon et

dans le péritoine et dans les ganglions mésentériques à la suite des phlegmasies gastro-intestinales. Dans le point du péritoine correspondant aux ulcérations de l'intestin et aux tubercules miliaires situés dans l'épaisseur de ses tuniques, on voit souvent des exsudats miliaires de matière grise demi-transparente, que l'on peut râcler avec le scalpel, qui adhèrent à peine à la séreuse, et au-dessous desquels la séreuse intacte laisse voir le tubercule de l'intestin. La pièce que je mets sous vos yeux en ce moment en est la preuve. J'enlève les granulations du péritoine, et au-dessous on voit d'abord la séreuse transparente, puis un tubercule ou une ulcération de l'intestin. Toujours les choses se passent de la même façon, et l'on peut souvent découvrir dans les tissus enflammés de la matière grise demi-transparente, de la matière jaune, dure, infiltrée ou réunie en masse, c'est-à-dire les différentes formes de la matière tuberculeuse à des âges différents. On peut donc considérer comme un fait incontestable, que chez les enfants, plus qu'à tout autre âge, la phlegmasie chronique d'un tissu est une cause de tuberculisation des parties malades, des séreuses voisines et des ganglions lymphatiques correspondants.

Ici, dans la tuberculose entéro-mésentérique, comme dans toutes les tuberculoses viscérales, indépendamment des influences d'âge, de sexe, d'hérédité, d'irritation de tissu, etc., il y a une disposition générale, originelle ou acquise, dont il faut toujours tenir compte. L'existence de cette disposition ou diathèse est indispensable au développement des tubercules. De son intensité résultent un développement plus rapide et une désorganisation plus prompte de l'exsudat granuleux et tuberculeux ; sans elle, point de transformation des exsudats inflammatoires, et c'est parce qu'elle se développe assez vite, surtout à l'hôpital, dans les mauvaises conditions hygiéniques de régime, de nourriture et d'habitation, que le passage des phlegmasies chroniques à la tuberculose générale s'observe si fréquemment.

Lorsque sous l'influence des impressions morbifiques dont j'ai parlé, la diathèse nécessaire au développement de la tuberculose s'est produite, et que les causes occasionnelles en ont fixé le siége dans les tissus de l'appareil digestif, il se développe des tubercules dans l'intestin, dans les ganglions du mésentère et dans le péritoine, avec ou sans phlegmasie secondaire.

1° Dans l'intestin existent des granulations grises, demi-transparentes, et des granulations jaunes disséminées. Plus ou moins nombreuses, quelquefois en très-petite quantité, elles occupent de préférence la seconde moitié de l'intestin grêle, puis le cœcum et le gros intestin. On les trouve soit au niveau des follicules, soit dans l'épaisseur des plaques de l'intestin. Il y en a jusque sous les valvules conniventes, et véritablement leur siége n'a [illegible] à leur surface, et tantôt, comme je l'ai vu, dans l'épaisseur des tuniques musculaires, ou bien entre ces mêmes tuniques et le péritoine.

Elles apparaissent d'abord sous forme d'un petit point miliaire blanchâtre, qui grossit par intussusception, et reste à cet état ou passe à l'état jaune du centre à la circonférence. De la sorte, il y a souvent au même instant des granulations grises, des granulations jaunes, et des granulations jaunes et grises à la fois. Au bout d'un certain temps impossible à déterminer, ces granulations et ces tubercules provoquent autour d'elles, dans la muqueuse du côté de l'intestin et dans la partie correspondante du péritoine, des altérations secondaires.

Dans le péritoine, c'est d'abord un exsudat plastique miliaire facile à détacher au moyen du scalpel ; puis un épanchement de lymphe amenant l'adhérence entre les anses intestinales malades et les anses voisines. Ailleurs, s'il existe des ulcérations de l'intestin creusant jusque sur le péritoine, ce sont ces adhérences qui empêchent la perforation de l'intestin par rupture, et qui sauvent la vie des enfants menacées d'un accident mortel.

Dans l'intestin, des ulcérations se produisent sur les parties correspondantes aux tubercules. D'abord petites et arrondies, puis irrégulières et plus grandes, on les trouve à la fin de l'intestin grêle, dans le cœcum et dans le gros intestin. Leur grand diamètre est plus ordinairement dirigé dans le sens transversal, perpendiculairement à l'axe des intestins, et lorsqu'elles se réunissent à des ulcérations voisines, elles forment des pertes énormes de substance. Il y en a qui ont ainsi jusqu'à 8 et 10 centimètres de longueur. Leurs bords sont rouges, irréguliers, saillants, couverts d'aspérités rouges séparées par des taches grisâtres ; ils sont souvent décollés dans une étendue considérable. Leur fond est grisâtre, couvert de detritus purulents, de matières stercorales et de muco-pus compact. On a dit, mais sans preuve et sans l'avoir démontré au microscope, que le fond de ces ulcères était constitué par de la matière tuberculeuse ; mais c'est une erreur, et ce qu'on a regardé comme du tubercule n'était que du pus concret. A mesure que les ulcérations s'étendent, elles creusent en profondeur, et elles détruisent les tuniques celluleuse et musculaire, à ce point qu'il ne reste bientôt plus que le péritoine mince, transparent, prêt à se rompre. Heureusement que là où creuse l'ulcération, la nature médicatrice opérant en dehors, vers le péritoine, épaissit l'intestin par l'addition d'une couche de lymphe plastique solide qui tantôt double la séreuse et tantôt facilite l'adhérence du viscère aux parties voisines, de manière à empêcher toute rupture et à éviter toute communication des intestins avec la cavité péritonéale. Sans ce travail réparateur, il y aurait infiniment plus de péritonites par perforation qu'il n'y en a en réalité.

2° Il n'y a pas de tissu malade sans engorgement des ganglions lymphatiques correspondants, et la spécificité du premier travail morbide se reproduit dans le travail morbide ganglionnaire. Une simple phlegmasie du pied ou de la main amène l'adénite simple de la cuisse, du bras ; le chancre volant et le chancre syphilitique produisent des bubons simples ou des bubons virulents ; l'angine scarlatineuse occasionne un bubon cervical de nature particulière, comme l'angine d'où il procède ; les ulcérations intestinales typhoïdes occasionnent un gonflement typhoïde des ganglions du mésentère, et les ulcérations tuberculeuses de l'intestin entraînent nécessairement la tuberculisation des ganglions mésentériques correspondants. Il y a un fait général qui n'échappe pas aux bons observateurs.

Au début ce n'est qu'une hypertrophie des ganglions du mésentère, qui sont pâles, rouges ou violacés et plus ou moins augmentés de volume. Leur nombre paraît s'accroître en raison même de leur état d'hypertrophie, et on en voit paraître un grand nombre de ceux qui sont habituellement peu visibles. Ils rem[illegible], et forment une surface rugueuse, inégale, granitique, et comme irrégulièrement carrelée, d'où le nom de *carreau* donné à la maladie. Ils sont le siége d'une congestion sanguine plus ou moins forte, variable selon les ganglions que l'on a coupés, et leur tissu est traversé par un grand nombre de capillaires ordinairement invisibles.

Çà et là, on y trouve de la matière tuberculeuse sous forme d'infiltration ou de masses à l'état de crudité et de ramollissement, mais jamais à l'état de matière grise demi-transparente. C'est ici qu'on voit bien la transition entre la congestion inflammatoire et la production des tubercules, depuis la vascularité exagérée jusqu'à l'infiltration de matière tuberculeuse et à l'accumulation de tubercules crus. Une fois convertis en matière tuberculeuse, les ganglions mésentériques sont énormément grossis, durs, résistants, formés de tissu jaune verdâtre, comparable à la pulpe du marron d'Inde. Ils renferment quelquefois des capillaires remplis de sang et ayant triomphé de la pression qui les entoure. Enfin, au bout de quelques mois ils se ramollissent du centre à la circonférence, forment des abcès tuberculeux enkystés qui se réunissent à des ganglions voisins ramollis, ou qui s'ouvrent dans l'intestin, ce qui est très-rare.

A ce degré le mésentère, rempli de ganglions tuberculeux, est dur, inégal et parsemé de tumeurs plus ou moins grosses, faciles à découvrir du vivant des malades à travers les parois abdominales.

3° Dans le péritoine existent aussi des exsudats miliaires blanchâtres ou jaune opaque, formant des granulations demi-transparentes, ce qui est le cas ordinaire, ou des tubercules crus, ce qui est très-rare. Ces granulations, quelquefois très-peu nombreuses, sont ailleurs très-multipliées et innombrables. Il y en a des centaines ; elles couvrent le péritoine intestinal, hépatique, rénal et mésentérique. Leur dimension varie beaucoup. Il y en a qui n'ont guère plus d'un demi-millimètre de diamètre, et d'autres ont 5 à 6 millimètres d'étendue. Elles sont blanchâtres, opalines, résistantes, faciles à détacher au moyen du scalpel, et laissent voir le péritoine intact ou une partie de séreuse recouvrant des tubercules ou des ulcères subjacents. Quelques-unes sont jaune opaque au centre, ce qui démontre leur transformation en tubercule cru.

Que la matière granuleuse existe dans l'intestin ou dans le péritoine, sa texture est la même ; et, comme je l'ai pour la première fois établi avec M. Ch. Robin en 1850, les granulations grises, demi transparentes, sont composées de tissu fibro-plastique, et les granulations jaunes de matière tuberculeuse.

Dans chaque granulation demi-transparente la matière amorphe domine, et elle tient en suspension des noyaux fibro-plastiques sans cellules, de la matière granuleuse pigmentaire et quelques cellules d'épithélium. Plus tard, lorsque la granulation devient jaune opaque, les éléments fibro-plastiques disparaissent et sont remplacés par les éléments tuberculeux proprement dits, fait nouveau qui établit encore la transition entre l'état inflammatoire chronique et la tuberculisation.

Outre ces lésions primitives et principales de la tuberculose entéro-mésentérique, il y a des altérations anatomiques secondaires importantes à signaler ; ce sont des adhérences intra-péritonéales entre les diverses anses de l'intestin, des exsudations plastiques inflammatoires à la surface du péritoine, des brides vasculaires ou fibreuses dans les différentes parties de la cavité péritonéale, et enfin la réplétion de cette séreuse par une plus ou moins grande quantité de sérum limpide, jaunâtre, transparent, ou par du sérum mélangé de sang et de pus. Cette ascite est la conséquence de la phlegmasie péritonéale chronique occasionnée par la présence des tubercules.

Si l'on ajoute que chez ces enfants, outre les tubercules de l'intestin et des ganglions mésentériques, il s'en produit également dans le foie et dans la rate, dans les poumons et dans les autres tissus, on aura l'idée la plus complète des désordres matériels produits par cette maladie. La manifestation de la tuberculose a principalement pour siége le péritoine, le mésentère et les intestins, fait principal auquel se rattachent tous les symptômes de consomption observés pendant la vie ; et la tuberculisation des autres organes ne joue qu'un rôle secondaire dans la production des autres phénomènes morbides.

HOPITAL St-ANDRÉ de BORDEAUX. — M. E. Soulé.

Plaie de l'aisselle produite par un coup de couteau. — Hémorrhagies répétées. — Ligature de l'artère sous-clavière. — Guérison.

La question de la ligature appliquée aux plaies artérielles rebelles aux autres moyens hémostatiques a été plusieurs fois agitée. La Société de chirurgie de Paris a mis en particulier ce sujet à l'ordre du jour et l'a discuté avec toute l'autorité de son expérience ; et il ressort, je crois, de ces discussions, que la méthode qui doit prévaloir et qui a le

---

de Daubenton, et de demander à la zoologie les bienfaits qu'elle pouvait dispenser. La science allait grandir encore en se faisant *utilitaire :* elle attirerait à elle ceux qui jusqu'alors ne l'avaient considérée que sous son aspect prétentieux et sévère, et tous d'admirer une source nouvelle de bien-être et de richesses nationales. Il ne s'agissait plus, en effet, de regarder avec une juste curiosité et un intérêt légitime les manifestations sublimes de la nature, il fallait demander aux pays étrangers l'animal qui pouvait servir, la plante qui pouvait nourrir ou se ployer à nos besoins ; c'était une sorte d'échange que les peuples se disposaient à faire de leurs richesses mutuelles. On comprend alors que dans un âge aussi positif que le nôtre cette idée dût germer et ne pas être longue à s'emparer de l'opinion. C'est ce qui arrive : Née d'hier à peine, la Société zoologique d'acclimatation a pris une extension considérable. De toutes parts, les savants les plus recommandables — et nous sommes heureux de voir que notre corps médical s'y trouve dignement représenté — s'empressent de faire partie d'une œuvre éminemment utile, patriotique et plus encore humanitaire. Les têtes couronnées elles-mêmes reçoivent de ses mains les récompenses que peuvent mériter leurs services.

La deuxième séance annuelle, dont nous avons reçu dernièrement le compte rendu, était une véritable fête : on était heureux d'entendre M. Aug. Duméril redire les nombreuses conquêtes de l'année. D'une part l'igname de la Chine, le sorgho sucré, les astragales qui fournissent la gomme adragante ; puis le cerfeuil bulbeux dont nous vous avons déjà entretenus, et enfin le *Bunium bulbo-castaneum* donnaient déjà les plus belles espérances, les unes complétement acclimatées, les autres en pleine voie de prospérité. Le règne animal n'avait pas donné de moins heureux résultats. Les vers à soie du chêne venaient au secours du Bombyx-Cynthia frappé par une cruelle épizootie. Nos rivières se repeuplaient grâce à la pisciculture, et nos forêts elles-mêmes voyaient renaître et la perdrix de roche et le coq de bruyère par les soins intelligents de la vénerie impériale.

Nous avons dit que la Société étendait ses précieuses études sur le monde entier, et nous pouvons en donner immédiatement une preuve dans la sollicitude avec laquelle elle s'est empressée de conseiller l'introduction à la Martinique soit du hérisson, soit de la mangouste, ou même du secrétaire ou messager, qui pourraient délivrer cette colonie de la vipère fer de lance. On sait que ce serpent, dont la piqûre est presque toujours mortelle, trouve dans les animaux énoncés ci-dessus un ennemi sérieux qui le combat et en fait sa nourriture.

Mais arrêtons-nous : c'en est assez pour vous montrer la Société d'acclimatation sous son véritable jour, c'est-à-dire comme Société utile, savante, et surtout bienfaisante. Le médecin, par son intelligence plus éclairée et plus élevée que celle de la masse, doit par cela même comprendre plus facilement l'importance de cette œuvre, et nous serions heureux si ces lignes pouvaient fournir à la Société d'acclimatation quelques correspondants capables de partager les travaux des zoologistes éminents à qui la France devra bientôt de nouvelles sources d'abondance et de richesses.

— Depuis quelques années on s'occupe davantage de la géographie médicale. A côté de l'ouvrage si remarquable de M. Boudin, on peut placer une pièce assez singulière qui a paru à Londres dans ces derniers temps. C'est une mappemonde représentant la distribution géographique des maladies sur le globe.

On y voit que le rhumatisme sévit surtout à Madras, où, sur 1,000 Européens, 110 en sont atteints ; tandis qu'à la Jamaïque, sur le même nombre, on compte à peine 28 rhumatisants. En revanche, 8 sur 1,000 meurent de consomption à la Jamaïque, et un seul sur 3,000 à Madras.

La dysenterie et la fièvre jaune règnent en Amérique depuis la baie de Delaware au nord jusqu'à Rio-Janeiro au sud ; la lèpre endémique ravage les Indes, l'Amérique, l'Afrique intertropicale et les îles Philippines ; puis l'éléphantiasis sévit en Nubie, dans l'Arabie méridionale, le Dekkhan et le nord de l'Amérique méridionale.

Vient le choléra, qui, parti de l'Hindoustan et de Java, s'est abattu sur nos contrées. La petite vérole épidémique décime les indigènes de l'Amérique ; dans l'immense bassin du Missisipi, les fièvres intermittentes ; dans la grande vallée de l'Ohio, le typhus ; en Egypte et dans les deux Turquies, la peste ; à Madagascar, les fièvres pernicieuses ; dans les zones tempérées, la fièvre typhoïde et la phthisie complètent le tableau.

Si maintenant on étudie la durée de la vie humaine, on trouve que c'est à Alexandrie, en Egypte, qu'il y a le plus de décès ; (730 décès par 10,000 habitants) et c'est à la Nouvelle-Zélande qu'il y en a le moins (12 par 10,000), et cependant nous avons la faiblesse de préférer notre France, où l'on meurt beaucoup plus, — en dépit de M. Flourens et de ses consolantes idées sur la longévité humaine.

Dr E. Renaud.

Mémoire sur la lithotritie, réponse à M. le docteur Heurteloup, lue à la Société médicale du Panthéon par M. le docteur Aug. Mercier. Brochure in-8°. — Paris, librairie Lenormant, rue de Seine, 10.

Eaux minérales de Contrexéville (Vosges). Notice de 54 pages, par M. Ch. Lepage, pharmacien de l'établissement des eaux.

plus de chances de s'opposer aux hémorrhagies consécutives, c'est la ligature des deux bouts de l'artère.

Les idées de M. le professeur Nélaton, de M. Notta (de Lisieux), contraires à celles de Dupuytren et de tous ceux qui avec lui avaient conclu à la friabilité des bouts de l'artère d'une plaie en suppuration, ont dû agrandir le champ de cette méthode, en donnant moins de craintes sur la chute prématurée du fil.

Quoique sympathique, pour notre part, à la ligature des deux bouts dans les plaies artérielles, et quoique ayant observé des faits qui sont venus à l'appui de l'insuffisance de la méthode de Hunter, nous croyons qu'il est des cas dans lesquels la recherche des deux bouts de la lésion artérielle offrirait des difficultés telles, que la ligature entre le cœur et la lésion doit lui être préférée.

Tel est le motif qui m'a fait agir dans le cas que je vais raconter, et qui, à raison de son importance, m'a paru mériter d'être communiqué à la Société de chirurgie.

Jean Barrio, âgé de vingt-deux ans, employé de l'octroi, originaire de Luré (Hautes-Pyrénées), reçoit dans la soirée du 30 novembre 1857 un coup de couteau à la partie antérieure du creux axillaire droit. Une hémorrhagie très-abondante a lieu, et le malade est transporté à l'hôpital dans un état syncopal très-prononcé. L'écoulement sanguin s'arrête cependant spontanément, et un premier appareil est appliqué.

Du 1er au 9 décembre, l'état du malade paraît s'améliorer ; la suppuration s'établit par la plaie, exempte de toute exsudation sanguine.

Dans la nuit du 9 au 10, hémorrhagie abondante, et qui, comme la première, s'arrête spontanément. L'interne de garde évalue à 1,000 gr. environ la quantité de sang que le malade a perdue. — Bandage compressif.

La journée du 10 est assez bonne ; à part la faiblesse qu'accuse le malade.

Dans la soirée, nouvelle hémorrhagie qui amène le plus grand découragement chez le jeune Barrio. Un bandage fortement compressif est établi sur la plaie et est laissé en place le lendemain.

Le 13, à trois heures du matin, le malade accuse des douleurs intolérables dans la plaie ; quelques gouttes de sang commencent à imbiber l'appareil.

A cinq heures du matin, nouvelle hémorrhagie qu'on arrête à grand'peine, d'abord par la compression de la plaie, puis par l'application du garrot. Le malade est dans un état de faiblesse qui fait redouter à chaque instant la syncope.

Appelé immédiatement, je jugeai qu'il était urgent d'agir, parce qu'une autre hémorrhagie pourrait enlever le malade, ou au moins rendre peu favorables les chances de guérison d'une ligature. Restait à déterminer la manière de procéder, et c'est là que commençait pour moi l'embarras.

La ligature, au-dessus et au-dessous de la lésion, offrait de grandes difficultés, dont on peut juger en se représentant les conditions dans lesquelles je me trouvais placé :

1° Une simple piqûre produite par un couteau, ce qui permettrait de supposer que le vaisseau pouvait avoir été lésé à une hauteur difficile à atteindre par le débridement de la plaie.

2° Des caillots épanchés en assez grande abondance.

3° Enfin la nécessité où on se trouvait pour faire cesser complétement l'issue du sang, d'exercer une forte compression sur la plaie.

Joignons à ces circonstances le siége précis de l'hémorrhagie, dont il était assez difficile de se rendre compte. Etait-ce l'axillaire qui avait été blessée? Mais encore quel était le point lésé, sa hauteur? On n'avait aucune donnée sur la direction, la marche de l'instrument. La plaie artérielle pouvait, du reste, avoir affecté un rameau. Dans tous les cas, la position du malade réclamait une opération sûre, et ne se prêtait pas aux manœuvres, aux tâtonnements qu'eût nécessités la ligature des deux bouts de l'artère ou la recherche de la plaie du vaisseau.

Restait donc la ligature entre le cœur et la lésion, et deux procédés s'offraient ici à moi. J'avais à opter entre la ligature au-dessous de la clavicule ou celle de la sous-clavière à son point d'émergence des scalènes.

Je me décidai en faveur de cette seconde opération, qui me paraît mieux réglée dans son manuel et qui peut s'effectuer pour ainsi dire à sec, tandis que la ligature de l'axillaire, au-dessous de la clavicule, nécessite des déchirements musculaires, et partant vasculaires, assez considérables pour donner lieu à des hémorrhagies qui, dans le cas présent, pouvaient se transformer en accidents redoutables. M. Soulé pratiqua donc la ligature de la sous-clavière. Je dois noter toutes les précautions que je pris pour faire mes recherches, sans effusion de sang.

Une incision, parallèle au bord supérieur de la clavicule, me permit, après l'incision de quelques feuillets aponévrotiques, d'écarter des paquets veineux et de lacérer, à l'aide d'une sonde cannelée mousse, le tissu cellulaire du creux sus-claviculaire.

Les nerfs apparaissent alors et sont repoussés au dehors, pendant qu'à l'aide du doigt je cherche le tubercule costal signalé par Lisfranc. L'artère une fois isolée, un quadruple fil ciré fut engagé au-dessous.

L'oblitération du calibre artériel fait immédiatement cesser les battements de la radiale, mais la température du membre ne varie pas sensiblement.

La journée du 13 est bonne, le malade est un peu moins faible. — Bouillon, vin sucré.

Le membre reste toujours chaud et n'est le siége d'aucun phénomène particulier.

Le 14 décembre, le malade est bien, bonne nuit, à part un peu de bronchite. Tout se passe régulièrement du côté de la plaie et de la ligature, membre chaud. — Potion hémétisée et opiacée, bouillons, vin.

Le 15, l'amélioration continue. Pansement des deux plaies, dont l'état est des plus satisfaisants. Celle de l'aisselle ne fournit pas de sang. — Infusion de quinquina, quelques légers aliments.

Le 16, même état ; même prescription.

Nous n'avons rien à noter depuis cette époque dans la marche de la plaie de la ligature. Le fil est tombé spontanément le 2 janvier, et la plaie était cicatrisée quelques jours après.

L'amélioration a été moins rapide du côté de l'aisselle, car la suppuration s'est prolongée pendant tout le mois de janvier. La partie postérieure de l'épaule étant tuméfiée et douloureuse, je me décidai à introduire avec beaucoup de douceur une sonde cannelée, afin d'établir en cet endroit une contre-ouverture, ce qui ne me fut pas possible. La sonde allait heurter contre le scapulum. Je dus alors me borner à établir en cet endroit une compression méthodique et à faire lever le malade, la position couchée favorisant beaucoup la stagnation du pus.

Grâce à ces moyens, la cicatrisation a pu être obtenue, et il ne restait de tous ces symptômes, le lundi 8 février, jour de la présentation du malade à la Société de médecine, qu'un certain degré de roideur dans l'articulation scapulo-humérale, dont l'exercice et les bains sulfureux des Pyrénées, que cet homme ira prendre la prochaine saison, feront, je l'espère, promptement justice.

L'exploration à laquelle j'ai pu me livrer, et qui m'a démontré une grande profondeur de la plaie, m'a fait me féliciter d'avoir pris la détermination que j'ai suivie. Je crois que j'aurais eu de sérieuses difficultés pour aller à la recherche de la lésion artérielle, et que je n'aurais pu y parvenir qu'au prix de délabrements considérables.

Je ne crois pas cependant qu'on puisse généraliser une pareille pratique. La ligature au-dessus et au-dessous de la lésion doit constituer la règle toutes les fois qu'elle peut être faite sans trop de difficultés. C'est en agissant conformément à ces principes que dans une circonstance j'ai lié l'artère fémorale, blessée dans l'anneau de l'adducteur, alors qu'il m'eût été beaucoup plus facile de la lier au sommet du triangle.

C'est principalement pour les artères de l'avant-bras que ce précepte me paraît devoir être mis en pratique. La science possède, en effet, plusieurs faits dans lesquels des hémorrhagies successives ont obligé le chirurgien à pratiquer la ligature des artères radiale, cubitale, humérale. Dans certains cas on a été obligé de remonter à l'axillaire.

L'hémorrhagie peut continuer malgré l'application de la ligature et l'amputation du membre devenir ultérieurement nécessaire. J'ai été obligé de suivre cette conduite pour un fait que je crois devoir signaler sommairement à cause de sa rareté.

Un jeune homme fut admis à l'hôpital Saint-André pour une plaie de l'avant bras, située à la partie moyenne, et produite par un couteau. Quelques jets de sang furent constatés par l'interne de garde, qui, à raison du siége de la blessure, pensa qu'il s'agissait d'une plaie de la cubitale. Un bandage compressif fut appliqué.

Quinze jours après environ, les hémorrhagies recommencèrent ; elles furent fréquentes et abondantes ; aussi le malade parvint-il rapidement à un état anémique prononcé. La ligature de la brachiale fut pratiquée par M. le docteur Bermond.

Les suites de cette opération furent des plus simples, lorsque le quarantième jour les hémorrhagies reparurent de nouveau, et cette fois par la plaie primitive et par celle de la ligature.

L'état du malade s'étant de nouveau compromis, et l'anémie du sujet ne permettant pas de compter sur une ligature placée plus haut, je pratiquai pendant la nuit l'amputation du bras. Cette opération fut couronnée de succès.

A l'autopsie, nous constatons une plaie de l'interosseuse antérieure.

Ce fait prouve que très-souvent les apparences sont trompeuses, et que l'application de la ligature des deux bouts, quoique devant, comme je l'ai déjà reconnu dans ce travail, constituer la méthode générale dans les plaies artérielles, peut rencontrer de sérieuses difficultés. Il est vraisemblable que si on eût voulu procéder ainsi dans ce dernier fait, n'ayant que des données trompeuses, et ne supposant pas la lésion de l'interosseuse, le chirurgien eût accompli une opération très-laborieuse et probablement sans résultat.

DE LA DIARRHÉE
chez les enfants du premier âge.

Par M. le docteur PARIS, de Gray (Haute-Saône).

Dans une de ses brillantes leçons, M. le professeur Trousseau a appelé l'attention des élèves sur le sevrage et les maladies graves qui peuvent survenir à cette époque. La diarrhée dont sont souvent affectés les enfants du premier âge, est en effet un symptôme assez important pour mériter toute l'attention du médecin. Comme sur cette question le résultat de mes observations de vingt ans ne concorde pas toujours avec celles du savant praticien, permettez-moi de vous en exposer brièvement le résumé théorique et pratique.

Les enfants, avant, pendant ou après le sevrage, sont exposés à la diarrhée dans les circonstances suivantes : d'abord lorsqu'ils percent des dents. Le travail fluxionnaire d'irritation des gencives suffit, s'il dure plusieurs jours, pour déterminer un état congestif de toute la muqueuse buccale, gutturale, etc., et même du cerveau, état accompagné de fièvre, de faiblesse, d'insomnie, de toux, et de nausées après l'ingestion d'aliments solides ou liquides. Ce travail est assez puissant pour paralyser les forces digestives de l'estomac, déterminer son atonie ; de là les vomissements si fréquents, de l'embarras gastrique, et souvent même au bout de quelques jours de l'irritation gastro-intestinale.

Chose remarquable, c'est que les petits malades paraissent avoir plus d'appétit ; ils ont des tiraillements d'estomac, et si on n'y prend garde, si les parents satisfont à leurs désirs, ce qui arrive presque toujours, les vomissements, les indigestions, se succèdent de jour en jour ; après la diarrhée la constipation, et *vice versâ* ; les symptômes énumérés plus haut augmentent de gravité, en un mot, l'inflammation de la muqueuse, la gastro-entérite, succède à une légère irritation, à un léger embarras gastrique, qu'il eût été facile d'enrayer dans le début. Et lorsqu'on interroge les parents sur la maladie de leur enfant, ils vous répondent : C'est qu'il fait des dents. Cette inflammation, qui n'est pas admise par un grand nombre de médecins, a toujours été combattue avec succès par les antiphlogistiques, une à trois sangsues sur l'abdomen, suivant la force des malades, les boissons adoucissantes, rafraîchissantes, cataplasmes, calomel, huile de ricin. Quand ils étaient guéris, pour boissons nourrissantes, eau d'orge miellée, bouillon de veau ou poulet, lait de chèvre ou d'ânesse, le sevrage étant retardé d'un ou deux mois.

La diarrhée survient encore quand les nourrissons n'ont pas été préparés petit à petit au sevrage (ainsi qu'on doit le faire, et ce qu'on fait rarement), c'est-à-dire ne pas passer brusquement d'un jour à l'autre d'une nourriture purement liquide à une autre entièrement solide. Nous avons toujours eu soin, plusieurs semaines avant l'époque du sevrage, de faire diminuer successivement le lait de la nourrice ou tout autre lait, pour le remplacer par deux et trois repas d'aliments de moins en moins liquides. Si l'enfant n'a pas l'habitude d'une nourriture un peu solide, son estomac faible ne peut digérer d'un jour à l'autre cette nourriture : de là des vomissements, des indigestions, de l'embarras gastro-intestinal, etc., et plus tard les accidents dont nous venons de parler.

Sont encore sujets à la diarrhée, lors du sevrage, les enfants trop gras, trop replets, qui paraissent boursouflés, dont le lait ou les aliments ont été trop abondants, trop nourrissants ; et enfin les enfants lymphatiques, maigres, faibles de corps et d'estomac, qui ont sucé un lait mauvais, appauvri, et à la suite de nourriture insalubre, trop liquide ou trop substantielle, longtemps continuée, ont eu des semaines, des mois, de constipation ou de diarrhée. Evidemment chez ces enfants le sevrage doit être retardé de plusieurs mois, qu'ils soient ou non à l'époque de la dentition ; autrement si des symptômes morbides du côté des voies digestives se déclarent, ils ne tardent pas à se changer en accidents graves, qui méritent immédiatement la plus grande attention, les plus grands soins.

Lorsqu'un médecin est appelé pour un enfant atteint de diarrhée depuis plusieurs jours, plusieurs semaines, que ce soit ou non l'époque du sevrage ou de la dentition, que doit-il examiner ? D'abord l'état général du petit malade. Il doit chercher à s'assurer si la diarrhée est un symptôme morbide, ou un phénomène favorable. C'est ce que font la généralité des médecins, qui, comme nous, ne croient pas que cette diarrhée soit toujours fâcheuse lors de l'évolution des dents. On doit au contraire, à cette époque, favoriser la liberté du ventre par du calomel, de l'huile de ricin, pour éviter le météorisme et prévenir des accidents intestinaux ou cérébraux souvent graves et mortels. Cette diarrhée n'est alors toujours qu'un effet salutaire de la nature, et les laxatifs employés lors de la dentition, s'il y a gonflement de la muqueuse, ou embarras gastrique, ou congestion au cerveau, ou enfin de la constipation, sont aussi utiles, comme dérivatifs, chez les nourrissons que chez les adultes. Quelques jours de diarrhée sont encore avantageux lors de la dentition et du sevrage chez les enfants dont la nourriture a été mauvaise, dont les selles sont verdâtres, brunes et poissées ; elle sert d'éliminatoire naturel puissant chez ceux qui ont été trop nourris, qui sont boursouflés, et chez qui elle fait l'effet d'une purgation. Dans tous ces cas elle est favorable ; d'ailleurs, on la modère si elle est trop abondante et si elle affaiblit les enfants ; on l'arrête si elle dure trop longtemps. Si elle est suivie de constipation, on combat ce symptôme toujours fâcheux par des lavements ou de l'huile de ricin ; ce qui n'empêche pas de donner chaque jour des aliments, des boissons nutritives ou autres, appropriés à l'état du petit malade. Nous le répétons, arrêter brusquement un flux de ventre naturel, c'est, dans ces circonstances, exposer les enfants à des accidents du ventre et du cerveau souvent rapides et promptement funestes, ainsi que nous avons eu souvent l'occasion de l'observer. Du reste, généralement cette diarrhée, comme nous l'avons bien des fois constaté, s'arrête d'elle-même au bout de quelques jours, après l'évolution des dents.

La diarrhée doit être arrêtée chez les enfants émaciés, qui n'ont vécu que d'un lait aqueux ou d'une nourriture indigeste, dont la langue est large et pâle, ainsi que la muqueuse buccale, le pouls faible et lent. Une alimentation légère plusieurs fois répétée est nécessaire, en même temps qu'on leur fait prendre du sirop d'iodure de fer, vin ou sirop de quinquina ou d'écorces d'oranges. Dans ce cas, comme dans la plupart de ceux que nous pourrions énumérer, le sevrage ou la dentition sont choses bien accessoires.

Le flux de ventre avant, pendant ou après le sevrage ou la dentition, est-il, ce qui est le plus souvent, un symptôme d'irritation du tube digestif, il faut évidemment se hâter de le guérir en combattant la maladie dont il est le premier symptôme, ce dont il est facile de s'assurer aux signes pathognomoniques qui caractérisent cette affection. A plus forte raison s'il y a gastro-entérite, maladie si souvent méconnue ou trop tardivement combattue, si fréquente pourtant qu'elle enlève peut-être la moitié des enfants du premier âge. Disons, en un mot, qu'elle doit être absolument traitée comme celle des adultes. Si les enfants sont encore négligés ou mal soignés, des accidents mortels ne tardent pas à éclater. Aux vomissements, à la diarrhée de matières de toute nature, se joint un état comateux, typhoïde ; le cerveau est brûlant, le palper du ventre arrache des cris au malade ; aux symptômes tantôt ataxiques, tantôt adynamiques, succèdent les convulsions, que bien des médecins admettent comme la maladie spéciale, la seule à combattre, convulsions qui ne sont alors, ainsi que dans toutes les affections graves mortelles, qu'un avant-coureur de la mort, le signe des dernières luttes de la vie.

Quand un enfant a résisté plusieurs jours à un pareil état, malgré la désorganisation, les ulcérations de la muqueuse intes-

tinale, l'absorption des gaz, la décomposition des liquides, on comprend facilement l'état typhoïde, c'est-à-dire cette espèce d'empoisonnement connue chez l'adulte, son état effrayant de maigreur, sa face grippée, ses yeux excavés, la paupière inférieure plissée, bleuâtre ou brunâtre, etc., caractères livides qui s'observent dans tous ces cas, où ces pauvres malades en sont au dernier degré de marasme, au dernier jour de leur existence. Tous les médecins ont dû observer et remarquer la vérité du triste tableau que nous venons de tracer en quelques lignes; pas un, que je sache, n'a donné à cette maladie le nom de choléra infantile. Pour nous, qui avons eu occasion, dans deux épidémies de choléra, de soigner nombre d'enfants de tout âge qui en étaient atteints, enfants dont la figure ne se décompose le plus souvent qu'une heure ou deux avant la mort, nous devons avouer n'avoir jamais trouvé entre les deux affections la moindre identité.

TRAITEMENT DE LA POURRITURE D'HOPITAL.

Motifs d'abstention de la cautérisation avec le fer rouge.

Par M. L. Surdun, chef interne des hospices d'Arles.

L'honneur que m'a fait la *Gazette des Hôpitaux* en me donnant une petite place dans ses colonnes (n° du 20 avril 1858), m'engage à exposer les résultats de mes observations sur ce sujet, et surtout mes *motifs d'abstention* à propos de la cautérisation avec le fer rouge dans le traitement de la pourriture d'hôpital.

D'abord mon abstention n'a jamais été absolue, et je n'en ai point laissé ignorer les motifs dans un mémoire lu à la Société de chirurgie de Montpellier, et reproduit en grande partie dans la *Revue thérapeutique du Midi* (août 1856). J'ai même signalé toute l'importance du cautère actuel, sa supériorité incontestable sur tous les agents thérapeutiques connus.

D'ailleurs mes motifs d'abstention sont de deux ordres :

I. Ma répugnance à établir un réchaud en permanence dans des entre-ponts de quelques mètres carrés, et à offrir en perspective individuelle à tous ces pauvres militaires couchés presque les uns sur les autres le spectacle de fers rougis à blanc et rôtissant les chairs de leurs malheureux camarades.

II. Le genre des plaies ou des lésions locales. Pensez-vous, en effet, que l'hésitation ne soit pas naturelle à l'aspect de moignons plus ou moins bien faits, taillés au milieu de circonstances insolites et en général menacés de conicités? Eh bien, n'y avait-il pas à redouter après l'application du feu que ces immenses eschares à éliminer par une suppuration désastreuse ne déterminent une perte de substance considérable; sans compter le danger de nécroser les extrémités osseuses ordinairement saillantes?

Et, lorsqu'en face de ces considérations (abstraction faite des cas urgents), je reconnais les avantages suivants fournis par la teinture d'iode :

1° Simplicité de l'appareil chirurgical, odeur presque agréable, action désinfectante, antiseptique, je dirai même spécifique de la teinture iodée, car ce n'est qu'empiriquement que je l'ai employée, sans me rendre compte de tous ses modes d'action sur les parties malades et peut-être même sur l'organisme entier.

2° Pansements rares, puisque l'application de la teinture d'iode ne fait aucun résidu, qu'elle est entièrement absorbée, et on n'ignore pas le danger d'exposer des plaies à l'air, surtout quand elles sont sujettes à la pourriture d'hôpital.

En résumé, mes observations m'ont démontré :

I. Que quand l'affection est à marche rapide, l'ulcère ronge avec ardeur ou la pulpe putride exubère d'emblée, et qu'enfin les indications sont telles que la répression à la fois la plus prompte et la plus puissante doit être exercée en dépit même de toute circonstance et de l'organe qui est le siége du fléau; l'agent thérapeutique le plus énergique, le plus fidèle dans le traitement curatif de la pourriture d'hôpital, est le cautère actuel.

II. Si l'état du malade indique de la modération dans les symptômes, dans la marche de la maladie, et si enfin toutes les conditions étiologiques ne soient pas alarmantes, les moyens thérapeutiques autres que le fer rouge, tels que les topiques, acides végétaux ou minéraux, alcalis caustiques, antiseptiques, désinfectants, etc., peuvent suffire pour enrayer la marche du mal, ou tout au moins parer à des accidents funestes, si surtout on a le temps de les corroborer par une médication interne.

III. Parmi les médicaments divers employés contre la pourriture d'hôpital, à part le cautère actuel, et que j'ai expérimentés tour à tour, celui que ma pratique m'a indiqué comme supérieur est la teinture d'iode : seulement son application doit être raisonnée. Sans entrer dans les détails des différences qu'entraînent les formes diverses, le siége de la maladie et la nature des tissus lésés, il importe toutefois de savoir appliquer le pansement dans les deux formes les plus générales.

Si c'est la forme ulcéreuse qui se présente, avant d'appliquer la teinture il est important de déterger les ulcères, de les vider de leur ichor, ce que l'on obtiendra en les injectant à plusieurs reprises avec un liquide antiseptique ou désinfectant, eau citrique, eau chlorurée, etc.

Après avoir bien séché la plaie, on applique alors le topique, on badigeonne enfin, car avec le pinceau on peut appliquer différentes couches : après chaque application on n'a qu'à laisser la plaie exposée au contact de l'air; les couches se sèchent successivement avec une rapidité étonnante. A la rigueur, si l'on craint des ravages trop rapides de l'ulcération, qui va quelquefois jusqu'à détruire les cicatrices, un vésicatoire appliqué préalablement paraît devoir enrayer les progrès du mal et contenir les adhérences cicatricielles.

De même, pour la forme pulpeuse, il faudra toujours débuter par l'application d'un emplâtre fortement vésicant jusqu'à ce que cette espèce de putrilage couenneux soit soulevé et laisse à nu des surfaces rouges, quelquefois (et heureusement) saignantes; alors la teinture peut être appliquée avec confiance et par le procédé indiqué ci-dessus.

En définitive, il faut faire un pansement minutieux, consciencieux, n'employer que des linges secs et parfaitement propres; user selon les cas d'une compression bien ordonnée, et ne défaire le pansement que quelques jours après; inspecter minutieusement l'appareil de pansement plusieurs fois par jour. Mais si une odeur suspecte ou des taches de sanie indiquent que le mal suit quand même sa marche fatale, toute abstention devient coupable, le fer rouge seul peut arrêter la débâcle. Au demeurant, telles sont les conditions indispensables attachées aux succès assez certains du traitement de la pourriture d'hôpital par la teinture d'iode.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 mai 1858. — Présidence de M. Despretz.

Electro-physiologie. — M. Matteucci fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la traduction française de son *Cours d'électrophysiologie* professé à Pise en 1856, et l'accompagne de la note suivante dans laquelle il résume les résultats les plus nouveaux contenus dans ce livre :

« L'étude si étendue de l'action physiologique du courant électrique forme l'objet de la première leçon, dans laquelle je me suis efforcé de recueillir, sous forme de propositions, les seuls résultats bien établis que la science possède aujourd'hui. J'ai décrit dans cette leçon de nouvelles expériences par lesquelles j'ai démontré que, dans certains cas bien déterminés, la contraction excitée par le passage d'un courant électrique dans un muscle ou dans son nerf est proportionnelle à l'intensité du courant.

» La deuxième leçon comprend l'étude de la fonction électrique de certains poissons, et la description de toutes mes expériences sur la torpille que j'ai variées et répétées dernièrement avec le plus grand soin. J'espère avoir réussi à comprendre toutes les particularités de la fonction des poissons électriques sous un seul principe, qui n'est pas sans relation avec les autres faits de l'électricité animale; ce principe consiste dans la *polarisation électrique* qui est développée dans l'organe élémentaire de ce poisson par le *courant nerveux* centrifuge, d'après certaines lois qui ont des analogies avec les lois de l'action électro-magnétique.

» La troisième leçon est sur l'électricité animale, et traite presque exclusivement de la force électro-motrice des muscles vivants et des lois de cette force. Dans cette leçon aussi, les matières sont divisées et traitées sous forme de propositions, et on y trouvera de nouvelles expériences et des considérations sur les propriétés de l'électro-moteur musculaire.

» La quatrième leçon a pour objet le développement d'électricité dans l'acte de la contraction et la description des particularités les plus importantes du phénomène de la *contraction induite*, les recherches et les résultats de M. du Bois-Reymond sur ce sujet, et enfin l'exposition de mes dernières expériences avec lesquelles j'ai prouvé qu'il y a une véritable décharge électrique dans le muscle au moment de la contraction.

» Dans la cinquième et dernière leçon, j'ai exposé mes expériences sur la respiration musculaire, et principalement celles par lesquelles j'ai démontré que les phénomènes chimiques de cette respiration augmentent pendant la contraction. Ces résultats m'ont conduit à présenter sur la nature de l'action nerveuse et de la contraction musculaire des idées nouvelles et d'accord avec les théories de la physique générale. »

Hémorrhagie de la trompe de Fallope. — M. A. Puech communique un mémoire sur ce sujet, qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° La trompe de Fallope peut être le siége de deux hémorrhagies : l'une physiologique, l'autre morbide.

2° La première, ou menstruelle, constituée par quelques gouttes de sang, peut être notée soit sur les deux trompes, soit sur celle qui correspond à la vésicule rompue.

3° Survenue avant ou après les règles, la seconde laisse des effets plus marqués; la muqueuse revêt une teinte ecchymotique, et l'organe plus ou moins dilaté dans sa moitié externe renferme des caillots sanguins; il peut encore être rompu.

4° Dans ce dernier cas, le sang s'est épanché dans le bassin; dans les autres, il peut avoir suivi cette voie, ou bien avoir flué vers l'utérus.

5° Ce dernier parcours, qui est sinon le plus habituel, mais le plus favorable, peut se combiner avec les précédents, et faire croire au passage du sang de l'utérus à l'abdomen, passage qui n'a lieu qu'alors que le col ou le vagin soit oblitéré depuis plusieurs années.

6° Si la mort n'est pas la suite de l'hémorrhagie, le sang intrapéritonéal peut s'enkyster et constituer une hématocèle. (Commissaires : MM. Velpeau et Cloquet.)

Bruits de souffle dans les anémies. — M. Chauveau, qui avait précédemment adressé une note sur le mécanisme des bruits de souffle, envoie aujourd'hui une suite à ce travail : *Des bruits de souffle dans les anémies.*

Dans cette nouvelle communication, l'auteur s'attache à prouver que les murmures vasculaires chez les sujets anémiques dépendent de la cause qu'il a signalée, c'est-à-dire que ces bruits, qui peuvent être entendus dans les veines, dans les artères et au cœur, sont encore « dus aux vibrations de la veine fluide intra-vasculaire, vibrations qui se produisent toujours quand le sang pénètre avec une force suffisante dans une partie réellement ou comparativement dilatée de l'appareil circulatoire. » (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Jobert, de Lamballe.)

Lithotripsie et lithotritie. — M. Heurteloup adresse des explications relatives à certaines modifications qu'il a fait subir à son percuteur.

« Quand en 1832 je fis construire mes premiers instruments, je ne pouvais, dit-il, sans m'exposer à voir divulguer mon idée, m'adresser à un fabricant d'instruments de chirurgie; l'ouvrier que j'employai n'avait pas l'outillage convenable, et de là vient que mon percuteur de 1832 diffère, sous le rapport du procédé d'encastrement, de celui que j'ai fait faire en 1834 après avoir publié mon travail. Mais, quoique ne me satisfaisant pas complètement, mon premier mode d'encastrement ne rendait pas moins les branches solidaires : dès lors le principe était appliqué et consacré. L'encastrement est en effet l'essence du percuteur, et ne se trouve pas dans le scie-pierre de Weiss. »

A cette note sont joints de nombreux exemplaires du percuteur permettant de suivre les tentatives successives du premier ouvrier pour arriver à rendre la pensée de M. Heurteloup. (Renvoi aux commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe, Civiale.)

— M. Charrière présente des remarques relatives à une communication récente de M. Le Roy-d'Etiolles.

Il réclame principalement contre l'omission qui a été faite de son nom comme inventeur du dispositif « au moyen duquel on obtient des *instruments de lithotritie à double effet*, c'est-à-dire pouvant servir à l'écrasement au moyen de la vis à écrou brisé ou de l'engrenage du pignon, et à la percussion au moyen d'un prolongement de la branche mobile. »

M. Charrière signale, en outre, une erreur qu'aurait commise M. Le Roy-d'Etiolles relativement à l'instrument de Weiss, la description qu'il en fait et la figure qu'il en donne ne pouvant s'accorder. (Même commission.)

— M. le ministre de la guerre adresse pour la bibliothèque de l'Institut un exemplaire du VIII[e] volume du *Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires.*

— M. Velpeau présente au nom de l'auteur, M. Guillaume Delenda, un mémoire intitulé *Recherches sur la convalescence au point de vue hygiénique.* (Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Velpeau et Rayer.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Proust, né à Blois (Loir-et-Cher); *Voyage en Océanie de 1848 à 1852.*

Véry; *De l'hydrocèle de la tunique vaginale et de sa cure radicale par un nouveau procédé.*

Guyon, né à Saint-Denis (Ile-Bourbon); *Étude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un arrêté de M. le préfet de la Gironde vient de faire connaître le résultat du concours de 1857 pour la vaccine.

Cinquante candidats y ont pris part; le chiffre des opérations vaccinales a été de 1,074.

Voici la liste des médecins qui ont obtenu des récompenses :

M. Bouey, à Cleyrac. — Prix d'honneur : une médaille d'or.

M. Rogé, à Guitres. — Un prix de 200 francs et une médaille d'argent.

M. Nioucel, à Lamarque. — Un prix de 150 francs et une médaille d'argent.

M. Bertrand, à Lamothe-Landeron. — Un prix de 150 fr. et une médaille d'argent.

M. Lamothe, à Saint-Seurin-sur-l'Isle. — Un prix de 100 fr. et une médaille d'argent.

M. Kérédan, à Lamarque. — Un prix de 50 fr. et une médaille d'argent.

M. Mages, à Gironde. — Un prix de 40 fr. et une médaille d'argent.

Un nouvel arrêté détermine les bases du concours de cette année. Les récompenses ci-après indiquées seront accordées aux personnes qui auront le plus contribué à la propagation de la vaccine dans le département de la Gironde, depuis le 1[er] janvier jusqu'au 31 décembre 1858 :

1° Une médaille d'or à la personne qui par son influence morale, ses conseils ou ses écrits, aura combattu avec le plus de succès les préjugés dont la vaccine est encore l'objet;

2° Un prix de 500 fr. en argent;

3° Un prix de 300 fr. en argent;

4° Trois prix chacun de 200 fr. en argent; un de ces prix sera accordé à la personne qui aura signalé le plus fréquemment et en temps opportun l'existence du *Cowpox* sur les vaches;

5° Six prix chacun de 100 fr. en argent, aux vaccinateurs les plus zélés; un de ces prix sera également attribué à la découverte du *Cowpox.*

Chacun des prix en argent sera accompagné d'une médaille d'argent.

Ne donneront droit aux récompenses ci-dessus spécifiées que les mémoires rédigés, observations et recherches faites, ou vaccinations effectuées du 1[er] janvier au 31 décembre 1858.

Les tableaux de vaccination et de revaccination, certifiés et légalisés, les rapports et mémoires des personnes qui désireront concourir pour les prix, seront adressés à la préfecture avant le 15 janvier 1859, au plus tard.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 61. — JEUDI 27 MAI 1858. (31e ANNÉE.) N° 61. — JEUDI 27 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 MAI 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après une lecture de M. O'Rorke, sur un sujet qui intéresse la matière médicale, l'Académie a repris la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. Velpeau, dont les opinions ont été si souvent invoquées dans cette discussion, s'est enfin décidé à rompre le silence dans lequel il semblait vouloir se renfermer. Il n'a pu résister aux provocations réitérées de plusieurs de ses collègues, et en particulier à celles de M. Trousseau, qui l'a mis en demeure de s'expliquer sur divers points, notamment sur sa manière de voir relativement à la résorption purulente.

Une fois à la tribune, on devait bien penser que M. Velpeau ne se bornerait pas à quelques explications partielles ; il ne lui en coûtait pas davantage de reprendre la question tout entière. On savait d'avance, à bien peu de chose près, tout ce qu'il avait à dire. Les orateurs qui l'ont précédé avaient déjà presque fait son discours. Mais il était tout naturel que se décidant à prendre la parole, il ne résistât pas à se donner la satisfaction de rappeler qu'il y a une trentaine d'années, il a été un des premiers, sinon même le premier, à ramener les esprits alors égarés par la doctrine physiologique, aux idées d'humorisme qui constituent le fond des doctrines actuellement dominantes, au sujet précisément de ce que l'on n'appelait plus, ou de ce que l'on n'appelait pas encore à cette époque la *fièvre puerpérale.* C'est un mérite assez grand, assurément, pour qu'on ne doive pas songer à lui marchander les éloges.

Quant au fond du discours de M. Velpeau, il serait trop long de chercher à en donner ici une analyse, vu qu'il a touché à peu près à tous les points de la question ; on le trouvera d'ailleurs en substance dans le compte rendu de la séance. Nous dirons seulement que sur la plupart des points en discussion, M. Velpeau nous a paru maintenir très-sagement la balance entre les principales doctrines adverses.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination d'un membre associé libre. M. Trébuchet a réuni la presque unanimité des suffrages. C'est la troisième élection de cet ordre qui a lieu cette année. M. Trébuchet, le savant et zélé administrateur qui a déjà rendu tant de services à l'hygiène publique et à la médecine elle-même, par ses importants travaux de statistique et par ses profondes connaissances en jurisprudence médicale, viendra occuper dignement sa place à côté de MM. Littré et Geoffroy Saint-Hilaire, auxquels il a cédé la préséance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Intoxication par le sulfure de carbone. — Varioloïde intercurrente. — Guérison.

Le 3 octobre 1857 est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 23, le nommé Lahouille (Louis), âgé de dix-neuf ans, ouvrier en caoutchouc, né à Brieulle-sur-Burre (Ardennes).

Tempérament bilieux et nerveux, constitution médiocre; point de maladies antérieures. Vacciné non variolé.

Depuis quinze jours, ce jeune homme souffre de maux de tête continuels; cette céphalalgie, débutant par la partie postérieure du crâne, est une douleur en forme de bandeau avec bourdonnement d'oreilles. En même temps, il éprouve de la courbature, de la lassitude dans les membres et une titubation semblable à celle d'un homme ivre. Point de trouble de la vue. Dans les accès auxquels il était sujet, il n'a jamais perdu connaissance; mais, quoique d'un naturel très-calme et plutôt craintif, ce jeune homme se livrait à des emportements, et alors il insultait ses camarades et son patron. Lorsque ces accès étaient dissipés, il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé; c'était, en un mot, une perte de la mémoire analogue à celle qu'on observe dans l'ivresse. (Cet état mental est, du reste, commun à tous les ouvriers de cette profession.)

L'appétit était conservé, même exagéré; mais fréquemment il y avait des nausées.

Etat actuel. — Le 4 octobre, ce malade répand autour de lui une odeur très-prononcée de sulfure de carbone ; les mains surtout semblent être le point de départ de cette odeur.

En ce moment, il n'éprouve point de céphalalgie, et ne se plaint que d'une faim exagérée qu'il ne peut rassasier. La langue est bonne, mais *très-tremblotante*. Les digestions se font régulièrement.

Le pouls est lent (52 pulsations), égal et régulier; respiration normale, urines sans altération.

Les extrémités inférieures, lors même que le malade est couché, sont le siége d'un fourmillement très-fatigant; le même phénomène se manifeste aux extrémités supérieures, mais seulement quand le malade les remue. En même temps, on observe dans les quatre membres des contractions partielles et comme spasmodiques. Les bras, abandonnés à eux-mêmes et placés dans l'extension, éprouvent un tremblement analogue à celui qu'on observe dans la paralysie générale progressive. Les jambes du malade vacillent et ne permettent pas la station dans l'immobilité; la marche est très-difficile.

Point d'anesthésie ni d'analgésie de la peau. Les pupilles sont dilatées, les sens spéciaux intacts, les érections nulles.

Ce qui frappe le plus dans l'interrogatoire de ce malade, c'est la manière saccadée de ses réponses et sa loquacité. A mesure qu'il parle, son imagination s'anime et il arrive un moment où il est impossible de lui faire suspendre son discours. La mémoire est intacte. — Bains prolongés; 3 portions.

Pas de modifications les jours suivants.

Le 10, on a fait laver les mains du malade avec de l'éther; l'odeur de sulfure de carbone existe encore pourtant, mais elle est moins prononcée.

Le tremblement des jambes, des mains et de la langue continue au même degré. Loquacité persistante ; pupilles très-dilatées. On ne signale aucune bizarrerie dans la conduite du malade.

Boulimie, digestions bonnes. — Bains prolongés; 4 portions.

Le 15, point de modifications. On ne sent plus le sulfure de carbone.

Le 19, on observe le même tremblement de chaque extrémité, mais les contractions partielles sont moins manifestes. Le malade est moins bavard, mais il se plaint de grandes douleurs dans les lombes. — Même prescription.

Le 20, la céphalalgie en bandeau a reparu durant la nuit. Constipation depuis trois jours. Le tremblement des mains est moins prononcé; mais les fourmillements et les soubresauts existent de nouveau dans la jambe et l'ont empêché de dormir. Pouls à 80, régulier. — Mêmes prescriptions.

Le 21, la céphalalgie persiste, et la courbature est plus douloureuse aujourd'hui. Langue sèche et râpeuse. Nausées, inappétence, haleine fétide, constipation; ventre souple et normal. Le pouls est plein, 80. La peau est sèche et brûlante; il y a eu de la fièvre dans la nuit. On ne trouve rien d'anormal dans les organes. — Bouillon, potages.

Le 22, même état.

Le 23, on trouve *sous le bras et sous l'avant-bras* deux pustules ombiliquées (il y a des varioles dans la salle); la face en présente huit ou dix; rien sur le tronc. Pas de fièvre ; nausées. L'éruption suit sa marche naturelle.

Le 26, la marche du malade est plus assurée, les bras tremblent moins, la parole est moins brève; les pupilles restent dilatées.

Le 28, le malade ne se plaint plus que de lassitude dans les jambes. On a continué les bains, et quelques jours après il est parti dans un état satisfaisant pour l'asile de convalescence de Vincennes.

F. DURIAU.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. SÉDILLOT.

Lipome avec dépôt de margarine cristallisée, simulant une tumeur squirrheuse ou fibreuse.

Par J. EHRMANN, interne du service.

Lien, Julie (de Mutzig), ménagère, âgée de 38 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, de complexion faible, mais jouissant du reste d'une santé parfaite, issue d'une famille exempte de diathèse héréditaire, entre à la clinique chirurgicale le 21 mars 1858, réclamant l'ablation d'une tumeur qu'elle porte depuis quinze ans dans la paroi abdominale. Une contusion en aurait été la cause déterminante... A cette époque, c'était un petit noyau dur, à peine appréciable, qui ne fit que progresser depuis lors, surtout durant les deux dernières années.

Actuellement, la tumeur occupe la paroi latérale droite du ventre, au-dessus du niveau de l'ombilic. Elle paraît siéger dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. On y distingue à la palpation deux portions :

L'une, supérieure, molle, lobulée, mal limitée sur ses bords, assez mobile, parfaitement indépendante du plan musculaire, présentant environ la dimension du poing. — Elle est évidemment de nature graisseuse.

L'autre, située au-dessous de la première, et paraissant lui faire suite, est de consistance bien différente : dure, bosselée, nettement limitée, de la grosseur d'un fort œuf de poule; la peau, parfaitement souple, glisse à sa surface; en engageant la malade à contracter ses muscles abdominaux, et saisissant en masse cette portion de la tumeur, on parvient à lui imprimer de légers déplacements, mais on ne peut en soulever la base. La laxité de la peau du ventre (la femme a eu sept enfants, et son dernier accouchement date de cinq mois) favorise cette exploration, qui n'est pas douloureuse. La tumeur est cependant parfois le siége de douleurs spontanées, peu intenses du reste et mal caractérisées. Ici le diagnostic reste incertain : tout en admettant comme possible une induration simple, partielle, fibreuse ou crétacée du lipome, M. le professeur Sédillot, dans une savante discussion, insistant surtout, parmi les caractères déjà mentionnés, sur la dureté, les bosselures, le peu de mobilité de la tumeur, les douleurs passagères qui parfois la traversent..., établit comme probable sa nature squirrheuse, soit qu'elle tire son origine d'une dégénérescence du tissu primitif, ou que, indépendant de la partie adipeuse, un prolongement pédiculé la relie soit aux muscles eux-mêmes, soit à leur aponévrose superficielle ou profonde, soit même au fascia sous-péritonéal, ainsi qu'on a eu l'occasion de l'observer dans un certain nombre de cas.

Quoi qu'il en soit, l'extirpation est décidée, et le 25 mars M. Sédillot la pratique en présence de MM. les docteurs Herrgott, Bœckel, Ranis, Glœsel, Leroux, Frison, Spielmann, et des élèves de la Clinique.

La malade ayant été chloroformée, l'opérateur soulève la tumeur dans un large pli longitudinal, qu'il incise de la base vers le sommet en le traversant par un mouvement de ponction. Elle est aussitôt saisie avec des érignes, et disséquée rapidement dans tout son pourtour; elle adhère à l'aponévrose d'enveloppe des muscles par un tissu cellulaire assez serré. Il n'y a pas de pédicule. Une enveloppe commune renferme les deux portions, que la palpation y distingue.

Il ne s'écoule qu'une quantité de sang insignifiante. Aucune ligature n'est nécessaire.

Les bords de la solution de continuité sont rapprochés et maintenus en contact par quatre points de suture entortillée ; il en résulte une plaie linéaire transversale de 7 centimètres de longueur.

Grâce au repos absolu et à la diète sévère qu'on fit observer à la malade pendant les trois premiers jours, grâce surtout à une compression méthodique et constante exercée avec des plaques d'agaric repoussant les téguments en arrière, afin de prévenir la persistance de toute cavité dans le lieu qu'occupait la tumeur, la réunion put se faire par première intention; cinq jours plus tard, l'opérée était guérie, et le 4 avril elle quittait l'hôpital. A cette époque, il s'était produit un petit épanchement probablement séreux, dans un des points qu'avait rempli s le lipome. Une solution de chlorhydrate d'ammoniaque fut prescrite comme moyen résolutif.

Voici quels sont les caractères de la tumeur :

Son poids est de 270 grammes ; elle offre la teinte jaune du tissu graisseux ; elle est parfaitement lisse à sa surface ; les saillies des lobules que la palpation fait reconnaître dans son épaisseur n'apparaissent que sur les portions déchirées; une couche mince de tissu cellulaire lui forme une enveloppe complète qui envoie dans son intérieur une foule de prolongements lamelleux, très-ténus, qui s'entre-croisent en tous sens. Elle est molle dans sa plus grande partie, et cette mollesse a ceci de remarquable qu'elle donne au toucher une sensation de fluctuation des plus trompeuses. Placée sur un plateau, elle s'affaisse sur elle-même; elle est alors oblongue, aplatie, et présente 14 centimètres de longueur, 10 cent. de largeur, 3 d'épaisseur : dans une de ses extrémités, elle renferme un noyau de la grosseur d'un œuf, bosselé, très-dur, homogène à la coupe, criant sous le bistouri, blanc-grisâtre, lardacé. On pense au premier abord qu'il s'agit d'une dégénérescence squirrheuse du lipome.

La pièce a été soumise à l'examen microscopique par M. le professeur agrégé Morel; en voici le résultat, d'après la note qu'il a bien voulu nous communiquer.

Les éléments que l'on trouve dans les diverses parties de la tumeur sont les mêmes ; ce sont des cellules adipeuses logées dans un réseau très-lâche de fibres connectives. Mais celles qui appartiennent au noyau induré, fortement tassées les unes contre les autres, et devenues polyédriques par suite de ce fait, renferment de petites masses cristallines en forme de têtes d'artichauts, et constituées par des aiguilles rectilignes irradiant dans tous les sens. Dans les parties molles de la tumeur, on ne rencontre que de très-rares cristaux de cette nature, et seulement dans le voisinage de la partie dure; tandis que dans celle-ci il n'y a pour ainsi dire pas de cellule qui n'en contienne. Ce sont les cristaux que, dès 1841, Vogel avait observés dans certaines cellules adipeuses et décrits comme acide margarique, mais que, depuis plusieurs années, les micrographes et l'auteur allemand lui-même rapportent à la *margarine*.

L'analyse chimique est venue du reste confirmer cette donnée du microscope. M. Hepp, pharmacien en chef des hospices civils, a eu l'obligeance d'examiner à ce point de vue diverses portions de la tumeur, et y a constaté l'absence complète d'un acide gras libre, avec tous les réactifs appropriés (tournesol, acétate plombique, etc.). La solution al-

coolique de cette substance s'est comporté comme un composé lipylique neutre.

Voilà donc un lipome qui, sans addition d'éléments nouveaux, par la simple cristallisation d'un de ses principes constitutifs normaux, acquiert des propriétés toutes particulières, revêtant l'apparence du tissu squirrheux ou fibreux, au point de faire faillir le diagnostic, non-seulement dans les explorations réitérées auxquelles avait été soumise la malade, mais même, et c'est là un point sur lequel nous croyons devoir insister, après l'opération, en présence de la pièce pathologique, sans le secours du microscope, l'erreur n'eût pas été relevée. Sous ce rapport déjà, au point de vue clinique, l'observation que nous relatons offre une importance réelle. Mais ce n'est pas là son côté le plus intéressant, c'est comme fait d'anatomie pathologique qu'elle mérite surtout d'attirer l'attention; c'est cette particularité de structure que nous voulons faire ressortir, car nous n'avons trouvé d'exemple analogue ni dans nos auteurs classiques, ni dans les publications françaises ou allemandes qu'il nous a été donné de parcourir.

Les observations d'induration de lipomes que nous y avons vues se rapportent, soit à divers degrés de transformations fibreuses par simple hypertrophie de l'élément connectif (stéatome des auteurs allemands : Schrant, Bruns, Bardeleben, Foerster, etc.), ce sont les cas les plus nombreux ; soit à des dépôts de cholestérine (cholestéatome), ou à des crétifications; soit encore à des dégénérescences malignes plus ou moins bien constatées.

Ce qui nous semble se rapprocher le plus de notre cas, c'est l'induration par condensation pure et simple des cellules graisseuses, sans augmentation du tissu connectif, mais sans cristallisation du contenu de ces mêmes cellules. Tel est, entre autres, le fait de M. Michon, relaté dans la *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 120.

MM. Robin et Verdeil, M. Lebert, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, Vogel, en Allemagne, Fürstenberg, dans son remarquable travail sur la *structure et les métamorphoses des tumeurs graisseuses* (Berlin, 1851), signalent la présence de cristaux de margarine dans les cellules de certains lipomes. Ce dernier auteur parle longuement de la cristallisation de cette substance comme accompagnant le dépôt des sels calcaires, lors de la crétification de ces tumeurs. Il paraît que le même phénomène se produit assez fréquemment dans des portions de tissu adipeux, qui, abandonnées à l'air, subissent un commencement d'altération putride. Mais nulle part nous ne voyons mentionnée l'accumulation de cette variété de cellules, au point de constituer par elles seules une tumeur dure, à tissu lardacé criant sous le scalpel, semblable en un mot à celle que nous venons de décrire.

DES DIFFÉRENTES FORMES DE LA DYSPEPSIE

et de leur traitement.

Par M. le Dr Hédouin, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Dans une brochure qu'il vient de publier sous ce titre : *Des eaux de Saint-Sauveur et de leur influence curative dans les différentes formes de la dyspepsie*, M. Hédouin s'est livré à une étude des différentes formes de la dyspepsie, de leurs causes et de leurs symptômes, qui nous a paru renfermer quelques notions nouvelles à la fois intéressantes pour la science et utiles pour la pratique.

M. Hédouin adopte sur la dyspepsie les opinions de M. Beau. Pour lui, comme pour M. Beau, la dyspepsie est un dérangement plus ou moins apparent des fonctions digestives, quelle qu'en soit la cause, d'où résulte une altération variable du sang, entraînant à la suite diverses lésions fonctionnelles ou organiques.

Cette définition toute physiologique de la dyspepsie, indique tout de suite la série multiple des phénomènes qui vont s'offrir à notre étude. En effet, la physiologie nous apprenant le rôle des aliments, les modifications qu'ils subissent dans l'appareil digestif, on doit admettre que les produits utiles de la digestion peuvent être altérés soit dans leur qualité, soit dans leur quantité. Dans l'un ou l'autre cas, l'absorption ne livrera à la circulation que des matériaux incomplets et qui ne pourront maintenir la composition normale du sang. Or le sang, étant altéré, ne se trouve plus dans la condition indispensable à l'exercice régulier des fonctions, et son altération devra entraîner une foule de lésions fonctionnelles et organiques. C'est ce que démontre en effet l'observation journalière.

Afin de mieux faire comprendre l'ordre de succession des symptômes nombreux et variés de la dyspepsie, et les diverses altérations auxquelles ils sont liés, M. Hédouin les divise en quatre ordres.

Dans le premier il place les symptômes locaux du tube digestif, qu'il subdivise en symptômes *directs* et en symptômes *indirects* ou de voisinage ;

Le second ordre comprend ceux qui dépendent de l'altération du sang;

Le troisième les symptômes nerveux ;

Enfin, dans le quatrième ordre, il range ceux que M. Beau a appelés par analogie symptômes tertiaires de la dyspepsie, lesquels symptômes tertiaires ne sont autre chose que les lésions dites organiques, telles que les tubercules, le cancer, les scrofules, etc.

Les symptômes *locaux directs* du tube digestif sont : la diminution, le caprice ou l'absence de l'appétit, la soif, les digestions pénibles, difficiles ou douloureuses, les éructations, les borborygmes, les coliques venteuses, les vomissements qui sont alimentaires ou glaireux et quelquefois composés de matières bilieuses ou de bile pure ; la constipation qui est très-fréquente et qui est souvent le seul symptôme que le malade accuse ; la diarrhée qui est presque toujours critique d'une constipation existant antérieurement.

Les symptômes *indirects* ou de *voisinage* ont leur point de départ à l'estomac et s'irradient dans les différents nerfs qui ont des communications médiates ou immédiates avec cet organe. Ce sont : 1° la névralgie intercostale, caractérisée par des points douloureux sur le trajet des nerfs intercostaux ; c'est le plus souvent dans le septième espace intercostal qu'elle se montre, et du côté gauche. Elle peut être considérée comme la douleur réflexe de l'estomac dérangé dans ses fonctions. 2° L'aura gastro-glottique, boule hystérique, ou dypsnée dyspeptique, ou névralgie ascendante du pneumo-gastrique, que l'on rencontre plus généralement chez les femmes sous la forme d'un sentiment de constriction remontant de l'épigastre à la glotte. 3° La toux que l'auteur appelle gastrique ou dyspeptique, ou hystérique, toux sèche, sans expectoration, et ne se rattachant à aucune espèce de lésion des organes respiratoires.

Les symptômes du *second ordre* dérivent du changement opéré dans la composition du sang par l'altération des fonctions digestives; le liquide sanguin, en cédant de ses éléments pour les sécrétions qui s'opèrent tous les jours, s'appauvrit par le fait d'une réparation insuffisante, due au dérangement des fonctions digestives, ses globules diminuent et le sérum augmente. C'est ce qui constitue l'*anémie globulaire*.

C'est à la diminution des globules et à l'augmentation du sérum qu'il faut, suivant M. Hédouin, rapporter la pâleur, la lassitude des malades, l'amaigrissement, la faiblesse musculaire, l'atonie de tous les tissus. Malgré cette altération du liquide sanguin, les principales fonctions de l'existence semblent encore s'exécuter pendant quelques temps avec assez de facilité ; mais bientôt la diminution des globules et l'augmentation du sérum produisent un relâchement général des tissus et notamment celui du cœur et des vaisseaux, qui augmentent nécessairement de capacité; de là les phénomènes de plénitude qu'on observe dans la chlorose, les battements artériels, etc.

Les symptômes *nerveux* qu'on observe si habituellement dans les dyspepsies, tels que la céphalalgie, la somnolence, les vertiges, les éblouissements, l'affaiblissement de la mémoire, l'exaltation de l'imagination, le délire, les névralgies, certaines sensations bizarres que les malades accusent sans leur donner un nom, et qui les font souvent passer pour hypocondriaques ; cette sensation de sécheresse au pharynx, ou picotements, ou fourmillements dans les membres, etc., qui les préoccupent, les inquiètent et deviennent pour eux toute la maladie; la paralysie musculaire, les convulsions chez les enfants, l'analgésie, etc. ; tous ces différents symptômes apparaissent à certaines époques de la maladie et sans fixité dans leur succession ; ils se manifestent fréquemment les uns dans les autres, et se réunissent souvent pour former des prédominances.

Enfin, ce que M. Hédouin appelle avec M. Beau les symptômes du quatrième ordre de la dyspepsie, sont ces lésions organiques qui surviennent consécutivement aux troubles fonctionnels qui viennent d'être passés en revue, lesquels désarment pour ainsi dire l'organisme affaibli contre les influences extérieures des constitutions épidémiques et contre les influences intérieures des constitutions diathésiques.

Causes. — Sous le rapport des causes, M. Hédouin distingue la dyspepsie en idiopathique et symptomatique.

Les causes de la dyspepsie idiopathique sont toutes les infractions aux règles de l'hygiène et particulièrement à celles des *ingesta*. Il serait superflu de s'y arrêter ici.

Quant à la dyspepsie symptomatique d'une maladie générale ou d'une maladie viscérale autre que celle de l'estomac, son origine la plus fréquente est la métropathie.

Les diverses lésions fonctionnelles ou organiques de l'utérus, soit chez une jeune fille pubère, soit chez la femme après l'accouchement, soit chez celle qui est arrivée à son âge critique, donnent lieu, par voie de sympathie, à des dyspepsies caractéristiques par une proportion variable de symptômes appartenant aux différents ordres exposés plus haut. En un mot, les symptômes de la dyspepsie symptomatique d'une métropathie ne diffèrent pas des symptômes de la dyspepsie idiopathique. Seulement, il faut s'adresser pour l'indication thérapeutique, cela va sans dire, presque uniquement à l'état de l'utérus.

Traitement. — M. Hédouin n'expose point, dans ce travail, le traitement de la dyspepsie d'une manière complète; il s'y occupe principalement de l'action de eaux de Saint-Sauveur. On sait que toutes les eaux minérales peuvent guérir la dyspepsie, de même qu'on l'améliore ou qu'on la guérit par les moyens les plus différents ; mais les eaux sulfureuses ont été depuis longtemps regardées comme les plus utiles dans ce cas.

A l'exemple de M. Beau, qui emploie très-souvent les bains sulfureux artificiels à une température peu élevée, M. Hédouin les a prescrits toujours avec avantage, dit-il, depuis dix ans qu'il a observé et étudié la dyspepsie sur un vaste théâtre, au milieu des femmes prévenues et condamnées qui composent la première section de la maison de Saint-Lazare.

Quant aux eaux sulfureuses naturelles, celles de Saint-Sauveur lui paraissent préférables à cause de leur basse température. L'observation prouve, en effet, que les estomacs affectés de dyspepsie se trouvent mal de l'usage de boissons chaudes, de même que les affections utérines sont très-souvent exaspérées par les bains d'une température élevée. Les eaux de Saint-Sauveur lui ont paru surtout utiles dans le traitement de la dyspepsie et des affections utérines, en ce qu'elles sont sulfureuses, alcalines, et surtout que leur température est modérée.

Mais quelles que soient les eaux minérales dont on fasse usage, pour obtenir du traitement tout ce qu'on est en droit d'en attendre, ajoute M. Hédouin, il importe au médecin d'interroger souvent les fonctions digestives, de rechercher avec soin les causes nombreuses qui produisent leur altération, de fouiller fréquemment dans les habitudes alimentaires des malades, de les prémunir surtout contre ces habitudes de se gorger de tisanes de toute espèce, d'où résulte en quelque sorte une véritable macération de l'estomac; de tenir grand compte surtout des causes qui agissent sur le système nerveux, et de se rappeler que l'organe de la digestion reçoit, chez une foule d'individus, le contre-coup des grandes impressions morales.

CHLOROSE COMPLIQUÉE D'HYSTÉRIE ET DE MANIE AIGUE,

Par M. Ph. Kuhn, interne à Maresville (Meurthe).

La chlorose, on le sait, donne naissance à un grand nombre de maladies, dont les plus communes sont : l'hystérie, la manie, etc. Ces affections marchent et cessent ordinairement avec elle. C'est ce que nous démontre l'observation suivante, recueillie dans le service de M. le docteur Reber, à l'asile de Maresville.

Joséphine P... âgée de vingt-cinq ans, non mariée, brodeuse, d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatico-nerveux, est originaire du département des Vosges. Elle n'a jamais été malade. Ses mœurs ont toujours été très-bonnes et ses habitudes régulières. Elle ne compte pas d'aliénés parmi les membres de sa famille; son éducation était nécessairement fort restreinte, comme l'est d'ordinaire celle des habitants de la campagne. On avait remarqué cependant une certaine délicatesse de sentiments au-dessus de sa condition.

Il y a deux ans, il se manifeste chez elle tous les symptômes de la chlorose. Le sang menstruel perd de sa consistance, de sa quantité et de sa couleur. Les menstrues durent moins longtemps et ne tardent pas à disparaître complétement. La peau est pâle et sèche, les chairs sont flasques, la langue, les gencives, les lèvres sont décolorées. Les forces sont diminuées, le sommeil est suspendu. Sous l'influence de cet état chlorotique, on ne tarde pas à remarquer une certaine excitabilité nerveuse, des prétentions à la toilette et une coquetterie inaccoutumée. Elle se prévaut de ses avantages physiques, et en conçoit des espérances matrimoniales exagérées. Elle montre un grand désir de s'instruire.

Aussitôt qu'elle trouve un moment, elle se livre à la lecture de livres qui sont au-dessus de son intelligence. A cette disposition studieuse s'ajoute une piété exagérée. Bientôt il se développe chez elle un état hystérique, ou hystéricisme, et des idées érotiques se manifestent.

Sous cette influence, un soir, au moment où elle venait de se coucher, elle sent une main se glisser sous sa couverture, et entend en même temps une voix qui lui dit de se laisser faire et d'abandonner son esprit.

Quelque temps après Mlle P... éprouve un frisson suivi d'une agitation extrême. Elle parle avec volubilité et incohérence, se met à chanter et à faire des grimaces. A cet accès on oppose les saignées, les purgatifs et les bains prolongés, que l'on continue pendant six semaines à Plombières. La maladie ne faisant que s'aggraver sous l'influence de ce traitement, on résolut de placer la malade à Maresville, où elle fut admise le 9 février 1857.

A notre premier examen, nous voyons tant de trouble dans les idées de cette malade qu'il est impossible de rien comprendre à ce qu'elle dit et de fixer un instant son attention. L'éther est prescrit à la dose de 1 gramme, et continué ainsi pendant quelques jours. Sous l'influence de cette médication, l'isolement et le régime, la malade ne tarde pas à se calmer. Mais si ses actes sont devenus réguliers, ses idées continuent au contraire à nous offrir une incohérence extrême. La menstruation est toujours absente. Le fer réduit par l'hydrogène est ordonné.

L'hallucination de l'ouïe ne s'est plus renouvelée, mais les hallucinations et les illusions de la vue se sont multipliées et établies en permanence. Pour elle, les caractères étaient écrits sur le mur; ils s'effaçaient et se succédaient rapidement sans qu'elle pût y rattacher aucun sens, et aujourd'hui encore, au moment de se mettre au lit, ce phénomène se reproduit constamment. Ces mêmes phénomènes étaient entretenus par l'insomnie permanente qui datait de l'administration des bains prolongés.

Au mois de mars 1857, Mlle P... est prise d'un nouvel accès d'agitation des plus intenses ; le plus grand désordre règne dans ses idées et dans ses actes. L'éther, à la dose de 1 gramme, est administré de nouveau et réussit comme la première fois. Le fer réduit est continué.

Au mois d'avril, la malade s'occupe, et nous montre dans ses rapports des indices d'un bon caractère. L'amélioration va en progressant, la menstruation s'est rétablie régulièrement, et elle en éprouve un grand soulagement. Toutefois il reste encore l'état hallucinatoire entretenu par l'insomnie et produisant encore des conceptions délirantes auxquelles la malade s'abandonne, quoiqu'elle commence déjà à en apprécier la valeur. C'est surtout le matin et le soir qu'elle est le jouet de ces erreurs de perception, dont elle rend compte dans la journée, mais qu'elle n'est pas maîtresse de ne pas considérer comme des réalités quand elle est sous leur influence.

Une dernière indication restait à remplir, et elle a été saisie avec empressement. Les opiacés, en ramenant le repos de la nuit, ont produit une notable amélioration.

Le retour du repos, joint aux modifications avantageuses survenues dans la constitution, hâte la convalescence et fait entièrement disparaître toute trace d'hallucination et de délire. L'amélioration fait de jour en jour des progrès sensibles, et Joséphine peut quitter l'Asile pour être rendue à sa famille.

Réflexions. — Cette observation est intéressante et remarquable à plus d'un titre. Nous avons sous nos yeux une chlorose qui, par sa marche lente et progressive s'est compliquée de troubles nerveux des plus variés et des plus graves. La vie sédentaire a été évidemment la cause principale de cet appauvrissement du sang; appauvrissement qui amena plus tard l'hystérie et les accès d'agitations maniaques.

Nous ne devons pas oublier que la chlorose est une de ces affections peu connues autrefois dans les campagnes, et qui aujourd'hui a pris une grande étendue à cause de la broderie. Or, notre exemple prouve une fois de plus que la vie sédentaire est une cause de folie, et que la broderie implantée dans nos campagnes a dû nécessairement augmenter le chiffre des aliénés.

Ce qui doit surtout nous occuper, ce sont les différents traitements qui ont été opposés à cette affection.

On ne vit d'abord que l'agitation sans en rechercher la cause, et, au lieu de favoriser le retour du sommeil et de traiter la chlorose par les moyens connus, on s'est borné aux saignées, aux purgatifs et aux bains prolongés. Cette médication n'a fait qu'empirer le mal de jour en jour.

L'usage des opiacés a ramené le repos de la nuit; l'emploi du fer a fait disparaître la chlorose, et les antispasmodiques ont calmé les accès d'agitation. « On ne saurait trop recommander » combien de soins il est nécessaire d'apporter dans l'observation » initiale de cette maladie. » En écrivant ces mots, M. le docteur Renaudin a dit vrai.

APPLICATION DE VENTOUSES SUR UN VÉSICATOIRE.

Par M. Th. Barnouin-Dulcy, ex-chirurgien sous-aide des hôpitaux militaires à Mormoiron.

En lisant le n° 29 de la *Gazette des Hôpitaux* du 11 mars dernier, j'ai remarqué un passage dans lequel il est dit qu'on a appliqué des ventouses sur un vésicatoire, et que l'expérience a parfaitement réussi.

Ce moyen thérapeutique, qui offre des avantages incontestables, et qui peut être nouveau pour un grand nombre de praticiens, est cependant loin de l'être pour moi.

La lecture de ces quelques lignes m'a instantanément remis en mémoire, qu'il y a six ans environ, j'accompagnai mon père, M. Barnouin, médecin à Mormoiron, auprès d'une malade atteinte de pleuro-pneumonie. La maladie avait débuté par un point de côté survenu après un refroidissement. Nous la trouvâmes dans un état presque désespéré.

Mon père, qui la voyait depuis quelque temps, avait déjà employé tous les antiphlogistiques indiqués, l'émétique, les saignées, les sangsues, etc., et, malgré tout, la douleur persistait et la suffocation allait *crescendo*; dans l'état actuel, un large vésicatoire *loco dolenti* pouvait seul amener une révulsion favorable; mais la malade, excessivement nerveuse et très-irritable, s'y refusait obstinément. Toutefois, après l'avoir bien persuadée qu'elle souffrirait peu, après lui avoir bien promis que si la douleur était trop forte on le lui enlèverait, elle consentit à supporter le vésicatoire.

Mais au bout de quelques heures, à peine l'action de l'emplâtre se faisait-elle sentir, qu'il fallut enlever le vésicatoire; la peau était à peine rouge; vu l'urgence, mon père eut l'idée d'appliquer sur ce point même quatre ventouses. Les effets de cette médication dépassèrent nos espérances, car la malade guérit.

Depuis cette époque, ce moyen d'action, quoique fort douloureux, nous a quelquefois rendu de grands services. Nous avons souvent été conduits à l'employer alors que nous avions à redouter l'action des cantharides sur les organes génito-urinaires. Ce moyen a sur la poudre de camphre l'avantage d'être infaillible.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mai 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cantal en 1857;

2° Le rapport final de M. le docteur Colin sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Bazouge-des-Alleux, à Commair et à Montourtier (Mayenne);

3° Le rapport final de M. le docteur Crié sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1857 à Avesnière, Loiran et Soulgé-le-Bruaut (Mayenne);

4° Un mémoire de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), intitulé *De la constitution régnante au canton de la Ferté-sur-Amance pendant les mois de janvier, février et mars* 1858, *et du traitement de l'angine couenneuse diphthéritique au moyen d'un appareil nouveau.* (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Rodot, aide-major au 92e régiment de ligne, adresse une note sur une éruption vaccinale surnuméraire développée le onzième jour. (Commission de vaccine.)

— M. Justin Lukomski adresse un mémoire intitulé *Du traitement de la syphilis par la vaccination.* (Commissaire, M. Ricord.)

— M. Duval, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse une lettre contenant la description d'un écraseur d'un système nouveau.

Thérapeutique respiratoire. — M. le docteur Sales-Girons, médecin inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Il a été déposé sur le bureau de l'Académie, à la dernière séance, deux brochures américaines dans lesquelles il est fait mention honorable d'*injection par cathétérisme* pour les maladies du larynx, de la trachée et des bronches.

» Permettez-moi d'en prendre occasion pour rappeler à l'Académie qu'il existe un procédé sous tous les rapports préférable à l'injection, c'est celui de la *respiration naturelle*; j'entends celui qui permet dès aujourd'hui de diviser, de fragmenter, de poudroyer de l'eau froide dans une chambre et de la faire respirer, en cet état de poussière, aux malades.

» Il suffit donc que l'eau employée porte en dissolution le médicament dont on requiert l'action. Or cette dissolution est, en général, assez facile.

» Les *salles de respiration* où se poudroyent les eaux sulfureuses en vue des maladies de poitrine, sont déjà une application de cette méthode nouvelle, qui, de Pierrefonds, où je l'ai instituée, s'est étendue aussitôt à plusieurs établissements thermaux.

» Je mettrai, avant peu, sous les yeux de l'Académie, un appareil complet disposé pour faire respirer des dissolutions de perchlorure de fer dans les cas d'hémoptysie, et, au besoin, des dissolutions de quinquina pour des cas de fièvre intermittente.

» Il faut espérer, enfin, que le cathétérisme des bronches sera désormais inutile, si jamais il fut utile.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

LECTURE.

De quelques produits des Euphorbiacées. — M. O'Rorke lit un mémoire ayant pour titre : *De quelques produits des Euphorbiacées et en particulier de l'huile d'aleurites triloba comme purgatif.*

Ayant eu l'occasion d'étudier avec soin les propriétés médicamenteuses de l'huile d'*aleurites*, j'ai pu m'assurer, dit l'auteur, qu'elle mérite de fixer l'attention des praticiens comme constituant un purgatif agréable, doux, certain, et j'ai cru utile de leur faire connaître mes observations à ce sujet.

On a dit que toutes les huiles provenant des Euphorbiacées avaient un caractère commun, qu'elles étaient purgatives, mais en même temps éméto-cathartiques, et que cette propriété tenait à un principe non encore isolé, le même dans toutes, très-concentré dans l'huile de croton, moins dans le médicinier, l'épurge, l'anda, et très-considérablement atténué dans l'huile de ricin. On sait aussi par MM. Mialhe et Soubeiran que dans le ricin il existe ailleurs que dans l'huile, *dans le tourteau*, un principe éméto-cathartique d'une effrayante activité qui ne le cède en rien au principe analogue contenu dans le croton. Ce principe si actif n'a pu être isolé jusqu'ici, et MM. Bussy, Lecanu, Félix Boudet, Bouis, dans leurs travaux sur l'analyse du ricin ou de son huile, le reconnaissent.

Le principe éméto-cathartique qu'on rencontre dans les espèces ci-dessus et dans les graines du sablier ou *hura crepitans*, manque tout à fait dans les semences d'*omphalea triandra*, dont l'amande est, suivant M. Lindley, la meilleure et la plus saine de toutes les graines oléagineuses.

Dans l'amande de l'*aleurites triloba*, ou noix de Bancoul, ce principe n'est pas éméto-cathartique, il est purgatif seulement. Jamais les amandes d'aleurites ne provoquent le vomissement lorsqu'on les mange, et jamais l'huile purgative qu'on en extrait en abondance (60 p. 0/0) n'a produit ce résultat. Elle se rapproche, par son action douce et certaine, de celle du ricin, mais elle lui est supérieure par une fluidité plus grande, par l'absence de toute saveur et de toute odeur; enfin, soit qu'on l'émulsionne ou qu'on l'administre à l'état ordinaire d'huile pure, elle ne produit toujours qu'un effet purgatif.

Le bancoulier, très-répandu dans les pays tropicaux, naturalisé aux Antilles et à la Réunion, abonde dans les Moluques et dans les îles de l'Océanie; je l'ai rencontré aux îles Sandwich, Luçon, Tahiti, l'archipel de Cook, la Nouvelle-Calédonie.

J'ai constaté jusqu'à ce jour dans 37 cas la propriété simplement purgative de cette huile à la dose de 30 gr. et plus

Les deux premières expériences sur moi-même ont été concluantes. Première : 30 grammes dans un verre d'eau à minuit; sommeil non interrompu jusqu'à six heures du matin; de six heures à midi, sans nausées ni coliques, cinq selles. — Deuxième : 60 grammes avec du bouillon, à six heures du matin, étant levé et vaquant à mes occupations habituelles dans ma chambre de travail; effet purgatif sans nausées ni coliques à neuf heures du matin; jusqu'à trois heures de l'après-midi, huit selles abondantes, colorées, *bilieuses*, demi-fluides; la dose, quoique assez élevée, n'a produit aucune indisposition.

Les autres essais sur différentes personnes ont produit le même résultat : à la dose de 30 grammes seulement, l'effet purgatif a été long à se produire lorsque les personnes gardaient le lit; il a été assez rapide (trois ou quatre heures) chez celles qui prenaient quelque exercice. Dans tous les cas, l'effet purgatif a été constant et d'une grande douceur dans son action.

Le tourteau réduit en pâte et administré à un chien assez fort, à la dose de 15 grammes, n'a pas produit d'effet vomitif; le chien a été assez fortement purgé; il est vrai que le tourteau renfermait encore une assez forte proportion d'huile. L'amande pas plus que l'huile n'est donc émétho-cathartique.

Le mode d'action sur l'économie animale me paraît semblable à celui des huiles grasses avec excitation *en plus* de la contractilité dans la couche musculaire de l'intestin; d'où les applications possibles aux affections dites *bilieuses* (embarras gastro-intestinal) jointes à l'inertie de l'intestin. C'est un cholagogue et un cathartique tout ensemble, dont l'action lente et douce se fait successivement sentir sur toute la longueur du tube intestinal.

En résumé, en classant les huiles des Euphorbiacées suivant leur action physiologique, on trouve :

1° Huiles éméto-cathartiques :

croton	1 ou 2 gouttes.
jatropha curcas	8 à 12 gouttes.
euphorbia lathyris	1 à 2 grammes.
anda Gomesii	2 à 3 grammes.
hura crepitans	5 à 10 grammes.
ricin	30 à 60 grammes. (ou moins.)

2° Huile simplement purgative :

aleurites triloba	30 à 60 grammes.

3° Huile inerte :

omphalea triandra, d'après M. Lindley.

4° Indéterminées :

elæococca verrucosa?

stillingia sebifera? etc., etc.

Malgré notre richesse en purgatifs, l'huile d'aleurites paraît répondre à certains besoins de la thérapeutique, puisqu'elle est purgative sans être émétique, et bien plus active que les huiles grasses simples, qui exigent de 80 à 200 grammes pour déterminer un effet laxatif infidèle. Les purgatifs dits émollients fatiguent l'estomac et enlèvent l'appétit. L'action des sels neutres est trop rapide, trop spéciale, l'action cholagogue n'est pas produite avec eux. Les cathartiques causent souvent des coliques douloureuses. Les drastiques, si utiles dans certains cas, ne doivent être employés qu'avec réserve, etc., etc. Les beaux travaux de nos maîtres, Bouchardat, Mialhe, Requin, sur le choix et l'action des purgatifs, nous indiquent des lacunes. L'huile d'aleurites doit en combler quelques-unes. (Comm. MM. Trousseau, Chatin, Guibourt.)

ÉLECTION.

L'Académie procède à la nomination d'un associé libre.

Liste de présentation : en 1re ligne, M. Trébuchet.

en 2e ligne, MM. Baude, François, *ex æquo.*

Au premier tour de scrutin les suffrages sont répartis de la manière suivante :

Nombre des votants 70.	MM. Trébuchet	63 voix.
	Baude	1
	François	1
	Montagne	1
	Billets blancs	4

En conséquence M. Trébuchet est nommé membre associé libre de l'Académie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. Velpeau commence par donner un résumé des divers travaux qu'il a publiés, depuis 1822, sur les questions auxquelles la discussion a touché en élargissant successivement son terrain; il cite à ce sujet divers passages empruntés surtout à sa thèse pour l'agrégation et à un mémoire publié par lui en 1827, dans le 2e volume de la *Revue médicale*. En signalant la plupart des lésions qu'on a depuis généralement rencontrées dans la fièvre des blessés et chez les femmes mortes en couches, les abcès métastatiques qu'il appelait alors tuberculeux, la présence du pus dans les veines enflammées et dans le sang, de détritus putrides dans la cavité de la matrice, il avait surtout pour but de démontrer la pénétration dans le courant circulatoire du pus et de la sanie putride; il faisait dériver de l'altération que subit le sang par ce mélange, les lésions secondaires; et, battant en brèche les doctrines exclusives de Broussais, il cherchait à établir que les maladies étaient plus souvent la suite d'une altération du sang qu'on ne l'admettait alors. Quant à la présence de pus dans le sang, il ne la rapportait pas exclusivement à l'absorption, comme on l'a plus d'une fois soutenu; il admettait la possibilité de la migration de pus sécrété dans l'intérieur des veines; il insistait sur la gravité variable de cette intoxication, et il en trouvait l'explication autant dans la nature particulière du pus que dans la constitution des sujets.

M. Velpeau rappelle ensuite que M. Trousseau, qui avait d'abord nié l'existence de la fièvre puerpérale, en a ensuite doté les hommes et les enfants aussi bien que les femmes; il proteste contre cette généralisation, quoique, dit-il, je sois peut-être le seul qui aie observé une vraie fièvre puerpérale chez l'homme; dans quel cas, en effet, cette dénomination serait-elle plus matériellement vraie, que dans le cas d'un jeune homme qui portait un fœtus dans son sein, et qui mourut de résorption purulente à la suite de l'opération qu'on pourrait appeler césarienne que je pratiquai pour l'en débarrasser?

Après avoir déclaré qu'entre les essentialistes et les localisateurs ou symptomatiques, c'est aux derniers qu'il se rattache, l'orateur poursuit en ces termes :

Malgré les répugnances des symptomatiques, je conserve l'expression de fièvre puerpérale, parce que je n'en vois aucune qui vaille mieux. Celle de typhus puerpéral est impropre; on en a créé une autre à la vérité, mais celle-là, je craindrais que M. Baillarger ne l'appliquât à sa clientèle si je la rappelais.

Les preuves qu'on a invoquées en faveur de l'essentialité ne me paraissent pas concluantes; on les a surtout empruntées à la nature de la cause à laquelle on a cru pouvoir rapporter la fièvre puerpérale (encombrement, contagion, un principe particulier); puis on a insisté sur les cas où l'autopsie n'a révélé aucune lésion locale.

Ce qui prouve que l'encombrement n'a nullement l'importance qu'on lui a attribuée, c'est que la mortalité des femmes en couches n'est en rapport ni avec le nombre des accouchements qui se font dans un hôpital, ni avec la salubrité de ces établissements. En effet, le rapport des décès aux accouchements, d'après les statistiques des essentialistes eux-mêmes, a été :

à l'Hôtel-Dieu de.	1	sur 38
à la Clinique.	1	37
à la Charité.	1	30
à Lariboisière.	1	24
à Beaujon.	1	19 ou 20
à la Maternité.	1	19

Il est bien démontré d'autre part que les statistiques à l'aide des-

quelles MM. Tarnier et Trébuchet ont cru démontrer que le chiffre de la mortalité est beaucoup plus faible en ville que dans les hôpitaux (1 sur 322 dans le douzième arrondissement de Paris ; 4 sur 1,000 pour tout Paris), reposent sur des bases trop incertaines pour qu'on puisse y trouver un argument en faveur de l'influence de l'encombrement.

La campagne serait mieux partagée encore, suivant M. Trousseau; je ne le crois pas. On ne sait pas ce qui s'y passe; les accouchements y sont éparpillés, et rien que pour trouver par an 1 mort sur 322 accouchements (chiffre de M. Tarnier), il faudrait parcourir bien des villages.

M. Dubois a cité d'autres faits qui déposent également contre la doctrine de l'encombrement : mortalité égale dans la Maternité la mieux située de Londres et celle qui l'est le moins, plus forte en ville qu'à l'hôpital, d'après Robert Lee ; considérable dans l'admirable Maternité de Dublin ; effrayante à Brackel, petite ville située sur une montagne (25 accouchements, 13 fièvres puerpérales, 12 morts) ; à Dunkerque et à Eu, d'après M. Leconte. En présence de pareils faits, et en nous rappelant que souvent l'épidémie sévit en ville avant d'envahir les hôpitaux, il faut bien convenir qu'on a eu tort de voir dans l'influence de l'encombrement un argument en faveur de l'essentialité.

La contagion aurait bien besoin, elle aussi, de preuves nouvelles. Parmi les faits qu'on a invoqués, il en est auxquels il est difficile de croire. Voyez celui de Robertson : sur 12 sages-femmes, 11 ne perdent pas une accouchée ; la douzième en voit mourir 20. Croyez-vous qu'elle n'ait eu pendant tout ce temps aucun rapport avec les onze autres? Comprenez-vous un virus qui reste attaché aux mains, malgré les soins de propreté les plus minutieux? On a certainement pris pour des rapports de cause à effet ce qui n'était qu'un jeu du hasard. J'ai vu, en deux ou trois mois, six cas d'étranglement interne chez des personnes qui toutes avaient communiqué entre elles par des tiers ; s'il s'agissait de fièvre puerpérale, quel bel exemple de contagion ! Si elle est contagieuse, elle ne l'est pas essentiellement, elle ne naît pas par contagion. Encore une preuve de l'essentialité qui reste à démontrer.

Quant aux cas où l'autopsie ne révèle pas de lésion locale, ils sont excessivement rares (M. Béhier n'en a vu que 1 sur 85) ; on n'est d'ailleurs jamais sûr de ne pas avoir laissé échapper quelque phlébite, etc. Cet argument n'est donc pas plus solide que les autres.

On insiste encore sur les péritonites qui pendant l'épidémie enlèvent les femmes avant l'accouchement, ou les nouveau-nés. Mais ne voit-on pas des femmes mourir de péritonites survenues à l'époque menstruelle, en dehors de toute influence épidémique? Chez l'enfant, la suppuration ombilicale explique facilement l'apparition d'une phlébite, d'une infection purulente, d'une péritonite. Dans la statistique de M. Trébuchet, nous voyons 551 enfants sur 43,000 succomber ; il n'y a donc là rien de spécial aux hôpitaux réputés infectés, et rien qui parle en faveur de l'essentialité.

Voyons maintenant si les raisons des symptomatiques valent mieux que celles des essentialistes. (Ici l'orateur s'interrompt un instant pour laisser faire le dépouillement, dont le résultat est indiqué plus haut.)

M. PIORRY, profitant de cette interruption, prie M. Velpeau de vouloir bien, avant d'aller plus loin, rétracter la qualification qu'il a attachée à une expression de sa nomenclature.

M. VELPEAU répond que M. Piorry a tort d'en être blessé ; qu'il regrette et rétracte volontiers une plaisanterie sur une opinion dont il se croit d'ailleurs libre d'apprécier la valeur.

Arrivons aux doctrines des symptomatiques, poursuit M. Velpeau.

J'ai, dès le début de mes travaux, insisté sur la fréquence de la phlébite dans la fièvre puerpérale ; j'ai également signalé la lymphe, que M. Cruveilhier a trouvée plus souvent encore que la phlébite. Celle-ci même a paru constante à M. Béhier. Ajoutons-y les inflammations de l'utérus, des tissus voisins, des ovaires, des trompes, des ligaments larges. Cela suffit certes pour expliquer que le péritoine, tiraillé, meurtri, gorgé subitement de sang, s'enflamme.

Mais, dit-on, la péritonite puerpérale ne part pas de là ; elle peut survenir d'emblée. Je réponds que cela arrive en dehors de toute influence spéciale, et que la prédisposition créée par l'accouchement nous en rend facilement compte.

Si la péritonite puerpérale s'accompagne de symptômes d'une gravité toute particulière, c'est qu'elle est le plus souvent compliquée de quelques-unes des phlegmasies que je viens de signaler ; et ce n'est pas tout : souvent le sang est altéré par le mélange du pus. Je l'ai déjà dit, j'ai toujours soutenu que celui-ci peut pénétrer dans le sang par absorption et à la suite d'une phlébite. On a donc eu tort de vouloir mettre mon opinion en opposition avec celle de Dancez, qui admettait comme moi l'infection suite de phlébite, sans croire à l'absorption.

On m'a objecté, depuis, que le pus introduit dans le sang n'est pas un poison, qu'il peut y exister sans produire des accidents. Cela est vrai, et il y a longtemps que je l'ai dit. Mais on a oublié, en citant l'expérience de Gaspard, celle de MM. Castelnau et Ducrest, dans lesquelles nous voyons des injections répétées produire tous les accidents de l'infection purulente, et qui prouvent bien que le pus peut empoisonner le sang.

Quant à l'impossibilité physique de l'absorption du pus, c'est pour moi un argument qui ne prouve rien ; le globule n'est pas tout le pus ; il peut d'ailleurs être déformé, divisé. Dans les adénites non précédées de lymphite et consécutives à une écorchure, il faut bien admettre le transport d'une molécule morbifique. Ce transport est donc possible, et dans les deux cas, la molécule morbifique a dû d'abord pénétrer dans les vaisseaux.

Il y a plus, le pus qui empoisonne le sang peut avoir emprunté des qualités particulières aux conditions dans lesquelles il s'est développé. M. Bonnet a vu le pus d'une plaie revêtir des propriétés toxiques qu ne le cédaient guère en violence à celles de l'acide prussique. S'étonnera-t-on dès lors que parmi les composés qui se forment dans la matrice, comme dans un alambic chauffé, il s'en rencontre qui puissent empoisonner le sang?

L'angioleucite m'a paru produire dans ce liquide une autre altération que la phlébite ; les accidents dans les cas graves, mortels, sont autres ; on ne trouve pas les abcès multiples ; le pus, en traversant les ganglions, paraît avoir été modifié ; mais l'empoisonnement, pour être différent, n'en existe pas moins.

C'est à ces divers empoisonnements que je rapporte les suppurations multiples, souvent énormes, qui leur succèdent, et non au dépôt du pus en nature, comme on l'a dit ; le pus engendre le pus, et il y a bien ici quelque chose qui rappelle la fermentation sur laquelle M. Bouillaud insistait déjà en 1826, et à laquelle les travaux de la chimie moderne, et surtout ceux de M. Liebig, semblent assigner un rôle si important dans les actes organiques. Sous l'influence du levain ou du pus, tout l'individu entre en suppuration, et cela avec des apparences inflammatoires souvent si minimes, que l'hypothèse du dépôt de pus en nature ne nous surprend pas.

A côté de l'absorption du pus, il faut ranger incontestablement celle des matières putrides ; c'est un empoisonnement de plus.

Mais, objecte-t-on, tout cela devrait arriver à toutes les femmes qui accouchent : toutes ont une plaie utérine ; chez toutes, la matrice contient des caillots qui peuvent se décomposer. Cela n'est pas plus de nécessité que l'érysipèle qui complique certaines écorchures, tandis que d'autres restent simples. On ne peut pas d'ailleurs dire qu'il y a absolument, nécessairement plaie utérine. Ainsi que l'a dit avec raison M. Salles-Girons dans la *Revue médicale*, le fruit qui se détache de l'arbre y laisse-t-il une plaie?

Il y a toutefois dans l'utérus une disposition spéciale, une spongiosité qui dispose les sinus à l'absorption et à l'inflammation ; celle-ci peut n'être que consécutive à l'absorption d'un liquide irritant : on trouve parfois les veines remplies, dans l'étendue de quelques centimètres, de la sanie qui est renfermée dans l'utérus, et plus loin seulement de caillots et de pus.

Je ne vois pas dans la fièvre puerpérale une infection purulente, comme l'ont fait MM. Béhier et Dumont-Pallier ; la phlébite n'est pour moi qu'un élément de la maladie ; elle ne la constitue pas. L'infection purulente des blessés survient plus tard et marche plus lentement que la fièvre puerpérale ; celle-ci est beaucoup plus douloureuse. C'est pour moi une péritonite compliquée de phlegmasies multiples, de phlébite, de lymphite, d'empoisonnement du sang, développée chez une femme qui se trouve dans des conditions de prédisposition particulières, retentissant sur tous les viscères abdominaux et sur l'organisme tout entier. Cela suffit certes pour expliquer sa gravité.

Sans la spécificité, a-t-on dit, vous n'expliquerez jamais pourquoi la péritonite puerpérale est plus grave que la péritonite ordinaire, ni pourquoi elle est épidémique. J'accorde volontiers à M. Trousseau que dans beaucoup de maladies, la nature de la cause est plus importante que son intensité, sous le rapport de leur gravité en particulier. Mais la fièvre puerpérale partage ce caractère avec toutes les inflammations. La cause spéciale (je préfère ce mot à celui de spécifique) imprime un caractère spécial à la pneumonie, à la bronchite épidémiques. La péritonite puerpérale, différant de la péritonite simple parce qu'elle est souvent compliquée de diverses phlegmasies des organes pelviens, d'infection, d'empoisonnement, peut encore être modifiée par la cause qui l'a produite, et varier ainsi, comme les érysipèles, d'une épidémie à l'autre, suivant les conditions atmosphériques innombrables dans leurs variétés et souvent insaisissables.

Pour moi, en définitive, la péritonite puerpérale est occasionnée par le voisinage de l'utérus, siége d'altérations diverses, et modifiée par les diverses conditions que j'ai énumérées.

M. Velpeau termine en résumant la médication qui lui a paru la plus efficace contre les phlegmasies puerpérales ; elle consiste à faire des frictions de 20 à 30 grammes d'onguent mercuriel toutes les deux heures, et quand il y a péritonite, de quart d'heure en quart d'heure, à donner en même temps le calomel à l'intérieur ; quelques purgatifs, des bains ; à entretenir autour des malades une température douce et régulière ; enfin, quand la péritonite est générale, à couvrir la plus grande partie du ventre d'un grand vésicatoire. Cette médication, qui est difficile à mettre en exécution dans les hôpitaux, à cause des soins assidus qu'elle exige, mais qu'il recommande à ceux de nos collègues qui pourraient l'employer en ville, lui a donné de beaux succès dans des cas très-graves. Mais, ajoute-t-il, elle est sans effet contre la péritonite avec infection purulente. Ce qu'il nous faudrait ici, c'est le moyen de neutraliser la matière toxique, que ce soit un virus ou autre chose ; et tant qu'on ne l'aura pas trouvé, cette forme de péritonite résistera à tous nos efforts.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE.

Percuteur de M. Heurteloup et scie-pierre de Weiss.

M. le docteur Heurteloup nous prie d'insérer la lettre suivante, qui résout, suivant lui, le débat soulevé au sujet de l'invention du percuteur. Nous désirons que cette communication termine en effet ce débat.

Paris, 15 mai 1858.

Monsieur,

Permettez-moi de mettre sous les yeux de vos lecteurs la définition que donne John Weiss de son *scie-pierre* ; je traduis mot à mot :

Il (l'instrument de John Weiss) est garni d'une scie cachée sous la lame inférieure, laquelle scie, lorsque les lames sont fermées sur la pierre, peut agir dessus en faisant mouvoir un petit manche d'avant en arrière ; alors, en tournant le large manche, la lame inférieure, qui est *formée comme un coin*, forcera elle-même dans la rainure *coupée* par la scie, et infailliblement cassera la pierre. (*Catalogue* de John Weiss).

Il y a donc là séparation de la pierre en deux en la *fendant* après l'avoir *sciée*, et non *écrasement*.

Weiss dit donc *lui-même* qu'il enfonce un *coin*, et que conséquemment il N'ÉCRASE pas.

On n'a donc fait aucun déni de justice à l'auteur du *scie-pierre*, car on ne conteste à personne l'usage de sa *scie* et de son *coin*.

Pour l'exactitude des dessins qui représentent et mon instrument et celui de Weiss, il faut s'en référer aux figures que j'ai publiées dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 17 avril dernier, ou dans le n° du 15 mai de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

J'ai l'honneur, etc. Baron HEURTELOUP, D.-M.-P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société impériale de médecine de Lyon vient de mettre au concours les questions suivantes pour les prix de 1860 :

Première question. Du ramollissement cérébral à forme chronique. — Insister sur le diagnostic et sur l'étiologie de cette maladie. — Rechercher si elle est devenue plus commune dans ces dernières années ; et, en cas de solution affirmative, faire ressortir les conditions qui peuvent expliquer cette circonstance de son histoire. — Etablir ensuite sa nature et son traitement. Prix : 300 fr.

Deuxième question. Apprécier l'influence que les divers changements accomplis dans les vingt dernières années par l'édilité lyonnaise peuvent exercer, pour le présent et pour l'avenir, sur la santé publique.

Le candidat aura à examiner aussi les désiderata qui se rapportent à cette question. Prix : 300 fr.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés dans les formes académiques ordinaires avant le 1er octobre 1859, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général de la Société, rue des Célestins, 5, à Lyon. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La Société médicale allemande de Paris, dans sa séance annuelle, a décerné des médailles d'or à M. Callibureès (d'Athènes), à M. Kussmaul (de Heidelberg), et à M. Erdmann (de Dresde).

Le prix de 300 fr. portera sur la question suivante : « Sur le progrès » que l'ophthalmologie a fait dans tous les pays depuis l'invention de » l'ophthalmoscope. » On peut prendre connaissance des conditions du concours au siége de la Société, rue de l'Ecole-de-Médecine, 24. On peut envoyer les mémoires écrits dans une des cinq ou six langues les plus connues, jusqu'au 31 mars 1859.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garencière, 8.

N° 62. — SAMEDI 29 MAI 1858. (31e ANNÉE.) N° 62. — SAMEDI 29 MAI 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hémiplégie alterne sans lésions de la protubérance annulaire.

Une jeune femme de trente ans, domestique, est entrée le 16 mai à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, salle Saint-Bernard, n° 6, accusant une céphalalgie violente depuis plusieurs jours ; la douleur n'était pas plus spécialement localisée dans un point de la tête que dans un autre. La malade n'avait pas de fièvre ; elle se sentait de l'appétit, et ne présentait aucun autre phénomène morbide que celui dont il vient d'être question. Ses règles étaient arrivées depuis quelques heures, et elle disait éprouver habituellement ; aux époques menstruelles, un mal de tête analogue à celui qu'elle ressentait en ce moment.

Le lendemain matin, à la visite, rien de nouveau n'était survenu dans la situation de la malade ; elle répondait nettement aux questions qui lui étaient adressées, bien qu'avec une certaine paresse intellectuelle et un certain air d'hébétude.

A raison de l'absence de tout symptôme fébrile et du bon état des fonctions en général, on jugea à propos de rester dans l'expectation, lorsque dans la journée se manifestèrent de nouveaux accidents qui, à la visite du soir, éveillèrent l'attention du chef de clinique. En s'approchant de la malade pour lui donner à boire, l'infirmière l'avait trouvée paralysée du côté droit. Le bras et la jambe gauches étaient, en effet, dans la résolution ; toutefois la sensibilité et le mouvement n'étaient pas complètement abolis. Lorsqu'on pinçait ou lorsqu'on chatouillait la peau des membres affectés, la malade les retirait encore, moins facilement, il est vrai, et moins vivement qu'elle ne retirait le bras et la jambe gauches. La tête était inclinée à droite, le visage tourné à gauche ; le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit était contracté, le gauche relâché.

On constatait, en outre, une singulière expression de la face, dont les traits étaient tirés du côté où siégeait l'hémiplégie des membres. Ainsi la bouche paraissait déviée du côté droit, la commissure des lèvres étant plus élevée de ce côté que de l'autre ; la joue gauche était plus flasque que la droite. Mais cette paralysie faciale était évidemment portée à un moindre degré que l'hémiplégie. Toutefois, la malade qui répondait nettement aux questions qu'on lui adressait, disait ne plus voir de l'œil droit, tandis que de l'œil gauche la vue était conservée. Les pupilles étaient également contractées ; le mal de tête était toujours aussi violent ; mais il n'y avait point de fièvre et l'appétit était conservé ; la langue présentait seulement une couche jaunâtre saburrale. Saisissant la seule indication thérapeutique qui se présentait, on prescrivit un vomitif au cas où l'on aurait affaire à des accidents nerveux liés à un état saburral de l'estomac. Quoique ces accidents fussent ici portés à un très-haut degré, on pouvait croire jusqu'à un certain point à l'existence d'une apoplexie gastrique analogue à celles qui ont été signalées par les auteurs.

Cependant, le mardi matin 18, le vomitif ayant provoqué des évacuations par le haut, les accidents de paralysie persistaient et étaient même accrus ; les mouvements étaient plus empêchés et la sensibilité plus obtuse. La paralysie faciale était nettement caractérisée, bien que toujours moins profonde que celle des membres ; la déviation des traits de la face n'était pas portée au degré où on la voit dans les paralysies exclusivement faciales. La malade ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait, mais elle paraissait entendre, et elle était très-éveillée.

Cette persistance de l'intelligence, l'absence de coma, par conséquent l'absence de sterteur (la respiration se faisant au contraire librement) ; enfin, la persistance à un certain degré de la sensibilité et de la motilité dans les membres frappés de paralysie, firent porter par M. Trousseau le diagnostic : ramollissement cérébral. Il ne retrouvait pas là, en effet, cette consonnance parfaite entre l'abolition de la sensibilité, celle de la motilité et des phénomènes intellectuels, consonnance indiquée par Récamier comme l'expression symptomatique d'une hémorrhagie, en opposition avec ce qui a lieu dans le ramollissement, où ces trois manifestations de l'action cérébrale restent indépendantes les unes des autres et ne sont jamais troublées au même degré. Dans ce dernier cas, en effet, la sensibilité et le mouvement sont abolis, l'intelligence restant intacte ou à peu près intacte.

Enfin, prenant en considération l'hémiplégie alterne, c'est-à-dire cette forme de la paralysie qui occupe un côté du corps et le côté opposé de la face, et que M. Gubler a indiquée comme le signe d'une lésion de la protubérance annulaire, on assigna plus spécialement pour siége au ramollissement la partie du cerveau.

La malade succomba le mercredi matin, à quatre heures.

L'autopsie fut faite le jeudi 20 mai. A l'ouverture du crâne, il s'écoula une quantité assez notable de sang noir qui gorgeait les vaisseaux de la pie-mère sur toute la surface des hémisphères. Cette congestion n'était nulle part plus considérable qu'à la base, où l'on trouvait dans l'espace inter-pédonculaire une masse noire, constituée non-seulement par ces vaisseaux gorgés de sang, mais encore par du sang épanché en partie liquide, en partie coagulé, et formant des caillots que l'on retrouvait aussi dans la fente cérébrale de Bichat.

Au point d'émergence, derrière le pont de Varole, les nerfs de la septième paire n'offraient rien de remarquable. Toutefois, le nerf facial *du côté droit* se déchirait plus facilement que celui du côté gauche.

La protubérance annulaire ne présentait aucune lésion tant à sa surface que dans son épaisseur ; bien qu'elle ait été divisée en de nombreux segments, on n'y trouva ni tumeur, ni trace d'hémorrhagie, ni ramollissement.

Indépendamment de cette hémorrhagie méningée, on trouvait à la coupe du cerveau un ramollissement des parties centrales un peu plus prononcé à droite qu'à gauche, où la substance cérébrale des corps calleux, de la voûte à trois piliers, du septième médian, se désagrégeait sous le poids d'un filet d'eau. Il n'y avait d'ailleurs pas d'épanchement dans les ventricules.

— Cette observation mérite que l'on s'y arrête un instant. Le fait même d'une hémorrhagie méningée, d'un ramollissement cérébral survenant à un âge où ces affections sont très-rares, offre déjà de l'intérêt. Mais le fait capital, sur lequel il convient d'insister, est le défaut de rapports spéciaux entre la forme affectée par la paralysie et les lésions trouvées sur le cadavre. Que ce soit, en effet, l'hémorrhagie méningée qui ait déterminé l'hémiplégie et causé la mort, auquel cas il est difficile de se rendre compte de quelle façon une hémorrhagie occupant la base du cerveau, et surtout l'espace interpédonculaire, aurait pu produire une paralysie limitée à un seul côté ; ou bien que ce soit le ramollissement cérébral, il n'en reste pas moins établi, de toutes manières, ceci, que la lésion occupait une partie du cerveau, située en avant de la protubérance annulaire, bien en avant par conséquent des points où se fait la décussation des nerfs de la septième paire.

Ce fait se trouverait donc en contradiction avec ceux qu'a rapportés M. Gubler dans son travail sur l'hémiplégie alterne, et avec celui qu'il a emprunté aux *Bulletins de la Société anatomique*, à propos duquel M. Millard, chargé de faire un rapport, se demandait si ce symptôme (l'hémiplégie alterne) ne pourrait pas devenir un signe précieux des épanchements sanguins du mésocéphale. C'est cette même idée que M. Gubler développait plus tard en cherchant à prouver par l'étude des faits pathologiques la décussation des racines du nerf facial, décussation que l'on est autorisé à admettre par induction, comme le dit M. Gubler, mais que les dissections anatomiques n'ont point encore démontrée d'une façon rigoureuse. MM. Vulpian et Philipeaux, nous ne l'ignorons pas, et bien avant eux M. le professeur Jobert (de Lamballe), qui au mois de janvier 1850 rapportait que dès l'année 1828 il avait suivi les racines du nerf facial jusqu'au-dessous de l'entre-croisement des pyramides, et d'autres anatomistes encore, ont cherché à le démontrer. Mais cette démonstration n'est point évidente pour tous, puisque, de son côté, un anatomiste dont personne ne récusera l'autorité, M. Sappey, n'a jamais pu malgré les dissections les plus minutieuses trouver cet entre-croisement.

A défaut de preuves anatomiques, la pathologie, il est vrai, tend à établir son existence, car on ne saurait expliquer autrement comment il se fait que, dans la majorité des cas, la paralysie faciale siége du même côté que la paralysie du corps. On peut se demander néanmoins si cette décussation des racines du nerf facial est aussi complète qu'on l'a prétendu.

Lorsqu'on voit la paralysie faciale occupant le même côté que l'hémiplégie générale être toujours *moins absolue, moins complète* que la paralysie des membres, suivant l'observation de M. Trousseau, on peut se demander si l'opinion la plus vraie ne serait pas celle de Stilling, lorsqu'il dit que les fibres des nerfs de la septième paire, arrivées à la substance grise, près de la ligne médiane, se recourbent en partie pour se porter vers la région antérieure du pont de Varole, et qu'il existe aussi des fibres commissurales entre les deux nerfs faciaux.

Jamais, en effet, ainsi que l'a fait remarquer M. Trousseau[1], la paralysie faciale n'est aussi absolue, aussi complète dans le ramollissement, dans les hémorrhagies cérébrales, qu'elle l'est dans les cas où le nerf de la septième paire est seul en cause.

« Les individus affectés de paralysie faciale dépendante d'une lésion cérébrale, disait-il à propos d'un fait que nous avons rapporté l'année dernière (n° du 18 juillet 1857), présenteront bien l'impossibilité de souffler, la difficulté de ramener les aliments dans les arcades dentaires ; mais cette difficulté ne sera jamais comparable à celle qu'éprouvent les individus atteints de paralysie de la septième paire. D'un autre côté, on ne voit jamais, chez les hémiplégiques, la paralysie du muscle orbiculaire portée au point où elle existe ordinairement chez les sujets qui ont une paralysie exclusivement faciale. Lorsqu'on commande à un individu atteint d'hémiplégie produite par une hémorrhagie ou par un ramollissement du cerveau, de contracter ses paupières, il peut toujours les contracter un peu, assez du moins pour recouvrir une partie du globe oculaire. Dans la paralysie faciale, au contraire, et c'est là un signe qui manque rarement, l'occlusion des paupières, surtout dans les premiers jours, ne peut jamais s'effectuer complétement. »

Sur l'existence de ce seul fait, on pourra donc, à la rigueur, diagnostiquer une lésion cérébrale, comme le fit M. Trousseau dans le cas précité.

Ainsi les faits pathologiques tendent à démontrer *à priori* l'existence de la décussation des racines du nerf facial ; mais il en ressort aussi la preuve que cette décussation est incomplète, comme l'avait dit Stilling, comme l'ont admis MM. Vulpian et Philipeaux, en disant que les radicules des nerfs faciaux s'entre-croisent en *grande partie* d'un côté à l'autre, et que *probablement* les filaments originels de la septième paire s'enfoncent et se recourbent *en partie* vers le cerveau.

Pour revenir au cas particulier qui nous occupe, toujours à défaut de preuves anatomiques suffisantes, et en présence de faits pathologiques semblables à celui-ci, on peut encore se demander si, pour expliquer ces cas exceptionnels d'hémiplégies alternes, alors surtout que la lésion occupe, comme dans l'espèce, une partie du cerveau située bien au-dessus du point où se fait, suivant les anatomistes, la décussation des nerfs faciaux, il n'y aurait pas lieu d'admettre, pour les nerfs de la septième paire, une disposition, exceptionnelle aussi, analogue à celle que M. Longet a signalée pour l'entre-croisement des colonnes antéro-latérales de la moelle.

« J'ai plusieurs fois, dit-il, eu l'occasion d'examiner des bulbes » et des protubérances dans lesquels l'entre-croisement dont il » s'agit (il entend parler aussi de celui des pyramides) était à » peine appréciable et assurément plus incomplet qu'à l'état normal. De pareilles anomalies, ajoute-t-il, seraient propres à expliquer les observations exceptionnelles de paralysie directe. » (*Anatomie et physiologie du système nerveux*, t. Ier, p. 383.)

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, il nous paraît ressortir du fait que nous avons rapporté, que l'hémiplégie alterne ne saurait être regardée comme un signe *absolu* des lésions de la protubérance annulaire.

Antagonisme de l'opium et du sulfate de quinine.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, et à l'occasion d'une discussion sur un sujet dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, M. Gubler a fait une communication d'un grand intérêt physiologique et thérapeutique sur l'antagonisme de l'opium et du sulfate de quinine.

Une première remarque faite par M. Gubler sur lui-même, pendant une maladie dont il a été récemment atteint, a été le point de départ des idées qu'il a développées devant ses collègues. « Ayant eu l'occasion de prendre du sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes seulement, je m'aperçus, dit-il, que les bourdonnements n'existaient que dans mon oreille gauche, quoique j'aie naturellement l'ouïe également bonne des deux côtés. Cette action exclusive du sulfate de quinine sur un seul organe auditif se reproduisit trois jours de suite, et comme je souffrais en même temps d'une céphalalgie beaucoup plus intense

à droite, où j'ai toujours ma migraine, je pensai que la différence des phénomènes acoustiques tenait à cette cause. Je crus même comprendre que la congestion évidente, dont ce côté de la tête était le siége, neutralisait l'influence du sel quinique dont l'action semblait être par conséquent d'anémier l'encéphale. »

M. Gubler en était là de ses observations sur lui-même, lorsque reprenant son service de l'hôpital Beaujon le 1er novembre dernier, il trouva un homme affecté de rhumatisme articulaire aigu, à qui M. Vulpian, son suppléant, donnait sans succès depuis plusieurs jours des doses considérables d'opium et de sulfate de quinine. Le premier jour M. Gubler maintint simplement la prescription de la veille, c'est-à-dire 0,25 centigrammes d'extrait gommeux thébaïque et 1 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine. Le lendemain, voyant que les phénomènes physiologiques de ce dernier agent étaient absolument nuls et que ceux de l'opium manquaient aussi, M. Gubler se demanda si ces deux principes médicamenteux administrés simultanément ne se neutralisaient pas l'un l'autre, et il éleva la dose du sulfate de quinine en même temps qu'il abaissa celle de l'opium. Il n'y eut encore rien de notable. Enfin il prit le parti de supprimer le narcotique en donnant seulement 1 gramme 50 de sulfate de quinine, et cette fois l'action propre de ce dernier se fit sentir avec une grande intensité. Ce fut à partir de là que le rhumatisme s'amenda d'une manière évidente.

Le fait confirmait donc pleinement ses prévisions.

D'autres faits analogues, que M. Gubler a eu l'occasion de voir depuis, l'ont autorisé à considérer définitivement l'opium comme l'antagoniste ou l'antidote du sulfate de quinine.

Etant connu le mode d'action de l'un, on pourrait donc, d'après notre confrère, arriver à comprendre l'action de l'autre. Mais pour résoudre la question de l'influence du sulfate de quinine dans la production des accidents cérébraux chez les rhumatisants, il importe de connaître autant que possible dans leur nature intime les effets du sel quinique. C'est là l'objet principal des explications dans lesquelles M. Gubler est entré dans la note qu'il a communiquée à la Société, et que nos lecteurs nous sauront gré de reproduire ici :

Prenant l'opium comme terme de comparaison, voici en quels termes M. Gubler en apprécie les effets.

Porté dans la circulation, l'opium détermine une excitation particulière, donne de la plénitude au pouls, élève la température, augmente l'injection des téguments, et pousse à la diaphorèse. Le visage s'enlumine; les yeux deviennent brillants et comme humides, les pupilles punctiformes, la peau s'humecte ou se couvre même d'une abondante sueur. Puis le sommeil s'empare du sujet, ou, suivant la dose, le délire survient, un délire souvent furieux.

Tous ces phénomènes sont des signes de congestion, et l'opium semble produire dans tout l'organisme ce que produit dans le côté correspondant de la face la section du cordon cervical du grand-sympathique.

En partant de cette donnée, on peut établir que l'opium, qui amène la turgescence sanguine dans toute l'économie, produit le sommeil par le même mécanisme. Voici quelques-unes des preuves physiologiques et pathologiques alléguées à l'appui de cette proposition.

En première ligne : rétrécissement de la pupille dans le sommeil spontané comme dans le narcotisme thébaïque; injection des conjonctives, ainsi que des vaisseaux radiés du pourtour de la cornée, de même des joues et des oreilles. On remarque, en outre, que les conditions favorables à la turgescence vasculaire, en général, le sont également à la production du sommeil, et que les circonstances inverses produisent des effets opposés.

La congestion sanguine du sommeil se fait très-vivement sentir sur les maladies inflammatoires des yeux, toujours plus intenses au réveil. Certaines névralgies dentaires reparaissent chaque soir, dès que le sujet repose sur un oreiller et se laisse gagner par le sommeil. C'est la nuit qu'ont souvent lieu les attaques épileptiques, les accès d'asthme, l'incontinence d'urine, les pollutions involontaires, phénomènes dus probablement, comme le priapisme du matin, à la congestion des centres nerveux encéphalo-rachidiens. Les hémorrhagies médicales ou chirurgicales sont aussi très-fréquentes la nuit.

De tous ces rapprochements, M. Gubler conclut que l'état congestif de l'encéphale est la condition anatomique prochaine du sommeil, et que l'opium agit en déterminant cette congestion.

En définitive, l'action de l'opium semble aboutir partout à une hyperémie; il devient probable dès lors que son antagoniste, le sulfate de quinine, agit en sens inverse, c'est-à-dire en anémiant, en décongestionnant.

Les phénomènes de l'intoxication quinique, attribués jusqu'ici à la congestion cérébrale, reconnaîtraient vraisemblablement une toute autre cause. Cette cause serait l'anémie cérébrale, dont les symptômes ordinaires sont les vertiges, la titubation, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles, la surdité. Ce qui le prouve aux yeux de M. Gubler, à part l'action antagoniste de l'opium, c'est que les sujets qui prennent des doses élevées de sulfate de quinine sont particulièrement exposés aux syncopes, et que ce sel enlève le sommeil. Ce qui tend encore à le prouver, ce sont les bons résultats obtenus de l'emploi de ce médicament contre des méningites ou des accidents cérébraux de nature congestive, soit idiopathiques, soit symptomatiques.

En résumé, tandis que l'opium excite à la dépense de forces sous forme d'influx nerveux ou de chaleur mise en liberté, la quinine, au contraire, suivant notre savant confrère, ferait économiser les forces en les accumulant et les condensant dans le système nerveux. Ce serait là le secret de son action tonique ou antiphlogistique, selon les cas.

De ces vues sur l'action différentielle de l'opium et du sulfate de quinine, se déduisent des indications qui conduisent à un usage plus rationnel de ces deux agents dans les diverses affections qui peuvent en réclamer l'emploi. Ainsi, s'agit-il, par exemple, de délire, et en général d'accidents cérébraux? on devrait administrer l'opium si l'on a affaire à de simples troubles nerveux, et le sulfate de quinine, quand ces phénomènes sont symptomatiques d'une congestion active ou d'un travail inflammatoire local, ou bien s'accompagnent de l'éréthisme vasculaire lié à la fièvre.

Voici, du reste, les propositions par lesquelles M. Gubler résume l'ensemble de ces considérations, qui, partant de l'observation clinique, aboutissent, comme on le voit par l'analyse physiologique, à un principe important de thérapeutique :

1° A l'inverse de l'opium, qui exalte les actions organiques (congestion sanguine et caloricité), le sulfate de quinine agit sur le système nerveux en y condensant les forces, de telle sorte qu'il enchaîne les actions organiques, sources de dépenses, et réduit autant que possible l'appel fluxionnaire sanguin dans les parties phlogosées.

2° Ce mode d'action étant admis, on s'explique parfaitement l'innocuité du sulfate de quinine dans les accidents cérébraux du rhumatisme, accidents dont les récentes observations tendent déjà à l'exonérer.

3° Bien plus, l'emploi du sulfate de quinine est indiqué dans toutes les formes inflammatoires du rhumatisme cérébral; l'opium ne convenant que dans les troubles purement nerveux, exempts même de complication fébrile.

4° Le sulfate de quinine et l'opium ayant une action antagoniste, ne doivent pas être administrés simultanément.

5° Ces deux agents peuvent servir d'antidote l'un par rapport à l'autre.

De la valeur du chlorate de potasse dans le traitement des gingivites chroniques, avec ou sans pyorrhée alvéolo-dentaire.

Nous avons fait connaître précédemment, dans la *Revue* du 24 avril dernier, les résultats de l'étude clinique expérimentale à laquelle s'est livré M. le docteur Laborde à l'hôpital de la Charité, sur l'action du chlorate de potasse dans une affection aiguë et spécifique, la stomatite mercurielle. Nous allons compléter et terminer aujourd'hui le compte rendu de ces recherches, en faisant connaître les résultats constatés par notre jeune confrère dans le traitement des gingivites chroniques avec ou sans pyorrhée alvéolo-dentaire.

Dans un premier cas, en même temps que la pyorrhée alvéolo-dentaire, il existait une gingivite paraissant se rattacher à l'influence de la profession du malade, lequel avait longtemps travaillé le cuivre. Le développement de l'affection buccale datait, en effet, surtout de l'époque où il exerçait cette profession, et le malade ajoutait que la plupart des autres ouvriers étaient atteints comme lui. Quoi qu'il en soit, dès le troisième jour de l'usage du chlorate de potasse (5 grammes en gargarisme et 5 grammes à l'intérieur à cause de la coexistence d'une bronchite capillaire), l'écoulement de pus n'existait plus à l'arcade inférieure; un point purulent persistait jusqu'au dixième jour à l'arcade supérieure qui était la plus affectée. Le onzième jour, le tissu gingival avait recouvré son aspect normal.

Dans un second fait où l'affection, il est vrai, était moins intense, les modifications imprimées à l'état des gencives ont été plus rapides. La pyorrhée avait cédé dès le deuxième jour de l'action topique du médicament (tandis que son usage interne, continué pendant quinze jours, n'avait amené aucune modification).

Dans un troisième cas, comme dans le précédent, le chlorate pris à l'intérieur pendant environ vingt jours n'avait amené aucune modification dans l'état des gencives. En moins de six jours du traitement topique, la guérison était complète.

Un quatrième malade, atteint de gingivite chronique avec pyorrhée alvéolo-dentaire, traité par le chlorate de potasse en usage interne (à la dose de 5 grammes), a guéri également, mais en beaucoup plus de temps que les autres. Ce n'est que le septième jour que les premières modifications apparurent, et le vingtième seulement que la guérison fut confirmée; tandis que dans les cas traités par l'application topique, la guérison a été obtenue en moyenne en cinq ou six jours.

Enfin, deux autres sujets traités, l'un par la méthode interne et externe combinées, l'autre par la méthode externe seulement, ont également guéri. Le premier de ces cas était complexe; il y avait en même temps qu'une gingivite chronique, une sialorrhée paraissant déterminée par un abus d'acide acétique en gargarismes; deux états pathologiques qui paraissaient d'ailleurs complétement indépendants l'un de l'autre. La sialorrhée a été guérie par le chlorate à l'intérieur, et la gingivite par l'usage externe du même médicament.

Nous arrivons maintenant aux cas d'insuccès que M. Laborde a réunis dans un second groupe.

Un cas de gingivite chronique sans pyorrhée, améliorée lentement par l'emploi en topique du chlorate de potasse (en plus d'un mois), fait la transition des cas de succès aux cas d'insuccès absolu. Ces derniers sont au nombre de deux, tous les deux relatifs à des gingivites chroniques avec pyorrhée alvéolo-dentaire.

En résumé, on trouve dans le travail de M. Laborde : sur 9 cas de gingivite chronique, dont 8 avec pyorrhée alvéolo-dentaire, 6 guérisons bien confirmées; 2 insuccès; 1 cas (sauf pyorrhée) incomplétement guéri après un long traitement. Dans un seul des cas favorables, le médicament a été administré à l'intérieur, et rien que sous cette forme, à la dose de 5 grammes. Dans les cinq autres cas, le chlorate donné d'abord à l'intérieur (4, 5, 10, 15 grammes) n'a exercé aucune influence sur l'affection. Administré ensuite en gargarisme, aux doses de 5 et 8 grammes, il a constamment amené la guérison dans un terme moyen de quatre à cinq jours.

Presque toujours les premières modifications se sont manifestées dès le deuxième jour, et parmi ces modifications, on a noté seulement le changement de coloration des tissus, la diminution ou la disparition de l'écoulement purulent, la cessation de la douleur.

Dans les cas même rebelles, les modifications relatives à la coloration, au gonflement et à la douleur se sont en tout ou en partie réalisées. La pyorrhée seule a obstinément résisté.

Enfin, le tissu dentaire a constamment et rapidement recouvrt sa blancheur normale.

Tels sont les faits constatés par M. Laborde, et dont il s'est cru autorisé à déduire les conclusions suivantes, sur la valeur desquelles nous appelons le contrôle de l'expérience de nos confrères :

1° Le chlorate de potasse possède une action curative dans la plupart des cas de gingivite chronique avec pyorrhée alvéolo-dentaire;

2° Les cas véritablement accessibles à cette action sont ceux qui se rattachent plus particulièrement à des influences pathogéniques générales ou diathésiques;

3° Les cas rebelles semblent régis par une cause essentiellement locale (affection du tissu dentaire);

4° L'efficacité du chlorate, dans cette affection, parait résider spécialement et presque exclusivement dans son usage topique.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

De la tuberculose entéro-mésentérique (1).

La tuberculose entéro-mésentérique est *latente* au début, et peut rester plus ou moins longtemps *indolente*, ou bien elle est *inflammatoire* et *douloureuse*.

Dans le premier cas, elle ne donne lieu à aucun phénomène appréciable, bien que les lésions tuberculeuses soient déjà très-avancées. C'est une des nombreuses maladies sur lesquelles repose le chapitre que j'ai dû écrire sur les *maladies latentes* dans mon *Traité de pathologie générale*. Vous en verrez de nombreux exemples, et plus d'une fois peut-être vous aurez l'occasion de vérifier l'exactitude de ma proposition, lorsqu'en ouvrant le corps de sujets morts d'accident subit, il se trouvera un grand nombre de tubercules dans le mésentère et dans le péritoine. Morgagni, Bayle et Guersant, ont rapporté des exemples semblables et de nature à établir le fait, s'il n'avait pour appui l'observation de chaque jour. Alors les symptômes de la maladie sont nuls. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, et ce n'est que le hasard ou le passage de cette première période latente à la période douloureuse et inflammatoire qui donne l'éveil sur l'existence de cette forme de la tuberculisation.

Quand la tuberculose entéro-mésentérique est compliquée d'inflammation des intestins ou du péritoine, ce qui arrive très-fréquemment, il se produit des phénomènes variés, tels que troubles des digestions, des évacuations alvines et de la nutrition; troubles de la sensibilité du ventre; changement de forme dans cette partie, phénomènes morbides différents suivant le degré de la tuberculose et selon sa localisation plus étendue dans l'intestin que dans le péritoine, ou dans le péritoine que dans l'intestin.

Il y a au début de la dyspepsie, caractérisée par l'inappétence, des dégoûts, des vomituritions ou des vomissements de glaires, de la constipation, de la diarrhée quelquefois, ou des alternations de constipation et de diarrhée. C'est ce que vous avez vu chez la petite fille couchée au n° 11 de la salle Sainte-Marguerite. Au moment de son entrée, elle avait des vomituritions et de la diarrhée, bientôt suivies d'une intumescence très-marquée du ventre produite par une ascite.

En même temps, on remarque de l'abattement, une certaine mélancolie, de la tristesse et une diminution des forces telle que les enfants n'osent plus se mouvoir pour jouer avec leurs camarades, et qu'ils offrent un calme peu en rapport avec la vivacité de leur jeunesse. La face est pâle, souffreteuse, et les yeux ternes, abattus, expriment, comme chez la jeune fille du n° 21 de la même salle Sainte-Marguerite, un état réel de souffrance intérieure.

Si la maladie dure déjà depuis longtemps, la diarrhée devient plus fréquente, et quelquefois elle s'établit d'une façon définitive.

Elle est formée de matières jaunâtres ou grises liquides, mêlées à des aliments non digérés, ou de matières diffluentes demi-molles de même couleur, quelquefois striées de sang. Cela prouve que des ulcérations tuberculeuses existent dans les intestins, et

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 mai.

que la muqueuse des voies digestives est le siége d'une phlegmasie plus ou moins prononcée. Il y a de la douleur, plutôt obtuse que vive, également forte dans toutes les parties du ventre. Cette partie est gonflée, soit par les gaz inclus dans l'intestin, soit par de l'ascite, soit enfin par les nombreuses tumeurs tuberculeuses des ganglions du mésentère.

Chez l'enfant du nº 11 ce sont des gaz, et sur la petite fille du nº 6 c'est une ascite avec tuberculose des ganglions du mésentère. L'extraction d'un demi-litre de sérum faite par l'ombilic en est la preuve.

Si le ventre tendu résonne partout à l'hypogastre, comme dans les hypocondres et à l'épigastre, c'est que les intestins sont généralement distendus par les gaz, et l'on a affaire à une pneumatose gastro-intestinale. Si, au contraire, il y a une matité fixe à l'hypogastre et dans les flancs, surmontée d'une résonnance épigastrique limitée, et que cette matité change de place avec la résonnance d'après les mouvements de l'enfant, il y a ascite, c'est-à-dire épanchement de sérosité dans le péritoine. En effet, le malade étant couché sur le côté droit, la matité déplacée existe dans la partie déclive du flanc droit et la résonnance dans le flanc gauche, ou bien le malade étant couché sur le côté gauche, il y a une matité dans la partie déclive surmontée d'une résonnance tympanique à la partie supérieure, ce qui prouve que dans la grande cavité du péritoine, un liquide morbide tombe dans les parties basses ou déclives, selon le décubitus, et que le paquet sonore des intestins surnage sur ce liquide de manière à communiquer aux parties les plus élevées du ventre une résonnance particulière.

Ailleurs il y a, outre les gaz et le liquide de l'ascite, des tumeurs énormes dans le mésentère, formées par la dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques. Il en résulte des masses dures, résistantes, appréciables à la région de l'ombilic et devant la colonne vertébrale. Cela est très-rare, et dans le plus grand nombre des cas la tuberculose des ganglions du mésentère ne donne pas lieu à la formation de tumeurs assez volumineuses pour être senties à travers la paroi abdominale. On peut à peine sentir, comme chez la petite fille du nº 6, des inégalités résistantes au-dessous de l'ombilic, mais cela suffit au diagnostic, puisque cet état bosselé n'existe pas ordinairement.

A une époque plus avancée, les phénomènes généraux se prononcent chaque jour davantage. La fièvre, d'abord inappréciable, erratique, venant après le repas ou au moment de la diarrhée, se montre plus forte et plus fréquente; bientôt elle passe à l'état continu et rémittent, et il en résulte un affaiblissement considérable. La maigreur augmente sur tout le corps, et le ventre seul conserve un volume exagéré, qui annonce le siége du mal. Des sueurs nocturnes épuisent l'enfant, qui devient cachectique. Les membres, couverts d'une couche terreuse, noirâtre, deviennent bientôt le siége d'œdème, qui gagne le tronc et forme une anasarque sans albuminerie, qui précède la mort de peu de jours. C'est, comme vous le voyez, un état de consomption provoqué par les tubercules de l'intestin et du mésentère, ou, si vous voulez, comme on l'a très-bien dit, une véritable *phthisie intestinale.*

Les symptômes varient un peu suivant que les tubercules existent en plus grand nombre, soit dans l'intestin et dans le mésentère, soit dans le mésentère.

Quand les tubercules existent en grand nombre dans l'intestin et dans le mésentère, il en résulte des ulcérations intestinales plus ou moins étendues, et alors il y a surtout de la diarrhée, de la douleur et du gonflement au ventre; l'appétit persiste, et cependant la nutrition est incomplète, l'amaigrissement se prononce, et les enfants meurent dans un état de cachexie très-prononcée. S'il y a beaucoup de tubercules dans les ganglions, le ventre est dur, très-volumineux, et il se fait une ascite plus ou moins considérable. Enfin, lorsque les granulations tuberculeuses occupent le péritoine et qu'il n'en existe qu'un très-petit nombre dans l'intestin, il y a quelques vomissements, un peu de diarrhée, et une ascite en rapport avec la vivacité de la phlegmasie péritonéale. C'est ce que vous avez pu voir sur une jeune fille de quatorze ans, qui est sortie de la salle il y a quelques jours.

Dans son développement, la tuberculose entéro-mésentérique est traversée par un certain nombre de complications, qui dépendent soit de la nature première du mal, soit de ses effets matériels ou des lésions anatomiques qu'il a produites. En effet, la tuberculose entéro-mésentérique existe rarement seule, et des affections organiques de même nature, scrofuleuses et tuberculeuses, existent à la peau, sur les paupières, au cou, dans les poumons, etc. Beaucoup d'enfants ont en même temps un commencement d'affection tuberculeuse des poumons, et c'est ce qui existe sur deux des jeunes filles que vous avez sous les yeux. Dans ces cas la lésion est au premier degré, et caractérisée par de la matité au sommet d'un poumon, de l'expiration prolongée et un notable retentissement de la voix. Cette complication éclaire beaucoup la nature du mal, et, en cas de doute, permet d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection des intestins.

Ailleurs, les complications dépendent de l'évolution des tubercules de l'intestin, des ganglions mésentériques et du péritoine. Ainsi l'ulcération des intestins peut amener, ainsi que je l'ai vu l'année dernière, des hémorrhagies intestinales abondantes, ou quelques stries de sang sur les matières stercorales. Des perforations peuvent se produire et faire communiquer l'intestin avec le péritoine, ou deux anses intestinales l'une avec l'autre, après les avoir préalablement soudées au moyen d'une exsudation plastique. Il en résulte souvent une péritonite partielle ou générale, plus ou moins aiguë, qui entraîne quelquefois la fin prématurée des enfants avec tous les symptômes de la péritonite foudroyante, ou qui produit seulement de vives douleurs accompagnées de vomissements opiniâtres.

Quand la péritonite est latente, ce qui arrive très-souvent, il se produit une ascite sans autre symptôme que le développement du ventre, et c'est alors un des symptômes ordinaires de l'affection qui nous occupe.

Une dernière complication de la tuberculose entéro-mésentérique produite par la dyspepsie, la fièvre et l'inanition, c'est l'anémie et l'œdème et l'anasarque ultimes qui précèdent la mort de quelques jours. Dans ces cas, il y a quelquefois de l'albuminurie; mais, le plus ordinairement, cette anasarque est comme toutes celles qui dépendent de l'état cachectique, sans altération de composition des urines.

Le *diagnostic* de la tuberculose entéro-mésentérique est impossible au début de l'affection locale, et il faut qu'elle soit déjà depuis assez longtemps en possession de l'organisme pour qu'on puisse sérieusement songer à en reconnaître l'existence. En effet, comme je l'ai dit, l'affection débute souvent d'une façon *latente*, et plus tard elle commence par des symptômes d'entérite aiguë ou chronique dont la nature est difficile à préciser. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, comme chez les trois enfants qui font l'objet de cette leçon, que l'on peut arriver à un diagnostic précis. Les alternatives de constipation et de diarrhée, l'intumescence du ventre, l'ascite, les bosselures profondes du mésentère, et par-dessus la tuberculisation du poumon ou des autres organes si elle existe, doivent enlever tous les doutes et conduire certainement au diagnostic de la tuberculose entéro-mésentérique.

Il y a plusieurs maladies que l'on pourrait confondre avec la tuberculose entéro-mésentérique : ce sont le rachitisme, l'accumulation de matières dans l'intestin chez des enfants constipés, et l'entérite chronique simple.

Dans le rachitisme, il y a toujours une énorme intumescence du ventre et quelquefois de la diarrhée; mais dans ces cas tous les os sont mous, les fontanelles sont ouvertes, la colonne vertébrale est courbée antérieurement à la région lombaire, et les extrémités spongieuses des os longs sont volumineuses et très-gonflées. Cela suffit pour faire reconnaître la nature du mal.

Quelques enfants constipés ont des matières stercorales endurcies dans l'intestin, ce qui forme des tumeurs dures ou *scybales* que l'on pourrait prendre pour des ganglions mésentériques tuberculeux. Le siége de ces tumeurs permet d'établir leur nature différente. Les ganglions mésentériques tuberculeux sont au milieu du ventre et au-dessous de l'ombilic, tandis que les *scybales* existent surtout dans les flancs, et particulièrement dans l'S iliaque du rectum.

L'entérite chronique simple a les plus grandes ressemblances avec la tuberculose entéro-mésentérique, à cause de l'amaigrissement cachectique et de la diarrhée qu'elle produit. Cependant il y a cette différence qu'elle ne dure pas aussi longtemps, qu'elle peut guérir, qu'elle ne produit pas une aussi grande intumescence du ventre, et enfin qu'on n'y rencontre jamais de tumeurs mésentériques.

Le *pronostic* de la tuberculose entéro-mésentérique est fort grave. C'est une affection presque toujours incurable, et à laquelle on ne peut guère appliquer que des moyens palliatifs. Si les tubercules sont en petit nombre et occasionnent peu de désordres locaux, on peut espérer les voir guérir, soit par l'élimination dans l'intestin, soit par la pétrification, mais cela est très-rare et il n'y a pas à y compter. Ordinairement, l'évolution des tubercules de l'intestin, du mésentère et du péritoine entraîne des accidents inflammatoires plus ou moins graves, d'où résultent la consomption et la mort.

Malgré la gravité du pronostic, il ne faut pas abandonner la tuberculose entéro-mésentérique à sa marche naturelle et en quelque sorte fatale. S'il y a peu de chose à faire lorsque l'affection est très-étendue et a produit de grands désordres dans les tissus, il n'en est pas de même à son début, lorsque l'on peut croire assister à la naissance du mal. Un traitement bien dirigé peut alors arrêter la marche des accidents et suspendre le développement des tubercules.

Les enfants doivent être mis au régime le plus sévère; des bouillons, du lait, des œufs à peine cuits, des purées de légumes, de viandes et de poissons, des compotes et des fruits bien cuits. On leur fera prendre en même temps de l'eau rougie avec du vin de Bordeaux.

S'il y a de la constipation, il faut donner du bouillon de veau, et de l'eau albumineuse, au contraire, s'il existe de la diarrhée. A ces tisanes, vous pourrez joindre de l'eau de gomme, de l'eau de gruau, de semences de coings, etc., etc.

La décoction blanche de Sydenham et les potions laudanisées rendent quelquefois des services; mais les substances que je vous conseille d'employer à l'intérieur sont le sous-nitrate de bismuth à haute dose, 4, 6 et 10 grammes par jour; le phosphate de chaux à des doses semblables et la glycérine pure à la dose de 15 à 30 grammes. De ces médicaments, le sous-nitrate de bismuth est certainement le plus utile; je l'ai vu arrêter la diarrhée et faire rendre des selles parfaitement moulées, deux jours avant la mort d'un enfant qui avait les intestins remplis d'ulcérations tuberculeuses. Des lavements laudanisés ou des lavements de borate de soude et de sous-nitrate de bismuth, des lavements de tannin et de nitrate d'argent pourront encore être employés avec avantage.

A l'extérieur vous pouvez employer les bains salés, les bains sulfureux et surtout les bains iodés ou bromurés, qui m'ont souvent paru avoir de réels avantages. Ce que vous me verrez employer dans les cas les plus simples ce sont : les frictions sur le ventre avec la pommade au calomel, avec la pommade à l'iodure de plomb et avec la pommade à l'iodure potassique; les applications de teinture d'iode faites avec précaution pour ne pas ulcérer la peau, les vésicatoires volants promenés sur l'abdomen, ou bien de petits cautères et de petits moxas faits avec la pâte de Vienne ou avec de l'amadou enflammée.

S'il y a peu de tubercules, ces moyens pourront arrêter la phlegmasie de l'intestin ou du péritoine, et peut-être pourrez-vous ainsi suspendre momentanément la marche des accidents morbides. En cas d'ascite, il n'y a pas à hésiter, la ponction de l'abdomen devra être faite au lieu d'élection. Bien que ce ne soit qu'un moyen palliatif, il soulage beaucoup les malades, et le médecin ne doit pas leur refuser ce triste et dernier secours.

ASTHME NERVEUX.

Appareil très-simple pour faire les fumigations pendant l'accès.

Lorsque l'accès d'asthme est tellement intense que le malade est dans l'impossibilité de faire lui-même les fumigations de datura, on peut, dit M. Valérius (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*), confier le soin de fumer à un aide. Celui-ci doit lancer chaque bouffée de fumée au moment de l'inspiration du malade. On est averti de l'entrée de la fumée par une petite toux sèche, de peu de durée, à laquelle succède une rémission plus ou moins prolongée et même la fin de l'accès. L'aide se servira tout bonnement d'une pipe d'Allemagne munie de son tuyau, et dans laquelle on introduit les feuilles. Après avoir allumé celles-ci, on ferme l'ouverture de la pipe avec un bouchon de liége percé à son centre d'un trou qui reçoit à frottement dur un tube de cuivre ou de tout autre métal. Sur l'extrémité libre de ce tuyau est fixé, à l'aide d'un fil, un tube de gutta-percha, terminé par une embouchure. En soufflant par cette ouverture l'air arrive sur les feuilles de datura, les brûle, et la fumée s'échappe par le tuyau de la pipe, qu'on approche à distance voulue de la figure du malade, pour lui lancer, à chaque inspiration, une bouffée.

CHLORURE DE CHAUX.

Le chlorure de chaux, généralement employé comme désinfectant, outre son prix, a l'inconvénient de s'épuiser assez rapidement. M. Lambossy lui substitue la préparation suivante, aussi simple que peu coûteuse :

Sel de cuisine.	2	cuillerées à soupe.
Minium.	2	— à café.
Acide sulfurique du commerce. . . .	1	verre à liqueur.
Eau froide.	1	litre.

Mêler le minium avec le sel de cuisine, et introduire le tout dans une bouteille remplie d'eau; ajouter ensuite petit à petit l'acide sulfurique et agiter à plusieurs reprises. La réaction commence aussitôt et se complète en quelques minutes. Il se forme du sulfate de plomb, qui se précipite, du sulfate de soude et du chlore, qui reste dissous dans l'eau. Ce dernier, qui donne au liquide une couleur jaune, se dégage dès qu'on ouvre la bouteille. Pour produire un dégagement rapide, on verse le liquide dans des assiettes plates, afin d'offrir une large surface à l'évaporation.

(*Bull. de thér.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mai 1858. — Présidence de M. Bouvier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Ponction vésicale. — M. GIRALDÈS, à l'occasion du procès-verbal, donne des détails plus précis sur les résultats de la ponction vésicale. Il cite d'abord le relevé des faits de ponction recto-vésicale publiés par M. Cock, de Londres, dans le XXXVe volume de *Medico-chirurgical Transactions*. Le mémoire de M. Cock repose sur 40 observations, dont 22 appartiennent à M. Cock lui même, 8 à M. Poland, 8 à M. Hilton, et 2 à d'autres chirurgiens. L'ouverture de la ponction recto-vésicale n'est pas restée fistuleuse une seule fois; six malades ont succombé, mais la ponction paraît avoir été étrangère à ce résultat, la mort ayant été la conséquence des infiltrations urineuses qui existaient avant l'opération. Mondières a publié, dans le numéro d'avril 1841 de la *Revue médicale*, une autre statistique comprenant 92 cas de ponction vésicale pratiquée soit par le rectum, soit par la région hypogastrique, soit à travers le périnée.

Voici le relevé de ces observations :

Ponction périnéale.

9 cas : succès.	6
Fistule persistante.	1
Hémorrhagie..	1
Mort..	1
	9

Ponction recto-vésicale.

28 cas : succès.	19
Fistules persistantes.	3
Infiltrations urineuses..	3
Abcès...	1
Morts.	2
	28

Ponction sus-pubienne.

55 cas : succès.	49
Fistules.	0
Infiltrations.	0
Morts.	6
	55

D'après cette dernière statistique, ce serait la ponction sus-pubienne qui aurait fourni la plus forte proportion de morts.

M. ROBERT pense que les faits dont M. Giraldès vient de présenter la statistique ne sont pas favorables à la ponction recto-vésicale. Il est frappé surtout de la fréquence des fistules persistantes, cet accident s'étant produit trois fois sur les 28 cas rassemblés par Mondières. Il ajoute que dans beaucoup de cas cette opération ne peut être pratiquée d'une manière méthodique. Chez les vieillards, la prostate est souvent très-volumineuse, et le doigt introduit dans le rectum ne peut en atteindre les limites supérieures. On ne peut donc diriger le trocart avec précision. On pique pour ainsi dire au hasard, en s'exposant à blesser les vésicules séminales, ou à pénétrer dans le péritoine, ou à traverser la prostate. Ce dernier accident serait moins grave que les autres; mais il est fâcheux, lorsqu'on entreprend une opération, de ne pas savoir comment on l'exécutera.

M. DEMARQUAY a pratiqué trois fois la ponction sus-pubienne pour des rétentions d'urine produites par des tumeurs de la prostate. Les trois malades sont morts d'infiltration urineuse sous-péritonéale. Un autre malade, chez lequel la rétention d'urine dépendait d'un rétrécissement urétral, a été plus heureux ; il a survécu, et M. Demarquay a réussi à franchir enfin le rétrécissement.

M. GIRALDÈS répond à M. Robert qu'il n'a pas eu l'intention de faire l'apologie de la ponction recto-vésicale. Il n'a été conduit à parler de cette opération que pour prouver à M. Huguier que dans la rétention d'urine la vessie conserve ses rapports avec le rectum. Il fait remarquer toutefois que quelques-unes des objections de M. Robert sont purement théoriques, puisque sur les 40 cas de M. Cock le péritoine n'a pas été atteint une seule fois. Les six malades qui ont succombé ont été ouverts, et on a reconnu que le péritoine était intact. Une seule fois on a trouvé que la prostate avait été traversée par le trocart, et il n'en était résulté aucun accident particulier.

LECTURE.

Sur la guérison des abcès par résorption. — M. CHASSAIGNAC lit un mémoire sur ce sujet, et, après avoir insisté sur la grande rareté des cas où l'on est porté à croire que les abcès disparaissent par résorption, il se demande si les tumeurs qui guérissent ainsi sans ouverture sont réellement des abcès. Il pense que personne n'en a fourni la preuve. Des collections de liquides non purulents, ou de lymphe plastique pure et simple, peuvent présenter de la fluctuation et être prises pour des abcès. C'est ainsi que M. Chassaignac se rend compte des cas où des collections fluctuantes entrent en résolution. On objecte que certaines collections qui finissent par s'ouvrir et par verser du pus à l'extérieur, ont présenté dans leur volume des oscillations plus ou moins considérables; mais ces diminutions passagères sont dues à la résorption du sérum, et non à la résorption des globules. Les globules, d'ailleurs, étant des corps solides, ne peuvent pas être absorbés. Suivant M. Chassaignac, si la résorption du pus était possible, le chirurgien devrait faire tous ses efforts pour s'y opposer, puisque l'introduction du pus dans le sang produit les accidents formidables de l'infection purulente. Ces accidents ne s'étant pas montrés dans les cas où l'on a pu croire qu'un abcès s'était résorbé, M. Chassaignac en conclut que les collections n'étaient pas purulentes.

M. RICHARD pense que l'opinion de M. Chassaignac repose sur une idée préconçue entièrement fausse. Les particules solides, en effet, ne sont pas inabsorbables ; elles se liquéfient préalablement, et sont ensuite emportées par la circulation. Ce phénomène se produit incessamment dans le travail de la nutrition. La résolution des tumeurs solides, celle des foyers sanguins, s'effectuent par un mécanisme analogue. Il n'y a donc pas de raison pour que les foyers purulents ne puissent pas se résorber aussi.

L'expérience confirme cette donnée théorique. Il n'est pas rare de voir guérir sans ouverture les petits abcès tubéreux de l'aisselle et de l'aréole mammaire, chez des personnes qui ont eu à la même époque, et dans la même région, des abcès bien caractérisés, dont le contenu purulent a été évacué à l'extérieur. M. Richard a vu ainsi sur lui-même de petits abcès tubéreux de l'aisselle disparaître par voie de résorption.

Dans certaines maladies, dans le farcin chronique, par exemple, on voit souvent des abcès gros comme des œufs de pigeon se résoudre entièrement en moins de vingt-quatre heures. Les gommes syphilitiques ramollies, qui ne sont pas de véritables collections purulentes, mais qui ont beaucoup d'analogie avec les abcès, se dissipent très-souvent à la faveur d'un traitement interne par l'iodure de potassium. Il n'est pas très-rare de voir, à la suite d'une ponction, des abcès chauds ou froids guérir par réunion immédiate. Il est certain cependant que la ponction n'a pas évacué tous les globules de pus; il faut donc que les globules non évacués aient été résorbés. Enfin les cas d'abcès par congestion, guéris sans ouverture, sont parfaitement authentiques et ne sont même pas fort rares. Les observations rapportées dans le travail de M. Bouvier ne laissent à cet égard aucun doute.

M. HUGUIER repousse entièrement l'opinion de M. Chassaignac. Il n'est personne qui n'ait vu des abcès disparaître spontanément. Cela n'est pas rare dans les bubons inguinaux. Cette heureuse terminaison toutefois n'est pas assez fréquente pour que les chirurgiens doivent chercher systématiquement à éviter l'ouverture des abcès, parce que, en vue d'une éventualité douteuse, on s'exposerait à divers accidents qu'il vaut mieux éviter en évacuant le pus. M. Chassaignac objecte que, lorsqu'un abcès se résorbe, on n'a pas la preuve matérielle que ce soit un abcès purulent. Sans doute le pus n'est pas, comme les corps métalliques, susceptible d'être retrouvé dans les excrétions par l'analyse chimique; mais la chimie ne retrouve pas davantage le principe de la rage, ni celui de la syphilis, dont l'existence cependant n'est pas douteuse. Le diagnostic des abcès est suffisamment positif dans beaucoup de cas pour qu'on soit en droit d'admettre l'existence du pus aussi certainement que si on l'avait vu.

M. VERNEUIL reproduit une observation qu'il a déjà mentionnée dans la discussion sur les injections iodées. C'est celle d'une petite fille qu'il a traitée à l'hôpital des Enfants pour une tumeur fluctuante, grosse comme le poing, et située au milieu de la cuisse. Cette collection était bien positivement purulente. Elle a disparu en trois semaines par suite d'applications locales de teinture d'iode sur la peau.

Dernièrement M. Verneuil a traité à l'Hôtel-Dieu une femme qui présentait quatre abcès de l'aisselle. Deux de ces abcès furent ouverts, ils renfermaient du pus. La malade, fort pusillanime, refusa de laisser ouvrir les deux autres, qui fluctuaient aussi manifestement que les premiers, et qui se résorbèrent spontanément. Les épanchements purulents des séreuses et des articulations se dissipent fréquemment sous l'influence des vésicatoires volants. La résorption des globules de pus ne peut donc pas être mise en doute. M. Verneuil ajoute d'ailleurs que l'exemple des gommes syphilitiques invoqué par M. Richard n'est pas concluant, attendu que ces gommes renferment des corpuscules qui n'ont avec le pus aucune ressemblance.

M. MOREL-LAVALLÉE est en mesure de fournir la preuve matérielle que demande M. Chassaignac. Il a eu l'occasion de traiter à la Charité une série d'hygromas aigus. Plusieurs de ces tumeurs ayant guéri sans ouverture par l'application de vésicatoires volants, M. Morel-Lavallée voulut s'assurer que c'était bien du pus qui disparaissait ainsi par résorption.

Il fit donc sur un nouveau malade, atteint d'hygroma aigu prérotulien, une ponction exploratrice; il retira seulement quelques gouttes d'un liquide opaque, dont la nature purulente fut constatée par l'analyse chimique. Il laissa le reste de la collection dans le foyer, et fit appliquer des vésicatoires volants. La guérison fut ainsi obtenue sans nouvelle ouverture. La résolution fut complète; les parties revinrent tout à fait à l'état normal. Il ne resta aucune induration, aucun engorgement; on n'avait donc pas la ressource de dire que les globules avaient échappé à la résorption et avaient persisté à l'état de masse solide. Au surplus, quand même il resterait à la place du foyer un petit noyau solide inappréciable, le clinicien aurait toujours le droit de dire qu'il a vu un abcès guérir sans ouverture; c'est là le point essentiel. M. Chassaignac pense que si le pus se résorbait, il donnerait lieu à des accidents d'infection purulente. Mais ces accidents ne se montrent que lorsque les globules de pus sont introduits dans le sang à l'état de globules, et dans la résorption des abcès les globules commencent par se dissoudre avant de se laisser absorber.

M. DEGUISE se prononce également contre l'opinion de M. Chassaignac. Il a vu plusieurs fois des abcès disparaître par résorption. Il trouve que M. Chassaignac, dans son argumentation, n'a pas toujours montré la même sévérité. Lorsqu'on lui cite un cas de résorption d'abcès, il demande la preuve matérielle, physique de l'existence du pus dans la tumeur qui a guéri, et comme cette preuve absolue ne peut être donnée, puisque personne n'a vu le pus, il prétend que la nature purulente de la collection n'a pas été démontrée. Mais il est beaucoup plus indulgent pour les explications qu'il donne lui-même. Ainsi, lorsqu'un abcès présente des oscillations de volume, M. Chassaignac avance que la diminution temporaire ou définitive de la tumeur est due à la résorption de la sérosité, et que les globules ne sont pas absorbés. M. Deguise se croit en droit de demander à son tour la preuve physique de cette assertion.

M. CHASSAIGNAC répond à M. Richard qu'il a été conduit à son opinion par l'observation et non par la théorie. Il a d'abord constaté que les abcès bien caractérisés ne se résorbaient pas; il a cherché l'explication de ce fait, et c'est alors seulement qu'il a eu recours à des arguments physiologiques. Quoique la résorption des abcès soit mentionnée par beaucoup d'auteurs, les observations en sont très-rares, et elles ne sont pas accompagnées de preuves suffisantes. La fluctuation et les autres symptômes que l'on a constatés ne sont pas des preuves rigoureuses. Chez un malade atteint d'angioleucite, M. Chassaignac a ouvert deux collections tout à fait semblables entre elles, et qu'il croyait purulentes toutes deux. Dans l'une il a trouvé du pus, dans l'autre seulement de la lymphe plastique. Il a vu également des bubons inguinaux qu'il a ouverts, et d'où il n'a retiré que de la lymphe plastique. Les cas cités par M. Huguier rentraient peut-être dans cette catégorie. D'ailleurs, il ne faut pas croire que tous les abcès inguinaux qui ont guéri par les vésicatoires soient réellement résorbés. Lorsqu'on applique des vésicatoires au sublimé corrosif, on produit fréquemment sur la peau amincie de petits trous capillaires presque invisibles, à travers lesquels le pus s'écoule, et on confond aisément cet écoulement avec la suppuration du vésicatoire. M. Chassaignac ajoute que parmi les faits qui lui ont été opposés, il n'y en a qu'un seul qui ait une valeur démonstrative; c'est celui de M. Morel-Lavallée; mais ce fait est unique jusqu'ici, et M. Chassaignac, avant de renoncer à son opinion, attendra qu'on lui en cite un plus grand nombre.

M. BROCA voudrait savoir ce que M. Chassaignac désigne sous le nom de collections de lymphe plastique. Si ce sont les amas de matière jaunâtre, concrète, à demi-solide, qu'on trouve au centre des ganglions inguinaux dans les bubons commençants, M. Broca s'est assuré que cette substance, qui effectivement est susceptible de se résorber, renferme une énorme quantité de globules de pus. Il craint donc que la distinction établie par M. Chassaignac entre les collections de pus et les collections de lymphe plastique ne soit tout à fait illusoire.

M. CULLERIER affirme que depuis qu'il traite les bubons par la méthode de M. Sirus Pirondi, c'est-à-dire par les vésicatoires suivis d'applications de teinture d'iode, il obtient la résorption du pus et la guérison sans ouverture dans les neuf dixièmes des cas. Le vésicatoire ne réussit pas constamment, mais même dans les cas où il paraît avoir échoué, il exerce quelquefois une influence manifeste sur la résorption des globules de pus; en effet, lorsqu'on vient à ouvrir la collection, on en retire non pas du pus ordinaire, mais un pus modifié, et renfermant une très-grande quantité de sérosité.

M. CHASSAIGNAC se sent ébranlé par les faits nombreux de M. Cullerier. Il est donc disposé à admettre que des collections purulentes inguinales peuvent se résorber, mais il maintient que cette heureuse terminaison ne s'observe pas dans les autres régions. Il y a peut-être là quelque condition particulière, comme dans le cas d'onyx et d'hypopion. Il est bien certain en effet que le pus de la chambre antérieure de l'œil peut se résorber, puisqu'on le voit diminuer chaque jour et disparaître entièrement; mais c'est peut-être parce que l'humeur aqueuse a la propriété de dissoudre à la longue les globules purulents.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur myéloïde de la mâchoire inférieure. — M. VERNEUIL présente une tumeur de la mâchoire inférieure, qu'il a enlevée récemment à l'Hôtel-Dieu sur une femme de trente-deux ans, paraissant d'ailleurs de la plus belle santé. Cette tumeur avait débuté sur le bord supérieur de la moitié droite du maxillaire inférieur, et après avoir fait tomber quelques dents, elle faisait saillie au-dessus du niveau des gencives. Un médecin excisa la partie la plus saillante de cette tumeur, qui continua à s'accroître après cette opération partielle. M. Verneuil a cru devoir pratiquer une opération plus radicale, et il a enlevé complétement le côté gauche du maxillaire, depuis la canine gauche jusqu'au condyle inclusivement. La tumeur, parfaitement limitée au squelette, présente un volume supérieur à celui d'un œuf de poule. Elle s'étend en avant jusqu'au niveau de la canine; en arrière, jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire. En bas, elle se confond avec le corps du maxillaire; en haut et en arrière, elle s'élève notablement au-dessus de la surface de l'os, en soulevant et distendant la gencive, qui ne lui adhère pas et qui lui forme une enveloppe mince et lisse. Cette tumeur est extrêmement dure. Un trait de scie vertical pratiqué suivant l'axe de l'os permet d'en étudier les rapports et la structure. Elle se compose de deux parties; la première, centrale, osseuse, presque éburnée, d'une dureté bien supérieure à celle du tissu compacte ordinaire, et continue sans interruption avec le tissu propre du maxillaire, qui est éburné aussi; la seconde, corticale, très-dense et très-ferme, et présentant la consistance des tumeurs fibreuses, quoiqu'on n'y aperçoive point de fibres distinctes, soit à l'œil nu, soit au microscope. La partie osseuse est disposée sous forme de masses irrégulières, de végétations inégales, anfractueuses, dont les intervalles sont occupés par des prolongements de la substance corticale. Celle-ci possède une vascularité assez prononcée ; sa couleur est d'un gris rougeâtre. L'examen microscopique prouve qu'elle se compose exclusivement de *plaques à noyaux multiples*, élément homœomorphe, qu'on trouve à l'état normal dans la cavité médullaire des os longs, surtout chez les très-jeunes enfants.

Ces tumeurs ont, d'après cela, été désignées sous le nom de tumeurs myéloïdes. Elles se développent habituellement dans les os, et les mâchoires en sont le siége de prédilection. Elles sont ordinairement bénignes ; quelques faits cependant tendent à prouver qu'elles peuvent, par exception, affecter une marche maligne.

M. Verneuil donne en terminant quelques renseignements sur le procédé opératoire qu'il a suivi. Il a pratiqué sur la joue l'incision légèrement curviligne du procédé de M. Huguier. Après avoir disséqué le corps du maxillaire et dégagé la tumeur, il a scié l'os en avant de la dent canine ; puis, ayant coupé avec le bistouri les attaches du ptérygoïdien interne, et avec les ciseaux courbes celles du muscle temporal, il a terminé l'opération en arrachant l'os dans son articulation condylienne, suivant le procédé adopté par M. Maisonneuve.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, P. BROCA.

Il y a quinze jours, nous avons invoqué les généreuses sympathies de nos lecteurs en faveur de deux confrères bien dignes d'intérêt. Jusqu'à présent notre appel a été malheureusement peu entendu, et nous n'avons encore à enregistrer ici qu'une bien faible somme. Espérons qu'aujourd'hui notre voix sera mieux écoutée, et que de nouvelles sommes, si minimes qu'elles soient, viendront bientôt s'ajouter à cette trop courte liste :

MM. Teullières, à Auvillars.	5 fr.
Anonyme.	5
Anonyme.	5
La *Gazette des Hôpitaux*.	20
Total.	35 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 mai, M. Denonvilliers, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, a été, jusqu'à nouvel ordre, vu l'état de santé de M. l'inspecteur général Bérard, délégué pour l'inspection générale de l'ordre de la médecine.

— M. A. Devergie commencera sa clinique sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 4 juin, et la continuera les vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau, mardi 1er juin, à sa clinique de la rue Larrey, 8, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à onze heures précises du matin. (Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Cause de la rage et moyen d'en préserver l'humanité, par MM. les docteurs BACHELET et FROUSSART. In-8°. Prix: 3 fr., franc de port. — A la librairie de L. Leclerc, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14, où l'on trouve tous les livres de médecine ancienne et moderne.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 63. — MARDI 1er JUIN 1858. (31e ANNÉE.) N° 63. — MARDI 1er JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 MAI 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une lettre écrite de l'Afrique australe par l'un de nos savants voyageurs, M. Ludovic de Castelnau, révèle, à propos d'un fait de zoologie, un curieux exemple de grands effets produits par de petites causes. Comme le sujet dont il s'agit, intéressant d'ailleurs par lui-même, touche à un point de pathogénie tout nouveau, nos lecteurs nous permettront cette petite excursion hors de notre domaine habituel.

« Au point où sont parvenus les explorateurs de cette partie du continent, dit M. de Castelnau, leurs travaux ne sont pas arrêtés par un climat dévorant, par des peuples hostiles, par les terribles animaux du désert; non, leurs efforts viennent se briser devant une mouche à peine plus grande que celle qui habite nos maisons. » La tsétsé, *glossina morsitans* (c'est le nom de cette mouche), ne produit pas d'effets fâcheux sur l'homme, mais elle en cause de terribles sur les animaux domestiques. M. Green, lors de son voyage au nord du grand lac N'gami, dit notre narrateur, perdit en peu de temps ses animaux de somme et de trait, et se vit obligé à abandonner son plan... Il y a quelque temps, des Griquas ayant avec eux huit wagons essayèrent de traverser le pays qu'habite cet insecte au nord-ouest de la république du Trans-Vaal, ils perdirent tous leurs animaux, furent forcés d'abandonner leurs wagons et de revenir à pied...

Le cheval, le bœuf, le chien, tous meurent après avoir été piqués; ceux qui sont gras et en bon état périssent presque aussitôt, et les autres traînent pendant quelques semaines leur vie, qui s'éteint à vue d'œil; trois ou quatre de ces mouches suffisent pour produire ces résultats. La chèvre est le seul animal domestique qui puisse impunément vivre au milieu de ces diptères venimeux; les chiens échappent au danger lorsqu'on les nourrit exclusivement de gibier; mais si ces animaux ont été nourris avec du lait, ils succomberont infailliblement, tandis que le veau, autant qu'il tettera encore, n'aura rien à craindre, lors même que tout autour de lui des troupeaux entiers, formés d'animaux adultes de son espèce, seraient anéantis... D'un autre côté, l'éléphant, le zèbre, le buffle et toutes les espèces de gazelles et d'antilopes, abondent dans les contrées habitées par la tsétsé, sans paraître en ressentir aucun mal.

La tsétsé attaque le plus habituellement l'entre-deux des cuisses et le ventre des animaux. Sur l'homme, l'effet de sa piqûre a assez d'analogie avec celle des cousins, mais la douleur est moins persistante que celle produite par ce dernier. L'animal attaqué pâlit pendant quelque temps avant de succomber, et si l'on se trouve près d'un bœuf qui a été piqué, on entend pendant qu'il mange un bruit sourd et prolongé sortant de l'intérieur de l'animal. Si on en fait l'autopsie après sa mort, on remarque que la graisse a fait place à une matière jaunâtre, molle et visqueuse, et que le plus souvent quelque partie de ses intestins est enflée énormément; la chair se putréfie en moitié moins de temps que la viande ordinaire...

Que de problèmes dans une mouche! Qu'est-ce que ce venin qui tue avec tant de rapidité les grands animaux compagnons de l'homme, et qui est presque inoffensif pour l'homme lui-même; qui alternativement tue ou ménage le même animal, suivant que celui-ci est soumis à tel ou tel régime; qui tue un animal de telle espèce quand il se nourrit de lait, tandis que ce même aliment semble au contraire assurer l'immunité à un animal d'une autre espèce? Mais avant de songer à sonder tous ces mystères de l'organisme, il serait prudent de savoir jusqu'à quel point les faits rapportés par M. Ludovic de Castelnau, et qui ont probablement passé par plusieurs bouches avant d'arriver jusqu'à lui, n'ont pas été quelque peu altérés dans ces transmissions successives.

Le *Compte rendu* nous signale comme ayant été présentés dans cette séance trois mémoires dont voici les titres : *Influences des météores sur les êtres organisés*, par M. Delfrayssé; *De l'emploi de l'alun contre diverses affections désignées sous le nom de cancer et réputées incurables*, par M. Jacquot (de Saint-Dié); *Sur un nouveau mode de traitement des fièvres intermittentes*, par M. Aubrée (de Burie).

Sans crainte de passer pour trop indiscret, nous avouons que nous n'aurions pas été fâché de savoir ce que peuvent contenir ces trois mémoires. Mais le désespérant laconisme du *Compte rendu* s'y est opposé. Nous concevons très-bien que les rédacteurs de ce recueil ne se croient pas obligés de reproduire avec la fidélité d'un photographe toutes les élucubrations que peut enfanter le vaniteux désir d'entendre son nom retentir sous les voûtes du palais Mazarin, ou de le voir imprimé sur la table des matières des fascicules de l'Académie. Nous profiterons même volontiers de l'occasion pour avertir ceux de nos confrères qui ne paraissent pas très-familiarisés avec les mœurs et coutumes du lieu, qu'un grand nombre de communications telles que celles qui ont plus particulièrement trait à la thérapeutique et à la médecine pratique proprement dite, sont réellement fourvoyées dans le secrétariat de l'Académie des sciences, et que c'est plutôt à l'Académie de médecine qu'elles doivent être dirigées. Mais de ce qu'il se fait fréquemment des méprises de ce genre, ce ne serait pas une raison pour condamner d'avance à une sorte d'ostracisme toute communication signée par un médecin qui n'aurait pas l'avantage d'avoir un nom connu dans la science...

Et par exemple, il y a quelques semaines, à propos d'un mémoire lu par M. le docteur Combes, nous regrettions au vu du titre, qui nous paraissait indiquer un sujet d'un véritable intérêt physiologique, d'en être réduit de par le *Compte rendu* à cette simple étiquette. L'expression de ce regret est parvenue à l'auteur, qui y a répondu par une lettre de réclamation que nous avons cru devoir accueillir.

Nous donnons place aussi, plus loin, à une lettre que M. Chevallier nous a écrite au sujet de quelques réflexions dont nous avons accompagné l'insertion de sa communication sur les maladies des *sulfateurs* dans le numéro de mardi dernier. Nous acceptons avec une entière confiance les explications que renferme cette lettre. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Ablation d'un cancer annulaire du rectum par la méthode de l'écrasement linéaire.

Nous avons à pratiquer une opération fort grave sur une femme âgée d'environ quarante ans, atteinte d'un cancer annulaire du rectum. Il ne s'agit pas, en effet, d'enlever une simple plaque cancéreuse siégeant dans une étendue plus ou moins circonscrite de la paroi rectale, mais un véritable anneau occupant toute la circonférence du cylindre intestinal et offrant une hauteur de deux ou trois travers de doigt, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en portant un doigt dans le vagin et un autre dans le rectum, de manière à saisir entre les deux extrémités digitales la portion vaginale du cancer. La limite supérieure de la tumeur est très-élevée, mais elle peut être atteinte, et nous avons l'espérance de pouvoir extirper la totalité de la production morbide.

Permettez-moi d'examiner un instant avec vous quel est l'état de la science concernant le traitement chirurgical du cancer du rectum, et peut-être comprendrez-vous mieux ce que je vous disais tout à l'heure de la haute gravité de l'opération que je me propose de pratiquer sous vos yeux.

Quels sont les moyens qui ont été proposés pour la destruction de cet ordre de tumeurs?

Ce sont la dilatation, la cautérisation, le broiement, l'arrachement, la ligature, l'incision et l'excision.

La dilatation, en tant qu'elle aurait un autre but que de combattre le rétrécissement, ne peut agir que comme moyen de compression. Or, la compression, telle qu'elle peut se faire sur des tumeurs du rectum, n'est propre qu'à une chose, c'est à irriter, à exaspérer la marche du cancer.

La cautérisation est insuffisante ou dangereuse, quand elle ne présente pas ces deux inconvénients à la fois.

Pratiquée avec le fer rouge, elle ne donne jamais lieu à des escharres assez épaisses et qui représentent une destruction véritablement importante de la production anormale. De plus, en provoquant une inflammation vive dans les tissus cancéreux non détruits, elle peut aggraver à un haut degré la position des malades.

Les caustiques n'ont pas plus de valeur que le fer rouge, en tant que méthode curative du cancer du rectum. Il est, en effet, impossible au chirurgien de circonscrire leur action sur les tissus malades, de manière à ne détruire que ceux-ci et à les détruire totalement. Tout au plus réussirait-on par les caustiques à faire cesser pour un temps les effets fâcheux dus à un rétrécissement cancéreux de l'intestin.

Le broiement, tel que l'a pratiqué M. Amussat, avec une pince grosse et longue à mors dentelés, n'est applicable que dans le cas extrêmement rare, si tant est qu'il en existe de bien avérés, où le cancer du rectum se présenterait comme certains polypes sous une forme pédiculée. Car saisir pour ainsi dire en pleine chair et au milieu des tissus sains un noyau ou une plaque cancéreuse, ce serait exposer le malade à tous les effets fâcheux des grandes violences mécaniques, sans obtenir rien d'efficace pour sa guérison.

Les reproches que nous venons d'adresser au broiement sont applicables de tout point et avec bien plus de force encore à l'arrachement, procédé proposé par Récamier, mais qui ne pourrait être aujourd'hui accueilli favorablement par aucun chirurgien sensé.

La ligature, qu'on l'applique soit à titre de ligature partielle, soit à titre de ligature en masse, est considérée à bon droit comme une des plus mauvaises applications de la chirurgie au traitement du cancer du rectum. Indépendamment en effet des difficultés qu'on peut éprouver à circonscrire bien exactement les tissus qui doivent être enlevés, ne pressentez-vous pas tous les inconvénients attachés à l'emploi de ce moyen : douleurs atroces et continues, inflammations violentes, phénomènes d'étranglement, nausées, vomissements, péritonite, suppurations abondantes, vastes décollements pelviens, empoisonnement putride? La ligature est donc un procédé parfaitement jugé.

Reste l'excision. Vous jugerez de sa valeur par les résultats cliniques que je vais mentionner. Sur six malades opérés par M. Velpeau, l'un est mort de phlébite au bout de dix jours, l'autre d'épuisement le septième jour, un troisième avec une livre de sang épanché dans la partie supérieure du rectum, un quatrième resta affecté d'incontinence et tomba au bout d'un certain temps dans un état voisin du marasme. Deux femmes du service de Lisfranc ont succombé à une inflammation suppurative du tissu cellulaire du bassin; deux autres malades, opérés par le même chirurgien, sont morts de péritonite.

L'écrasement linéaire, qui d'ailleurs a fait déjà ses preuves dans le traitement du cancer du rectum, est donc, par la bénignité de son traumatisme et par la sécurité qu'il nous donne relativement aux hémorrhagies, la meilleure méthode qui puisse être dirigée contre cette redoutable affection. Voici comment nous procéderons à l'opération:

Un trocart courbe sera introduit par la région périnéale de manière à glisser entre la paroi du vagin et l'anneau cancéreux. Ce trocart, arrivé au-dessus de l'anneau malade, pénétrera dans la cavité de l'intestin. La perforation sera dirigée par le doigt porté dans le rectum et servant à éclairer la marche de l'instrument, afin qu'il ne pénètre qu'au moment où, débordant la partie supérieure de l'anneau, il se trouve en rapport avec les parties saines.

Le trocart sera conduit ensuite au-dessus de l'hémisphère postérieur de l'anneau cancéreux, puis, contournant en arrière toute la moitié postérieure de la masse morbide, viendra ressortir aux téguments situés derrière l'anus.

L'instrument représentera donc de cette manière une espèce d'arcade métallique placée à cheval sur l'anneau cancéreux, et le surplombant dans toute son étendue d'avant en arrière.

La chaîne de l'écraseur, conduite dans la voie parcourue par le trocart, divisera verticalement cet anneau sur la ligne médiane

en deux hémisphères latéraux. Il sera alors très-facile de saisir chacune des moitiés de l'anneau, de les soulever au moyen d'une pince à griffes et de les pédiculiser isolément. On facilitera la manœuvre de cette pédiculisation par l'introduction d'un trocart qui, à la manière d'une cheville, traversera les parties saines à la limite de la production cancéreuse, et par-dessus lequel sera placée la ligature pédiculisatrice.

L'opération, exécutée d'après ces données, a eu pour résultat l'extirpation de la totalité du cancer rectal sans effusion d'une quantité appréciable de sang.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Fièvre puerpérale.

Par M. le docteur Antoine Cros.

« C'est un aveu triste à faire, dit M. Depaul dans son discours sur la fièvre puerpérale, mais je crois être dans le vrai en déclarant que le traitement curatif de la fièvre puerpérale est encore à trouver.... J'ai essayé de tout *presque* toujours sans succès.... Les préparations mercurielles *m'ont paru réussir* quelquefois, mais je les ai vu échouer le plus souvent. » M. Depaul omet de spécifier les cas dans lesquels les préparations mercurielles lui ont paru réussir. Ce ne sont pas sans doute ceux où il existe « des désordres de l'intelligence, de la somnolence, de l'embarras de la parole, une voix tremblotante, des douleurs péri-articulaires sans lésion apparente à l'extérieur, » puisque, d'après M. Depaul, qui cite à l'appui de son opinion celle de M. P. Dubois, ces caractères « annoncent *toujours* une terminaison fatale. »

M. Depaul ne dit pas à quel moment et à quelle dose il employa les préparations mercurielles, ni quelles furent celles qu'il choisit dans les cas qui se terminèrent par la guérison.

Voici une observation que je crois de nature à rappeler l'attention des médecins sur une médication trop oubliée, et à faire atténuer un peu le pronostic désespérant formulé par des hommes dont le nom fait à très-juste titre autorité dans la science.

H..., domestique, âgée de vingt-deux ans, d'une assez bonne complexion, parvenue à la fin du neuvième mois d'une grossesse pendant laquelle elle n'a éprouvé aucun malaise, est prise, le 16 mars dernier, de mal de gorge accompagné de toux et de fièvre.

Le 17, la déglutition est devenue difficile. On voit, sur les parois du pharynx et sur les amygdales rouges et tuméfiées, cinq ou six plaques pseudo-membraneuses. — Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; potion avec 4 grammes de chlorate de potasse; gargarisme astringent; insufflations d'alun; cataplasme *loco dolenti*.

Le soir, la malade se trouve mieux; elle peut prendre quelques aliments.

Le 18, l'angine a repris toute son intensité; les ganglions lymphatiques du cou sont engorgés et douloureux. — Chlorate de potasse, etc. Diète.

La malade entre chez Mme Ballanche, maîtresse sage-femme; elle y est restée pendant tout le cours de sa maladie. Le soir, application de 8 sangsues au cou, cataplasmes, etc.

Le 19, l'intensité des symptômes augmente, le pouls est à 105, 106. — Une saignée de 3 palettes et demie de 10 à 11 heures du matin; une autre saignée de 4 palettes environ à 6 heures du soir; chlorate de potasse, mauve sucrée, diète.

Le soir le pouls est à 84, 85, et la lésion locale est presque guérie. La peau de la poitrine, des bras et du visage de la malade est couverte d'une éruption miliaire. Cependant la malade m'affirme qu'elle n'a pas sué.

Le 20, la malade est beaucoup mieux; son angine est guérie. Le pouls est à 80. Le chiffre normal des pulsations est chez elle de 70 environ. Les premières douleurs de l'accouchement apparaissent; malgré cette circonstance et malgré son état de faiblesse, elle commet l'imprudence de sortir, et, après avoir passé une heure environ dans une maison du voisinage, elle rentre, et on la décide, non sans quelque peine, à se remettre au lit.

Dimanche 21 mars, la sage-femme me donne les renseignements suivants : Le col de l'utérus était à peine dilaté à 8 heures du soir. A partir de 9 heures du soir, les mouvements spontanés du fœtus cessèrent pour toujours et on n'entendit plus les battements du cœur. L'accouchement s'est fait ce matin à 9 heures, et n'a rien présenté de particulier, si ce n'est que la malade a été prise, avant d'accoucher, de vomissements jaune-verdâtre. Délivrance naturelle.

L'enfant (du sexe féminin), morte très-probablement de 8 à 9 heures, hier au soir, est très-développée; sa peau présente des traces évidentes de l'éruption qui n'a pas encore disparu chez la mère. On donne à celle-ci tous les soins qu'on donne habituellement aux femmes en couches. — Lotions, cataplasmes, etc.

Le placenta est parfaitement intact.

Le 22, les lochies, qui ne s'étaient montrées que pendant quelques heures, ont été remplacées par un écoulement blanchâtre, comme séro-purulent, qui a lui-même bientôt disparu. Le pouls est à 112, 115. La chaleur en rapport avec la fréquence du pouls. Soif ardente. L'intensité de la fièvre me donne de l'inquiétude. — Ipéca pulvérisé, 1 gr.; tartre stibié, 0,05; — Diète absolue; boissons émollientes (tilleul et mauve sucrée).

La malade en a absorbé, me dit la sage-femme, plus de 7 litres dans la journée.

Le 23, le pouls est petit, serré, et si rapide qu'on a quelque peine à le compter; il bat de 146 à 148 fois par minute. La peau est légèrement humide et comme visqueuse; sa température est très-élevée. Grande prostration. Céphalalgie. La face est bouleversée et semble porter l'empreinte d'un grand chagrin, quoique la malade ne se doute nullement qu'elle est en danger (1). La voix est presque éteinte par moments. La respiration est gênée; cependant la poitrine rend à la percussion un son clair dans toute sa partie antérieure. L'intelligence est profondément troublée. Phénomènes sthétoscopiques normaux. La malade ne répond que lorsqu'on lui répète deux ou trois fois la même question; ses réponses sont brèves et *brusques*. Elle se plaint d'une très-vive douleur dans le côté droit du ventre, et qui paraît être située profondément. Le ventre est volumineux, tendu. Une pression assez légère exaspère la douleur du flanc droit. La malade se plaint aussi de douleurs vives des grandes articulations (épaules, surtout du côté gauche, coudes, poignets, genoux, surtout du côté droit, articulation coxo-fémorale gauche), et aussi des petites articulations des pieds et surtout des mains, sans qu'il y ait un gonflement bien considérable et en rapport avec ces douleurs. Les veines du bras et de l'avant-bras sont dures sous le doigt et douloureuses à la pression. On voit sur les membres des traînées d'un rouge vif, semblables à des rubans, et dont la direction est parallèle à l'axe du membre. Les mains sont gonflées par la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire; le même phénomène s'est produit autour des malléoles, et s'explique très-bien par l'obstacle que la phlébite apporte au cours du sang veineux. La malade repousse la main qui lui tâte le pouls et dit éprouver une douleur très-vive, bien que je n'exerce qu'une pression très-légère. Les bruits du cœur sont plus clairs qu'à l'état normal, mais il n'y a ni frottement péricardique ni souffle d'aucune espèce.

Diagnostic. — Fièvre puerpérale extrêmement grave, ou mieux inflammation de tous ou de presque tous les éléments anatomiques de l'utérus et de la portion utérine du péritoine, *artérite* (146, 148 pulsations), phlébite et lymphangite générales (ou presque générales), arthrite, etc., gouvernées ou du moins accompagnées par un élément de nature septique ou virulente, inconnu en lui-même et dont la présence nous est révélée par le caractère qu'il imprime à ces phlegmasies, et par l'action qu'il exerce sur le système nerveux.

Prescriptions. — On fera ce soir de larges frictions sur le ventre, avec onguent napolitain 30 grammes (les 30 gr. furent employés à faire trois frictions douces et prolongées avec la main revêtue d'un gant de peau); cataplasmes laudanisés (20 gouttes) après chaque friction; boissons émollientes, mauve, etc., en très-grande quantité; compresses d'eau vinaigrée sur le front. Demain matin, la malade prendra en une seule fois : protochlorure de mercure à la vapeur, 1 gramme; miel de Narbonne, 10 gr. On continuera demain les frictions mercurielles toutes les deux heures, en employant l'onguent napolitain en très-grande quantité; diète absolue; ouate sur les articulations malades.

Le 24, à une heure. On m'apprend que le délire s'est déclaré hier au soir, et que la malade *a battu la campagne* toute la nuit. Les prescriptions d'hier ont été exécutées avec tout le soin et toute l'exactitude possibles. Nombre des pulsations, 130 à 132; le ventre est ballonné et toujours douloureux à droite. — Mêmes prescriptions; un grand bain tiède d'une demi-heure; boissons émollientes, etc.; frictions toutes les heures.

A six heures du soir, nombre des pulsations, 128 à 129. L'intelligence de la malade est plus libre aujourd'hui qu'hier; les évacuations alvines ont été nombreuses, de 20 à 25; la douleur du ventre a presque disparu, les autres douleurs existent toujours. — Pilules d'opium, 3 centigrammes.

Le 25, nombre des pulsations, 104 à 105. La physionomie de la malade est modifiée d'une manière remarquable. Le calme a succédé à l'anxiété et à l'accablement; les douleurs ont beaucoup diminué d'intensité; l'action purgative du calomel continue. — Continuer les frictions avec l'onguent napolitain, 30 grammes; extrait de belladone, 1 gramme, mêlez. On donne à la malade quelques cuillerées de bouillon coupé le soir.

Le 26, pouls à 96 et 98. La langue, de rouge, pointue et sèche qu'elle était, est devenue large et humide et couverte d'un enduit blanchâtre. Les gencives sont à peine irritées, la douleur abdominale a cessé, la peau du ventre est irritée par les frictions mercurielles, elle est épaissie, comme tannée, et ressemble à de la peau de chagrin. Quelques articulations restent un peu douloureuses, mais les mains peuvent se fermer et s'ouvrir librement. On ne trouve plus la moindre trace de phlébite ni d'angioleucite. Les linges de la malade sont baignés d'une petite quantité d'un liquide rougeâtre. — Boissons émollientes, 2 bouillons, 1 potage.

Le 27 avril, pouls à 90 et 92, état général très-bon; l'écoulement observé hier a disparu. — Bouillons, potages, pomme cuite, eau rougie, etc. La malade n'éprouve plus qu'un peu de faiblesse de la vue, causée par les onctions mercurielles belladonisées.

Après quatre jours de convalescence, le quinzième à partir de son accouchement, elle peut sortir et faire une assez longue promenade. Elle jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. Depuis son accouchement, on n'a pas trouvé chez elle la moindre trace de sécrétion laiteuse.

Cette observation me paraît démontrer :

1° Que l'on peut, au moyen de la médication altérante mercurielle, employée suivant la formule de M. Velpeau, guérir une forme de fièvre puerpérale que MM. Paul Dubois et Depaul, ainsi que plusieurs autres pathologistes éminents, considèrent comme toujours mortelle;

2° Que la dose de *pommade mercurielle double* à employer en pareil cas est au moins de 120 à 140 grammes en trois jours, et qu'il faut mettre cette médication en usage dès le début;

3° Que la dose de calomel à employer (également dans les deux ou trois premiers jours de l'affection) est de 0,75 centigrammes à 1 gramme et demi;

(1) Je dois dire que je n'ai pas constaté le frisson qui accompagne presque toujours la fièvre puerpérale. Un frisson plus ou moins profond se montre *ordinairement* aussi au début de la fièvre typhoïde et de toutes les grandes phlegmasies. On l'observe fréquemment pendant le travail dans l'accouchement normal. Il ne peut donc pas être considéré comme un signe *distinctif*. Il arrive assez souvent que les malades affirment n'avoir pas éprouvé ce frisson dans ces circonstances, et qu'ils répondent par la négative même quand on leur pose la question sous cette forme : Avez-vous eu froid? Avez-vous tremblé? etc.

4° Qu'il est utile de joindre aux préparations mercurielles les bains tièdes et les cataplasmes, qui favorisent l'absorption de la pommade mercurielle. L'opium et la belladone peuvent aussi remplir quelques indications spéciales.

On peut me dire, il est vrai, que ma malade aurait succombé malgré mon traitement, si elle s'était trouvée dans un hôpital; je répondrai qu'on devrait s'estimer déjà très-heureux de posséder des moyens puissants de vaincre cette terrible maladie, du moins quand on la rencontre hors des conditions où elle se développe d'ordinaire.

Peut-être, d'ailleurs, cette médication altérante mercurielle, employée suivant une meilleure formule et avec plus de constance qu'elle ne l'est communément, est-elle appelée à rendre moins rares les cas de guérison, même dans les hôpitaux.

SUR UN MÉMOIRE CONCERNANT LA LUXATION DE L'ÉPAULE directement en haut,

Par M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix.

(Rapport de M. Morel-Lavallée lu à la Société de chirurgie dans sa séance du 12 mai 1858.)

Un aperçu historique est une manière aussi intéressante que naturelle d'entrer en matière. On aime à suivre la marche de la science sur le point limité qu'on étudie, à comparer entre elles les opinions des anciens maîtres. Cette revue rétrospective, outre le piquant attrait de confirmer de temps en temps une découverte moderne, offre souvent des enseignements d'une haute portée et surtout d'un grand sens pratique. Mais ce n'est point sur une question en quelque sorte anatomique, comme celle qui vous est soumise, où est venue s'échouer toute l'exactitude des observateurs contemporains, qu'on peut demander à l'antiquité des éclaircissements bien précieux, la pierre d'attente qu'elle a tant de fois posée dans des œuvres d'un autre genre.

En effet, les quelques mots qu'elle consacre à la luxation du bras en haut sont si vagues qu'ils laissent de l'incertitude jusque sur la signification précise qu'elle attachait à cette dénomination.

Le père de la médecine avoue qu'il n'a jamais rencontré cette lésion, et sans en contester formellement l'existence, il ajoute « qu'il aurait pourtant quelque chose à dire sur ce sujet (1) » : réticence regrettable, qui, si elle n'est pas une négation, fait au moins une large part au doute.

Depuis Hippocrate, et à notre époque spécialement, on est sorti de cette réserve un peu ténébreuse. Préoccupés de l'obstacle que devait opposer à la luxation en haut la présence de l'acromion, de l'apophyse coracoïde et de la clavicule, les chirurgiens ont proclamé l'impossibilité de ce déplacement. Cette doctrine est arrivée jusqu'à nous généralement, religieusement acceptée. Depuis longtemps, toute tentative ayant pour objet d'établir la réalité de cette dislocation, tout exemple nouveau cité à l'appui étaient accueillis à peu près comme la solution du problème de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel. Cependant M. Laugier, il y a plusieurs années, et M. Malgaigne plus récemment, ont attaqué, les faits en main, cette doctrine jusqu'ici respectée.

Aujourd'hui M. Bourguet vient joindre ses efforts à ceux de ses deux célèbres devanciers; c'est à vous qu'il appartient de juger s'ils ont été couronnés de succès.

M. Bourguet, après un court historique qui marque son point de départ, divise son sujet en deux parties : la première traite de la luxation complète du bras en haut, la seconde de la luxation incomplète. Dans toutes deux, la marche de l'auteur est la même; il commence par l'exposition et la discussion des faits qui lui sont personnels, et cherche ensuite à les étayer par quelques observations empruntées à des praticiens de nos jours.

Nous analyserons tous ces faits en les reproduisant dans ce qu'ils ont d'essentiel; puis nous essayerons de les apprécier, d'abord à l'aide de leurs propres caractères, ensuite par le rapprochement de quelques cas qui ont échappé à l'auteur; enfin avec le contrôle de l'expérimentation cadavérique.

§ I. — LUXATION COMPLÈTE.

M. Bourguet vous a présenté deux observations qu'il a recueillies à deux ans d'intervalle.

Obs. I. — Une jeune fille de dix-neuf ans, dans une attaque d'épilepsie, étend convulsivement le membre supérieur gauche, en appuyant avec force la main contre une table.

Le premier médecin consulté méconnut d'abord la lésion, et se borna à prescrire un vésicatoire. C'est en pansant ce vésicatoire environ six mois après l'accident, que la mère de la jeune fille fut frappée de la difformité de l'épaule. Le médecin, dont l'attention est attirée de ce côté, reconnaît enfin la nature du mal. Tentatives infructueuses de réduction, tentatives qui, renouvelées bientôt après avec l'aide d'un confrère, échouent également. M. Bourguet est appelé et constate les symptômes suivants : douleurs continuelles dans l'épaule, qui font la principale préoccupation de la malade.

L'*attitude* a été négligée par l'auteur.

Mouvements. — Il a également omis la distinction des mouvements en actifs et en passifs, en sorte qu'il reste sous ce rapport quelque incertitude dans l'interprétation de sa pensée. Le coude, dit-il, peut être rapproché du corps; à quel degré en était-il écarté? c'est ce qu'on a oublié de noter.

L'adduction et l'élévation sont extrêmement bornées; impossibilité de porter la main à la tête. L'abduction et la rotation, bien qu'un peu moins diminuées, ne permettent pas cependant à la malade de porter la main derrière le dos pour s'habiller et se déshabiller.

Déformation. — Aplatissement du moignon de l'épaule; relâchement du deltoïde, qui est dirigé obliquement d'arrière en avant et de haut en bas; saillie de l'acromion surtout en arrière. « Un creux très-mar-

(1) Hippocrate, *Œuvres comp.*, *des Art.*, ch. 1er, § I.

qué existe immédiatement au-dessous de cette apophyse, où le doigt s'enfonce avec facilité, et vacuité complète de la cavité glénoïde.

La tête de l'humérus, facile à reconnaître à la simple vue à cause du relief considérable qu'elle forme sous la peau, est située en dedans de l'acromion, au-dessous et en avant de l'extrémité de la clavicule, qu'elle déborde en avant de plus de cinq centimètres, au-dessus et en avant de l'apophyse coracoïde. Elle forme dans ce point une tumeur sphérique en continuité évidente avec l'humérus, dont elle partage les mouvements. Elle est tellement rapprochée de la face inférieure de la clavicule et du bord antérieur de l'acromion, qu'il est impossible de loger l'extrémité du petit doigt entre elle et ces saillies osseuses. Elle masque l'apophyse coracoïde qui ne peut être sentie. La paroi antérieure de l'aisselle est raccourcie de 9 à 10 millimètres, et la distance de l'acromion à l'épicondyle diminuée de 12 millimètres. Même situation des deux omoplates. Enfin, si haut qu'on engage les doigts dans l'aisselle, on ne peut y sentir la tête humérale.

Tentatives de réduction très-variées à l'aide du chloroforme.

1° Pendant les tractions, le chirurgien, en même temps qu'il s'efforce de refouler la tête humérale en bas, essaye de la ramener en avant avec un lacs en anse passé autour de son cou et sous la partie supérieure du bras : insuccès.

2° On recourut ensuite successivement à des tractions horizontales, obliques en avant, obliques en arrière, au mouvement de bascule sur le genou ; tout fut inutile.

Une première remarque à faire ici, c'est qu'il s'agit non pas d'un accident récent, mais d'une affection ancienne datant de six mois. Les caractères primitifs si précieux de la lésion, tels que l'état des surfaces articulaires, la mobilité anormale, la crépitation ou l'absence de ce symptôme, etc., ont eu le temps de s'altérer, de s'effacer, tandis que des apparences résidentes, résultant d'une arthrite ou du travail du cal, ont pu se produire.

Nous avouerons d'abord qu'il nous est impossible de comprendre une luxation complète en haut, sus-coracoïdienne, où la tête humérale reste inférieure à la clavicule, et où le bras n'est raccourci que de 12 millimètres ; plus loin nous dirons pourquoi.

Deux autres hypothèses se présentent d'ailleurs, qui rendent l'une et l'autre mieux compte des symptômes : celle d'une arthrite chronique et celle d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

L'arthrite chronique amène très-bien l'aplatissement de l'épaule, d'abord par l'amaigrissement, puis par une rétraction inégale de la capsule fibreuse qui retient la tête humérale sous la partie interne de la voûte, et détermine ainsi une dépression à la partie externe, enfin quelquefois par l'absorption partielle des surfaces articulaires. Un léger raccourcissement s'explique de même. La tête devient, non pas plus saillante, mais plus apparente, en raison de l'affaiblissement produit par l'amaigrissement dans les parties molles qui la recouvrent. Tous les éléments incontestables de l'observation précédente appartiennent donc à l'arthrite. Rappelons encore que ces douleurs articulaires, restées assez vives au bout de six mois pour faire la principale préoccupation de la malade, sont singulièrement favorables à la présomption d'une phlegmasie de la jointure.

L'hypothèse d'une *fracture* est moins plausible que celle de l'arthrite, mais elle l'est bien plus encore que celle de la luxation. N'y a-t-il pas, en effet, des cas où la fracture étant très-élevée, le fragment inférieur se porte en avant et en haut et simule ainsi le déplacement de la luxation? Et si la fracture est en rave, le volume de ce fragment ne peut-il pas, à travers les parties molles qui en dissimulent les inégalités et lui donnent une sorte de rondeur, en imposer pour la tête humérale? De plus, dans cette fracture, la tête refoulée en dedans peut aussi laisser une dépression sous l'acromion, etc.

Nous craignons donc que l'arthrite chronique ou la fracture, mais surtout la première de ces lésions, ne balance dans l'esprit du chirurgien le diagnostic de l'auteur.

M. Bourguet rapproche de ce cas une observation recueillie par M. le professeur Malgaigne, et qui est en effet presque identique. Il a bien senti toute la force qu'il pouvait emprunter de cette analogie. Seulement peut-être aurait-il mieux fait de reproduire en entier l'observation, que de se borner à la citer en quelques lignes. C'est au moins notre devoir à nous, qui en contestons la signification. La voici :

Obs. II. — Un homme de soixante-trois ans, de peu d'embonpoint, tombe d'une voiture de fagots sur le moignon de l'épaule droite, le bras serré contre la poitrine; il ne saurait dire si le membre était ou non dirigé en avant ou en arrière.

Il ne pouvait remuer le bras, et chaque tentative de ce genre déterminait de vives douleurs. Il se confie d'abord à un rebouteur, et ce n'est que deux mois et demi après l'accident qu'il se présente au chirurgien de Saint-Louis.

« L'épaule offrait une déformation singulière. Le moignon était aplati comme dans la luxation ordinaire; le doigt s'enfonçait dans un creux situé immédiatement au-dessous de l'acromion, et la cavité glénoïde était évidemment vide. Il était facile, en outre, de sentir en arrière et en dehors les deux bords correspondants de l'acromion, de même que son angle antérieur.

» C'était en avant et presque immédiatement au-dessous de la clavicule que se voyait et se sentait une énorme saillie dure, sphérique, continue avec la flèche de l'humérus, obéissant à tous les mouvements imprimés à cet os, et qui était évidemment la tête humérale.

Elle répondait donc en dehors au bord antérieur et interne de l'acromion, en haut à la face inférieure de la clavicule, et à peine si on pouvait insinuer le bout du doigt entre elle et ces deux parties. La saillie extérieure était telle qu'elle débordait de 6 *centimètres* la face antérieure de la clavicule (le bord sans doute).

Elle était d'ailleurs si superficielle, qu'elle paraissait en certains points sous-cutanée. Une épingle enfoncée jusqu'à l'os, à la partie qui faisait le plus de relief, ne donna pour les chairs que 8 millimètres d'épaisseur; un peu plus en dedans l'épaisseur était moindre encore et fut trouvée de 6 *millimètres*.

En faisant contracter le deltoïde et le grand pectoral, on s'assure que la tête humérale correspondait à leur interstice et qu'elle écartait leurs bords de 2 centimètres, intervalle dans lequel elle n'était recouverte que par les ligaments.

« Il n'y avait donc pas de doute; la tête humérale s'était portée en avant et en haut par-dessus le ligament acromio-coracoïdien et l'apophyse coracoïde. Cette apophyse, masquée par la tête humérale, était impossible à sentir; du côté sain elle est fort enfoncée, et à 3 centimètres à peu près en avant du bord de la clavicule. Nous mesurâmes la position de la tête par rapport aux deux articulations claviculaires. La clavicule ayant 17 centimètres de longueur, le point le plus interne de la tête luxée était à 9 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire et à 8 centimètres de l'articulation acromiale. Du côté gauche, entre la saillie naturelle de la tête humérale et l'articulation sterno-claviculaire, on mesurait un peu plus de 13 centimètres.

« Après ces recherches sur la position de la tête elle-même, il fallait examiner la disposition des parties voisines.

» A première vue, le bras paraissait raccourci; et, en effet, on voyait le sommet de la tête dépasser en haut le sommet de l'acromion. Cependant, la mensuration du bras, de même que celle de la paroi antérieure de l'aisselle, n'indiquent pas plus de 1 centimètre d'accroissement.

» L'aisselle était absolument vide et libre, si haut qu'on pût porter le doigt.

» Le coude n'était pas notablement écarté du corps, et un ruban tendu de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle ne s'écartait pas même de 1 centimètre du point d'insertion du deltoïde, tandis que du côté sain l'écartement dépassait 1 centimètre.

» Il n'y avait pas de rotation anormale; l'épitrochlée et l'épicondyle étaient dans les mêmes rapports que du côté sain; l'omoplate était dans la même position à droite qu'à gauche.

» Une fois débarrassé d'une écharpe que le rebouteur avait placée après ses vaines tentatives de réduction, le malade avait vu les mouvements revenir peu à peu.

» Il pouvait porter le bras dans la rotation en dedans, et assez pour croiser la main derrière le dos; il était parvenu à lever le bras en dehors presque jusqu'à l'angle droit, de manière à mettre facilement la manche de son habit. C'était surtout dans ce mouvement que la portion interne de la tête soulevait les téguments, sous lesquels elle paraissait à nu. Tout cela ne se faisait pas sans quelques douleurs à l'épaule, et ces douleurs revenaient même spontanément la nuit...

» Le véritable siége de la tête luxée était donc le ligament coraco-acromien, et en avant et au-dessus de l'apophyse coracoïde elle-même; je la nommerais volontiers *luxation sus-coracoïdienne.* »

M. Malgaigne essaya la réduction; et malgré d'énergiques efforts habilement dirigés, il ne réussit pas. (V. *Rev. méd. chir.*, t. V, p. 30.)

Vous l'avez remarqué, cette observation est passible des mêmes objections que la précédente : ancienneté de la lésion avec ses conséquences possibles, douleur dans les mouvements, douleur revenant même spontanément la nuit; position de la tête humérale à 5 centimètres en avant du bord antérieur de la clavicule et *au-dessous* de cet os; tout ce que nous avons noté dans le cas de M. Bourguet se retrouve dans celui de M. Malgaigne, et vous avez vu que le savant chirurgien de Saint-Louis tire de ces caractères le diagnostic suivant :

« Le véritable siége de la tête luxée, dit-il, était donc sur le ligament coraco-acromien, en avant et au-dessus de l'apophyse coracoïde elle-même; je la nommerai volontiers *luxation sus-coracoïdienne.* »

Nous répéterons que la situation de la tête humérale à la fois au-dessus de l'apophyse coracoïde et au-dessous de la clavicule est physiquement impossible.

On sent qu'une raison de cet ordre ne me permettait pas de me ranger au diagnostic de M. Malgaigne, malgré tout mon respect pour une autorité si compétente.

Selon nous, il s'agissait encore d'une arthrite chronique, ou d'une fracture de l'extrémité humérale.

Obs. III. — Le second fait recueilli par M. Bourguet est intéressant au point de vue des lésions multiples déterminées dans le même membre par une chute de la hauteur d'un deuxième étage : ce sont une fracture de l'avant-bras, une luxation du coude en arrière, et enfin à l'épaule, ce que l'auteur a décrit comme une luxation en haut. Malheureusement, sous ce dernier rapport, ce cas n'est pas plus concluant que les précédents, et il leur ressemble tellement que nous ne saurions le discuter sans tomber dans des répétitions fastidieuses.

Dans tous, selon nous, les symptômes attribués à une prétendue luxation en haut se prêtent à une interprétation plus légitime.

Mais, me dira-t-on peut-être, il y a un signe sur lequel M. Bourguet et M. Malgaigne lui-même ont beaucoup insisté, et dont vous ne tenez pas assez compte; c'est, suivant leur propre expression, cette saillie *considérable, énorme,* que forme la tête humérale à *cinq ou six centimètres* en avant du bord antérieur de la clavicule. Il y a là, nous en convenons, quelque chose qui nous embarrasse beaucoup; car, d'après les nombreuses mesures que nous avons prises à l'hôpital, cette distance de 5 à 6 centimètres serait précisément l'état normal, bien qu'on rencontre assez souvent encore 4 centimètres. Admettra-t-on que, sous l'influence d'une préoccupation d'esprit, ces habiles observateurs s'en soient laissé imposer par quelque disposition d'ailleurs insolite des parties? Il est bien vrai qu'on ne paraît point avoir songé à contrôler cette donnée par une mensuration comparative des deux épaules; mais en presence d'un maître comme M. Malgaigne, nous ne pouvons que lui soumettre à lui-même cette difficulté.

Et ce qui n'est pas le moins singulier dans tout ceci, c'est que dans la luxation en haut, la distance de la tête humérale au bord antérieur de la clavicule ne change pas; elle reste la même qu'à l'état sain. C'est au moins ce qui ressort de nos expériences.

Nous avons étudié expérimentalement la luxation de l'épaule en haut sur seize articulations, et le résultat a été dans tous les cas sensiblement identique.

Voici ce que nous avons constaté, à notre premier examen même, quant à la distance normale du bord antérieur de la clavicule à la tête humérale, ou plutôt à la partie antérieure de cette tête, — car c'est évidemment ainsi que tout le monde l'a compris et qu'on devait le comprendre : — les parties molles intactes, et le bras pendant sur le côté, le coude un peu en arrière, dans l'attitude de la luxation, cette distance était de 6 centimètres. Si le bras était parallèle au tronc, on avait encore 5 centimètres. En portant le bras directement en avant, presque à angle droit avec la poitrine, on obtenait à peine 2 centimètres. C'est que dans ce mouvement, la tête et la grosse tubérosité qui concourt avec elle à former la tumeur, se rapprochent graduellement de la clavicule en s'enfonçant sous la voûte acromio-coracoïdienne. Ainsi, cette distance augmente dans l'extension du bras en arrière, et diminue, tend à s'effacer dans la flexion en avant. Pour en apprécier le degré, on sent de quelle importance il est de noter exactement l'attitude du membre, précaution jusqu'ici négligée.

Nous avons d'ailleurs procédé de la manière suivante à l'étude expérimentale de la luxation elle-même.

1° Dissection d'un lambeau deltoïdien qui met, en se renversant, l'articulation à découvert;

2° Incision *verticale* de la capsule fibreuse dans toute sa hauteur, incision qui a toujours été insuffisante pour laisser passer la tête de l'os malgré les plus grands efforts; débridement *bilatéral* de la capsule porté au point de ne respecter que son quart postérieur.

3° La luxation n'est encore généralement possible qu'à deux conditions : A. la section de la longue portion du biceps; cependant une forte rotation du membre en dedans ou en dehors peut faire glisser le tendon sur le côté opposé de la tête à laquelle il permet alors de s'échapper en baut; B. avec la rupture ou la déviation du tendon de la longue portion du biceps, il faut encore une incision d'environ un centimètre sur le bord supérieur des deux tendons insérés aux tubérosités. On pense bien que l'exagération de l'une de ces incisions pourrait suppléer à l'insuffisance ou même à l'absence de l'autre.

4° Alors une impulsion de l'humérus, en haut, porte sa tête sur le ligament acromio-claviculaire. Une légère rotation en dedans met à cheval le col anatomique sur le bord antérieur de ce ligament et donne de la stabilité au déplacement. Une rotation en dehors ferait appuyer l'extrémité osseuse par la grosse tubérosité sur le ligament acromio-coracoïdien; mais la tubérosité ne peut s'accrocher au ligament, que par le tronçon du tendon commun de ses muscles. Il est nécessaire que cette rupture soit au moins partielle; intact, ce tendon glisse par sa surface unie sur le ligament de la voûte comme sur une poulie de renvoi et rejette en avant l'extrémité osseuse, qui retombe dans la cavité glénoïde. A plus forte raison le même phénomène se reproduit-il dans la luxation par rotation forcée en dedans, qui place la petite tubérosité et le tendon du sous-capulaire sur le ligament coraco-acromien.

Nous disons toujours sur le ligament de la voûte, car c'est là que la tête se porte naturellement. Placée sur l'acromion ou l'apophyse coracoïde, elle glisse immédiatement dans leur intervalle. Plutôt que de se maintenir, comme on l'a prétendu, sur le bec coracoïdien, elle se jetterait en dedans de cette apophyse, en croisant le triple faisceau musculaire qui s'y rattache.

Dans ces diverses positions, la tête humérale, ou plus exactement sa partie inférieure, est presque contiguë à la clavicule. Dans la luxation par rotation en dedans, le col anatomique étant à cheval sur le ligament de la voûte, la base de la tête touche le bord antérieur de la clavicule, ou reculé même sensiblement sur lui.

Nous donnerons la fin de ce rapport dans un prochain numéro.

ERRARE HUMANUM EST.

Il peut arriver parfois que le praticien, n'écoutant que sa conviction, sans vouloir se prêter aux exigences d'un entourage haut placé, s'attire un blâme d'autant plus terrible pour lui qu'il était inattendu. Cet écueil, je viens d'y donner tête baissée; je vais, en confrère repentant, avouer publiquement ma faute : j'ai failli laisser mourir de faim un malade ! Puisse ce fait servir d'avertissement à ceux qui voudront bien me lire.

M. de X..., âgé de vingt et quelques années, tempérament nervoso-bilieux, fatigué par d'assez fréquents écarts de régime, me fit appeler, il y a quelque temps, pour lui donner mes soins. Je ne suis pas le médecin de la famille.

Il m'apprend qu'il y a deux jours, après un copieux dîner de garçons, il s'est trouvé assez indisposé; qu'il a pris une bouteille de limonade purgative, laquelle, n'ayant pas été tolérée, a produit des vomissements, et seulement quelques selles séreuses, sans faire cesser une constipation qui déjà existait depuis quelque temps.

L'examen du malade me donne un facies fatigué; langue épaisse, saburrale; pouls à 80, non résistant; organes respiratoires à l'état normal; abdomen assez empâté en totalité. Le côté gauche conserve cependant de la souplesse et n'est nullement douloureux au toucher; la région iliaque et le flanc droit, au contraire, offrent, outre l'empâtement, une douleur assez vive à la pression; à ces mêmes régions, on perçoit très-facilement des nodus internes mobiles, du volume d'une noix et même plus considérables.

D'après ces différents symptômes, qui me semblent peu sérieux, je crois reconnaître une fatigue des organes digestifs; accumulation des matières fécales durcies dans le cœcum surtout, d'où résulte une constipation menaçant de devenir opiniâtre.

Je cherche tout d'abord à combattre la sensibilité de la région cœcale par une application de sangsues, grands bains, cataplasmes, potion calmante, lavements émollients.

Ceci se passait le 29.

Le 1er du mois suivant, le malade se trouvait très-bien, mais il n'avait pas encore obtenu de selles. Malgré ma recommandation, on le fait manger, et le lendemain il y a eu recrudescence du malaise, coliques, renvois nidoreux, douleurs cœcales plus prononcées, surexcitation nerveuse. — Grands bains prolongés chaque jour, embrocations calmantes, cataplasmes, lavements, etc.

Le 4, le malaise a diminué. Limonade laxative, qui ne produit que peu d'effet; continuation des autres moyens.

Le 5, outre le traitement indiqué, les lavements sont rendus laxatifs; l'estomac ne peut plus tolérer une potion au lactucarium, dirigée contre les accidents nerveux qui fatiguent le malade.

Jusqu'au 9 j'insiste sur tous ces moyens; j'essaye même le calomel, mais l'estomac ne tolère plus rien, pas même la glace. La constipation persiste toujours; c'est alors que de guerre las, je me décide à appliquer un vésicatoire sur la région sensible, pensant que peut-être il lui donnera plus d'activité et pourra par là aider les évacuations, et puis j'espérais l'utiliser en lui faisant absorber des calmants que l'estomac refusait impérieusement et que le malade demandait à grands cris,

car le système nerveux se trouvait dans un état de surexcitation déplorable.

Arrivé maintenant le moment critique. Jusqu'alors je n'avais parlé que d'une constipation sans entrer dans aucune digression médicale. Je croyais ne pas me tromper; ce ne fut pas l'opinion de la famille, car elle ne voulut plus me laisser agir seul. On me prévint *ex abrupto* qu'il allait m'être adjoint un confrère médecin habituel de la maison, pour décider ce qui doit être fait en attendant une consultation que l'on va organiser pour le lendemain et que viendra présider un docteur d'une plus grande ville. Mon collègue prescrit 5 centigrammes de codéine que l'estomac tolère très-difficilement.

Depuis quelques jours déjà j'étais tacitement blâmé; cette prescription de codéine, de laquelle je n'avais pas parlé, vint corroborer ce blâme.

Le 10, la consultation devait avoir lieu à 4 heures du soir. A 3 heures, à la suite d'un violent orage, une crise nerveuse très-forte provoque un surcroît de malaise, un peu de toux, quelques crachats striés de sang; puis enfin deux selles copieuses. De quelle nature étaient-elles? je ne puis le dire, car elles furent passées sous silence; cependant on savait fort bien que je les réclamais depuis le premier jour.

Arrive l'heure de la grande consultation; il est bon d'ajouter que déjà sans doute j'avais été desservi près de mes confrères. Je pensais, comme médecin traitant, devoir énumérer les commémoratifs que mon examen de chaque jour m'avait fournis; on m'en fit grâce: un de ces messieurs surtout voulut bien me faire comprendre qu'ils étaient inutiles, peut-être pour m'empêcher de me fourvoyer davantage. Je lui en témoigne ici toute ma vive gratitude. Le malade fut examiné avec grand soin. Je n'étais plus alors que simple spectateur; je vis clairement que j'avais erré d'une manière déplorable. Il fut découvert:

1° Un abcès imminent du foie;

2° Des symptômes très-graves du côté du poumon;

3° Une complication de fièvre muqueuse.

En résumé, pressés par la famille éplorée de préciser la nature de la maladie, les consultants la caractérisèrent ainsi: Un incendie général de tous les organes avec pronostic très-fâcheux et terminaison presque sûrement funeste.

Que devait on penser de moi? On voulut cependant bien encore me tolérer au lit du malade, mais on y appela aussi un de ces messieurs pour continuer le traitement. Qu'allait-il donc être ce traitement? Je me creusais la tête pour en deviner le premier mot, puisqu'il fallait combattre à la fois des affections aussi graves.

Voici ce qui fut décidé après deux heures que dura la consultation: Il sera donné chaque trois heures quelques cuillerées à café de bouillon gras passé, trois cuillerées à café de vin de quinquina ou madère, lavement de bouillon et un grand bain gélatineux chaque jour.

Déjà le même soir les crachats striés avaient disparu; le malade, qui la veille encore, sous le coup d'un paroxysme nerveux très violent, ne pouvait même pas digérer un morceau de glace, le malade, dis je, prit et supporta bien son bouillon; la nuit fut bonne.

Le 11, le traitement étant mis à exécution, le mieux augmenta encore beaucoup.

Quant à moi, ma position devenait de plus en plus critique; je pus cependant m'assurer de la nature des selles qui continuaient naturellement leur cours; elles n'offraient rien de particulier et se composaient encore d'une assez grande quantité de fèces durcies qui diminuèrent les jours suivants, comme je pus le savoir, car à partir de ce moment, n'ayant plus rien à apprendre d'un autre côté, ma présence au lit du malade semblant être plus qu'inutile, j'y recevais à peine la faveur d'une parole. Je dus comprendre qu'il était temps de me retirer.

Ceci se passait le 12 au soir.

Le 19, a midi, M. de X... se présentait fort gai au cercle, au milieu de ses amis étonnés et le félicitant chaudement d'une guérison aussi prompte qu'inespérée.

J'ai dû, pour narrer ce fait, faire abnégation de tout amour-propre. Je me suis trompé, c'est vrai, mais personne n'est infaillible, et j'ai besoin de cette conviction pour ne pas trop attacher d'importance aux différents jugements que j'ai entendu porter sur mon compte. Ainsi voici mon plus grand grief, je ne fais que répéter, j'ai compromis, par inexpérience sans doute, la vie d'un malade. Je le laissais mourir de faim; grâce au bouillon il a rapidement guéri. Ici, j'aurais dû, à ce qu'il paraît, lui en prescrire lors même qu'avant les premières évacuations alvines, il ne pouvait plus tolérer une gorgée d'eau. Je ne connaissais pas encore, il est vrai, cette manière de raisonner en médecine. J'ai donc appris que le praticien qui ne possède pas le talent de plaire et qui n'écoute que sa conscience sans se lancer dans le brillant des grandes phrases pour se poser en maître, que ce praticien sera toujours en pareil cas mis de côté et blâmé quand même, et d'autant plus blâmé, que le résultat obtenu heurtera avec plus de force le jugement de ceux qui veulent incessamment dicter des lois, et auxquels il n'aura pas voulu faire le sacrifice de son amour-propre et de sa conviction.

Je suis resté dans de justes limites; je n'ai point dépassé les convenances; ma position de médecin m'y autorisait peut-être, puisqu'on n'avait rien moins tenté que de me mystifier; mais je suis homme avant tout; j'ai voulu montrer au monde médical, qui sera juge dans cette circonstance, la vérité tout entière. Rien n'a été omis, rien n'a été ajouté, et on est toujours fort lorsqu'on dit la vérité, n'en déplaise à ceux à l'adresse desquels j'ai été forcé de la montrer sous son véritable jour.

UN EX-MÉDECIN MILITAIRE.

L'honorable confrère qui nous a adressé cette note ne s'est trompé que sur ce seul point, il a cru se tromper. Il n'aurait pas dû se laisser intimider ni par les exigences de la famille, ni par le diagnostic contradictoire porté par les deux confrères appelés en consultation. Son malade avait, à n'en pas douter, une tumeur stercorale, il a fait tout ce qui était convenable pour déterminer des évacuations alvines; les symptômes d'occlusion intestinale ont cessé par les deux selles abondantes survenues une heure avant la consultation.

Tous les accidents étaient alors conjurés; il n'y avait plus qu'à surveiller la convalescence. Et certes, si ce malade avait eu un abcès imminent du foie, des symptômes graves du côté du poumon et une complication de fièvre muqueuse, il ne se serait pas présenté, moins de neuf jours après, au cercle, complétement guéri. Quant à la question d'alimentation, il est aisé de comprendre que le malade n'avait pu et dû prendre aucun aliment pendant toute la durée des accidents, et que c'est seulement à dater de l'époque où l'intestin est devenu libre qu'il était indiqué de le nourrir.

Il ressort enfin de ce fait que les deux consultants ont triomphé facilement d'une affection qui avait été parfaitement traitée avant leur arrivée, et qui était déjà en voie de guérison au moment où ils sont intervenus. (*Note de la Rédaction.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mai 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

M. FLOURENS annonce dans les termes suivants la perte que vient de faire l'Académie dans la personne de M. Muller, un de ses correspondants pour la section d'anatomie et de zoologie:

« Je remplis un devoir douloureux en annonçant à l'Académie la mort de M. Muller. Quelques journaux en avaient déjà parlé, mais nous n'avions pas encore reçu de renseignements officiels.

» Une telle perte sera vivement ressentie par tous les corps savants; mais nulle part elle ne le sera plus que dans cette Académie. On savait ici combien M. Muller était à la fois grand physiologiste, grand anatomiste, et à quel point à tant de savoir il joignait un esprit judicieux et un génie clair. A prendre l'histoire naturelle dans son ensemble, peu d'hommes de notre époque ont contribué autant que M. Muller à ses plus importants progrès. »

— M. LUDOVIC DE CASTELNAU adresse une note sur la tsétsé de l'Afrique australe (voir le premier-Paris).

— M. DELFRAYSSÉ soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre: *Influence des météores sur les êtres organisés.*

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Andral et Bahinet.

— M. JACQUOT adresse de Saint-Dié (Vosges) un mémoire sur sa méthode de traitement du cancer et d'autres affections analogues réputées incurables.

Ce mémoire, qui est accompagné de diverses pièces justificatives, est renvoyé, conformément à la demande de l'auteur, à l'examen de la commission chargée de décerner les prix de la fondation Montyon, médecine et chirurgie.

— M. AUBRÉE envoie de Burie (Charente-Inférieure) une note concernant un remède qu'il emploie dans le traitement des fièvres intermittentes quotidiennes et des fièvres tierces.

M. J. Cloquet est invité à prendre connaissance de cette note et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

CORRESPONDANCE.

A M. le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Dans la séance du lundi 13 juillet 1857, j'eus l'honneur de lire à l'Académie des sciences un mémoire qui n'était que le résumé d'un travail bien plus étendu. Cette lecture avait pour but, entre autres, de m'assurer la priorité de certaines idées physiologiques, et ce résumé succinct contenait ce passage, que je reproduis textuellement:

« La circulation nerveuse présente la plus grande analogie avec celle » du sang. Son cœur, c'est le cerveau, qui possède aussi des ventri» cules et une sorte de valvule (1) dans la toile et les plexus choroï» diens. Le mouvement centrifuge du fluide nerveux est conduit par les » nerfs moteurs, et le centripète, ou de retour, prenant son origine » à la périphérie et dans la profondeur des tissus, comme les radicules » veineuses, conduit les impressions sensitives à la *partie* de l'organe » central qui les perçoit. Pour compléter l'analogie, le segment circu» latoire secondaire qui constitue la circulation pulmonaire pour le » sang, est représenté dans l'appareil nerveux par le système presque » indépendant des ganglions splanchniques qui président plus spécia» lement à la vivification organique.

» La circulation nerveuse se produit, comme celle du sang, au moyen » de pulsations dont l'habitude émousse de même la sensation, mais » qui sont aussi susceptibles d'être perçues, lorsqu'une cause acciden» telle vient les exagérer. C'est ce frémissement que l'on ressent dans » les fortes impressions morales ou matérielles de plaisir ou de dou» leur. Ces pulsations, variables en nombre et en intensité, suivant les » constitutions (2) et les circonstances, sont soumises à une loi con» stante dans l'état normal, c'est de battre dans le rapport de 4 à 1 » avec les pulsations artérielles, et d'avoir avec elles une complète so» lidarité (3). Ces battements sont composés d'une série d'ondées ra» pides que je désigne sous le nom de trémulation nerveuse. Tous les » modes vitaux, physiologiques ou pathologiques, trouvent leur raison » d'être dans la diversité du rhythme trémulatoire, etc. »

Renvoyé à une commission composée de MM. Serres et Andral, c'est-à-dire enterré dans les oubliettes académiques, ces messieurs tenant les cordons du poêle, mon mémoire, dont on m'avait pourtant demandé un résumé pour le publier dans le fascicule hebdomadaire, n'eut pour tout *requiem* que ces mots, que je trouve à la page 53 du tome XLV: « M. Combes lit un mémoire sur la circulation nerveuse. » Après le simple titre, rien! C'était si peu que je pensai que la docte Académie, y compris son secrétaire M. Flourens, ne jugeait pas mes idées dignes du plus léger examen, et qu'il n'y avait pas la plus petite perle dans tout le fumier d'Ennius! Et je me disais que depuis plus de vingt ans je m'étais fourvoyé dans mes recherches et halluciné dans mes observations.

Quelque stoïcien que l'on soit, on ne voit pas sans regret s'écrouler un édifice que l'on élève depuis si longtemps; aussi j'avoue qu'il m'est advenu une certaine joie lorsque j'ai appris, en lisant le compte rendu de la séance de l'Académie des sciences du 15 mars 1858, que son secrétaire M. Flourens, à propos de sensibilité récurrente et de mouvements réflexes (toutes choses que, comme ce savant professeur, je crois fort anti-physiologiques), adoptait entièrement les idées que huit mois auparavant j'avais eu l'honneur d'exposer en sa présence, et exprimait son opinion en ces termes: « Cette sensibilité de retour, cette sensibilité récurrente, est le premier trait *de ce que j'appelle la circulation nerveuse.* » (*Bull. de l'Acad. des sciences*, tome XLVI, p. 504).

Je ne chercherai point à dissimuler mon bonheur de voir adopter le mot de *circulation* par un homme aussi considérable et surtout aussi compétent en la matière que M. Flourens, d'autant que pour moi cette désignation dérive judaïquement de *circulus*, et implique la marche circulaire du mouvement nerveux; d'autant plus encore que cette donnée physiologique est loin, toujours selon moi, de se borner à la sèche et stérile énonciation d'un fait, et se trouve grosse de conséquences pour la pathologie et la thérapeutique; mais j'avoue que j'aurais été plus heureux encore si après ces mots: « *Que j'appelle circulation nerveuse*, » M. Flourens avait ajouté ceux-ci: « *D'après la désignation qui en a été donnée par M. Combes dans un mémoire lu à l'Académie dans la séance du 13 juillet 1857.* »

Agréez, etc. E. COMBES, D.-M.-P.

Paris, le 18 mai 1858.

Mon cher docteur,

Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* du mardi 18 mai 1858 le passage suivant, qui se rapporte aux mémoires sur les maladies qui affectent les ouvriers qui préparent le sulfate de quinine.

« A l'époque où a été publié le premier travail de M. Chevallier sur ce sujet, on a contesté qu'il en ressortît la preuve de l'existence d'une maladie spéciale. Dans une nouvelle communication qu'il vient de faire dans la dernière séance de l'Académie, M. Chevallier maintient les mêmes propositions; sont-elles mieux démontrées? C'est ce que nous ne pourrions dire, n'ayant sous les yeux, de ce travail, que les conclusions. »

Adressant à l'Académie des sciences un travail sur les ouvriers qui s'occupent de la fabrication du sulfate de quinine, j'ai eu pour but de signaler une affection cutanée qui se développe chez quelques ouvriers qui travaillent dans les fabriques où l'on prépare ce sulfate, affection qui chez certains individus les force de discontinuer le travail, qui chez d'autres leur interdit même la fréquentation des fabriques, puisque la maladie se déclare de nouveau avec une très-grande rapidité.

C'est à cause du doute qui avait été exprimé que j'ai confirmé mes recherches; aussi, dans ce second travail, je fais connaître diverses observations:

1° Celle du sieur Voisin, qui, en juillet 1847, a été traité à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles;

2° Celle du sieur Levesque;

3° Celle du sieur Raimbault.

De plus, en décembre 1837, j'ai fait constater par M. le docteur Duchesne, membre du conseil de salubrité, la maladie qui a affecté les nommés Leleu (Remy), Hegelin (Léonard), Tertuyeaux (Pierre). Ce praticien a suivi ces malades, qui tous trois appartenaient à une fabrique de sulfate de Vaugirard.

En outre, j'ai envoyé chez M. le docteur Rayer des ouvriers qui, employés à la fabrique de sulfate, avaient été atteints de la maladie que j'ai signalée.

Je vous prie d'être bien convaincu que si je combats le doute qui a été exprimé, je ne le fais que parce que je suis convaincu; j'ai vu et j'ai fait voir.

Relativement au mémoire présenté par M. Rayer à l'Académie des sciences, j'en ai conservé une copie; j'ai aussi des pièces à l'appui de ce que j'ai avancé, je vous les communiquerai quand vous le voudrez.

Je suis, etc. A. CHEVALLIER.

On nous écrit de Contrexéville:

« D'importantes améliorations ont été apportées depuis un an à l'établissement des eaux, et la saison s'est ouverte le 21 mai dernier sous les plus favorables auspices. Un concours immense de visiteurs nous est promis pour cet été, et la nouvelle administration se met déjà en mesure d'arrêter le programme de fêtes splendides. Lorsqu'on songe que la station minérale de Contrexéville est celle qui, à juste titre, reçoit peut-être le plus grand nombre de malades atteints d'affections des voies urinaires, il est un peu permis de douter du succès des bals que l'on organise; mais à part cette réflexion peu sérieuse, laissez-moi vous dire que de très-grands efforts sont tentés en ce moment pour rendre aux graveleux et aux goutteux le séjour des Vosges le plus agréable possible. C'est là un grand progrès que médecins et malades appelaient de tous leurs vœux depuis plus de cent ans. »

— M. A. Devergie commencera sa clinique sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 4 juin, à 8 heures et demie du matin, et la continuera les vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau, mardi 1er juin, à sa clinique de la rue Larrey, 8, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à onze heures précises du matin. (Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.)

(1) Sauf la différence des fonctions, qui ne sauraient être les mêmes.

(2) Les différences rhythmiques constituent à elles seules la diversité des idiosyncrasies et des prétendus tempéraments, dont la division adoptée n'a pas le moindre fondement.

(3) Rien n'est plus facile que de percevoir la trémulation nerveuse: il suffit pour cela de mettre le bout de ses doigts auriculaires dans chaque oreille correspondante, et bientôt on distingue deux bruits parfaitement distincts, l'un qui est dû à la pulsation artérielle, et isochrone à celle du cœur, l'autre beaucoup plus fréquent, et qui paraît venir des profondeurs de l'oreille interne. Ce bruit, qui n'a jamais été mentionné par les physiologistes, donne le type du rhythme nerveux. Lorsqu'il s'exagère ou se modifie, il produit des bruits, des sons, des bourdonnements, des sifflements perçus par le malade; lorsqu'il disparaît, on devient sourd, comme on perd toute affection sensitive dans les organes où il vient à s'éteindre.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 64. — JEUDI 3 JUIN 1858. (31e ANNEE.) N° 64. — JEUDI 3 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JUIN 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la fièvre puerpérale a continué aujourd'hui. Prise un peu à court entre une série de rapports sur les eaux minérales et un comité secret, l'Académie n'a pu entendre qu'un seul des orateurs inscrits.

L'intervention de M. Guérin dans ce débat devait nous surprendre moins que tout autre. Nous savions, pour avoir suivi et étudié ensemble, il y a douze ans, une épidémie de fièvre puerpérale, que M. Guérin avait à porter dans le débat des faits et des vues qui lui sont propres.

L'absence du retrait de l'utérus après l'accouchement, comme point de départ d'une série de phénomènes pathologiques plus ou moins directement liés à la fièvre puerpérale, est le fait principal sur lequel M. Guérin a appelé l'attention. De ce fait, qui a lui-même sa raison d'être dans les conditions de faiblesse ou de prédisposition morbide des nouvelles accouchées, découlent en effet, en vertu de lois organo-physiques, l'altération et la putréfaction sur place des liquides lochiaux, leur résorption ou leur transport de toutes pièces au sein de l'économie, par les voies directes de communication de l'utérus avec la cavité abdominale. Tandis que le retrait physiologique de l'utérus, en expulsant le sang des vaisseaux et en empêchant l'accès de l'air dans la plaie utérine, la convertit en une plaie fermée et lui assure ainsi tous les bénéfices physiologiques de l'occlusion, l'absence de retrait, au contraire, place cette même plaie dans les conditions les plus défavorables des plaies découvertes. C'est donc à une plaie suppurante d'une nature spéciale, *sui generis*, que l'on a affaire dans ces circonstances. Si à ces conditions locales on joint la part qui revient à l'*état puerpéral*, à l'influence du milieu infectieux où se trouvent les accouchées, à l'épidémie enfin, on a la formule étiologique à peu près complète de la fièvre puerpérale.

Telle est l'idée principale que M. Guérin a développée dans son discours, idée qui a pour assises des faits nombreux que nous avons été à même de constater, et qui conduit à une pratique prophylactique qu'on devra prendre en sérieuse considération.

La discussion est maintenant près de son terme. La liste des orateurs inscrits sera probablement épuisée dans une ou deux séances tout au plus. Il ne restera plus à entendre que le résumé de M. Guérard. Ce sera donc bientôt le moment de chercher nous-même à recueillir nos impressions, et à déduire le produit net de toutes ces savantes élucubrations.

Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur agrégé.

Expériences sur les effets de la ligature de l'œsophage (1).

Dans un premier article, j'ai cherché à établir quel rôle joue la ligature de l'œsophage dans les recherches toxicologiques, en m'appuyant, comme je l'ai dit, sur les travaux publiés par différents expérimentateurs, et sur des expériences qui me sont personnelles : ces dernières expériences ne sont connues que par une courte lettre que j'ai adressée à l'Académie de médecine en août 1856. Je crois devoir les exposer en détail aujourd'hui, afin que les conclusions que j'en ai tirées puissent être contrôlées.

Comme il n'est pas impossible que la divergence des phénomènes observés après la ligature de l'œsophage dépende d'une circonstance considérée jusqu'à présent comme indifférente, aucun détail n'est superflu pour le lecteur qui veut approfondir la question : aussi, je crois utile de donner des indications que j'ai regretté de ne pas trouver dans d'autres travaux faits sur le même sujet. Dans mes expériences, j'ai toujours, pour aller chercher l'œsophage, fait une incision longitudinale de cinq à six centimètres à la partie médiane du cou, en avant de la trachée-artère, pénétrant jusqu'aux muscles ; puis, abandonnant le bistouri, j'ai ramené l'œsophage, soit avec les doigts, soit avec une sonde cannelée ou une aiguille courbe de Deschamps ; je l'ai bien isolé, car j'ai vérifié que jamais je n'avais compris d'autre organe dans la ligature, et j'ai serré juste autant que je croyais nécessaire pour empêcher le vomissement ; j'ai atteint ce but, et l'œsophage n'a été coupé que deux fois par la ligature. (Exp. 2 et 3, *série D*.) Enfin, pour être complet, j'ajouterai que j'ai employé pour faire la ligature une ficelle mince.

Pour mettre en relief les résultats que je considère comme importants, j'ai divisé mes expériences en quatre séries. Dans la première figurent les animaux qui n'ont pas survécu quarante-huit heures après l'opération ; dans la seconde sont rangés les animaux qui ont survécu plus de soixante-douze heures, et dans la troisième j'ai placé les animaux que j'ai tués dans les quarante-huit heures qui suivaient l'opération. Enfin, la quatrième série est consacrée aux expériences dans lesquelles l'œsophage a été percé en même temps que lié.

SÉRIE A. — *Animaux dont l'œsophage a été lié sans avoir été percé, qui sont morts avant quarante-huit heures.*

1° Chienne de moyenne taille. Œsophage lié le 22 août, à une heure. Pendant l'opération, l'animal s'est vivement débattu, de sorte que la ligature n'a pu être appliquée qu'après une lutte assez longue. Peu de temps après que l'opération est terminée, une grande quantité de salive épaisse, spumeuse et gluante remplit la gueule de l'animal, qui fait de vains efforts tantôt pour l'expulser, tantôt pour l'avaler. Bientôt survient une agitation très-grande accompagnée de convulsions ; les pattes se roidissent et l'animal fait des bonds énormes. Le lendemain, il y a une dyspnée et un abattement très-marqués, qui persistent même après que la ligature est levée. L'animal meurt le 23, à dix heures du soir.

L'autopsie, faite le 24, à une heure, ne nous révèle aucune lésion dans le tube digestif ; seulement l'estomac et le duodénum contiennent une grande quantité de bile. C'est du côté des voies respiratoires que nous observons de graves désordres : une petite couche d'un liquide filant recouvre les parois du larynx et de la trachée-artère ; la muqueuse laryngienne est très-injectée ; la trachée-artère, au niveau des espaces inter-cartilagineux, présente des vascularisations fines, et vers le milieu de sa longueur une ecchymose du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Le lobe antéro-supérieur du poumon gauche est congestionné et ne donne pas de crépitation ; les bronches même les plus fines de ce lobe sont remplies d'un liquide légèrement sanguinolent, et la muqueuse est le siége d'une injection très-marquée.

2° Chien de petite taille. Œsophage lié le 23 août, à trois heures. Opération très-difficile, suivie d'une salivation abondante et de violents efforts pour expulser la salive. La ligature est enlevée le 24, à midi. L'animal est en ce moment très-abattu, il meurt le 24, dans la nuit. A l'autopsie, faite le 25, je trouve dans le larynx et la trachée-artère une arborisation très-fine. Les bronches, remplies d'un liquide spumeux, sanguinolent, sont enflammées.

3° Chien de petite taille. Œsophage lié le 27 août, à onze heures. Après l'opération, il y a un peu de salivation, qui cesse vers une heure ; mais elle reprend dès qu'on place dans la même pièce un animal qui vient d'être opéré et sécrète une grande quantité de salive. L'agitation néanmoins est modérée. Le lendemain la ligature est enlevée ; l'animal est très-abattu et meurt dans la nuit. L'autopsie est faite le 29, à midi. Il y a un peu de salive dans le larynx et dans la trachée-artère : les lobes antéro-supérieurs et moyens du poumon gauche sont noirs et ne donnent pas de crépitation.

4° Chienne de moyenne taille. Œsophage lié le 29 août, à deux heures. L'opération a été longue et difficile, parce que l'animal s'est beaucoup débattu. La salivation ne commence que vers quatre heures, au moment où l'on place dans la même pièce un chien qui salive beaucoup ; pas d'agitation, de l'abattement. La ligature est levée le 30, à deux heures. L'animal boit à quatre heures; mais il reste très-abattu et meurt dans la nuit. L'autopsie est faite le 31, à midi. Le poumon gauche et un lobe du poumon droit sont très-fortement congestionnés : ils sont friables et ne donnent pas de crépitation. Les bronches fines, qui se répandent dans ces lobes, sont pleines d'un liquide spumeux, sanguinolent, très-abondant, qui reflue jusque dans les grosses bronches dès qu'on presse un peu le parenchyme pulmonaire : elles présentent d'ailleurs une injection très-marquée.

5° Petite chienne ressemblant à un king-Charles. Œsophage lié le 30 août, à quatre heures. L'animal, très-vif, s'est beaucoup débattu pendant l'opération : la salivation, les efforts d'expulsion et une grande agitation commencent immédiatement après que la ligature est appliquée. Vers cinq heures l'animal se débarrasse d'une certaine quantité de salive avec ses pattes et il devient calme. Le lendemain je le trouve très-abattu; la ligature est levée à midi. Le 31, l'animal est toujours abattu, il boit, mais il refuse de manger : la respiration est très-pénible. Je tue cette chienne le 1er septembre, à trois heures, par la section du bulbe rachidien; j'en fais immédiatement l'autopsie. La plaie suppure encore; il y a même une suppuration abondante autour de l'œsophage dans le point lié, mais l'œsophage est parfaitement sain. Le larynx et la trachée-artère renferment un peu de salive : les bronches, aboutissant à deux lobes du poumon gauche, sont pleines d'un liquide spumeux, sanguinolent, auquel du reste vient se mêler une grande quantité de sang dès que le parenchyme pulmonaire est incisé. Ces deux lobes du poumon gauche sont rouges, noirs, et présentent des points jaunes ressemblant à de petits abcès.

SÉRIE B. — *Animaux dont l'œsophage a été lié sans avoir été percé, qui ont survécu plus de soixante-douze heures.*

1° Chienne de petite taille. Œsophage lié le 19 août, à deux heures : point de salivation; la ligature est levée le 20, à une heure; l'animal boit de suite; le 21, il mange du pain et du lait, et à partir du 22, il prend tout aliment qui lui est présenté.

2° Chien fort. Œsophage lié le 20 août, à trois heures : point de salivation ; la ligature est levée le 21, à deux heures; immédiatement cet animal boit une grande quantité d'eau; mais il refuse de manger jusqu'au 23. A partir de ce jour il mange parfaitement, il est gai, alerte, en un mot il jouit d'une pleine santé.

3° Chien épagneul de petite taille. Œsophage lié le 22 août, à trois heures. L'animal était très-calme après l'opération, et la salive n'avait pas encore paru chez lui, lorsque le chien (n° 1, *série A*) a été placé à côté de lui. Immédiatement la salivation et l'agitation commencent, pour durer jusqu'à six heures du soir. La ligature est levée le 23; l'animal est tombé dans un abattement qui ne finit qu'avec la mort dans la nuit du 27. L'autopsie, faite le 28, nous fait découvrir des lésions analogues à celles du n° 1, *série A*.

4° Chien épagneul de taille moyenne. Œsophage lié le 23 août, à trois heures. Pas de salivation; pas d'agitation; léger abattement. La ligature est levée le 24, à midi. L'animal boit immédiatement. Jusqu'au 28 il est abattu et refuse de manger. Le 28 il mange un peu, mais la déglutition est pénible et détermine de l'agitation. A partir du 31, il est gai, alerte, et mange sans aucune difficulté. Je le tue le 1er septembre, à trois heures, par la lésion du bulbe rachidien, je l'ouvre immédiatement, et ne trouve aucune lésion ; il y a seulement un épaississement de la muqueuse œsophagienne au point qui avait supporté la ligature.

5° Chien-loup vigoureux, quoique de petite taille. Œsophage lié le 25 août, à deux heures; quoique l'animal se soit pas mal débattu, l'opération n'a pas été longue. Dans les premiers moments il y a un peu d'agitation, mais bientôt le calme revient. Pas de salivation. La ligature est levée le 26, à deux heures. A cinq heures l'animal mange avec appétit. Le lendemain il est très-gai et parfaitement bien portant. A une heure il mange une bonne portion. Je le tue le 28, à quatre heures, par la section du bulbe rachidien. Je l'ouvre immédiatement et ne trouve aucune lésion.

6° Chien de moyenne taille. Œsophage lié le 27 août, à 10 heures : parfaitement calme après l'opération ; pas de salivation. La ligature est levée le 28, à une heure, et immédiatement l'animal se précipite sur les aliments qui lui sont présentés. Je le pends le 1er septembre, à une heure. L'autopsie, faite immédiatement après la mort, ne me permet de découvrir aucune lésion.

7° Chienne de taille moyenne. Œsophage lié le 27 août, à trois heures. Salivation très-abondante; mais cet animal sait parfaitement se débarrasser de sa salive. A cinq heures, elle a rendu une livre de cette salive. Le 28, elle est un peu abattue; mais dès que la ligature est levée elle se précipite sur les aliments. Depuis ce moment elle est en parfaite santé. Je la tue le 1er septembre, à

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 mai.

une heure, par la section du bulbe. L'autopsie est faite immédiatement, et je ne découvre aucune lésion.

Série C. — *Animaux dont l'œsophage a été lié sans avoir été percé, et qui ont été tués dans les quarante-huit heures par la section du bulbe rachidien.*

1° Petite chienne. Œsophage lié le 26 août, à une heure. Peu de temps après l'opération, la salivation commence ; l'animal fait des efforts pour se débarrasser de sa salive ; il est agité et essoufflé. Je le tue à trois heures et demie. Je l'ouvre immédiatement, et je trouve les poumons blancs, le larynx plein de salive. Celle-ci avait même pénétré à 1 pouce environ dans la trachée. Du reste, aucune lésion de l'appareil digestif; seulement, un peu de bile dans l'estomac.

2° Chien de moyenne taille. Œsophage lié le 26 août, à deux heures. Calme complet jusqu'à six heures. A ce moment la salivation et l'agitation commencent. Le lendemain, à midi, il y a encore de la salive dans la gueule de l'animal ; il se plaint beaucoup, la respiration est râlante. Je le tue à trois heures, et je l'ouvre immédiatement ; sauf un peu de salive dans le larynx et un peu de bile dans l'estomac, je ne trouve rien d'anormal dans aucun organe.

3° Petite chienne épagneule. Œsophage lié le 27 août, à trois heures. Immédiatement après l'opération, la salivation commence avec les efforts d'expulsion ; bientôt la respiration devient râlante ; l'animal est tué à quatre heures quarante-cinq minutes, par la section du bulbe ; l'autopsie est faite immédiatement. Le larynx est complétement rempli par une masse de salive épaisse ; les deux tiers inférieurs de la trachée-artère renferment une bonne proportion de cette même salive, et les bronches du lobe antéro supérieur du poumon gauche en sont pleines. Il y a d'ailleurs un peu de bile dans l'estomac, mais du reste aucune autre lésion.

Série D. — *Animaux dont l'œsophage a été percé et lié.*

1° Chien griffon de moyenne taille; opéré le 23 août, à une heure. L'opération a été tres-longue, parce que l'animal s'est beaucoup débattu. Jusqu'au 31, l'animal est dans un grand abattement; ce jour-là il est plus alerte, et mange même un morceau de viande; mais il est pris aussitôt de vomissements assez violents. Il meurt le 3 septembre, dans la nuit.

A l'autopsie, faite le 4 septembre, je ne trouve aucune lésion.

2° Petit chien analogue à un épagneul; opéré le 23 août, à deux heures. L'opération a été assez difficile. L'animal meurt le 28 août, dans la nuit, sans avoir présenté d'autre symptôme que de l'abattement.

A l'autopsie, faite le 29, je trouve l'œsophage coupé en grande partie par la ligature : il y a une suppuration assez abondante autour du point où l'œsophage a été lié; l'estomac et les intestins présentent une coloration blanche qui n'est pas ordinaire; du reste, tous les autres organes sont dans l'état normal.

3° Petite chienne très-vive. L'œsophage a été simplement lié le 30 août, à trois heures : pendant l'opération l'animal s'est beaucoup débattu et beaucoup plaint. Bientôt après ont commencé la salivation, l'agitation et les efforts d'expulsion; la respiration est devenue râlante. Comme ces phénomènes prenaient de plus en plus de gravité, j'ai fait une ouverture à l'œsophage au-dessus de la ligature, à quatre heures. Immédiatement le calme et l'abattement ont succédé à l'agitation. L'abattement a persisté à des degrés variables jusqu'au moment de la mort, le 4 septembre, à deux heures.

L'autopsie est faite immédiatement. L'œsophage était presque complétement coupé au niveau de la ligature; mais du reste il n'y avait aucune lésion dans les autres organes.

Résumé. — Lorsque la ligature de l'œsophage a été convenablement faite, les chiens qui ne salivent pas ne meurent pas, alors même que le lien constricteur reste appliqué pendant vingt-quatre heures. (*V.* exp. 1, 2, 4, 5 et 6, *série B*). Ceux qui salivent et qui se débarrassent facilement de leur salive, résistent aussi parfaitement à cette opération, sans troubles graves de leur santé. (*V.* exp. 7, *série B.*) Parmi les chiens qui salivent et qui ne peuvent se débarrasser de leur salive, quelques-uns (*v.* exp. 1, 2, 3, 4, *série A*) meurent dans les quarante-huit heures qui suivent l'opération; les autres (*v.* exp. 5, *série A*) vivent plus longtemps; et toujours on observe, avant la mort, les symptômes les plus caractéristiques de suffocation: respiration courte, haletante, râlante; agitation, quelquefois convulsions.

Si on tue par la section du bulbe rachidien les animaux qui présentent les symptômes précédents de suffocation, on retrouve cette salive spumeuse, gluante qu'ils ont tant de peine à expulser (parfaitement reconnaissable surtout quand on tue les animaux peu de temps après l'opération), remplissant le larynx et ayant pénétré dans la trachée-artère et dans les bronches.

L'autopsie des chiens opérés ne permet de découvrir que des lésions plus ou moins graves de l'appareil respiratoire, engouement, congestion, inflammation ; l'appareil digestif ne présente que des lésions insignifiantes.

Lorsqu'on pratique une ouverture à l'œsophage au-dessus de la ligature, les animaux opérés ne présentent d'autres symptômes que de l'abattement; ils vivent au moins cinq jours et peuvent vivre jusqu'à onze jours après l'opération.

J'ajouterai aussi que je crois que certains chiens qui n'auraient probablement pas salivé s'ils avaient été abandonnés tout seuls dans une pièce, ont éprouvé l'influence du voisinage d'un animal opéré qui salivait; et cette circonstance très-insignifiante au premier abord pourrait expliquer pourquoi certains expérimentateurs ont vu périr presque tous les animaux qu'ils ont opérés (*V.* exp. 3, 4, *série A*).

Conclusions. — Les chiens auxquels on a lié l'œsophage vivent en général plus de soixante-douze heures après l'opération; quelques-uns meurent dans les quarante-huit heures qui suivent l'opération. Dans ce dernier cas, la mort doit être attribuée, ainsi que l'ont pressenti MM. Follin et Sée, à l'action de cette salive blanche, spumeuse, gluante, qui s'accumule dans le pharynx et pénètre dans le larynx, dans la trachée et dans les bronches.

Les chiens dont l'œsophage a été percé au-dessus de la ligature, vivent au moins cinq jours après l'opération : *chez eux* la salive s'échappe par l'ouverture pratiquée au-dessus de la ligature.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE
dans les dyspepsies;

Par M. le docteur Caron.

Il y a quelques jours à peine, M. le professeur Trousseau examinait, dans des leçons cliniques qui ont été publiées, la question des dyspepsies. Chacun de nous a été à même d'apprécier la méthode avec laquelle il a déduit toutes les considérations pratiques à l'aide desquelles on peut arriver à un diagnostic exact, et par contre, aux indications thérapeutiques les plus importantes. Les quelques articles consacrés à l'étude de ces affections, devenues aujourd'hui si communes, sont incontestablement des plus instructifs pour les élèves, et ne manqueront pas de trouver des appréciateurs parmi les praticiens les plus érudits.

Mais ce qui me détermine aujourd'hui à revenir sur cette question entièrement épuisée par l'éminent professeur, c'est que je ne puis me résigner à laisser passer sous silence certaines considérations relatives à l'emploi de l'acide hydrochlorique dans le traitement de ces affections, et sur lesquelles j'ai déjà plusieurs fois appelé l'attention.

Il semble, en effet, ressortir de l'exposition même du maître, que personne avant lui n'avait pensé à l'administration de cet agent chimique dans les voies digestives ; que cette sorte d'inspiration qu'il indique à ses élèves, comme une nouveauté en apparence des plus contradictoires aux règles de la thérapeutique, conduit cependant à des résultats incontestables et dont il promet l'explication ultérieure.

M. Trousseau ne pouvait y manquer; les déductions théoriques et pratiques ont été formulées avec une précision et une méthode incomparables; mais dans cette exposition, ce qui m'a surtout déterminé à prendre la plume, c'est qu'en énumérant les circonstances particulières qui l'ont amené à employer ce nouvel agent dans le traitement des affections gastro-intestinales, M. Trousseau ait paru ignorer les nombreuses expériences qui avaient été faites, tant en France qu'à l'étranger, sur les propriétés thérapeutiques de cet acide, devenu entre ses mains une sorte de panacée des maladies chroniques de l'estomac.

En effet, il dit (*Gaz. des Hôpit.*, n° 20, 1858, page 78) : « Comment ai-je été conduit à l'emploi des acides dans les dyspepsies liées aux maladies chroniques? Je lisais depuis longtemps dans les journaux anglais, et plus récemment dans quelques opuscules publiés en France par M. le docteur Caron, la relation de dyspepsies traitées par divers moyens, et je remarquais qu'il était de temps en temps question de mixtures avec l'acide chlorhydrique, ne trouvant formulées nulle part d'une façon bien satisfaisante les indications spéciales de ce traitement. »

Je n'oserais contester à mon honorable maître la supériorité avec laquelle il a décrit ces affections ; mais il me semble cependant que les deux articles publiés sur ce sujet dans la *Revue médico chirurgicale* de M. Malgaigne (février 1850 et mai 1852), sans avoir tout le mérite d'une leçon professorale, indiquent cependant assez clairement certaines indications spéciales de cette médication, et d'ailleurs, dans ce travail, j'étais loin de me poser en novateur ; comme on peut le constater, je ne faisais que reprendre des expériences un peu oubliées, mais surtout inachevées, au nouveau point de vue où je les répétais. Je citais Dionis comme m'ayant fourni les moyens de donner une direction à mon expérimentation ; mais, une fois en marche, je ne manquais pas de découvrir dans la science une foule d'observations spéciales où ce médicament avait été mis à contribution par des praticiens dont le temps a respecté les travaux. Je ne parlerai pas des nombreuses circonstances où il a été employé chirurgicalement, ou simplement à titre de collutoire ou de gargarisme.

On trouve de nombreuses relations où Eisenmann conseille l'acide chlorhydrique à l'intérieur, dans le traitement de la blennorrhagie, à la dose d'un demi-gros par jour dans une décoction mucilagineuse. — Copeland conseille l'acide hydrochlorique à la dose de 30 gouttes, trois fois le jour, dans le traitement des calculs urinaires. — Dans le choléra, on voit Reich commencer par l'administration d'un vomitif, donner des boissons froides, et faire prendre la potion suivante :

Mucilage d'althéa.	3 onces.
Acide muriatique.	1 gros.
Esprit de sel dulcifié.	1 gros.
Eau distillée.	8 onces.

M. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Ici, c'est Keill qui préconise l'acide muriatique contre la coqueluche. Hencke, son imitateur, en aurait, en plusieurs occasions, vérifié les heureux effets (en 1812).

Là, c'est Neumann qui les prescrit dans les fièvres intermittentes de la manière suivante :

Écorce de quinquina.	30 grammes.

Faire digérer dans :

Eau commune.	500 —
Acide muriatique.	8 —

Pendant huit heures faites réduire à 250 grammes.

Mêlez. — A prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Shilenius a préconisé l'acide hydrochlorique en injections dans les leucorrhées des femmes scrofuleuses.

Kapp recommande particulièrement l'acide hydrochlorique à l'intérieur dans le traitement des maladies chroniques de la peau avec surcroît de nutrition locale (hypertrophie).

Basdow, dans la pustule maligne, administre l'acide hydrochlorique à la dose de 4 grammes toutes les deux heures sans indiquer le véhicule.

Authenrieth rapporte plusieurs observations d'une épidémie de scarlatine dans lesquelles les lavements vinaigrés, l'acide hydrochlorique et les fleurs de benjoin lui ont rendu les plus grands services.

Sachs conseille la potion suivante dans les cas de scorbut et d'ulcères scorbutiques des gencives :

Acide muriatique.	15 grammes.
Eau de framboise.	250 —

Mêlez. — Une cuillerée à bouche toutes les heures ou deux.

Zeller attribue les propriétés thérapeutiques du calomel à l'acide hydrochlorique qui entre dans sa composition.

Voici encore Joerdem et Hopp qui signalent les bons effets de cet acide dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes.

Acide muriatique.	8 grammes.
Sirop de framboises.	60 —
Eau de cerises noires.	90 —

Mêlez ; une ou deux cuillerées à bouche toutes les heures.

Enfin Asmaud rapporte l'observation très-détaillée et fort intéressante d'une syphilis constitutionnelle, consécutive à une blennorrhagie rebelle au calomel et au sublimé, qui céda à l'acide muriatique administré à l'intérieur concurremment avec les bains nitro-muriatiques.

En vérité, je ne puis me résigner à croire maintenant que M. Trousseau, dont l'érudition est si vaste, dont les travaux se répartissent sur tant de sujets aussi divers, ait eu besoin de cette fortuite occasion d'un touriste, pour aborder l'étude des propriétés médicatrices de l'acide hydrochlorique, et que jusqu'en 1856 il ait complétement ignoré les travaux qui se poursuivaient dans la science sur cette question. Ce qui m'étonne encore davantage, c'est que dans un article tout récent on persiste à dire « que M. Trousseau, en parlant de ce médicament, et tout en le préconisant le premier en France, a eu soin d'indiquer qu'il avait puisé dans les auteurs anglais l'idée de cette médication ; mais, ajoute-t-on, ce que ni Culley ni les auteurs anglais n'avaient fait, c'était de préciser les indications. »

J'en demande enfin pardon à l'auteur de ce dernier article et à l'honorable professeur lui-même; mais est il donc si insignifiant d'avoir fourni cette observation du vomissement incoercible au début d'une grossesse, arrêté par l'emploi de cette potion, contenant 1 gramme 50 centigrammes d'acide hydrochlorique, et tant d'autres qui ont rapport à des altérations évidentes des fonctions digestives, qui sont le résultat de maladies organiques plus ou moins anciennes.

Est elle donc si ambiguë, si obscure, la formule qui a été communiquée dans la *Revue médico chirurgicale* de 1850 et 1851?

Je ne voudrais pas que, dans ce court exposé, on vît seulement une réclamation de priorité de ma part. Je tenais seulement à rétablir un fait qui me paraissait un peu légèrement avancé, et qui, jusqu'à un certain point, semblait refuser aux différents auteurs que j'ai cités la participation bien légitime qu'ils peuvent réclamer dans l'introduction d'un agent médicateur aussi important.

Il vient d'acquérir une valeur encore plus grande par les considérations pratiques qu'a présentées à son occasion le médecin de l'Hôtel-Dieu; il restera, pour ceux qui avant lui avaient étudié cette question, la consolation de voir fécondée par un homme aussi distingué une idée qui n'avait fait que germer dans leur esprit, et à moi la satisfaction d'avoir rendu à chacun la part qui lui revient dans cette question.

RÉTENTION DES RÈGLES
par suite d'une imperforation de la matrice, compliquée d'une imperforation de l'hymen ; opération ; guérison.

Par M. le Dr Picard, à Guebwillers (Haut-Rhin.)

Le 5 avril 1858, se présenta à notre consultation une jeune fille de Bowiller (Haut-Rhin), Marie R..., âgée de dix-neuf ans; constitution un peu grêle, tempérament lymphatique. Elle nous raconte qu'elle est malade depuis deux ans; ses règles ne se sont jamais montrées. La maladie a débuté par des coliques sourdes qui ont peu à peu augmenté, et des douleurs dans la région lombaire. Elle a déjà suivi plusieurs

traitements internes sans résultat. La physionomie exprime la souffrance, ses traits sont amaigris ; depuis plusieurs semaines, dit-elle, les douleurs sont devenues presque intolérables, et s'exaspèrent surtout vers le soir, au point de lui avoir enlevé le sommeil et l'appétit ; ses forces diminuent de jour en jour.

A l'exploration de l'abdomen, nous trouvâmes sur la ligne médiane une tumeur considérable dépassant l'ombilic d'environ six centimètres, fluctuante, douloureuse à la pression. L'examen des parties génitales fit reconnaître la présence d'un hymen complet, sans trace d'orifice. Le diagnostic était facile. Il s'agissait d'une rétention des règles résultant de l'imperforation de cette membrane. Toutefois, faisons remarquer que dans les observations analogues relatées dans la science, l'hymen se présentait sous la forme d'une tumeur fluctuante, faisant saillie hors des parties génitales, et qui avait frappé l'attention des malades. Dans ce cas particulier l'hymen avait sa direction normale ; en refoulant cette membrane en doigt de gant on réagissait très-peu sur le globe utérin, et la pression de ce dernier ne produisait qu'une très-faible tension de l'hymen.

Je proposai aux parents de pratiquer une opération, et elle fut fixée au lendemain.

La malade ayant été assise dans un fauteuil, je fis la ponction de l'hymen au moyen d'un trocart ordinaire ; il s'écoula immédiatement quelques cuillerées de sérosité jaunâtre, lactescente, mais *pas de sang*. La petite plaie ayant été agrandie avec le bistouri, de manière à permettre l'introduction du doigt dans le vagin, je trouvai ce conduit très-étroit, court et rempli, dans sa partie supérieure, par le segment postérieur du globe utérin, mais il me fut impossible de reconnaître la présence d'un col ou d'un orifice. Il y avait donc imperforation de l'utérus. L'indication thérapeutique était manifeste et je la remplis aussitôt. Au moyen du même trocart, guidé par l'indicateur gauche, je ponctionnai la portion de tumeur qui faisait saillie dans le vagin. Aussitôt il sortit par la canule un liquide visqueux, brunâtre, couleur chocolat, sans odeur. L'écoulement se fit très-lentement en raison de la viscosité du liquide, et pour le rendre continu, j'étais obligé par moments de comprimer la matrice, dont le volume diminuait graduellement.

La malade supporta parfaitement cette opération. Néanmoins, au bout d'une heure et quart, je crus devoir la suspendre de peur de trop fatiguer la jeune fille, et surtout pour éviter les accidents qui auraient pu résulter d'une évacuation trop prompte de l'utérus ; le volume de cet organe avait environ diminué de moitié.

Au moment où la malade allait me quitter, elle fut prise subitement de coliques assez vives. Une heure après, on m'appela en toute hâte auprès d'elle ; les douleurs abdominales étaient devenues très-intenses, l'écoulement avait continué spontanément, et, en même temps que le liquide brunâtre, s'étaient échappés quelques caillots sanguins et un peu de sang fluide ; le ventre était tendu et sensible au toucher, comme dans une péritonite ; le pouls était accéléré. Les douleurs diminuèrent par l'application de quelques cataplasmes de graine de lin, et deux heures après la malade pouvait être transportée à son domicile à une distance d'environ deux lieues.

Le lendemain, on vint nous dire qu'elle avait passé une bonne nuit ; elle n'éprouvait plus que quelques coliques peu intenses, un peu d'ardeur en urinant, et un peu de douleur à la plaie de l'hymen ; l'écoulement avait continué, et le ventre s'était affaissé. — Cataplasme et lotions de guimauve.

Le liquide brunâtre qui s'était écoulé de la matrice était un mélange de sang un peu altéré et du mucus utérin.

Au bout de quelques heures, il s'était pris en une gelée très-consistante.

L'analyse chimique y fit reconnaître de l'albumine et de la fibrine, et l'examen microscopique des globules sanguins un peu déformés et des globules muqueux.

Trois jours après, la malade était parfaitement rétablie ; l'écoulement avait continué, et avait été remplacé vers la fin par un liquide glaireux. Les douleurs lombaires avait entièrement disparu ; la jeune fille avait repris de l'appétit et du sommeil, et pouvait vaquer à ses occupations habituelles.

Le 19 avril, sur mon invitation, elle revint me voir. Je reconnus à l'exploration de l'abdomen que la tumeur hypogastrique avait entièrement disparu ; la plaie de l'hymen s'était presque refermée, et j'eus de la peine à pratiquer de nouveau le toucher vaginal ; la matrice faisait encore saillie dans le vagin ; je ne pus y distinguer de col, mais je crus sentir un petit orifice, qui devait être le vestige du col ou le résultat de la ponction ; la matrice me parut encore être plus grosse qu'à l'ordinaire, peu mobile, et comme enclavée dans le petit bassin.

J'aurai soin de suivre cette malade, afin de savoir si à la prochaine époque menstruelle les règles apparaissent normalement, et je m'empresserai de compléter cette observation.

DÉLIGATION CHIRURGICALE.

Bandage en caoutchouc. — Appareil destiné à maintenir les pièces de pansement sur la région de l'aine.

L'art des bandages et appareils a fait, dans ces derniers temps, un pas considérable, et depuis l'application du caoutchouc à la fabrication des bandages, il est peu d'indications qu'on ne puisse parfaitement remplir. Un simple regard jeté en arrière pourrait nous faire apprécier les avantages que nous retirons chaque jour de ces intelligentes créations. Mais il est des inventions que nous connaissons peu dans notre pays, tandis que les praticiens les plus distingués d'Angleterre en font chaque jour les plus heureuses applications. Parmi les hommes qui ont rendu de cette manière le plus de services à l'art, nous pouvons placer en première ligne un ancien chirurgien de la marine, M. Bourjeaurd.

Réduit à l'état de fil souple et délié, le caoutchouc se plie maintenant, grâce aux travaux de ce confrère, à toutes les exigences de la pratique. Tantôt c'est un tissu qui, s'appliquant parfaitement sur l'abdomen, le soutient dans l'état de grossesse ou tient réduites les diverses espèces de hernies ; tantôt ce sont des bas qui se moulent merveilleusement sur les jambes variqueuses, et remplacent tous les bas lacés dont on s'est servi jusqu'à présent. Est-il rien de plus commode que son suspensoir, qui remplit réellement toutes les conditions de ce bandage ? Dans tous les cas où la pression doit être douce et mesurée, le caoutchouc, disposé selon les procédés de M. Bourjeaurd, obéit complétement à la volonté du médecin.

On connaît toute la difficulté qu'on trouve à maintenir des pièces de pansement sur la région de l'aine : les spicas, les carrés de la cuisse, les divers appareils inventés selon les circonstances, réussissent quelquefois à remplir l'indication, lorsque le malade est couché. Mais que le malade se lève, marche, et aussitôt le spica se relève, forme corde ou se desserre et se trouve sans la moindre utilité. C'était là un problème intéressant à résoudre, et dont M. Bourjeaurd, à la demande de M. de Mérie, de *Royal free Hospital*, vient de donner une solution très-satisfaisante.

La planche ci-contre demande à peine une explication. Une pièce de tissu élastique, sorte de bandage de corps, embrasse la partie inférieure du tronc (n° 1), et présente au-dessus, du côté souffrant, trois boutons. Une seconde pièce (n° 2) entoure la cuisse malade et présente en haut une pièce de taffetas (n° 3), dont le bord supérieur est percé de trois ouvertures correspondant aux boutons dont nous venons de parler. Les pièces de pansement une fois appliquées sur un bubon, etc., on n'a plus qu'à relever et à boutonner la pièce de taffetas. Voici donc un appareil parfaitement fixé au-dessus des crêtes iliaques, et se moulant doucement sur la cuisse ; grâce à sa compression, il ne monte ni ne descend, et remplit ainsi les indications qu'on obtient si rarement au moyen d'autres bandages : maintien des pièces de pansement, le malade étant debout et pouvant vaquer à ses occupations.

Nous ne terminerons pas ces quelques lignes, dans lesquelles nous avons voulu signaler un mode de déligation d'une incontestable utilité, sans exprimer le regret de voir le proverbe : *Nul n'est prophète dans son pays*, parfaitement applicable encore dans cette circonstance. En France, nous avons vu dans ces derniers temps naître un instrument et un mode opératoire précieux et appelé à rendre les plus grands services dans toutes les opérations où l'hémorrhagie est à craindre. Eh bien, l'écraseur linéaire est à peine connu dans notre pratique, tandis qu'en Angleterre, en Amérique et partout, — excepté en France, — il a fait son chemin de la manière la plus brillante. M. Bourjeaurd est Français, ses idées sont ingénieuses, ses applications brillantes. Nos malades souffrent, nous pourrions avec ses inventions leur créer des jours moins douloureux, mais il faut encore traverser le détroit pour y voir le succès de ses tissus élastiques.

Et nunc erudimini.

SUR UNE ALTÉRATION DE LA VISION

particulièrement observée sur des marins.

Par M. le docteur H. TAYLOR.

Le docteur H. Taylor, de Liverpool, a eu fréquemment l'occasion d'observer sur des marins cette affection des yeux, qui consiste dans les phénomènes suivants : fatigue des yeux et de la tête, impossibilité de distinguer du bord les feux de terre, photopsie, mouches volantes, affaiblissement de la vision pour les objets distants ou rapprochés. L'auteur rapporte six observations qui offrent la plus grande similitude : ce sont des matelots qui, après un temps de navigation plus ou moins long, surtout dans les régions tropicales, après avoir passé de longues et fréquentes nuits à veiller *au bossoir*, pour éviter de se rencontrer avec d'autres navires, sont arrivés à un affaiblissement de la vision qui les rend incapables de distinguer les *feux* de terre pendant la nuit, et de lire un caractère ordinaire d'impression sans l'aide de verres convexes. Pour le docteur Taylor, cette affection serait la perte de la faculté d'accommodation de l'œil, à laquelle il faut remédier par l'usage des verres convexes.

J'ai observé moi-même bien des fois l'affection dont parle le docteur H. Taylor, sur les matelots et officiers des navires sur lesquels j'ai navigué pendant deux ans, sur tout le littoral de la Méditerranée. C'est l'amblyopie presbytique telle que l'a parfaitement décrite mon savant maître, le Dr Sichel. Elle se présente dans les circonstances et avec les caractères suivants : le régime et la nourriture du bord, l'air de la mer, l'usage des alcooliques et du tabac, voilà des causes permanentes d'excitation qui ont pour principal effet d'amener une constipation opiniâtre, de là une tendance à la congestion du sang à la tête : dans le jour, soleil ardent, brûlant, bien qu'il soit tamisé à travers la toile des tentes ; chaleur étouffante, surtout sur les bâtiments en fer, en été, dans les parages de Malte, sur les côtes d'Algérie, de Tunis, d'Egypte, de Syrie et de Grèce ; voilà encore une grande cause de congestion céphalique : ajoutez à cela le service de nuit ; pour l'officier de quart, il a à veiller pendant quatre heures, et, tout ce temps, surtout dans un passage difficile, l'Archipel grec, par exemple, il a sa lunette devant les yeux pour chercher à découvrir soit les navires, de crainte d'abordage, soit les atterrissages, s'il est un peu près de terre ; pour les matelots, ils ont chacun une heure de *bossoir*, où, sans cesser d'un seul instant, ils doivent constamment veiller aux obstacles rapprochés ou distants qui peuvent entraver la marche du navire.

Cette contention d'esprit et des yeux a encore pour conséquence la congestion du sang à la tête ; dans cet état le malade éprouve des maux de tête souvent continuels, il a de la photopsie, des mouches ; la vue est affaiblie aussi bien pour les objets rapprochés que pour les objets distants, souvent même il y a de la douleur intra et circumorbitaire.

Quel est le traitement ? Des lunettes à verres convexes, dit le docteur Taylor. Il est vrai que les matelots à qui il avait donné ce conseil ne l'ont pas suivi ; un matelot en lunettes ne pourrait pas rester quinze jours à bord : il serait la risée de ses compagnons, et les officiers, ne pouvant avoir confiance en lui, le feraient bientôt rayer des *rôles* du bord. Voici le traitement que j'employais, d'après les indications données par M. Sichel : combattre la constipation, supprimer le quart de nuit, pendant lequel les yeux sont trop fatigués par des efforts de vision pendant toute une heure sans interruption, et surtout abstention de toutes espèces de lunettes, casquette à large visière au soleil. L'usage de verres convexes soulage momentanément la vision, mais bientôt les efforts d'adaptation de l'œil aux verres employés entretiennent et augmentent l'amblyopie en congestionnant l'œil et le cerveau : donc abstention totale de verres à numéros. — Tel est le traitement que j'ai employé, je m'en suis toujours bien trouvé. (*Union médicale*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juin 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret rendu le 22 mai et par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Ch. Robin, dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Amussat.

Sur l'invitation de M. le président, M. Ch. Robin prend place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Vivert sur une épidémie d'angine scarlatineuse qui a régné dans la commune de Thilouze (Indre-et-Loire) ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans les départements des Basses Alpes, de la Sarthe, de la Charente-Inférieure, de Seine-et-Marne, du Gers, de Tarn-et-Garonne, de Saône-et-Loire, d'Indre-et-Loire et de la Marne. (Comm. des épidémies) ;

3° L'envoi d'échantillons d'eaux minérales de Vals (Ardèche), pour être analysés dans le laboratoire de l'Académie ;

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales suivantes :

Avènes (Hérault), par M. le docteur Papeyre ;

Encausse (Haute-Garonne), par M. le docteur Camparan ;

Provins (Seine-et-Marne), par M. le docteur Chevalier ;

Castera-Verduzan (Gers), par M. le docteur Mattet ;

Plombières (Vosges), par M. le docteur Sibille,

Trébas (Tarn), par M. le docteur Fournié ;

Monestier (Hautes-Alpes), par M. le docteur Chabraud ;

Niederbronn (Bas Rhin), par M. le docteur Kuhn ;

Les eaux des départements des Landes, par MM. les médecins inspecteurs. (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Frémaux adresse une note sur la fièvre puerpérale.

M. le docteur Heyfelder, de Saint Pétersbourg, communique une observation d'ablation complète de mâchoire inférieure. (M. Huguier, rapporteur.)

M. le docteur Bourguet, de Rhodez, adresse un mémoire sur les revaccinations. (Comm. de vaccine.)

M. Hirtz, médecin cantonal à Saverne, adresse une note sur l'application des connaissances anatomiques et physiologiques de la partie inférieure du bassin à la construction des siéges. (Comm. M. Chevallier.)

M. Auban, pharmacien à Lyon, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté.

— M. DEPAUL dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Galigo, un travail sur l'hygiène et les maladies de l'enfance.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° Sur l'eau minérale de Saint-Romain-le-Puits près Saint-Etienne (Loire). Cette eau, comme beaucoup d'autres du bassin houiller de la Loire, appartient à la classe des eaux acidules, bi-carbonatées, sodiques, calcaires et magnésiennes.

M. le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

2° Sur une source d'eau minérale découverte à Casteljaloux (Lot-et-Garonne).

M. le rapporteur demande l'envoi de nouveaux échantillons de cette eau, les premiers n'ayant pu être analysés.

3° Sur une eau minérale découverte à Champbon près Châteauneuf (Puy-de-Dôme). Cette eau appartient à la classe des eaux bi-carbonatées, sodiques et calcaires assez communes dans ce département.

M. le rapporteur propose d'autoriser l'exploitation à titre de simple buvette. (Adopté.)

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La parole est à M. J. Guérin.

M. GUÉRIN. Je devrais peut-être demander pardon à l'Académie d'intervenir dans ce débat; on trouvera sans doute que j'ai l'air de me mêler d'affaires qui ne me regardent pas. Je n'y apporte pas, il est vrai, une autorité qui puisse être comparée à celle de M. Dubois ou de M. Cazeaux; mais la spécialité dans l'art ne m'a jamais fait oublier la généralisation en matière de science : *Medicus sum, nihil medici a me alienum puto*.

Les observations que j'ai à communiquer à l'Académie ne sont d'ailleurs pas tout à fait étrangères à mes travaux ordinaires; on a beaucoup parlé dans cette discussion de plaie utérine; c'est à ce titre surtout que je suis en droit d'y intervenir.

Frappé, dès 1846, du caractère tantôt bénin, tantôt très-grave, des suites de couches, je n'ai pu rapporter cette différence à des conditions individuelles; je me demandais s'il n'y avait pas là en jeu un ordre de faits physiologiques particuliers; plus tard, recherchant toutes les occasions capables de confirmer ou de modifier mon opinion, j'eus l'occasion de la mettre au creuset de l'observation; j'observai de près à l'Hôtel-Dieu avec M. Louis une épidémie, et c'est principalement sur 51 observations recueillies pendant cette épidémie par M. le docteur Brochin que j'ai pu baser ma conviction.

Tout le monde sait que la matrice, au lieu de se contracter normalement après l'accouchement, reste quelquefois globuleuse, facile à sentir au-dessus de l'ombilic; cette circonstance me paraît mériter plus d'attention qu'on ne lui en a donné généralement.

Mais d'abord, n'ayant pas trouvé dans les auteurs classiques des données exactes sur ce sujet, j'ai relevé les observations de 21 femmes accouchées normalement; j'y trouve que chez 16, qui ne présentèrent aucun symptôme maladif, l'utérus était descendu au-dessous de l'ombilic après le troisième jour; tandis que 5, chez lesquelles l'utérus dépassait encore ce niveau le quatrième ou le cinquième jour, ont présenté quelques phénomènes, tels que frissons, etc., qui étaient une espèce de transition à l'état pathologique.

Or le retrait physiologique de l'organe qui expulse le sang des vaisseaux, les fronce et empêche l'accès de l'air à la plaie utérine, la convertit en plaie fermée, qui s'organise immédiatement sans formation d'une membrane pyogénique; et en effet les lochies, dans la période physiologique, ne contiennent pas de pus; on y trouve seulement des leucocytes en rapport avec le sang modifié de la surface placentaire. Aussi n'y a-t-il pas plus de fièvre que dans la cicatrisation d'une plaie quelconque par première intention; elle manque totalement dans les seize observations que j'ai citées.

Lorsque, au contraire, l'utérus reste globuleux, il est creusé, comme je l'ai constaté par des autopsies, d'une cavité à parois criblées d'orifices béants, et remplie de sang, de pus, etc., en voie de putréfaction dans un espace confiné; souvent d'ailleurs pour combler le vide qui ne peut exister dans l'utérus, ce ne sont pas seulement les liquides qui affluent, mais encore l'air qui y arrive facilement; en effet, le col est toujours plus ou moins entr'ouvert, et le vagin lui-même peut rester plus ou moins béant.

Dès lors la plaie utérine, placée dans des conditions tout autres qu'à l'état physiologique, convertie en plaie extérieure, suppurera inévitablement avant de s'organiser, sans que j'entende soutenir du reste qu'elle se cicatrise comme une plaie ordinaire.

Mais ce n'est pas tout : l'air qui pénètre dans l'utérus favorise la décomposition putride des caillots et des lochies; il agit sur les orifices vasculaires déchirés; tout le monde sait que les lochies deviennent plus ou moins purulentes et changent d'odeur dans ces conditions.

D'autre part, les trompes, qui établissent une libre communication entre la cavité de l'utérus et le péritoine, me paraissent devoir jouer un rôle considérable.

L'observation vient confirmer, sanctionner toutes ces conséquences des conditions physiologiques; je n'ai pas besoin d'insister sur les caillots, le putrilage dans l'utérus, etc.; mais en rapportant le pus qu'on trouve parfois dans les trompes à une inflammation de leur muqueuse, on s'est ordinairement trompé; le putrilage contenu dans l'utérus passe plus souvent dans les trompes, où on le rencontre parfois sans trace d'inflammation; d'autres fois il y produit une inflammation secondaire. Toujours est-il que dans ces conditions nous voyons l'utérus rempli d'éléments putrides communiquer, d'une part, avec l'atmosphère, et, de l'autre, avec le péritoine.

On comprend d'ailleurs facilement par quel mécanisme l'air pénètre dans l'utérus : je l'ai déjà indiqué tout à l'heure. On ne me dira pas que l'utérus est trop dépressible, trop mou, pour pouvoir exercer une sorte d'appel sans s'affaisser; il conserve, en effet, toujours assez de consistance. La suppression des lochies, qu'on a eu, je crois, tort de ramener à une simple rétention, concourt encore, de son côté, à produire ce résultat.

C'est donc à une plaie suppurante, cette fois-ci, pathologique, *sui generis*, que nous avons affaire dans ces conditions; mais il y a là une foule d'éléments dont je suis bien éloigné de méconnaître l'importance : c'est d'abord l'état *puerpéral*, état certainement bien déterminé et très-différent de l'état physiologique; c'est auparavant déjà, la commotion initiale, la résolution de tout le système nerveux, la nouvelle existence renfermée dans l'existence de la femme.

De plus, l'influence d'un milieu où l'air est saturé des émanations d'une foule d'accouchées, dont beaucoup atteintes de fièvre puerpérale, doit modifier puissamment l'organisme; et en temps d'épidémie, il y a en outre des émanations toxiques dont l'intensité d'action est fort bien connue; il y a, comme dans les épidémies de choléra, un poison qui imprègne l'air, et dont tout le monde ressent l'influence.

La plaie utérine emprunte d'ailleurs un caractère spécial non-seulement à ses dispositions anatomiques particulières, mais encore à la spécialité fonctionnelle de cette partie de l'utérus, qui est soudainement délivrée d'une fonction importante, en même temps que celle-ci passe aux mamelles.

Ainsi donc, ce n'est pas à une plaie ordinaire que nous avons affaire, mais à une plaie survenue au milieu d'éléments physiologiques spéciaux, baignée de caillots, de liquides spéciaux, décomposés d'une manière spéciale, bref, à une plaie *spécialisée*.

Si nous voulons arriver à une conception vraie de la fièvre puerpérale, il faut que nous nous éclairions des lumières de la physiologie; c'est elle qui nous a rendu un compte facile de l'élément nouveau que j'introduis dans la discussion; j'ajouterai ici que l'air renfermé dans la matrice exercera une influence d'autant plus délétère, que c'est un air confiné, renfermé dans un cloaque où il s'altère profondément.

Nous avons vu que dans les cas où les couches ne constituent qu'un état physiologique, l'utérus ne restait pas gonflé, et que sa plaie guérissait avec tous les caractères d'une plaie physiologique; dans cinq cas, au contraire, que je plaçais sur les limites de l'état pathologique et de l'état physiologique, la plaie a présenté un commencement d'altération; seulement l'utérus a pu encore, en se contractant, le ramener aux conditions physiologiques.

Quand le trouble est plus grave, les lochies retenues peuvent être résorbées ou ne plus être sécrétées; elles peuvent passer dans les trompes, et j'appelle particulièrement l'attention de l'Académie sur le rôle que ces organes paraissent jouer dans la fièvre puerpérale.

L'imminence du passage des liquides utérins à travers la trompe est dénotée dès le début, avant le frisson, par l'existence des cordons qu'on sent du côté des annexes; ce qui prouve que le liquide séro-purulent contenu dans le péritoine a souvent suivi cette voie, c'est qu'on le rencontre d'abord aux environs des trompes, dans le petit bassin.

Une autre preuve qui m'est personnelle et qui me semble très-concluante, c'est que le liquide épanché dans le péritoine occupe seulement la surface du paquet intestinal, les intervalles triangulaires qui existent entre deux anses intestinales et le péritoine pariétal. Cette migration du pus se conçoit parfaitement. Il suffit de considérer que j'ai démontré expérimentalement qu'à certains moments la pression intra-péritonéale est inférieure à celle de l'atmosphère.

Ainsi s'explique l'introduction dans le péritoine de liquides altérés, putréfiés, empoisonnés; cela s'applique encore aux vaisseaux, et nous comprenons ainsi très-bien l'intoxication générale.

Je crois avoir tenu compte, dans ma formule, de toutes les conditions dans lesquelles se développe la maladie. Quant à sa nature, je ne puis me refuser à y voir une maladie spéciale. En effet, si la forme de la réaction suffit souvent pour nous faire connaître les maladies spéciales, notre tâche est bien plus simple quand nous connaissons les divers éléments spéciaux dont elles se composent.

Or, ici nous trouvons la spécialité dans les fonctions et dans les dispositions anatomiques de l'utérus, dans les liquides qu'il contient, etc.; et cette longue série de faits non spécifiques nous permet, certes, de conclure à la spécialité de la maladie.

La spécialité peut d'ailleurs se cacher sous une très-grande diversité de formes symptomatiques; dans les formes les plus variées, la fièvre puerpérale est toujours la fièvre puerpérale, et je ne vois pas d'inconvénient à la laisser subsister avec ce nom. La spécificité se trouve dans ses diverses conditions étiologiques; il y a assez longtemps que j'ai signalé l'importance des causes spécifiques sur lesquelles M. Trousseau a depuis insisté avec tant de raison.

Pressé par le temps, je ne puis ici développer davantage ma pensée; je me borne donc, en terminant, à résumer en quelques mots l'ensemble de mes observations.

1° La plaie placentaire, à la suite de l'accouchement, se présente sous deux états physiologiques différents : comme plaie *fermée*, non exposée, suivant qu'elle reste et se cicatrise à l'abri du contact de l'air, c'est-à-dire s'organise immédiatement; comme plaie *exposée*, *suppurante*, suivant qu'elle reste en communication plus ou moins permanente avec l'atmosphère.

2° Les conditions physiologiques qui décident de l'un ou de l'autre de ces deux états sont la persistance du gonflement de l'utérus, dont le retrait s'arrête sous l'influence d'une sorte d'inertie ou de paralysie, et la persistance de l'ouverture du col et du vagin dépendant de la même cause.

3° Les accidents pathologiques qui sont liés directement à la condition de la plaie utérine suppurante sont les suivants : altérations spéciales des caillots sanguins et des lochies; suppression plus ou moins complète de la sécrétion lochiale remplacée par la suppuration; résorption des liquides altérés par les veines, les lymphatiques et le passage des mêmes liquides à travers les trompes utérines.

4° La fièvre puerpérale, qui a son principal point de départ dans cette altération *sui generis* de la plaie utérine, doit comprendre, dans sa formule étiologique, l'*état puerpéral* antérieur du sujet, l'*infection* ou l'*intoxication puerpérale* résultant du milieu infecté; comme le caractère de la plaie utérine exposée comprend la nature particulière de la plaie, du liquide qui la baigne, et de la fonction spéciale dont elle était le siége immédiat.

5° La fièvre puerpérale, considérée comme effet collectif et comme résultant de tous ces éléments étiologiques, peut et doit conserver cette dénomination et rester comme une maladie à part, dont la nature et les caractères sont aussi distincts que les éléments étiologiques qui lui donnent naissance.

6° La fièvre puerpérale épidémique n'est que la fièvre puerpérale ordinaire, à laquelle vient s'adjoindre une plus grande dose du miasme puerpéral porté à sa plus haute propriété toxique; et la fièvre puerpérale foudroyante n'est elle-même que la plus haute expression de cet empoisonnement.

7° La contagion de la fièvre puerpérale existe comme fait de transmission de la maladie d'un individu à un autre; elle se présente sous deux formes principales : sous la forme *infectieuse* miasmatique générale et sous la forme d'inoculation directe utérine. Les deux formes sont presque toujours simultanées chez les femmes qui accouchent dans les maternités.

8° Le traitement de la fièvre puerpérale présente deux grandes indications : 1° favoriser la cicatrisation immédiate de la plaie utérine; 2° ramener, autant que possible, la plaie utérine, qui tend à suppurer, à la condition physiologique de plaie fermée. Les moyens propres à remplir cette double indication sont le seigle ergoté administré immédiatement après l'accouchement, et lorsque l'inertie de l'utérus paraît vouloir persister. Les autres indications sont fournies par les différents états par lesquels passent l'utérus, ses annexes et l'économie entière sous l'influence de l'altération et de la résorption des liquides utérins.

9° L'étude approfondie de la fièvre puerpérale, la considération de ses divers éléments pathologiques s'accordent avec les résultats de la statistique pour faire considérer les établissements de maternités comme institutions dangereuses et meurtrières, et demander, comme un grand progrès, la suppression radicale de ces établissements, sous quelque forme et sous quelque dénomination qu'ils se présentent.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée de présenter une liste de candidats pour une place d'associé national.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La mort de M. le baron Ph. Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vient de donner lieu aux mutations suivantes dans les hôpitaux de Paris :

M. Robert, chirurgien de Beaujon, passe à l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Boyer, décédé.

M. Malgaigne, chirurgien de Saint-Louis, passe à Beaujon en remplacement de M. Robert.

M. Richet, chirurgien de Saint-Antoine, passe à Saint-Louis en remplacement de M. Malgaigne.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de Lourcine, passe à Saint-Antoine en remplacement de M. Richet.

— Quelques mutations ont aussi lieu parmi les pharmaciens des hôpitaux de Paris :

M. Roussel, pharmacien de Lourcine, passe à Necker (place créée).

MM. Morin et Méhu, pharmaciens nommés au dernier concours, sont attachés le premier à Lourcine, en remplacement de M. Roussel; le second à l'hôpital du Midi, en remplacement de M. Nouvelon, décédé.

— L'Académie de médecine, dans son comité secret d'hier, a dressé une liste de candidats pour une place d'associé national. Cette liste est composée comme suit : en 1re ligne, M. Léon Dufour; en 2e ligne, M. Cap; en 3e ligne, M. Girardin (de Rouen). L'élection aura lieu mardi prochain.

— Par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique, il est ouvert un concours pour six places d'agrégés à répartir de la manière suivante dans les trois écoles supérieures de pharmacie de l'empire, savoir :

Ecole supérieure de pharmacie de Paris, section des sciences physiques, trois places;

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, section des sciences physiques, une place; section des sciences naturelles, une place;

Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, section des sciences naturelles, une place.

Ce concours s'ouvrira à Paris le 1er décembre 1858.

— Nous apprenons qu'un déplorable accident vient d'arriver à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. Ceccaldi. Un malade auquel on allait pratiquer l'ablation d'un testicule, et qui avait été soumis aux inhalations de chloroforme, a succombé avant le commencement de l'opération. Nous espérons pouvoir publier prochainement les détails de ce fait.

— MM. Deroubaix et Pigeolet, professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, viennent d'être nommés membres correspondants de l'Académie de médecine de Belgique.

— Un médecin honorable et honoré vient d'être enlevé à la science. M. le docteur Desruelles, chevalier de la Légion d'honneur, ancien principal d'armée, professeur au Val-de-Grâce, et auteur d'ouvrages estimés, vient de mourir à l'âge de 68 ans, aux Ternes.

— Le doyen des médecins du Bas-Rhin, M. Jean-Michel Steinbrenner (de Wasselonne), ancien chirurgien des armées, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-neuf ans. Il avait été reçu, d'après les formes anciennes, le 11 décembre 1787.

— Un nouveau journal de médecine, *la Presse médicale de Marseille*, vient de paraître dans cette ville. Les rédacteurs de cette feuille désirent prouver que le talent n'existe pas seulement à Paris, à Lyon, à Strasbourg, à Bordeaux et à Toulouse, et que Marseille compte aussi des médecins réellement distingués. La *Gazette des Hôpitaux*, fondée par le si regretté F. Fabre, *Phocéen* et *docteur*, ne saurait que partager cette opinion, et accueillir ce nouveau confrère avec la plus franche cordialité et les souhaits de succès les plus sincères.

— Le docteur L. Leclerc vient de publier dans la *Gazette médicale de l'Algérie* la formule suivante, employée dans le traitement de la syphilis chez les Kabyles :

Prenez *Zdoûq*, mercure.	15 grammes.	
Toûtya, sulfate de cuivre.	4	—
Zendjâr, acétate de cuivre. . . .	4	—
Chnâdeur, sel ammoniac.	6	—

Triturez séparément les substances solides; mélangez-les dans un vase neuf ou bien propre, avec de l'eau d'écorce de noyer. Ajoutez le mercure. Agitez de nouveau et réduisez en pâte. Partagez en six parties et faites autant de tablettes que vous ferez sécher.

Chacune de ces tablettes servira pour une fumigation.

Le traitement durera trois jours, et chaque jour on pratiquera une fumigation matin et soir.

A cet effet, remplir une marmite de charbon, casser la tablette en deux et la jeter sur les charbons. Le sujet s'accroupit par-dessus la marmite, en ayant soin de se couvrir parfaitement avec son burnous, la bouche fermée, les narines et les oreilles bouchées avec de la laine. Le médecin ou bien un aide concourent à garantir la face du malade contre les vapeurs. La fumigation dure un quart d'heure environ.

Pendant les trois jours de traitement, le malade ne doit pas manger salé, pas d'huile, de figues ni de viande, hormis la viande de mouton et du pain non salé. Il se confine dans sa maison, se garantit du froid, boit de l'eau chaude et mange de la salsepareille.

De la Délivrance (thèse inaugurale), par M. le docteur LABORIE-SIMONET. A Paris, chez Rigoux.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 65. — SAMEDI 5 JUIN 1858. (31e ANNÉE.) N° 65. — SAMEDI 5 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Adhérence anormale du placenta.

Dans les conditions normales de l'accouchement à terme, après l'expulsion du fœtus, le placenta se décolle dans toute son étendue sous l'influence du seul retrait de l'utérus. Ce décollement s'opère avec d'autant plus de facilité qu'il a été préparé en quelque sorte de longue main. En effet, à mesure que la grossesse s'avance, les adhérences de l'œuf avec l'utérus vont en s'affaiblissant de plus en plus, si bien que le terme de la grossesse arrivé, ces adhérences sont si faibles, qu'il suffit du retrait de l'utérus pour achever de les détruire. Cependant, les choses ne se passent pas toujours avec cette régularité et cette simplicité. Comme toutes les lois physiologiques, cette loi a aussi ses exceptions, ses anomalies. Ainsi, il peut arriver de deux choses l'une : ou les adhérences persistent et elles sont trop fortes au moment de l'accouchement pour que la rétraction spontanée de l'utérus et même les tractions opérées sur le cordon puissent les détruire ; ou bien, au contraire, elles sont trop faibles ; et dans ce cas elles peuvent être détruites prématurément, c'est-à-dire avant l'expulsion du fœtus et lors des premières contractions utérines.

Des accidents plus ou moins graves peuvent résulter de l'une ou l'autre de ces dispositions. Il importe que le praticien soit fixé sur la gravité des faits de ce genre, sur leur cause, et surtout sur la conduite à tenir en pareil cas.

L'adhérence anormale du placenta après l'expulsion du fœtus a été observée tout récemment dans la pratique de M. le professeur P. Dubois, et a fait le sujet de l'une de ses dernières leçons cliniques. On trouvera tout à la fois dans cette relation un exemple du genre d'accident dont il s'agit et un enseignement pratique utile.

Une jeune femme que M. Dubois assistait l'avant-veille du jour où il a rapporté le fait à sa clinique, avait déjà, dans deux grossesses précédentes, éprouvé des accidents tout à fait semblables à ceux qu'elle présentait en ce moment : retard de la délivrance, produit par une adhérence du placenta, hémorrhagie, etc.

La reproduction de ces accidents dans deux accouchements successifs avait engagé cette jeune femme, qui habite la province, à venir faire ses couches à Paris et à se confier aux soins de M. Dubois. Pendant le cours de cette dernière grossesse, deux mois avant d'accoucher, elle avait été prise d'une douleur très-vive dans un point de l'utérus, avec réaction fébrile. M. Dubois et M. Rayer appelé en consultation, avaient reconnu une inflammation locale, circonscrite des parois de cet organe, qui céda heureusement à un traitement antiphlogistique. Arrivée au terme régulier de sa grossesse, cette femme était accouchée naturellement après un travail facile et même très-prompt. L'expulsion du fœtus avait eu lieu sans écoulement de sang. Après avoir attendu vingt-cinq minutes, la délivrance ne se faisant point, M. Dubois fit quelques tractions sur le cordon ; ainsi qu'il s'y attendait, il survint alors une hémorrhagie : immédiatement il intervint en procédant au décollement et à l'extraction du placenta. Il y avait lieu de s'attendre à une résistance à peu près inévitable de la part du col de l'utérus, qui, comme on le sait, se rétracte toujours lorsque le placenta ne se présente pas à l'orifice immédiatement après l'expulsion du fœtus. Les tractions et les titillations exercées avec les doigts pour chercher à saisir le cordon le plus près possible de son insertion au placenta, auraient suffi d'ailleurs pour produire cette rétraction.

Il existe ordinairement en pareil cas, du moins lorsque le placenta occupe le fond de l'utérus, un second obstacle à franchir ; c'est le rétrécissement, l'espèce d'étranglement circulaire qui se forme entre le col et le fond de l'organe, ce qui lui donne cette forme de sablier ou de calebasse par laquelle on a cherché à figurer cette disposition. Mais il n'en était pas ainsi dans ce cas, le placenta étant placé plus près du col que du fond, sur la paroi postérieure et un peu latérale de la matrice. Il n'y avait donc qu'un seul obstacle à vaincre, la rétraction du col. Cet obstacle fut vaincu sans trop de difficulté. Mais la main une fois introduite dans la matrice, M. Dubois reconnut qu'elle était dans la cavité de l'amnios, en contact par conséquent de toutes parts avec une surface lisse qui n'offrait aucune prise aux doigts. Cette circonstance, jointe au peu de liberté des mouvements, rendait impossible la manœuvre nécessaire pour aller chercher l'un des bords du placenta et en opérer le décollement, de l'un des points de sa circonférence vers son centre. Dans cette position difficile, où il n'était possible de se guider d'après aucune règle fixe, M. Dubois se décida à perforer le placenta près de son centre avec le doigt, de manière à le décoller peu à peu et graduellement du centre vers la circonférence. Cette manœuvre réussit. Le placenta put être ainsi décollé en totalité et extrait d'une seule pièce. Sitôt cette extraction opérée, l'utérus revint sur lui-même et l'hémorrhagie s'arrêta.

Les adhérences placentaires se présentent sous deux conditions très-différentes : Les adhérences sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire avec décollement partiel. Dans le premier cas, l'adhérence n'a pas d'autre effet que d'entraîner le retard de la délivrance. Dans le second cas, il s'ensuit nécessairement une hémorrhagie.

Pourquoi le décollement partiel du placenta donne-t-il lieu à une hémorrhagie, tandis qu'il ne s'en produit point lorsque le placenta est entièrement décollé ? Lorsque le placenta est complétement décollé et dès qu'il vient d'être détaché, tous les orifices des vaisseaux qui établissaient la communication utéro-placentaire s'oblitèrent, et la circulation utérine rentre dans ses limites normales. Quand le placenta n'est que partiellement décollé, au contraire, la circulation utéro-placentaire continuant à se faire dans toute l'étendue de l'adhérence, l'afflux sanguin se continue également sur toute la paroi utérine, dont les vaisseaux restés béants laissent échapper le sang à mesure qu'il y arrive.

Quelles sont les causes de ces adhérences insolites ?

On a dit qu'elles étaient produites par la transformation du tissu cellulaire mou et friable qui constitue le moyen d'union du placenta à la matrice en tissu fibreux solide. D'autres les considèrent comme étant le résultat d'une inflammation préalable des parois utérines. Cette dernière opinion est la plus généralement adoptée.

Dans le cas qui vient d'être rapporté, il y aurait eu quelques raisons pour penser que les choses s'étaient passées ainsi. La malade, comme on vient de le voir, avait été prise dans le cours de sa grossesse d'une douleur vive dans un point de l'utérus, qui a fait présumer, avec toute apparence de fondement, l'existence d'une inflammation locale. Cependant, M. Dubois, qui avait d'abord paru disposé à admettre cette relation, l'a éloignée en second lieu de son esprit, lorsqu'il a pu constater le point d'insertion du placenta qui ne correspondait nullement au point du globe utérin où avait été ressentie la douleur deux mois auparavant.

De ce que l'exploration ultérieure a fait constater que l'insertion du placenta avait lieu sur un point autre que celui où s'était fait sentir la douleur inflammatoire, est-ce une raison suffisante pour admettre qu'il n'y a eu dans ce cas aucun lien entre l'inflammation des parois utérines et l'adhérence anormale du placenta. Pour nous, nous ne saurions considérer cette conséquence comme rigoureuse. Les douleurs qui s'irradient d'un foyer inflammatoire peuvent se faire sentir dans un point plus ou moins éloigné de ce foyer, alors que ce foyer lui-même n'est point douloureux. Témoin le point de côté de la pneumonie. Sans vouloir assimiler ici complétement les conditions anatomiques et organiques de ces deux affections, on peut du moins jusqu'à un certain point se servir par analogie de ce qui a lieu dans l'une, pour chercher à se rendre compte de ce qui peut se passer dans l'autre. Ce n'est du reste qu'une simple question que nous posons. Nous aurons prochainement d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce point incident, à l'occasion d'une thèse toute récente sur la *placentite*, sujet qui se rattache de près, comme on voit, à celui qui nous occupe.

Nous ne terminerons pas sans rappeler le précepte pratique formulé par M. le professeur P. Dubois, à l'occasion du fait qui précède, relativement à la durée de l'expectation qu'il convient d'observer en présence d'un pareil retard de la délivrance. M. Dubois est d'avis qu'il ne faut jamais attendre plus d'une heure, une heure et demie au maximum. Passé ce terme, si la délivrance ne s'effectue pas spontanément, il faut procéder à la délivrance artificielle. Il nous a rapporté à ce sujet le cas d'une femme accouchée en ville, et chez laquelle on avait attendu pendant deux jours. Cette malade, affaiblie par l'hémorrhagie qui avait été la conséquence du décollement incomplet du placenta, fut soumise à de nouvelles tentatives opérées par le chef de clinique et puis par lui-même. Mais l'épuisement des forces et la douleur causée par ces tentatives réitérées, la firent succomber avant qu'on eût pu parvenir à détruire toutes les adhérences

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien; traduction de M. DAREMBERG. — Tome II.

Dans ce second volume de la traduction des *Œuvres de Galien*, nous continuons à suivre l'étude de l'*utilité des parties du corps*. Si la lecture du premier nous a déjà fait voir combien ce grand médecin avait de connaissances positives sur les points les plus délicats de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, nous allons en trouver ici des preuves non moins curieuses, non moins convaincantes. Constatons d'abord que, comme nous le pratiquons aujourd'hui, Galien faisait reposer ses assertions sur l'anatomie, sur la physiologie expérimentale et sur la pathologie. Les vivisections lui étaient familières, et il y procédait avec la méthode la plus rigoureuse : on en trouve un exemple frappant (p. 231) dans celle qui a pour but de démontrer que ce sont les uretères qui conduisent dans la vessie l'urine sécrétée par les reins, contrairement à l'opinion d'Asclépiade, qui *soutient que la boisson avalée passe réduite en vapeur dans la vessie, et que là, grâce au rapprochement de ces vapeurs, elle reprend son ancienne forme, et de l'état de vapeur revient à celui de liquide.*

Mais c'est surtout dans les vivisections de la moelle épinière que Galien se montre un homme supérieur ; elles en font notre contemporain. Je le laisse parler : « On vous a appris que les incisions transversales qui coupent entièrement la moelle privent de sensibilité et de mouvement toutes les parties du corps situées au-dessous, attendu que la moelle tire de l'encéphale la faculté de la sensation et celle du mouvement volontaire. Vous avez vu encore dans les dissections que les incisions tranversales (de droite à gauche ou de gauche à droite) de la moelle qui s'arrêtent à son centre ne paralysent pas toutes les parties inférieures, mais seulement les parties situées directement sous l'incision ; les droites, quand c'est la partie droite de la moelle qui est coupée ; les gauches, quand c'est l'autre partie. » (P. 579.)

Ces expériences sont, comme on le voit, déjà fort remarquables, surtout quand on songe qu'elles datent de près de deux mille ans ; mais ce n'est pas tout, et voici Charles Bell bien devancé dans la découverte des deux espèces de racines qui entrent dans la composition des nerfs. En rapportant un exemple de paralysie de la sensibilité des doigts, Galien dit textuellement (p. 581) : « ... Les médecins ne savent même pas qu'il y a pour les nerfs des *racines spéciales* qui se distribuent au derme du bras entier, et *auxquelles* il doit la *sensibilité*, et *d'autres* qui donnent naissance aux rameaux qui *meuvent* les muscles. »

Ajoutons qu'il avait une connaissance parfaite de la double destination affectée aux nerfs qui se rendent aux organes des sens ; les uns, *mous*, pour la fonction (vision, goût, odorat, ouïe) ; les autres, *durs*, pour les mouvements : les nerfs mous, s'insérant sur la partie qui est l'instrument propre de la sensation ; les nerfs durs, allant aux muscles (pages 462-463).

J'ai dit que ces données physiologiques fournies par les vivisections étaient contrôlées par la pathologie ; en voici la preuve, p. 598 : « Dans les cas où la moelle elle-même éprouve une affection propre au côté gauche ou droit..... toutes les parties inférieures du corps situées directement sous le côté affecté éprouvent une lésion dans leur sensibilité et leur mouvement. Quand la moelle épinière tout entière est affectée, toutes les parties gauches et droites situées sous la partie lésée sont également paralysées. »

Aujourd'hui nous avons, de plus que Galien, l'anatomie pathologique pour confirmer ou infirmer la justesse de nos diagnostics. Mais ici elle ne lui aurait rien appris de plus ; elle n'aurait pu modifier en rien ses idées ni sur le siége de la maladie, ni sur les indications du traitement : elle n'eût été qu'un instrument superflu dans l'espèce, de vérification et de contrôle.

Après avoir terminé son traité sur l'*utilité des parties*, Galien aborde l'étude des *facultés naturelles*, qui sont au nombre de quatre. On les trouve dans toute partie qui se nourrit : l'*attractive*, qui attire ce qui lui est propre ; l'*altérante*, qui assimile ; la *rétentive*, qui retient ce qu'elle est destinée à attirer ; l'*expulsive*, qui rejette ce qui lui est contraire. Ce sont les *servantes de la nutrition*. C'est par la faculté attractive du rein, du foie, etc., que l'urine, la bile, etc., se séparent du sang. La nutrition et l'accroissement étant communs aux animaux et

placentaires. Ce funeste résultat eût certainement été prévenu si l'on se fût conformé au précepte que nous venons de mentionner.

Rétention d'urine ayant duré six mois.

M. Baillarger a communiqué à la Société de médecine du département de la Seine le fait suivant, qui s'est passé récemment dans son service à la Salpêtrière.

Dans le mois de janvier dernier, entrait à la Salpêtrière une jeune fille qui avait été séduite. Sa mère nous raconta qu'elle était enceinte de trois mois, et qu'à partir du moment de la conception, elle avait présenté les troubles intellectuels qui l'amenaient à l'hospice. Sa folie était une mélancolie avec stupeur des plus prononcées; elle restait dans une immobilité complète, ne paraissant avoir aucune connaissance de ce qui se passait autour d'elle. En palpant l'abdomen, on sentait effectivement une tumeur arrondie dépassant le pubis. Pendant les premières semaines de son séjour à l'hospice, M. Baillarger examina à plusieurs reprises le ventre, mais sans y attacher autrement d'importance; il lui sembla, en effet, que l'utérus se développait; il y avait des vomissements le matin, la malade accusait de fréquentes envies d'uriner. Au bout de six semaines environ, cette jeune fille guérit de sa maladie mentale. Le ventre conservait toujours son volume; cependant la malade affirmait n'avoir jamais senti de mouvements. Un matin, M. Baillarger ne fut pas peu surpris de trouver le volume du ventre considérablement diminué; il n'y avait eu cependant ni écoulement d'eaux par le vagin, ni hémorrhagie. La malade dit alors que cela venait de ce qu'elle pouvait mieux retenir ses urines et qu'elle urinait moins souvent et davantage à la fois. Jusque-là, ajouta-t-elle, elle urinait fréquemment, sept à huit fois dans les vingt-quatre heures, mais en très-petite quantité chaque fois.

Cette révélation fut un trait de lumière. On introduisit une sonde dans la vessie, et on retira deux litres d'urine qui y étaient restés encore. Les règles, qui avaient manqué depuis six mois, ont reparu à dater de ce moment.

Voilà donc une rétention d'urine, incomplète bien entendu, qui a duré six mois sans provoquer aucune douleur, et qui en a imposé pendant tout ce temps pour une grossesse. On conçoit très-bien l'insensibilité de la vessie pendant la durée de la mélancolie, cela n'a rien qui doive surprendre; mais ce qui a plus lieu de surprendre, c'est la persistance de cette insensibilité, durant six semaines encore après la guérison de l'affection mentale.

Quant à la méprise à laquelle cette rétention d'urine aussi prolongée a donné lieu, ce n'est pas la première de ce genre. Il n'est presque pas de médecin qui n'ait eu connaissance de prétendues grossesses qu'un simple cathétérisme a fait disparaître. M. Richard a rappelé, à cette occasion, deux affections qui, influençant toutes deux également la vessie, donnent lieu à de ces rétentions d'urine plus ou moins prolongées qu'on a pu prendre quelquefois pour une grossesse; ce sont l'hystérie et le rhumatisme. Dans l'hystérie, dit M. Richard, on observe tantôt des douleurs vives lors de l'émission des urines, une véritable cystite du col; tantôt, au contraire, une rétention d'urine qui, lorsqu'elle persiste, est suivie d'incontinence.

L'affection rhumatismale du col de la vessie se rencontre fréquemment aussi, mais il arrive souvent qu'on ne la rattache pas à sa véritable cause; c'est au rhumatisme, suivant M. Richard, qu'il faut rattacher un grand nombre de ces cas qu'on a nommés névralgies du col : ici encore deux formes distinctes, ou bien besoin impérieux d'uriner revenant à de courts intervalles, ou bien encore rétention d'urine, suivie d'incontinence, lorsque l'état morbide persiste.

Sans doute dans la plupart de ces circonstances une exploration attentive, et surtout l'auscultation, auraient pu lever toute incertitude à l'égard d'une prétendue grossesse. Mais dans le cas particulier de M. Baillarger, outre qu'aucune circonstance impérieuse n'avait nécessité une exploration rigoureuse, tout concourait si bien à faire croire à l'existence d'une grossesse, que l'erreur était facile.

Quant au traitement que peut nécessiter cet état d'atonie ou de semi-paralysie de la vessie, contre lequel M. Baillarger n'avait encore opposé aucun moyen à l'époque de sa communication (on s'était borné jusque-là à sonder la malade matin et soir), nous pensons, ainsi que M. Raoul Leroy (d'Étiolles) en a exprimé l'opinion à cette occasion, que le moyen le plus efficace serait l'emploi de l'électricité, dont M. Michon a fait de si heureuses applications en pareil cas. Toutefois, avant que de recourir à un traitement qui ne laisse pas que de présenter toujours quelques difficultés, à cause des appareils qu'il nécessite et d'une certaine habitude qu'il suppose dans leur maniement, ce serait le cas d'essayer d'abord les moyens plus simples qu'on a proposés, tels que des injections médicamenteuses ou même de simples injections d'eau froide dans la vessie.

Traitement des ophthalmies purulentes des nouveau-nés.

Le service des nourrices de l'hôpital Necker est un vaste champ d'observation et d'étude pour les ophthalmies purulentes des nouveau-nés. M. le professeur Natalis Guillot, à qui est confiée la direction de ce service, a été conduit, par une longue expérience, à adopter une méthode dont l'application rigoureusement exécutée paraît donner des résultats avantageux. Voici l'exposé de cette méthode, que nous empruntons à un article publié par M. le docteur Achille Foville dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

Lorsqu'on n'a affaire qu'à une simple conjonctivite, sans produit ou presque sans produit purulent, on se borne à faire quelques lotions avec de l'eau fraîche et à instiller entre les paupières quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent, dans la proportion de 1 gramme de nitrate pour 30 grammes d'eau distillée. Ce collyre, à peine caustique, suffit dans ces formes légères pour modifier efficacement la muqueuse enflammée, et on obtient une guérison complète en en continuant quelque temps l'usage deux ou trois fois par jour.

Mais lorsque, ce qui arrive le plus souvent en ville, et quelquefois même à l'hôpital, on a négligé ou laissé passer inaperçue cette première période de la maladie, et que l'on se trouve en présence de l'ophthalmie purulente confirmée, dont nous n'avons pas besoin de rappeler ici les caractères ni la marche rapide et si promptement menaçante, il y a alors indication urgente de modifier énergiquement et dans toute son étendue la muqueuse oculo-palpébrale. Mais pour agir sur cette membrane, il faut d'abord la débarrasser des produits purulents qui la baignent et la tapissent; or c'est précisément là que gît la principale difficulté, la plupart des moyens de lotions ordinaires étant insuffisants. Il faut, pour atteindre ce but, une colonne liquide projetée avec assez d'énergie pour pénétrer entre les paupières et débarrasser complétement toute leur surface interne.

M. N. Guillot se sert à cet effet de l'irrigateur Eguisier, dont le jet est dirigé dans les yeux du jeune malade à une distance de 20 ou 30 centimètres; l'eau pénètre entre les paupières, les soulève, distend leurs sillons et leurs culs-de-sac, et entraîne dans son mouvement rapide tous les produits étrangers qu'elles renferment.

Cette petite opération, très-simple en apparence, exige néanmoins d'être pratiquée par une main exercée. On peut, à l'aide d'un robinet, faire varier l'impulsion du liquide; mais il ne faut pas craindre d'employer un jet assez fort.

Chaque injection dure un quart ou une demi-minute.

La muqueuse oculaire, une fois débarrassée de la sorte de tout produit purulent, est facilement accessible à l'agent modificateur. Celui-ci consiste en une solution concentrée de nitrate d'argent composée de :

Eau distillée.	4 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé. . . .	1 —

Voici de quelle manière M. N. Guillot fait procéder à l'application de ce collyre :

L'enfant étant couché sur le dos, on lui en verse quelques gouttes dans le grand angle de l'œil; on écarte alors les paupières, et tout le liquide ainsi déposé entre dans l'espace sous-palpébral et en atteint facilement toutes les parties. On renouvelle ces applications de collyre trois fois par jour, en ayant soin de faire chaque fois une injection détersive.

Lorsque la suppuration est très-abondante, on pratique une ou deux injections d'eau entre chaque application de collyre.

Une grande et rapide amélioration suit ordinairement l'emploi de ces moyens simples; on peut alors éloigner les injections et affaiblir la dose de nitrate d'argent.

L'usage seul peut apprendre à graduer l'emploi de ces moyens suivant l'intensité de chaque cas particulier.

TUMEUR BLANCHE DE L'ARTICULATION TIBIO-FÉMORALE.

Par M. le docteur CARADEC, de Brest.

Les tumeurs blanches ont été considérées avec raison comme l'une des affections chroniques dont la guérison était le plus difficile à obtenir. La nature du mal, son siége, la gravité de ses symptômes, sa terminaison si souvent funeste, tout en un mot est de nature à effrayer le malade, à décourager le médecin. Le fait suivant montrera, je l'espère, que si le mal semble au-dessus des ressources de l'art, le médecin n'en doit pas moins redoubler d'efforts et de soins, et recourir à tous les moyens indiqués par une saine thérapeutique, s'il veut lutter et triompher des divers obstacles qui se présentent à lui.

Allègre, Louis, âgé de dix-neuf ans, habitant à Kulligre, village situé à deux kilomètres de Brest, de taille moyenne, de tempérament lymphatique, de constitution délicate et chétive, ayant perdu sa mère phthisique dès ses premières années, a un teint pâle, comme terreux, les cheveux châtains, les yeux foncés, le système musculaire peu développé. Employé chez M. Letort, maître serrurier à Brest, depuis près de trois ans, il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de septembre 1853, époque où il ressentit les premiers symptômes de l'affection qui l'oblige à venir réclamer aujourd'hui mes soins. Ayant toujours mené une vie régulière et laborieuse, n'écoutant que son courage, il voulut continuer ses travaux; mais la douleur, le gonflement augmentant dans l'articulation fémoro-tibiale droite, la marche devint de plus en plus pénible et bientôt impossible.

Interrogé, il me dit n'avoir point fait de chute sur le genou, n'avoir reçu aucun coup, mais que depuis deux ans il a commencé à avoir des douleurs qui ont été en augmentant continuellement. A ces douleurs succédèrent bientôt de la chaleur, de la tuméfaction dans l'articulation, qui amenèrent un gros bouton qu'il désignait sous le nom de clou, et qui était l'ouverture fistuleuse destinée à livrer passage au pus qui s'échappait de l'articulation. Jusqu'au 15 mars 1855, époque où il vint me trouver, il avait éprouvé des alternatives de mieux et de pire, mais depuis le mois de janvier, tous les symptômes déjà signalés augmentaient; depuis quelques jours, il éprouvait de la fièvre.

Le genou droit, mesuré à l'articulation, offre une circonférence de 0,49 centimètres, en faisant passer une ligne d'un des condyles à l'autre; tandis que celui de gauche ne présente que 0,33. Il est déformé, tuméfié; les saillies et les enfoncements qu'il présente à l'état normal n'existent plus; le malade y éprouve des élancements très douloureux. La peau est tendue, rouge, luisante, et présente, à un demi centimètre au dessous de l'articulation et à la partie interne, une ouverture fistuleuse par laquelle s'échappe du pus. Par le toucher on y sent de l'induration, excepté aux environs de la fistule, où il y a de la fluctuation. La palpation est très-douloureuse. Par la pression, la peau se déprime lentement en laissant échapper du pus par la fistule; le sang afflue dans les capillaires dès que les doigts sont retirés. Les mouvements de l'article sont très-douloureux et presque nuls. Le malade a perdu l'appétit et le sommeil.

La position où se trouvait ce jeune homme donnait peu d'espoir de le guérir; j'avais ici à lutter contre bien des obstacles, et quoique la constitution et le tempérament parussent avoir joué le rôle le plus important dans le développement de cette affection, je craignais que l'état de faiblesse où se trouvait mon malade ne permît pas aux

---

aux plantes, la sensation et le mouvement volontaire étant propres aux animaux, ces opérations doivent être attribuées, les premières à la nature, les secondes à l'âme. Et si l'on accordait aussi une âme aux plantes, celle-ci devrait être appelée *âme végétative*, et l'autre, *âme sensitive*. N'est-ce pas le germe, la distinction des deux vies sur laquelle Bichat a jeté de si vives lumières, et qui lui a fourni ces admirables considérations générales qui constituent son plus beau titre de gloire? Ces facultés naturelles ne sont-elles pas les analogues de la sensibilité organique et de la contractilité insensible? Hypothèses des deux côtés, il est vrai, et qui, bien que l'on fasse, ne pourront jamais être remplacées que par d'autres hypothèses! Questions au-dessus de la portée de l'esprit humain!

Je me contente de mentionner les discussions sur les *empiriques*, les *dogmatiques* et les *méthodistes*, en signalant la tendance que le dogmatique Galien trahit à pactiser avec les premiers plutôt qu'avec les derniers, qu'il ne cesse de harceler et d'accabler des plus rudes arguments.

J'arrive au *Traité* si renommé *des lieux affectés*, qui contient six livres, dans lesquels il expose l'histoire particulière des maladies des divers organes, des lieux (τοποι), nom qu'un assez grand nombre de médecins anciens donnent aux parties du corps humain. Il établit d'abord des généralités très-remarquables sur le diagnostic.

« Les parties superficielles, dit-il, tombent promptement sous les » sens en même temps que les formes des affections. Celles qui sont » cachées profondément exigent un homme d'une intelligence exercée » dans la science des fonctions et des utilités des parties, et non moins » versé dans l'anatomie, qui nous initie à cette science et qui nous ap» prend, outre beaucoup de choses, la propriété de la substance de « chaque partie. »

On voit donc qu'il établissait son diagnostic local d'après les mêmes procédés que nous, sur la connaissance de l'anatomie et de la physiologie : ce sont les mêmes règles, les mêmes moyens, le même but.

Mais il ne s'y arrête pas, et, comme tous les grands médecins, il fait la plus large part à ce qu'on appelle le diagnostic médical. Je recommande aux praticiens le passage suivant, p. 547 : « Je recherche tou» jours quel lieu affecté primitivement ou sympathiquement a produit » la lésion de la fonction, et, quand je suis certain d'avoir découvert la » partie, je recherche immédiatement la diathèse de cette partie; puis » des deux notions, je tire l'indication de tout le genre de traitement à » adopter relativement à la découverte des substances convenables, à » la qualité et à la quantité des remèdes, considérant en même temps » l'âge et la nature du malade, la saison et le pays.... »

Il est facile de comprendre qu'avec de pareils éléments Galien ait pu marcher sûrement dans le diagnostic et dans le traitement des maladies. On conçoit dès lors combien sous ce rapport il devait être supérieur à ses contemporains : on se rend ainsi compte de ses succès et de l'éclat qui l'entourait. Son livre contient une foule de cas qui démontrent combien était grande chez lui la puissance du diagnostic. Galien se complaît à les citer : il y puise ce sentiment d'orgueil qu'on lui a si souvent reproché. Pour mon compte, je ne m'associe pas à ces reproches, parce que, si rien ne me paraît plus ridicule que la médiocrité vaniteuse, rien au contraire ne me paraît plus légitime que l'orgueil de l'homme de génie.

Ce que Galien dit ensuite des fièvres n'est pas à la hauteur du traité des lieux, malgré la lumineuse distinction des fièvres essentielles et des fièvres symptomatiques. C'est surtout dans l'exposition des fièvres intermittentes que se révèle cette faiblesse. Bien certainement Galien n'avait pas eu l'occasion d'observer ces maladies telles qu'elles sévissent aujourd'hui dans les environs de Rome, où des hauteurs de Tusculum, on vous montre ces plaines fiévreuses qui formèrent autrefois la campagne salubre où le vieux Caton écrivait des instructions rurales, et où, tout en se livrant à ses diatribes contre les médecins, il formulait des préceptes de médecine, donnait le chou comme un remède universel et prétendait guérir les luxations par des chants magiques. Cette partie des œuvres de Galien restera pour la généralité des médecins lettre morte, si M. Daremberg ne la vivifie par un commentaire digne de celui par lequel M. Littré nous a initiés au sens des écrits hippocratiques sur le même sujet : c'est à lui que revient l'honorable tâche d'éclairer les points de vue qui nous échappent, et nous devrons ainsi à ces deux savants hellénistes l'histoire complète et raisonnée de la pyrétologie antique.

MAILLOT.

Traité des maladies du visage, par le docteur FOUCAUD DE L'ESPAGNERY. Un vol. in-8°. Chez Labé, libr., place de l'École-de-Médecine.

moyens employés de modifier le mal et de lasser la nature reprendre le dessus. Je prescrivis 20 sangsues sur l'articulation, tisane de houblon, cataplasmes, repos absolu, jambe légèrement fléchie sur la cuisse, cerceau pour éviter la gêne déterminée par le poids des couvertures.

Le lendemain 17 mars, peau plus souple, moins rouge; douleur moindre par le toucher, chaleur diminuée, un peu de sommeil.

Le 22, application de douze sangsues sur le même point, cataplasmes *ut suprà*; état presque stationnaire, le volume du genou reste le même. Je prescris l'huile de foie de morue, les pilules à l'iodure ferreux de Blancard, et j'applique des traînées de caustique de Vienne sur l'article, qui parut d'abord diminuer.

Dès le 1er avril, la cuisse devint énorme; de vastes abcès se formèrent dans les gaînes musculaires, et le malade fut pris de toux opiniâtre et de fièvre. Je donnai issue au pus à l'aide du bistouri; j'explorai la poitrine, et je n'y trouvai qu'un bruit de souffle assez prononcé, accompagné de râle sonore. Je continuai les mêmes moyens, ajoutant un julep gommeux opiacé; la toux s'amenda au bout de quelques jours, et disparut complétement à la fin du mois d'avril.

Depuis le commencement, j'avais employé les injections dans le trajet fistuleux de l'articulation et dans les gaînes intermusculaires. J'eus recours à la teinture d'iode additionnée d'un vingtième d'iodure de potassium, et étendue d'abord de trois parties d'eau, puis de la moitié, du quart et enfin pure. Je me proposais ainsi de modifier les surfaces osseuses dans l'articulation, ainsi que les foyers purulents existant dans les gaînes des muscles de la cuisse. Les abcès de la cuisse étant très-nombreux et très-fréquents, j'avais employé le caustique de Vienne, que j'appliquai là où se trouvait un point fluctuant; en même temps, je couvrais les parties de cataplasmes aromatiques, et je faisais faire des frictions sur l'article avec la pommade à l'iodure de plomb.

Mon ami le docteur Morvan fut appelé en consultation le 18 avril; nous nous rendîmes près du malade dont la position était jugée très-critique; nous résolûmes de continuer les mêmes moyens, car il nous était impossible de songer à l'amputation.

Vers le 15 mai, Allègre n'avait plus de fièvre, de toux; le sommeil et l'appétit étaient meilleurs, et à partir du 15 juin je constatai que le genou n'avait que 0,47. La chaleur et la douleur ont presque disparu; l'écoulement du pus continue; l'état général s'est considérablement amélioré. La suppuration de la cuisse diminue, et, bien qu'il se forme fréquemment de nouveaux abcès sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, ils sont plus petits et se dissipent plus promptement. La peau revient sur elle-même; elle est le siége d'une activité plus grande.

Le 1er juillet, le genou n'a plus que 44 centimètres, l'amélioration continue; le malade digère parfaitement la viande noire et le cresson d'eau.

Le 20, les abcès de la cuisse ont disparu, la fistule laisse échapper peu de pus; le malade voit ses forces revenir, en même temps que les diverses autres fonctions reprennent régulièrement leurs anciennes habitudes.

Le 1er août, le genou ne présente plus que 0,38 centimètres; le 1er septembre, 0,37; le 1er octobre, 0,36; la fistule se ferme le 29 décembre. A partir de ce moment, la diminution est rapide dans l'article, et le 15 décembre le genou n'offre plus que 0m,336. Différence bien minime, si on la compare à celle du genou gauche.

Sous l'influence du traitement tonique et des injections iodées auxquels j'ai soumis ce malade, la maladie s'est arrêtée, le sommeil, l'appétit, les forces sont revenus, et dès le 1er février, Allègre fait quelques promenades dans sa chambre en s'aidant d'un bâton. Il est toujours soumis aux mêmes toniques, auxquels je joins les bains de Barége. Le genou se tuméfie un peu le soir par l'action de la marche, mais ce petit accident disparaît bientôt. Dans le but d'empêcher l'ankylose, j'avais exercé de temps en temps des légers mouvements à l'article, mais ces précautions ne réussirent pas complétement. Il existe, en effet, chez Allègre une ankylose incomplète de l'articulation fémoro-tibiale; il marche très-bien, boite à peine, et depuis le mois d'avril 1856, il se rend chaque jour à son atelier, faisant ainsi 2 kilomètres le matin et le soir. Depuis cette époque il a toujours joui d'une très-bonne santé; parti de Brest depuis un an, il est aujourd'hui employé dans les ateliers de M. Musseline, au Havre.

La causticité de l'iode et son action spéciale ont facilité le recollement de ces trajets et contribué puissamment à la guérison, en imprimant une modification heureuse sur les parties malades; mais elles auraient été inefficaces sans l'action de l'huile de foie de morue et des autres toniques employés pour modifier la constitution et le tempérament de ce malade.

KYSTE DU CUIR CHEVELU AVEC DÉPOT GRANULEUX.

Extirpation.

Par M. le docteur ANCELET (de Vailly-sur-Aisne).

Mme H... (de Vailly) vit se développer sans cause connue, il y a dix ans environ, et à peu près simultanément, trois loupes, dont deux, qui présentent actuellement le volume d'une noix, occupent la région supérieure de la tête. Elles sont indolores, de la consistance du tissu graisseux.

La troisième, qui est le siége de douleurs vives, lancinantes, occupe la partie moyenne du pariétal gauche; elle est mollasse, fluctuante. La peau qui la recouvre est lisse, tendue, glabre et manifestement amincie.

Cette tumeur, de forme sphérique, présente un développement très-considérable. Le pédicule mesure 12 centimètres de circonférence. Un fil entourant la tumeur à partir de deux points opposés du pédicule, est long de 16, ce qui porte à 20 centimètres environ la circonférence totale de la tumeur considérée isolément. En d'autres termes, elle fait une saillie de 6 à 7 centimètres.

Je me proposais de l'extraire au moyen d'une incision cruciale, mais je m'aperçus que la peau du pédicule était dure, de consistance fibreuse et tellement relevée, qu'il eût été impossible de l'appliquer sur la plaie. Je fis donc une incision circulaire, puis je disséquai le kyste, qui se rompit pendant l'opération. Celle-ci ne présenta rien de particulier, si ce n'est que je fus obligé de lier une petite artériole.

Je pansai la plaie simplement. Les suites furent des plus heureuses. La guérison est parfaite aujourd'hui, un mois après l'opération.

La tumeur présente de dehors en dedans: la peau, qui va s'amincissant du pédicule au sommet du kyste; une membrane fibreuse lisse à sa surface externe, adhérant peu à la peau sur laquelle elle paraît simplement juxtaposée. Sa face interne présente des aréoles qui lui donnent l'apparence d'une vessie à colonnes. L'épaisseur du kyste ne dépasse pas 4 à 5 millimètres.

Le liquide est de consistance aqueuse et de couleur citrine.

Dans ce liquide et dans les aréoles se trouve une substance analogue par son aspect à de la râpure de bois. Je fus frappé de cette apparence, mais sans m'y arrêter beaucoup. Je crus que c'était une modification de la matière sébacée. En effet, en l'écrasant sur du papier, elle le tachait très-fortement à la manière d'un corps gras.

J'appelle l'attention sur deux points:

1° Le procédé d'extirpation, qui, conseillé par Richerand pour les tumeurs à large pédicule, paraît complétement tombé en désuétude. Il serait indiqué dans les cas où, comme dans le nôtre, la peau serait ou trop amincie, ou altérée dans sa texture.

2° La nature du contenu. Est-ce une modification particulière de la fibrine, comme le croient MM. Huguier et Verneuil? Est-ce une altération de la matière sébacée? Cela me paraît incontestable pour mon observation. La présence de trois tumeurs, l'aspect des deux moins développées, le liquide de la troisième, excluent l'idée d'épanchement sanguin préalable. D'autres observations viendront sans doute éclairer cette question.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mai 1858. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Rétraction de l'aponévrose palmaire traitée avec succès par l'excision. — M. CHASSAIGNAC présente un malade dont voici l'observation:

Jourdin (Pierre), âgé de quarante ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 20 février 1858.

A l'âge de vingt-huit ans, blennorrhagie et chancre; traitement antisyphilitique: point d'accidents consécutifs.

Pendant les années 1851 et 52, cet homme, qui avait toujours eu pour unique occupation le travail des champs, a été obligé de manier la rame très-fréquemment. C'est depuis cette époque que le doigt médius a commencé et a continué à se fléchir de plus en plus vers la paume de la main. La flexion se passe exclusivement dans l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt.

Elle a pour cause une espèce de corde commençant insensiblement vers la partie supérieure de la paume de la main. La bride, qui est totalement étrangère aux tendons fléchisseurs, est de toute évidence constituée par l'aponévrose palmaire intimement adhérente et comme fondue avec la portion de peau qu'elle soulève.

Le 8 mars, opération consistant à enlever par dissection la totalité de la bride, dont on reconnaît la nature parfaitement conforme à ce qui a été indiqué plus haut.

Extension forcée de la main sur une palette digitée; pansement par occlusion. Cicatrisation complète de la plaie longitudinale au bout de dix jours.

Au bout d'un mois d'extension continue, on s'aperçoit que le tissu cicatriciel se rétracte et tend à former une nouvelle bride, mais beaucoup moins épaisse que la première.

Le 3 mai, nouvelle opération consistant à diviser la bride nouvelle par sections transversales sur six points de sa longueur. — Extension par déchirure; pansement par occlusion; palette. Cicatrisation au bout de huit jours. Cette fois la guérison est complète; toute tendance à la rétraction a cessé.

Discussion sur la désarticulation du maxillaire inférieur (procédé de l'arrachement). — M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le cas de résection du maxillaire inférieur qui a été communiqué par M. Verneuil dans la précédente séance, et sur le procédé opératoire qui a été suivi par ce chirurgien. M. Chassaignac approuve tous les temps de l'opération, à l'exception du dernier, qui a consisté dans l'arrachement du condyle de la mâchoire; cette manœuvre lui paraît défectueuse à plus d'un titre. Elle est, en premier lieu, fort douloureuse, même chez les malades qui ont été soumis à l'anesthésie, car l'opération dure assez longtemps pour qu'ils aient le temps de se réveiller, et d'ailleurs la région sur laquelle on opère ne permet pas de faire continuer l'inhalation de chloroforme après la première incision. Un autre inconvénient beaucoup plus grave est la fracture de la branche ou du corps du maxillaire qui se produit fréquemment dans la manœuvre de l'arrachement, et qui peut rendre la fin de l'opération très-difficile à exécuter, même avec le bistouri. La fréquence de ces fractures résulte de la nature même des altérations osseuses pour lesquelles on pratique la résection du maxillaire; ces altérations sont presque toujours de nature à détruire une partie ou la totalité du tissu de l'os, et à en diminuer beaucoup la résistance.

M. Chassaignac, assistant un jour à une opération de ce genre, a vu ainsi, au moment de l'arrachement, le maxillaire inférieur se fracturer, et il en résulta un accident extrêmement fâcheux. L'une des pointes de l'os brisé alla blesser l'artère carotide interne, qui passe pourtant à quelque distance de la mâchoire, et l'opéré, au bout de trois ou quatre jours, mourut d'hémorrhagie.

M. Chassaignac pense, d'après cela, qu'il est bien préférable de désarticuler le condyle au moyen d'un bistouri boutonné, car, en dirigeant toujours le tranchant vers l'os, on ne court aucun risque de blesser l'artère maxillaire interne. L'un des temps les plus difficiles de l'opération, quelle que soit la méthode qu'on emploie, est la section des attaches du temporal sur l'apophyse coronoïde. Lorsque cette apophyse est très-longue, comme cela a lieu sur plusieurs pièces sèches que M. Chassaignac présente à la Société, le mouvement de bascule qu'on imprime à l'os ne suffit pas pour faire descendre le sommet de l'apophyse jusqu'au-dessous de l'arcade zygomatique; alors la section des insertions du temporal ne peut se faire qu'au hasard, et pour ainsi dire à tâtons; on est donc exposé à aller trop loin et à léser les artères temporales profondes. C'est pour faire face à ces inconvénients, et pour abréger en même temps l'opération, que M. Chassaignac, au lieu de disséquer les insertions du crotaphite, conseille de couper l'apophyse coronoïde à sa base d'un trait de pince de Liston, manœuvre, suivant lui, toujours prompte et facile.

M. VERNEUIL a pu s'assurer, précisément sur son opérée, que la section de l'apophyse coronoïde, au moyen de la pince de Liston, est quelquefois tout à fait impossible. Il avait d'abord l'intention de suivre ce procédé; mais quoique toutes les fibres musculaires et tendineuses eussent été préalablement coupées, la pince de Liston, mise en mouvement par deux personnes suffisamment robustes, ne put faire qu'une légère empreinte sur l'os qui était épaissi et presque éburné. Ce fut alors que M. Verneuil prit le parti de disséquer les insertions du crotaphite avec des ciseaux courbes, comme le fait M. Maisonneuve. Quant à l'arrachement de l'articulation condylienne, M. Verneuil y a eu recours, et il n'admet pas la validité des objections de M. Chassaignac. La durée de l'opération a été notablement abrégée, et l'arrachement n'a pas été plus douloureux que ne l'eût été la dissection. La douleur est d'ailleurs, dans les opérations, une considération secondaire. L'essentiel est d'éviter les dangers ou les complications graves, comme le serait la division de l'artère maxillaire interne dont on est obligé de raser la surface lorsqu'on désarticule le condyle de la mâchoire au moyen du bistouri. M. Chassaignac objecte que, lorsque la mâchoire est ramollie par un cancer, la manœuvre de l'arrachement expose à casser cet os; il exagère probablement les inconvénients de cette fracture, et son cas de piqûre de la carotide interne par un fragment osseux est tellement extraordinaire, qu'il n'y a vraiment pas lieu de s'inquiéter de cette éventualité; il est certain, toutefois, que la fracture de l'os, survenant au milieu de l'opération, pourrait devenir fort gênante. Mais cette objection n'a aucun rapport avec le fait que M. Verneuil a communiqué à la Société. On savait d'avance que la tumeur n'était pas cancéreuse, qu'elle était dure, très-dure même, et dans le fait le tissu de l'os, loin d'être ramolli, était beaucoup plus résistant qu'à l'état normal. Il n'y avait donc pas à craindre de casser l'os; aussi M. Verneuil a-t-il eu recours sans aucune hésitation au procédé de l'arrachement.

M. HUGUIER fait remarquer que tous les procédés exposent à casser l'os lorsqu'il est cancéreux ou altéré dans la plus grande partie de son épaisseur; que le simple mouvement de bascule soit pour abaisser l'apophyse coronoïde, soit pour tendre les ligaments de l'articulation, suffit alors pour produire une fracture, ou plutôt une solution de continuité au niveau de la tumeur. Lorsque cet accident se présente, on est quelquefois fort embarrassé pour terminer l'opération, car on n'a plus de prise sur l'os qu'on veut désarticuler. Dans un cas de ce genre M. Huguier a été trop heureux de pouvoir recourir au procédé de l'arrachement. Il a saisi avec un fort davier la branche montante du maxillaire, et par un mouvement combiné de traction et de torsion il a aussitôt terminé une opération qui sans cela eût pu durer fort longtemps. D'une manière générale, il est peu touché des objections de M. Chassaignac contre l'arrachement, et en particulier la lésion de la carotide interne par la pointe d'un os fracturé ne lui paraît nullement à craindre.

M. LENOIR croit devoir signaler un autre inconvénient dont M. Chassaignac n'a pas parlé: c'est la possibilité de produire des désordres graves en arrachant le bouquet nerveux qui avoisine l'articulation temporo maxillaire. Cet arrachement peut avoir lieu jusque dans le crâne. On sait que dans les tractions exercées sur les nerfs du plexus brachial, pendant la réduction des luxations de l'épaule, les racines de ces nerfs peuvent être arrachées de la moelle. C'est un accident analogue que M. Lenoir craint de voir survenir à la suite de la désarticulation de la mâchoire par le procédé de l'arrachement. Ce procédé, à ses yeux, a quelque chose de sauvage. Le seul avantage qu'on lui attribue, celui d'éviter la lésion de la maxillaire interne, est à peu près illusoire, car on n'a vraiment aucune chance de léser cette artère lorsqu'on se sert d'un bistouri boutonné, qu'on luxe la mâchoire avant de la désarticuler et qu'on coupe les parties molles sur le condyle. Jamais on ne rencontre la maxillaire interne en agissant ainsi.

M. MAISONNEUVE a pratiqué environ quarante fois la désarticulation de la mâchoire inférieure, presque toujours par le procédé de l'arrachement, et jamais il n'a eu l'occasion de voir quelque accident sérieux résultant de cette manœuvre. Le principal inconvénient, c'est la rupture de l'os; cela est arrivé quelquefois à M. Maisonneuve, et cela a simplement allongé l'opération. M. Lenoir parle de l'arrachement du nerf dentaire. Cet arrachement a lieu en effet, mais tout autrement que le pense M. Lenoir. Il ne faut pas oublier que dès le premier temps de l'opération, on a disséqué la surface du maxillaire inférieur, et que le nerf mentonnier a été coupé au ras de l'os. Aussi, dans les tractions qu'on exerce sur la mâchoire, voit-on le nerf dentaire sortir de son canal osseux pour rester suspendu dans le fond de la plaie sous forme d'un long filament qu'on est obligé ensuite de réséquer avec les ciseaux. C'est toujours ainsi que se comporte ce nerf dans le procédé de l'arrachement, lorsqu'on ne juge pas préférable de le couper avant d'en venir au dernier temps de l'opération. M. Maisonneuve ajoute que ce procédé a des avantages considérables, que ne contre-balance aucun inconvénient sérieux. Il rend l'opération plus facile et plus sûre, il met à l'abri des hémorrhagies; enfin, la plaie qui reste dans la région ptérygo-maxillaire marche certainement d'une manière plus favorable que les plaies par instrument tranchant. M. Maisonneuve ne se souvient pas d'avoir vu l'infection purulente se développer à la suite de la désarticulation temporo-maxillaire faite suivant ce procédé. Au surplus, la bénignité relative des plaies par arrachement est bien connue de tous les chirurgiens.

M. CHASSAIGNAC revient sur la difficulté considérable de la dissection du muscle crotaphite. Les hémorrhagies que l'on redoute, c'est-à-dire celles du tronc de la maxillaire interne, sont faciles à éviter; mais il en est d'autres, fournies par les artères temporales profondes, et celles-là se produisent précisément pendant la dissection des inser-

tions inférieures du temporal. Or, il est évident qu'on ne peut songer à pratiquer l'arrachement avant d'avoir dégagé l'apophyse coronoïde, et alors il arrive souvent que l'hémorrhagie existe déjà. M. Chassaignac insiste donc de nouveau sur la nécessité de couper l'apophyse coronoïde à sa base avec la pince de Liston, quel que soit d'ailleurs le procédé qu'on se propose de suivre ensuite pour la désarticulation du condyle.

M. MAISONNEUVE n'a jamais trouvé qu'il fût difficile de disséquer l'apophyse coronoïde, et il n'a jamais vu d'hémorrhagie se produire pendant ce temps de l'opération. On évite certainement l'hémorrhagie en rasant toujours l'os, et on y réussit en attaquant graduellement les insertions du temporal avec l'extrémité des ciseaux courbes, que l'on dirige avec l'index de la main gauche, et dont on tient la concavité constamment tournée du côté de l'os.

LECTURE.

M. BOUVIER cède la présidence à M. Deguise fils, et lit, en réponse au dernier travail de M. Broca, un mémoire intitulé : *Sur les rapports des lésions et des symptômes dans le mal vertébral*. La Société décide que ce travail sera inséré dans les *Bulletins*. (Nous le publierons prochainement.)

M. BROCA reconnaît que les opinions qu'il a exposées dans son dernier travail sont en contradiction avec la statistique de M. Bouvier. Il a pleine confiance dans l'esprit d'impartialité avec lequel cette statistique a été dressée, mais les 120 faits qui y figurent, les uns sous le titre de *carie*, les autres sous le titre de *tubercules*, ont été recueillis et classés à des époques différentes, et sous l'influence des doctrines variables qui se sont succédé sur cette question. Avant les travaux de MM. Nichet et Nélaton (1834-1835), toutes les observations de mal vertébral, presque sans exception, portaient le titre de carie; un seul auteur, Delpech, avait décrit les tubercules vertébraux, mais ses opinions n'avaient pas eu plus de retentissement que celles de Brodie sur l'arthrite vertébrale. A partir de 1835, il y eut une réaction exagérée, et pendant quelques années, presque toutes les observations furent publiées sous le titre de *tubercules*. Vers 1840, M. Malespine donna le signal d'une réaction inverse ; on passa d'un excès à l'autre ; beaucoup d'auteurs allèrent jusqu'à nier complétement l'existence des tubercules des os, qui n'étaient pour eux que du pus concret, et les tubercules vertébraux furent de nouveau, comme autrefois, désignés sous le nom de carie.

Enfin, vers 1846, on commença à interroger le microscope, qui, pour la première fois, établit une ligne de démarcation bien tranchée entre ces deux affections; mais la plupart des observations n'ont pas été soumises à ce contrôle. Tel fait qu'un observateur a publié sous le titre de carie, aurait peut-être paru sous le titre de tubercule, s'il se fût présenté à un autre observateur. Ces oscillations successives ont été des plus marquées à la Société anatomique, dont les bulletins ont fourni à la statistique de M. Bouvier un large contingent d'observations. M. Broca ne reconnaît donc aucune valeur à cette statistique pour ce qui concerne la nature des lésions. Il est impossible avec des faits aussi disparates d'établir un parallèle clinique entre la carie et les tubercules. Mais le relevé de M. Bouvier n'en est pas moins précieux à un autre point de vue; M. Bouvier a eu l'heureuse idée d'éluder le degré de fréquence relative des symptômes les plus saillants, et M. Broca trouve dans ces relevés partiels, relatifs à des phénomènes sur lesquels les auteurs des observations n'ont pu se tromper, la confirmation de la doctrine qu'il a soutenue dans son dernier travail. Il a admis dans le mal vertébral deux formes principales, l'une (les tubercules) produisant toujours la gibbosité, souvent la paralysie, et moins souvent les abcès par congestion; l'autre (la carie) produisant toujours les abcès par congestion, et beaucoup plus rarement la gibbosité ou la paralysie; la première occupant plus souvent la région dorsale, la seconde occupant de préférence la région lombaire. Il en résulte :

1° Que les abcès par congestion doivent être plus fréquents dans le mal vertébral lombaire que dans le mal vertébral dorsal, et en effet le relevé de M. Bouvier prouve que, dans le premier cas, les abcès migrateurs se montrent 4 fois sur 5, et 2 fois sur 5 seulement dans le deuxième cas.

2° Que la paralysie, appartenant surtout à l'une des maladies (tubercules), doit coïncider très-rarement avec les abcès migrateurs, qui appartiennent surtout à l'autre maladie (carie), et en effet M. Bouvier a trouvé que cette coïncidence ne s'était présentée que 14 fois sur 103, c'est-à-dire moins d'une fois sur 7.

M. Broca, après avoir ajouté quelques remarques sur la proportion notable des cas où le mal vertébral existait sans abcès migrateurs (47 cas) et même sans abcès sessile (17 cas), répond à une objection que M. Bouvier lui a adressée. M. Bouvier, considérant la gravité de l'affection tuberculeuse en général et la bénignité relative de la carie, a paru surpris d'entendre dire que les tubercules vertébraux étaient moins graves que la carie vertébrale. Mais il oublie que le mal vertébral tire presque toute sa gravité des abcès par congestion, qui l'accompagnent si souvent. En présence du danger extrême qui résulte de la présence de l'abcès, le pronostic particulier de la lésion osseuse disparaît presque entièrement. Or l'abcès est constant dans la carie; il fait très-souvent défaut dans le cas de tubercules. Voilà pourquoi le mal vertébral tuberculeux guérit plus souvent que l'autre. On a d'ailleurs exagéré le pronostic absolu des tubercules des os, et en général des tubercules externes. La complication de tubercules pulmonaires est à craindre sans doute, mais elle est bien loin d'être constante. Il y a longtemps déjà qu'on a reconnu que la loi de M. Louis souffre de très-nombreuses exceptions dans la tuberculisation des organes externes.

M. BOUVIER, d'après cette dernière explication, reconnaît qu'il a attribué à M. Broca une opinion trop exclusive. Mais sur la question de la statistique qu'il a dressée, il répond à son collègue qu'il ne s'est pas littéralement astreint au diagnostic formulé par les auteurs des observations, qu'il n'a accepté ce diagnostic que lorsqu'il était confirmé par des détails descriptifs suffisamment clairs. Au surplus, il a écarté tous les faits qui lui ont paru douteux, et il reconnaît que ceux dont il s'est servi ne peuvent pas avoir le cachet de précision et de certitude complète que demande M. Broca. Il ne pourrait faire mieux dans l'état actuel de la science. Aujourd'hui encore, la distinction des tubercules osseux est quelquefois fort difficile, même lorsqu'on a sous les yeux les pièces disséquées. Et si les lésions sont douteuses, les symptômes le sont bien plus encore.

M. CHASSAIGNAC invite M. Bouvier à faire une statistique partielle des observations modernes qui ont subi le contrôle du microscope, en laissant de côté les autres, sur l'exactitude desquelles on peut élever des doutes.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Silvestre, né à Savoisy (Côte-d'Or); *De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des varices et des ulcères variqueux.*

Gaume, né à Ségonzac (Corrèze); *Du traitement de la fièvre typhoïde.*

Lepage, né à Trilport (Seine-et-Marne); *De la cyanose dépendant de la perforation de la cloison interventriculaire du cœur.*

Arzouman, né à Constantinople (Turquie); *Etudes cliniques sur les troubles nerveux de la locomotion observés dans la chloro-anémie.*

Saint-Arroman, né à Panassac (Gers); *Des tumeurs gommeuses du tissu cellulaire et des muscles.*

Buman (de), né à Monfort-l'Amaury (Seine-et-Oise); *De la pathologie de l'artère pulmonaire.*

En nous envoyant sa modeste offrande, M. le docteur Picard (de Guebwiller) nous adresse la lettre suivante :

« J'ai lu avec un profond regret, dans votre estimable journal, que l'appel fait au corps médical de toute la France en faveur de deux confrères malheureux, a produit la somme de 35 francs ! ! !

» Je ne pense pas néanmoins qu'on puisse attribuer un pareil résultat à l'indifférence, au mauvais vouloir, et encore moins à l'avarice des médecins, car quelle est la profession dont les membres soient aussi désintéressés que dans la nôtre? Mais je crois que cela tient à la manière vicieuse dont se font de semblables souscriptions. Certes, tout médecin en lisant votre appel a dû être ému et se trouver tout disposé à contribuer, *pro viribus*, au soulagement de ces deux infortunes. Mais la lecture du journal terminée, on est entraîné par le flot des occupations journalières, souvent des occupations imprévues, et l'on oublie ou bien on n'a guère le temps de s'occuper des formalités nécessaires pour vous adresser une somme quelque minime qu'elle soit. Tous ces détails coûtent trop de peine. Imaginez, au contraire, qu'il existe à Paris un comité central à qui les confrères malheureux s'adresseraient; que ce comité s'abouche avec un médecin de chaque localité importante; que les membres titulaires et correspondants de ce comité se chargent *de recueillir les souscriptions à domicile*. Oh! soyez bien sûr alors que les rentrées seront abondantes et parfaitement suffisantes pour soulager ceux de nos confrères qui ont à lutter avec la misère! »

M. Picard a raison sur presque tous les points. Cependant il est une manière très-facile d'envoyer une petite somme d'un point de la France à l'autre : c'est de faire cet envoi en timbres-poste. Nous la recommandons à nos confrères.

Voici les sommes qui nous sont parvenues jusqu'à ce jour :

MM.	B. de B.	40 fr.
»	B.	20
	Mallat de Bassilan.	5
	Anonyme.	3
	Le baron Larrey.	20
	Un officier de santé du canton de Châtillon-sur-Seine.	3
	J. Picard, à Guebwiller.	3
	Précédente liste.	35 fr.
	Total.	129 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite des mutations qui viennent d'avoir lieu dans le personnel chirurgical des hôpitaux de Paris, M. le Dr Alph. Guérin, chirurgien au Bureau central, a été nommé chirurgien à Lourcine.

— Par arrêté du 25 mai, M. Bertherand, professeur suppléant à l'École préparatoire de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique médicale (hors cadre) à ladite école.

— Par arrêtés du 25 mai 1858, les nominations suivantes ont eu lieu à l'École préparatoire de Nancy :

M. Poincaré, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie;

M. le docteur Hardel, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de clinique interne;

M. Grandjean, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de clinique externe.

— Par arrêté du 31 mai, M. Secretan, bachelier ès sciences, est nommé aide préparateur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, en remplacement de M. Vouillemin, dont la démission est acceptée.

— Un médecin, M. Perdrigeon, vient d'être nommé agent de change; il a acheté, nous a-t-on dit, sa charge 2 millions. Voilà donc le palais grec de la place de la Bourse transformé en temple d'Esculape; nous recommandons aux soins de notre confrère toutes les maladies morales qu'on y rencontre. (*Gazette hebdomadaire.*)

— M. le docteur Schlemm, professeur d'anatomie, est mort à Berlin le 26 mai, dans un âge fort avancé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Des Effets physiologiques déterminés par l'application extérieure de l'eau froide, par M. L. A. GILLEBERT-D'HERCOURT, docteur en médecine, membre titulaire de la Société impériale de médecine de Lyon, etc., directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près de Lyon. — Lyon, 1857; imprimerie d'Aimé Vingtrinier, quai Saint-Antoine, 36.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 66. — MARDI 8 JUIN 1858. (31e ANNEE.) N° 66. — MARDI 8 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HOSPICE DES INCURABLES (M. Hillairet). Hémorrhagie cérébelleuse. — Sur un mémoire concernant la luxation de l'épaule directement en haut. — Rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. — Tétanos guéri par l'extrait de cannabis indica. — Nouveau procédé pour opérer la grenouillette. — Action de la digitale sur l'utérus. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 31 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 7 JUIN 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance deux lectures qui intéresseront nos lecteurs, le rapport de M. Serres sur le concours Bréant, et le mémoire de M. Churchill sur le traitement de la phthisie par les hypophosphites alcalins. Par le rapport de M. Serres, ils apprendront les efforts infructueux des nombreux compétiteurs au prix Bréant, et la direction que la commission désire voir prendre à l'avenir par les médecins qui poursuivent ce but. Par la lecture de M. Churchill, ils apprendront les succès que ce médecin déclare avoir obtenus par l'usage des hypophosphites dans le traitement de la phthisie tuberculeuse. A voir l'insistance avec laquelle M. Churchill maintient ses affirmations malgré les vives oppositions qu'elles ont rencontrées, et sa persévérance à poursuivre ses recherches, malgré les quelques insuccès notoires de son expérimentation publique, il nous est impossible de penser qu'il n'y ait qu'erreur et illusion dans son fait. Nous ne pouvons croire qu'une pareille confiance soit sans aucun fondement. Que l'auteur poursuive donc ses essais, et essayons nous-même, plutôt que de lui opposer les fins de non-recevoir d'un décourageant scepticisme. — Dr Brochin.

HOSPICE DES INCURABLES. — M. HILLAIRET.

Hémorrhagie cérébelleuse.

Dans les numéros du 4 mars et du 6 avril dernier, nous avons publié deux observations d'hémorrhagie cérébelleuse recueillies dans le service de M. Hillairet, à l'hospice des Incurables (hommes). Ces observations, jointes à celles du même genre que M. Hillairet a pu trouver dans les annales de la science, lui ont fourni le texte d'une histoire symptomatique et anatomo-pathologique de l'hémorrhagie cérébelleuse, dont nos lecteurs nous sauront gré de reproduire ici les principaux traits.

Tableau de la maladie. — Durée de la maladie. — Pronostic. — L'hémorrhagie cérébelleuse peut être précédée de prodromes ou débuter brusquement, et venir ainsi frapper les sujets au milieu d'une bonne santé apparente. Elle affecte aussi deux modes quant à la marche et à la rapidité des accidents : dans des cas, elle est tellement rapide et brusque que les sujets sont en quelque sorte foudroyés; ces cas sont très-rares. Le plus souvent la mort peut arriver en peu d'heures; d'autres fois le début est moins véhément, la marche moins rapide, et la durée est plus longue. Dans chacune de ces variétés, il se présente des modifications, légères sans doute, dans l'apparition des symptômes, mais qu'il serait difficile de bien décrire sans confusion, si je n'adoptais dès à présent deux formes distinctes, qui me permettront de tracer avec un peu plus de clarté le tableau de la maladie. Il est inutile d'ajouter que cette division n'entraîne aucune différence quant au fond; c'est une simple distinction de forme établie sur la marche plus ou moins rapide des accidents. Ainsi donc : 1° forme lente; 2° forme rapide, brusque; elle peut être foudroyante.

Première forme. — Les malades éprouvent avant l'attaque une céphalalgie tantôt occipitale, tantôt générale, pendant un certain temps qu'il est difficile de préciser, mais qui a été d'une année dans un cas, et de trois mois, deux mois, un mois, quinze jours dans d'autres. A cette céphalalgie viennent se joindre de temps en temps des étourdissements, des tournoiements de tête, des fourmillements dans les doigts, les orteils, de la faiblesse dans les membres inférieurs; quelquefois de l'affaiblissement de la mémoire, coïncidant avec les exacerbations de la céphalalgie; d'autres fois un assoupissement habituel. Ces phénomènes prodromiques ont coïncidé dans beaucoup de cas avec un ramollissement cérébelleux ou des tubercules précédant l'attaque hémorrhagique; mais, je l'ai déjà dit, ils peuvent faire défaut.

Quoi qu'il en soit, il survient à un moment donné, presque toujours le matin, quelquefois au milieu de la nuit, un étourdissement vigoureux; les malades chancellent s'ils sont debout; toujours ils s'affaissent, vomissent à plusieurs reprises; les membres, surtout les inférieurs, se résolvent, et c'est alors que souvent arrive de l'hémiplégie, beaucoup plus rarement de la paraplégie. Il est important de ne pas oublier que ces paralysies du mouvement n'entraînent pas celle de la sensibilité, qui est presque toujours conservée; quelquefois les malades peuvent, lorsqu'on les relève, faire quelques pas étant soutenus sous les bras, et ce n'est que plus tard que se montre la paralysie. J'insiste toutefois sur ce point que la paralysie manque dans plus de la moitié des cas, et qu'elle est remplacée par une simple résolution; car si les sujets ne peuvent plus se soutenir sur les membres inférieurs, ils peuvent néanmoins, lorsqu'ils sont couchés, les maintenir en équilibre élevés au-dessus de leur lit, et dans toutes les positions qu'on leur donne.

Dans quelques cas, le visage est rouge, vultueux; il présente presque toujours un aspect hébété, stupide; mais la paralysie faciale est très-rare, à moins de complication.

Il n'y a qu'exceptionnellement de perte de connaissance au début de l'attaque dans cette première forme; car les sujets peuvent répondre, quoique avec lenteur, aux questions qui leur sont adressées, parler de leurs antécédents, et indiquer ce qu'ils ont éprouvé au moment de l'attaque et depuis. Ils ont cependant de la tendance au coma et à la résolution plus complète, accidents qui mettent peu d'heures à se montrer d'une façon assez sérieuse, et vont en s'aggravant jusqu'à la mort. Mais, au milieu du coma le plus complet, les malades entendent les questions qui leur sont adressées, et peuvent, lorsqu'on les secoue, qu'on leur parle un peu fort, y répondre avec d'autant plus de facilité que le début de l'attaque est moins éloigné. Dans tous les cas, dans cette forme, l'intelligence paraît évidemment conservée; car, alors que les sujets ne répondent plus, ils ouvrent les yeux et s'agitent de manière à indiquer qu'ils ont compris ce qu'on leur a demandé.

Dans cet état, depuis le début de l'attaque jusqu'à une période avancée des accidents, les pupilles sont en général très-resserrées, immobiles; il existe habituellement de la céphalalgie occipitale ou générale, que les malades indiquent en portant l'une des mains sur le siége de la souffrance. La sensibilité, quoique s'émoussant de plus en plus à mesure que l'état comateux et la résolution font des progrès, est conservée le plus ordinairement; c'est ce que j'ai constaté dans les cas qui me sont propres.

Au milieu de cet appareil symptomatique, il peut survenir, mais rarement, des convulsions ou de la contracture; alors il existe dans la masse encéphalique des lésions autres que celles du cervelet.

Ces symptômes s'aggravent au bout de dix, quinze, vingt à trente heures; le coma devient de plus en plus profond, la résolution plus complète, à ce point que les malades restent dans l'immobilité la plus absolue, et meurent après avoir eu une respiration stertoreuse et du râle trachéal pendant plusieurs heures et quelquefois pendant le jour. La durée, à partir de l'attaque jusqu'à la mort, n'excède pas 120 heures.

Les vomissements qui se sont montrés au début peuvent encore se montrer à plusieurs reprises pendant le cours des accidents. La langue est tantôt blanche et sèche, tantôt molle et humide, quelquefois seulement elle est déviée. Le pouls, généralement peu fréquent (82, 84), est régulier; dans des cas, irrégulier ou intermittent, assez dur et résistant, et habituellement peu développé.

Cette forme, que j'ai eu plus particulièrement occasion d'étudier dans mon service, serait, d'après les observations consignées dans les auteurs, la moins fréquente.

Seconde forme. — Les prodromes sont les mêmes dans cette seconde forme, seulement ils sont beaucoup moins fréquents. Ne faudrait-il pas en accuser le peu d'exactitude qu'on a mise à recueillir les observations qui se trouvent dans la science? Toujours est-il que les sujets sont le plus habituellement pris subitement d'une attaque violente, s'affaissent sous eux et ne peuvent plus se relever; ils perdent connaissance pendant quelque temps, reviennent à eux, peuvent alors entendre, comprendre les questions qui leur sont adressées, et retombent bientôt dans l'état comateux le plus complet, auquel succède de l'immobilité absolue, de l'obtusion de la sensibilité du stertor, et enfin la mort.

Pendant cette sorte d'agonie, on observe, mais très-rarement, des convulsions partielles ou générales de la contracture (1). Le pouls est intermittent, petit et dur, le visage hébété, stupide; la bouche n'est pas déviée. C'est surtout dans ces attaques si brusques, bientôt suivies de la mort, que l'on observe plutôt une résolution des membres qu'une vraie paralysie.

J'ai omis de parler des vomissements dans cette seconde forme, ils sont en effet moins fréquents que dans la première; cependant, si l'on consulte les observations des auteurs, celles de Morgagni, d'Abercrombie, etc., ce symptôme se rencontre encore assez souvent (dans un quart des cas) pour qu'on ne le néglige pas.

La durée de cette seconde forme est très-courte, elle n'excède pas 10 heures; elle peut être de 5 à 6 heures. Beaucoup d'auteurs ont parlé de mort subite par apoplexie cérébelleuse; je n'ai pas eu occasion d'observer de faits semblables, mais on en trouve un bien remarquable dans Abercrombie (traduction de Gendrin, 2e édit., p. 341; 1835). Morgagni en cite également quelques exemples intéressants.

Entre ces deux formes bien dessinées, bien tranchées, de l'hémorrhagie cérébelleuse, il y a des degrés intermédiaires, qui ne diffèrent que par le plus ou moins d'accentuation des symptômes, le plus ou moins de véhémence de l'attaque, la durée variable des accidents, et qui se relient par conséquent très-bien aux deux formes principales.

Symptômes. — La première des deux formes, la moins fréquente, n'a été observée que quatre ou cinq fois; mais le nombre des cas où il y a eu des prodromes s'élève à neuf.

La seconde forme (à début brusque) s'est rencontrée 21 fois. Dans un de ces faits, l'attaque fut très-brusque, soudaine, et la marche des accidents se ralentit ensuite. Dans un autre, l'attaque fut très-violente et la marche des accidents si rapide, que la mort arriva en peu d'heures; il y avait eu des symptômes précurseurs pendant longtemps, et l'on constata, à l'autopsie, sur les parois du foyer hémorrhagique, des granulations tuberculeuses, altération anatomique qui avait précédé et pour ainsi dire préparé l'irruption presque foudroyante de l'hémorrhagie.

Parmi les faits remarquables d'hémorrhagie cérébelleuse foudroyante, il en est un (celui d'Abercrombie) qui me semble être le seul que l'on puisse réellement considérer comme tel; car, dans les autres, les sujets ont été trouvés morts dans leur lit, et l'on ne peut pas savoir s'ils n'ont pas vécu quelques heures après l'attaque.

Quoi qu'il en soit, les prodromes ont été observés dix fois; ils consistaient en étourdissements fréquents, tournoiements de tête, céphalalgie habituelle, perte de connaissance de temps à autre, tendance au sommeil, affaiblissement de la mémoire et de la vue. L'affaiblissement de la mémoire coïncidait avec les exacerbations de la douleur céphalique.

Au début de l'attaque et après, les *étourdissements* ont été notés chez huit sujets, dont l'un tomba subitement frappé.

Cinq fois il y eut des *tournoiements de tête*, et dans deux cas seulement le symptôme fut accompagné de perte de connaissance au moment même de l'attaque, suivie du retour de l'intelligence peu après.

La *céphalalgie* n'a été constatée que cinq fois. Je ne l'ai trouvée que deux fois sur cinq faits que j'ai observés, et dans les trois premières observations rapportées précédemment, elle n'est signalée qu'une fois.

Le siége de l'hémorrhagie aurait dû faire penser que la céphalalgie doit être fixée dans la région occipitale. Il n'en est pas ainsi, car une fois elle était générale, deux fois occipitale; dans un quatrième cas, le malade ne put en préciser le siége, et enfin, dans un cinquième, elle affectait le côté droit de la tête. Dans ce dernier fait, on trouva, à l'autopsie, une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau et une lésion du cervelet, siégeant vers la base du *vermis superior*.

C'est, en somme, une chose digne de remarque que la céphalalgie ait été notée huit fois comme accident prodromique, et qu'elle ait été moins souvent signalée après l'attaque, à titre de symptôme réel. Y a-t-il là une erreur? a-t-on cru inutile de la signaler une seule fois dans la rédaction des observations, alors qu'on en avait déjà parlé, ou bien n'existe-t-elle réellement pas aussi souvent après la déchirure de la pulpe nerveuse qu'avant? C'est ce que de nouvelles observations bien recueillies devront élucider. Toutefois il est bien certain que dans l'état comateux où se trouvent plongés les sujets quelques heures après

(1) Ces convulsions répondent à une complication vers d'autres parties de l'encéphale.

l'attaque, il est souvent difficile qu'ils puissent renseigner d'une façon tout à fait satisfaisante sur leur état, bien qu'ils comprennent ce qu'on leur demande, lorsqu'on y met quelque insistance et qu'on les agite.

Vomissement. — Après l'étourdissement violent qui précède et accompagne l'attaque apoplectique, après la céphalalgie, le vomissement est le premier symptôme qui se montre. Dès le début les sujets vomissent une ou plusieurs fois; quelques-uns vomissent encore dans le cours de la maladie jusqu'à la mort.

Dans quelques cas, on n'observe, dès les premiers moments de l'attaque, que des nausées et des efforts de vomissement; mais ces nausées et ces efforts peuvent rester stériles et se renouveler à plusieurs reprises, et chez d'autres sujets, être peu après suivis de vomissements qui peuvent être momentanément suspendus, pour reparaître quelques heures après, ou seulement une ou deux fois dans le cours de la maladie. Chez un de mes malades, je les ai vus se montrer, durant les premières heures, d'une manière presque incoercible.

Une seule fois, ce symptôme a persisté du début jusqu'à la fin, parmi les observations de mon service, et ce qui est bien digne d'être pris en considération, c'est que chez tous, il a coïncidé avec une lésion se rapprochant de la surface du cervelet et intéressant la substance grise périphérique.

L'*état comateux* et les phénomènes intellectuels me semblent devoir être examinés ici parallèlement, en raison des particularités qu'ils présentent et de leur intime liaison.

Dans l'hémorrhagie cérébrale, l'intelligence peut rester tout à fait intacte, et les malades ne pas avoir de coma; c'est lorsque l'hémorrhagie se fait lentement et que les sujets voient peu à peu les mouvements diminuer dans un de leurs membres ou dans tout un côté du corps, jusqu'à la paralysie complète. La même chose peut se présenter dans les petites hémorrhagies qui se font subitement. Si l'attaque est brusque et violente, il y a pendant un instant perte de connaissance; puis les malades reviennent à eux, conservant ou non quelques dérangements des facultés intellectuelles; mais ils n'ont pas de coma et peuvent se rétablir; dans d'autres circonstances, l'attaque plus violente est subite, s'accompagne de perte de connaissance, de coma, et la mort arrive après vingt, trente ou quarante heures. L'intelligence, dans ce dernier cas, est abolie d'une manière absolue.

Si on examine avec attention les faits, on voit que les choses ne se passent pas tout à fait de la même manière dans l'hémorrhagie cérébelleuse. Dans la première forme, progressive, à marche lente, les malades ont de la stupeur, restent taciturnes, mais répondent, quoique très-lentement, aux questions qu'on leur adresse; ils ferment les yeux, semblent s'assoupir, mais ils sont bien vite tirés de cette sorte de sommeil si on les secoue, et comprennent très-bien ce qu'on leur demande, puisqu'ils répondent et peuvent même donner des détails sur leurs antécédents.

Le coma ouvre donc la scène avec les symptômes précités; il progresse graduellement, arrive à un degré plus élevé, et plus tard à la torpeur. A ce coma physique, si je puis ainsi dire, se joint le coma intellectuel, le sommeil profond de l'intelligence, mais non la destruction, comme cela se présente le plus habituellement dans l'apoplexie cérébrale violente accompagnée de coma complet: de même que la sensibilité et quelquefois la motilité ne sont pas abolies, mais ne donnent que très-lentement des preuves de leur intégrité; de même l'intelligence, qui perçoit cependant, ne donne qu'avec une extrême lenteur des témoignages de perception, et partant de son intégrité. A une période plus avancée, le coma devient de plus en plus grand; une torpeur profonde lui succède, et les malades, pincés, remués, agités de toute façon, ne font que de très-légers mouvements; ils ouvrent les yeux seulement et les fixent sur tel ou tel objet; si on leur parle à haute voix, ils ne répondent plus. Cet état précède la mort de peu d'heures.

L'intelligence semble donc manifestement conservée presque jusqu'aux dernières limites de la vie.

Dans la seconde forme, à invasion brusque, à marche rapide, le coma est le premier symptôme qui soit observé avec le vomissement. Il est complet de prime abord; mais le malade, comme dans la seconde période de la première forme, peut encore entendre, comprendre ce qu'on lui dit, et manifester par des signes non équivoques que l'intelligence n'est pas anéantie. La marche est très-rapide dans cette seconde forme, et le calme le plus profond succède bien vite au coma; la mort arrive peu après.

J'ajoute que dans le cours des accidents, depuis l'attaque jusqu'à la mort, il y a des intermittences de coma, de sommeil des facultés, et de retour à la veille (ceci est plus fréquent dans la première forme); le malade alors ouvre spontanément les yeux, regarde autour de lui, fait des mouvements spontanés, peut répondre aux questions, et retombe bientôt dans son premier état. Ces alternatives peuvent se manifester deux ou trois fois. Sans aucun doute, le coma se montre le plus habituellement dès le début, tantôt progressif, tantôt subit; mais aussi il peut ne se montrer complet qu'à la fin, c'est-à-dire peu d'heures avant la mort. L'intelligence, depuis le début des accidents jusqu'à l'apparition de ce symptôme, est lente et paraît seulement assoupie.

(La suite au prochain numéro.)

SUR UN MÉMOIRE CONCERNANT LA LUXATION DE L'ÉPAULE directement en haut (1),

Par M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix.

(Rapport de M. Morel-Lavallée lu à la Société de chirurgie dans sa séance du 12 mai 1858.)

La tumeur que forme la tête recouverte des parties molles déborde la clavicule en avant de 4 à 6 centimètres; c'est absolument comme à l'état normal, nous l'avions déjà dit.

La voûte s'avançant sur la cavité glénoïde, il semble que la tête humérale ne puisse remonter et venir appuyer sur cette voûte, sans se projeter en avant, sans s'éloigner du bord claviculaire. C'est là cependant un point incontestable, et il s'explique: à l'état normal, l'extrémité osseuse repose par sa partie renflée, par les grands diamètres de sa tête sur la cavité glénoïde; tandis que, dans la luxation, c'est par sa partie rétrécie, par son col anatomique, qu'elle touche le bord de la voûte.

Ces deux conditions se compensent et montrent comment, tout en se déplaçant en avant, la tête humérale n'est pourtant pas devenue plus antérieure que lorsqu'elle se cachait sous la voûte.

Donc, si cette saillie de 4 à 6 centimètres de la tête humérale en avant ne prouve pas que la luxation existe, elle ne prouve pas davantage qu'elle n'existe point.

Mais l'extrémité articulaire de l'humérus ne pouvait se superposer à la voûte sans s'élever de presque toute sa hauteur au-dessus du niveau de la clavicule. En effet, la tumeur osseuse étant, comme sur le vivant, recouverte des parties molles, cette élévation n'a pas moins de 5 à 6 centimètres. — La section ou la déchirure du ligament coraco-acromien ne change rien à cette disposition, si ce n'est qu'il y a moins d'élasticité et plus de fixité dans la situation de la tête osseuse déplacée.

De là cette conséquence péremptoire que, dans tous les cas jusqu'ici publiés, la luxation était imaginaire, puisque dans tous la tête humérale était *au-dessous* de la clavicule.

D'où vient donc que cette luxation, qui se produit aisément à l'amphithéâtre, ne se soit pas encore rencontrée en clinique? Peut-être de l'attitude défavorable du bras dans les violences extérieures qui portent ou réagissent sur l'épaule; sans doute aussi de ce que cette lésion est prévenue par d'autres plus faciles. Cette différence reconnaît surtout une autre cause: l'extrême difficulté, la presque impossibilité qu'éprouve la tête humérale, non pas, comme on l'a dit, à franchir la voûte acromio-coracoïdienne, mais à s'y maintenir. Aucun trousseau de la capsule échappé à la rupture ne tend à l'y fixer. Les muscles des deux tubérosités refoulent, il est vrai, l'extrémité osseuse en arrière sur le bord de la voûte, mais ils agissent bien plus efficacement pour la ramener en bas. Comme elle n'est, d'ailleurs, que faiblement retenue par des inégalités ostéo-fibreuses, elle retombe et se réduit d'elle-même.

Ainsi la clinique, la clinique sévère, n'a point d'exemple de la luxation complète du bras directement en haut, et l'expérimentation la montre à peu près impossible.

II. Luxation incomplète.

M. Bourguet a-t-il été plus heureux ici? Le fait qu'il a recueilli et les cas analogues à l'aide desquels il croit avoir établi l'existence de cette lésion, ont-ils la signification qu'il leur attribue?

Examinons, et commençons par l'observation qui lui est propre. Nous n'en donnerons que la substance, afin d'abréger ce rapport déjà trop long.

Obs. IV. — Un jeune homme de dix-sept ans se fait, dans une chute sur la main, une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et à l'épaule une blessure qui s'accompagne d'un gonflement très-considérable.

Le médecin qui fut d'abord consulté négligea cette dernière lésion. Après la guérison de la fracture du radius, le malade, frappé de la persistance de la déformation de l'épaule et de la gêne qu'il éprouvait dans les mouvements du bras, se présenta à M. Bourguet le 41e jour de son accident.

Ce chirurgien trouve la tête humérale située entre l'acromion et l'apophyse coracoïde, et un peu au-dessous de ces éminences osseuses qu'elle touche et qu'elle déborde en avant d'environ 15 millimètres.

Nous ne saurions comprendre comment on a pu voir là les caractères d'une luxation en haut, quand la tête est restée au-dessous de la voûte. La tête est en contact avec la voûte; mais n'est-ce pas là précisément l'état normal? La tête humérale, dans tous les mouvements, dans toutes les attitudes du membre, est toujours contiguë, elle ou les tubérosités, à la voûte, en dehors dans l'adduction, en dedans dans l'abduction, etc. Comment dès lors a-t-on pu imaginer une luxation en haut, la tête, nous le répétons, restant au-dessous de la voûte? En supposant même qu'à l'état physiologique l'extrémité humérale fût séparée de la face inférieure des apophyses par une distance plus grande que l'épaisseur de son revêtement fibreux, sur quoi pourrait-elle s'appuyer, se fixer dans son déplacement au-dessous de ces saillies osseuses? Elle resterait donc comme suspendue dans l'espace, quand le poids du membre et tous les muscles l'attirent en bas pour la faire rentrer dans sa cavité!

Ce qui semble avoir induit en erreur l'habile observateur, ce sont les reliefs et les dépressions de la région rendus plus sensibles par l'arthrite chronique; c'est plutôt la saillie en avant du fragment inférieur dans le décollement de l'épiphyse humérale, car, selon toute apparence, il s'agissait de cette dernière lésion. Telle a été du moins l'impression de tous ceux d'entre vous qui ont examiné le plâtre moulé sur nature.

Obs. V. — Que dire du fait de M. Avrard, invoqué à l'appui du sien par M. Bourguet?

Ici encore « la tête humérale occupe l'espace compris entre les apophyses acromion et coracoïde et la cavité glénoïde, où elle ne peut être ramenée.... »

Ou, comme on lit plus bas:

« Elle est sous le bec de l'acromion en avant de la cavité scapulaire. »

Il serait difficile d'indiquer plus clairement la situation normale de la tête de l'humérus; chaque mot s'y applique exactement; seulement, au lieu d'ajouter que rien ne pouvait faire *rentrer* la tête dans sa cavité, il fallait mettre que rien ne pouvait l'en faire *sortir*.

Quelle était donc en réalité la lésion de l'épaule? On peut bien assurer qu'il n'y avait pas de luxation; mais remarquez que l'accident datait de trente ans! Le peu de valeur des renseignements fournis par la malade au bout de plus d'un quart de siècle, et les altérations que le temps a dû amener dans les caractères primitifs de l'affection laissent ce diagnostic rétrospectif flotter d'une hypothèse à l'autre. Aussi M. Malgaigne lui-même a-t-il émis sur ce fait deux opinions opposées: dans son journal (1) il se prononce pour une fracture de la tête humérale, et dans son livre (2) pour une subluxation suite d'arthrite chronique.

S'il fallait opter, c'est à la dernière opinion du savant professeur que nous nous rangerions le plus volontiers, — en faisant toutefois nos réserves touchant la *subluxation*, pour nous plus que douteuse. Ce qui a pu tromper ici, c'est l'aspect illusoire de l'épaule où l'atrophie des muscles, depuis longtemps inactifs, a rendu les éminences osseuses plus saillantes et creusé davantage les dépressions voisines.

M. Bourguet a eu soin, comme on le pense bien, de rappeler l'observation que M. Laugier a publiée, la première qui ait fixé sur ce point l'attention des chirurgiens. L'importance qu'il accorde à ce fait nous impose le devoir de nous y arrêter nous-même. Le voici en résumé:

Obs. VI. — Luxation incomplète en haut et en avant, derrière l'apophyse coracoïde. — Un jeune homme de seize ans tombe sur le bras gauche étendu; le membre subit une torsion de dehors en dedans, et supporte, fixé dans cette attitude, tout le poids du corps. Pas de chute complète.

A l'entrée du malade, le coude pouvait être rapproché du tronc, ce qui implique qu'il en était écarté. Les mouvements (passifs sans doute) d'avant en arrière et d'arrière en avant étaient possibles, quoique douloureux. M. Laugier diagnostique une entorse, et prescrit des sangsues et des cataplasmes émollients.

Au bout de douze jours le gonflement était en partie dissipé; l'idée d'une luxation se présente, idée basée sur les symptômes suivants:

« La tête humérale faisait saillie en dedans et en haut; au niveau de » l'apophyse coracoïde, derrière laquelle elle était appuyée, il existait » entre elle et la voûte de l'acromion un enfoncement peu marqué à » l'œil, mais dans lequel on pouvait loger l'extrémité des doigts étendus » et parallèlement placés. L'axe du bras était incliné en dedans et en » haut, et de plus il était légèrement tourné sur lui-même de dedans » en dehors, de sorte que la tubérosité interne de la tête semblait saillante et dirigée en avant... Raccourcissement de 6 lignes; aucun signe de fracture. Les mouvements d'avant en arrière étaient assez » étendus et faciles; le plus difficile était celui de l'élévation du bras, » et il était visible que c'était un mouvement de totalité de l'humérus » et de l'épaule ensemble. En effet, la tête de l'humérus arc-boutée contre l'apophyse coracoïde soulevait alors avec peine et d'une pièce » l'omoplate et la clavicule. »

Suivant M. Laugier, la tête était engagée entre l'apophyse coracoïde et le bord interne de la cavité glénoïde (3).

Dans son remarquable article sur les luxations de l'épaule, il revient sur la situation de la tête et la décrit plus au long:

« La surface articulaire de l'humérus était appliquée contre la face » inférieure et à la fois postérieure du bec coracoïdien, qu'elle touchait » par une surface et non par un *point*, ainsi que cela a lieu dans les » déplacements sous-coracoïdiens qui exigent, au premier moment » du moins, l'allongement du bras (4). »

Quinze jours après l'accident, on fit inutilement des tentatives de réduction. Le malade, qui avait recouvré la plupart des mouvements du bras, ne se prêtait à ces tentatives qu'avec une répugnance extrême; il s'y opposait même quelquefois de tous ses efforts.

Le premier diagnostic de M. Laugier est celui que nous préférons: il s'agissait d'une entorse suivie d'arthrite.

Si la tête humérale semblait plus spécialement confinée sous la partie interne de la voûte, dans l'étendue de laquelle elle roule à l'état normal, n'était-ce pas là, au lieu d'une luxation, le résultat d'une rétraction partielle de la capsule fibreuse? Et puis cette liberté de la plupart des mouvements du bras, recouvrée au bout de douze à quinze jours, est-elle compatible avec une luxation? Enfin, au-dessus de ces raisons, il y a l'impossibilité physique d'un déplacement incomplet, que nous croyons avoir démontrée.

Nous ne saurions donc reconnaître au fait de l'éminent professeur la signification que M. Bourguet croyait avoir confirmée.

L'auteur cite ensuite une observation de Soden, identique à la précédente, seulement avec un degré plus avancé de la lésion.

Obs. VII. — Après une chute sur le coude, une inflammation s'était développée dans l'articulation de l'épaule. Les symptômes étaient les mêmes que dans le cas de M. Laugier. Cinq mois plus tard, le malade mourut d'une plaie de tête, et l'on trouva à l'autopsie tous les caractères de l'arthrite avec une telle évidence, que Soden ne pensa même pas à une luxation, je me trompe, il crut à une luxation du tendon de la longue portion du biceps, dont, par parenthèse, la coulisse n'était qu'élargie (5). Ce fait prouve donc, avec toute la rigueur d'une autopsie, le contraire de ce que M. Bourguet lui demandait.

Enfin, quant au fait également invoqué, dit Cooper (6), il est tellement incomplet, tellement nul, qu'il ne nous a pas paru mériter de vous être soumis.

Je ne connais qu'un seul cas de luxation de l'épaule en haut, encore

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er juin.

(1) *Revue médico-chirurgicale*, t. IV, p. 282.
(2) *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 566.
(3) *Archives*, t. X, p. 65, 1834.
(4) *Dict. en 30 vol.* t. XII, p. 81.
(5) *Méd. chirurg. transact.* vol. XXIV, p. 212.
(6) *Œuvres complètes*. — Trad. franc., p. 109.

n'est-ce pas une luxation directe en haut, mais une luxation en haut et en dehors.

Sur une des victimes de la catastrophe du chemin de fer de la rive gauche, une grande partie de la longueur de l'humérus droit sortait à travers la peau, au côté externe de l'acromion, au point que le coude, refoulé dans l'aisselle, semblait se confondre avec l'épaule. Il y avait en même temps une luxation de l'avant-bras en arrière. D'autres lésions avaient déterminé une mort instantanée (1).

Ce déplacement en haut et en dehors se reproduit sur le cadavre en portant un peu plus loin que pour le déplacement direct en haut, la section de la capsule et des muscles sous-scapulaire, sus et sous-épineux, et en poussant ensuite le membre en haut et en dehors. L'humérus vient s'accrocher par son col anatomique au bord externe de l'acromion, au niveau de son articulation avec la clavicule. Il s'y maintient assez bien par la tension des parties conservées et de la capsule et des muscles des deux tubérosités, et manifestait par la tension des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond; mais toute rotation de la tête de l'os en dehors ou en dedans tend à faire cesser la luxation, une surface abrupte remplaçant contre l'acromion la rainure du col anatomique.

Dans ce déplacement, la tête humérale, recouverte des parties molles, s'élève de 5 à 6 centimètres et même davantage au-dessus du niveau de la clavicule, et le bras est raccourci en conséquence. La distance de cette tête à la fourchette sternale est accrue de 4 centimètres, c'est-à dire que l'épaule est allongée d'environ le diamètre de l'extrémité luxée. L'épaule est aplatie en avant, et les parties molles tendues sur la cavité glénoïde, en dedans de laquelle l'apophyse coracoïde fait une saillie très-prononcée.

Ce qui rend cette luxation presque impossible sur le vivant, c'est encore la difficulté qu'éprouve l'extrémité osseuse à se fixer sur le bord de l'acromion, tous les muscles qui s'y attachent la rappelant d'abord en bas et en dedans, c'est-à-dire à sa place.

Peut-être pourrait-on regarder comme un exemple de ce déplacement où la tête serait restée à mi-chemin de cette réduction spontanée, un cas de Smée. Il trouva sur un cadavre la tête humérale s'appuyant, à travers une ouverture ancienne de la capsule, contre la face inférieure de l'acromion et du deltoïde (2). Peut-être aussi n'était ce que la variété sous-acromiale de la luxation en dehors. D'ailleurs, M. Bourguet ne s'est point occupé de la luxation en haut et en dehors.

L'objet exclusif de son mémoire était d'établir cliniquement l'existence de la luxation directe du bras en haut et en avant. Malheureusement les faits que l'auteur apporte ou invoque à l'appui de sa thèse ne nous ont point paru aller à son but.

Suivant nous, des deux variétés qu'il se proposait de démontrer, l'une, la *luxation incomplète*, est absolument impossible, l'autre, la *luxation complète*, presque impossible et jusqu'ici sans exemple (3).

Mais nous nous empressons de reconnaître que le mémoire de M. Bourguet n'en est pas moins très-intéressant sous beaucoup de rapports; les faits sont importants, habilement présentés. Pour apprécier son œuvre avec justice, il convient de se souvenir que, s'il n'a pas réussi dans sa tâche, elle avait également trompé les efforts des maîtres. Ses recherches antérieures, sa position à la tête d'un grand hôpital, qui lui permettront de vous adresser de nouveaux travaux, le recommandent à votre bienveillance.

La commission propose :

1° De remercier l'auteur de sa communication ;

2° D'insérer un extrait de son mémoire dans les *Bulletins* ;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

L'extrait du mémoire se trouvant dans le rapport de M. Morel-Lavallée, il a été décidé que ce dernier travail serait seul inséré dans les *Bulletins*, et le mémoire original déposé aux archives.

RUPTURE DE L'UTÉRUS
pendant le travail de l'accouchement.

Par M. le docteur Henry GRAMSKAW, M. R. C. S.

Appelé auprès de Mme Philipps par la sage-femme qui l'assistait depuis qu'elle avait ressenti les premières douleurs de l'enfantement, et parce que le travail ne semblait pas à cette dernière suivre une marche ordinaire, j'arrivai vers les six ou sept heures du soir; je trouvai la patiente étendue sur son lit; sa physionomie exprimait la souffrance et l'inquiétude; elle se plaignait surtout d'une violente douleur à la partie antérieure de la région abdominale, qui lui semblait n'être pas de celles qui favorisent la naissance de l'enfant.

Mme Philipps est une jeune femme de vingt-quatre ans, mariée à un cordonnier. J'appris d'elle qu'elle était à son quatrième accouchement. Les trois premiers avaient présenté des difficultés : elle avait été délivrée la première fois par un chirurgien de la ville, qui n'avait obtenu l'enfant qu'en opérant la crâniotomie; de son second, par une sage-femme, l'enfant était mort-né; la troisième fois aussi par une sage-femme : la petite fille qu'elle mit alors au monde existait et avait trois ans; le rétablissement après ce dernier accouchement avait été complet. Pendant la grossesse actuelle, elle s'était toujours bien portée jusqu'aux deux derniers mois; mais depuis cette époque elle avait éprouvé de la douleur au côté gauche, tantôt plus, tantôt moins; elle n'a pas senti les mouvements de l'enfant depuis une semaine; il ne s'est produit aucun écoulement, si ce n'est il y a quelques heures. Les douleurs de l'enfantement ont commencé entre cinq et six heures de la nuit précédente; elles ont continué toute la nuit, mais au dire de la sage-femme elles n'étaient point expulsives. Une quantité assez considérable de liquide de mauvaise odeur s'était écoulée; on supposa dès le commencement du travail une mauvaise présentation Entre trois et six heures du matin, autant qu'elle peut s'en rendre compte, elle ressentit comme un mouvement de bascule déchirant, qui cessa, puis les douleurs se portèrent toutes alors sur le devant de l'abdomen. Elle éprouvait une soif très-vive et avait bu une grande quantité d'eau, mais elle n'avait rien pris autre chose. La sage-femme avait essayé de lui faire boire une demi-pinte d'ale, qu'elle avait rejetée. Il n'y avait pas eu de syncope.

Vers les six heures, le placenta s'était détaché sans qu'il y eût d'hémorrhagie. C'est alors qu'on m'avait fait demander.

Frappé de l'aspect de la patiente, je procédai tout de suite à un examen vaginal ; je trouvai le cordon pendant hors de la vulve, le placenta en était séparé, on me le montra dans un vase. Il me sembla en partie décomposé, mais il était entier. En introduisant la main dans le vagin, je reconnus que l'enfant présentait la main ; le bassin était petit, l'orifice utérin contracté. Pendant mon examen, la patiente s'écriait qu'on lui déchirait le ventre et manifestait des signes d'angoisse qui ne ressemblaient en rien à ceux qu'on peut remarquer lorsqu'on introduit la main pour opérer la version. Impressionné par le caractère grave que cet accident me semblait présenter, je voulus, avant d'aller plus loin, m'aider de l'avis d'un confrère, et je demandai M. Derington, qui avait accouché cette dame à sa première grossesse, et qui vint aussitôt. Après examen, il tomba d'accord avec moi qu'il y avait une déchirure de l'utérus, et que l'enfant était passé dans la cavité abdominale.

La version fut immédiatement décidée et nous y procédâmes ; mais l'extraction de l'enfant présentait des difficultés en raison de l'étroitesse du bassin et de l'extrême rigidité du vagin et du périnée, ce dernier n'ayant été soumis à aucune action dilatante. Trouvant la tête logée sur le bord du bassin, M. Derington perfora le crâne et put lui faire franchir l'obstacle après l'avoir vidé. Le fœtus était un garçon. Il n'y eut point d'hémorrhagie apparente, mais l'accouchée éprouvait de violentes souffrances au devant des intestins. Nous lui fîmes administrer 40 minimes de teinture d'opium, qu'on répéta trois fois à demi-heure de distance, sans obtenir le moindre assoupissement, la moindre diminution de souffrances ; elle prit aussi quelques cuillerées d'une mixture avec l'eau de menthe, la teinture d'opium, le camphre et de plus une pilule d'opium.

A quatre heures, ces vives douleurs cessèrent, et la patiente se félicita de ce calme : elle urina deux ou trois fois; elle n'éprouva pas de faiblesse et semblait se mouvoir mieux qu'elle ne l'avait fait avant; ce calme continua jusqu'à cinq heures du matin, heure à laquelle la douleur se montra de nouveau et avec une grande violence. A ma visite je trouvai le pouls à 120 pulsations et dur, une sensibilité extrême du ventre; je remarquai de plus une toux fatigante. Il s'était écoulé beaucoup de matière séreuse mêlée de sang, la langue était blanche et humide, l'intelligence entière. Je fis appliquer trente sangsues à l'abdomen, je prescrivis de nouveau l'opium mêlé au calomel. La douleur est un peu moins vive le lendemain matin, à la suite de l'application des sangsues, mais le sommeil n'est pas venu, la toux est toujours très-forte; elle est aussi mal que précédemment. Elle soulève les genoux; elle supporte sur l'abdomen une pression qui ne serait pas tolérable dans la péritonite, sa plus grande douleur est maintenant vers l'épigastre. On fait prendre les pilules toutes les deux heures, on cherche à entretenir l'issue du sang des piqûres de sangsues par l'application de flanelle humide et tiède; on en applique dix autres; à quatre heures, le pouls est à 130; vomissements; tympanite considérable. Un peu de calme succède encore à ces accidents par l'effet des sangsues, mais bientôt il est suivi de nouvelles douleurs dans l'hypochondre et dans la région lombaire, à droite; la soif, l'agitation empêchent la malade de sommeiller. Vers sept heures, cet état s'augmente, on renouvelle toutes les heures la pilule au calomel et à l'opium. Après avoir pris trois de ces pilules il survient un peu d'assoupissement, la douleur est moins vive, la soif est continuelle jusqu'à minuit; on accorde vers le matin une tasse de thé, avec un peu de pain grillé trempé. La malade urine une fois encore, elle essaye de sommeiller quand la toux ne l'en empêche pas; la langue est toujours blanche et humide, mais la douleur lombaire est toujours intense. L'écoulement vaginal est de même aussi séreux et abondant. — Le jour suivant : sel purgatif; dix sangsues à l'hypochondre droit, pilules continuées; le soir : collapsus; pouls imperceptible; elle succombe vers le matin suivant, soixante-sept heures après son accouchement.

Autopsie, vingt-huit heures après le décès; température, 62° F. — Cette femme était de petite taille et assez mal constituée. Une certaine quantité de fluide écumeux s'échappe de la bouche, la rigidité cadavérique est très-manifeste ; l'abdomen, fortement distendu, a le volume qu'il avait avant l'accouchement; on n'observe aucun changement de coloration sur aucune partie. En pratiquant une incision sur la ligne blanche, on remarque une couche de graisse de près d'un pouce d'épaisseur, et, à travers l'ouverture, on découvre les traces de l'inflammation péritonéale. Ces traces, ainsi que nous l'avions pronostiqué, s'étendent bien plus vers la région lombaire droite et vers le foie; ce viscère est tapissé de lymphe blanche; les intestins sont collés ensemble sans qu'il y ait de traces d'entérite. Dans la région hypogastrique, l'utérus est projeté en dehors et baigné dans une sérosité couleur marc de café. On y aperçoit une déchirure longitudinale, au côté droit, étendue depuis le col jusqu'à deux ou trois pouces du fond; la déchirure s'arrête très-près du col; la vessie et le vagin sont intacts.

J'isolai l'utérus pour l'examiner avec soin, ainsi que ses dépendances : ses parois étaient épaissies et paraissaient avoir subi une dilatation inégale, car elles étaient plus amincies sur certains points que sur d'autres. En examinant l'intérieur de l'organe, à travers la déchirure, on reconnaissait la place qu'avait occupée le placenta, en arrière, vers le fond, mais loin de l'orifice. Le diamètre antéro-postérieur du bassin était étroit, mais la distorsion n'était pas considérable. Le reste des viscères était en bon état. *(Revue étrang. médico-chirurg.)*

TÉTANOS GUÉRI PAR L'EXTRAIT DE CANNABIS INDICA.

Par M. Ew. SKUE, chirurgien adjoint d'état-major à Honduras.

Il s'est présenté à Honduras un cas de tétanos dans lequel l'extrait alcoolique de *cannabis indica* fut administré avec succès. Ce cas me semble intéressant, puisqu'il justifie les éloges que M. O'Shanghnessy fait de cette médication pour combattre cette terrible maladie.

Le sujet, vigoureuse enfant de neuf ans, fut atteint subitement, le 9 avril au matin, de roideur du bras et de la jambe droits, avec douleur localisée particulièrement dans le bras. A ma première visite, le bras et la jambe étaient roides, la main fléchie sur l'avant bras, le genou demi-fléchi, le pied droit tourné en dedans; pouls à 80, assez mou; langue blanche, ventre libre. La malade avait l'air gai, et n'éprouvait aucune difficulté à ouvrir la bouche.

En la questionnant, j'appris qu'un mois auparavant elle avait fait une chute et s'était coupée au poignet droit avec des fragments de verre; la plaie avait guéri très-vite ; aucun symptôme fâcheux ne s'était produit, lorsque, peu de jours avant son entrée, elle se plaignit de douleurs lombaires, sans cependant ressentir la moindre gêne dans la cicatrice.

Cette cicatrice, irrégulière et de forme triangulaire, existait au bord cubital du poignet droit, au-dessus du tendon du muscle cubital antérieur.

Je prescrivis un purgatif, et je la trouvai mieux le lendemain. Jusqu'au cinquième jour, il y eut peu de modification dans son état; alors seulement on s'aperçut de la gêne qu'elle éprouvait à ouvrir la bouche. Le sixième jour, les symptômes étaient bien caractérisés. Elle avait des attaques répétées d'opisthotonos; pouls fréquent, dépressible; face grippée; ouverture de la bouche incomplète et très difficile.

J'appelai en consultation le docteur Young, médecin de la colonie, qui voulut bien m'aider de ses conseils et me prêter son concours, et nous nous arrêtâmes à l'administration du *cannabis indica*.

La dose fut d'abord d'un demi-grain (1), et on la porta à deux grains par heure jusqu'à ce que le narcotisme fût produit. On donna pour régime, un potage nourrissant, du vin, de l'arrow-root. Les symptômes ne tardèrent pas à s'amender sous l'influence de ce médicament, qui fut continué en doses successives, variant de 4 à 18 grains par jour. L'enfant était ainsi maintenue dans un narcotisme presque permanent. Les spasmes tétaniques devinrent de moins en moins intenses. Après douze jours, on arrêta la médication; l'enfant allait bien, les symptômes généraux avaient disparu, il ne restait plus qu'un peu de roideur du bras, qui se dissipa aussi huit ou dix jours après.

Le médicament fut administré sous forme d'extrait alcoolique étendu d'eau : son action est celle d'un sédatif direct, il produit peu de surexcitation, et jamais de constipation.

Quoiqu'il ne soit pas possible de tirer des conclusions d'un cas unique, cependant, dans le cas spécial, la cessation prompte des spasmes tétaniques, après son administration, nous engage à étudier avec soin les effets de ce médicament. *(Edimburg méd. journ., avril 1858.)*

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR OPÉRER LA GRENOUILLETTE.

M. le docteur Delore, chef de clinique, rend compte de ce procédé, imaginé par M. Barrier, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, et le faisant précéder des considérations suivantes :

Les anatomo-pathologistes sont en désaccord sur le siége précis de la grenouillette, et les chirurgiens sont également divisés sur la meilleure manière de la guérir. Pour ce qui est du siége, il semble possible que la grenouillette survienne à la suite d'une oblitération, soit des conduits de Rivinus, soit des glandules du plancher sublingual, soit des glandules qui s'abouchent dans le conduit de Warthon, près de son orifice. La bourse séreuse décrite par Fleischmann pourrait également s'enflammer et donner lieu à une tumeur par hypersécrétion d'un liquide séreux dans sa cavité.

Quant aux procédés opératoires, ils peuvent se ranger sous trois méthodes distinctes. Dans la première, on se propose de rétablir l'orifice naturel : c'est le cas de Louis, qui guérit une grenouillette en dilatant avec un fil de plomb un orifice qui semblait fermé.

La deuxième méthode consiste à détruire ou à oblitérer la poche kystique. On a employé pour cela les cautérisations et l'extirpation de la poche, ou même simplement les injections irritantes.

Dans la troisième méthode, on tente l'établissement d'un orifice nouveau, d'une fistule permanente, et ici les procédés abondent. Mais tous sont compliqués, et doivent céder le pas à un nouveau procédé qui se recommande par la facilité de son exécution, le peu de douleur qu'il cause, et l'heureux et prompt succès qu'il a obtenu dans le seul cas où il a été mis en usage. — Voici comment il a été exposé par M. Barrier.

Premier temps. — On place à chaque extrémité du diamètre transversal de la tumeur une pince à griffes; celle du côté droit est confiée à un aide.

Deuxième temps. — L'opérateur, saisissant lui-même celle de gauche, taille avec des ciseaux un lambeau triangulaire à sommet tronqué, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. La base de ce lambeau est à droite du diamètre antéro-postérieur, le sommet à gauche.

Troisième temps. — Le chirurgien prend alors la pince du côté droit et pratique une petite incision d'avant en arrière, près de la base du lambeau, et pénétrant également dans la cavité du kyste.

Quatrième temps. — La pointe du lambeau est ensuite renversée en dedans, de gauche à droite; on la fait ressortir par la petite incision, à la lèvre interne de laquelle on l'unit par un point de suture.

Par ce procédé, la muqueuse, renversée en dedans, n'a au-

(1) Morel-Lavallée, *Essai sur les luxations de la clavicule*, p. 146.

(2) *The Lancet*, mars 1845.

(3) Le fait que M. Chassaignac a publié, et que notre savant collègue a rappelé dans la discussion (Voir séance du 12 mai), n'était, à mon avis, qu'une fracture de la partie supérieure de l'humérus, avec déplacement du fragment inférieur en avant et en haut.

(1) Le grain anglais équivaut à 0,065.

cune tendance à adhérer au fond du kyste, qu'elle regarde, ni sur ses bords, et le liquide sécrété pourra librement sortir par l'une ou l'autre des deux ouvertures. (*Revue de thérapeutique.*)

ACTION DE LA DIGITALE SUR L'UTÉRUS,

Par W. Howship Dickinson.

Le but de ce mémoire est de montrer que la digitale administrée à l'intérieur excite les contractions musculaires des parois utérines, sans qu'elles dépendent d'aucun changement dans l'action du cœur ou dans la circulation générale. L'auteur est arrivé à ces conclusions en observant les effets de ce médicament dans des cas de ménorrhagie et dans l'accouchement. Dans tous les cas de ménorrhagie qui se sont présentés pendant un an, la digitale a été le seul médicament administré, et dans tous le résultat a été une prompte cessation de l'hémorrhagie. Dans un de ces cas, la digitale n'a été donnée qu'après avoir essayé en vain tous les moyens ordinaires. Le mode d'administration était de 15 à 30 grammes d'infusion trois fois par jour. Dans plusieurs cas chaque prise de digitale fut suivie de douleurs utérines ressemblant à celles du travail, l'expulsion d'un caillot et la cessation temporaire de l'écoulement, chaque dose du médicament apportant des périodes de cessation de plus en plus longues. Enfin l'auteur cite un cas où la délivrance a été déterminée par l'emploi de la digitale, et plusieurs cas où les douleurs du travail ont été produites par ce médicament.

Ces observations sont pleines d'intérêt et méritent d'être complétées, afin de s'assurer si la digitale ne pourrait pas être substituée au seigle ergoté, dans les cas où le travail se prolonge sous l'influence de l'atonie des parois de l'utérus. Il est à noter aussi que l'auteur n'a pas constaté une grande action sur le pouls ou sur les mouvements du cœur. (*Revue médico-chirurg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mai 1858. — Présidence de M. Despretz.

Concours du prix Bréant. — M. Serres, au nom de la section de médecine et de chirurgie (MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe) et Serres, rapporteur), lit le rapport suivant sur le concours Bréant :

En instituant un prix de 100,000 francs pour être décerné à l'auteur d'un remède souverain pour la guérison du choléra, M. Bréant a eu en vue d'appeler les efforts des médecins et des savants sur la maladie épidémique la plus terrible qui afflige l'espèce humaine.

Quoique étranger aux sciences médicales, la pensée dominante du testateur a été évidemment de provoquer de nouvelles études sur la recherche des causes des affections épidémiques en général et de celles du choléra en particulier. Il a pensé que, dans l'état actuel de la science, il y avait encore beaucoup de choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il contient, ainsi que sur les animalcules, qui, selon lui, sont répandus en nombre infini dans l'atmosphère, et qui deviennent peut-être la cause ou une des causes de cette cruelle maladie.

La section a dû se bien pénétrer de l'esprit du concours que lui imposait ce legs, afin d'en définir les termes avec quelque précision dans l'état présent de nos sciences médicales.

Dans la médecine, en effet, comme, au reste, dans les autres sciences naturelles, nous ne connaissons que des faits. Nous les rapprochons afin de saisir leurs rapports et de les classer. Nous nous élevons, par ce procédé, à des faits plus généraux que nous nommons *principes*. Mais ces principes ne sont eux-mêmes que des formules des faits, ils ne sont pas *causes*.

C'est pour avoir méconnu pendant longtemps ce procédé de l'esprit et les bornes de sa portée, que notre science s'était lancée dans le labyrinthe de l'étude des causes immédiates des maladies, en se frayant des routes nouvelles qui semblaient promettre une issue, et qui, sans nous y conduire jamais, finissaient toujours par nous ramener au point d'où nous étions partis.

La section de médecine et de chirurgie a déjà fait remarquer à l'Académie que l'esprit du concours Bréant avait une tendance à reporter la médecine vers la recherche des causes occultes des maladies, recherches qui imprimaient à la science une direction systématique si fâcheuse avant que le flambeau de l'observation et de l'expérience vînt éclairer sa marche et lui circonscrire l'espace dans lequel elle devait opérer.

Toutefois, en se tenant rigoureusement dans les limites accessibles à l'observation, les médecins n'ont pas perdu de vue les études de Van Helmont et de Stahl sur ce sujet, et, à la suite de ce dernier et de notre illustre Lavoisier, ils étudient avec un grand intérêt les recherches physiques et chimiques faites sur la composition de l'air, pour en appliquer les découvertes à la connaissance et à la guérison des maladies épidémiques. Tout en rejetant les idées de Néedham sur la génération spontanée, ils suivent également les études qui ont pour objet de faire connaître les animalcules ou toute autre matière organique contenue dans l'atmosphère, qui pourraient exercer quelque influence sur l'organisme vivant. C'est dans cet esprit que la section cherche à remplir la tâche qui lui est imposée par l'Académie, tout en reconnaissant que les découvertes que réclament les excellentes intentions du testateur sont d'une difficulté extrême et par conséquent d'un avénement très-éloigné.

C'est même dans cette prévision que M. Bréant a eu la pensée d'instituer un prix accessoire de 5,000 francs, représentant l'intérêt annuel du capital et destiné à récompenser les travaux qui auraient fait avancer la question du choléra ou celle des autres maladies épidémiques.

Se pénétrant tout à la fois et de la haute mission qui lui était confiée et des volontés du testateur que nous venons de rappeler, la section de médecine et de chirurgie a demandé que le spécifique du choléra dont la découverte fait l'objet du concours, guérisse cette affection d'une manière aussi sûre que le quinquina guérit les fièvres intermittentes.

Elle a pensé également que les vœux du testateur seraient accomplis si, dans la recherche des causes, on était conduit à une prophylaxie évidente du choléra analogue à celle de la variole par la vaccine.

Depuis le 20 novembre 1854, époque du dernier rapport sur ce concours, jusqu'au 1er mai 1858, l'Académie a reçu et renvoyé à la section cent cinquante-trois mémoires ou communications.

Parmi ces nombreux travaux, un grand nombre ne renferment que des suppositions plus ou moins invraisemblables, suppositions accompagnées tantôt d'observations insignifiantes et tantôt exigeant des expériences presque impossibles que les auteurs demandent que la section fasse elle-même afin de justifier leurs prétentions.

D'autres ouvrages, beaucoup plus recommandables, embrassent l'histoire du choléra, s'étendent sur son étiologie, sur la fixité de ses symptômes, sur la constance des altérations morbides qu'il laisse après lui, soit sur les voies digestives et aériennes, soit sur la composition du sang et des autres fluides de l'organisme. Mais ces travaux n'ajoutant rien à ce qui est déjà connu, et surtout ne contenant aucun résultat propre à éclairer la thérapeutique des maladies épidémiques, n'ont pu être pris en considération par la section.

Un troisième ordre de mémoires est relatif à la statistique du choléra soit d'une localité très-limitée, soit d'un arrondissement ou même d'un département. Mais ces documents, intéressants peut-être pour les contrées où ils ont été recueillis, n'ont aucun rapport avec les questions que ce concours est appelé à résoudre.

Dans le nombre de mémoires envoyés à la section, deux seulement montrent que leurs auteurs ont bien compris le véritable but de ce concours en s'attachant à indiquer des moyens spécifiques pour la guérison du choléra.

Le premier de ces deux mémoires est intitulé : *Sur le traitement du choléra asiatique, des fièvres typhoïdes et de quelques autres maladies aiguës par l'inoculation de la matière variolique.* Il n'a que sept pages in-4°, mais il n'est que le résumé d'un long travail que l'auteur, médecin en chef de l'hôpital de Smolensk, dit avoir communiqué officiellement aux autorités médicales de la Russie, qui, selon lui encore, en auraient recommandé les résultats aux médecins de l'empire russe.

Sans juger ce qui en est sous ce rapport, la section aurait bien désiré connaître les détails des nombreuses expériences auxquelles l'auteur dit s'être livré, afin de pouvoir apprécier les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades au moment de l'inoculation de la matière variolique, et d'en juger les effets soit sur ceux affectés du choléra, soit sur ceux atteints de la fièvre typhoïde ou du typhus.

L'auteur est parti de l'idée que le virus du choléra et de la fièvre typhoïde est identique au virus variolique, de sorte qu'en inoculant ce dernier dans le plus haut degré de force du choléra, du typhus ou de la fièvre typhoïde, il détruit sur place le virus qui produit ces dernières maladies, et il le détruit ou plutôt il l'anéantit sans produire ni la fièvre varioleuse ni même les pustules varioliques. Les guérisons du choléra, qu'il annonce, sont dans la proportion de six sur sept malades.

La section de médecine et de chirurgie ne doit pas dissimuler les doutes que lui a laissés l'annonce de semblables résultats, doutes accrus, en ce qui concerne le choléra, par ce fait que, pendant la période algide de cette affection, la surface de la peau a perdu sa faculté absorbante.

Comment alors le virus variolique pénètre-t-il l'organisme? Comment ce virus est-il absorbé presque instantanément, lorsque nous savons qu'avant la découverte de la vaccine, alors qu'au lieu de vaccin, on inoculait la matière variolique, le temps d'incubation de la matière inoculée n'était pas moindre de quatre jours?

Dans l'état où ce travail lui est présenté, la section n'a pas cru devoir le prendre en considération.

Il en est de même du mémoire de M. Ayre sur le traitement du choléra par le calomel ou proto-chlorure de mercure.

Comme on le sait, la médecine anglaise fait un usage très-fréquent de ce médicament; elle l'emploie dans le typhus, dans la fièvre typhoïde et les affections fébriles en général; elle l'a employé également contre le choléra, mais jamais, à notre connaissance, d'après la méthode suivie par M. Ayre.

Ce médecin a administré coup sur coup le calomel dans la période algide du choléra, et, malgré la tendance si active de l'estomac à rejeter tout ce que l'on y introduit, il assure avoir presque toujours obtenu la tolérance du médicament en l'administrant à la dose de 5 ou 10 centigrammes, de deux en deux ou de cinq en cinq minutes.

L'auteur insiste beaucoup, et avec raison, sur cette tolérance du médicament, qui est toujours l'indice d'un arrêt dans la marche funeste de la maladie.

On a pu administrer ainsi, dans un court espace de temps, jusqu'à la dose énorme de 1000 grains ou 50 grammes de protochlorure de mercure, sans produire la salivation, effet remarquable que l'auteur attribue à la suspension de l'action des vaisseaux absorbants pendant la durée de la période algide du choléra asiatique.

Sans considérer comme cause les altérations morbides que présente la surface interne des voies digestives, il les envisage néanmoins comme le symptôme initial de cette affection, et c'est aux modifications que le protochlorure de mercure opère sur leur surface qu'il attribue l'efficacité spécifique de ce médicament, efficacité telle que l'on peut, dit l'auteur, à l'aide de ce moyen, obtenir les guérisons dans une proportion de quatre-vingts sur cent malades, résultat immense s'il était justifié par un ensemble de faits assez nombreux.

Mais, quoique l'auteur joigne à sa propre expérience celle de plusieurs autres médecins qui ont adopté cette médication avec un succès égal à celui qu'il avait obtenu, il s'en faut de beaucoup, cependant, que l'ensemble de ces résultats ait porté la conviction dans l'esprit des membres de la section de médecine et de chirurgie.

Comme on le voit, la section de médecine et de chirurgie vient encore déclarer à l'Académie qu'aucune des conditions du concours Bréant n'a été remplie dans les très-nombreuses communications qu'elle a reçues sur le choléra asiatique.

Afin de maintenir les concurrents dans les limites de ces conditions, elle croit devoir rappeler que pour remporter le prix de 100,000 fr., il faudra :

1° Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas;

Ou :

Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes, on fasse cesser l'épidémie ;

Ou bien,

Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole.

2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 francs, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Enfin, dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres ou qui aura éclairé leur étiologie.

Traitement de la phthisie pulmonaire. — M. J. Francis Churchill lit un mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire et sur l'action physiologique et thérapeutique des hypophosphites.

Ce mémoire est fondé sur 41 observations de phthisie traitée par les hypophosphites alcalins depuis la publication de l'ouvrage dont l'auteur fait hommage en même temps à l'Académie. Les résultats fournis par ces 41 cas, dit-il, confirment complétement ce que j'ai déjà écrit sur l'efficacité de ces préparations.

Je suis en mesure d'affirmer, sauf vérification ultérieure plus étendue, que : 1° contrairement aux opinions reçues, la phthisie traitée par les hypophosphites est d'un pronostic moins grave au troisième degré qu'au deuxième; 2° que la consomption héréditaire, soumise à cette médication, guérit aussi bien que celle qui ne dépend pas d'une telle influence. Ce n'est pas du reste comme moyen curatif, c'est surtout comme prophylactiques que les préparations hypophosphoreuses doivent être employées contre cette affection.

Indépendamment d'ailleurs de son influence sur la santé publique, la décision de cette question se rattache à des considérations d'un haut intérêt scientifique. Si la spécificité des hypophosphites contre la tuberculose était une fois établie, on y trouverait, je le crois, la solution d'un problème qui a beaucoup occupé et les chimistes et les physiologistes, celle de savoir l'état dans lequel le phosphore se trouve dans l'économie. On devrait en effet conclure de là qu'en dehors du phosphate calcaire, qui a été étudié par d'autres observateurs, il existe dans l'organisme, ainsi que le démontrent les travaux de différents chimistes, et plus particulièrement ceux de Vauquelin et de M. Fremy sur le cerveau, un principe contenant le phosphore à l'état oxydable, et y jouant un rôle spécial qui se rapporte à la fois à l'innervation et à l'hématose, et qui expliquerait peut-être la solidarité intime entre cette première fonction et les phénomènes de la nutrition générale, tels que la calorification, etc., établie par les expériences de plusieurs physiologistes, et surtout par celles de M. Claude Bernard.

Cette conclusion est confirmée non seulement par les résultats que j'ai déjà annoncés, mais aussi par les effets avantageux que l'emploi des hypophosphites a offerts dans les états morbides dépendants d'une lésion de l'innervation ou de la nutrition générales, telles que la bronchite chronique, l'asthme, la spermatorrhée, la myélite, l'anémie, le rachitisme et l'épuisement des femmes grosses et des nourrices, enfin par des expériences que je poursuis en ce moment sur la croissance des jeunes animaux.

Je crois avoir été le premier à signaler, il y a déjà près d'une année, l'importance de ce principe phosphoré, et le rapport qu'il pouvait y avoir entre la variation de ses proportions et différents états morbides, plus particulièrement la diathèse tuberculeuse.

Ces idées, que je ne fais qu'indiquer sommairement, sont exposées dans l'ouvrage dont je fais hommage à l'Académie, et sont le point de départ du mémoire que je présente. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Cl. Bernard.)

— M. Duval adresse la description et la figure d'un instrument de chirurgie qu'il désigne sous le nom d'*écraseur à levier*. (Commissaires : MM. J. Cloquet et Jobert (de Lamballe).

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de neuf membres qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et chirurgie.

MM. Velpeau, Rayer, André, Cl. Bernard, Serres, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe), Duméril et Flourens réunissent la majorité des suffrages.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous venons de recevoir le premier numéro d'un journal qui prend le titre de *Montpellier médical*. La rédaction, confiée aux professeurs et agrégés de la Faculté de cette ville, lui donnera, sans aucun doute, une place importante dans la presse médicale.

— M. le docteur Churchill commencera un cours public et gratuit sur la phthisie pulmonaire et son traitement par les hypophosphites, le vendredi 11 juin, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Langlebert, rue Larrey, 8, et le continuera les vendredis suivants à dix heures et demie du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Nouveau dictionnaire d'histoire naturelle, par M. le docteur Bossu. Deux vol. grand in-8° à deux colonnes; VIII-837 pages, avec gravure très-nombreuses. L'ouvrage complet aura trois volumes. Prix de chacun, 9 fr. — Paris, chez l'auteur, rue de Seine, 31.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 67. — JEUDI 10 JUIN 1858. (31e ANNÉE.) N° 67. — JEUDI 10 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JUIN 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie, mise en possession du legs Amussat, a déclaré le concours ouvert. La première distribution du prix annuel sera faite dans la séance publique de l'année 1859. La manière large et intelligente avec laquelle ont été stipulées les conditions du concours, rendra la tâche de l'Académie facile; elle lui permettra sans aucun doute de remplir ponctuellement les intentions généreuses du testateur, qui a eu tout à la fois en vue les progrès de la science et l'encouragement des savants.

Après quelques autres communications intéressantes de la correspondance, l'Académie a repris la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La question nous paraît dès à présent épuisée. Toutes les doctrines, toutes les opinions collectives ou individuelles se sont fait jour. La discussion est entrée dès hier dans une phase nouvelle, que l'on pourrait appeler la phase des répliques. Critiqué à la tribune par plusieurs membres, et notamment par M. Trousseau, en dehors de l'Académie par le rédacteur en chef de la *Gazette médicale,* M. Cazeaux n'a repris la parole manifestement que pour se défendre, ou pour riposter contre ces critiques. C'est ce qu'a fait aussi après lui M. Depaul, qui a revendiqué à juste titre l'honneur d'avoir ouvert cette importante discussion, et à qui revient, en outre, nous nous plaisons à le reconnaître, le mérite d'avoir posé nettement à la tribune la doctrine de l'essentialité et de la contagion de la fièvre puerpérale, qui a été en quelque sorte comme le pivot de toutes les argumentations.

Ces répliques, dont nous ne contestons pas le droit, en amèneront d'autres sans doute qui seront ou se croiront tout aussi légitimes; nous craignons fort qu'il en résulte une prolongation indéfinie d'une discussion déjà passablement longue, et malheureusement peut-être sans que les questions en litige en soient beaucoup plus éclaircies. Un résumé concis et impartial, qui fasse ressortir les points acquis par la discussion qui signale ceux qui devront être désormais l'objet de nouvelles études, et appelle une délibération de l'Académie sur les réformes administratives prophylactiques dont ce débat a révélé l'urgence, voilà, au point où en est arrivée aujourd'hui la discussion, ce qui est dans les désirs de presque tout le monde, ce que nous appelons pour notre part de tous nos vœux.

Entre les deux discours qui ont occupé la principale partie de cette séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre associé national. M. Cap, dont tout le monde connaît les titres scientifiques et littéraires, et qui appartenait déjà à l'Académie à titre de correspondant, a réuni la majorité des suffrages et a été élu associé national. — Dr Brochin.

HOSPICE DES INCURABLES. — M. HILLAIRET.

Hémorrhagie cérébelleuse (1).

Motilité. — Les altérations que j'ai constatées du côté de la motilité diffèrent assez de ce que M. le professeur Andral a établi dans les conclusions qui accompagnent ses observations d'apoplexie cérébelleuse, et il est un fait sur lequel je dois insister, savoir : que si, dans la majorité des cas, les lésions d'un hémisphère cérébelleux déterminent la paralysie croisée du mouvement, il en est beaucoup où il n'y a pas de paralysie. Ce symptôme n'est donc pas aussi fréquent qu'on pourrait le croire au premier abord; je ne l'ai rencontré que dans 14 observations appartenant à divers auteurs, mais dans aucun des 5 cas qu'il m'a été permis de voir dans mon service, et encore sur ces 14 cas il y en avait un qui n'était atteint que d'affaiblissement des membres gauches, remontant à une année avant l'attaque.

Enfin, la paralysie a coïncidé onze fois avec le coma, trois fois avec les vomissements, qui ont aussi coïncidé, dans un cas, avec de l'*immobilité* sans paralysie, une autre fois avec de l'affaiblissement seulement, et dans un dernier cas, avec la *lenteur des mouvements.* C'est donc dans les cas où il n'y avait pas de paralysie que les vomissements se sont montrés avec le plus de constance.

M. Andral a fait remarquer que lorsqu'il y avait dans le cerveau et le cervelet un double épanchement, il était alterne le plus habituellement; deux fois seulement, il a constaté que l'hémorrhagie siégeait du même côté dans le cerveau et le cervelet. J'ai eu occasion d'observer des cas de cette nature, et sur trois faits, j'ai pu vérifier deux fois les observations de M. Andral, que M. le docteur Turner a mises à profit dans sa thèse sur l'*atrophie partielle ou unilatérale du cervelet et de la moelle allongée*, etc. Dans les faits de M. Andral comme dans les miens, la paralysie siégeait le plus habituellement du côté opposé à l'apoplexie cérébrale. Toutefois, on a vu d'autres fois la paralysie croisée se produire en premier lieu sous l'influence d'une hémorrhagie cérébrale, et une paralysie croisée du côté opposé apparaître en second lieu et répondre à une seconde hémorrhagie dans le lobe opposé du cervelet.

Mais, lorsque la paralysie manque, les membres tombent en résolution le plus habituellement. Tantôt les malades chancellent seulement au moment de l'attaque, et peuvent encore se soutenir sur leurs membres inférieurs; tantôt ils s'affaissent subitement et ne peuvent plus se soutenir du tout. Dans le premier cas, la résolution est graduelle; elle suit la marche de la maladie, la progression des autres accidents. Quelques-uns des auteurs que j'ai cités ont pensé qu'il y avait alors paralysie des deux membres inférieurs, ou plus encore, paralysie de tous les membres. C'est une erreur que de croire à la paralysie dans de telles circonstances; car, si on pince les malades aux deux membres inférieurs indistinctement, ils les agitent; si on les soulève, loin de les laisser retomber, ils les maintiennent dans cette position et sans point d'appui. A la rigueur, il pourrait encore y avoir de la paralysie, bien que les malades remuent les membres pincés; la sensibilité étant habituellement conservée, les mouvements seraient expliqués par l'action réflexe; mais, pour ce qui concerne la position des membres maintenus au-dessus du lit par les seules forces du sujet, cela détourne de toute idée de paralysie.

La tendance au recul et au mouvement de manége n'a pas été notée une seule fois; cela se comprend d'ailleurs dans une maladie où la pulpe nerveuse est détruite d'une manière aussi brusque. Cependant, dans un cas le malade se sentait, quelque temps avant l'attaque, une force irrésistible qui le poussait du côté gauche; cet état avait précédé l'attaque d'apoplexie et était occasionné par la présence de granulations tuberculeuses.

Autant il est exceptionnel qu'une hémorrhagie siégeant dans la pulpe d'un hémisphère cérébral ne détermine pas d'hémiplégie croisée, autant il est habituel que les muscles du visage du même côté où siége l'hémiplégie soient en même temps paralysés; pour ce qui concerne l'hémorrhagie cérébelleuse, les choses sont loin de se passer de la même manière. Nous avons vu plus haut que sur 26 cas d'hémorrhagie cérébelleuse, on n'avait constaté que 13 fois de la paralysie. Eh bien, sur ces 13 cas, c'est à peine si nous avons trouvé une seule fois de la paralysie faciale, et encore le sujet avait eu, longtemps avant l'hémorrhagie cérébelleuse, une attaque d'hémorrhagie cérébrale. Ce qu'il y avait de particulier dans ce fait, c'est que l'ancienne hémiplégie avait siégé du côté droit, et c'était le côté droit du visage qui était dévié. Je ne

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

FEUILLETON.

Équivalents chimiques. — Envahissements de la mer. — Les citernes.

Dans les premiers jours de décembre de l'année dernière, nous avons enregistré le beau travail que M. Dumas présentait à l'Académie des sciences. C'était la préface d'une œuvre longue, mais riche en résultats sur les équivalents chimiques. Notre grand chimiste vient de faire une première communication sur ses recherches, et nous nous empressons de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Parmi les corps déjà étudiés par M. Dumas, vingt-deux ont des équivalents qui sont des multiples de l'hydrogène par un nombre entier :

Oxygène.	8	Iode.	127
Soufre.	16	Carbone. . . .	6
Sélénium.	40	Silicium. . . .	14
Tellure.	64	Molybdène. .	48
Azote.	14	Tungstène. . .	92
Phosphore	31	Lithium. . . .	7
Arsenic	75	Sodium. . . .	23
Antimoine.	122	Calcium . . .	20
Bismuth.	214	Fer.	28
Fluor.	19	Cadmium . . .	56
Brôme	80	Étain.	59

sept ont des équivalents qui sont des multiples de la moitié de l'équivalent de l'hydrogène :

Chlore.	35,5	Nickel. . . .	26,5
Magnésium	12,5	Cobalt. . . .	29,5
Manganèse. . . .	27,5	Plomb. . . .	103,5
Barium.	68,5		

trois ont des équivalents qui sont des multiples du quart de l'équivalent de l'hydrogène :

Aluminium.	13,75
Strontium.	43,75
Zinc.	32,75

Dans chacune de ces séries, les résultats individuels sont en général si rapprochés de la moyenne admise dans le tableau précédent, qu'on ne peut pas faire passer un des corps qu'il comprend d'une série à l'autre sans s'écarter considérablement de l'expérience.

Plus on multiplie les épreuves, plus au contraire le chiffre moyen s'en trouve confirmé.

Parmi les comparaisons que ces résultats permettent de faire, on remarquera la suivante :

Azote 14	Phosphore 31	Arsenic 75	Antimoine 122
Fluor 19	Chlore..... 35,5	Brome. 80	Iode...... 127

Il est clair qu'en ajoutant 108 à l'azote on obtient l'équivalent de l'antimoine, de même qu'en ajoutant 108 au fluor on obtient l'équivalent de l'iode;

Qu'en ajoutant 61 à l'équivalent de l'azote on obtient celui de l'arsenic, de même qu'en ajoutant 61 à celui du fluor on obtient celui du brome;

Qu'en un mot, ces huit équivalents peuvent être placés sur deux droites parallèles, les ordonnées de la famille de l'azote étant prolongées d'une quantité égale à 5, venant rencontrer la droite où sont placés les équivalents de la famille fluor,

Sauf le phosphore et le chlore, qui sont séparés par 4,5 seulement au lieu de l'être par 5.

Tous les essais dirigés jusqu'ici dans le but de découvrir quelque cause d'erreur dans la détermination de l'équivalent de phosphore n'ont eu d'autre résultat que de confirmer l'équivalent de M. Schrotter, c'est-à-dire 31.

On comprendra que ces résultats donnent lieu pour la classification des métaux à ranger dans une table à deux entrées par série assujetties à un double parallélisme, ce qui donne satisfaction d'ailleurs aux diverses analogies qui les unissent entre eux.

En effet, tout en les rangeant par familles naturelles, chacun d'eux se trouve placé à proximité de deux corps appartenant à deux familles voisines et rangés sur les deux droites les plus rapprochées de celle sur laquelle se trouve le métal pris pour terme de comparaison.

En un mot, dans une table de ce genre, chaque métal se trouve entouré de quatre autres qui se lient à lui par des analogies de diverse nature plus ou moins étroites.

— Les envahissements de la mer ont fait souvent disparaître des étendues de pays assez considérables. Interrogez les vieux habitants des côtes de la Bretagne et de la basse Normandie, et ils vous diront que d'anciens villages n'existent plus, et cependant ils ont entendu leurs pères en parler. Quelle est la marche de ce flot envahisseur? Suit-il une règle fixe? Sa direction peut-elle être étudiée? Toutes ces questions sont remplies d'intérêt pour les habitants de ces côtes.

Les inondations de la mer océane ont englouti des forêts qui aujourd'hui sont pétrifiées. On peut se procurer des fragments de bois ainsi transformé. Une dernière communication de M. Texier sur ce sujet a éveillé les souvenirs de M. le chevalier de Préville père, qui a longtemps habité ces côtes. Il a recueilli dès son enfance de nombreux faits curieux, et, ancien officier de marine, il a levé une carte très-détaillée de la côte de Bretagne et du golfe de Saint-Malo.

En 1797, M. de Préville faisait avec son père des excursions sur les bords de l'ancienne forêt de Scisy, qui alors, commençant au mont Saint-Michel, longeait Granville et s'étendait non loin de Cherbourg dans une largeur de cinq à six lieues. Aujourd'hui, quand la mer se retire dans son ancien lit, elle laisse à découvert une lieue de terrain appartenant à la forêt qu'elle a jadis submergée. Cette partie laisse voir

veux tirer aucune conséquence de ce fait seul, que je me borne à signaler à l'attention des médecins ; il est cependant très-probable, et l'anatomie le fait pressentir, que dans les hémiplégies par hémorrhagie cérébelleuse, il ne doit pas y avoir de paralysie faciale, à moins que l'un des nerfs de la septième paire (portion dure) ne soit spécialement affecté. Dans ce cas, la paralysie faciale existerait du même côté que la lésion anatomique.

Malgré le petit nombre de faits qu'il nous a été donné d'observer et d'analyser, il nous paraît évident que la paralysie faciale ne doit être qu'exceptionnellement rencontrée dans l'hémorrhagie cérébelleuse, ce qui constitue un très-bon signe pour le diagnostic de cette affection. En effet, dans l'hémorrhagie cérébrale, la paralysie faciale croisée accompagne toujours, sauf de rares exceptions, l'hémiplégie croisée; dans l'hémorrhagie cérébelleuse, l'hémiplégie croisée ne s'accompagnerait pas de paralysie faciale. Pour ce qui concerne les hémorrhagies de la protubérance annulaire, M. Gubler a publié récemment des faits qui tendraient à démontrer que la paralysie faciale y est directe et coïncide avec une hémiplégie croisée; mais les derniers faits de cet auteur ont besoin d'être corroborés par de nouvelles observations.

Cependant les muscles du visage ont été, dans presque tous les cas, dans une sorte de relâchement, d'atonie, et comme frappés de stupeur. On pourrait dire avec plus de justesse qu'ils participaient à l'état comateux sous l'influence duquel se trouvaient les sujets.

La coloration du visage est aussi beaucoup plus marquée dans la plupart des cas, comme cela existe dans l'apoplexie cérébrale et surtout dans la congestion; la rougeur peut être portée jusqu'à la lividité. Toutefois, ce phénomène n'est pas constant; car, dans le cinquième des cas environ, on a observé une grande pâleur du visage.

Si la parole a été lente et pâteuse dans les faits que j'ai observés, il ne faudrait pas en conclure que la langue a été aussi souvent paralysée que cela se rencontre dans l'hémorrhagie cérébrale ; je ne l'ai vue déviée qu'une seule fois dans les observations des auteurs, et toujours j'ai pu constater qu'elle avait sa direction normale. D'ailleurs, l'état de cet organe paraît avoir été assez négligé, car il n'en est pas parlé dans la plupart des faits.

Cependant, les malades que j'ai vus ne remuaient pas la langue avec la même facilité, avec la même agilité que dans l'état de santé ; aussi la parole, sans être abolie, était elle généralement lente, pâteuse, lourde, monosyllabique.

Je n'ai pas rencontré une seule fois de strabisme dans les faits d'apoplexie cérébelleuse, mais de la fixité des yeux, avec hébétude du visage, et la convulsion, le renversement en haut du globe oculaire.

Dans l'apoplexie cérébelleuse, les pupilles sont bien plus souvent contractées que dans l'apoplexie cérébrale; mais il faudrait de nouveaux faits pour élucider cette question.

Convulsions. — De même que les mouvements peuvent être abolis, de même ils peuvent être exaltés et pervertis. C'est ainsi qu'il survient quelquefois des convulsions : elles ont été indiquées 7 fois. Elles ont été générales chez 4 sujets, partielles chez 3, parmi lesquels elles ont été bornées une fois au côté droit, une fois au côté gauche, et une fois au cou. Elles n'ont coïncidé que 4 fois avec de la paralysie; mais, chose remarquable dans les trois premiers cas, elles existaient dans les membres paralysés dès le début, et envahirent les membres sains vers la fin de l'existence ; les membres sains furent atteints seuls une fois. L'un des quatre sujets affectés de convulsions générales était atteint d'hémiplégie croisée du mouvement et de la sensibilité. Rarement permanentes, si ce n'est dans deux cas, elles se sont généralement déclarées vers le milieu de la durée de la maladie ou à la fin, et dans quelques cas elles furent suivies de contracture et de roideur tétanique jusqu'à la mort; enfin, continues ou intermittentes, suivies ou non de contracture, elles se montrèrent chez 4 sujets qui n'étaient affectés de paralysie partielle ou générale ni du sentiment ni du mouvement. J'ajoute que je ne les ai point observées dans les faits de mon service.

Aucun auteur n'a parlé de la paralysie ou de l'affaiblissement, ou de la conservation des fonctions des muscles qui président à l'acte mécanique de la respiration. La respiration est habituellement calme et lente au début; elle s'accélère notablement et progressivement à mesure que l'état comateux fait des progrès, pour faire bientôt place au stertor, et, durant les dernières heures de l'agonie, au râle trachéal, qui cependant a pu manquer dans la plupart des faits où la mort est survenue avec une grande rapidité. Des l'attaque, les mouvements d'élévation et d'abaissement des côtes sont imperceptibles, et les muscles intercostaux ne se contractent pas; ils semblent donc sinon paralysés, du moins sous l'influence de la résolution, de la torpeur qui frappe tout le système locomoteur, et principalement les membres inférieurs.

Sensibilité générale et spéciale. — Dans l'hémorrhagie cérébrale, l'altération de la sensibilité se manifeste avant l'attaque par des tournoiements de tête, des fourmillements dans les extrémités, de la céphalalgie, quelquefois de l'affaiblissement de la vue, de l'ouïe et de l'odorat; après l'attaque, la sensibilité est le plus habituellement abolie sur les membres qui sont le siége de la paralysie.

Sur 26 faits, je ne trouve que 3 anesthésies complètes et même générales ; 2 fois la sensibilité obtuse ou affaiblie, alors que dans 21 cas elle était intacte. On est donc autorisé à dire, à l'inverse de ce qui se passe pour l'hémorrhagie cérébrale, que dans l'hémorrhagie cérébelleuse, la paralysie de la sensibilité est l'exception, et qu'il n'est par conséquent de meilleure réfutation de l'opinion des physiologistes, qui veulent que le cervelet soit la source de la sensibilité générale.

Les sensations spéciales, l'ouïe, la vue, l'odorat et le goût, n'ont pas présenté de particularités autres que celles qui se rencontrent dans l'hémorrhagie cérébrale; cependant ces sens sont plus rarement altérés dans l'apoplexie cérébelleuse.

La *circulation* ne m'a pas semblé non plus présenter d'autres particularités que celles qui s'observent également dans l'hémorrhagie cérébrale ; je n'ai rien noté pour l'état du cœur.

Le pouls, sous le rapport de la fréquence, a varié de 56, minimum, à 96, maximum ; la moyenne a été de 84. Le *rhythme* a offert d'assez fréquentes oscillations. Il n'y a donc là rien qui puisse faire penser différemment de ce qu'ont dit les auteurs, touchant le peu de valeur séméiologique du pouls dans les hémorrhagies des centres nerveux. Généralement la chaleur de la peau était normale et l'état febrile nul.

Les organes de la digestion, à part les vomissements dont il a été question, n'ont rien offert qui puisse fixer l'attention d'une manière spéciale ; cependant, dès le début de l'attaque, les déjections sont quelquefois involontaires, et font ensuite place à de la constipation dans les cas à marche lente.

Les urines ont été volontaires dans trois cas, au début, et involontaires dans deux ; elles ont été rares une fois, et dans le reste des cas, il n'en a pas été question.

Durée, terminaison, etc. — Il est très-difficile d'établir d'une manière absolue la durée de l'hémorrhagie cérébelleuse. En effet, faut-il compter, dans certaines circonstances, le debut de l'affection à partir de l'apparition des prodromes, ou bien à partir de l'attaque? Dans le premier cas, on risque de prendre les symptômes d'un ramollissement pour les prodromes de l'hémorrhagie; j'ai donc fait dater la durée de l'affection de l'attaque apoplectique. Dans d'autres circonstances, il a été non pas difficile, mais, selon moi, impossible de mesurer la durée de l'affection ; et cependant les auteurs avaient intitulé les faits : *Mort subite; apoplexie cérébelleuse foudroyante.* Les sujets s'étaient couchés pleins de vie et avaient été trouvés morts dans leur lit le lendemain matin. Avaient-ils été tués sur le coup, ou la vie avait-elle été entretenue pendant quelques heures après l'attaque ? C'est ce que l'on ne peut savoir. Les faits bien authentiques de mort subite, instantanée, sont assez rares ; on n'en trouve qu'un seul, qui appartient à Abercrombie.

L'hémorrhagie cérébrale grave, *foudroyante,* peut entraîner la mort en quatre ou cinq heures, bien rarement d'une manière subite. Quelquefois la mort n'arrive qu'après huit, dix, douze ou quinze heures; mais ce n'est pas le cas le plus fréquent ; c'est en général de trois à huit, dix ou quinze jours, et quelquefois plus, que dure cette affection.

Dans l'apoplexie cérébelleuse, la moyenne de durée est moins grande. Si je compte la durée à partir de l'attaque, c'est-à-dire du moment où l'hemorrhagie a commencé à s'effectuer, jusqu'à la mort, je vois que sur 16 cas, la durée a été d'un demi à cinq jours, ou de douze à cent vingt heures ; la moyenne d'un jour et demi.

Dans quelques cas qui ont été précédés de prodromes, et dans lesquels la marche des accidents a été lente, en comptant la durée à partir de la première apparition de ces prodromes jusqu'à la mort, j'ai trouvé pour moyenne 97 jours, et pour maximum 105; mais en mettant de côté la durée des prodromes, de l'attaque à la mort, il n'y a pas eu plus de distance en moyenne que dans les faits de la précédente catégorie, puisque le minimum se trouve de huit heures.

J'ai déjà dit que, si la mort est le résultat habituel de l'hémorrhagie cérébelleuse, cette affection peut aussi se terminer par guérison : c'est qu'alors les foyers hémorrhagiques ont dû être peu considérables. Dans l'un des faits cités par Rochoux, le foyer apoplectique s'était enkysté; dans d'autres, il s'était cicatrisé entièrement. Ces anciens foyers présentaient une coloration jaune peau de chamois, ou bien étaient couleur de rouille, comme dans un cas que j'ai recueilli dans mon service.

Je crois inutile d'insister sur les causes de l'apoplexie cérébelleuse, elles sont les mêmes que celles de l'apoplexie cérébrale.

Quant au traitement, il ne peut fixer notre attention d'une manière spéciale; on comprend qu'il est et doit être le même que dans l'hémorrhagie cérébrale.

En résumé, l'apoplexie cérébelleuse se traduit par un ensemble de phénomènes particuliers, qui peuvent être résumés dans les proportions suivantes :

1° L'apoplexie cérébelleuse grave se présente sous deux formes : l'une, lente, à marche régulièrement progressive depuis l'attaque jusqu'à la mort; l'autre, brusque, à marche rapide : celle-ci peut être foudroyante et tuer instantanément, ce que n'occasionne pas l'apoplexie cérébrale dite foudroyante. La première forme est plus rare que la seconde.

2° Dans la première forme, il n'y a pas de perte de connaissance au moment de l'attaque; la seconde forme, si l'attaque est violente, peut déterminer, dans certains cas rares et pour un temps très-court, la perte de connaissance, mais les sujets reviennent bien vite à eux.

3° Dans les deux formes, l'attaque est suivie de vomissements spontanés, qui reviennent plusieurs fois dans le cours de la ma-

---

des troncs d'arbres, des racines de chênes séculaires, des branches d'arbres en grande quantité, vestige d'une ancienne et riche végétation.

Témoin oculaire, M. de Préville rappelle qu'avant 1800 la mer inondait tous les marais immenses depuis Granville jusqu'au bec du Hable. Dans une marée de septembre, — une des plus grandes marées de l'année, — la mer transporta des masses considérables de sable; l'embouchure de Granville fut fermée par de véritables dunes. A l'embouchure du bec du Hable (quatre lieues plus loin), elle se porta avec tant d'impétuosité que l'embouchure, qui jusque-là pouvait avoir 20 pas de large, fut élargie d'environ une lieue, de façon que l'inondation des marais qui longent douze ou quinze communes devient effrayante, et donne lieu de craindre que tôt ou tard les parties basses de ces communes seront complétement englouties. Un tel état de choses ne saurait durer, et nous croyons savoir que le gouvernement, qui s'est ému lors de nos dernières inondations, prépare en ce moment un travail qui aurait pour but de protéger ceux que menace la mer.

— La température est brûlante : chacun se hâte de quitter la ville pour courir sur les bords de la mer ou vers les sources en renom; aussi ne sortirons nous pas des préoccupations aquatiques de tous en vous disant quelques mots de l'*Utilité des citernes*. Tel est le titre d'une brochure due à la plume bien convaincue d'un ancien professeur du Val-de-Grâce, M. Gama. Cet honorable confrère s'est fait l'apôtre de la citerne; pour lui, elle est appelée à rendre les plus grands services, et c'est à tort qu'on l'a jusqu'ici négligée en France.

Nous ne suivrons pas M. Gama dans les conseils qu'il donne sur la construction des citernes; il suffira de savoir que les citernes doivent être situées au-dessous du niveau du sol, ou, en cas d'impossibilité, seulement recouvertes et mises à l'abri des rayons du soleil. Les détails techniques qu'il développe s'adressent particulièrement aux hommes du métier, et nous laissent seulement entrevoir que les prix d'installation ne devraient pas être un argument contre la citerne. Quant à son rôle, est-il besoin de dire que dans les pays privés d'eau ce réservoir devient une nécessité ; que dans un cas d'incendie, si fréquent en été (1), on trouverait dans leur existence des sources abondantes d'extinction.

Tout le monde est d'accord sur l'utilité des citernes, et cependant elles sont très-rares dans une grande partie de la France. Est-ce difficulté de création? M. Gama, chiffres en mains, nous prouvera qu'on peut les avoir *a bon marché!* Les pluies torrentielles s'écoulent dans nos fleuves, et nous avons sur nos toits des surfaces de réception quelquefois considérables. Pourquoi donc laisser se perdre les eaux pluviales? Seraient elles insalubres, et ne pourrait-on pas s'en servir comme eau potable?

Nous touchons au point délicat de la question. On a divisé les eaux en plusieurs classes, et parmi elles, les eaux douces ont été, vu leur degré de digestion facile, rangées en eaux de sources, de rivières, de puits. L'eau pluviale, la première comme pureté, a été reléguée, et passe pour lourde et indigeste. C'est là, selon M. Gama, un préjugé regrettable. L'eau de pluie est bonne à boire, et n'aurait pas dû être si injustement dédaignée par les médecins, puis par les chimistes, qui ne l'ont pas trouvée assez aérée et se rapprochant trop de l'eau distillée. La science, dans l'étude de l'eau, a souvent suivi les inspirations populaires. Admettant ses divisions, elle en a cherché les motifs, et a cru les trouver dans la proportion des sels. Mais arrivons à l'expérience : buvons de l'eau d'une citerne maçonnée, et nous la trouverons parfaitement potable.

C'est donc laisser dans un fâcheux oubli une eau qui peut rendre des services. « L'eau de pluie n'a pas d'egale; nous la conseillons soit comme addition à l'emploi des eaux ordinaires, soit exclusivement à toute autre quand on peut s'en procurer suffisamment.

« L'eau de citerne, à cause de sa simplicité, ne pouvant produire aucun effet de décomposition des substances qui y seraient mêlées, est plus propre qu'aucune autre à la composition des tisanes des malades, quelle qu'en soit la formule, et à la preparation des médicaments administrés sous la forme liquide.

» Dans les conditions de santé, l'emploi de l'eau de citerne peut se résumer ainsi :

» 1° Fabrication du pain ;

» 2° Préparation des aliments ;

» 3° Boisson alimentaire ou tempérante. »

Ces conclusions de M. Gama nous semblent assez riches en résultats pratiques pour être prises en considération, et nous conseillons à nos confrères la lecture de son travail (1). Dr E. Renaud.

(1) L'incendie des magasins du *Grand-Condé*, qui vient d'émouvoir si vivement tout Paris, donne une véritable actualité à cette proposition. (*Note de la rédaction.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. Nélaton, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, etc.; tome Ve, *première partie*, contenant les affections du rectum, de l'anus et de l'appareil urinaire, publié sous sa direction par M. le docteur A. Jamain. Un vol. in-8° de 480 pages. Prix, 9 fr. — La *seconde partie* de ce tome Ve et dernier paraîtra en novembre 1858, et sera remise *gratuitement* aux souscripteurs.

(1) *De l'utilité des citernes*, par le professeur Gama. Chez Dumaine, rue Dauphine, 30.

ladie, jusqu'à la mort; dans quelques cas, ils sont presque incoercibles. Ces vomissements sont plus fréquents dans la première forme que dans la seconde.

Le vomissement n'est pas un symptôme de l'apoplexie cérébrale, comme quelques auteurs l'ont écrit; il appartient plus spécialement à l'apoplexie cérébelleuse.

4° La somnolence, suivie bientôt du coma le plus profond, auquel succède la mort, sont habituels dans l'apoplexie cérébelleuse grave, mais l'intelligence n'est pas pour cela abolie, si ce n'est peu d'heures avant la mort; bien plus, elle n'est pas altérée chez les sujets atteints d'apoplexie cérébelleuse foudroyante, car ils peuvent, au moment de l'attaque, témoigner par le langage, par un cri, par des gestes, de leur souffrance; ils meurent immédiatement après.

5° La résolution des membres est également un symptôme habituel de l'apoplexie cérébelleuse. Les sujets, en effet, ne se soutiennent pas en équilibre sur les membres inférieurs; mais ils peuvent, étant couchés, les mouvoir lorsqu'ils y sont provoqués, et les maintenir élevés au-dessus de leur lit dans la position qu'on leur donne. L'hémiplégie n'est pas aussi fréquente que des auteurs l'ont dit; elle ne se rencontre que dans un tiers des cas. La paralysie est toujours croisée; cependant on peut admettre la possibilité de la paralysie directe par défaut d'entre-croisement des faisceaux médullaires, ainsi que l'a démontré M. Longet. Les faits de paraplégie et de paralysie générale occasionnées par apoplexie cérébelleuse ne sont pas assez concluants pour être pris en sérieuse considération.

6° La tendance au recul et au mouvement de rotation n'a pas été observée dans les faits que j'ai analysés, si ce n'est chez un malade qui se plaignait quelque temps avant l'attaque d'être poussé par une force irrésistible du côté gauche.

7° La paralysie faciale croisée, habituelle dans l'hémorrhagie cérébrale, ne se rencontre qu'exceptionnellement dans l'hémorrhagie cérébelleuse. La déviation de la langue est également exceptionnelle; la parole est néanmoins, en général, lourde, pâteuse, lente.

Cependant le facies a une expression toute particulière d'hébétude et d'étonnement, accompagnée de fixité des yeux, qui mérite quelque attention: habituellement, peu de temps après l'attaque, cette particularité n'est plus observée.

8° La sensibilité reste intacte dans l'apoplexie cérébelleuse grave. Ce n'est qu'à l'approche de l'agonie que la sensibilité s'émousse, s'affaiblit, et semble disparaître à mesure que le coma devient plus profond; une seule fois, elle a été indiquée comme perdue dès le début.

Le contraire a lieu dans l'apoplexie cérébrale grave, où l'on voit habituellement la sensibilité paralysée dès l'attaque.

9° Les sens restent intacts comme la sensibilité générale. L'ouïe, l'odorat et le goût ne s'altèrent qu'exceptionnellement. Quelquefois la vue peut être affaiblie et même abolie lorsque les *processus cerebelli ad testes* sont lésés ou détruits. Le resserrement et l'immobilité des pupilles sont de règle; la dilatation est l'exception.

10° Il n'y a point de convulsions dans l'apoplexie cérébelleuse, à moins que la lésion du cervelet ne soit compliquée d'autres lésions siégeant sur différentes parties du système nerveux central ou que le sang épanché n'entraîne l'inflammation de la substance cérébelleuse environnante.

11° A part les vomissements, dont j'ai parlé précédemment, les organes de la digestion ne subissent que peu ou point de modifications; le plus fréquemment les garde-robes sont rares, quelquefois involontaires.

La miction, volontaire dans les cas de la première forme, au début de l'attaque, devient involontaire à la fin, ainsi que dans tout le cours de la seconde forme.

12° La durée moyenne de cette affection, non compris les cas foudroyants, est de un jour et demi.

La lenteur de la respiration, qui devient bientôt bruyante, stertoreuse, me semble être le résultat autant de la résolution qui frappe les muscles intercostaux, comme tout le système locomoteur, que de la compression exercée sur les pneumogastriques. Ces particularités me semblent être pour beaucoup dans la rapidité de la marche et la terminaison funeste de la maladie.

La mort est la solution la plus habituelle de l'apoplexie cérébelleuse, qui cependant est susceptible de guérison.

NOTE

Sur l'application des connaissances anatomiques et physiologiques de la partie inférieure du petit bassin à la construction d'un siége nouveau ;

Présentée à l'Académie de médecine par M. le docteur L. A. Hirtz, médecin à Saverne.

On a dit avec raison que le degré d'importance des organes pouvait se calculer par le nombre des précautions que la nature a prises pour les soustraire à toute compression extérieure.

La constitution anatomique du bassin, spécialement celle de la région qui supporte l'homme quand il est dans la position assise, en est un exemple frappant.

En effet, nous voyons, d'un côté, l'arcade du pubis qui se termine inférieurement et latéralement par les tubérosités de l'ischion, saillies osseuses sur lesquelles porte tout le poids du corps lorsqu'on est assis.

Or, c'est dans l'intervalle des piliers de cette arcade du pubis, c'est sous cette voûte osseuse si solide que se trouvent abrités l'anus et son système vasculaire si important, les parties génitales externes de l'homme et de la femme (l'urèthre, la glande prostate, les vésicules séminales, etc.); de l'autre côté, nous remarquons une espèce de gouttière placée entre les fesses, marquée par le raphé, et destinée à renouveler l'air dans cette partie.

La disposition de nos siéges ordinaires remplit-elle le but de la nature? Aide-t-elle, tend-elle aux mêmes fins? Évidemment non; elle tend au contraire à neutraliser les précautions qu'elle a prises dans sa construction si admirable. Ne voyons-nous pas nos voltaires, nos canapés, nos fauteuils de toute sorte, dont les siéges bombés, bien tendus et bien chauds, viennent pousser en haut le périnée et toutes les parties qui se trouvent entre les tubérosités de l'ischion et le coccyx, soumettre à une compression incessante les organes contenus dans le petit bassin, et tendre à leur faire supporter une partie du poids du corps que la nature a mis tant de soin à leur éviter?

On a entrevu ces mauvais résultats, aussi a-t-on cherché à y parer; mais les coussins ronds troués au milieu, dont font usage les gens de cabinet et que tous les voyageurs possèdent, ajoutent encore à ces inconvénients si graves: la compression directe que leurs bords exercent sur le pourtour de la région périnéale provoque une stase dans la circulation sanguine, et aide à la congestion hémorrhoïdaire au lieu de la prévenir; en outre, la partie antérieure du coussin, en portant sur l'urèthre, y détermine une irritation qui ne tarde pas à gagner les parties profondes, la prostate et la vessie elle-même.

Frappé de ces inconvénients si graves, je me suis mis à l'étude, j'ai fait des recherches, j'ai fait des essais, et, après quelques tâtonnements, je suis parvenu à poser rationnellement, et comme une déduction légitime et mathématique des données anatomiques et physiologiques signalées plus haut, je suis arrivé à poser, dis-je, les bases de ce que doit être, dans la majorité des cas, tout siége sur lequel l'homme doit reposer.

Cette chaise est très-simple; mais, on le sait, c'est toujours ce qu'il y a de plus simple qui est imaginé en dernier lieu: que fallait-il, en effet?

Deux carrés longs rembourrés, séparés par un espace un peu moindre que celui qui existe entre les tubérosités de l'ischion, telle est la disposition du siége nouveau que je viens proposer, et dont j'ai présenté un dessin à l'Académie.

Les applications de ce siége et du principe qui en fait la base sont nombreuses, et ses avantages seront appréciés surtout par les malades affectés de lésions des organes du bassin et de la région périnéale, et par toutes les personnes qui, par leur état, sont obligées de se tenir dans une position assise.

La figure 1 représente le siége fermé.

La figure 2 représente le siége ouvert. AB sont deux coussins rembourrés parallèles, laissant entre eux un espace vide DC.

ONGLE INCARNÉ.

Pommade au perchlorure de fer. — Guérison.

Mlle C..., âgée de dix-neuf ans, souffrait depuis longtemps dans le pied gauche d'une douleur assez vive pour gêner la progression; un coup reçu récemment l'avait exaspérée au point de rendre la marche et la station debout tout à fait impossibles.

Le gros orteil du pied gauche est le siége d'un gonflement considérable; son extrémité unguéale externe présente une excroissance charnue très-volumineuse, sorte de bourrelet qui recouvre l'ongle dans plus de la moitié de son étendue. La superficie de cette fongosité est dépouillée d'épiderme, et un suintement purulent se fait entre elle et l'ongle adjacent. Les douleurs deviennent intolérables aussitôt que la malade appuie le pied par terre.

L'extirpation de l'ongle effrayant trop la patiente, le docteur Alcántara fit faire une pommade avec parties égales de perchlorure de fer et d'axonge, en recommandant de l'employer de la manière suivante:

Après un bain local, intercaler un brin de charpie enduite de pommade entre l'ongle et l'excroissance charnue, et recouvrir également de pommade toute la surface de l'orteil dépouillée d'épiderme. Ce pansement fut renouvelé deux fois par jour.

Au bout de quatre jours, le bourrelet, raccorni et comme momifié, se détacha sans effort; bientôt après la plaie se régularisait, les chairs reprenaient leur niveau, et tout rentrait dans l'ordre. La guérison, complète au huitième jour, ne s'est pas démentie depuis.

(*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

NOUVELLE MÉTHODE

pour la réduction de la luxation de l'humérus.

par M. le docteur Deiters, de Bielefeld.

Le malade est assis sur une chaise élevée, sans dossier; l'extension est exercée par des aides, autant que possible dans la direction du membre luxé; l'opérateur se place devant le malade et affermit sa position en fixant un pied contre la muraille; il passe ensuite son bras droit, si la luxation est à gauche (et *vice versa*), sous le bras luxé, et embrasse avec la main la partie supérieure de l'omoplate, qu'il repousse de toutes ses forces en bas contre la colonne vertébrale pour la fixer le plus possible. En même temps, se servant de son bras comme d'un levier, il porte énergiquement le bras luxé en haut et en dehors, si la luxation est en bas; par cette manœuvre il fait lui-même la contre-extension, qu'il renforce au besoin par une serviette passée autour du thorax et confiée à des aides.

L'auteur considère sa méthode comme particulièrement appropriée aux luxations en bas, et il rapporte deux cas dans lesquels elle lui a parfaitement réussi. Il l'a essayée une troisième fois pour une luxation datant de deux années sur un vieillard de soixante-quatre ans; la luxation était en dedans et probablement consécutive; il n'obtint qu'un déplacement momentané de la tête de l'humérus, qui reprit bientôt sa position anormale, ce qui le fit renoncer à toute tentative ultérieure.

(*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

DE L'ACONIT ET DE LA QUININE

dans l'infection purulente.

Les cas de guérison de l'infection purulente sont fort rares, à peine en trouve-t-on quelques-uns épars dans les annales de la science. Nous signalons aujourd'hui les deux faits suivants, observés par M. Turchetti, malgré les doutes que l'on peut conserver sur la véritable nature de la maladie.

Obs. I. — Anthrax des plus étendus et des plus profonds de la région interscapulaire, avec suppuration des plus abondantes et mortification de toute la masse musculaire de la nuque et du dos. Lorsque M. Turchetti vit la malade, le travail gangréneux n'était pas arrêté, et de plus il était survenu des symptômes d'infection purulente. Il conseilla des lotions fréquentes avec l'eau de Confani, des cautérisations avec le nitrate d'argent, une tisane de quinquina et de valériane, un régime alimentaire fortifiant, des toniques, et de plus 4 grammes d'alcoolature d'aconit dans 125 grammes d'eau acidulée par l'acide sulfurique, et 2 grammes de sulfate de quinine à prendre par portion dans les vingt-quatre heures. Rétablissement graduel après diverses vicissitudes.

Obs. II. — Jeune femme récemment accouchée; la sortie du placenta ne s'était pas faite régulièrement, et une partie paraissait être restée dans l'utérus. Bientôt, fièvre avec tous les symptômes qu'on est habitué à rapporter à l'infection purulente. — Même traitement.

En moins de quarante-huit heures la sécrétion lactée avait reparu, les lochies avaient perdu leur fétidité et leur apparence putride, les douleurs et le gonflement des membres avaient cessé, les battements du cœur avaient perdu leur fréquence et leur vivacité; bref, en peu de jours la malade était rétablie.

(*Gaz. stat. sard.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juin 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le rapport de M. le docteur Lagasquie, médecin inspecteur des eaux minérales de Miers. Ce médecin expose « que la plupart des malades qui fréquentent cet établissement ne le consultent pas, et qu'il est dès lors dans l'impossibilité de rédiger le rapport annuel qu'il doit produire. »

2° Les échantillons de barégine recueillis aux sources d'Olette (Pyrénées-Orientales).

3° Les rapports de MM. Tellier et Pérolle sur le service médical des eaux de Bourbon-Lancy (Saône et Loire). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. l'ambassadeur d'Autriche fait hommage à l'Académie de la première livraison d'un ouvrage sur les maladies de la peau, que le gouvernement autrichien fait publier à Vienne sous les auspices de M. le docteur Hebra.

— M. le docteur Coste, médecin-major, adresse une note sur la revaccination du dépôt du 96e de ligne à Arras. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Lespiau communique un travail intitulé *Triple rétrécissement de l'urèthre traité par la méthode dite tubulaire et la cautérisation au nitrate d'argent.* (Commissaires: MM. Civiale et Malgaigne.)

— M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan, adresse une note sur la grippe épidémique. (Commission des épidémies.)

— M. Maisonneuve adresse une note sur la ligature extemporanée et les instruments destinés à son exécution.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de Mme veuve Pillaut, qui annonce que Mme Rullier, veuve du docteur Rullier, membre titulaire de l'Académie, lègue à la Compagnie le portrait de son mari peint par elle-même.

Prix Amussat. — M. le secrétaire perpétuel donne ensuite lecture des conditions auxquelles doit être décerné en 1859 le prix Amussat.

Voici ces conditions:

1° La rente dont il s'agit sera affectée à la fondation d'un prix dit de chirurgie expérimentale à décerner tous les deux ans, par l'Académie, à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Toutefois, dans le cas où ladite rente viendrait à être réduite, l'Académie pourrait ne décerner ce prix que tous les trois ans jusqu'à ce

que les économies faites sur les arrérages permettent de la ramener à son chiffre normal de 500 fr.

2° Les candidats seront libres de se faire connaître, de choisir le sujet de leur travail et de le présenter au concours manuscrit ou imprimé.

3° Dans le cas où, parmi les travaux présentés au concours, l'Académie ne jugerait pas qu'il s'en trouvât un qui méritât le prix, elle pourrait soit ajourner le prix à un ou deux ans en cumulant la somme, soit n'allouer qu'une partie de la somme ou la partager aux auteurs de travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtraient les plus dignes d'encouragement.

4° Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le concours est déclaré ouvert pour 1859.

— **M. VELPEAU** présente, au nom de M. le docteur Eugène Giraudet, professeur suppléant à l'école de médecine de Tours, un mémoire intitulé : *De la valeur des théories dans l'explication des causes de la menstruation.* L'auteur se propose, dans ce travail, de prouver par des faits d'anatomie pathologique qu'il a recueillis, que tout ce qui a été dit jusqu'à ce jour de ce curieux phénomène ne donne aucune solution satisfaisante du grave et difficile problème qu'il soulève.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Dubois et Depaul.

M. VELPEAU fait ensuite hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Bennett (d'Edimbourg), de la 2e édition de ses *Leçons cliniques.*

ÉLECTION.

— L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un membre associé national.

La liste de présentation porte, en 1re ligne, M. Léon Dufour.
en 2e — M. Cap.
en 3e — M. Girardin.

Le nombre des votants étant de 54,

Au 1er tour de scrutin M. Cap a obtenu	35 voix.
M. Léon Dufour	14
M. Girardin	5

M. Cap, ayant obtenu la majorité, est proclamé membre associé national.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La parole est à M. Cazeaux.

M. CAZEAUX. J'ai cherché à prouver dans mon dernier discours que les lésions trouvées à l'autopsie des femmes mortes de fièvre dite puerpérale appartiennent toutes à l'inflammation; qu'elles doivent leur gravité à des conditions particulières aux femmes en couches, et quelquefois à une influence épidémique.

Ces propositions ont soulevé quelques objections soit à cette tribune, soit dans la presse; et avant de dire quelques mots des derniers discours de MM. Trousseau et Guérin, je demande à l'Académie la permission de répondre à ces objections.

On m'a reproché de tomber dans l'essentialité après être parti de la localisation, et cela uniquement parce que j'ai parlé d'altération du sang. Mais pour moi, ce n'est nullement la même chose que l'altération du sang telle que l'entendent les essentialistes.

Pour ceux-ci, les femmes nouvellement accouchées sont bien portantes, et l'altération du sang, qui peut d'ailleurs survenir sans lésions, constitue toute la maladie.

Pour moi, au contraire, l'altération du sang existe à tous les moments de la grossesse; elle n'est pas une maladie; elle n'est qu'une aptitude morbide, comme l'a très-heureusement dit M. Trousseau. De plus, elle aggrave singulièrement les phlegmasies qui viennent les compliquer; mais ce n'est jamais pour moi la cause déterminante de la maladie.

Du reste, l'altération du sang que j'ai signalée n'est pas une chloro-anémie simple, comme on me l'a fait dire. L'excès de fibrine, noté depuis longtemps par M. Andral, doit jouer un rôle tout aussi important dans l'évolution des phlegmasies puerpuérales que la diminution des globules et du foie.

M. Trousseau a eu l'air de croire que je ne comprendrais pas comment on meurt de fièvre puerpérale sans une influence épidémique; je n'ai rien dit de semblable. J'ai invoqué l'influence épidémique pour expliquer la gravité plus grande que revêtaient les accidents puerpéraux en temps d'épidémie. Il en est de la fièvre puerpérale comme de toutes les maladies qui peuvent régner épidémiquement; j'ai donc employé un mot dont le sens est bien connu, en parlant d'influence épidémique.

M. Guérin, de son côté, m'a reproché d'avoir accouplé ces deux mots : inflammation et contagion. Mais pourquoi pas? L'ophthalmie des nouveau nés, l'ophthalmie d'Égypte, ne sont-elles pas des inflammations contagieuses? Et des pathologistes très-distingués n'ont-ils pas admis la propriété contagieuse du phlegmon diffus.

D'ailleurs, on sait peu de chose sur la contagion au fond. Qu'est-ce que la contagion? Au surplus, je n'ai jamais dit, comme on me l'a fait dire, que la fièvre puerpérale fût fatalement contagieuse.

Je reviens maintenant au discours de M. Trousseau. Pour M. Trousseau la phlébite, la lymphite, la péritonite même ne sont rien; la spécificité est tout.

Mais cette spécificité, il fallait au moins la démontrer, et M. Trousseau ne l'a pas fait. Bien plus, dans un autre passage de son discours, il rapporte au phénomène local l'origine de toute la maladie.

M. Trousseau entend donc la spécificité tout autrement que la généralité des pathologistes, pour lesquels les lésions, dans les maladies spécifiques, sont toujours subordonnées à la cause déterminante générale.

Nous lui disions : Nous admettons la spécificité en général; c'est *votre* spécificité, celle de la fièvre puerpérale, qu'il faut démontrer. M. Bouillaud a assez insisté sur ce point.

Je vais vous la démontrer, disait M. Trousseau, et il parlait de toute autre chose. Puis il terminait son admirable oraison en croyant avoir démontré que la fièvre puerpérale émanait d'une cause spécifique... *Voilà ce qui fait que votre fille est muette!*

Maintenant, à M. Guérin.

M. Guérin dispose de deux chaires : de la tribune académique, où il se contient parce qu'il a derrière lui la sonnette de M. le président, et son journal dont il abuse largement pour injurier ses collègues.....

M. GUÉRIN. Je n'ai jamais injurié personne. Si l'on a des griefs contre le journaliste, ce n'est pas à la tribune académique qu'il faut les apporter; j'accueillerai dans mon journal toutes les réclamations à ce sujet.

Sur les observations de M. le président, M. Cazeaux déclare qu'il retire le mot injurier par respect pour l'Académie, mais non à cause de M. Guérin.

Si je réponds à cette tribune à l'article de M. Guérin, ajoute M. Cazeaux, c'est que M. Guérin est membre de l'Académie; avec tout autre journaliste, non académicien, je regarderais la discussion comme inopportune.

Voici le passage auquel j'ai fait allusion : « Depuis bien longtemps nous n'avons entendu accumuler autant d'hérésies logiques, scientifiques et médicales pour soutenir ce que nous n'hésitons pas à qualifier d'immense erreur. » (*Gaz. méd.*, 17 avril.)

Eh bien, ce que M. Guérin dit de mon discours, je le dis, moi, de celui qu'il a prononcé dans la dernière séance.

M. GUÉRIN. Démontrez-le.

M. CAZEAUX. M. Guérin dit avoir cherché à établir une ligne de démarcation entre le retrait normal de l'utérus et son inertie pathologique. Il a observé 21 accouchements; sur 16 l'utérus était descendu, du troisième au quatrième jour, au niveau ou derrière le pubis, dans les quatre autres, le retrait s'était opéré le cinquième jour. Dans le cinquième cas, il n'avait eu lieu qu'au sixième jour.

De là une loi : coïncidence de l'inertie avec la manifestation des accidents. M. Guérin a simplement pris un effet pour une cause.

Pour mon compte, je déclare complétement fausse l'assertion de M. Guérin, et je m'appuie, pour le faire, sur 103 observations qui me sont personnelles.

Dans ces observations, j'ai noté très-exactement, et jour par jour, les diamètres transversal et vertical de l'utérus, et je dois dire que je n'ai pas trouvé une seule fois chez mes 103 accouchées ce que M. Guérin dit avoir constaté 16 fois sur 21.

J'en appelle d'ailleurs aux souvenirs de tous mes collègues. N'est-il pas ordinaire de trouver l'utérus bien au-dessus des pubis jusqu'au douzième jour des couches? Dans tous ces cas, si nous en croyions M. Guérin, il faudrait redouter les plus grands dangers, et nous serions nous-mêmes exposés à porter dans les familles l'alarme et des pronostics des plus graves, alors qu'il n'y aurait rien, absolument rien à redouter.

Quoi de plus variable que ce retrait de l'utérus ! Très-souvent on le trouve, une heure après l'accouchement, globuleux, dur, gros à peine comme un poing, et le lendemain il a presque doublé de volume. Chacun sait cela.

Toutefois c'est sur l'inertie de l'utérus que M. Guérin a basé sa théorie : Si l'utérus ne se rétracte pas, a-t-il dit, le col reste ouvert, et de là tous les dangers d'une plaie exposée.

Mais le col est ouvert chez toutes les femmes; il y a toujours de l'air dans la cavité utérine, après l'accouchement, en contact avec des caillots et les lochies.

Par conséquent, l'utérus laissant écouler les liquides qui affluent dans sa cavité, il n'y a pas de raison pour qu'ils pénètrent dans le péritoine; l'air occupant d'ailleurs le fond de l'utérus, ou sa partie supérieure, devra être entraîné par les faisceaux, aspiration péritonéale dont M. Velpeau a fait justice il n'y a pas fort longtemps.

Mais M. Guérin a-t-il jamais vu de l'air dans le péritoine? Y a-t-il jamais rencontré de la sanie putride? Je n'en ai jamais vu, moi.

De plus, comment ce liquide arriverait-il dans le péritoine? Toute aspiration suppose un vide. Or le vide n'est nulle part possible dans l'abdomen, cavité à parois flasques et dépressibles.

Que dire enfin de cette autre preuve que M. Guérin invoque à l'appui de sa théorie, je veux parler du cordon induré qu'il emprunte à M. Béhier, et dans lequel il voit, non pas une phlegmasie des annexes utérines, mais un symptôme du passage d'une molécule morbifique à travers le canal de la trompe!

Tout est donc faux, archifaux, dans la théorie de M. Guérin, et d'ailleurs qui ne voit qu'elle aboutit directement à la localisation, à l'infection putride? Qui ne voit encore que M. Guérin est en opposition avec le fond même de sa doctrine? Comment concilier cela avec la spécificité?

Car M. Guérin admet la spécificité.

M. Guérin définit en effet la fièvre puerpérale « une maladie spéciale sous l'influence d'un état spécial, la puerpéralité. »

M. Guérin poursuit : « Il y a une fonction spéciale, et un organe spécialisé par la mise en rapport du fœtus avec la mère; un liquide spécial, les lochies,... un air spécial, véhicule de miasmes spéciaux, et finalement une putridité spéciale; que faut-il de plus pour conclure à la spécialité, à la spécificité de la maladie? »

Mais toutes les fonctions sont spéciales, et à ce compte-là toutes les maladies seraient spécifiques. La fonction de l'utérus n'est jamais autre que d'être le siége du développement du fœtus; celui-ci est en rapport avec la mère pendant toute la durée de la grossesse; il n'y a là rien de spécial à la puerpéralité; les lochies ne sont pas plus spéciales que tout autre sécrétion, que la salive, etc, les caillots ne se putréfient pas autrement dans l'utérus que partout ailleurs.

Et en somme, au fond de cette spécificité, il n'y a rien; c'est un vent, un ballon sur lequel il n'est même pas nécessaire de souffler.

Avant donc que de vouloir lancer contre ses adversaires des pavés aussi lourds que ceux de M. Guérin, on ferait bien de mesurer ses forces, et de prendre garde qu'ils ne vous tombent sur les pieds.

M. GUÉRIN demande la parole pour un fait personnel en invoquant le règlement.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que M. Cazeaux a retiré le mot *injurier*, et maintient la parole à M. Depaul, orateur inscrit.

M. DEPAUL. Messieurs, lorsque j'ai parlé le premier dans cette discussion, il y a trois mois, je n'espérais pas qu'elle prendrait tant d'importance. Malgré les théories plus ou moins attaquables qui se sont produites à son sujet, il ressort de cette discussion un fait capital, et sur lequel tout le monde est à peu près d'accord : c'est la nécessité d'une réforme dans l'organisation des secours à donner aux femmes en couches.

Cette réforme, personne n'aurait osé en parler avant la discussion actuelle, et maintenant tout le monde la réclame; je ne connais aucune discussion qui ait conduit à un tel résultat.

Je laisse à M. Guérard, qui a soulevé cette discussion, le soin de la résumer. Je vais seulement examiner en peu de mots les opinions qui se sont produites dans cette enceinte. Je suivrai l'ordre chronologique.

M. Beau a commencé par dire : Je suis localisateur; pour moi la fièvre puerpérale est une inflammation du péritoine, inflammation franche comme la pneumonie, la pleurésie, comme les inflammations traumatiques. Mais il a admis que cette inflammation pouvait être plus ou moins grave suivant l'étendue qu'elle occupe. Je ferai d'abord remarquer que l'inflammation n'est niée par aucun des généralisateurs; mais M. Beau a senti le besoin d'invoquer autre chose; il lui a fallu sa diathèse inflammatoire, qui n'est autre chose que la chloro-anémie de M. Cazeaux.

Puis, ne se contentant pas de cela, M. Beau a invoqué un *quid divinum*, le génie épidémique, qui pour lui n'est pas un zéro, mais un x, qu'il faut chercher à déterminer.

M. Beau nous a dit : « Vous ne nous donnez pas des caractères suffisants pour reconnaître la fièvre puerpérale; ceux que vous lui donnez, nous les retrouvons dans la péritonite. Ce sont les frissons, la fièvre, la douleur, etc.

Mais alors il ne serait donc pas possible de distinguer entre elles les pneumonies, la pleurésie, l'arthrite? De ce que ces différentes affections ont des symptômes communs, il résulterait donc qu'il faudrait les confondre les unes avec les autres, et à la rigueur avec la fièvre puerpérale même.

Je ne défie pas M. Beau, mais je le prie de nous faire voir une seule péritonite avec les mêmes lésions anatomiques que la fièvre puerpérale.

Quant à sa thérapeutique, je crois que M. Beau aura peine à réhabiliter le sulfate de quinine; sa nouvelle formule n'a pas été plus heureuse que la première. C'est une question jugée à mes yeux.

J'arrive à M. Bouillaud. J'avoue que je n'ai pas bien compris sa doctrine; d'autre part, je n'ai pas pu retrouver dans son *Traité des fièvres essentielles* l'opinion qu'il nous a dit avoir soutenue depuis 1826 sur l'altération primitive du sang dans ces fièvres.

M. Depaul cite ici un passage de ce *Traité*, duquel il résulterait que M. Bouillaud rapportait l'infection putride à une lésion locale primitive.

M. BOUILLAUD fait observer qu'à côté de cette infection putride secondaire, il en admettait, à la classe des typhus, une autre qui est primitive et générale d'emblée, et que par conséquent il n'est pas en contradiction avec lui même.

M. DEPAUL, reprenant. M. Bouillaud veut que nous démontrions que la fièvre puerpérale a une cause, une marche, une mortalité, une dénomination, une thérapeutique, des symptômes particuliers; il lui faut tout cela pour qu'il vienne à nous; mais il serait en peine de démontrer toutes ces choses pour l'une quelconque des fièvres essentielles.

Quant à la proposition de prix par laquelle il a terminé son discours, je crois inutile de le suivre sur ce terrain.

L'heure étant avancée, M. Depaul remet à la prochaine séance la suite de son discours.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Bras artificiel. — **M. DE BEAUFORT** présente à l'Académie un jeune homme amputé du bras, qui porte un bras artificiel construit d'après les principes qu'il a fait connaître dans une précédente communication. M. de Beaufort, en présentant cet appareil, dépose sur le bureau la note suivante :

Le 28 novembre 1855, le baron Larrey présenta à la Société de chirurgie un jeune homme amputé au-dessus du coude et muni d'un bras bras artificiel ainsi décrit au procès-verbal de la séance.

Une gaîne en cuir épais s'adapte au moignon et s'attache à l'épaule; elle est largement échancrée ou interrompue au devant du coude, articulée en ginglyme avec une autre gaîne figurant l'avant-bras, comme dans l'appareil d'ailleurs connu depuis longtemps.

Au lieu d'un corsage analogue à celui que Græfe avait indiqué, ou à celui de M. Van Petersen, corsage auquel se fixent des points d'appui, tels que des cordes à boyau, pour faire mouvoir le bras, l'avant-bras et même la main dans des sens déterminés, M. de Beaufort unit à la face interne et supérieure du bras mécanique une pédale mobile pressant sur la plaque adaptée à la poitrine près de l'aisselle, et agissant sur un cordon pour fléchir l'avant-bras par une simple adduction du bras.

La main artificielle fixée à cet appareil fonctionnait partiellement au moyen d'une corde à boyau attachée à la bretelle. Le pouce seul était mobile; il pressait contre l'index par un ressort dont l'action pouvait être momentanément suspendue.

M. Larrey engagea l'inventeur à se livrer à de nouvelles recherches pour donner à l'action de la main mécanique plus d'analogie avec celle de la main naturelle, en insistant sur la condition essentielle de proportionner la flexion et l'extension des doigts à des tractions plus ou moins prononcées.

Le 3 mars 1858 M. de Beaufort, présenté par M. Larrey, soumit à la Société de chirurgie une main mécanique dans laquelle une même traction produit alternativement deux mouvements opposés, savoir l'extension et la flexion des doigts. La pression est même graduée à volonté; la position des doigts varie selon la forme des objets saisis, comme dans l'état naturel; les positions du pouce sont surtout diverses; l'isolement du médius est facultatif; le poignet se fléchit un peu sur l'avant-bras; et de plus la main fermée ne peut être ouverte que par la répétition du mouvement qui a fait fléchir les doigts.

M. LARREY fait observer que cet appareil se distingue des autres par la précision que l'inventeur a su donner aux mouvements des doigts.

— **M. DENONVILLIERS** présente deux malades guéris d'ectropion par son procédé d'autoplastie.

— La séance est levée à cinq heures.

Dans la dernière séance de la commission générale de l'Association des médecins de la Seine, M. le président P. Dubois a donné lecture d'une lettre qui l'informe que M. Chomel a légué à l'Association une rente annuelle et perpétuelle de 200 fr. à 3 p. 0/0.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 68. — SAMEDI 12 JUIN 1858. (31e ANNÉE.) N° 68. — SAMEDI 12 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine ;
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Contracture musculaire de la face consécutive à une paralysie faciale ancienne de nature rhumatismale. — Instillations de chlorate de soude dans la trachée après l'opération du croup. — Emploi de l'huile essentielle de térébenthine et de l'opium à hautes doses dans le traitement des accidents puerpéraux graves. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 2 juin. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Contracture musculaire de la face consécutive à une paralysie faciale ancienne de nature rhumatismale.

Au n° 7 de la salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau, est actuellement couchée une femme de vingt-quatre ans, la nommée B... Augustine, domestique, entrée le 7 mai pour des accidents suites de couches, et qui, indépendamment de ces accidents, est atteinte d'une affection sur laquelle nous voulons appeler l'attention. Les accidents post-puerpéraux n'ayant aucun rapport avec l'affection dont il s'agit, il n'en sera point ici question.

En regardant cette malade, on est frappé de la difformité des traits de son visage, qui pouvait donner, au premier abord, l'idée d'une paralysie faciale occupant le côté *gauche*.

Au côté *droit*, en effet, existe une notable déviation. La lèvre supérieure et l'aile du nez sont sensiblement relevées de ce côté ; la commissure buccale est tirée en haut et en dehors. Le sillon naso-cubial, également relevé, est plus profond que celui du côté gauche.

Cependant du côté *droit* l'œil paraît plus grand, la paupière inférieure étant abaissée, et il est constamment mouillé de larmes qui quelquefois coulent plus abondamment, surtout lorsque la malade a fixé quelque temps un objet; alors aussi la vue est un peu troublée. L'aile du nez est, avons-nous dit, relevée, mais la narine est moins ouverte que celle du côté gauche.

Ainsi, au premier aspect, il semble qu'on ait affaire, dans ce cas, à une paralysie faciale du côté gauche; le fait de l'abaissement de la paupière inférieure et la moindre dilatation de la narine suffisent déjà pour établir qu'il n'en est rien, et qu'il s'agit ici non d'une paralysie faciale gauche, mais bien d'une paralysie avec contracture partielle du côté *droit*.

En examinant attentivement la malade, on voit que de ce côté se produisent des mouvements convulsifs, rappelant ceux qui caractérisent le tic non douloureux de la face ; ces mouvements convulsifs se produisent spontanément et successivement encore sous l'influence d'une excitation artificielle, lorsqu'on frotte la joue, la lèvre supérieure avec le doigt, avec le manche d'une plume, ou même lorsqu'on chatouille la peau de ces parties.

De plus, si l'on fait rire la malade, on voit la déviation changer de côté, c'est-à-dire que les traits de la face sont tirés à *gauche* et plus fortement qu'ils ne le sont à droite à l'état de repos. La lèvre et l'aile du nez se relèvent obliquement de ce côté, la commissure labiale se portant très-énergiquement en dehors et en bas. Lorsque la malade veut souffler, la joue *gauche* se gonfle, la bouche se ferme du côté correspondant; mais de l'autre, la joue reste flasque et les lèvres s'écartent. Si on lui dit de fermer les yeux, le droit ne se ferme pas complétement.

Le diagnostic reçoit une confirmation plus complète des antécédents.

Cette jeune femme raconte qu'il y a huit ans elle a été complétement paralysée du côté *droit* de la face. Cette affection survint brusquement à la suite de l'avulsion d'une dent et à l'occasion d'un *coup de froid* qu'elle reçut en allant se promener le jour même au bord de la mer.

La paralysie persista huit mois, résistant aux sangsues et à tous les moyens employés pour la combattre, accompagnée de violentes douleurs de tête; mais elle céda après quatre mois d'un traitement par l'électrisation localisée. Les traits du visage reprirent, dit-elle, toute leur régularité, et c'est il y a peu de temps seulement qu'elle s'est aperçue du nouveau changement opéré dans sa physionomie.

Elle n'a d'ailleurs ni douleur, ni trouble des sens, ni trouble de la sensibilité cutanée.

Elle raconte que plusieurs personnes qu'elle a consultées se sont toujours méprises sur le côté malade, accusant le côté gauche, alors même qu'elle soutenait avoir été affectée du côté droit.

C'est là un fait de contracture consécutive à la paralysie faciale, et ce fait rentre dans l'ordre de ceux observés et décrits avec un si grand soin par M. Duchenne (de Boulogne). Ici, en effet, suivant la règle générale, la contracture est partielle; elle ne porte que sur le muscle buccinateur, sur le releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, comme l'ont montré la déviation des traits, la lèvre et l'aile du nez relevés, la commissure labiale tirée en haut et en dehors, etc. ; tandis que la paralysie persiste presque absolue pour l'orbiculaire des paupières, — la paupière inférieure restant abaissée, — pour le dilatateur externe de la narine (pinnal transverse), la narine étant affaissée du côté droit; moins absolue, mais évidente encore, pour les muscles contracturés, comme le démontre le défaut de contraction volontaire dans les mouvements de la face.

Les observations analogues à celles-ci ne sont pas rares; M. le professeur Trousseau en a rencontré un grand nombre, et pour notre part nous en avons déjà vu un exemple l'année dernière dans le service de la clinique. M. Duchenne, qui a plus particulièrement étudié ces faits et appelé sur eux l'attention, dit même (*De l'électrisation localisée*, p. 788), — et c'est aussi l'opinion de M. Trousseau, — que cette contracture des muscles de la face est une des *terminaisons ordinaires* de la paralysie rhumatismale de la septième paire.

Il y a donc lieu de s'étonner avec lui que les auteurs n'en aient pas fait mention. C'est d'autant plus étonnant, en effet, que la contracture musculaire a été signalée pour la paralysie ancienne occupant d'autres parties du corps, et qu'il n'y a aucune raison pour que les muscles de la face doivent être plus exempts que d'autres de cette affection.

Instillations de chlorate de soude dans la trachée après l'opération du croup.

Dans la *Revue* du 22 mai, nous avons exposé les faits contenus dans une communication intéressante faite par M. E. Barthez à la Société médicale des hôpitaux sur les instillations de chlorate de soude dans la trachée après l'opération du croup.

Cette communication comprenait deux points, savoir: l'action comparée des solutions de chlorate de soude et de chlorate de potasse sur les fausses membranes extraites des voies aériennes, et l'action de la solution de chlorate de soude instillée dans la trachée après l'opération du croup, lorsque les voies aériennes contiennent encore des fausses membranes.

Quelques remarques faites par plusieurs de ses collègues, et de nouveaux faits observés depuis, ont engagé M. Barthez à revenir sur ce sujet, en insistant plus particulièrement cette fois sur les indications de l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Nos lecteurs accueilleront avec le même intérêt cette seconde communication, qui est le complément et la confirmation de la première.

1° *Action des solutions de chlorate de soude et de chlorate de potasse sur les fausses membranes extraites des voies aériennes.* — Afin de mettre en évidence l'action dissolvante des deux chlorates et la rapidité plus grande de l'action du sel de soude, M. Barthez a mis sous les yeux de la Société des tubes contenant ces solutions et des fausses membranes mises dans les tubes à différentes heures. Ces fausses membranes avaient été extraites la veille de la trachée et des bronches d'un enfant qui a succombé au croup, et elles étaient partagées en parties à peu près égales. Dans le premier tube était la membrane, mise en contact avec de l'eau pure. Depuis vingt-quatre heures, aucun changement appréciable ne s'était produit dans l'aspect du tissu fibrineux.

Deux autres tubes contenaient la membrane, en contact depuis vingt-quatre heures avec une solution concentrée des deux sels. La dissolution était, à ce moment, la même dans les deux tubes. Toute apparence membraneuse avait disparu ; le tissu était devenu diffluent et demi-transparent.

Deux autres tubes contenaient la fausse membrane qui avait séjourné pendant dix-huit heures dans les mêmes solutions: l'action dissolvante était égale. Mais au bout de douze à quatorze heures, la forme membraneuse existait encore dans le tube contenant la solution de chlorate de potasse; cette forme avait disparu dans l'autre tube.

Enfin les fausses membranes avaient été mises dans les deux derniers tubes le matin même, et elles y avaient séjourné pen-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis, par M. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires, professées par M. BAZIN, publiées sous sa direction par son élève M. POUQUET, interne des hôpitaux (2).

M. Bazin est un de ces esprits chercheurs qui, mal satisfaits des notions qui constituent la science au moment où ils commencent à s'en occuper sérieusement, mécontents des interprétations données aux faits d'observation, sortent des routes tracées pour tenter des voies nouvelles, et arriver, ils l'espèrent du moins, à la connaissance de la vérité. Mais où est cette vérité ? Qui peut jamais se flatter de l'avoir atteinte ? Les vérités d'hier sont des erreurs aujourd'hui. Les théories laborieusement édifiées au moyen de l'analyse et du rapprochement des faits, tombent au bout de quelques jours renversées par la découverte, insignifiante au premier abord, d'un détail jusqu'alors inaperçu, et le plus ordinairement la table est si rase que tout est à recommencer.

Le plus triste de tout cela, c'est que pendant toute la durée de ces débats scientifiques, l'art n'avance pas ; pour les maladies de la peau surtout, quelle que soit la diversité des opinions qui se succèdent, la thérapeutique reste toujours limitée à un nombre fort restreint de moyens, pour la plupart inefficaces quand il s'agit de cas anciens ou d'une certaine intensité. Serait-il possible de citer plus de deux ou trois affections cutanées dont le traitement, malgré les remarquables travaux qui se sont succédé depuis trente années, ait fait un progrès sensible, incontestable et avoué de tous ?

Et cependant nous sommes de ceux qui applaudissent à toutes les tentatives nouvelles, aux efforts consciencieux, couronnés ou non de succès, aux travaux originaux sérieux, convaincu que de tous ces essais il doit nécessairement rester quelque chose d'utile, et qu'un jour arrivera où la pathologie et la thérapeutique cutanées auront fait assez de progrès pour ne pas rester au dessous des autres branches de notre art. Sous ce rapport nous ne saurions trop encourager les travailleurs de la trempe de M. Bazin ; c'est de leurs incessantes recherches que finira par sortir la lumière, et ils auront bien mérité de la science, alors même qu'ils ne seront pas arrivés au but.

La méthode qu'apporte M. Bazin dans l'étude des affections cutanées est toute autre que celle de ses devanciers. Depuis soixante ans, pense-t-il, on n'a obtenu aucun résultat durable, parce que les médecins engagés sous la bannière de l'organicisme ne pouvaient rien apercevoir au delà de l'inflammation cutanée que les doctrines régnantes leur montraient comme constituant à elle seule toute la maladie. Abandonnant les doctrines organopathiques, M. Bazin veut qu'on en revienne aux principes de la médecine antique, à la médecine d'observation.

Pour le dire en passant, nous ne comprenons pas trop cette première prétention de M. Bazin. Est-ce que la médecine organopathique, organicienne, etc., peu importe le nom qu'on voudra lui donner, n'est pas une médecine d'observation? Serait-elle, par hasard, une médecine d'invention? Les altérations organiques que nous *croyons observer* ne seraient elles que de pures illusions ? Et s'il faut en revenir à la médecine antique, c'est-à-dire probablement à la médecine privée de tous les moyens modernes d'exploration et d'investigation empruntés aux sciences naturelles, comment se fait-il que la Faculté, qui se croit la seule héritière de cette médecine antique, n'ait pas imprimé, depuis si longtemps, une impulsion réelle à la science des affections cutanées? En vérité, nous ne comprenons pas comment un bon esprit comme M. Bazin a pu consentir à entrer, même incidemment, dans ces inutiles et fastidieuses questions de logomachie.

Suivons-le dans l'exposé de ses principes.

Pour M. Bazin, les lésions de la peau ne sont pas des maladies, mais simplement des affections ou des symptômes de maladies. D'où cette conséquence que l'étude isolée des maladies de la peau n'est qu'une partie de la séméiotique cutanée, et exige, pour être bien comprise, la connaissance antérieure de la médecine générale et de la nesographie.

Pour lui, toutes les lésions de la peau peuvent se ranger sous deux chefs : celles de cause externe, celles de cause interne. Nous reviendrons dans un instant sur les premières.

Les éruptions de cause interne sont congéniales ou pathologiques ; congéniales, comme les *nævi*, l'ichthyose ; pathologiques, comme les exanthèmes, les *impetigines*. Ces dernières forment la grande classe des dermatoses diathésiques et constitutionnelles, si fréquentes, si répandues, vulgairement désignées sous le nom de *dartres*, et que M. Bazin regrette de voir transformées en maladies par les dermatologistes modernes, qui, à l'exemple de Willan, les ont décrites sous les noms de lichen, eczéma, impétigo, etc.

(1) Un vol. in-8°. Chez Adrien Delahaye.

(2) Un vol. in-8° avec planches. Chez le même.

dant huit heures. Le tissu n'était pas modifié dans la solution de chlorate de potasse, tandis que la diffluence était complète dans la solution de chlorate de soude. Elle a commencé et s'est complétée après trois heures et demie de contact avec ce dernier sel.

M. Barthez n'indique pas cet espace de temps comme celui qui doit suffire toujours pour produire la diffluence de la fausse membrane; il pense que ce temps doit varier suivant l'épaisseur, la densité, la composition du produit de sécrétion, et suivant d'autres circonstances inconnues.

2° *Action exercée par le chlorate de soude sur les fausses membranes encore contenues dans la trachée.* — En faisant les instillations de chlorate de soude dans la trachée, je n'ai pas eu pour but, ajoutait M. Barthez, d'obtenir la diffluence des fausses membranes, comme elle a eu lieu dans les tubes dont il vient d'être question; j'espérais seulement ramollir assez la surface adhérente pour que la membrane se détachât plus facilement au moyen des secousses de toux et fût ensuite expulsée dans un effort.

Voici les faits qui le portent à croire que ce but peut être quelquefois atteint :

Chez l'un des malades, une fausse membrane adhérente et causant la suffocation, se détacha et fut rejetée après deux heures environ d'instillations faites tous les quarts d'heures. Cette fausse membrane tapissait la trachée, et descendait jusqu'au-dessous de la bifurcation des bronches.

Chez un autre enfant, l'instillation faite avec l'eau froide pendant six heures, n'avait amené aucun résultat. Après une heure d'instillations faites avec la solution tiède de chlorate de soude, des parcelles de fausse membrane se détachèrent et furent évacuées, et continuèrent à sortir pendant plusieurs heures avec abondance.

Voici maintenant l'état dans lequel a été trouvée la fausse membrane chez trois enfants qui ont succombé malgré les instillations de la solution chloratée.

Chez une jeune fille de vingt et un mois, le croup marche avec une telle rapidité que, trente-six heures après le début du mal, l'asphyxie imminente impose la nécessité d'opérer. Aucune fausse membrane n'est rejetée après l'opération. On instille le chlorate de soude à peu près toutes les heures, et au bout de vingt-quatre heures environ une petite fausse membrane s'échappe de la canule. Cependant aucune amélioration ne s'ensuivit. Dès le lendemain, l'instillation du liquide déterminait à peine un peu de toux et la sortie d'un liquide aqueux légèrement blanchi, comme la chose se passe lorsqu'on agite dans l'eau une certaine quantité de mucus purulent.

D'ailleurs les râles fins indiquaient une bronchite capillaire étendue. La mort survint le quatrième jour après l'opération. La trachée était tapissée par une fausse membrane peu adhérente, peu tenace, et ramollie au point qu'il était presque impossible de la détacher par lambeaux. Cette membrane ne recouvrait pas la muqueuse dans toute son étendue; mais elle formait comme des îlots entre lesquels on voyait la muqueuse à nu, ce qui donnait à la face interne de la trachée une apparence chagrinée.

Dans ce cas, il a paru que la fausse membrane avait été ramollie par la surface interne et usée ou détachée par places.

Chez un garçon de trois ans et demi, entré à l'hôpital le quatrième jour après le début du croup, M. Barthez employa d'abord la cautérisation du larynx au moyen du tube du docteur Loiseau. Cette cautérisation, pratiquée trois fois dans un intervalle de trente heures, n'amena aucune amélioration notable. Enfin, l'asphyxie devenant imminente, la trachéotomie fut pratiquée, et fut suivie du rejet de quelques fausses membranes. On instilla toutes les heures ou toutes les demi-heures quelques gouttes d'une solution de chlorate de soude. Chaque instillation déterminait une petite quinte de toux suivie de l'expectoration de quelques crachats muqueux sans fausse membrane. Aucune amélioration n'eut lieu, et l'enfant mourut vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva une fausse membrane étendue sans solution de continuité depuis le haut du larynx jusqu'à la troisième ramification des bronches. Dans le larynx, cette fausse membrane jaune pénétrait les ventricules et oblitérait le canal aérien : elle y était adhérente, et cependant assez tenace pour être détachée d'une seule pièce. Dans la trachée, elle formait un tube complet; mais, depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à l'origine des bronches, elle était ramollie, presque semi-fluente, et, vu ce peu de consistance, elle ne pouvait être détachée que par petits lambeaux. Dans les bronches, elle reprenait sa consistance et oblitérait en grande partie les tubes aériens.

Ainsi, chez cet enfant, le chlorate de soude paraît avoir ramolli superficiellement la fausse membrane; mais le temps a manqué pour qu'elle pût être détachée et expulsée.

Chez une jeune fille de cinq ans, entrée au troisième jour de la maladie, le traitement ordinaire n'ayant pas enrayé le mal, l'opération est pratiquée le quatrième jour. Au bout d'une heure environ des fausses membranes sont expulsées spontanément. Deux heures plus tard, cette expulsion ayant cessé, on commence les instillations de chlorate de soude, que l'on répète toutes les demi-heures. Une assez grande quantité de fausses membranes sont rejetées pendant environ quatre heures; puis toute expectoration cesse, et l'enfant meurt asphyxiée seize heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva le larynx en partie oblitéré par des fausses membranes d'une épaisseur moyenne, et se détachant sur quelques points. Au-dessous de l'ouverture faite à la trachée, ce canal ne contenait aucun produit fibrineux. Mais à sa partie inférieure et à l'origine des bronches existait un amas pseudo-membraneux formant comme un paquet placé à cheval sur la bifurcation des bronches, et se prolongeant sans solution de continuité dans les grosses bronches jusqu'à la troisième ramification. Cet amas, nullement adhérent, semblait s'être détaché des parties supérieures et avoir été retenu en bas par sa continuité avec les fausses membranes résistantes occupant les bronches.

Ces cinq faits suffisent pour démontrer que l'action du chlorate de soude sur les fausses membranes trachéales est sinon certaine, au moins très-probable. Ils indiquent aussi la diversité des modes de cette action. Sans doute il faut tenir compte, dans cette appréciation, non-seulement de la qualité dissolvante du liquide, mais encore des propriétés de l'eau seule, et aussi des quintes de toux que le liquide rendu irritant détermine, et qui peuvent aider à détacher les fausses membranes. Malgré la complexité de cette action, M. Barthez ne s'en croit pas moins fondé à rapporter, en partie ou en totalité, à l'action dissolvante elle-même les résultats obtenus.

3° *Indications et contre-indications des instillations de chlorate de soude.* — Voici en quels termes M. Barthez formule les indications et les contre-indications de l'emploi des instillations de chlorate de soude dans la trachée. Nous le laissons parler lui-même :

1° La première indication résulte de l'existence d'une fausse membrane trachéale ou trachéo-bronchique. Si le produit fibrineux siége exclusivement sur la gorge et sur le larynx, ce serait un non-sens que de faire des instillations. Il n'est pas toujours facile, il est vrai, de s'assurer de la présence de cette fausse membrane; mais en supposant qu'il y eût du doute à cet égard, il n'y aurait aucun inconvénient à pratiquer l'instillation. Elle agirait alors, non par le chlorate de soude, mais par l'eau tiède, et servirait à délayer les mucosités trop adhérentes, à provoquer la toux et à favoriser l'expectoration.

2° Quelle que soit la disposition de la fausse membrane, si l'enfant présente les symptômes de l'empoisonnement diphthéritique, il n'y a pas lieu d'instiller. Dans ce cas, ce n'est pas la fausse membrane qui tue; on ne doit pas même pratiquer la trachéotomie; à bien plus forte raison, l'instillation de chlorate de soude est-elle inutile.

3° Si l'expectoration est facile, si les crachats sortent en abondance, si les fausses membranes se détachent facilement et sont rejetées, pour ainsi dire, à mesure qu'elles se produisent, il est inutile de faire des instillations.

4° Ainsi, l'indication n'existe que dans les cas où, après l'opération, la fausse membrane trachéale ou trachéo-bronchique est difficilement rejetée et menace de produire l'asphyxie. Ces symptômes, qui démontrent l'existence de cette indication, ne sont pas absolument certains. Ceux qui me dirigent jusqu'à présent sont le bruit sec et strident, ou bien une sorte de claquement sec que produit le passage de l'air dans la canule et la trachée, l'obscurité du murmure respiratoire, l'absence ou la rareté de l'expectoration muqueuse et pseudo-membraneuse, la persistance, ou au moins l'atténuation insuffisante de l'asphyxie graduelle qui existait avant l'opération.

L'indication étant bien établie, l'instillation doit-elle nécessairement amener la guérison? Il n'en est certes rien. Les faits que je viens de citer en sont la preuve. Le chlorate de soude peut aider l'enfant à se débarrasser de l'obstacle qui s'oppose actuellement à l'entrée de l'air, il ne peut pas davantage. Après la trachéotomie, la vie dépend de trop de circonstances différentes pour qu'on puisse espérer de la sauver par un moyen unique et doué d'une action aussi spéciale que l'est celle du chlorate de soude. C'est donc seulement dans les limites que je viens d'indiquer que je suppose que l'instillation de la solution de chlorate de soude peut être un adjuvant utile après la trachéotomie, et que j'engage mes confrères à en faire l'essai.

Emploi de l'huile essentielle de térébenthine et de l'opium à hautes doses dans le traitement des accidents puerpéraux graves.

Dans la discussion qui se poursuit à l'Académie de médecine, et qui, depuis plus de trois mois, tient l'attention publique en haleine, la fièvre puerpérale a été considérée par les hommes les plus compétents comme une maladie à peu près constamment au-dessus des ressources de l'art, du moins dans l'état actuel de la thérapeutique. Toutes les médications usitées jusqu'ici ont été déclarées inefficaces dans l'immense majorité des cas. Ce triste aveu de l'impuissance de la médecine en présence d'une affection qui enlève un si grand nombre de femmes à la fleur de l'âge, trop bien fondé malheureusement lorsqu'il s'agit de la fièvre puerpérale grave, épidémique, ne doit pas cependant être pris trop au pied de la lettre. Sous peine d'engendrer le découragement dans l'esprit du praticien, et de paralyser dans ses mains des ressources dont il pourrait, ne fût-ce que dans quelques cas rares et exceptionnels, tirer un utile parti, il est nécessaire d'apporter quelques restrictions à cet arrêt. En effet, soit que l'on ait affaire à des cas de fièvre puerpérale sporadiques ou développés en dehors des foyers épidémiques et des conditions si fatales de l'encombrement; soit que l'on n'ait à combattre que quelques-uns de ces accidents puerpéraux plus ou moins graves, souvent mortels même, qui font partie de son cortége symptomatique, sans toutefois constituer la fièvre puerpérale proprement dite telle que l'entendent du moins les essentialistes; il est certain que l'on obtient quelquefois par des médications actives et énergiques des guérisons qui auraient été moins que probables si la maladie eût été livrée à elle-même.

Nous avons rapporté récemment une observation de péritonite puerpérale grave, dont notre jeune confrère, M. le docteur Antoine Cros a obtenu la guérison par la méthode préconisée depuis

---

Ces dartres, aux yeux de M. Bazin, ne sont que des symptômes; elles ne sont que la traduction sur les membranes tégumentaires d'états morbides, à formes périodiques, qui ne deviennent continus qu'après un temps souvent fort long; mais, de même que toutes les maladies périodiques, ils n'en sont pas moins des unités pathologiques, toujours identiques, bien que parfois le malade, dans l'intervalle des accès, semble jouir en apparence d'une santé parfaite. Si dissemblables qu'elles soient par la forme élémentaire, les dartres se rattachent à quatre maladies, scrofule, syphilis, herpétisme, arthritis; d'où quatre catégories d'éruptions constitutionnelles, scrofuleuses, syphilitiques, dartreuses et arthritiques.

Après avoir cité tout entier cet exposé des doctrines de M. Bazin, nous nous demandons encore s'il y a là-dedans autre chose que de la logomachie. Vous voulez rattacher à des causes générales toutes les affections de la peau, mais est-ce que les dermatologistes modernes ne s'inquiètent pas toujours des états constitutionnels qui peuvent exister? Est ce que le psoriasis syphilitique n'est pas traité spécifiquement par eux? Est-ce donc dans le service de M. Bazin seulement que l'on tient compte du tempérament lymphatique, scrofuleux? etc. Et enfin, si par une étude approfondie on est parvenu à découvrir que telle ou telle altération de la peau a son siége dans telle ou telle couche du tégument externe, croit-on qu'on la guérira moins bien, parce que l'on saura d'une manière positive quel est son véritable siége, en même temps que l'on sera fixé sur sa nature étiologique?

Ce n'est pas que nous prétendions que l'on doive condamner absolument les doctrines proposées par M. Bazin. Mais elles nous paraissent un peu trop un retour aux antiques idées que l'on a été forcé d'abandonner, parce que l'on n'en pouvait pas tirer grand'chose d'utile. Elles reviennent aujourd'hui à la surface, parce qu'il est dans la nature humaine qu'il y ait, à des intervalles déterminés dans les sciences, dans les arts, dans la littérature, partout enfin, une réaction contre ce qui existe, opérée au moyen des idées des siècles précédents; Broussais détrône Pinel; puis on cherche à renverser les doctrines de Broussais au moyen des pyrexies et des essentialités qu'il a voulu détruire; le romantisme, en littérature, *enfonce* les classiques (qu'on me passe l'expression, elle est historique aujourd'hui), et quelques vingt années écoulées, la tragédie classique reparaît pour renverser le romantisme à son tour, etc.

En résumé, qu'y gagne-t-on? Rien ou du moins pas grand'chose. Et que trouvons-nous de nouveau dans la thérapeutique de M. Bazin? Ne guérit-il pas les syphilides avec le mercure? les *scrofulides* avec l'iode et ses composés, l'huile de foie de morue? les affections arthritiques avec les alcalins? etc. M. Bazin met en première ligne la cause diathésique et ne tient compte de la variété de forme que secondairement; les dermatologistes modernes qui l'ont précédé considèrent la forme d'abord, et tiennent compte ensuite de la diathèse; c'est toujours la même proportion, dont les deux termes sont intervertis. Au point de vue de la pratique, où est l'avantage? Nous ne le trouvons pas.

Nous avons dit que nous reviendrions sur les affections cutanées de cause externe; le second volume de M. Bazin nous y ramène forcément.

Ces affections sont de trois sortes : 1° mécaniques, produites par l'action immédiate des agents physiques sur la peau; 2° artificielles, subdivisées en directes, les éruptions, par exemple, déterminées par l'huile de croton, le tartre stibié, etc., et indirectes, par l'ingestion de substances vénéneuses, l'urticaire causée par les moules, etc.; 3° enfin, parasitaires, produites par des êtres organisés, vivant exclusivement sur la peau, appartenant au règne végétal ou animal. C'est de ces dernières qu'il sera exclusivement question ici.

Après quelques considérations préliminaires qui ne sont, à peu de chose près, que la répétition des principes émis dans le précédent travail, M. Bazin aborde l'étude des affections cutanées parasitaires en général, sous le rapport nosographique, étiologique, séméiologique et thérapeutique. Nous ne le suivrons pas dans les développements qu'il donne aux trois premiers points; les divisions et subdivisions qu'il y trace sont trop multipliées pour trouver place dans une courte analyse du genre de celle-ci. Nous insisterons principalement sur les considérations thérapeutiques, qui nous paraissent dictées par le meilleur esprit.

Dans le traitement des affections cutanées parasitaires, il y a trois indications essentielles; il faut d'abord détruire le parasite, cause première du mal; puis faire disparaître les éruptions inflammatoires liées à sa présence, puis enfin combattre les éruptions constitutionnelles qui compliquent les affections parasitaires.

Cette première indication de la destruction du parasite est des plus essentielles. C'est le parasite qui cause les désordres : enlevez-le, tous les accidents cesseront; si l'inflammation persiste, quelques antiphlogistiques suffiront pour en faire justice, tandis que leur emploi, avant la destruction du végétal ou de l'animal, serait nul ou nuisible.

Parmi les parasiticides, ceux que préfère M. Bazin, d'après les données de l'expérience, sont, pour les végétaux, l'huile de cade, le sublimé, le turbith minéral; pour les animaux, la staphysaigre et l'huile de cade. Un dixième de substance active pour 9/10es de véhicule est nécessaire pour les parasites animaux; un centième suffit pour les végétaux; dépasser ces doses serait s'exposer à déterminer des accidents inflammatoires, inutiles au succès de l'opération; rester au-dessous serait risquer de voir la médication être sans effet. Les excipients sont la glycérine, l'huile d'amandes douces, le blanc de baleine, plutôt

un grand nombre d'années par M. Velpeau. Nous avons vu depuis, dans le service de ce savant maître, deux malades atteintes d'accidents semblables, et qui ont guéri toutes deux après l'emploi des mêmes moyens. Enfin, voici une méthode qui n'est pas précisément nouvelle dans son principe, car nous nous rappelons l'avoir employée avec succès, à quelques modifications près, il y a une vingtaine d'années; mais elle n'en mérite pas moins d'être signalée à l'attention de nos lecteurs : c'est la méthode de Graves (de Dublin), que M. Trousseau emploie depuis quelque temps avec avantage dans le traitement des accidents puerpéraux. Elle consiste à donner aux femmes en couches, atteintes soit de métro-ovarite, soit de phlegmons des ligaments larges, soit de péritonite, soit de phlébite utérine, etc., de l'opium et de l'huile essentielle de térébenthine à hautes doses.

M. le docteur Bonfils a recueilli dans le service de M. Trousseau, pendant les mois de janvier et mars dernier, deux observations très-intéressantes à cet égard, dont il vient de publier les détails *in extenso* dans le dernier fascicule du *Bulletin général de thérapeutique.*

Voici un résumé sommaire de ces deux faits, qui empruntent aux circonstances actuelles un intérêt tout d'actualité.

Dans le premier de ces faits, il s'agit d'une femme atteinte, à la suite de couches, d'une péritonite et d'une double pleuro-pneumonie, et qui a guéri de cette grave complication après sept semaines de traitement. Chez la seconde malade, prise dans les mêmes circonstances d'une péritonite générale fort grave, tous les accidents puerpéraux avaient été rapidement enrayés sous l'influence de la médication en question; mais après une amélioration des plus notables et qui faisait présager un retour prochain à la santé, elle a été prise d'accidents hectiques insidieux, simulant d'une manière frappante la phthisie pulmonaire, et elle a fini par succomber, selon toute probabilité, à une infection putride.

L'opium et la térébenthine ont été administrés dans l'un et l'autre cas de la manière suivante :

Chez la première femme, M. Trousseau a prescrit l'opium en pilules et la térébenthine en lavements. On a d'abord donné 5 centigrammes d'opium en cinq pilules à prendre dans la journée; puis la dose a été portée à 8 centigrammes en huit pilules, et enfin à 10 centigrammes en dix pilules. L'opium a été continué pendant treize jours. La térébenthine a été administrée d'abord à la dose de 10 grammes en deux lavements, un le matin, le second le soir; puis on a progressivement augmenté cette quantité, ainsi qu'il suit : 20 grammes, 25 grammes, 30 grammes; cette dernière dose a été maintenue pendant six jours. La térébenthine a été continuée pendant quinze jours. Voici la formule pour deux lavements :

Huile essentielle de térébenthine. . .	10, 20, 25, 30 grammes.
Jaune d'œuf.	N° 1.
Eau.	100 grammes.

Ajouter à chaque lavement cinq ou six cuillerées d'eau de guimauve ou de graine de lin. Faire garder le lavement le plus longtemps possible.

Dans le second cas, l'opium a été également donné en pilules, à la dose de 5 centigrammes, pendant trois jours. Quant à l'huile essentielle de térébenthine, elle a été administrée par la bouche, dans des capsules de lichen. Pendant six jours la malade a pris, tous les jours, six capsules de térébenthine; chaque capsule contenait 1 gramme d'huile essentielle. On donnait deux capsules le matin, deux autres à midi, les deux dernières le soir.

Voici, d'après M. Bonfils, quels sont les phénomènes physiologiques qui ont été notés dans l'un et l'autre cas sous l'influence de cette médication. Dans le second fait et immédiatement après l'injection des capsules, la malade accusait une sensation de chaleur très-intense au niveau du creux épigastrique; quelques instants après, il y avait une réaction générale très-franche, caractérisée par de la chaleur, des sueurs générales et par l'ampleur et la fréquence plus grande du pouls; puis consécutivement surgissaient des troubles visuels, des vertiges, des étourdissements, de la somnolence. La démangeaison cutanée n'a paru que tardivement.

Les phénomènes physiologiques ont été moins accusés dans le cas où la térébenthine a été administrée en lavements. En effet, une sensation de chaleur dans le ventre sitôt le lavement donné, une réaction générale peu intense, quelques vertiges, quelques étourdissements, de légers troubles visuels, un peu de démangeaison cutanée, tels ont été les phénomènes accusés par la première malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juin 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Opération d'uranoplastie faite avec succès suivant un nouveau procédé. — M. BAIZEAU présente un malade qu'il a guéri d'une perforation de la voûte palatine, grâce à un nouveau procédé d'uranoplastie. La perforation était déjà ancienne; elle avait été produite par l'introduction d'un pieu dans la bouche. (Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.)

M. DEMARQUAY remarque que les perforations traumatiques de la voûte et du voile du palais guérissent souvent sans aucune opération. Il a observé cette réunion spontanée chez un individu qui s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche. Cette arme, chargée avec du gros plomb, avait été appliquée entre la langue et le plancher de la bouche. La langue était profondément déchirée, ainsi que le voile du palais et la partie postérieure de la voûte palatine. Le gonflement consécutif fut tel, que le malade était sur le point d'asphyxier, et que M. Demarquay fut obligé de le soumettre à la trachéotomie. La canule fut maintenue pendant douze à quinze jours.

M. Demarquay ajoute que cet homme était dans un état d'asphyxie tellement avancé, qu'il n'éprouva aucune douleur dans la trachéotomie. Il a observé la même insensibilité chez un autre malade à qui il a depuis lors pratiqué la même opération pour un œdème de la glotte.

M. LARREY, « en demandant à M. Demarquay un renseignement sur le point de contact de l'arme et de pénétration du projectile, lui fait remarquer que le cas, d'ailleurs intéressant, communiqué par lui, n'a pas de rapport direct avec celui de M. Baizeau, et soulève plusieurs questions distinctes qui ne sont point nouvelles.

» En premier lieu, le mode de suicide indiqué était assez fréquent autrefois pour que, vers le commencement de ce siècle par exemple, un médecin militaire, M. Moizin, ait soutenu sa thèse *Sur les effets du coup de pistolet tiré dans la bouche*, et rapporté plusieurs observations de ce genre de blessure.

» En second lieu, l'engorgement consécutif des parties molles dilacérées est bien connu des chirurgiens, et détermine souvent par la tuméfaction de la langue et des tissus de l'arrière-gorge, des accidents de suffocation ou d'asphyxie auxquels on peut remédier par divers moyens.

» De là, en troisième lieu, comme dans certaines mutilations de la région sus-hyoïdienne, l'indication de la trachéotomie pratiquée quelquefois, mais alors seulement que les autres ressources ont été sans succès.

» Cette opération elle-même suscite enfin une objection à la pensée de M. Demarquay; c'est que la trachéotomie, dans les cas de suffocation imminente, loin de provoquer en général de la douleur ou d'exciter la sensibilité, est supportée avec d'autant plus de calme et de confiance par les malades, que de là ils attendent la cessation des accidents d'asphyxie et la conservation de leur existence. »

M. MOREL-LAVALLÉE a vu une perforation traumatique du voile du palais, produite par l'extrémité d'un morceau de bois sur laquelle un enfant était tombé la bouche ouverte. Cette plaie se réunit par première intention.

M. VERNEUIL cite un cas de perforation de la voûte palatine, tiré de la pratique de M. Denucé, de Bordeaux. La lésion était la conséquence d'un coup de pistolet tiré dans la bouche. La membrane palatine était détachée dans une grande étendue, et pendait dans la cavité buccale sous la forme d'un vaste lambeau. La voûte palatine osseuse était en même temps perforée; M. Denucé vit le blessé le second jour. Il passa dans le lambeau un fil double dont les deux chefs furent attirés à l'extérieur à travers le trou de la voûte palatine et la fosse nasale correspondante. Le lambeau fut ainsi exactement réappliqué, la réunion fut obtenue et la guérison fut complète. M. Verneuil a vu une petite fille qui était tombée la bouche ouverte sur l'extrémité d'un pieu. La voûte palatine n'avait pas été perforée; mais la membrane palatine décollée avait formé un lambeau qui n'avait pas été réappliqué, et qui s'était ratatiné sous la partie postérieure de la voûte palatine, en constituant une tumeur comparable à un polype.

Énorme éventration consécutive à une contusion de la paroi abdominale sans plaie extérieure. — M. LARREY présente une femme atteinte d'une énorme hernie de la ligne blanche survenue par une cause traumatique, et remet l'observation suivante : « Cette femme, aujourd'hui âgée de quarante-six ans, bien portante et toujours abondamment réglée, était, en 1832, cantinière de l'armée; elle se trouvait avec son régiment (le 39e de ligne) au siége d'Anvers, lorsque, pendant une alerte de nuit, elle tomba sur le ventre contre un pieu planté dans le sol. La région épigastrique fut violemment contuse au niveau de la ligne blanche, à quelques centimètres de l'ombilic, mais sans aucune solution de continuité aux téguments. Une douleur instantanée de déchirure n'empêcha pas cette courageuse femme, enceinte de trois mois, de continuer sa route et de secourir elle-même plusieurs soldats blessés. Mais à peine rentrée le matin dans les cantonnements, elle eut une perte de sang considérable suivie d'une fausse couche. C'était sa seconde grossesse; elle avait eu de la première un enfant vivant. Elle ne réclama, elle ne prit aucun soin pour cet accident, et dès les premiers jours elle vit dans le point contus une petite tumeur qui semblait s'affaisser sous le doigt, pour reparaître aussitôt après, et augmenter ensuite progressivement de volume. Elle n'était pas plus grosse d'abord qu'une noisette; elle devait dépasser plus tard le volume de la tête d'un adulte. Son accroissement graduel n'a pas empêché plusieurs grossesses de parvenir à terme, et même à chacune d'elles s'est manifestée une nouvelle période de développement. Cette femme, depuis sa blessure, a eu quatorze enfants, mais jamais de jumeaux, quoique chacune de ses dernières grossesses l'eût fait présumer d'après le volume énorme du ventre. Elle n'a eu d'autre fausse couche que celle de l'accident de 1832; et ceux de ses enfants qu'elle a perdus sont morts plusieurs années seulement après leur naissance.

» La tumeur abdominale, évidemment constituée par une hernie sus-ombilicale de la ligne blanche, offre tout d'abord un volume énorme, mesurant 65 centimètres de circonférence; sa forme, irrégulièrement arrondie, présente trois lobes distincts à peu pres semblables, un médian et deux latéraux; sa surface, un peu ridée, indique les ampliations antérieures du ventre et quelques petites cicatrices de gerçures; l'ombilic, presque effacé, se trouve tout à fait au dessous de la tumeur, près du pubis. Le poids approximatif de la masse herniaire est évalué à six ou sept kilos, selon l'état de vacuité ou de réplétion des viscères. La consistance assez ferme, mais inégale de la tumeur, totalement réductible autrefois, ne se prête plus aujourd'hui que difficilement et douloureusement à une réduction partielle. Chaque tentative de taxis a déterminé des accidents de suffocation et des efforts de vomissements qu'il serait imprudent de provoquer encore. La pesanteur de cette volumineuse hernie était le seul inconvénient dont la femme se plaignît; je lui ai fait faire une large ceinture lacée comme un corsage, qui la soutient bien et allége ses mouvements, sans trop comprimer son énorme tumeur. »

M. RICHARD pense que, quoique la tumeur ne puisse pas être actuellement réduite en totalité, il serait possible, au moyen d'un repos prolongé et d'une compression méthodique exercée avec persévérance, de la faire peu à peu rentrer complétement dans le ventre. On la maintiendrait ensuite avec une ceinture à large pelote, et l'état de la malade serait considérablement amélioré.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Discussion sur la désarticulation de la mâchoire inférieure (procédé de l'arrachement). — M. RICHET, à l'occasion du procès-verbal, s'étonne que M. Maisonneuve ait dit que le procédé de l'arrachement met à l'abri de l'hémorrhagie. Parmi les quarante malades (ou environ) que M. Maisonneuve a soumis à cette opération, M. Richet n'en a vu qu'un seul, et celui-là est mort d'hémorrhagie. Cette hémorrhagie survint peu de jours après l'opération; elle fut presque foudroyante. On alla en toute hâte chercher plusieurs chirurgiens. Lorsque M. Richet arriva, le malade était mort. M. Maisonneuve arriva quelques instants plus tard et parut fort surpris de cette hémorrhagie, parce qu'aucune artère n'avait donné de sang au moment de l'opération. M. Richet ne sait si quelque accident analogue est survenu chez les autres opérés de M. Maisonneuve, mais il cite ce fait pour prouver à son collègue que le procédé de l'arrachement ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie.

M. FORGET donne quelques détails de plus sur ce cas malheureux. C'est le cinquième jour que l'hémorrhagie s'est manifestée. Le jour précédent, la plaie intérieure était devenue pultacée et probablement gangréneuse. Cette complication de gangrène paraît naturelle à M. Forget, parce que, d'une manière générale, les plaies par arrachement sont exposées à se sphacéler. Quant à l'hémorrhagie consécutive, M. Forget ne s'étonne que d'une chose, c'est qu'elle ne se produise pas plus souvent. L'arrachement empêchant les artères divisées de saigner immédiatement, on ne peut pas lier ces vaisseaux au moment de l'opération, et le caillot hémostatique, n'étant pas suffisamment soutenu, est exposé à céder au bout de quelques jours. Le danger de l'hémorrhagie, que le procédé de l'arrachement a la prétention de prévenir, est précisément la plus forte objection qu'on puisse faire valoir contre ce procédé. L'opération au bistouri présente sous ce rapport une sécurité complète. M. Forget ne connaît pas un seul cas où la maxillaire interne ait été ouverte au moment de la désarticulation du condyle.

M. VERNEUIL pense que les adversaires de l'arrachement commettent une confusion fâcheuse. Ils paraissent croire qu'on arrache tous les muscles de la mâchoire, tous les vaisseaux et tous les nerfs qui entourent la branche du maxillaire. M. Verneuil, dans l'opération qu'il a pratiquée et qui a été le point de départ de cette discussion, a commencé par couper avec le bistouri toutes les insertions musculaires et tous les nerfs jusqu'au col de la mâchoire; il n'a arraché que les par-

---

que l'axonge qui rancit en vieillissant et donne naissance à des acides susceptibles d'agir sur la peau d'une manière fâcheuse.

Un fait que personne ne pourra contester et qui prouve en faveur des méthodes curatives de M. Bazin, c'est que depuis ses recherches, depuis ses démonstrations cliniques, le traitement de la teigne a fait d'immenses progrès, et que des guérisons multipliées ont été obtenues dans ses salles. Certes, c'est là un immense service qu'a rendu M. Bazin à la thérapeutique cutanée, et nous disons qu'il a bien mérité de la science en épargnant à la médecine cette honte d'être obligée d'envoyer à des empiriques, qui les guérissaient, des teigneux infructueusement traités dans les hôpitaux pendant des mois entiers. Nous conviendrons aussi qu'il a puissamment modifié le traitement de la gale, puisqu'il obtient avec deux frictions le résultat qui en exigeait *douze* ou *quinze* avant lui; mais nous permettra-t-il de trouver un peu dure et un peu exagérée cette phrase échappée de sa plume : « Pourquoi, avant moi, ne guérissait-on pas la gale à l'hôpital Saint-Louis? » La conscience qu'il a des progrès dont il a été, de l'aveu de tous, le principal instigateur, ne doit pas le rendre injuste vis-à vis de ses devanciers et de ses collègues. Nous ne craignons pas de le lui dire, tout comme nous nous bâtons d'approuver ses réclamations lorsqu'il revendique hautement la part qui lui revient dans certaines découvertes. La propriété des œuvres de l'intelligence est sacrée, et plus que tout autre nous sommes heureux de saisir toutes les occasions de la défendre.

Quoi qu'il en soit des quelques reproches que nous avons adressés à M. Bazin, et dont nous espérons que notre savant confrère ne nous gardera pas rancune, nous devons dire que les deux ouvrages dont nous venons d'exposer les principes d'une manière fort incomplète, renferment bien des vues nouvelles, des rapprochements ingénieux et que l'on n'avait pas soupçonnés, des considérations intéressantes au point de vue du diagnostic, des méthodes thérapeutiques des plus rationnelles, et qu'ils ne passeront pas inaperçus dans la science. Nous croyons que les doctrines qu'il y établit n'empêcheront pas ses collègues de poursuivre dans la direction organicienne les recherches qu'ils ont commencées; mais peut-être l'influence étiologique des travaux de M. Bazin se fera-t-elle sentir aussi avec avantage, et des deux écoles réunies sortira-t-il quelque chose de plus sérieusement pratique et de plus satisfaisant que ce que l'on a vu jusqu'à présent.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De l'Eclampsie puerpérale (thèse inaug.), par M. le docteur J. E. Larquet.

Des Amygdales (thèse inaug.), par M. le docteur C. C. Moitv.

Expériences relatives à l'action des courants électriques sur les nerfs (thèse inaug.), par M. le docteur A. Lesure.

Etudes cliniques sur les troubles nerveux de la locomotion observés dans la chloro-anémie (thèse inaug.), par M. le docteur Arzouman.

De la fièvre puerpérale (thèse inaug.), par M. le docteur C. Helot.

Ces thèses se trouvent à Paris, chez M. Rignoux, imprimeur, rue Monsieur-le-Prince, 31.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetes s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

ties qui s'insèrent sur le condyle, c'est-à-dire le muscle ptérygoïdien externe et le ligament latéral externe de l'articulation. M. Lenoir a insisté sur les accidents que peut produire l'arrachement d'un bouquet nerveux situé au voisinage de la mâchoire. Mais lorsqu'on a détaché les insertions du masséter, du temporal, du ptérygoïdien interne, qu'on a coupé le nerf dentaire, et qu'on a porté la dissection jusqu'au col du condyle, il ne reste d'autre nerf à arracher que le filet très-petit qui anime le ptérygoïdien externe, et qui, dans le point où on l'arrache, est presque capillaire.

Quelques personnes font remarquer que ce n'est pas le procédé suivi par M. Verneuil qui est en question, mais bien le procédé préconisé par M. Maisonneuve, qui se vante de n'inciser que les chairs de la face et de faire le reste de l'opération par arrachement et sans le secours du bistouri.

M. Verneuil répond qu'il a vu plusieurs fois pratiquer cette opération par M. Maisonneuve, et que ce chirurgien, quoi qu'on en dise, n'arrache d'autre muscle que le ptérygoïdien externe. Il est vrai que pour détruire les autres insertions musculaires, il ne se sert pas du bistouri. Il détache le masséter et le ptérygoïdien interne fibre à fibre avec le tranchant de son ongle, et c'est avec des ciseaux courbes qu'il détruit graduellement les insertions du crotaphite. Ainsi, en réalité, M. Maisonneuve n'arrache que le ptérygoïdien externe.

M. ROBERT, d'après ces renseignements, trouve qu'il ne valait pas la peine de donner à ce procédé le nom de procédé de l'arrachement. Il y a très-longtemps qu'on termine la désarticulation de la mâchoire en imprimant au condyle un mouvement de torsion pour déchirer les fibres qu'on ne veut pas diviser. Si on n'arrache que cela, c'est une vieille opération; si on arrache autre chose, c'est une mauvaise opération.

M. LENOIR partage l'opinion de M. Robert. L'arrachement, restreint aux fibres qui s'insèrent sur le condyle, n'est pas un procédé nouveau. C'est un vieux procédé avec une étiquette neuve.

COMMUNICATION.

Luxation de la tête de l'humérus compliquée de fracture du col de cet os. — Tentative infructueuse de réduction suivant le procédé de M. Richet. — M. ROBERT communique à la Société un cas fort embarrassant qui s'est présenté tout récemment dans son service à l'hôpital Beaujon.

Il s'agit d'un homme qui a été renversé sous une voiture de porteur d'eau. La roue a passé presque transversalement sur la poitrine et sur le moignon de l'épaule. L'acromion est fracturé à sa base. L'humérus est fracturé à la partie la plus supérieure du col chirurgical; de plus, la tête, ainsi séparée du corps sous la forme d'un fragment presque sphérique, a été chassée de sa cavité. On la sent très-bien dans le creux de l'aisselle. Il y a donc à la fois fracture et luxation, comme dans le cas qui sert de base au travail de M. Richet (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 445). Le succès obtenu par M. Richet a engagé M. Robert à recourir au même procédé, c'est-à-dire à la réduction de la tête humérale par impulsion directe, à la faveur du relâchement musculaire produit par l'anesthésie. Le blessé a donc été endormi jusqu'au complet relâchement; puis, pendant que les aides faisaient l'extension du bras, le chirurgien, recourbant ses doigts en forme de crochets, a exercé dans l'aisselle, sur la tête de l'humérus, une pression méthodique, continue et vigoureuse. Lorsque M. Robert a été fatigué, M. Huguier, qui assistait à la tentative, puis diverses personnes du service, ont successivement et inutilement essayé de faire rentrer la tête humérale dans sa cavité; cette tête n'a pas même subi le plus petit déplacement.

M. Robert s'est demandé si on ne pourrait pas agir avec plus d'efficacité sur ce fragment d'os presque sphérique, et qui ne donne presque aucune prise, en l'attaquant avec un crochet mousse et volumineux. Mais il craindrait que dans une tentative de ce genre les vaisseaux et nerfs du voisinage fussent contus et écrasés. En quittant l'hôpital Beaujon pour aller prendre le service de l'Hôtel-Dieu, M. Robert a laissé ce malade sous la direction de M. Malgaigne, qui lui a succédé. Il croit savoir que M. Malgaigne n'a fait jusqu'ici aucune nouvelle tentative; mais le cas est encore tout récent, et M. Robert demande à M. Richet s'il croit qu'il y ait encore quelque chance de succès.

M. RICHET répond que, depuis la publication de son travail, il a eu à traiter deux cas de ce genre, et qu'il a eu un succès et un échec. Il publiera bientôt ces deux faits, dont il ne donne aujourd'hui qu'un résumé succinct. Dans un cas, la blessure datait de treize jours. On avait déjà fait de nombreuses tentatives lorsque M. Richet fut appelé. La tête humérale était sous la clavicule en dedans de l'apophyse coracoïde. Le blessé fut chloroformisé jusqu'au relâchement le plus complet, et néanmoins les efforts vigoureux faits par M. Richet et par ses aides n'eurent aucun résultat. Cet homme est resté estropié.

L'autre malade de M. Richet a été plus heureux. Il était tombé sur le bord d'un trottoir et s'était fait une luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture du col chirurgical de l'humérus. On le conduisit aussitôt à l'hôpital Saint-Antoine. M. Richet eut recours dès le premier jour à son procédé de réduction, mais il échoua complétement. Le lendemain, il recommença la tentative d'une manière un peu différente, et il eut la satisfaction de voir la tête se déplacer d'abord légèrement, puis un peu plus, et enfin rentrer dans sa cavité. Le bras fut fixé dans un bandage inamovible, et la guérison s'effectua parfaitement. M. Richet, d'après ce dernier fait, pense qu'il y aurait lieu de faire encore de nouvelles tentatives chez le malade de M. Robert.

M. HUGUIER a vu le malade de M. Robert; il a assisté et a même pris part aux tentatives de réduction. Il est disposé à croire qu'il y a chez cet homme, outre les lésions indiquées par M. Robert, une fracture de la cavité glénoïde. Il serait possible que cette complication contribuât à rendre la luxation irréductible.

M. LENOIR a vu un cas de fracture du col anatomique de l'humérus avec déplacement et version du fragment supérieur, dont la face fracturée était dirigée en haut. On ne put obtenir ni réduction ni consolidation. La malade, qui était une vieille femme, resta infirme; elle mourut au bout de sept ou huit mois, et M. Lenoir a fait déposer la pièce dans le Musée. A. Cooper a publié un fait semblable; un troisième fait a été observé, il y a longtemps déjà, par M. Lenoir, à l'hôpital de Meaux, dans le service de M. Houzelot. Dans ces trois cas, le déplacement a été tout à fait irréductible.

M. ROBERT ne partage pas l'opinion de M. Huguier, et pense que chez son malade il n'y a point de fracture de la cavité glénoïde; si cette fracture existait, la tête humérale serait mobile, tandis qu'elle est tout à fait immobile. M. Robert ajoute que ce cas diffère doublement de ceux dont M. Lenoir vient de parler : en premier lieu, parce que la fracture est située un peu au-dessous du col anatomique, et en second lieu parce que le fragment supérieur de l'humérus n'est pas retourné. On sent très-bien à travers la peau de l'aisselle que la surface fracturée de ce fragment regarde directement en bas.

M. LARREY. « Les difficultés extrêmes, pour ne pas dire l'impossibilité absolue de la réduction établie par M. Lenoir dans les cas de ce genre, les circonstances particulières du fait exposé par M. Robert, et surtout les rapports de la tête de l'humérus fracturé à son col, la saillie qu'elle forme sous la peau souple, extensible de cette région, l'impuissance enfin des mains les plus exercées pour réduire cette luxation, tels sont les motifs qui me suggèrent l'idée d'un moyen mécanique, dont l'essai paraît possible, sans inconvénient. Ce serait l'application médiate de l'une des branches, sinon des deux branches du forceps, ou bien d'un instrument faisant office de levier ou de curette, et agissant, malgré la peau, comme les doigts en crochet, mais avec une puissance fixe et infatigable, pour déplacer, soutenir et refouler la tête de l'os dans sa cavité articulaire. Je ne propose, du reste, ce moyen qu'avec la plus grande réserve. »

M. MOREL-LAVALLÉE croit devoir rappeler qu'avant le premier fait de M. Richet, il y avait déjà dans la science d'autres cas où la réduction a été obtenue par le moyen des pressions directes exercées sur le fragment supérieur de l'humérus à la fois luxé et fracturé. M. Morel a rassemblé ces faits en 1851 dans sa thèse sur les *luxations compliquées*, et il a même proposé de faciliter les manœuvres en relâchant les muscles au moyen du chloroforme.

M. HOUEL a examiné dans le musée la pièce dont M. Lenoir vient de parler; le fragment supérieur est intra articulaire; il est fort mince, et M. Houel pense que la fracture a porté en plein cartilage au-dessus du col anatomique. Le fragment était donc un véritable corps étranger, sans connexion avec l'organisme, et la consolidation était impossible.

M. DEMARQUAY a été appelé, il y a quelques mois, par M. Oulmont pour réduire une luxation de l'épaule avec fracture du col chirurgical. Les tentatives de réduction qu'il a faites ont été infructueuses. Il n'a pas eu recours au chloroforme, à cause de l'âge avancé de la malade. Celle-ci est restée infirme.

RAPPORT.

M. LABORIE lit un rapport sur une observation de M. Delacour, professeur suppléant à l'école secondaire de Rennes, candidat au titre de membre correspondant.

Conclusion : 1° Adresser des remercîments à l'auteur.

2° L'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les deux conclusions sont adoptées. La Société décide, en outre, que le rapport de M. Laborie sera inséré au Bulletin. (Nous publierons prochainement ce travail.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BOINET présente un calcul cylindrique ou plutôt légèrement conique, long de 3 centimètres et large d'environ 5 millimètres à sa partie moyenne. Ce calcul est un peu courbé sur son axe. Il vient probablement du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère. En s'engageant dans l'urèthre, où il s'est arrêté, il a donné lieu à une rétention d'urine. M. Boinet, n'ayant pu passer avec une sonde élastique, eut recours à la sonde d'argent, qui heurta le calcul. Cette sonde ne put passer, mais M. Boinet ayant introduit un doigt dans le rectum jusqu'au niveau du calcul, put diriger favorablement une sonde cannelée introduite dans l'urèthre, et réussit enfin à faire pénétrer cet instrument derrière le calcul; celui-ci fut alors repoussé avec le doigt d'arrière en avant, et fut extrait par le méat urinaire.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN, dans un cas de ce genre, réussit à introduire entre le calcul urétbral et la paroi de l'urèthre une sonde de gomme élastique qu'il laissa en place pendant deux jours. Lorsqu'il la retira, le malade lança un jet d'urine qui entraîna le calcul jusqu'à l'extérieur. Mais il arrive quelquefois que les calculs arrêtés dans la région prostatique s'opposent à la fois à la miction et au cathétérisme. M. Hervez a vu deux faits de ce genre, et il a eu recours avec succès à l'incision périnéale, qu'il juge bien préférable, en pareil cas, à la ponction sus-pubienne de la vessie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Touzé, né à Guerboville (Seine-Inférieure); *Des coliques sèches des pays chauds.*

Baudin, né à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire); *Des causes de la paraplégie.*

Noizet, né à Laon (Aisne); *Du staphylôme postérieur.*

Cordonnier, né à Montreuil-le-Gast (Ille-et-Vilaine); *Influence de l'eau prise comme boisson sur l'homme sain et sur l'homme malade.*

Vinson, né à Sainte-Susanne (Ile Bourbon); *Éléments d'une topographie médicale de la Nouvelle-Calédonie et de l'île des Pins.*

Souscription en faveur de deux confrères malheureux.

Dans notre dernière liste, il s'est glissé deux erreurs de chiffres. Nous avons attribué à M. B... de B... la somme de 40 fr. et à M. B... celle de 20 fr. Nous rétablissons ce qui revient à chacun. M. B... de B... a versé 20 fr., M. B... 40 fr.

MM. Daufresne, à Cormeilles.	2 fr.
Eugène Pelouze, à Paris.	20
Anonyme.	2
Glory, à Roy.	3
Coussot, à Charroux	3
Liégard, à Caen.	5
Précédente liste.	129
Total.	164 fr.

La presse médicale est encore en voie d'enfantement. Aux deux nouveaux journaux dont nous avons déjà annoncé la naissance vient s'en ajouter un troisième dont le titre n'a besoin d'aucun commentaire: *Les Idées d'un médecin de campagne, journal des intérêts de la médecine rurale*, paraissant tous les mois. Cette nouvelle feuille mensuelle, rédigée par M. le docteur L. Courbassier, se publie à Valence (Drôme).

— Nous apprenons la mort d'un de nos confrères les plus distingués de Clermont-Ferrand, le docteur Pourcher jeune, professeur de pathologie interne à l'école secondaire de médecine de cette ville.

M. Pourcher, d'une forte et robuste constitution, a succombé subitement, il y a trois jours, âgé d'une cinquantaine d'années environ.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 69. — MARDI 15 JUIN 1858. (31e ANNÉE.) N° 69. — MARDI 15 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 JUIN 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Brierre de Boismont a lu dans cette séance un mémoire intéressant sur l'aliénation mentale des enfants. L'auteur ne s'est pas seulement appliqué à étudier les caractères particuliers que revêt le plus habituellement l'aliénation mentale à cet âge ; il s'est surtout proposé de remonter aux antécédents, et de rechercher l'influence que peuvent avoir sur le développement de la folie les maladies de la première enfance et les conditions d'hérédité. Il montre enfin l'enseignement qui ressort, pour la philosophie, l'éducation et la médecine légale, de cette influence de l'hérédité morbide physique et morale, si bien mise en lumière par la statistique.

L'Académie a reçu dans cette même séance deux mémoires : l'un de M. Gillet sur la contagion chez les animaux domestiques ; le second de M. Burdel, qui se propose d'établir que les causes réelles de l'impaludation sont toutes différentes de celles que l'on assigne généralement à ce phénomène. La preuve seule manque ; mais c'est sans doute la faute du *Compte rendu*.

Enfin, sur la demande de M. J. Guérin, M. le président a ouvert un paquet cacheté déposé par notre savant confrère le 30 mars 1846, et où se trouvent exposés les faits et les idées théoriques qui ont fait la base de son dernier discours à l'Académie de médecine sur la fièvre puerpérale. On trouvera ce document dans le compte rendu. — Dr BROCHIN.

MORT PAR LE CHLOROFORME.

Nous avons annoncé dans le numéro du 3 juin qu'un déplorable accident causé par les inhalations de chloroforme venait d'arriver à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Nous avons également promis d'en donner les détails dès que nous aurions pu nous les procurer. Nous publions aujourd'hui ce fait, intéressant sous plus d'un rapport, et principalement au point de vue de certaines contre-indications non encore assez généralement connues de l'emploi du chloroforme en inhalations.

Au lit n° 12 de la salle 11 de l'hôpital militaire du Gros Caillou était entré, le 24 mars dernier, le nommé Brumoy, âgé de quarante-cinq ans environ, grenadier au 1er régiment des grenadiers de la garde. C'était un homme d'une taille moyenne, d'une assez bonne constitution, mais paraissant cependant un peu détériorée par la fatigue.

Cet homme, sur les antécédents duquel nous n'avons pu nous procurer de renseignements bien étendus, présentait dans les bourses une tumeur formée par le testicule droit, du volume d'un œuf de dinde à peu près, dure, rénitente, que M. Ceccaldi, dans le service duquel il se trouvait, pensa être une affection cancéreuse du testicule, et qu'il résolut d'enlever.

Le jeudi 27 mai, au matin, le malade fut amené dans la salle des opérations ; il ne paraissait pas trop ému ; il fut placé sur la table, et on commença les inhalations de chloroforme : étaient présents MM. Ceccaldi, qui devait pratiquer l'opération ; Thomas, médecin principal de 1re classe ; Boutier, médecin-major de 1re classe; de Potor, aide-major de service ; plusieurs élèves et plusieurs des médecins requis attachés à l'hôpital.

On ne se servit pour tout appareil que d'un cornet formé par une compresse contenant un peu de charpie sur laquelle on répandit le chloroforme. Nous devons dire, pour être juste, que l'inhalation fut pratiquée par M. de Potor avec un soin tout particulier et avec toute la prudence et les précautions que réclame cette opération délicate. Dans le principe, tout se passa bien. Il n'y eut ni agitation, ni soubresauts, ni mouvements désordonnés, rien, en un mot, qui annonçât un état de souffrance du malade ; la respiration était parfaitement calme.

Au bout de deux minutes on fit quelques épreuves pour s'assurer de l'état de la sensibilité. La résolution n'était pas complète. L'anesthésie ne fut pas trouvée suffisante ; on jugea convenable de continuer l'inhalation ; le chloroforme toujours dans le même appareil fut rapproché des narines. Tout d'un coup, et sans qu'aucun phénomène eût pu faire prévoir ce qui allait se passer, Brumoy se lève sur son séant, les yeux hagards, les pupilles dilatées d'une manière effrayante, les bras tendus et les muscles énergiquement contractés, le visage exprimant l'angoisse d'un homme qui étouffe et qui cherche de l'air ; puis il retombe sur le lit, pousse une dernière expiration, et ne fait plus un seul mouvement... il était mort. Deux minutes et demie ou trois minutes s'étaient tout au plus écoulées depuis le commencement de l'inhalation, et M. Ceccaldi, croyant le sujet arrivé enfin à l'état convenable, avait eu à peine le temps de placer le bistouri sur la peau.

Dès que l'accident fut signalé, on mit en usage tous les moyens imaginables pour ranimer le malade : révulsifs, chatouillement de la glotte, frictions sur la région précordiale, application de charbons incandescents sur la partie supérieure des parois de la poitrine, respiration artificielle par pression du thorax, puis bouche à bouche... Tout fut inutile.

Le lendemain, l'autopsie fut faite.

Le cerveau était sain, sans engorgement. Les deux poumons étaient engoués fortement ; mais leur tissu, surtout celui du poumon droit, était parsemé d'une quantité considérable de tubercules miliaires. Au sommet du poumon droit, adhérent par de fortes brides à la plèvre costale, existait une caverne assez vaste, tapissée en bas par une fausse membrane qui limitait la portion détruite du tissu pulmonaire.

Le testicule droit était converti en une masse tuberculeuse du volume d'un œuf de dinde, présentant quelque analogie pour l'aspect avec le blanc d'un œuf durci au feu.

Ce fait, avons-nous dit, est intéressant sous plus d'un rapport.

D'abord, il prouve une fois de plus l'exactitude de la loi posée par M. Louis, au sujet de la présence des tubercules dans les poumons, si fréquente lorsqu'un autre organe important est le siége d'une affection tuberculeuse, loi qui comporte cependant quelques exceptions, surtout lorsqu'il s'agit de tubercules du testicule.

Ensuite, il établit une contre-indication formelle à l'emploi des inhalations de chloroforme chez les malades atteints de tubercules pulmonaires, ou même chez ceux dans le poumon desquels on a quelque sujet de supposer seulement la présence de ces tubercules. La façon incomplète dont se fait l'hématose dans le tissu pulmonaire ainsi altéré, rend parfaitement compte de l'asphyxie survenant sous une influence ordinairement insuffisante pour la déterminer aussi rapidement.

Nous signalerons enfin une circonstance importante, c'est que jusqu'au moment de l'accident, lequel a eu lieu d'une manière instantanée, il n'y a pas eu le moindre trouble dans la respiration, qui s'est toujours faite de la façon la plus calme. Le sujet a respiré jusqu'à la fin, et la mort n'a pas été précédée de la moindre syncope.

Nous ne savons quel a été l'état du pouls pendant le cours de l'inhalation. — Dr A. FOUCART.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. TARDIEU.

Rhumatisme cérébral.

(Observation recueillie par M. G. BOISSARIE, externe du service.)

Malgré les faits nombreux qui ont été publiés depuis quelques années sur ce sujet, la question du rhumatisme cérébral est loin d'être complétement résolue. Il règne encore une grande incertitude sur ses causes, sa nature, son traitement. C'est que chaque observation nouvelle, tout en jetant un nouveau jour sur cette question, apporte souvent aussi avec elle certains signes spéciaux qui donnent lieu à des interprétations diverses. Le temps et un recueil considérable de faits peuvent seuls fixer définitivement la science sur ce point.

C'est afin de concourir pour notre part à ce résultat que nous publions la relation d'un cas de rhumatisme cérébral observé il y a peu de jours à l'hôpital Lariboisière.

Voici l'observation :

Le 16 mai, entre, dans le service de M. Tardieu, la nommée F. P..., domestique, âgée de trente ans. Elle est d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico sanguin, d'un embonpoint précoce. Séparée de son mari depuis peu de temps, elle se trouve en outre sous l'influence de dispositions morales fâcheuses.

Le 14 mai, elle a été prise de fièvre avec courbature ; le lendemain, elle ressent des douleurs dans le pied et le genou ; les articulations du membre supérieur sont envahies un peu plus tard.

A son entrée, 16 mai, troisième jour de la maladie, le pouls est plein, fréquent; les sueurs abondantes, les articulations malades gonflées et douloureuses. Il n'y a d'ailleurs aucune complication du côté du cœur ou des plèvres. — On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 18, on entend un léger bruit de souffle au cœur, premier temps à la base. La malade se plaint d'insomnie et de rêvasseries qui l'ont tourmentée pendant les nuits précédentes. La langue est blanche ; il y a de la constipation depuis plusieurs jours. Les douleurs rhumatismales ont diminué dans les membres inférieurs, mais pour retentir avec plus de force dans les articulations du poignet, du coude, de l'épaule, envahies les dernières. On élève le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes; une bouteille d'eau de Sedlitz est prescrite; un vésicatoire appliqué sur la région précordiale.

Du 18 au 23, la maladie suit un cours régulier ; les nuits cependant sont toujours agitées et sans sommeil. La malade continue à prendre 2 grammes de sulfate de quinine par jour ; on n'observe d'ailleurs aucun signe d'intoxication quinique.

Le 23, un mieux sensible est constaté; il ne reste plus qu'une douleur vague dans les poignets ; l'appétit est revenu. Ces symptômes favorables se continuent toute la journée.

Tout à coup, vers dix heures du soir, on voit apparaître les premiers signes d'accidents cérébraux. Au milieu d'une agitation et d'une angoisse extrême, la malade parle haut, elle s'emporte en incriminations contre son mari. Sa face est vultueuse, ses yeux brillants, ses paupières s'injectent ; elle est couverte d'une sueur abondante ; dans son délire, elle ne veut point qu'on s'approche de son lit ; il ne se manifeste ni convulsions ni vomissements, et la céphalalgie ne paraît pas être en rapport avec la gravité des autres accidents.

Tel est l'état où nous la trouvons encore le 24, à la visite du matin. On s'empresse de pratiquer une large saignée, et ses membres inférieurs sont recouverts de sinapismes.

Malgré ce traitement, le délire et l'agitation persistent avec le même caractère jusque vers deux heures de l'après-midi ; alors succèdent l'assoupissement, la résolution et la stupeur : c'est pendant cette période de coma que la malade succombe vers trois heures.

L'autopsie n'a pu être faite.

Si en résumant cette observation nous cherchons à la rapprocher de celles qui ont été publiées, il nous sera facile de faire ressortir les nombreux rapports qui l'unissent à la série des faits déjà connus.

Examinons successivement les causes, la nature de l'affection, enfin son traitement.

Trois causes ont été signalées comme pouvant donner lieu au terrible accident qui nous occupe:

Le froid, qui vient surprendre les rhumatisants au milieu des sueurs qui les inondent si souvent, et qui, d'après M. Bourdon, agirait soit en aggravant la maladie, soit en facilitant ses migrations ;

En second lieu, et d'après M. Vigla, des conditions morales fâcheuses ;

Enfin une action métastatique dépendant soit d'un caractère particulier de la maladie, soit du mode de traitement employé.

Dans le cas que nous citons, il est difficile de ne pas reconnaître la présence des deux dernières causes. Nous avons assez fait ressortir dans le cours de l'observation les dispositions d'esprit qui tenaient notre malade sous leur funeste influence ; il est inutile d'y insister davantage.

Quant à l'action métastatique, la cessation complète des accidents articulaires, avant l'apparition des phénomènes cérébraux, laisse évidemment soupçonner que l'affection primitive n'a fait que changer de siége, suivant un des attributs les plus constants du rhumatisme articulaire aigu.

Trois opinions différentes ont été émises également sur la nature de cette affection ; et d'après les symptômes observés, on a distingué l'apoplexie rhumatismale, le rhumatisme ataxique, enfin la méningite rhumatismale. Le fait que nous citons semble devoir appartenir à cette dernière classe. On ne trouve ici, en effet, ni cet état de prostration et d'anxiété de l'apoplexie, ni surtout cette rapidité avec laquelle, dans l'espace d'une heure ou deux, elle semble foudroyer les sujets. Les phénomènes ataxiques, d'ailleurs, s'accompagnent presque toujours d'intermittence dans leur apparition, et leur terminaison est moins rapidement funeste.

C'est donc à une méningite rhumatismale que nous avons eu affaire, c'est-à-dire à une méningite d'une marche incomparablement plus rapide que celle de la méningite simple, et dans laquelle on ne remarque, ainsi que l'a déjà fait observer M. Bourdon, ni vomissements, ni céphalalgie, ni convulsions, caractère qu'elle emprunte sans doute à l'affection générale dont elle dépend.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu faire l'autopsie; elle nous aurait fourni des renseignements d'autant plus précieux,

que les détails d'anatomie pathologique manquent dans le plus grand nombre des observations publiées.

Qu'on nous permette une dernière remarque sur l'emploi du sulfate de quinine, donné pendant six jours à la dose de 2 grammes. L'action spéciale de ce médicament sur les centres nerveux n'aurait-elle pas pu donner lieu aux accidents cérébraux ? Cette question, souvent agitée depuis quelques années, semble aujourd'hui résolue par les travaux récents de M. Gubler. Pour nous, nous croyons volontiers que, dans le cas qui nous occupe, on ne doit attribuer à la médication employée aucun des phénomènes cérébraux. Cependant on s'est encore demandé si le sulfate de quinine, en faisant cesser la fluxion articulaire, ne pouvait pas faciliter le déplacement de l'affection, et favoriser une action métastatique. Les cas de rhumatisme cérébral, devenus en apparence plus fréquents depuis l'introduction du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire, semblaient appuyer cette hypothèse, qui est encore loin d'être acceptée. Les faits, du reste, ne sont pas assez nombreux pour que cette opinion soit définitivement jugée. Peut-être s'occupera-t-on plus tard de déterminer le degré de fréquence des complications cérébrales avec les divers traitements, de même qu'on a déjà cherché à le faire pour les complications cardiaques dans la même affection.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Baizeau.

Perforation traumatique ancienne de la voûte palatine. — Nouveau procédé d'uranoplastie. — Guérison.

Le nommé Petitjean, caporal au 35e de ligne, âgé de trente ans, ayant fait, le 14 avril 1852, une chute du h ut d'un grenier à foin, tomba la face sur des fagots et s'enfonça dans la bouche un morceau de bois qui, après avoir détaché un lambeau à la partie supérieure de la langue, pénétra dans les fosses nasales en perforant la voûte palatine. Il éprouva immédiatement une vive douleur et eut une hémorrhagie assez abondante qui s'arrêta d'elle-même. La guérison, confiée à la nature, fut rapide : au bout de quinze jours toutes les plaies étaient cicatrisées, mais il restait sur le milieu de la langue une petite tumeur de la grosseur d'une aveline, formée par le lambeau irrégulièrement réappliqué, et une perforation à la voûte palatine.

Quoique gêné par cette infirmité, ce militaire, la croyant incurable, n'avait rien tenté pour sa guérison, lorsqu'au mois de mars dernier il entra à l'hôpital du Val-de Grâce pour une gingivite ulcéreuse. Frappé par le timbre nasonné de sa voix, j'examinai la cavité buccale; j'observai d'abord la tumeur linguale, et je constatai ensuite sur la ligne médiane de la voûte palatine, à 4 centimètres et demi des incisives supérieures, c'est-à-dire au niveau du point d'intersection des lignes suturales des os palatins et maxillaires supérieurs, une perforation arrondie ayant 8 millimètres de diamètre, à bords lisses, amincis et enfoncés vers les fosses nasales, surtout à la partie antérieure. Une voix voilée et fortement nasonnée, une prononciation vicieuse, le passage des mucosités nasales dans la bouche, la sortie fréquente des aliments et des boissons par le nez, tels étaient les inconvénients résultant de cette fistule, et qui me décidèrent à en tenter l'occlusion. Deux moyens se présentaient pour y arriver : l'application d'un obturateur ou la palatoplastie. J'optai pour cette dernière, malgré ses insuccès presque constants, pensant obtenir mieux d'un procédé nouveau qui me semblait beaucoup plus avantageux que les autres. En cas d'échec, je me réservais de recourir à l'obturateur.

Le 10 avril, je procédai à l'opération, que je pratiquai de la manière suivante : je fis de chaque côté, à 1 millimètre et demi du bord de la perforation, une incision courbe à concavité interne, se prolongeant en avant et en arrière, de manière que les deux incisions vinssent se réunir à 8 millimètres de l'orifice. J'avais ainsi circonscrit la fistule par une incision elliptique ayant 24 millimètres dans le sens antéro postérieur, et 11 millimètres transversalement. Je pratiquai ensuite latéralement, à 15 millimètres en dehors de cette ellipse, parallèlement à l'arcade alvéolaire, une incision longitudinale ayant la même longueur que les premières incisions. Dans un second temps de l'opération, à l'aide de pinces à griffes très-allongées et des petits bistouris de Roux coudés sur le plat, je détachai des os, en allant de dehors en dedans, les parties molles comprises de chaque côté entre les deux incisions. J'obtins ainsi deux voiles ou lambeaux mobiles de forme quadrilatère, se continuant en avant et en arrière par une base de 15 millimètres avec la voûte palatine. Ayant constaté qu'ils pouvaient se rapprocher facilement l'un de l'autre, je plaçai, à l'aide d'une aiguille à chas brisé, deux fils simples à droite et deux fils doubles à gauche, les anses de ces derniers dirigées vers la voûte; les extrémités nasales des fils de droite furent passées dans les anses des fils de gauche, qui servirent à les ramener dans la cavité buccale. Cette petite manœuvre, employée par Auguste Bérard dans la staphyloraphie, me permit de traverser les lambeaux d'avant en arrière sans avoir recours aux instruments compliqués de MM. Dépirruis et Bourguignon. Les fils furent enfin fixés à la manière de Galli par de petits tubes en plomb aplatis avec une forte pince.

Après l'opération, la réunion était parfaite sur la ligne médiane et, de chaque côté des incisions externes, on voyait une petite perte de substance semi-lunaire à courbure légèrement convexe en dehors. Quoique les tiraillements soient moins à redouter à la voûte palatine qu'au voile du palais, cependant je prescrivis au malade le silence le plus absolu; je lui recommandai de boire le plus rarement possible et d'éviter de tousser, de se moucher et tout effort de succion ou mouvement de déglutition. Au bout de quarante-huit heures les sutures furent enlevées; les lambeaux présentaient un bon aspect et étaient réunis. Le quatrième jour il s'établit au niveau de la suture antérieure un petit pertuis qui augmenta les jours suivants et atteignit 2 millimètres de diamètre.

Le 20 avril, je fis une cautérisation très-légère avec un stylet rougi, et au bout de dix jours le trou avait diminué de moitié. Deux autres cautérisations à huit jours d'intervalle complétèrent la guérison. Aujourd'hui toute trace de fistule a disparu, et la voix a repris sa force et son timbre naturels.

Depuis Krimer, qui un des premiers a employé l'uranoplastie, les tentatives faites pour oblitérer les perforations palatines ont été assez nombreuses, mais les succès ont été fort rares; et en consultant les différents recueils de médecine, je n'ai trouvé que deux cas de guérison, un de Blandin et un autre de M. Bo rel, à ajouter à celui de Krimer. L'imperfection des procédés suivis jusqu'ici explique facilement ces insuccès. Le renversement des lambeaux, leur alimentation insuffisante, doivent infailliblement amener la gangrène. Dans le procédé que j'ai mis en usage, l'absence de torsion, de renversement et de tiraillement des lambeaux, la facilité de la circulation, les nombreux vaisseaux qui leur arrivent par leurs larges points d'attache à la voûte palatine, sont autant de conditions favorables qui font le mérite de cette opération et qui doivent faire espérer le succès. Au lieu de l'avivement, j'ai porté l'incision un peu plus en dehors, afin de mettre en contact des tissus plus épais, plus vasculaires que ceux qu'auraient fournis les bords amincis et indurés de la fistule, et pour n'avoir pas, en cas d'insuccès et de gangrène, à regretter d'avoir augmenté l'étendue de la perforation. Ce procédé n'étant inscrit dans aucun traité de chirurgie et dans aucune revue périodique, j'aurais pu m'en attribuer l'invention et la priorité d'exécution, mais il m'a été dit que M. Nélaton aurait fait quelque chose d'analogue.

HOPITAL DE TOURS.

De la valeur des théories dans l'explication des causes de la menstruation.

Par M. le docteur Eugène Giraudet, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques.

Je n'essayerai pas dans ce travail d'analyser une à une les nombreuses théories formulées à diverses époques, pour servir à l'explication des causes de la menstruation ; l'accomplissement de cette tâche exige des développements qui m'entraîneraient bien au delà des limites que je me suis imposées ; je me propose seulement de prouver, par des faits d'anatomie pathologique que j'ai eu l'occasion de recueillir, que tout ce qui a été dit jusqu'à ce jour de ce curieux phénomène, ne donne aucune solution satisfaisante du grave et difficile problème qu'il soulève.

Et d'abord, je dois faire connaître les systèmes qui ont eu cours depuis l'antiquité jusque dans ces derniers temps, ou plutôt une simple énumération me suffira, car leur impuissance n'est plus une découverte à faire.

1° Influence de la lune (Aristote, Richard Méad).

2° Pléthore générale (Aristote, Galien, Bohn, Freind).

3° Pléthore locale (Osiander, Astruc, Simson).

4° Position verticale de la femme ; effort perpendiculaire du sang sur l'utérus ; artères du bassin plus lâches (Boerhaave, Haller).

5° Effervescence du sang produite par un ferment (Paracelse, Charleton, Graaf, Drake, Lecat).

6° La matrice est un poumon accessoire, la menstruation sert de complément à l'hématose (Burdach, Lavaigna).

7° L'évolution des vésicules de Graaf est la cause de la menstruation (Négrier).

De toutes ces hypothèses acceptées aux jours de leur vogue par des physiologistes éminents, une seule est restée debout sur les ruines des autres ; je veux parler de celle imaginée par M. le docteur Négrier, et dont la formule vient d'être inscrite sous le n° 7.

Perdra-t-elle de sa valeur? sera-t-elle remplacée par une autre qui plus tard subira le même sort? La chose est fort probable ; et s'il faut dire ici toute ma pensée, je suis loin de considérer comme une démonstration acquise à la science la théorie de mon ingénieux et savant confrère; mise en présence des faits, elle m'a paru aussi féconde en incertitudes, en contradictions que la spéculation la plus arbitraire. Or, dès l'instant où une théorie ne se confirme pas par le contrôle des faits observés, elle n'a plus sa raison d'être ; elle doit abdiquer. Sans doute un fait exceptionnel ne suffit pas pour renverser une doctrine ; mais lorsque les faits de cette nature deviennent de plus en plus nombreux et que leur interprétation ne saurait être contestée, il est rationnel, il est juste de les accueillir et d'en déduire les conséquences auxquelles ils se prêtent.

En me décidant à publier des observations dont les résultats sont en opposition avec des opinions admises, je n'ai fait que céder au besoin que j'éprouve d'interroger de temps en temps les éléments qui ont pu servir de base à telle ou telle théorie, d'examiner en quoi ils sont conformes ou opposés aux doctrines qui en sont l'expression. Cette methode est, comme tout le monde sait, celle à laquelle on doit les investigations les plus remarquables de la science et les progrès réels de ces derniers temps ; du reste, je n'ai voulu parler que de ce que j'ai vu.

J'ai divisé, pour plus de clarté, mes observations en plusieurs catégories ; la première comprend un certain nombre de faits recueillis par moi à l'hôpital de Tours. Dans cette série de cas, la menstruation avait toujours été régulière et normale, malgré la présence d'altérations graves des ovaires rendant l'ovulation impossible.

Dans la deuxième catégorie, les ovaires étaient sains; ils contenaient des vésicules de Graaf à leurs diverses périodes d'évolution, et cependant il n'y avait pas de menstruation depuis un temps plus ou moins long.

Dans une troisième catégorie, que je publierai plus tard, je rapporterai des faits de pathologie et de physiologie comparées dans lesquels l'ovulation ne coïncide pas davantage ni d'une manière plus absolue avec l'époque du rut.

1re catégorie. — *Ovaires altérés dans leur structure de manière à rendre l'ovulation impossible ; menstruation régulière.*

A. Louise D..., célibataire, sans enfants, âgée de quarante huit ans, entrée à l'hôpital pour une dyssenterie, morte le 13 novembre 1854 ; la menstruation était régulière depuis l'âge de dix-huit ans.

A l'autopsie nous trouvâmes les ovaires réduits au volume d'un haricot entièrement cartilagineux ; ils ne contenaient aucune trace de corps jaunes, ni de cicatrices; utérus à l'état normal.

B. Clémentine G..., célibataire, âgée de dix-huit ans ; réglée depuis deux ans; entrée à l'hôpital pour une double pneumonie, à laquelle elle succomba le 24 février 1855.

A l'autopsie les ovaires étaient pleins d'un liquide purulent, contenu dans des kystes multiloculaires, absence de vésicules de Graaf et de corps jaunes.

Utérus à l'état normal.

C. Françoise L..., quarante-deux ans, mariée, sans enfants; entrée à l'hôpital atteinte d'une péritonite; morte quelques jours après son admission le 7 mars 1854.

L'ovaire gauche était transformé en un kyste hématique assez volumineux, dont les parois étaient ossifiées sur plusieurs points; l'ovaire gauche était le siége d'ossifications nombreuses; absence de cicatrices et de corps jaunes.

La menstruation était régulière depuis l'âge de quatorze ans.

Utérus à l'état normal.

D. Sophie Mich..., âgée de 38 ans, mariée, sans enfants, entrée à l'hôpital pour une brûlure considérable, morte le 12 février 1855.

Les menstrues avaient cessé quelques jours avant la mort, l'ovaire gauche était entièrement cancéreux, ainsi qu'une grande partie de l'oviducte du même côté; l'ovaire droit, fort petit, ne présentait aucune trace de corps jaunes, mais il y avait d'anciennes cicatrices; un petit polype longuement pédiculé adhérait à la cavité intérieure de l'utérus.

E. Anne Rieb..., âgée de 50 ans, mariée, ayant eu plusieurs enfants, mourut à l'hôpital le 9 novembre 1854, d'une tumeur cancéreuse du péritoine et des appendices de l'utérus.

Cette femme avait toujours été réglée, les ovaires n'existaient plus; l'utérus, atteint seulement dans sa partie supérieure, ne donnait passage à aucun écoulement.

F. Alzire-Marie Chaut..., trente huit ans, mariée sans enfants, règles normales jusqu'à l'époque de son décès à l'hôpital le 8 septembre.

L'autopsie nous fit voir, dans l'épaisseur de tout l'ovaire droit, un épanchement d'une substance blanchâtre coagulée, offrant tous les caractères des matières albuminoïdes.

L'ovaire gauche était fort petit ; il présentait d'anciennes cicatrices, mais aucune trace de vésicules ni de corps jaunes.

Les oviductes étaient hypertrophiés, l'utérus à l'état normal.

G. Marie Élise ..., seize ans, célibataire, entrée le 24 novembre pour une fièvre typhoïde, morte le 16 décembre 1855.

Cette jeune fille était réglée depuis l'âge de treize ans et demi; ses ovaires étaient lisses et forts petits, sans aucune apparence de corps jaunes ou de cicatrices. L'utérus à l'état normal.

H. Une femme âgée de quarante-trois ans, mariée, ayant plusieurs enfants, morte le 5 avril 1855 d'une péritonite.

La menstruation était irrégulière depuis plusieurs mois.

L'ovaire gauche était remplacé par une tumeur composée de divers éléments, d'un poids de 4 kilogrammes, ayant 25 centimètres de largeur sur 20 de hauteur et 15 centimètres d'épaisseur.

L'ovaire droit, fort aminci, avait contracté des adhérences avec cette tumeur; il offrait des traces d'anciennes cicatrices, mais aucune vésicule ni de corps jaunes.

Utérus légèrement hypertrophié.

I. Une femme, âgée de quarante ans, fut amputée de la jambe au mois de mars 1857 pour une tumeur cancéreuse ; elle avait toujours été menstruée régulièrement ; elle l'était quelques jours encore avant l'opération, à laquelle elle succomba des suites d'une résorption purulente.

L'autopsie permit de constater deux ovaires complétement dégénérés, renfermant des kystes de diverse nature ; le tissu sain des ovaires n'existait plus. Utérus à l'état normal ; oviductes hypertrophiés.

2e catégorie. — *Ovaires à l'état normal; menstruation nulle.*

A. Louise Lamb..., âgée de vingt-deux ans, fille soumise depuis six ans, morte le 10 septembre 1854 à la suite d'une dyssenterie; cette fille n'était plus réglée depuis trois ans ; avant cette époque, elle avait fait plusieurs fausses couches.

Les deux ovaires offraient des vésicules de Graaf à leurs diverses périodes d'évolution, ainsi que des cicatrices récentes et des corps jaunes.

Les oviductes étaient oblitérés au niveau des pavillons ; utérus à l'état normal.

B. Une fille de quarante-huit ans, dite la Malaisée, n'ayant jamais eu d'enfants, entrée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde à laquelle elle succomba ; ses règles n'avaient pas paru depuis plusieurs années.

A l'autopsie une vésicule de Graaf, de la grosseur d'une petite groseille, faisait saillie à la surface de l'ovaire gauche ; à côté on voyait une petite cavité remplie d'un coagulum sanguin nageant dans de la sérosité légèrement colorée ; le reste de l'ovaire, ainsi que celui du côté droit, contenaient des corps jaunes et des cicatrices plus ou moins récentes.

Utérus à l'état normal, si ce n'est que la lèvre antérieure avait été détruite par une ulcération.

C. Alexandrine L..., âgée de onze ans, succomba aux suites d'une méningite.

Cette jeune fille n'avait pas encore été réglée ; ses ovaires, volumineux pour son âge, étaient à l'état sain ; ils présentaient des vésicules de Graaf, des corps jaunes et des cicatrices anciennes.

L'utérus était fort petit relativement à la grosseur des ovaires.

D. Marie L..., âgée de dix-neuf ans, morte d'une affection du foie le 28 décembre 1856.

De même que la précédente, cette fille n'avait pas encore été menstruée, bien que ses ovai es fussent en plein travail d'ovulation, et cela depuis longtemps, si l'on peut en juger par le nombre et l'aspect des corps jaunes et des cicatrices dont ils étaient couverts.

Utérus sain, d'un volume ordinaire.

E. Eugénie Baill..., 30 ans, fille soumise, depuis quatre ans, ayant succombé à une péritonite tuberculeuse, non réglée depuis plus de cinq ans.

Les ovaires étaient parfaitement sains, ils offraient des vésicules de Graaf, des cicatrices et des corps jaunes.

F. Marie-Louise Mam..., célibataire, âgée de 45 ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur blanche du genou, dont elle mourut.

Cette fille avait été réglée pendant quatre années seulement de 18 à 22 ans.

Les ovaires remplissaient encore leurs fonctions, ils étaient sains ainsi que l'utérus.

G. Zulma Mar..., âgée de 38 ans, célibataire, morte hydropique le 16 octobre 1853.

Il y avait absence des règles chez cette femme depuis trois ans.

Les ovaires étaient sains.

L'oviducte droit était oblitéré par un épanchement fibro-plastique assez adhérent : calculs dans l'oviducte gauche.

Le reste de l'utérus à l'état normal.

J'aurais pu multiplier ici les faits de ce genre, en empruntant aux dernières publications des observations analogues, si je n'eusse craint de fatiguer l'attention par des redites continuelles.

Je ne m'arrêterai pas aux combinaisons que l'on a voulu faire de quelques théories entre elles; puisqu'aucune prise à part n'est vraie, toutes prises ensemble ne le sont pas davantage.

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN
par les applications locales de tannin;

Par le docteur KUNKLER.

L'emploi topique du tannin, soit au moyen d'une éponge imbibée d'une solution de cette substance, soit en injections, est déjà bien ancien dans la thérapeutique du prolapsus utérin; et il y a longtemps aussi que les praticiens s'accordent, en général, à ne lui attribuer que très-peu d'efficacité. Néanmoins, il existe dans la science des cas avérés de guérison à la suite de l'emploi de ce moyen; il y a donc lieu d'en faire au moins l'essai, ne serait-ce que pour aider l'action de la position horizontale, à laquelle il est toujours prudent d'astreindre les femmes, surtout quand la maladie est un peu ancienne.

Et comme l'introduction d'éponges dans le vagin est souvent plus douloureuse que celle des pessaires, comme les effets d'un remède dépendent en partie du mode d'administration, nous indiquerons le mode suivi par M. Kunkler, qui n'a fait en cela qu'imiter ses compatriotes, les docteurs Barker et Budd. Une double ou triple épaisseur de toile, taillée en triangle, est fermement roulée, de manière à former un cône capable de remplir la cavité vaginale; un cordon est attaché à la pointe de ce cône afin d'en rendre l'extraction plus facile.

La malade étant couchée sur le dos, les cuisses élevées, on commence par réduire l'utérus; puis le cône de toile, imbibé de la solution astringente (30 gram. de tannin pour 250 gram. d'eau), est introduit dans le vagin, le sommet en bas, la base appliquée directement sur le museau de tanche. Cette solution est appliquée froide et renouvelée tous les jours. Il est bien entendu qu'on suppose un prolapsus par relâchement, ou avec engorgement simple de l'utérus, et non un prolapsus provenant d'adhérences ou de polype, ou de quelque autre affection capable de pousser et de retenir la matrice en bas.

L'auteur rapporte deux cas de guérison complète et une guérison incomplète.

CAS REMARQUABLE
d'élimination d'une partie de l'intestin.

Par le docteur FUCKEL.

Une femme âgée de quarante-huit ans, mère de neuf enfants, et qui jusqu'alors avait toujours joui d'une bonne santé, fut prise subitement, le 1er juillet 1856, au moment où elle se baissait pour arracher des plantes, d'une douleur violente dans la région rénale, s'irradiant vers l'hypogastre. Le matin, elle avait travaillé à charger une voiture de fumier, puis elle avait pris son déjeuner, composé de lait et de pain. La douleur, d'une violence extrême d'abord, se calma ensuite un peu; néanmoins, la malade fut obligée de gagner le lit, après avoir expulsé une selle normale, précédée de ténesme très-vif. Bientôt il survint du malaise, des envies de vomir, des étouffements, et en même temps des borborygmes. Des vomissements abondants et répétés, composés d'abord de matières alimentaires, puis d'une énorme quantité de bile, furent suivis ce même jour de garde-robes fréquentes, féculentes d'abord, muqueuses et sanglantes ensuite, mais toujours indolores. Le ventre était peu ballonné et peu sensible à la pression. Fièvre très-modérée, inappétence, soif très-vive.

Le deuxième jour de la maladie, le flux menstruel fit irruption; il dura cinq jours, comme à l'état normal, et ne présenta rien de spécial. La malade resta douze jours chez elle, tourmentée constamment par des douleurs très-vives, accompagnées de vomissements et de dévoiement. Elle se décida enfin à entrer à l'hôpital le 12 juillet.

C'était une paysanne bien constituée, ayant vécu toujours dans de bonnes conditions hygiéniques, et qui, malgré son âge et la durée de son mal, présentait encore un facies assez bon. Recourbée dans son lit, elle demandait surtout qu'on calmât sa soif; elle accusait de fortes douleurs dans le bas-ventre, douleurs dont le point de départ était dans la région rénale; des vomissements bilieux abondants et d'innombrables selles diarrhéiques, muqueuses et sanglantes, sans douleur. Pouls à 80; température à peine plus élevée d'un degré qu'à l'état normal; respiration suspirieuse. Lèvres et langue sèches, enduit jaune et sale. Ventre tendu, dur, sans tympanite. La palpation n'apprend rien; une pression un peu forte détermine une vive douleur ayant son point de départ dans la région rénale. La percussion ne fait rien constater d'anormal.

Les vomissements et les selles diarrhéiques se succédèrent à de courts intervalles; mais le sang cessa bientôt de se montrer dans ces dernières. Urines copieuses, très-claires.

Cet état persista sans grand changement jusqu'au 2 août. A cette époque, la malade, très-amaigrie, se plaignait seulement d'une soif inextinguible et buvait 4 à 5 litres d'eau par jour. Point de fièvre; persistance des vomissements et de la diarrhée.

Le 3 août, on constata qu'il existait dans le flanc gauche une tumeur profonde, en forme de boudin, peu douloureuse; sa surface était lisse, et à ce niveau la percussion donnait un son plein et tympanique. La tumeur était assez mobile; elle avait environ 4 pouces de longueur et et 2 et demi à 3 pouces de largeur.

Le jour suivant, cette tumeur était devenue plus distincte; on pouvait reconnaître qu'elle commençait au-dessous des fausses côtes gauches et se terminait au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le 5 août, on reconnut qu'outre la tumeur précédemment mentionnée, il y en avait une autre, irrégulière et bosselée au-dessous de l'ombilic; quelques-unes des bosselures soulevaient la paroi abdominale antérieure. La pression pouvait la faire disparaître en provoquant des borborygmes.

Le 6 août, la tumeur du côté gauche avait disparu, et l'on sentait au-dessous de l'ombilic une masse allongée transversalement, rendant à la percussion un son tympanique. Les vomissements étaient devenus beaucoup plus rares. Du 4 au 6 août, la malade n'était pas allée à la garde-robe. Ce jour et la nuit suivante, elle eut plusieurs selles liquides, sans trace de sang. Enfin le 7 août, dans la matinée, elle éprouva des douleurs plus vives et expulsa un corps volumineux, dans lequel il était facile de reconnaître une portion d'intestin. Celle-ci avait une longueur de près de 4 pouces; mais elle ne comprenait que les deux tiers du calibre de l'intestin; elle était recourbée sur elle-même à son extrémité inférieure. L'anse éliminée avait des bords irréguliers, gangrénés; elle était formée de deux couches appartenant, l'une à l'intestin grêle et l'autre au gros intestin, et adhérentes par leurs faces séreuses. Une muqueuse se voyait sur chacune des faces libres: l'une était villeuse, avec des taches couleur d'ardoise, comme dans le catarrhe chronique; elle appartenait au gros intestin. L'autre offrait tous les caractères de la muqueuse des portions supérieures de l'iléum: les valvules conniventes y étaient très-rapprochées et très-saillantes. Deux des bandes fibreuses du côlon se voyaient sur la portion détachée du gros intestin. Au niveau de la courbure de l'anse, il y avait une perforation de la grandeur d'une pièce d'un centime, intéressant toutes les membranes et paraissant avoir eu son point de départ dans l'intestin grêle; une ouverture plus petite se voyait à côté de la principale. On chercha en vain des traces de mésentère.

Le jour suivant, un autre petit lambeau membraneux fut éliminé avec les selles; il était tellement altéré qu'il était devenu tout à fait méconnaissable.

A partir de cette époque, l'état de la malade s'améliora promptement; déjà les vomissements avaient complétement cessé; les selles devinrent de plus en plus rares; mais la soif persista au même degré. Les deux tumeurs dont il a été question plus haut avaient disparu; mais on sentait, entre l'ombilic et la fosse iliaque gauche, une grosseur sur la nature de laquelle il fut impossible d'avoir des renseignements certains.

L'appétit et les forces revinrent bientôt; les selles reprirent leur caractère normal. Maintenant, quand la malade ne prend que des viandes blanches, de la semoule, du riz, la digestion se fait très-bien; mais les haricots, les raves, les pommes de terre, se retrouvent peu altérés dans les selles. La tumeur du bas-ventre paraît plus dure et plus rétractée.

La malade sortit de l'hôpital le 4 septembre, assez bien portante.

L'auteur la revit deux mois après: elle n'était point amaigrie, mais avait souvent de la diarrhée et rendait des aliments non digérés. La tumeur du bas-ventre se trouvait près de l'os iliaque gauche, et semblait avoir diminué de volume. *(Gazette hebd.)*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 juin 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Aliénation mentale des enfants. — M. BRIERRE DE BOISMONT lit un mémoire sur *l'aliénation mentale des enfants et des jeunes gens*. Cinq sujets de sept à dix ans forment la première catégorie, 42 composent la seconde; ce dernier chiffre fait partie d'un groupe de 1,200 malades. L'hérédité est l'objet d'une étude sérieuse. Sur 30 cas où les antécédents ont pu être recueillis avec soin, 18 fois il y avait une prédisposition héréditaire. Dans 12 autres cas, le caractère avait cette teinte de singularité, de bizarrerie qui n'attend qu'une circonstance déterminante pour passer à la folie. In épendamment de l'aliénation mentale, dont ils avaient eu des accès, les parents étaient eux-mêmes plus ou moins excentriques, impressionnables à l'excès, s'accrochant sans cesse à l'idée fixe. Les enfants nés dans ces conditions étaient inégaux, exaltés, tristes ou gais à l'excès, travaillant mal ou par boutades, et constamment punis. Chez les 42 sujets dont il s'agit dans ce travail, les premiers symptômes du mal se sont manifestés vers la puberté. L'auteur, qui a suivi avec beaucoup de soin les diverses phases de la maladie chez ces jeunes gens, résume ainsi ses recherches:

L'influence de ces transmissions héréditaires est presque complétement inconnue des éducateurs; aussi voit-on souvent la folie être le résultat de cette ignorance.

Le pronostic de la folie, chez les jeunes gens prédisposés, est grave, car si la guérison est de près de la moitié du chiffre total, il y a, dans la majorité des cas, des rechutes, des changements de caractère et de l'inaptitude à exercer un état, ou une instabilité qui brise sans cesse les positions.

Au point de vue du pronostic de l'aliénation mentale en général, la connaissance de ces faits prouve que dans la proportion considérable de l'incurabilité, il faut tenir compte de la nature des éléments.

L'influence de l'hérédité morbide physique et morale est un enseignement pour la philosophie, l'éducation et la médecine légale.

Le traitement hygiénique et médical peut arrêter les progrès du mal, mais il est insuffisant; lorsque celui ci est passé à l'état de dégénérescence, il faut alors recourir au croisement des familles.

Les expériences nombreuses tentées avec un si grand succès sur les animaux, celles surtout faites sur la race humaine, démontrent chaque jour la puissance de cette loi. (Commissaires: MM. Serres, Andral, Rayer.)

— **M. E. BURDEL** adresse de Vierzon des *Recherches sur les véritables causes de l'impaludation*.

« Je crois, dit l'auteur, avoir suffisamment démontré dans ce mémoire que le miasme fébrifère n'est pas constitué par un agent toxique, poison formé de détritus organiques suspendus dans l'air; que, par conséquent, ni les plantes, ni les animaux microscopiques ou autres, ni les gaz qu'on avait cru contribuer au développement de ce fléau, ne sont pour rien dans ce qu'on appelle l'effluve paludéen; qu'au contraire, la véritable cause de l'impaludation réside tout entière dans une perturbation spéciale du fluide électrique de l'atmosphère... » (Commissaires, MM. Serres, Becquerel, Payen.)

Fièvre puerpérale. — **M. J. GUÉRIN** demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé par lui en 1846, et dont l'Académie avait accepté le dépôt dans la séance du 30 mars.

Le paquet, ouvert par M. le secrétaire perpétuel, s'est trouvé contenir la note suivante:

« Aujourd'hui, 23 mars 1846, je dépose à l'Académie des sciences les conclusions suivantes d'un mémoire sur la fièvre puerpérale et les affections puerpérales:

» 1° L'invasion de la fièvre puerpérale caractérisée est toujours précédée d'un état d'inertie de l'utérus qui, au lieu de revenir sur lui-même après l'accouchement, reste très-développé, le col largement ouvert.

» 2° L'invasion de la maladie est toujours annoncée par une suppression plus ou moins brusque et plus ou moins complète de l'écoulement des lochies au dehors.

» 3° Toute nouvelle accouchée chez laquelle l'utérus, au quatrième jour de l'accouchement, n'est pas revenu sur lui-même, est nécessairement prise de fièvre puerpérale.

» 4° L'inertie de l'utérus persiste pendant la période aiguë de la maladie, et ne cesse que lentement et en raison inverse de la gravité de cette dernière.

» 5° En même temps que l'écoulement des lochies cesse plus ou moins au dehors, il prend la voie des trompes utérines et des vaisseaux utérins, et réalise deux ordres de phénomènes: l'épanchement direct du pus lochial dans le péritoine et la résorption purulente directe par les vaisseaux utérins. D'autre part, la plaie placentaire se dessèche et ne fournit plus qu'une sérosité sanguinolente, comme il arrive pour les plaies *exposées* où il y a résorption purulente.

» 6° Il y a deux formes aiguës principales de fièvre puerpérale: l'une *foudroyante, adynamique*, qui consiste dans l'intoxication rapide par voie de résorption de la matière lochiale immédiatement putréfiée; l'autre péritonéale, inflammatoire, qui résulte principalement de la présence de la matière purulente épanchée dans la cavité du péritoine.

» 7° L'inflammation puerpérale du péritoine et des annexes utérins est toujours le résultat de l'épanchement de cette matière purulente, et les fausses membranes qui recouvrent les parties qui unissent les circonvolutions intestinales ne sont que le produit du pus et des sécrétions morbides provoquées par sa présence et son contact.

» 8° La maladie se développe de la manière suivante: dans les conditions et pour les formes ordinaires, l'air extérieur se précipite dans la cavité utérine restée *spacieuse*, et par le col utérin resté *ouvert*. La présence de l'air produit la suppuration de la plaie placentaire, change le caractère de la matière lochiale absolument comme si l'on substituait une plaie ouverte à une plaie fermée ou sous-cutanée; d'autre part, la cavité péritonéale, circonscrivant un milieu à tension moindre que le milieu de la cavité utérine en communication avec l'atmosphère, attire en vertu de cette différence de tension par les trompes la matière contenue dans cette cavité: de là l'épanchement péritonéal. Sous la même influence, la sécrétion utérine cesse et donne lieu, comme cela arrive pour les plaies où il y a résorption purulente, à la pénétration des veines et des lymphatiques par le liquide altéré. Dans les conditions exceptionnelles, et pour la forme foudroyante, l'intoxication a lieu par la putréfaction immédiate des caillots utérins ou du flux lochial, sous l'influence de l'air confiné qui pénètre dans la matrice et ne s'y renouvelle pas suffisamment.

» 9° Toute différence dans la gravité de la maladie naît du degré de putréfaction et d'intoxication, et toute différence dans son caractère épidémique ou infectieux naît du caractère spécifique de la composition ou de l'altération de l'air ambiant.

» 10° Les complications de la fièvre puerpérale aiguë, telles que les engouements pulmonaires, les pleurésies, les abcès articulaires et autres, sont le produit de l'infection purulente et du transport du pus en nature dans différents points de l'économie, et les altérations consécutives de la forme chronique, telles que la *phlegmasia alba dolens*, l'oblitération des veines ou des vaisseaux lymphatiques, les phlegmons du bassin et autres tumeurs consécutives ne sont que le produit de la présence du pus dans les veines, les lymphatiques et le tissu cellulaire.

» 11° Le traitement de la fièvre puerpérale comprend trois ordres d'indications et trois ordres de moyens.

» *A. Indications préventives ou prophylactiques.* — Immédiatement après l'accouchement, provoquer le retour de la matrice sur elle-même, empêcher que la cavité utérine ne reste cavité *ouverte* et *aspirante*, et le col utérin canal de communication *béant à l'air*. En un

mot, ramener la plaie placentaire des conditions de la plaie *ouverte* ou *exposée* aux conditions de la plaie *fermée* ou *sous-cutanée*. Les moyens propres à remplir cette indication sont les manipulations, le massage de la matrice, les pressions permanentes, et, à l'intérieur, le seigle ergoté administré immédiatement après l'accouchement en temps d'épidémie puerpérale surtout.

» B. *Indications curatives directes ou primitives.* — Consistent à prévenir l'épanchement péritonéal imminent, et à le suspendre quand il est commencé. Dans ce but on comprime la cavité abdominale de manière à augmenter la tension relative de son milieu, et on provoque, par les moyens précités, les contractions utérines jusqu'à ce que la cavité s'efface et le col se ferme. En cas d'insuffisance de ces moyens, on ranime directement les contractions utérines en portant sur le fond de la cavité de la matrice, à travers un tube, un pinceau chargé d'ammoniaque liquide concentré. Ce moyen, dans les cas de fièvre puerpérale foudroyante, est précédé immédiatement d'une injection utérine à grande eau.

» C. *Indications consécutives.* — Consistent à débarrasser la cavité péritonéale de la matière purulente épanchée. Dans ce but et indépendamment des moyens internes propres à évacuer la matière par voie intestinale ou cutanée, on aura recours à l'opération suivante. On pénétrera dans la cavité péritonéale, au moyen d'une ponction sous-cutanée pratiquée au-dessus du pubis au niveau de la ligne blanche, et au-devant de l'utérus gonflé. On fera par la canule du trocart à robinet une injection copieuse d'eau tiède, puis on retirera, par la même voie, et au moyen de la pompe aspirante, le liquide purulent lavé par l'eau injectée. On réitérera l'injection et le lavage du pus péritonéal, jusqu'à ce que le liquide extrait ait perdu tout caractère purulent. Le moment opportun, l'*occasio præceps* pour cette opération, est le moment où le ventre commence à se développer, à se météoriser. »

— M. KOENIG, à l'occasion d'une communication récente de M. Baud sur l'emploi des *corps gras phosphorés* extraits de la moelle allongée des animaux, annonce que, depuis quinze ans, il emploie avec succès dans le traitement de la phthisie pulmonaire des matières phosphorées empruntées au règne animal. Il ajoute qu'à une époque plus récente une courte exposition de sa méthode de traitement a été donnée dans un journal, *l'Ami des Sciences*; il se croit en conséquence fondé à réclamer la priorité pour cet emploi thérapeutique des composés phosphorés.

Cette note est renvoyée, ainsi que la communication de M. Baud, à l'examen de la commission nommée dans la précédente séance pour un mémoire de M. Churchill, concernant l'emploi des hypophosphites dans le traitement de la phthisie pulmonaire, commission qui se compose de MM. Serres, Andral et Cl. Bernard.

— M. L. GILLET, vétérinaire à Valencey, soumet au jugement de l'Académie des observations sur la contagion chez les animaux domestiques. (Commissaires, MM. Boussingault, Andral, Rayer.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er avril 1858. — Présidence de M. ARCHAMBAULT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. MAGNE lit un rapport sur un travail du docteur Sakellario, de Bucharest, intitulé : *De la coxalgie et de quelques maladies de la hanche chez les vieillards*. Ce travail est écrit en latin.

M. le rapporteur se livre à un examen détaillé, mais rapide, des opinions consignées par l'auteur dans son mémoire, fruit d'une consciencieuse observation et d'une expérience assez étendue. Il conclut en proposant d'accorder à M. Sakellario le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

Opération césarienne. — M. TERRIER lit également un rapport sur un long mémoire de M. Dambre, médecin à Courtrai, relatif à *l'Opération césarienne et aux conditions dans lesquelles il convient de la pratiquer*. En voici un extrait :

Le rapporteur cite les quatre observations d'opération césarienne qui font l'objet principal du mémoire. Deux de ces observations sont propres à l'auteur, et deux autres à des confrères qu'il a secondés dans l'opération. Les quatre femmes opérées présentaient toutes ce caractère commun d'une déformation du bassin suite de rachitisme, ne laissant pas un diamètre antéro-postérieur suffisant pour opérer la délivrance par l'embryotomie. Dans l'une de ces observations, on a remarqué que le diamètre antéro-postérieur mesurait à peine deux travers de doigt. Dans trois cas, l'opération nécessitée par les dimensions insuffisantes des diamètres du bassin et sa déformation, a été pratiquée dans des conditions aussi heureuses que possible, et à une époque du travail où la femme encore forte pouvait surmonter, suivant toute apparence, les suites de l'opération. Cependant toutes ont succombé dans un temps qui a varié de vingt-trois à soixante heures après l'hystérotomie.

L'opération pratiquée avec la plus grande précaution, de manière à éviter tout épanchement péritonéal, on a procédé chez l'une des femmes à la suture immédiate de l'utérus préconisée par Godefroy, de Mayence. Cette opération a été pratiquée par le professeur Lados, chirurgien de la Maternité à Gand, et la femme, replacée dans son lit après avoir bien supporté l'opération, a été soumise aux applications réfrigérantes pour prévenir la péritonite. Elle succomba cependant à la péritonite deux jours après l'opération. Chez les trois autres, où l'on s'est contenté de points de suture à la paroi abdominale, l'une, après deux jours, succombait à la péritonite développée sourdement, sans douleurs ni fièvre bien remarquable, la femme ayant eu des évacuations urinaires faciles, et une défécation naturelle au deuxième jour après le troisième lavement; une autre succombait vingt-trois heures après l'opération, malgré les applications réfrigérantes nécessitées par une opération faite dans de moins heureuses conditions que la précédente; et la dernière, opérée comme les deux premières dans d'heureuses conditions, succombait aussi après deux jours et demi, malgré l'emploi des mercuriaux *intus et extra*, pour entraver la marche de la péritonite.

Ainsi, quelles que fussent les conditions antérieures de ces femmes, rachitiques dans leur enfance, mais devenues bien portantes avant leur grossesse et pendant la gestation jusqu'au moment de l'accouchement, toutes ont été atteintes de péritonite, et de péritonite mortelle, dans un court délai à la suite de l'opération césarienne. Cependant les conditions heureuses n'ont pas manqué à trois d'entre elles, opérées à une époque où elles n'avaient pas encore beaucoup souffert du travail de l'accouchement. L'opération avait été pratiquée avec des précautions et une habileté incontestables, et les soins ultérieurs donnés aux opérées semblaient devoir garantir le succès de l'opération.

L'opération césarienne est donc plus grave que n'ont semblé le dire Sprengel et Michaelis en présentant des tables de 106 et 110 opérées avec trois cinquièmes de guérisons. Kayser et Burns, moins heureux, prétendent encore à un cinquième de guérisons; Wilde, Lory et Mordret à un dixième, et Boër 1 sur 14.

La disproportion de ces résultats rend fort douteuse les conclusions favorables à l'hystérotomie. M. Dambre prétend même que l'opération césarienne est beaucoup plus fréquente dans le Nord que les statistiques ne semblent le révéler. Un grand nombre d'insuccès échapperaient donc encore journellement à la statistique. Aussi l'auteur, après avoir appelé l'attention sur les conditions favorables à l'opération, cherche à développer les considérations sérieuses sur lesquelles on peut appuyer la doctrine de l'embryotomie prématurée.

Avant d'exposer les idées de l'auteur sur ce sujet, rappelons deux conditions assignées par M. Dambre au succès probable de l'opération. La première, opérer de bonne heure, est des plus difficiles en province, où l'on a beaucoup de peine à réunir le nombre suffisant de confrères pour assister l'opérateur; la seconde, rendre l'opération la moins longue possible, la moins pénible pour la femme, amène M. Dambre à proposer de supprimer la suture utérine recommandée par les accoucheurs d'outre-Rhin.

Cette opération, dit M. Dambre, ne remplit pas suffisamment les conditions de réunion immédiate qu'on se propose, et par conséquent ne s'oppose pas à l'épanchement péritonéal que la suture prétend éviter; cependant elle prolonge l'opération et augmente les souffrances de la femme et par suite les chances de la péritonite.

Quant au traitement consécutif à l'opération, on a pu voir que sa médication préventive par les applications réfrigérantes continues n'avait en aucune façon arrêté la marche de la péritonite, et qu'ici l'application du froid n'avait pas les heureux effets qu'on en obtient dans les autres cas de traumatisme accidentel ou chirurgical. Le repos absolu, la diète secondée seulement de quelques cuillerées de bouillon et de vin de quinquina pour soutenir les forces, les topiques émollients et les 1/4 de lavements ont paru des moyens non moins heureux comme prophylaxie.

Ces questions, heureusement traitées, ne présentent pas cependant l'intérêt qui s'attache à la question médico-légale sur laquelle M. Dambre a le plus insisté. Cette question est celle de l'accouchement prématuré. Tantôt la déformation du bassin permet de recourir à l'accouchement prématuré à une époque de la grossesse où l'enfant peut être extrait vivant et viable; tantôt l'accouchement prématuré ne peut avoir pour but que de sauver la mère, parce que l'étroitesse des diamètres du bassin ne peut permettre que l'embryotomie, et l'embryotomie à une époque d'autant plus éloignée du terme de la grossesse que l'étroitesse des diamètres du bassin est plus prononcée. La première de ces propositions, l'accouchement prématuré du septième au huitième mois de la grossesse, est admise aujourd'hui par les notabilités de la science obstétricale.

Il n'en est pas de même de la seconde, l'embryotomie, à une époque rapprochée du début de la grossesse, et, pour éviter l'opération césarienne au terme de la grossesse, M. Dambre a examiné la question avec une supériorité remarquable, pesant successivement les intérêts de l'enfant et ceux de la mère. Une des conditions d'appréciation des intérêts de l'enfant est de savoir son degré de viabilité. Deux accoucheurs se sont occupés de l'état des enfants extraits par l'opération césarienne : Michaelis et Kayser, sur 250 opérations, auraient amené deux tiers d'enfants vivants. Mais que sont devenus ces enfants? la statistique s'arrête là. Si l'on considère leur origine, ils sont pour la plupart enfants de parents rachitiques, et par conséquent ayant moins de chance de viabilité, moins de chance de santé que les enfants nouveau-nés pris en général. Aussi, tout en regrettant une statistique du sort de ces enfants amenés vivants par l'opération césarienne, est-on moins disposé à admettre leur viabilité que celle de leur mère qui a déjà franchi les premières épreuves de la puberté. L'avis de M. Dambre, en présence des fâcheux résultats de l'hystérotomie par l'opération césarienne, est donc de protéger la mère contre l'enfant. Pour appuyer son opinion, M. Dambre a consulté les jurisconsultes modernes qui se sont le plus occupés de cette question. Il cite plusieurs passages de M. de Rossi, d'où résulte le droit de la mère, en pareil cas, de disposer du fruit qu'elle porte dans son sein. Il s'appuie ensuite des mêmes considérations médico-légales pour refuser au père et à la famille le droit de décider la question en dehors de la femme; et fort de ces considérations que l'espace manque à exposer ici, il conclut à l'embryotomie dès qu'elle sera jugée nécessaire pour sauver la femme qui refusera de subir l'opération césarienne à l'expiration du terme de sa gestation. Pour arriver à ces conclusions, M. Dambre n'élude aucune considération légale, morale ou religieuse, qu'il traite avec autant de sentiment que de talent.

— Après la lecture de ces deux rapports, on procède au vote sur les candidatures de MM. Sakellario et Dambre, qui sont nommés membres correspondants.

Rupture du ligament rotulien. — M. DUVIVIER donne quelques détails sur le malade dont il a été question dans la dernière séance. M. A... descendait un perron, quand il fit une chute sur l'angle de la seconde marche, et se rompit le ligament rotulien; le talon de la jambe saine avait frappé sur la rotule, et M. Duvivier se demande si le choc n'a pas déterminé l'accident. Cette rupture, du reste, fut suivie d'une énorme rétraction, puisque l'on put constater un écartement de quatre travers de doigt. Une remarque qui offre une certaine importance, c'est que le sujet de cette observation est un danseur de profession.

M. MATTEI pense que l'accident est dû à une violente contraction musculaire, et non au coup de talon donné sur la rotule.

M. TERRIER. En pareil cas, au moment de la rupture on croit éprouver la sensation d'un coup reçu; aussi n'est-il pas rare que l'on se rattache à la première cause venue qui aurait frappé la partie rompue; mais c'est une erreur de sensation, la cause est tout entière dans les muscles.

M. GUERSANT attribue à la contraction musculaire l'accident du malade de M. Duvivier. Le déplacement a dû être d'autant plus grand que les muscles étaient plus développés, car il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un danseur.

M. DUVIVIER présente à la Société l'appareil dont il s'est servi avec un succès complet dans le cas actuel, et qui se compose d'une plaque mobile pour ramener et maintenir la rotule à sa place normale; d'une vis de rappel destinée à élever ou abaisser la plaque ci-dessus; de deux coulisses où glissent les extrémités de cette plaque; d'une vis sans fin ayant pour objet de plier ou d'étendre la jambe.

De l'emploi de l'acide hydrochlorique dans la dyspepsie. — M. CAHON lit une note sur ce sujet. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 3 juin.)

Hémorrhagie durant la grossesse. — M. DUHAMEL. Chacun sait que la plupart du temps, la moindre perte de sang pendant la grossesse peut déterminer un avortement. Voici un fait en opposition avec la règle : j'ai accouché dernièrement une femme qui au troisième mois de sa grossesse fut prise d'une perte qui dura deux mois: elle n'en a pas moins mis au monde et à terme un enfant bien portant; je suppose que l'hémorrhagie a été due à un décollement du placenta dans quelques points. Comme un fait rare ne se présente guère isolément, je puis citer une autre femme primipare, chez laquelle existe une perte depuis trois mois environ; je crois cette femme grosse de quatre mois et demi; néanmoins elle ne peut pas remuer. La malade est pâle, débile; j'ai conseillé le repos au lit, les astringents et l'ergot de seigle depuis quelques jours; la perte paraît avoir un peu diminué.

M. MAGNE. Bien que les faits dont parle M. Duhamel ne touchent aucunement les travaux auxquels je me suis spécialement voué, je désire communiquer à la Société une observation dont j'ai été témoin et qui offre quelque analogie avec la première citée par notre collègue. Une dame, grosse pour la quatrième fois, ayant déjà eu deux fausses couches, est prise d'une hémorrhagie utérine au troisième mois de la quatrième grossesse, à la suite de vives inquiétudes sur la santé d'un de ses enfants. M. Paul Dubois, appelé à donner son avis, reconnaît l'état de grossesse, conseille le repos au lit, et sans se prononcer d'une manière absolue, témoigne cependant quelque crainte d'une nouvelle fausse couche. La perte dure trois semaines, après lesquelles, un matin, elle est tout d'un coup remplacée par l'expulsion d'un grand verre d'un liquide semi-transparent; la malade croit ressentir les douleurs de la parturition; l'accoucheur pratique le toucher; il lui semble reconnaître un commencement de dilatation, et pense que l'avortement aura lieu dans la journée. Les douleurs cessent, la perte de sang recommence pendant quelques jours et est bientôt suivie d'un écoulement sanieux, fétide, analogue aux lochies. Le repos et des soins de propreté constituent tout le traitement. Deux mois après le commencement de la perte, la malade était complétement remise et accouchait heureusement en quelques minutes, cinq mois plus tard.

M. MATTEI. Les cas d'hémorrhagie légère pendant les premiers mois de grossesse, sans être suivis d'avortement, ne sont pas excessivement rares. La congestion cataméniale a lieu dans l'état de gestation comme dans l'état de vacuité, et cette congestion peut quelquefois produire même un écoulement périodique qui approche de la menstruation ordinaire. D'autres fois, la congestion tient à des causes mécaniques, morales ou purement vitales. Dans tous ces cas, le sang sort probablement par simple exhalation. A l'autopsie du moins, on ne trouve pas les signes pathognomoniques du décollement du placenta. Ces grossesses peuvent très-bien aller à terme, et tel a pu être le premier cas de M. Duhamel. Lorsque le décollement, ou en d'autres termes lorsque la rupture des vaisseaux utéro-placentaires est la source de l'hémorrhagie, il est rare que le sang s'arrête; dans ces cas l'avortement est presque toujours inévitable. Ces hémorrhagies ont lieu surtout lorsque le placenta s'insère près du col sur l'orifice même du col.

Dans tous ces cas, le sang sort de la matrice et le spéculum n'apprend rien. Tout au plus si les commémoratifs, les causes, les symptômes, l'époque de la grossesse, le toucher vaginal, etc., peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Dans quelques cas, au contraire, l'exploration avec le spéculum fait voir qu'un boursouflement du museau de tanche avec de légères ulcérations, et quelquefois même une vaginite granuleuse, peuvent être la source du suintement de sang. On comprend combien le pronostic et le traitement doivent varier dans ces cas. Tel cependant ne me paraît pas être le second cas de M. Duhamel. Ce qu'il vient de nous dire tend à prouver, au contraire, que malgré le traitement rationnel auquel il a soumis la femme, la fausse couche arrivera.

Quant au cas de M. Magne, il y a tout à présumer qu'il s'agissait d'une grossesse double. La perte du sang, la sortie des eaux et les lochies, indiquent l'avortement d'un enfant pendant que l'autre a continué de se développer comme auparavant. Il est fâcheux qu'on n'ait pas bien examiné le délivre.

Le secrétaire annuel: Dr Al. MAGNE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité des maladies du visage, par le docteur FOUCAUD DE L'ESPAGNERY. Un vol. in-8°. Chez Labé, libr., place de l'Ecole-de-Médecine.

Mémoires cliniques sur les maladies graves de l'enfance, par M. le docteur RONZIER-JOLY. — Premier mémoire: *Hydrocéphalie aiguë*. Brochure in-8°. — Dans toutes les librairies médicales.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 70. — JEUDI 17 JUIN 1858. (31e ANNÉE.) N° 70. — JEUDI 17 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JUIN 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Depaul a continué et terminé dans cette séance l'argumentation que le défaut de temps ne lui avait pas permis de mener à terme dans la séance précédente. M. Depaul, qui, comme nous nous plaisons à le rappeler, a eu le mérite d'exposer le premier à la tribune une doctrine nette et complète de la fièvre puerpérale, devait naturellement tenir à défendre cette doctrine contre les critiques et les objections nombreuses dont elle a été l'objet. Discours académiques et articles de journaux, il n'a rien négligé, il n'a rien laissé passer sans réponse, et il a maintenu au milieu de cette vive discussion sa doctrine et ses opinions intactes. Peut-être, dans la vivacité de ses répliques, a-t-il poussé un peu loin, à l'égard de quelques orateurs, le droit de représailles. Nous pourrions bien avoir quelques observations à faire au sujet de quelques-unes de ses critiques ; mais, réserves faites à cet égard, nous sommes heureux de reconnaître toute la valeur et le mérite sévère de cette argumentation, l'une des meilleures assurément et des plus solides de toute cette discussion ; nous joignons volontiers aussi nos applaudissements à ceux qui ont accueilli sa réponse pleine de noblesse au reproche d'imprudence que lui a valu l'expression si désintéressée de son opinion sur la contagion de la fièvre puerpérale.

Nous n'avons d'ailleurs ni l'intention ni le loisir de résumer ici ce savant discours ; nous voulons seulement signaler en passant un fait, passé inaperçu jusqu'à présent dans cette discussion, bien qu'il ait été déjà mentionné dans quelques organes de la presse, et dont M. Depaul a très habilement fait ressortir toute l'importance. Nous voulons parler de l'existence d'une société qui, sous le nom de *Société médicale d'accouchement sous le patronage de la reine*, a rendu pendant une dizaine d'années les plus grands services, bien qu'ils soient restés presque complètement ignorés de la généralité des médecins. Mais, de ces services, le plus grand peut-être qu'elle aura rendu sera la démonstration qui en ressortira, nous l'espérons du moins, de l'utilité et de la possibilité d'un système de secours à domicile des femmes en couches. Celui qui écrit ces lignes, ayant eu l'honneur de faire partie pendant plusieurs années de cette institution aussi modeste qu'utile, est en mesure d'affirmer la parfaite exactitude des renseignements qu'a donnés à cet égard M. Depaul. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

De l'œdème de la glotte.

(Leçon recueillie par M. A. Barde.)

Vous savez qu'il entre dans mes habitudes cliniques de vous entretenir surtout des lésions les plus fréquentes, de celles que vous serez presque toujours appelés à soigner dans votre pratique, et que, par conséquent, vous devez connaître mieux que les autres, si c'est possible. Mais cette conduite, à laquelle vous m'avez vu toujours rester fidèle, ne doit pas cependant exclure de notre examen et de nos études l'histoire des malades qui présentent quelque affection rare ou certaines complications soit médicales, soit chirurgicales, qui viennent entraver une opération. Le hasard nous ayant offert un exemple d'une de ces complications médicales graves, que les chirurgiens peuvent rencontrer quelquefois et qu'ils ne doivent point, par conséquent, ignorer, je m'empresse de saisir cette occasion pour vous en entretenir : je veux parler de l'œdème de la glotte.

Dans une de nos salles de clinique se trouvait une femme, qui était venue pour se faire opérer d'une fistule vésico-vaginale. Pendant le temps que nous la préparions à subir l'opération destinée à la débarrasser de cette infirmité, elle a été prise tout à coup d'accidents du côté de la gorge, et la mort est survenue avant que nous ayons pu attaquer la maladie.

Nous avons fait l'autopsie cadavérique, et voici ce que nous avons remarqué :

La membrane muqueuse du pharynx et celle du larynx présentent une rougeur vive, qu'un filet d'eau ne peut faire disparaître. Au côté gauche du larynx existe une ulcération à fond grisâtre, à bords rouges et relevés. L'épiglotte est enflammée. Il en est de même de ses ligaments. Le tissu cellulaire environnant est considérablement épaissi et la glotte est très-rétrécie. La cavité du larynx est remplie de mucosité écumeuse. Les cordes vocales ont doublé de volume, et leur augmentation voile complétement les ventricules qu'elles interceptent.

En présence de pareilles lésions, la cause de la mort n'était pas douteuse ; cette femme avait succombé évidemment à un *œdème de la glotte*.

Ce fut en 1808 que Bayle, frappé de la mort inopinée de divers individus qui n'offraient point de symptômes alarmants, rechercha avec soin la cause de ces morts imprévues, et qu'il trouva que dans la plupart des cas elles étaient occasionnées par un gonflement œdémateux de la glotte.

Depuis cette époque, cette terrible affection a été l'objet de nombreuses recherches.

La plupart des auteurs l'ont considérée comme formant à elle seule une entité morbide indépendante d'autres lésions et exigeant pour sa production un concours de causes variées dont certaines sont fort contestables à mes yeux. C'est ainsi qu'on a dit que les passions tristes, les émotions vives, les excès génésiques, les abus alcooliques, le refroidissement, la suppression de la transpiration pouvaient en amener le développement. Tel n'est pas mon avis, et j'en ai vu assez d'exemples pour croire que dans certains cas elle se développe sous l'influence d'une constitution médicale déterminée, semblable à celles que produisent l'infection purulente, l'érysipèle, la gangrène, la pourriture d'hôpital, et que dans d'autres cas, — les plus nombreux, selon moi —, c'est une complication des lésions qui occupent les alentours du larynx. Je l'ai vue bien des fois se développer à la suite d'opérations pratiquées sur le cou, à la face, dans la bouche, et être ainsi la manifestation d'un traumatisme violent provoqué par une opération sanglante de longue durée ou d'une grande étendue. C'est pour cela, et presque uniquement pour éviter cette complication fâcheuse, que vous me voyez précipiter les manœuvres opératoires lorsque j'opère dans cette région, dans le double but d'amoindrir les douleurs du patient et de le soustraire à l'envahissement d'un érysipèle ou de toute inflammation traumatique qui, en s'étendant aux voies aériennes, y déterminerait la lésion dont il s'agit.

Ce point bien établi, et sachant d'ailleurs, par expérience, le court intervalle qui sépare l'invasion de la mort, il est nécessaire que je vous expose les signes qui vous mettront sur la voie d'une aussi étrange affection.

Lorsque, à la suite d'une opération pratiquée à la partie supérieure du corps, ou bien dans certaines circonstances qui vous sont à présent connues, vous voyez un malade, ayant une gêne marquée de la respiration, accompagnée de sifflement, d'enrouement et de quelques légers accès de suffocation ; que, de plus, vous remarquez que l'inspiration est pénible et que l'expiration se fait sans effort, prenez garde ! une maladie insidieuse est là, et, si vous n'y apportez immédiatement toute votre attention, votre malade mourra infailliblement avec une effrayante rapidité.

En effet, au bout d'un temps généralement très-court, les symptômes s'aggravent, la respiration devient plus bruyante, les accès de suffocation sont d'une fréquence et d'une violence extrêmes ; la déglutition est très-douloureuse et nécessite des efforts inouïs ; le malade, habituellement assis sur son lit, est dans une anxiété excessive ; ses plaintes et ses cris ne peuvent plus être entendus ; la face devient bleuâtre, les extrémités livides ; une sueur froide recouvre le corps de ce malheureux, dont la calorification s'éteint ; et vous voyez enfin cette scène affreuse se terminer quelquefois par un dernier accès, animant la mort de ces malheureux qui périssent étouffés, comme si un obstacle matériel s'était opposé à la pénétration de l'air dans les voies normales.

Je n'ai rien exagéré dans cette série de symptômes, qui sont généralement le cortége de cette maladie, et vous devez comprendre dès lors qu'il est important de la reconnaître à son début. Lorsqu'en effet vous serez appelés auprès d'un malade présentant les prodromes que je viens d'indiquer, hâtez-vous d'examiner sa gorge, et si vous ne pouvez voir la lésion qui constitue anatomiquement cette affection, votre doigt indicateur vous fera reconnaître au-dessous de l'épiglotte un bourrelet caractéristique.

Dès ce moment vous devez agir, et si cette infiltration séreuse est sous l'influence d'une cause inflammatoire, n'hésitez pas à ouvrir la veine et à appliquer sur la région un grand nombre de sangsues. Si l'œdème ne diminue point, voici ce que conseillent les auteurs :

M. Thuillier, dans sa thèse inaugurale, conseille de comprimer les ligaments épiglottiques pour dilater le larynx ; mais outre que le siége s'étendant d'une manière indéterminée, il n'est pas toujours facile d'exercer cette compression, on arrive quelquefois à produire l'accident qu'on voulait éviter, c'est-à-dire l'asphyxie. Je crois donc que, pour plusieurs raisons, on doit proscrire ce procédé, qui ne peut qu'entraver la thérapeutique de cette affection.

Mon honorable confrère et collègue à l'Hôtel-Dieu, M. Legroux, dans son mémoire publié en 1835 dans le *Journal des connaissances médico chirurgicales*, conseille de déchirer l'œdème avec l'ongle. Tout en louant l'idée et l'intention qui ont dicté ce procédé, il nous est difficile de croire qu'en agissant ainsi on sache toujours ce que l'on fait.

Lisfranc avait conseillé les mouchetures et le débridement. M. Sestier, reprenant l'idée de Lisfranc, a insisté beaucoup depuis, dans un ouvrage excellent d'ailleurs sur ce sujet, sur l'utilité des scarifications de l'orifice de la glotte, et il a même imaginé un instrument à cet effet. Je ferai le même reproche à ces différents procédés.

Enfin, M. Loiseau a préconisé l'introduction de canules dans le larynx et la trachée. Il y a longtemps déjà, j'avais cru que ces canules pourraient rendre de grands services ; mais j'ai dû y renoncer pour plusieurs raisons. Et d'abord, outre qu'il est très-difficile de faire pénétrer la canule à travers les parties œdématiées, le malade ne peut pas la conserver par des raisons anatomiques bien connues. En effet, tout le monde sait que la muqueuse du larynx, qui tire sa sensibilité du nerf laryngé supérieur, est très-impressionnable, et que, dès qu'elle se trouve offensée, elle fait pousser des cris aux malades, et provoque une toux dont l'effet immédiat est d'expulser la canule.

Je récuse donc encore ce procédé, et c'est pour donner exclusivement ma confiance à la trachéotomie, qui seule peut préserver le malade d'une mort aussi instantanée.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Sur la fièvre intermittente pernicieuse des enfants.

Par M. le docteur AVRARD (de la Rochelle).

Le numéro 56 de la *Gazette* contient un article du docteur Bouchut sur la *fièvre intermittente des enfants*. Après des considérations pratiques, marquées au coin de cette savante observation qui distingue notre confrère, le médecin de Sainte-Eugénie pose cette question : Les accès pernicieux se montrent-ils dans le bas âge ?

Sans rechercher dans mes notes toutes les observations que j'ai recueillies depuis dix ans que j'habite la Rochelle, je réponds par l'affirmative à la question du docteur Bouchut : Oui, la fièvre intermittente pernicieuse s'observe dans le bas âge ; mais elle est toujours d'un diagnostic plus difficile que chez l'adulte, les symptômes pernicieux étant, le plus souvent, pris pour des accidents déterminés par la dentition ou attribués à une méningite.

On observe ici tous les types admis par les auteurs (1).

(1) Le sol de la Rochelle et de ses environs s'améliore chaque jour et rapidement sous l'influence de travaux hygiéniques, dont les principaux ont eu pour résultat la séparation de l'eau douce qui nous vient de l'intérieur, et de l'eau salée, que la mer verse deux fois par jour dans les fossés des fortifications. Le mélange des eaux douce et salée produisant *très-rapidement*, à la température ordinaire de 12 à 15 degrés, la décomposition des matières organiques végétales et animales, il en résultait un dégagement considérable d'effluves beaucoup plus actifs que ceux des marais d'eau douce, d'où des épidémies annuelles ou presque annuelles de fièvres intermittentes difficiles à guérir, récidivant avec une ténacité désespérante, et contractant trop souvent le caractère pernicieux. Depuis quelques années le génie militaire, cédant à nos conseils, renouvelle à chaque syzygie l'eau de mer qui remplit les dunes, et en les inondant complétement, prévient le dégagement des effluves. Il résulte de cette mesure que la fièvre intermittente, bien que restée endémique, est beau-

fièvre quotidienne, tierce, quarte, etc., avec leurs variétés. La fièvre quarte, moins commune, est cependant très-fréquente, surtout en septembre et octobre, et offre une grande résistance. Il n'est pas rare de la voir récidiver de quatre à six fois, à plusieurs semaines d'intervalle, et ne disparaître complétement que huit, dix et même quinze mois après son début. Au moment où j'écris, j'ai en traitement trois quartes de l'automne dernier. J'ai observé un seul cas de septane, à laquelle je n'ai opposé l'antipériodique qu'après le sixième accès; elle n'a pas reparu.

A l'appui de cette opinion que la fièvre pernicieuse s'observe dans le bas-âge, je me contenterai de citer les deux observations suivantes, qui me paraissent des types dans l'espèce.

Obs. I. — Une petite fille de dix mois, forte, vigoureuse, allaitée par sa mère, n'avait jamais été malade, lorsque le 22 octobre 1857, elle refusa le sein pour la première fois. Après quelques heures d'indisposition, l'enfant recommence à teter et dort bien toute la nuit.

Le 23, elle se réveille, boit et mange comme à son ordinaire, et est prise, à une heure de l'après-midi, comme la veille, d'un malaise général, pendant lequel elle refuse le sein, pousse des cris, ne peut dormir et devient d'une pâleur qui inquiète sa mère; cependant, comme la petite malade avait alors une dentition très active, tous les accidents furent attribués à cette dentition trop rapide.

Le 24, l'enfant étant moins bien le matin que les jours précédents, je fus prévenu et je la vis à neuf heures du matin. Elle était alors dans l'état suivant : faciès pâle, paupières bleuâtres, prostration générale et très-marquée chez une enfant habituellement vive ; refus de jouer et de manger, langue bonne, rien dans la gorge, pouls à 92 et 96, température de la peau normale, ventre souple, selles bonnes, respiration à peu près normale, pas de cris encéphaliques, pas de convulsions.

Le commémoratif m'indique une fièvre intermittente dont le premier accès a duré trois ou quatre heures, le second quatre ou cinq heures, l'un et l'autre peu intenses. Cette enfant a-t-elle une fièvre intermittente simple? L'état général ne permet guère de le croire. Est-elle au début d'une de ces méningites à marche insidieuse, si fréquentes pendant la dentition?

L'idée d'une fièvre pernicieuse ne me vint pas et j'attendis. A trois heures de l'après-midi, je revois l'enfant. Elle a été reprise, à la même heure que les deux jours précédents, de froid général (je n'ose pas dire de frisson, je ne l'ai pas vue); la prostration est extrême, le faciès est effrayant par l'altération des traits; pouls à 160, facile à compter, régulier et résistant; peau sèche, mais non aride; pas de cris, pas de convulsions.

Effrayé par l'intensité des accidents, je fais promener des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs pendant deux heures, et je prescris :

Sulfate de quinine.	0,60
Acide tartrique.	1,00
Sirop de digitale.	15,00
Eau distillée de fleurs d'oranger. . . .	30,00

A prendre immédiatement par cuillerées à café dans un peu d'eau sucrée, de quart d'heure en quart d'heure.

Je revois l'enfant à sept heures du soir; elle paraît mourante; pouls à 140, petit, dépressible, difficile à compter. Une première dose de potion a été prise à cinq heures; il a été impossible à la mère d'en faire passer une seconde. N'osant pas violenter ma petite malade pour lui faire avaler le médicament, je fais administrer le reste de la potion en lavement, et je prescris :

Sulfate de quinine.	0,60
Acide tartrique.	1,00
Eau commune.	50,00

A donner de six à sept heures du matin en lavement.

Le 25, neuf heures du matin, le lavement de la veille au soir a été gardé plus de deux heures, et celui de ce matin, pris à six heures, n'est pas encore rendu. L'enfant a dormi assez bien, elle a pris un peu le sein deux fois; la peau est bonne; pouls tremblotant à 100 et 104; faciès fatigué mais non prostré. A trois heures, il n'y a pas de fièvre, mais seulement un peu de malaise, un peu d'affaissement sans prostration proprement dite. A neuf heures du soir, l'enfant dort d'un bon sommeil; la peau est moite et peu chaude; pouls à 108 et 112, ondulant. La petite a teté avec plaisir à sept heures avant de s'endormir. On suspend l'administration de la quinine.

Les jours suivants, la fièvre n'a pas reparu, et la convalescence a été rapide.

Si la maladie qui a failli enlever cette petite fille n'était pas une fièvre intermittente pernicieuse, qu'était-ce? Je crois inutile de discuter longuement le diagnostic différentiel, et rarement l'adage aphoristique : *Naturam morborum curationes ostendunt*, a été mieux applicable, bien qu'il ne soit pas toujours vrai.

Anémie suite de rougeole. Fièvre intermittente pernicieuse prise pour une méningite. — Mort.

Obs. II. — Le 2 avril dernier, j'étais mandé près d'un enfant dont voici les antécédents en quelques mots. A l'automne de 1857, Ch. B..., âgé de six ans, d'une constitution moyenne, eut une rougeole simple, mais qui, cependant, survenue dans un moment où l'enfant grandissait beaucoup, fut suivie d'un état anémique pour lequel je donnai des préparations liquides de quinquina et de gentiane. J'aurais voulu continuer longtemps l'usage de ce médicament, *sed erat angusta res domo.*

Pendant presque tout l'hiver, l'enfant fut souffrant, mais sans être alité.

Le 2 avril dernier, la mère le trouvant moins bien me fit appeler, et je ne constatai qu'un état anémique : maigreur générale, pâleur, flaccidité musculaire, faiblesse, besoin impérieux de repos, pouls à 64-68. — Potion tonique.

Le 3 et le 5, même état. — Même prescription.

Le 6 au matin, rien de nouveau. A quatre heures du soir on me prévient que l'enfant a été pris, à trois heures, d'une sorte de frisson, de froid général qui dure encore au moment où je le vois (quatre heures et demie). Pouls à 80-84, petit.

Le 7, hier à sept heures du soir il n'y avait plus de fièvre; B... a bien dormi. La dyspepsie et l'état général sont les mêmes; pouls à 60-64; pas de selles depuis trois jours; muqueuses décolorées, ventre souple. — Continuer les toniques et donner le plus possible de nourriture.

Le soir (à trois heures), survient un second accès de fièvre en tout semblable à celui du 6. Cet accès dure quatre heures, et ne présente, à mes yeux, aucune différence avec plusieurs autres fièvres intermittentes éphémères que je vois en ce moment, et semblables, du reste, à celles qu'a produites un mois plus tard la température froide et humide des premiers jours de mai.

Le 8 au matin, l'enfant est plus faible; il accuse un peu de céphalalgie frontale, les pupilles sont normales; respiration bonne; ventre souple; pas de nausées, pas de selles; peau sèche; pouls petit et difficile à compter, à 64-68.

Trois heures du soir. B... a été pris, à deux heures, d'un frisson violent. Le pouls est descendu de 92 à 96.

De trois à quatre heures, la peau se réchauffe peu à peu, mais elle reste sèche et aride; la face est profondément altérée, la respiration embarrassée; le délire survient. L'enfant ne nous reconnaît plus; ses paroles sont incohérentes; il a des mouvements désordonnés, mais non convulsifs, qui contrastent singulièrement avec son état habituel de langueur et d'immobilité. Les pupilles se dilatent un peu; pas de vomissements, pas d'excrétions involontaires. Le malade a rendu, à neuf heures et à midi, une grande quantité d'urine boueuse et jaune rougeâtre qui a laissé déposer sur les parois du vase un sédiment épais et très-adhérent.

A quatre heures, alors que la peau est peu chaude, la face se recouvre d'une sueur abondante et froide.

A cinq heures, je crois voir un peu de diminution dans l'intensité des accidents principaux, dont la réunion formidable m'avait semblé devoir amener la mort pendant cet accès, le troisième en réalité, mais le premier à forme pernicieuse. Je prescris :

Sulfate de quinine.	0,75
Acide tartrique.	1,50
Sirop de digitale.	25,00
Eau distillée de fleurs d'oranger. .	60,00

à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle, la première dose devant être administrée le même soir, de six à sept heures.

La médication, pendant l'accès, a consisté en applications, d'abord successives et ensuite simultanées, de cataplasmes sinapisés sur les pieds, les jambes, toute la région des cuisses et le ventre.

A neuf heures du soir, la prostration est extrême; les accidents pernicieux de nature à compromettre la vie ont disparu; la peau est moins sèche; le pouls est mou, à 56-60; la respiration facile et lente, à 20-22. B... prend la troisième dose de potion, et je prescris, pour être prise en lavement le lendemain à six heures du matin, la solution suivante :

Sulfate de quinine.	0,75
Acide tartrique.	1,50
Eau commune.	60,00

Le 9 avril, B... est aussi bien que possible, après un accès de fièvre tel que celui de la veille; le lavement du matin n'a pas été rendu. — Quatre cuillerées de bouillon toutes les heures.

A deux heures, rien n'annonçait un accès prochain. A quatre heures, je le trouve dans un état de malaise indéfinissable et presque indescriptible. En interrogeant ces différents organes et les fonctions intellectuelles ou sensoriales, on ne peut pas donner un nom à cet état; ce n'est pas un accès proprement dit de fièvre pernicieuse, à en juger par la respiration et la circulation; il n'y a ni pneumonie ni méningite. Je n'ai pas affaire aux résultats d'une médication quinique trop énergique; ceux-ci se seraient montrés plus tôt, et je n'ai, du reste, employé qu'une dose *très-ordinaire ici*. Et, cependant, si ce n'est pas une entité pernicieuse, qu'est-ce donc? Je couvre l'enfant, de la plante des pieds à l'épigastre, de cataplasmes sinapisés, en les promenant de telle façon qu'au bout de deux heures les membres inférieurs et le ventre se sont rubéfiés sous l'action de la moutarde.

En arrivant auprès de B... à sept heures du matin, j'ai appris que deux médecins avaient été mandés hier au soir à neuf heures, qu'ils avaient cru voir dans l'état du petit malade une fièvre cérébrale, et que, sans réclamer en plutôt en refusant l'adjonction du médecin qui avait traité jusque-là la maladie, ils avaient, en conséquence de leur diagnostic, fait appliquer des sangsues aux mastoïdes, des ventouses sur le ventre, des vésicatoires aux jambes, des compresses imbibées de la solution ammoniaco-camphrée, dite eau sédative, sur le front, et enfin fait administrer un lavement d'eau salée.

La conduite de la famille, et celle surtout des deux confrères, dégageant complétement ma responsabilité, je me retirai pour ne plus revoir cet enfant.

Le 14, à neuf heures du matin, B... mourait.

Je terminerai cette note par le conseil si sage de M. Bouchut, conseil dont l'inobservance dans les deux cas que je viens de citer a failli être fatale à mes malades, et eût constitué une faute à ma charge si je n'avais pas pour excuse que j'observais à la même époque des intermittentes éphémères, très-communes au printemps, et dont la grande majorité cesse spontanément après quelques accès, ou cède à un simple éméto-cathartique. De même que le médecin doit toujours tenir compte de l'élément nerveux dans la médecine des enfants, quelle que soit l'entité morbide, de même dans ce pays il rencontre à chaque pas, dans les pneumonies comme dans les fièvres typhoïdes ou autres affections, le spectre de la périodicité, que je n'avais pas vu une seule fois à Paris pendant les huit ans que j'y ai exercé la médecine. «On ne doit jamais attendre pour prescrire le spécifique, d'être largement édifié sur la nature de la maladie. »

coup plus rare qu'autrefois et n'a pas régné sous forme pernicieuse *épidémique* depuis septembre et octobre 1852.

LIGATURE EXTEMPORANÉE.

Instruments destinés à son exécution.

M. Maisonneuve a présenté aux divers corps savants une série d'instruments constricteurs construits sur le modèle du serre-nœud de Grœfe et gradués de manière à remplir toutes les indications relatives à la ligature extemporanée, depuis la ligature des plus minces polypes de l'oreille, jusqu'à l'amputation de la cuisse.

Ces instruments, sortis des ateliers de M. Charrière, sont au nombre de trois.

Le premier, ou serre-nœud de trousse, qui pourrait à la rigueur suffire à la plupart des applications usuelles de la ligature extemporanée, convient principalement à l'amputation des polypes du nez et de l'oreille, à l'amputation de la luette, à l'extirpation des hémorrhoïdes, à l'opération de la fistule à l'anus, à l'extirpation des tumeurs pédiculées de tout genre, et en général à toutes les opérations qui n'exigent pas une constriction très-puissante.

C'est donc un instrument précieux, qui mérite à tous égards de faire désormais partie de la trousse du chirurgien.

Sa structure est celle du serre-nœud de Grœfe, avec cette différence seulement que son anneau terminal est aplati au lieu d'être rond; pour lien constricteur, il est muni d'un simple fil de fer d'un millimètre de diamètre.

Le n° 2 ou constricteur proprement dit est construit sur le même modèle que le précédent, mais avec des dimensions doubles.

Sa longueur est de 0,30 centimètres. Le diamètre de sa vis est de 0,006 millimètres et demi; son anneau terminal, long de 0,02 centimètres, a 0,004 millimètres de large; l'un des bords de cet anneau est arrondi et un peu déprimé, l'autre un peu plus saillant et plus acéré. Enfin, pour manivelle, il est muni d'un volant à trois branches, représentant un rayon de 0,04 centimètres et roulant librement sur la vis.

Pour ligature, on peut à volonté se servir d'une forte ficelle de 0,003 ou 0,004 millimètres de diamètre, ou d'une corde en fil de fer de même volume. La première convient dans les cas où l'on désire surtout une ligature très-flexible, susceptible d'être conduite à travers les tissus au moyen d'une aiguille, comme pour l'amputation de la langue, pour l'extirpation du rectum. L'autre, un peu plus rigide et pouvant former des anses, qui se soutiennent tout en se pliant facilement aux formes diverses qu'on veut leur imprimer, convient merveilleusement pour l'extirpation des polypes fibreux du pharynx, pour ceux de l'utérus, pour l'amputation de la verge et autres opérations analogues.

Enfin le n° 3 ou grand constricteur est exclusivement réservé pour l'amputation des membres. Construit sur le même plan que les précédents, il n'en diffère guère que par le volume. Sa longueur tot le est de 4 décimètres; son anneau terminal offre une ouverture de 3 centimètres de long et d'un centimètre de large. Son corps est muni d'un manche mobile en forme de poignée; la manivelle de la vis consiste en un levier long de 2 décimètres.

Pour ligature on y adapte une corde en fil de fer composée de 10 à 12 brins et d'un volume total de 8 millimètres de diamètre.

A l'aide de ce puissant constricteur on peut sans difficulté pratiquer l'amputation du membre le plus volumineux; c'est celui dont M. Maisonneuve s'est servi pour les six amputations de jambe et d'avant-bras dont il a communiqué récemment les observations à l'Académie des sciences.

MÉNINGITE GRANULEUSE.

Pommade de Hahn. — Guérison.

Par M. le Dr Sernin Fontony, à Arreau (Hautes-Pyrénées).

Louis B... est âgé de onze mois. Le 25 mars dernier, à onze heures de la nuit, il est pris soudain d'une toux rauque avec imminence de suffocation. L'heure et le mode de début, le caractère de la toux, l'absence de fausses membranes et de l'adénite sous-maxillaire ne laissent aucun doute : c'est une laryngite striduleuse. Dans la journée, l'enfant est tranquille; il conserve un peu de toux. Pendant trois ou quatre nuits consécutives, il est repris à la même heure de quintes de pseudo-croup. Les crises vont s'affaiblissant.

Le 16 avril, la mère s'aperçoit de l'état d'inquiétude de son enfant, qui continue le 17. Dans la nuit, le corps devient brûlant, et le 18 le front seul conserve une haute température. L'enfant tetait avec rage; il quittait le sein pour le reprendre avec fureur. Le sommeil était agité, et les réveils en sursaut revenaient très fréquents.

Le 19, dans la soirée, il survint des vomissements fréquents de bile et de lait coagulé, qui se répétèrent pendant trois jours.

Il a toujours bien uriné; trois ou quatre selles verdâtres et diarrhéiques par jour.

Les 19, 20 et 21, on distingue quelques monosyllabes; les soubresauts augmentent et les mains s'agitent continuellement; l'enfant les porte souvent à la tête comme pour éloigner des objets dont l'image semble l'obséder. Il a horreur de la lumière, il fronce les sourcils, il contracte énergiquement les paupières à l'approche d'un corps lumineux, et plus fortement encore lorsqu'on cherche à écarter ces voiles membraneux. On observe un mâchonnement continuel et surtout un mouvement brusque de projection de la langue en avant et en dehors de la bouche.

L'enfant a les pommettes alternativement pâles et rouges. Cette coloration est très-fugitive, mais aussi très-sensible. En même temps, on constatait une roideur tétanique des muscles de la région postérieure du cou. Le renversement de la tête en arrière était très-prononcé. C'était bien un commencement d'opisthotonos. La pression des membres était douloureuse, il suffisait d'un léger frôlement de la peau pour augmenter l'agitation ; il y avait donc hyperesthésie. Le pouls était à 142, il est monté à 148 156 et plus. La respiration a toujours été accélérée, 42 à 46 mouvements respiratoires. Le ventre était un peu ballonné et paraissait douloureux à la pression.

Il n'en fallait pas davantage pour reconnaître une méningite, et j'ajoute une méningite granuleuse. Moins la constipation et peut-être aussi les variations du pouls, on trouve aussi la réunion de tous les symptômes qui caractérisent cette maladie, et c'est ce fait que j'ai surtout en vue d'établir, afin qu'on ne puisse pas mettre en doute mon diagnostic, qui heureusement ne devait pas recevoir la vérification nécropsique.

Maintenant, voici le traitement qui fut institué : 1° silence, 2° obscurité.

Le lundi 17, 2 sangsues au ventre; je les aurais préférées aux apophyses mastoïdes.

Le mardi, 2 autres; looch purgatif.

Les 20, 21, 22, un paquet rhubarbe 0,10, calomel 0,05, ce qui explique en partie les selles diarrhéiques verdâtres. Les mouvements nerveux ne se modérant point, le 22 au matin on donne un bain tiède. Au sortir du bain, l'enfant retrouve un peu de calme ; vers trois ou quatre heures il s'assoupit; le 23, il était tombé dans un coma dont on pouvait encore le retirer, il laissait ouvrir ses paupières sans résistance; la pupille, modérément dilatée, était fixe et immobile; les yeux n'étaient pas convulsés, pas de strabisme. — Frictions sur le front et sur les tempes avec l'onguent napolitain. Le coma persiste le 23 et le 24. Ce jour-là, dans la soirée, j'observai un seul effort d'inspiration suspirieuse, avec arrêt pendant quelques secondes de la fonction : trouble respiratoire, caractéristique des affections cérébrales, aiguës, arrivées à la troisième période.

J'avais fait appliquer un vésicatoire à la nuque, des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures; puis deux vésicatoires volants aux jambes, puis deux aux cuisses. Tous ces moyens ne produisirent pas la moindre sensation sur le petit malade. En désespoir de cause, autorisé que j'étais par l'imminence du péril, j'eus recours aux frictions sur les pariétaux avec la pommade de Hahn.

Le lendemain 25, vers midi, l'enfant rouvrait les yeux de temps en temps. Depuis lors, l'amélioration a continué. Le mal honnement, la coloration des pommettes et la rigidité du cou ont persisté huit ou dix jours encore après l'application de la pommade. La diminution des accidents a été graduelle, et à jourd'hui il ne reste plus qu'un léger tremblement de la tête qui semble vouloir disparaître aussi.

L'évolution dentaire a pu être la cause occasionnelle de la formation des granulations dans la pie-mère, mais je pense qu'il ne viendra à l'esprit de personne d'accuser le travail de la dentition d'avoir amené des accidents aussi graves. Depuis le 25 avril, l'enfant avait repris ses gémissements plaintifs presque incessants. Les yeux étaient restés secs; c'est le 3 mai qu'il a sécrété ses premières larmes de retour. — Aux points où les frictions ont été pratiquées, se voient deux eschares du cuir chevelu, représentant deux écailles d'huître. Chute de ces eschares. Suppuration abondante. Pansement à la charpie sèche.

Les parents de ce jeune enfant en ont perdu deux premiers; un garçon, à l'âge de deux ans; — suivant le récit de la mère, il aurait succombé à une maladie dont celle que je viens de décrire retrace fidèlement le tableau ; — l'autre, petite fille, a succombé à l'âge d'un an à une phthisie pulmonaire accompagnée de dévoiement colliquatif.

Voilà un fait isolé, qui à lui seul, sans doute, ne peut avoir une grande signification ; mais qu'on l'ajoute aux cinq cas consignés dans le mémoire de M. Lesueur (de Vimoutiers), et on sera disposé peut-être à lui accorder un peu plus de valeur.

Quoi qu'il en soit, dans toutes les méningites simples ou tuberculeuses, dans celles de l'adulte comme dans celles du jeune âge, je me ferai désormais un devoir d'essayer la pommade de Hahn quand la maladie sera arrivée depuis quelque temps à la période de collapsus.

ICTÈRE; ABCÈS MULTIPLES ENKYSTÉS DU POUMON sans symptômes révélateurs pendant la vie.

Par M. QUINART.

Le malade était atteint d'ictère depuis quelques jours quand il entra à l'hôpital, le 25 mars 1857; il n'éprouvait d'ailleurs aucune souffrance, et demandait instamment à reprendre son service.

Le 1er avril, il a de la fièvre (pouls à 120); le lendemain, il se plaint d'une violente douleur à la poitrine du côté gauche, et d'une grande gêne de la respiration ; point de toux, point d'expectoration; matité considérable, souffle mal déterminé et quelques râles.

Le malade meurt asphyxié le lendemain matin, moins de douze heures après l'apparition de la douleur et des symptômes qui ont pu faire soupçonner l'affection à laquelle il a succombé.

A l'autopsie, outre les lésions particulières à l'ictère, on trouve dans la cavité pleurale gauche un épanchement séreux de plus de deux litres, et dans le tiers inférieur du même côté une vingtaine de petits abcès circonscrits par une fausse membrane d'ancienne date, et séparés les uns des autres par des portions saines du parenchyme pulmonaire. L'un de ces abcès, en s'ouvrant dans la plèvre, avait déterminé cette pleurésie subaiguë à laquelle le malade a si rapidement succombé. On n'a rien observé, ni pendant la vie ni sur le cadavre, qui pût autoriser à considérer ces abcès comme métastatiques.

Cette observation nous paraît intéressante au point de vue de l'apparition brusque et tardive des symptômes qui annoncèrent les très-graves altérations des poumons constatées à l'examen cadavérique, et qui certainement dataient de plus de vingt-quatre heures. Elle montre par là même combien il importe, lorsqu'un sujet s'offre pour la première fois à notre observation, d'interroger minutieusement chacune de ses fonctions, d'explorer attentivement tous ses organes. Sans cette précaution, on s'expose à méconnaître l'existence de quelque lésion viscérale chronique grave qui se sera développée d'une manière sourde, lente, insidieuse et tout à fait à l'insu du malade. (*Archives belges de médecine militaire*, septembre et octobre 1857.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juin 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture du décret qui approuve la nomination de M. Trébuchet comme membre associé libre, en remplacement de M. Héricart de Tury.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Trébuchet, présent à la séance, à prendre place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Caron sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1857 et 1858 à Forges et dans ses environs;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans le département de la Seine-Inférieure (commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Lacan (de Calvi) sur une épidémie variolique qui a régné dans cette ville en 1857;

4° Un mémoire de M. le docteur Garnault, de Pons (Charente-Inférieure), sur l'utilité des revaccinations (commission de vaccine);

5° Un mémoire de M. le docteur Caillat sur la source des Yeux aux Bains d'Hercule, dans la Hongrie ;

6° Deux rapports de M. le docteur Mautreyt sur le service médical des eaux du Maska et de Lavardens (Gers) en 1856 ;

7° Un rapport de M. le docteur Coulet sur le service médical des eaux de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche) pendant l'année 1856. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Cap adresse à l'Académie une lettre par laquelle il la remercie, à l'occasion de sa nomination au titre d'associé national.

— M. Jakowski, dentiste à Paris, adresse une note sur un nouveau moyen d'extraire les dents sans douleurs. Ce moyen consiste dans la compression de certaines branches de nerfs.

— M. le docteur Chrysostome Romanowski adresse une note sur la cause de la fièvre puerpérale. (Future commission.)

— M. J. GUÉRIN présente à l'Académie, au nom de M. Vleminckx, membre correspondant, un mémoire sur la revaccination.

L'auteur rend compte dans ce travail des expériences de revaccination faites par M. le docteur Denobele à Gand. Voici les conclusions de ce travail :

Les chiffres du tableau de Gand démontrent que la revaccination n'aboutit que sur 4 p. 0/0 des sujets âgés de 20 à 40 ans, tandis qu'elle a été suivie de succès sur 23 p. 0/0 de 40 à 60 ans, et sur 54 p. 0/0 de 60 à 70 ans.

L'auteur tire de ces chiffres les conséquences suivantes :

1° Que jusqu'à l'âge de 25 ans la revaccination est inutile;

2° Qu'à partir de cet âge et jusqu'à 35 ans, elle produit des résultats utiles sur un certain nombre d'individus, mais néanmoins sur un nombre excessivement restreint; que par conséquent sans la proscrire entièrement, on ne doit pas non plus la recommander avec de trop vives instances;

3° Qu'à partir de 35 ans, elle devient véritablement préservatrice, et par conséquent nécessaire;

4° Qu'en supposant qu'elle n'ait pas abouti une première fois, ce n'est pas une raison pour ne pas y recourir à d'autres époques, rien n'indiquant qu'entre l'une et l'autre opération la réceptivité ne soit pas revenue.

D'après ces faits, l'auteur énonce les propositions suivantes :

La revaccination des élèves des écoles, des pensionnats, des athénées et des séminaires est inutile;

La revaccination des soldats dans les armées constituées comme la nôtre l'est également.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Dehamel, membre de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg, est présent à la séance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. Depaul.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. DEPAUL. J'ai répondu dans la dernière séance à MM. Bouillaud et Beau. Aujourd'hui je me propose de revenir au fond de la question, mais je dois d'abord discuter quelques assertions hasardées qui se sont fait entendre à cette tribune.

Pourquoi donc M. Cazeaux, qui me louait d'avoir eu une opinion franche et bien tranchée, n'a-t-il pas su mériter le même compliment ? Je suis localisateur, a dit M. Cazeaux; M. Beau est mon général. J'adopte ses raisons et j'ajouterai des arguments puissants. Mais, loin de tenir sa promesse, M. Cazeaux a changé de bannière, et le voilà tout d'un coup plus généralisateur qu'aucun de nous.

Tout en tenant compte des quelques rectifications qu'a dû subir le discours de M. Cazeaux en prenant sa place dans les Bulletins de l'Académie, je vois que pour lui la femme enceinte est presque nécessairement malade. De là il ne lui faut qu'un pas pour aboutir à la transformation purulente des globules sanguins.

Cette hypothèse hardie, il la base sur un seul fait, bien ancien encore, et que M. Andral lui-même rapporterait sans doute aujourd'hui à la leucocythémie. On se demande vraiment si M. Cazeaux croit avoir démontré quelque chose.

On n'est pas moins surpris en l'entendant soutenir avec M. Béhier qu'une maladie qui peut être épidémique, ne sera jamais étudiée avec fruit qu'à l'état sporadique. Si à l'état épidémique les maladies revêtent une gravité inaccoutumée, si sous l'influence épidémique elles se présentent avec des nuances très-spéciales, est-ce une raison pour ne tenir aucun compte de ces particularités?

Et enfin, on hésite vraiment à prendre M. Cazeaux au sérieux quand il affirme que le choléra n'est pas une maladie primitivement générale.

M. CAZEAUX prie M. Depaul de donner lecture du passage du *Bulletin* relatif à cette assertion.

M. DEPAUL répond que sa citation est empruntée au *Bulletin*.

J'avoue, poursuit-il, que je ne comprends plus rien du tout à l'argumentation de M. Cazeaux en rapprochant ce qu'il dit du choléra, de son hypothèse sur la suppuration spontanée du sang à l'état puerpéral.

Arrivons à M. Trousseau. De ses deux discours le premier avait pour but de prouver que la fièvre puerpérale n'existe pas, et le second, de démontrer qu'elle existe.

M. TROUSSEAU. Je ne le pense pas.

M. DEPAUL. C'est pourtant à cela que se réduisent vos deux argumentations.

M. TROUSSEAU. Si M. le président veut m'accorder une seule minute, je n'aurai pas de peine à faire comprendre ma pensée.

M. LE PRÉSIDENT. La discussion ne peut que perdre à ces conversations. M. Trousseau est libre de se faire inscrire pour une prochaine séance.

M. DEPAUL. Je suis sûr d'avoir bien compris le sens des deux discours de M. Trousseau. Or, dans le premier, il se moque quelque peu des gens qui croient à la fièvre puerpérale. Et pourtant on n'aurait pas de peine à lui prouver, par des citations empruntées à sa propre argumentation, que cela n'est pas si maisonnant.

M. Trousseau n'admet-il pas qu'un chien enragé peut transmettre la rage à l'homme ?

M. TROUSSEAU. Oui.

M. DEPAUL. Pourquoi alors la fièvre puerpérale ne pourrait-elle pas être transmise à l'homme? Quand nous voyons chez deux sujets une maladie se présenter avec les mêmes symptômes, et que le même traitement paraisse indiqué dans les deux cas, n'est-on pas en droit de la désigner par le même nom?

M. TROUSSEAU. J'accepte.

M. DEPAUL. Et dès lors, votre premier discours était inutile. Il l'était d'autant plus, que nous avions déjà démontré, MM. Dubois, Danyau et moi, ce que vous avez cherché à y établir.

Mais M. Trousseau, lui aussi, a changé de drapeau. Bientôt nous l'avons entendu renoncer à la préexistence de l'état général; la lésion locale a pris le premier rang, si ce n'est, a-t-il ajouté toutefois dans le *Bulletin*, dans des cas excessivement rares. Mais cette restriction, il nous en avait fait grâce ici.

M. TROUSSEAU. Je l'ai ajoutée séance tenante, et tout le monde a pu l'entendre. M. Depaul est libre de critiquer mes opinions, mais il ne l'est pas de m'accuser d'avoir modifié mon discours en l'insérant au *Bulletin*.

M. LE PRÉSIDENT réitère l'invitation qu'il a faite à M. Trousseau de laisser M. Depaul poursuivre son discours.

M. TROUSSEAU déclare qu'il renonce désormais à rectifier les assertions de M. Depaul.

M. DEPAUL. Tout en admettant des exceptions, M. Trousseau fait préexister la lésion locale à l'état général ; il croit avoir démontré qu'il en est bien ainsi, en affirmant qu'il n'a pas rencontré un seul cas de fièvre puerpérale sans lésions locales, depuis que M. Béhier a signalé la fréquence des phlébites utérines, dénotées par un cordon dur qu'on sent au niveau des annexes utérines. Je ferai voir tout à l'heure que cet argument n'est nullement sans réplique.

Mais à propos de la théorie de l'infection purulente, M. Trousseau arrive à une conclusion bien plus singulière encore. Prenant pour base une expérience de Gaspard, il n'hésite pas à affirmer que la présence du pus ordinaire dans le sang est presque sans danger.

Or, savez-vous quel a été le résultat définitif des expériences de Gaspard? Trois ou quatre fois sur cinq, deux injections de pus ont suffi pour amener la mort. M. Trousseau en demande-t-il davantage pour admettre la gravité d'une maladie ?

En traitant de la contagion, M. Trousseau a été terrible comme il l'est parfois pour ses anciens élèves et pour ses collègues aussi. Rien ne peut l'arrêter quand il lui faut faire valoir une vérité. Des raisonnements plus ou moins solides ne lui suffisent pas; il faut qu'il y mêle des traits d'esprit qui font beaucoup rire son auditoire et que nous écoutons tous avec le plus grand plaisir.

Vous l'avouerai-je? Tout en riant avec les autres, je me demande quelquefois si la dignité, je ne dirai pas de l'Académie, mais de la science ne perdrait pas à ces saillies qui n'avancent pas grandement les questions.

Je me suis, pour mon compte, franchement déclaré pour la contagion par infection, et si à propos de la contagion directe, je n'ai pas pu me prononcer aussi catégoriquement, j'ai au moins déposé sur l'autel de la science les fruits de mon expérience, pour qu'ils puissent profiter à d'autres.

J'ai cru agir honnêtement. La conviction de bien faire m'a fait ressusciter des souvenirs douloureux. Et puis M. Trousseau, qui, lui aussi, croit à la contagion par contact, m'a en quelque sorte demandé compte de la publicité que je donnais à ces faits.

Craignez, a-t-il dit, le mauvais vouloir, la jalousie des confrères malintentionnés. Oubliez-vous qu'ils vont s'armer de vos aveux contre vous et contre nous tous.

Eh ! que m'importent ces tristes considérations, quand une doctrine importante est en jeu ! Libre à vous de trouver mes aveux peu convenables, de craindre que je ne vous compromette et de passer dans vos épigrammes de Lafontaine à Molière. Pour moi, la question est autre que pour vous. Je vois un des intérêts les plus graves de l'humanité qui est engagé et qu'il s'agit de sauvegarder. Cela m'a tourmenté bien longtemps, cela m'a empêché de dormir, et les souvenirs que j'ai évoqués me font encore souffrir... (Applaudissements dans l'auditoire.)

Quant à l'intéressante dissertation sur la spécificité, dans laquelle M. Trousseau a discuté si spirituellement les propriétés des acides, des

médicaments et des maladies, elle était sans doute charmante à entendre; mais elle n'a été qu'un prétexte pour éluder la question de la spécificité de la fièvre puerpérale, la seule qu'il s'agit de démontrer.

J'en viens au discours de M. Guérin, que je ne puis laisser passer sans protestation...

M. Guérin a eu tort, en commençant l'exposé de sa *nouvelle théorie physiologique de la fièvre puerpérale*, de demander pardon à l'Académie de son intervention; car plus que personne, il l'a bien prouvé, il se croit le droit de revendiquer pour lui la généralisation, la discussion des grandes questions, laissant à d'autres, c'est-à-dire à nous conservateurs, la spécialité dans l'art, le soin, par exemple, de soutenir un pér née ou de lier un cordon ombilical.

Mais quand M. Guérin regrette d'avoir ouvert sa main si pleine de belles vérités, oh! là, je suis bien de son avis.

M. GUÉRIN. Je n'ai rien dit de cela à l'Académie; ne portez pas devant elle ce qui ne lui appartient pas. Parlez plutôt de nos idées, de nos expériences.

M. LE PRÉSIDENT intervient pour engager M. Guérin à s'inscrire, s'il le désire, pour répondre à M. Depaul, et à ne pas interrompre le discours de l'orateur.

M. DEPAUL. Je maintiens que tous les écrits de M. Guérin, quels qu'ils soient, appartiennent à la discussion.

M. GUÉRIN. Pas à l'Académie.

M. DEPAUL. A l'Académie aussi bien que partout ailleurs, et aussi bien que tout ce qui a été écrit de nos jours ou dans les siècles passés.

J'affirme, moi, que votre loi n'en est pas une : et d'abord, cherchez en vain chez les princes de la science la loi du retrait de l'utérus, c'est vraiment avoir du malheur. Si vous aviez ouvert le 2e volume de l'ouvrage de M. Jacquemier, vous y auriez trouvé, ce que nous savons tous, que c'est du douzième au quinzième jour seulement que l'utérus disparaît derrière le pubis.

Puis, intervertissant l'ordre réel des choses, vous attribuez la fièvre puerpérale au défaut de retrait de l'utérus, tandis qu'en réalité l'utérus ne se contracte pas, parce que la femme est malade, atteinte de fièvre puerpérale ou de quelque autre affection.

« Toute nouvelle accouchée chez laquelle l'utérus, au quatrième jour de l'accouchement, n'est pas revenu sur lui-même, est nécessairement prise de fièvre puerpérale. » Voilà, dans une des conclusions de ce fameux pli cacheté dont l'Académie des sciences a entendu la lecture la semaine passée, la loi de M. J. Guérin.

Mais cela ne lui suffit pas; il voit encore la nécessité de faire voyager le pus dans le péritoine, et c'est ainsi que la *trompe de Fallope*, transformée en machine hydraulique, devient la *pompe de M. Guérin.* M. Guérin voudrait-il bien me faire voir dans le ventre d'une seule femme morte de fièvre puerpérale le putrilage contenu dans l'utérus?

Et comment M. Guérin explique-t-il le passage par les trompes des flocons albuminoïdes gros comme un œuf ou des énormes fausses membranes qu'on rencontre si souvent dans le péritoine, ou de plusieurs litres de liquide? M. Guérin ne sait-il pas d'ailleurs que bien souvent les trompes sont oblitérées?

Pour M. Guérin, c'est donc à l'action de l'air *confiné* renfermé dans l'utérus dont le col est *béant* qu'est due la fièvre puerpérale.

Pourquoi donc n'adapte-t-il pas au vagin une soupape analogue à la canule de Reybard pour empêcher l'air d'entrer dans l'utérus? Il pourrait encore laisser les accouchées sous l'eau pendant quinze jours; cela vaudrait encore mieux que de mourir de la fièvre puerpérale. Quant au seigle ergoté, ne l'avons-nous pas tous administré plus d'une fois à des femmes qui n'en ont pas moins succombé à la maladie?

Je me contenterai d'un seul mot de réponse à M. Velpeau. Son anecdote de l'étranglement interne est fort intéressante sans doute, mais je ne vois pas en quoi elle pourrait infirmer la possibilité ou la réalité de la contagion de la fièvre puerpérale.

Qu'il me soit permis maintenant d'ajouter quelques mots à ce que j'ai dit au commencement de la discussion à l'appui de la nature primitivement générale de la fièvre puerpérale.

J'ai fait voir qu'elle ressemble aux autres maladies reconnues telles par son caractère épidémique, par la prédisposition que crée l'encombrement.

J'ai démontré ensuite qu'elle peut être communiquée à des personnes étrangères à l'état puerpéral. Puis j'ai invoqué la contagion. A cela, M. Cazeaux objecta que la pneumonie est parfois contagieuse et épidémique.

M. CAZEAUX. Epidémique, j'en conviens; mais contagieuse, non.

M. DEPAUL. Eh bien, quand elle est épidémique, cela tient à une influence spéciale, qui s'y surajoute et qui change sa nature.

Quant à la contagion par infection, je l'ai démontrée par des faits. En voici encore un.

Une dame accouche à Issoudun, où on ne connaît pas la fièvre puerpérale, le lendemain de son retour d'Angers, où elle avait passé quelques jours, et où sévissait une épidémie. Le lendemain elle est prise de fièvre puerpérale très-grave. Comment expliquer ce fait, sinon par l'infection?

M. Depaul rappelle ensuite les détails qu'il a donnés sur la contagion directe, sur l'altération du sang qui existe toujours, et alors même que les lésions locales manquent, ce qui prouve bien qu'elle leur est antérieure; sur la physionomie particulière de tous les symptômes qui n'échappe à aucun clinicien; sur les cas où l'autopsie ne révèle aucune lésion locale. Il a rencontré plus de quinze faits semblables, et le soin avec lequel ces autopsies ont été faites, lui permet d'affirmer que rien n'a pu échapper à ses recherches.

Rappelant ensuite les caractères anatomiques de la péritonite puerpérale indiqués plus haut, M. Depaul affirme que jamais on ne les rencontre dans une péritonite simple; puis il établit que la fièvre puerpérale peut être distinguée cliniquement des accidents puerpéraux qui pourraient la simuler. Il résume les caractères qu'il a donnés comme différentiels de la fièvre puerpérale et de l'infection purulente dans son premier discours, et il ajoute que ces caractères lui ont suffi pour reconnaître, en pleine épidémie, deux phlébites simples.

Quant à la prétendue analogie de la plaie placentaire avec une plaie ordinaire, M. Depaul déclare que c'est là une profonde erreur, et s'étonne que les accoucheurs l'aient laissé passer sans une vive opposition.

M. VELPEAU rappelle qu'il a combattu ce rapprochement.

M. DEPAUL. C'est une erreur dangereuse, car la fièvre de lait n'existe pas, et toute femme qui est prise de fièvre le troisième ou le quatrième jour des couches est malade.

D'ailleurs, prouver qu'il peut y avoir du pus dans les sinus utérins, ce n'est pas démontrer l'identité de cette lésion avec une phlébite ordinaire. (M. Depaul donne ici quelques détails sur les sinus utérins, d'où il conclut qu'il n'y a pas de communication directe entre ces sinus et le système veineux général.)

Il y a donc tout lieu de présumer que le pus contenu dans les sinus n'ira pas plus loin, et, quant à moi, je n'ai jamais rencontré une vraie infection purulente, quand il n'y avait pas quelque phlébite des veines de l'ovaire, de l'utérus, du vagin ou des parties génitales externes.

L'infection purulente n'est donc nullement la même affection que la fièvre puerpérale.

Il en est de même pour l'infection putride; quand elle se montre, par exemple, à la suite de la rétention du placenta, on observe des frissons erratiques, du malaise, la sécheresse de la langue, un délire particulier, et à l'autopsie, presque jamais une péritonite, mais des abcès musculaires etc., bref, des lésions fort différentes de celles de la fièvre puerpérale.

Quant aux vésicules inflammatoires puerpérales, elles ont des caractères tellement tranchés, qu'il est inutile de s'y arrêter.

Je terminerai par quelques mots sur la question trop négligée du traitement.

Je conviens que les moyens dont nous disposons pour le traitement curatif sont à peu près insignifiants. Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit sur les saignées. Je dirai seulement que, lors de mon internat dans le service de M. Monod, nous n'avons obtenu aucun résultat avantageux des vésicatoires vantés par M. Velpeau.

Le traitement préventif doit donc attirer toute notre attention.

J'ai prouvé que la fièvre puerpérale fait moins de victimes en ville que dans les hôpitaux, et personne n'a démontré le contraire. On a bien insisté sur les erreurs qui peuvent s'être glissées dans les statistiques de M. Tarnier; mais tout en ne leur accordant pas une valeur absolue, il faut bien leur reconnaître une grande importance relative. M. Velpeau les a d'ailleurs corroborées par celles de M. Trébuchet, d'après lesquelles la mortalité n'était que de 4 pour 1,000 dans tout Paris, alors qu'elle était de 1 sur 19 à la Maternité.

Aussi, sans avoir jamais demandé qu'on cessât subitement et absolument de recevoir des femmes dans les hôpitaux, je persiste à réclamer pour elles des secours à domicile; qu'on les dissémine, et qu'on ne dise pas que cela est impossible parce que beaucoup d'entre elles n'ont pas de domicile. On pourra les placer facilement dans les maisons particulières des sages-femmes, où la fièvre puerpérale est très-rare.

Je puis citer à l'appui de ma proposition les résultats remarquables obtenus par une association fondée en 1837, sous le patronage de la reine et sous la présidence de M. Orfila, pour assister à domicile les femmes enceintes. MM. Dubois, Moreau et Velpeau faisaient partie du conseil d'administration. De 1837 à 1841, 1258 femmes furent secourues à domicile, et *il n'y eut pas un seul décès*, tandis qu'à la Clinique, la mortalité était en 1841 de 4 sur 100.

Il ressort également des comptes rendus de cette association, qui, malheureusement, n'a pas survécu aux bouleversements de 1848, que les enfants, pour lesquels les Maternités sont si meurtrières, profitaient largement de cette institution; qu'enfin, les secours à domicile n'entraînaient pas plus de frais que l'organisation actuelle, et qu'ils nécessiteraient en tous cas moins de frais que l'établissement des petites Maternités, qui ont été si vivement recommandées.

Que reste-t-il donc à dire en faveur de l'ancien état de choses? Qu'il existe depuis bien longtemps, et qu'il serait difficile de le faire cesser.

Il est bien probable pourtant qu'il ne ressortira rien de cette discussion pour la pratique. S'il devait en être ainsi, je déclare que je ferai tous mes efforts pour faire renaître l'association dont je vous ai parlé, et qui a si bien fait ses preuves pendant sa courte existence.

Je m'arrête, et je conclus en disant :

1° La fièvre puerpérale, c'est-à-dire une altération primitive du sang, qui peut exister seule ou entraîner les lésions anatomiques les plus variées, est une maladie incontestable.

2° Elle se montre presque toujours sous forme épidémique, et exerce surtout sa funeste influence dans les maisons spéciales où sont réunies les femmes enceintes ou en couches.

3° Sa nature contagieuse est des plus évidentes. Elle se transmet par voie d'infection, et selon toutes les probabilités, par contact.

4° Puisque les ressources de la thérapeutique sont à peu près impuissantes, puisque les nombreuses améliorations introduites jusqu'à ce jour, au point de vue de l'hygiène, dans les maisons ouvertes à ces pauvres femmes, n'ont pas fait descendre le chiffre de la mortalité, il n'est plus permis de laisser subsister un pareil état de choses.

5° Il ressort de tous les documents connus que dans la pratique de la ville, malgré les conditions défavorables créées par la misère et le dénûment le plus complet, malgré la fâcheuse influence qu'exercent les foyers d'infection qui se produisent périodiquement dans les maisons ou les services spéciaux, la mortalité est dans une proportion infiniment moins grande.

6° La conclusion logique et forcée, c'est qu'il ne faut plus réunir (même en petit nombre) les femmes enceintes et en couches.

7° Enfin, qu'il faut les secourir à domicile toutes les fois que la chose est possible, et dans le cas contraire, les disséminer dans les divers services des hôpitaux ou chez les sages-femmes, qui ne demanderaient pas mieux que de prendre ces nouvelles pensionnaires moyennant une très-modique rémunération.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

Eaux thermales d'Hamman-Meskoutine, près Guelma (province de Constantine); par M. le docteur HAMEL. — Alger et Paris, chez tous les libraires de médecine.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur un cas d'atrophie jaune du foie sans ictère.

Nous avons fait connaître, il y a quelques mois, les résultats des recherches anatomo-pathologiques intéressantes de MM. E. Robin et Hiffelsheim sur la lésion particulière du foie désignée sous le nom d'atrophie jaune, et sur la relation de cette lésion avec l'existence des ictères graves. (Voir les numéros 5 septembre et 24 octobre 1857.)

Sans attacher à ce fait absolument la même valeur que ces deux savants ont cherché à lui donner au point de vue de sa relation avec la malignité propre à certains ictères, nous n'en avons pas moins dès cette époque émis l'opinion que c'était là un fait important, et qu'il y avait un intérêt scientifique réel à en poursuivre l'étude par la double voie de l'exploration micographique et de l'observation clinique.

Voici un fait que M. E. Fritz, ancien aide de clinique à la Faculté de Strasbourg, a observé récemment dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants, et qui, nonobstant son titre, lequel au premier abord semble impliquer contradiction avec l'une des propositions principales de MM. Robin et Hiffelsheim, vient confirmer au contraire, à presque tous les égards, les faits qu'ils ont avancés, et nous faire connaître en outre quelques particularités nouvelles dignes d'attention. Nous en empruntons la relation à la *Gazette médicale de Paris*, où M. Fritz l'a publiée :

Un enfant de cinq ans, pâle, bouffi, entre le 17 mars 1858 à l'hôpital des Enfants. Il a eu quinze jours auparavant une angine sans éruption scarlatineuse (au dire des parents); puis, trois jours avant son entrée, il a commencé à s'infiltrer ; il avait, au moment de son entrée, de l'œdème autour des malléoles, de l'oppression, un abattement considérable, des signes de bronchite, un peu d'épanchement dans les plèvres et dans le péritoine. L'infiltration ayant augmenté les jours suivants, l'enfant a succombé le 21, sans avoir jamais présenté de l'ictère.

A l'autopsie, faite par M. Fritz avec le concours de M. Collin, interne du service, on trouve de l'épanchement dans toutes les cavités séreuses, un peu d'induration des valvules aortiques, un grand nombre de points atélectasiques dans les poumons, une rate très-petite, des reins volumineux, présentant tous les caractères de la maladie de Bright arrivée à sa seconde période. Il y avait, en outre, un état particulier du foie, qui attira spécialement l'attention de M. Fritz, et qu'il décrit en ces termes :

Considéré dans son ensemble, le foie était manifestement augmenté de volume; mais sur la face convexe du lobe droit, on voyait une dépression où le parenchyme paraissait blanchâtre à travers l'enveloppe péritonéale, et où sa consistance était sensiblement diminuée. Une coupe verticale faisait voir dans ce point la substance hépatique d'un jaune foncé, presque aéré, uniforme. Les lobules du foie y étaient comme effacés, et tout le tissu avait une apparence homogène particulière. On y voyait seulement çà et là de petites stries jaunâtres, un peu plus claires, d'un aspect plus mat. Ce qui frappait tout autant que le changement de coloration, c'était une mollesse, une flaccidité remarquables du parenchyme, qui cédait facilement sous la pression du doigt et en gardait l'empreinte.

La plus grande partie du foie avait une couleur plus rouge que d'habitude, même à cet âge, et elle était gorgée de sang. Cette congestion contrastait avec l'anémie du foyer décrit plus haut, qui semblait renfermer à peine quelques rares vaisseaux.

Le lobe gauche présentait, vers sa face inférieure, une zone où l'on observait les mêmes altérations, quoique moins avancées.

En examinant au microscope des coupes fines des points les plus altérés ou des fragments obtenus en les dilacérant avec une aiguille, il était impossible d'y retrouver une seule cellule hépatique. On n'y voyait non plus aucun élément de nouvelle formation.

En prenant des fragments dans des points de plus en plus éloignés du centre de l'altération, on retrouvait peu à peu, au milieu des granulations graisseuses qui couvraient en entier le champ du microscope, quelques cellules hépatiques qui présentaient un aspect mat, opaque, particulier, dû à des granulations très-fines déposées en grand nombre dans leur intérieur. Enfin, plus loin, les cellules étaient parfaitement conservées, quoique farcies des mêmes granulations graisseuses, qui disparaissaient dans les points où le parenchyme perdait l'aspect jaune décrit plus haut.

Ce fait soulevait plusieurs questions que M. Fritz nous paraît avoir résolues de la manière la plus satisfaisante. Nous ne saurions donc mieux faire que de résumer ici les principaux points de la savante discussion à laquelle il s'est livré à ce sujet.

Et d'abord, était-ce bien à l'atrophie jaune du foie qu'il a eu affaire? Cela ne lui paraît pas douteux, d'après l'ensemble des caractères qui viennent d'être rappelés, tels que la réduction du volume portant sur l'épaisseur de l'organe, qui est aplati (partiellement dans ce cas-ci), la flaccidité et l'aspect homogène d'un jaune intense, comme ictérique, du parenchyme, caractères qui se rapportent parfaitement à la description donnée par M. Rokitansky de l'atrophie jaune du foie.

Ce ne pouvait être une cirrhose commençante, celle-ci, indépendamment de beaucoup d'autres différences, ne s'accompagnant de la destruction des cellules hépatiques que dans les périodes les plus avancées. Ce n'était pas non plus l'atrophie consécutive à l'état décrit sous le nom de foie de noix de muscade, si fréquente à la suite des maladies chroniques des poumons et du cœur, rien de semblable n'ayant eu lieu ici, du moins à un degré suffisant pour justifier cette hypothèse ; et dans ces cas d'ailleurs il existe un engorgement considérable de la rate, qui était ici très-petite. La dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques se présente aussi avec un aspect différent... M. Fritz ajoute qu'il a constaté à la vérité que, dans l'atrophie consécutive aux obstacles circulatoires, les cellules d'abord infiltrées de graisse peuvent finir par disparaître; mais cela n'arrive que dans les cas où cette lésion est très-avancée. Or la maladie de cet enfant datait à peine de quelques jours.

Cette circonstance que cet enfant, par un hasard singulier, a succombé tout au début de l'affection, alors qu'une petite partie seulement du foie était envahie, explique l'absence d'ictère et rend compte ainsi de l'apparente contradiction que nous signalions en tête de cet article entre l'énoncé même de ce fait et le rapport établi par l'école de Vienne entre l'ictère et la lésion dont il s'agit.

Elle fournit enfin, et c'est là l'un des points les plus intéressants de cette observation, l'occasion d'étudier les débuts de cette affection et de constater les lésions qui précèdent l'état complet d'atrophie. C'est manifestement, ici du moins, par une hyperémie considérable que débutent ces lésions. Il y avait, fait remarquer M. Fritz, une transition si insensible des parties simplement hyperémiées à celles où il y avait hyperémie et infiltration graisseuse des cellules, et de celles-ci aux points où existait cette infiltration sans hyperémie, puis enfin aux parties où les cellules étaient détruites, qu'il était impossible de ne pas voir là les phases successives d'un même *processus* pathologique. Aussi, en présence de ce fait, est-il porté à admettre, avec MM. Bamberger et Wedl, que l'atrophie jaune est une forme particulière d'hépatite, ou au moins qu'elle succède à une inflammation.

Il est vrai que, pendant la vie, on n'avait pas remarqué chez ce sujet de douleur à l'hypochondre droit ; mais, ajoute M. Fritz, cet enfant était toujours assoupi, on avait beaucoup de peine à le faire parler, et rien d'ailleurs n'attirait l'attention de ce côté. Ce n'est là, du reste, qu'une théorie qui paraît réunir en sa faveur de nombreuses probabilités, mais sur laquelle notre jeune et savant confrère n'entend pas se prononcer encore définitivement.

Ce fait, en montrant une hyperémie considérable et une tuméfaction du foie partout où la lésion atrophique ne s'était point encore produite, semble en effet établir la liaison de ces deux états, en même temps qu'il répond à l'une des objections élevées contre cette manière de voir, savoir que si l'atrophie jaune était une inflammation, il devait y avoir tuméfaction de l'organe au début, puisque c'est précisément ce qui existait ici. Cette étude, comme on le voit, n'intéresse pas seulement l'anatomie et la physiologie pathologique ; elle a aussi un intérêt clinique évident, et la solution de la question qui vient d'être posée aboutit en définitive à une indication thérapeutique, puisqu'elle laisse entrevoir la possibilité de combattre à son origine l'état pathologique initial de l'atrophie jaune, et la nature des moyens thérapeutiques auxquels il conviendrait de recourir.

Affection tuberculeuse idiopathique des deux testicules et abcès de la région hypogastrique.

Les affections tuberculeuses du testicule ne sont pas très-rares, et cependant leur histoire laisse encore beaucoup à désirer. Nous ne parlerons pas ici du diagnostic, qui est en général assez facile, mais nous croyons devoir insister sur certaines particularités qui ont bien été vues par les chirurgiens, mais qui ne nous semblent pas avoir été suffisamment étudiées ; nous voulons parler de l'excrétion spermatique et de l'influence que peut exercer l'évolution tuberculeuse dans un organe sur le développement d'autres tubercules dans d'autres points de l'organisme ; nous insisterons aussi sur le traitement, qui ne nous semble pas avoir été toujours formulé d'une manière rationnelle.

Le fait suivant, emprunté à la clinique de M. le professeur Nélaton, nous paraît propre à éclairer différents points de l'histoire de cette affection. Nous voyons d'abord les deux organes envahis successivement par les tubercules, puis ces productions se montrer dans le canal déférent ; mais là se borne la manifestation : la prostate, les poumons, restent complétement sains ; il n'existe en un mot aucune manifestation qui puisse faire croire à une tuberculisation générale.

Ce fait de la tuberculisation du canal déférent est très-important à connaître. On sait en effet que la sécrétion spermatique reste complète dans les points du testicule qui ne sont pas envahis par les tubercules. Si donc le canal déférent reste sain, l'éjaculation se produit comme dans l'état normal, le coït est fécondant ; mais si le canal ou l'épididyme sont oblitérés, bien que la sécrétion spermatique continue, le liquide rejeté par l'éjaculation est privé de spermatozoïdes et ne peut servir à la fécondation.

Un homme d'apparence chétive, âgé de trente ans, est entré à l'hôpital pour se faire traiter des suites d'abcès situés dans la région abdominale antérieure et dans la région des bourses.

Il y a deux ans cet homme s'aperçut qu'il avait le testicule gauche plus volumineux que le droit ; au bout de peu de temps, une rougeur apparut en un point, et il se forma un abcès, qui s'ouvrit sans se refermer depuis. Les mêmes phénomènes se déclarèrent du côté droit : tuméfaction, rougeur en un point, formation d'un abcès, persistance de l'orifice. Actuellement on observe trois fistules aux bourses du côté gauche et une du côté droit. Les orifices externes de ces fistules sont entourés d'un bourrelet formé par des bourgeons charnus qui saignent au moindre contact. Lorsque l'on explore ces fistules à l'intérieur, on voit qu'à l'orifice externe succède un canal résistant que l'on peut suivre jusqu'à l'épididyme.

Du côté gauche on sent sur l'épididyme deux petits corps indolents fort analogues à des tubercules ; de plus le canal déférent est très-tuméfié, il a acquis un volume quatre fois plus considérable que d'ordinaire, ce qui fait supposer une altération profonde de cet organe.

Du côté droit, au fond de la fistule qui mène à l'épididyme, on n'observe ni tubercules sur le corps testiculaire, ni tuméfaction du canal déférent.

Le malade avoue être très-peu porté vers l'acte génital. L'éjaculation, qui n'a pas eu lieu chez lui depuis plus de deux mois, est accompagnée d'une sensation de chaleur très-vive et très-douloureuse. Il serait très-curieux d'étudier le sperme de cet homme.

La communication entre le testicule et l'extérieur étant supprimée des deux côtés par le fait de l'altération de l'épididyme et du canal déférent, le liquide spermatique ne doit plus contenir d'animalcules, il est fourni uniquement par la sécrétion des vésicules séminales ; d'où le nom de sperme vésiculaire donné à cette variété de liquide spermatique.

On sait que, le plus souvent, à l'affection tuberculeuse des testicules se joint une affection sympathique de la prostate ; souvent dans les cas de ce genre ces malades ont un écoulement peu abondant, mais continuel. Il importait donc de constater l'état des voies urinaires chez le sujet dont nous rapportons l'histoire. Rien de semblable ne s'observe chez lui : il accuse de très-fréquentes envies d'uriner ; mais cette polyurie s'explique par une grande polydypsie qui est à peine satisfaite par sept pots de tisane par jour. Le toucher rectal constate une prostate avec son volume, sa forme et sa consistance normales. La pression ne détermine aucune douleur ; il n'y a donc pas de signes propres à une affection tuberculeuse prostatique.

Quant aux poumons, ces organes paraissent sains. Mais y a-t-il nécessairement des tubercules à l'état latent d'après la loi de M. Louis? Non, car cette loi a de nombreuses exceptions.

1° Elle n'est pas applicable à l'enfance.

2° Certaines affections tuberculeuses des os peuvent exister sans qu'il y ait nécessairement des tubercules dans les poumons.

3° Certaines affections tuberculeuses des testicules sont dans le même cas.

Ainsi, nous avons ici une *affection tuberculeuse idiopathique* des deux testicules.

Ce malade présente encore dans la région hypogastrique, à droite, un orifice fistuleux avec décollement des téguments résultant d'un abcès, et, à gauche, une tumeur avec tous les signes d'une collection purulente située dans la région sous-péritonéale. Il est très-difficile de décider si ces abcès ont quelque rapport avec l'affection tuberculeuse des testicules.

Voici quel est le traitement qu'il faudra employer :

1° S'en tenir à une médication générale, et attendre que les parois de l'abcès de la fosse iliaque aient éprouvé un amincissement assez considérable pour faire la ponction.

2° Quant aux fistules des bourses, on trouve dans les auteurs deux modes de traitement : ou la résection d'une partie de l'épididyme, et même du corps du testicule (cette opération, quoique peu dangereuse, est inutile et souvent suivie de récidive) ; ou la cautérisation profonde du trajet fistuleux, afin d'obtenir son oblitération.

Nous n'emploierons, dit M. Nélaton, aucun de ces deux modes de traitement. Nous attendrons que les fistules se referment d'elles-mêmes, et nous pallierons l'affection tuberculeuse par un traitement général.

Des injections froides dans la veine ombilicale pour détacher le placenta dans le cas d'adhérence anormale.

A l'occasion d'un article de notre *Revue clinique* du 5 juin dernier, ayant pour titre : *Adhérences anormales du placenta*, nous avons reçu de M. le docteur Liégard, de Caen, une lettre dans laquelle notre honorable confrère nous rappelle qu'il y a quatre ans, en 1854, il a publié dans ce journal plusieurs articles ayant pour objet de démontrer *l'efficacité des injections froides dans la veine ombilicale pour détacher le placenta dans les adhérences anormales, dans les hémorrhagies imminentes après l'accouchement, etc.*

On trouvera en effet dans les numéros des 27 mai, 6 juillet et 9 septembre 1854 de la *Gazette des Hôpitaux* des détails circonstanciés et sur le procédé dont se sert M. Liégard pour pratiquer ces injections, et sur leur effets constatés d'après des observations dont les plus anciennes remontent à l'année 1828. Nous nous bornerons à rappeler ici les lignes suivantes, dans lesquelles M. Liégard résumait son dernier article :

« En présence de tous ces faits, pourquoi ne généraliserions-nous pas un moyen si facile pour l'accoucheur, si avantageux et si peu pénible pour la femme qu'elle s'en aperçoit à peine ? Pourquoi n'admettrions-nous pas ce précepte comme règle générale : Pratiquer les injections froides dans la veine ombilicale pour opérer le décollement du placenta, quand il n'est pas encore détaché dix à vingt minutes après la sortie de l'enfant... Alors plus de crainte de ces *terribles hémorrhagies*, dont la pensée poursuit comme un remords le chirurgien qui s'éloigne d'une femme nouvellement accouchée plus d'une heure même après la délivrance naturelle. Plus de ces *tranchées utérines*, si pénibles pour la pauvre mère qui aurait si grand besoin de repos après un si long et si douloureux travail. Plus de ces renversements de la matrice, dont la *Gazette des Hôpitaux* rapportait encore dernièrement un exemple. Plus de ces introductions de la main dans l'utérus douze ou vingt-quatre heures après l'accouchement, pour en arracher le placenta, opération toujours si pénible et si effrayante pour la patiente, et qui *n'est pas toujours sans graves conséquences.* »

Nous ajouterons qu'il y a une quinzaine d'années environ, nous trouvant en présence d'un de ces cas de rétention prolongée du placenta, sur la foi de ce que nous avions lu à cette époque touchant l'efficacité des injections d'eau froide pratiquées dans la veine utérine, nous avons eu recours à ce moyen avec une entière efficacité. Si nous n'avons rappelé, à l'occasion du fait publié dans le numéro du 5 juin, ni les observations de M. Liégard, ni celle qui nous est personnelle, c'est qu'il nous a semblé qu'il n'y avait pas parité entre ces faits et ceux dont il s'agissait dans la leçon de M. P. Dubois ; que dans les uns, on avait eu affaire à une rétention du placenta par inertie de la matrice (c'était le cas de la femme chez laquelle nous avons eu recours à l'injection), ou tout au plus à des adhérences faibles, ce que des contractions provoquées pouvaient aisément détruire ; tandis que dans les cas dont a parlé M. Dubois, il s'agissait d'adhérences organisées, solides, et que les contractions soit spontanées, soit provoquées, de la matrice, eussent été complétement insuffisantes à détruire.

Nous examinerons du reste de plus près cette question dans une des prochaines *Revues*, nous bornant pour le moment à faire droit au rappel de notre honorable confrère.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

De la chorée.

Vous avez en ce moment sous les yeux, dans mes salles, huit enfants atteints de chorée, qui vous offrent des formes assez différentes de la maladie pour qu'une comparaison entre ces cas divers ne soit pas sans intérêt ; ce sont :

Au n° 1 de la salle Sainte-Marguerite, une chorée développée par impression morale de frayeur, l'enfant ayant vu un de ses frères périr noyé dans le canal Saint-Martin. Guérie une première fois l'année dernière dans mon service, elle y est rentrée par suite de récidive, et la maladie date de quinze jours. Elle vient d'être guérie par le tartre stibié à haute dose.

Au n° 13 de la même salle est une autre fille choréique à sa troisième attaque. La maladie date de trois mois, et, traitée par le tartre stibié, elle n'a pas été guérie. Il y a chez elle des vomissements et de la diarrhée, qui nous ont donné des craintes sur la possibilité d'une gastro-entérite.

Au n° 20 se trouve une autre chorée soignée sans succès par plusieurs médications. Les mouvements convulsifs ont diminué, mais persistent encore à un degré tel que j'ai cru devoir les attaquer avec l'émétique à haute dose. Il y a eu intolérance et des vomissements si violents à chaque cuillerée de la potion, qu'il m'a fallu en interrompre l'usage.

Au n° 6 de la salle Sainte-Geneviève, vous avez une grande fille pour la deuxième fois atteinte de chorée. La maladie date de trois semaines. Le tartre stibié lui a été donné, mais il a provoqué de nombreux vomissements et de fréquentes garde-robes. Au cinquième jour, les mouvements convulsifs sont devenus si violents, que toute station était impossible, et le repos n'est revenu qu'après la cessation de l'émétique. Dans ce cas, le médicament mal supporté a très-évidemment exagéré les mouvements choréiques.

Au n° 32 de la même salle, se trouve une petite fille de trois ans, atteinte d'hémichorée à droite depuis plusieurs mois. Les mouvements du bras et du pied ont quelque chose de tout spécial qui me fait croire à l'existence d'une chorée symptomatique d'une maladie du cerveau. Les doigts de la main s'écartent en sens opposé ; le poignet se fléchit et paraît tout à coup entraîné en arrière par une force irrésistible. Les orteils s'écartent ; la figure grimace d'une façon étrange, et ce n'est pas là le type des mouvements ordinaires de la chorée. Je crois qu'il y a chez cette enfant quelques tubercules dans le cerveau ; mais c'est un diagnostic à développer plus longuement que je ne le puis faire ici, et j'y reviendrai dans un moment.

A l'étage supérieur, au n° 10 de la salle Sainte-Rosalie, existe un autre cas de chorée apparaissant pour la *cinquième fois* chez la même enfant. Elle n'est plus très-forte et touche à sa fin. Il n'y avait plus que de faibles convulsions dans les poignets lorsque je la soumis au traitement par le tartre stibié. Elle en a pris trois fois pendant trois jours, avec des intervalles de repos de trois jours, et la maladie n'a pas été modifiée. La tolérance a été à peu près complète.

Un peu plus loin dans la même salle, au 23 bis, est une petite fille placée dans la même position. C'est une chorée déjà ancienne et incomplétement guérie, qui ne se traduit plus que par de faibles mouvements convulsifs dans les doigts. Chez elle, le tartre stibié donné trois jours de suite à trois reprises séparées par trois jours de repos a été sans aucun effet sur la maladie.

Enfin, au n° 17 de la salle Sainte-Marguerite, est une jeune fille de onze ans, choréique depuis deux jours et pour la première fois. La malade a séjourné dans mes salles pour une toux nerveuse, de la gastralgie, de la céphalée, des palpitations et un faible état d'anémie. Elle s'est trouvée vis-à-vis d'autres enfants atteintes de chorée, et je ne serais pas surpris que l'influence du voisinage, ce que j'ai appelé *impression névrosique* dans ma *Pathologie générale*, soit pour quelque chose dans le développement de la maladie. Cela est d'autant plus probable, qu'au troisième jour les mouvements choréiques, un instant très-violents et généralisés, avaient complétement et spontanément disparu.

Si vous repassez dans votre esprit tous les faits dont je viens de tracer rapidement l'énumération, et si vous tenez compte de ceux qui ont déjà passé sous vos yeux depuis le commencement de la clinique, vous pourrez prendre une bonne idée de la chorée et du traitement qu'elle réclame. Au reste, ce que je vais dire dans cette leçon pourra vous aider dans ce travail ; car j'ai l'intention de me servir de tous ces faits particuliers à titre de preuves pour vous exposer ce que je crois être la vérité sur la nature, la marche et le traitement de cette névrose.

Qu'est-ce donc que la *chorée*, autrefois désignée sous le nom de *danse de Saint-Guy ?*

La chorée, ou danse de Saint-Guy, est une névrose convulsive caractérisée par des mouvements irréguliers, permanents et involontaires des muscles de la vie de relation.

Jamais cette névrose n'a été remarquée dans les muscles de la vie organique ou de nutrition, et ceux qui ont avancé ce fait ont émis une erreur.

Bouteille, auquel on doit un excellent article sur cette névrose, a divisé la chorée en *essentielle*, *symptomatique* ou *secondaire*, et en *bâtarde* ou *anormale*. Ces divisions ont un peu vieilli et ne sont plus généralement adoptées. Les chorées symptomatiques d'ailleurs ne peuvent plus être considérées comme des chorées ; elles résultent de maladies du cerveau dont la symptomatologie est plus compliquée. Il faut cependant admettre plusieurs espèces de chorée. Ce sont la chorée *aiguë* ou *chronique*, *régulière* ou *irrégulière*, *partielle* ou *générale*.

La chorée ne s'observe presque jamais chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Baron ne l'a jamais vue aux Enfants-Trouvés pendant une pratique de trente ans. Les seuls médecins qui aient vu la chorée dans le premier âge sont M. Michaud, qui dit en avoir vu un cas au moment de la naissance, et Constant, qui en a observé un exemple sur un enfant de quatre mois. M. Bourdon en a vu un exemple, que j'ai également observé, et qui était relatif à un enfant de cinq mois. Ordinairement la maladie se développe de dix à quinze ans, depuis la seconde dentition jusqu'à la puberté. A l'âge adulte, elle est exceptionnellement primitive ; M. Andral en rapporte cependant un cas à quarante-deux ans ; Bouteille un à quatre-vingts ans, et M. Roger chez un vieillard.

Cette maladie est beaucoup plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et les relevés faits à cet égard établissent les proportions de cette fréquence relative à deux sur trois.

La chorée se développe quelquefois spontanément, sans maladie antérieure et sans cause appréciable, ou bien elle est consécutive à une émotion morale vive, telle que la peur. J'en ai vu grand nombre d'exemples, et celui que vous observez au n° 1 de la salle Sainte-Marguerite en est la preuve.

Dans ce cas, la danse de Saint-Guy a été la conséquence de l'émotion causée par la mort du frère de la malade, noyé sous ses yeux dans le canal.

Le plus souvent, c'est à l'état général de la chloro-anémie que la chorée doit être rapportée. Cet état est quelquefois primitif ; d'autres fois il est secondaire à l'apparition de la maladie. On ne s'explique pas pourquoi, sous l'influence de cette cause, cette maladie serait plus fréquente chez les filles que chez les garçons, car jusqu'à l'âge de la puberté l'état général, la constitution dans les deux sexes, sont les mêmes.

Les fièvres éruptives ou continues, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., amènent pendant la convalescence un état chlorotique, et c'est sans doute à ce titre qu'elles favorisent l'apparition des mouvements choréiques. Deux fois cette année vous avez pu voir la chorée apparaître dans la convalescence de la scarlatine. Dans un cas, au n° 17 de la salle Sainte-Geneviève, c'était une hémichorée, qui a duré vingt-quatre heures, et dans l'autre, au n° 13 de la salle Sainte-Marguerite, la maladie générale n'a duré que sept ou huit jours.

Cette névrose est quelquefois *sympathique*, et résulte de la présence de vers dans l'intestin ; mais cela est rare.

Enfin, la chorée succède fréquemment au rhumatisme musculaire ou articulaire aigu. Serait-elle donc due à l'influence rhumatismale ? C'était l'opinion de Bouteille ; M. Sée a reproduit cette opinion, l'a généralisée, étendue, et a avancé que la chorée était de nature rhumatismale. Ses preuves sont de divers ordres. Dans certains cas, les douleurs rhumatismales antérieures sont évidentes ; chez d'autres, il se développe pendant la chorée des rhumatismes articulaires ou musculaires, des névralgies, etc.

Chez ceux qui n'ont pas offert de rhumatisme et dont l'autopsie a été faite, on a trouvé des adhérences des méninges, de la plèvre, des plaques laiteuses sur le péricarde, et M. Sée a établi un rapport entre ces anciennes phlegmasies réputées rhumatismales et la chorée. Enfin, lorsqu'on ne trouve pas d'indices d'une affection rhumatismale chez les sujets choréiques, on retrouve presque toujours l'origine de cette diathèse chez le père ou chez la mère du malade.

Cette argumentation est évidemment fautive, et, pour la combattre, il suffit d'invoquer les faits assez nombreux de chorée développée sous l'influence d'une émotion morale vive. Une enfant devient choréique parce qu'un homme la poursuit pour l'embrasser ; une autre, parce qu'elle entend tirer le canon ; une autre, parce qu'elle voit son jeune frère périr dans le canal. Ces exemples ne se rattachent pas plus à la diathèse rhumatismale que ceux dans lesquels on voit un vermicide, en débarrassant les intestins d'un enfant des lombrics qu'il peut contenir, guérir une chorée. Aussi, après ces faits, concluons-nous que la chorée est une névrose pure et simple qui peut être essentielle ou liée soit au rhumatisme, soit à la chlorose, soit à une souffrance intestinale vermineuse.

La chorée est généralement *sporadique* ; cependant Cullen, Hecker, Albers, J. Franck, l'ont observée à l'état *épidémique* en Allemagne et à Strasbourg, mais ce sont des faits très-rares.

Elle est parfois *contagieuse*, mais l'épidémicité et la contagion de cette névrose ont quelque chose de particulier qui ne ressemble pas à la contagion et à l'épidémicité des fièvres au moyen des *virus*. C'est une contagion spéciale sur laquelle j'ai appelé l'attention dans ma *Pathologie générale* à propos des *impressions névrosiques*. Elle se fait par les émanations nerveuses morbifiques qui reproduisent sur les personnes soumises à leur influence la maladie du sujet qui les a fournies. Distinctes des impressions morales qui effrayent ou terrifient et produisent des convulsions, les impressions névrosiques produisent constamment la maladie correspondante à leur nature ; ici la syncope, ailleurs l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation, le suicide, et chez quelques malades les convulsions, la chorée. C'est à cette cause qu'il faut attribuer les accidents observés sur la jeune fille que vous avez en ce moment au n° 17 de la salle Sainte-Marguerite.

La chorée entraîne-t-elle au sein de l'organisme des lésions, des modifications matérielles appréciables ?

Dans les cas, rares d'ailleurs, où on a eu l'occasion de faire la nécropsie d'individus morts de chorée ou plus souvent de complications, on a trouvé des fausses membranes à la base du cerveau, des tubercules des méninges, une infiltration de sérosité

dans la pie-mère ou dans les ventricules, enfin des cysticerques du cerveau, comme j'en ai observé un exemple l'année dernière dans cet hôpital. On a encore rencontré une hypertrophie de la substance corticale, un ramollissement de la substance cérébrale. A côté de ces faits, il y en a d'autres dans lesquels l'autopsie n'a rien fait découvrir. De son côté, l'anatomie pathologique comparée fournit quelques faits analogues. En effet, quelques animaux, les chiens et les chats, sont sujets à la chorée, et ici, comme on pouvait sacrifier les individus à une époque quelconque de la maladie, les observations ont pu être complètes. Le résultat des nécropsies a toujours été négatif.

Enfin, chez quelques malades, on trouve des traces anciennes ou récentes de pneumonie, de pleurésie ou de péricardite ; mais ces lésions n'ont aucun rapport direct avec la chorée.

Il est donc bien entendu, par l'absence des lésions matérielles, par leur variété, quand elles existent, et par l'inconstance de leurs rapports avec les désordres nerveux, que la nature de la maladie est une névrose. (*La fin à un prochain numéro.*)

HYDROPISIE DES VILLOSITÉS CHORIALES.

(Môle hydatique des auteurs.)

Par M. le docteur DUHAMEL, avec l'examen microscopique de la pièce, par M. Ch. ROBIN.

Mme C..., âgée de dix-sept ans, lymphatique et nerveuse, d'une assez chétive constitution, mariée à seize ans et quelques mois, menstruée depuis l'âge de treize ans, l'a été régulièrement jusqu'à la fin de novembre dernier ; depuis cette époque, elle a présenté les symptômes d'une grossesse commençante. Les premiers jours de février, alors que la seconde époque menstruelle avait manqué, je fus appelé auprès d'elle pour des douleurs qu'elle éprouvait dans la région hypogastrique, qui me parurent devoir être attribuées à une légère péritonite, tant la douleur était superficielle et augmentée par le plus léger attouchement.

Dès cette époque, Mme C... commença à voir un peu de sang s'écouler à peu près chaque jour ; je combattis la péritonite par un traitement antiphlogistique en rapport avec le peu de violence de la phlegmasie. Le repos au lit fut conservé depuis février jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu le 3 avril. Pendant toute cette période, j'observai tous les symptômes de la grossesse, tels que dégoût des aliments, vomissements assez souvent répétés, appétit bizarre, etc. Le développement du ventre se fit d'une manière régulière, toutefois en présentant un volume plus considérable qu'il ne devait être à la même époque de la grossesse, si bien que je crus que la malade avait pu voir ses règles le premier mois de sa grossesse.

Vers les derniers jours du mois de mars, Mme C... éprouva des douleurs de reins, quelques-unes même dans le bas-ventre ; elles s'accrurent et se rapprochèrent vers les premiers jours d'avril, et enfin le 3, vers 4 heures du soir, je fus demandé en toute hâte, et alors je trouvai établi un début de travail ; le col de l'utérus, que trois jours auparavant j'avais trouvé avec une longueur de 2 ou 3 centimètres, avait disparu ; je pouvais introduire l'extrémité de l'indicateur et reconnaître la présence du placenta. Les douleurs allaient en augmentant de violence et de fréquence ; la perte de sang continua sans beaucoup d'augmentation jusqu'à sept heures du soir, que je fis appeler M. Chailly, dans la prévision d'une hémorrhagie qui prenait un peu de développement. A l'arrivée de ce confrère, il tamponna, le sang cessa de couler, et vers dix heures, je retirai le tampon, jugeant par la force des douleurs que le terme de l'accouchement approchait.

Quel fut mon étonnement lorsque, pendant la douleur qui suivit, un petit placenta arriva suivi d'une masse hydatiforme du volume de la tête d'un enfant de cinq à six ans.

M. Robin a eu l'obligeance d'examiner au microscope ce produit, et d'en donner une note dont je fais suivre cette observation.

Je ferai remarquer une particularité que j'ai retrouvée dans une thèse soutenue en 1849 par M. Cayla, et ayant pour titre : *De l'hydropisie des villosités choriales (môles hydatiques des auteurs)*, à savoir que le volume du ventre représentant une grossesse beaucoup plus avancée que ne l'indiquait la cessation des règles ; si bien que je soutenais à la malade qu'elle avait dû être menstruée le premier ou même le second mois de sa grossesse. M. Chailly, à son arrivée, prétendit aussi que cet état devait remonter à six mois. Aussi, chaque fois que je visitais la malade, je m'informais si elle sentait les mouvements de l'enfant ; la réponse négative m'étonnait.

Les suites de l'accouchement ont été à peu de chose près les mêmes qu'après un avortement de quatre mois ; les lochies ont coulé d'une manière ordinaire, seulement elles ont pris plutôt la teinte blanchâtre ; les seins se sont un peu gonflés, et il y a eu une fièvre de lait peu intense. Aujourd'hui qu'un mois s'est écoulé depuis l'accouchement, la malade est très-bien ; elle se promène dans son jardin ; l'appétit est bon ; toutes les fonctions sont normales ; seulement il reste encore un peu de faiblesse.

Examen microscopique. — Chaque vésicule hydatiforme est composée de deux enveloppes ou parois très-minces et très-délicates. La plus extérieure est grisâtre, friable en quelque sorte, car elle se déchire facilement et forme des lambeaux très-petits lorsqu'on la soumet à une traction ou à la dilacération. Examinée au microscope, cette tunique externe offre la structure propre à la substance du chorion de l'homme ; c'est-à-dire qu'elle se compose d'une couche mince, grisâtre, parsemée de fines granulations grisâtres et de noyaux ovoïdes inclus dans l'épaisseur de cette substance. Outre ces granulations grisâtres se voient aussi des granulations graisseuses, dont la présence est une complication accidentelle et dont la quantité varie d'un point à l'autre de l'enveloppe extérieure de chaque vésicule.

Lorsqu'on a déchiré la paroi ou tunique précédente, l'enveloppe interne fait aussitôt hernie sous forme d'une vésicule pâle, hyaline, très-transparente, se déchirant avec la plus grande facilité et laissant alors échapper une sérosité limpide.

Cette tunique interne est épaisse de 1 à 2 centièmes de millimètre environ. Elle est composée uniquement de fibres du tissu cellulaire, entre-croisées en toutes directions. Les unes sont isolées, entre-croisées avec d'autres également isolées. Les autres forment des faisceaux aplatis, larges de 1 à 8 centièmes de millimètre, dans lesquels les fibres sont moins flexueuses que lorsqu'elles ne sont pas réunies en faisceaux. Ces faisceaux se subdivisent çà et là et s'anastomosent les uns avec les autres.

Des noyaux fibro-plastiques assez abondants sont interposés aux fibres du tissu cellulaire. Les filaments qui tiennent réunies les unes aux autres les vésicules sont formés de la même manière que les vésicules elles-mêmes ; mais le filament de tissu cellulaire qui en occupe le centre prend davantage l'aspect fibreux et en comble la cavité.

ANTÉVERSION UTÉRINE

pendant l'accouchement, et rupture prématurée des membranes,

Par M. le Dr Léon SORBETS, d'Aire (Landes).

Parmi les accidents qui ralentissent le travail de l'accouchement, il en est deux qui peuvent avoir les conséquences les plus funestes pour la mère et pour l'enfant. Celui qui d'ordinaire se montre le premier est la rupture de la poche des eaux. Diversement appréciée par les accoucheurs, la rupture prématurée des membranes peut apporter un retard très-sérieux au travail de l'accouchement. Sans doute, il arrive quelquefois que les contractions utérines se déclarent à la suite de cet accident, et que l'accouchement a lieu après un temps plus ou moins rapproché. Mais le plus souvent, après de fausses douleurs, le travail est ralenti, et il ne se termine plus tard qu'après d'atroces douleurs conquassantes.

Cependant, cet accident n'est pas redoutable quand il se montre seul. Il est autrement grave quand une obliquité de l'utérus, une antéversion, par exemple, le complique. Dans ce cas, la difficulté est grande ; mais elle n'est pas cependant insurmontable. Il est vrai que dans cette variété de déviation utérine, l'orifice du col dilaté se trouve en rapport avec la face antérieure du sacrum. Dès lors, douleurs inutiles pour ainsi dire pour l'expulsion du fœtus, et difficulté de constater l'état du col de l'utérus, fortement dirigé en arrière, le segment antérieur et inférieur de la matrice se trouvant en rapport avec la vulve.

Pour triompher de cette grave complication, on a proposé de ramener le col à l'ouverture postérieure du vagin, en faisant éprouver au col un mouvement de bascule d'arrière en avant, et de haut en bas, pendant que le corps de la matrice est ramené à sa position normale par des pressions abdominales de bas en haut. D'autres ont proposé, sans avoir égard aux difficultés que présentait ce moyen, de pénétrer dans la cavité utérine pour faire la version podalique. Enfin, dans les cas les plus graves et les plus malheureux, on a conseillé de frayer une voie artificielle au produit en pratiquant une incision sur la paroi antérieure et inférieure de l'utérus par le vagin, et d'extraire ainsi l'enfant avec le forceps.

Ces moyens extrêmes sont en général d'une grande difficulté pratique. Dans tous les cas, ils peuvent être toujours funestes à l'enfant, pendant qu'ils exposent les jours de la mère. Dans l'observation suivante, qui réunit les deux cas (rupture prématurée des membranes et antéversion utérine), voici le procédé qui a triomphé de cette double difficulté.

Mme X..., jeune femme de vingt-trois ans, enceinte pour la première fois, est arrivée au terme de sa grossesse. Depuis trois mois elle était obligée de garder son appartement, à cause de vagues douleurs abdominales et de la difficulté qu'elle éprouvait pour marcher, quoique les jambes ne fussent cependant pas œdématiées. Au huitième mois, une saignée du bras, et plus tard une application de 12 sangsues sur la douleur abdominale, firent disparaître cet accident. Le repos, des cataplasmes et lavements laudanisés achevèrent ce traitement. Du reste, l'appétit était excellent, ainsi que l'état général.

Le dimanche 8 novembre 1857, vers sept heures du matin, et sans cause connue, a lieu chez elle la rupture prématurée des membranes. Vers le soir se déclarent quelques douleurs intermittentes auxquelles succède un sommeil réparateur.

Le lendemain, lundi 9, vers dix heures de la nuit, des douleurs intermittentes plus vives et plus fréquentes, nées dans les reins, et qui s'irradient dans le bas-ventre, se montrent et persistent jusqu'à quatre heures du matin. Fatiguée, Mme X... goûte quelques instants de repos.

La journée du mardi 10 se passe sans douleurs. Cependant à l'entrée de la nuit, après avoir constaté un commencement de dilatation, le col étant dirigé à gauche, j'administrai 60 centigrammes de seigle ergoté en trois paquets, et à vingt minutes d'intervalle, aidés d'une fumigation.

Ces deux moyens n'amenèrent d'abord aucun résultat. Tout à coup, vers onze heures de cette même nuit, des douleurs très-vives se font sentir. Ces douleurs, se présentant avec une dilatation plus marquée du col, annoncent que le travail de l'accouchement marche d'une manière régulière. Elles se succèdent vives et rapides. Tout est préparé pour un accouchement qui aura lieu dans sept à huit heures si les douleurs persistent avec la même intensité. Mais elles s'arrêtent de nouveau le mercredi matin, la dilatation étant un peu plus prononcée, et le col conservant toujours sa direction du côté gauche.

Le mercredi 11, à huit heures du soir, Mme X... est prise de nouvelles douleurs. Celles-ci sont jugées définitivement expultrices si rien ne vient entraver la marche du travail. Elles sont en effet conquassantes et très-rapprochées. La nuit se passe ainsi. Mais, en voulant pratiquer le toucher, je trouve que le col a changé de direction. Je ne le sens plus dirigé à gauche, et mon doigt est en rapport avec la matrice. Il y avait antéversion utérine.

En effet, il m'était très-difficile d'atteindre le col, fortement dirigé en arrière, et en contact avec la courbure du sacrum. Le corps de la matrice reposait sur les parois abdominales.

Aller avec l'index fléchi atteindre le col, le ramener à l'ouverture vaginale, pendant qu'une ceinture hypogastrique relèverait le corps de l'utérus, fut un moyen d'abord mis en usage ; mais aussitôt que les doigts ne retenaient plus le col, la matrice se déviait de nouveau.

Nous eûmes un instant la pensée, comme certains accoucheurs l'ont conseillé, de faire la version podalique. Mais nous avons reculé devant la difficulté ou plutôt l'impossibilité de mener à bonne fin une semblable opération.

Il ne restait plus qu'un moyen signalé par les auteurs, et devant lequel nous reculerons probablement toujours. Il consiste à inciser la partie utérine en rapport avec la vulve, et à extraire le fœtus par cette voie artificielle.

Pour la première fois, nous nous trouvions en face d'un accident aussi grave, et dont les conséquences pouvaient être les plus funestes.

Ayant vainement attendu jusqu'au jeudi matin la fin de cet accouchement par les seuls efforts de la nature, nous crûmes, mon père et moi, qu'une intervention était absolument nécessaire. En dehors de tout moyen applicable, nous imaginâmes le suivant :

A l'aide de l'index et du médius fléchis, j'allai à la recherche du col fortement porté en arrière, tandis que ma main gauche ramenait à travers les parois abdominales le corps de la matrice dans sa position normale. J'attendis alors que la dilatation du col fût complète pour permettre l'engagement de la tête, qui s'effectua une heure après. Quand la tête fut arrivée au détroit inférieur, je terminai l'accouchement avec le forceps. La mère et l'enfant étaient sauvés. Aujourd'hui, six mois après cette opération, ils jouissent d'une santé parfaite.

Sous le point de vue pratique, cette observation présente les considérations les plus importantes. La rupture prématurée des membranes et l'antéversion de l'utérus sont en général les causes les plus puissantes du ralentissement du travail. L'antéversion de la matrice, survenant pendant le travail, constitue dans tous les cas un accident grave, surtout à cause de la difficulté de terminer l'accouchement sans opération. En présence d'un accident aussi grave, l'indication est la suivante :

Saisir le col de la matrice à l'aide de l'index et du médius fléchis de la main droite ; pendant que le col éprouve ce mouvement de bascule, repousser de la main gauche le corps de l'utérus de bas en haut, et attendre l'engagement de la tête après la dilatation complète, et si le seigle ergoté ne suffit pas à l'expulsion du produit, il est urgent de terminer l'accouchement par l'application du forceps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juin 1858. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Encéphalocèle dans le grand angle de l'œil. — M. GUERSANT présente un enfant de cinq ans qui est affecté d'une tumeur siégeant dans la région oculo-nasale, dont le volume est à peu près celui d'une petite noix, et dans laquelle il est facile de reconnaître des battements isochrones avec les pulsations artérielles. Lorsque cette tumeur n'avait que le volume d'un pois, on l'a ponctionnée, et il ne s'est écoulé que du sang. On pourrait croire qu'elle est de nature érectile ; mais un cas semblable ayant été soumis à la Société de chirurgie il y a quelques années, M. Guersant, d'après les conseils qui lui furent donnés, fit une opération dont la mort fut la conséquence, et l'autopsie démontra que l'on avait pris un encéphalocèle pour une tumeur érectile. Instruit par l'expérience, il pense qu'il s'agit dans le cas actuel d'une tumeur formée par les membranes du cerveau et faisant hernie par la suture fronto-ethmoïdale.

M. RICHARD n'a jamais vu d'encéphalocèle avec des battements aussi forts. La nature de la tumeur lui semble pourtant incontestable ; mais il pense qu'elle contient une couche de substance cérébrale.

MM. MOREL et LABORIE font remarquer que, cette tumeur se réduisant facilement sans donner lieu aux accidents ordinaires de la compression du cerveau, il est plus probable qu'elle ne renferme pas de substance cérébrale.

MM. LENOIR et RICHARD proposent la compression comme étant le seul moyen que l'on puisse opposer à cette maladie.

M. MICHON avait vu le malade dont il est question avant sa présentation à la Société de chirurgie. Il sait que la tumeur s'est d'abord manifestée par une tache, puis par des battements. Le médecin qui l'examina le premier pensa qu'il avait affaire à une tumeur érectile ; mais M. Michon, remarquant que dans ce cas la tumeur ne serait pas aussi complétement et aussi facilement réductible, instruit d'ailleurs par le fait pour lequel la Société avait précédemment été consultée, ne douta pas un instant que ce fût là un encéphalocèle. Quant au traitement, la compression lui semble le seul moyen rationnel ; elle convient dans ce cas comme pour toutes les hernies ; elle ne pourrait être nuisible que si elle était faite sans précaution ; mais il faut regarder la compression plutôt comme un obstacle à l'accroissement de l'encéphalocèle que comme un moyen de guérison.

M. GUERSANT fait remarquer que son opinion sur la nature de cette tumeur n'a pas trouvé de contradicteurs au sein de la Société.

Amputation partielle du pied. — M. DEMARQUAY présente un malade du service de M. Monod.

Cet homme, ayant eu les orteils écrasés, fut soumis au traitement par les réfrigérants, sous l'influence duquel il se forma une cicatrice que la marche déchirait. S'étant décidé à entrer à l'hôpital, le chirurgien hésita d'abord entre l'amputation de Chopart et celle de Lisfranc ; puis il se décida à pratiquer l'amputation médio-tarsienne dans la continuité des os, en laissant le scaphoïde, comme dans le procédé qui a été décrit par M. Laborie et que M. J. Jobert a pratiqué le premier.

M. Demarquay fait remarquer que la partie postérieure du cuboïde et des cunéiformes a été conservée, et que le malade marche sans peine, bien qu'un des lambeaux ait été détruit par la gangrène.

M. RICHARD attribue le procédé opératoire à Mayor, et M. Broca à Scultet.

M. LABORIE rappelle que, dans l'amputation qu'il a décrite sous le nom de M. J. Jobert, le principal avantage consiste dans la conservation du grand ligament calcanéo-cuboïdien auquel est liée la voûte de la partie postérieure du pied. On pratique cette amputation derrière les cunéiformes en conservant le scaphoïde et le cuboïde; mais c'est une désarticulation, et non une amputation dans laquelle on scie les os.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Luxation de la tête humérale avec fracture du col anatomique. — M. HOUEL, à l'occasion du procès-verbal, présente la pièce dont M. Lenoir a parlé dans la séance précédente, et qui est déposée au Musée Dupuytren sous le nº 1729. Il montre que la fracture de cette pièce siége sur le col anatomique, et il insiste sur l'importance qu'il y a à distinguer, avant toute tentative de réduction, les deux variétés de fracture du col anatomique et du col chirurgical.

Pour la fracture du col anatomique, M. Houel admet avec M. Lenoir l'impossibilité de la réduction, et il pense que si on parvenait à l'opérer, la tête de l'humérus deviendrait dans l'articulation un corps étranger privé de tout moyen de nutrition, et incapable de se consolider.

M. RICHET fait remarquer que cette fracture diffère de celles dont il a parlé; que pour les cas où la fracture est au-dessus du col anatomique, la réduction est possible et très-avantageuse, quand on parvient à l'opérer.

Désarticulation du maxillaire inférieur (procédé de l'arrachement). — M. DEGUISE, rappelant une communication faite dans une des précédentes séances, demande s'il ne serait pas convenable qu'on écrivît à M. Maisonneuve pour lui demander de vouloir bien communiquer à la Société l'histoire du malade dont M. Richet a parlé, et qui paraît avoir succombé à une hémorrhagie. La communication de M. Richet étant en contradiction avec l'assertion de M. Maisonneuve, qui avait annoncé qu'il n'avait jamais observé d'accident à la suite de l'arrachement du maxillaire inférieur, il serait bon que la Société fût édifiée à ce sujet.

Plusieurs membres de la Société font remarquer que si M. Maisonneuve n'admet pas l'assertion de M. Richet, il viendra de lui-même (s'il le juge convenable) donner des explications qui n'ont pas besoin d'être provoquées directement.

M. LENOIR rappelle que M. Maisonneuve a attribué la cause de cette hémorrhagie à une angine pultacée; il ne chercherait pas sans doute à donner une autre explication.

M. RICHET explique qu'il n'a voulu communiquer qu'un fait scientifique en contradiction avec l'assertion de M. Maisonneuve.

CORRESPONDANCE.

M. MICHON dépose un mémoire sur l'opération césarienne, qui lui a été envoyé d'Amiens par M. Andrieu, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Accusation de plagiat. — M. THOMPSON adresse à la Société un de ses ouvrages et la thèse de M. José Prô, thèse qui a été l'année dernière l'objet d'un rapport de M. Verneuil. Dans sa lettre d'envoi, M. Thompson accuse M. Prô de lui avoir pris un grand nombre de passages sans l'avoir cité. Ainsi, dit-il, la partie qui forme le corps de la thèse, et que l'auteur présente comme étant le résultat de ses propres observations, est presque intégralement traduite du 2e chapitre de l'ouvrage de M. Thompson; de plus, sur 26 pages qui forment l'ensemble des observations propres de M. Prô, 23 sont traduites mot à mot, sans mentionner l'ouvrage où il les a puisées.

La lettre et le livre de M. Thompson et la thèse de M. Prô sont renvoyés à M. Verneuil.

Nomination. — Une proposition, appuyée par dix membres titulaires de la Société, sollicite le titre de membre honoraire pour M. le docteur Bégin, président du conseil de santé des armées, etc. La proposition est renvoyée à une commission composée de MM. Michon, Larrey et Deguise.

LECTURE.

Épanchement de sérosité consécutif à une contusion. — M. VERNEUIL donne lecture de l'observation suivante :

« Un homme de trente ans environ, d'une constitution vigoureuse, était occupé avec plusieurs de ses camarades à maintenir dans la position verticale une poutre de grande dimension. C'était un de ces pieux que l'on enfonce en terre en laissant tomber sur leur extrémité supérieure un énorme marteau nommé mouton.

» Par inadvertance le mouton fut lâché avant que les ouvriers fussent prévenus; le pieu, qui n'était pas exactement maintenu, transmit à l'improviste un choc violent à ceux qui le soutenaient et trois ouvriers furent renversés sur le coup. Le pieu tomba à son tour. L'homme qui fait le sujet de cette note raconte que ce corps pesant, en le renversant, pressa le moignon de l'épaule droite, l'omoplate du même côté et enfin la région lombaire. Que le pieu ait frôlé les régions en question ou que l'homme dans sa chute ait glissé le long de la pièce de bois, c'est ce qu'il n'est pas facile d'élucider, toujours est-il que poutre et ouvriers se trouvèrent instantanément couchés à terre.

» Lorsque notre malade chercha à se relever, il sentit une vive douleur dans la région lombaire. Comme il n'y avait nulle apparence de plaie, on se contenta de lui ordonner le repos, et en effet l'accident n'eut pas de suites fâcheuses, si j'en excepte une grande gêne dans les mouvements du rachis et des membres inférieurs, gêne comparable à celle du *tour de rein*. Quelques applications topiques furent faites sur le point douloureux. Lorsqu'au quatrième jour M. Surbled, médecin distingué de Corbeil, explora la région, il trouva sur la ligne médiane, au-dessus du sacrum, au niveau des apophyses épineuses lombaires, une tumeur large, aplatie, mesurant au moins 15 centimètres de diamètre et faisant au-dessus du plan des parties voisines une saillie prononcée. Cette tumeur était presque indolente, sans changement de couleur à la peau, très-fluctuante et d'une mollesse égale dans tous les points. Notre confrère pensa avoir affaire à une vaste collection formée par du sang fluide accumulé en cet endroit par suite de la contusion. Il se décida à pratiquer à la partie déclive de la tumeur une petite ponction avec la pointe d'une lancette aiguë. Son étonnement fut grand lorsqu'au lieu de sang il vit s'écouler par la piqûre un jet de sérosité limpide, citronée à peine, légèrement colorée en rose. Soit que l'ouverture fût trop petite, soit pour quelque autre cause, il s'écoula seulement quatre ou cinq cuillerées de liquide, et la tumeur conserva une partie de son volume. Le toucher, pratiqué sur la poche devenue beaucoup plus molle, n'y fit reconnaître aucune dureté, aucune inégalité profonde. Trois ou quatre jours après la poche s'était remplie, elle était même plus ample que la première fois, sans que toutefois les caractères extérieurs aient changé. Le malade souffrait moins dans les mouvements, il commençait à se lever et à marcher, quoique lentement. La ponction fut répétée de la même manière, mais cette fois un jet s'échappa comme d'une saignée, et il fut facile de recueillir en quelques minutes environ deux verres à boire de la même sérosité, aussi limpide, aussi exsangue que la première fois. Pas plus que la première fois cette seconde ponction n'amena d'accident quelconque. La poche se remplit de nouveau, mais avec moins d'activité. Une troisième, puis une quatrième ponction furent pratiquées encore à quatre ou cinq jours d'intervalle, elles donnèrent les mêmes résultats. La santé du malade était fort bonne, les fonctions de locomotion s'améliorant de jour en jour.

» Les choses en étaient là, lorsque j'eus l'occasion de faire un voyage à Corbeil. Mon confrère et ami M. Surbled eut l'obligeance de me montrer le sujet en question, qui n'avait pas été ponctionné depuis quelques jours. L'accident datait alors d'un mois environ. La région lombaire offrait les phénomènes suivants :

» Le malade étant debout, au premier abord rien ne faisait soupçonner l'existence d'une lésion quelconque; cependant, un examen attentif montrait un léger soulèvement dans un point correspondant aux trois dernières apophyses épineuses lombaires et aux deux surfaces aponévrotiques latérales qui recouvrent la masse commune des muscles des gouttières vertébrales. Aucune trace d'ecchymose; vestige d'une petite piqûre vers le bord supérieur du sacrum. En revanche, la pulpe des doigts, appliquée très légèrement sur le point lésé, faisait à l'instant naître cette sensation particulière sur laquelle M. Morel-Lavallée a insisté avec raison, et que déjà, pour ma part, je constatais pour la troisième fois. Cette sensation caractéristique, appréciable et au toucher et à la vue, consiste dans un tremblotement de toute la paroi superficielle de la poche. On ne saurait mieux le comparer qu'à l'oscillation d'une vaste vessie humide, aplatie, et qui ne renfermerait qu'une couche fluide de 1 à 2 centimètres d'épaisseur. La succussion et la percussion la plus faible suffisent pour faire osciller toute la poche, et un seul doigt suffit pour révéler ce phénomène, on ne peut pas plus spécial. C'est tout autre chose que la fluctuation, et pour obtenir celle-ci d'une manière franche, je fus obligé, à l'aide d'une large pression exercée de haut en bas, d'accumuler le fluide à la partie inférieure de la poche. Au reste, la pression n'éveillait pas la moindre douleur. La peau ne présentait aucun épaississement, et rien ne pouvait faire soupçonner dans l'intérieur du sac le moindre caillot. La circonférence de la cavité n'était appréciable que par l'étendue des vibrations de la paroi; car il n'y avait là ni bourrelet, ni dépression, ni induration circulaire.

» La quantité de liquide contenu était très-minime, ce qui indiquait que la tendance à l'exhalation était à son terme. Cependant, une dernière ponction fut faite, et il s'écoula environ deux cuillerées à bouche de sérosité. La poche en devint plus flasque encore, et je pus alors, en pinçant la peau, la soulever en un large pli, ce qui indiquait la destruction de ses adhérences profondes.

» M. Surbled espère que cette fois la guérison s'achèvera spontanément. Si toutefois le liquide se reproduisait encore en quantité notable et mettait obstacle au recollement de la peau, il serait d'avis, avec moi, d'injecter dans la poche quelques cuillerées du liquide iodé qu'on emploie dans l'hydrocèle. La compression, les vésicatoires volants, pourraient sans doute avoir aussi des avantages.

» J'ai pensé que la Société n'entendrait pas sans quelque intérêt cette courte lecture. Évidemment elle n'ajoute rien de nouveau à la description donnée par M. Morel-Lavallée, mais elle confirme d'une manière nette les opinions de notre collègue.

» Les faits aussi concluants ne sont pas d'ailleurs très-communs ni très-vulgarisés encore. Je ferai remarquer rapidement d'abord le mécanisme, qui, quoiqu'un peu douteux, s'accorde assez bien avec la nature de la lésion. L'absence de tous les signes d'une contusion dans une région où la peau repose immédiatement sur des plans résistants, rend probable l'hypothèse d'un décollement consécutif à une pression presque parallèle à ce plan résistant. La région lombaire présente d'ailleurs toutes les conditions anatomiques requises par M. Morel pour la formation de ce genre d'épanchements; et lorsque j'ai constaté pour la première fois l'ensemble des phénomènes précédemment décrits, il s'agissait aussi de la région lombaire; le sujet était un écuyer couché dans le service de M. Velpeau, et qui avait fait une chute de cheval. Notons que le développement de la tumeur n'a pas été immédiat comme dans les bosses sanguines, et que c'est seulement vers le troisième ou quatrième jour que la saillie est devenue très-évidente.

» Enfin, et c'est là un point majeur, pour admettre l'existence de l'épanchement primitif de sérosité, la ponction pratiquée dès le quatrième jour n'a donné issue qu'à un fluide translucide, sans mélange de sang. On ne peut donc guère songer ici, comme je le croyais à une certaine époque, à cette métamorphose si souvent signalée dans les tumeurs sanguines, métamorphose plus ou moins tardive, en vertu de laquelle le sang résorbé fait place à une exsudation de sérosité. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'absence complète des signes principaux des épanchements sanguins, savoir : l'ecchymose, la crépitation, la dépression centrale, le bourrelet périphérique. De plus, comme on l'a vu, les ponctions n'ont déterminé aucune inflammation.

» Le fluide extrait à diverses reprises n'a point été analysé. Tout ce que j'ai pu constater, c'est qu'il était légèrement filant et onctueux comme le sérum ou la lymphe plastique. »

M. ROBERT ne veut pas que l'on considère l'injection iodée comme un moyen infaillible; elle peut sans doute réussir, mais elle a échoué entre ses mains dans des cas semblables à celui qui vient d'être communiqué à la Société, et dans l'un il a été forcé de recourir à l'incision. M. Robert pense donc qu'il faut attendre la fin de l'observation pour en tenir compte.

M. CLOQUET insiste beaucoup sur l'existence des vaisseaux qu'il appelle des artères blanches, et qui, suivant lui, jouent un très-grand rôle dans les épanchements séreux.

M. MICHON attache une grande importance à un signe indiqué par M. Morel. Ce signe est le *tremblotement* qui tient à l'étendue de la poche et à la ténuité du liquide. S'il n'est pas pathognomonique, c'est qu'un kyste pourrait donner lieu à la même sensation, et que d'ailleurs il peut manquer. M. Michon compare ces épanchements au développement des membranes synoviales accidentelles. Ils peuvent provenir primitivement de la rupture des vaisseaux, mais leur reproduction après l'opération semble indiquer un état organique spécial.

M. MOREL admet que le tremblotement peut ne pas exister, mais il croit qu'on ne le trouve dans aucune autre tumeur. Pour lui aussi l'organisation de la poche qui limite les épanchements n'est que secondaire; mais il ne l'a constatée directement qu'une fois.

M. CHASSAIGNAC explique la formation des épanchements dont on s'occupe par l'exsudation de la lymphe plastique qui se fait dans ce cas comme dans les plaies sous cutanées. Il admet que le développement de la poche est antérieur à l'épanchement.

M. CLOQUET insiste de nouveau sur l'existence *des artères blanches* et sur les épanchements qu'il appelle *hémorrhagies blanches*.

RAPPORTS.

M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur un livre du professeur Beale ayant pour titre : *On the Anatomy of the Liver*, Londres, 1856, 22 pl. photographiées. Il lit ensuite, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Monod et Giraldès, un rapport sur un mémoire de M. Monsel, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, relatif aux propriétés hémostatiques du sulfate de fer.

Ce mémoire sera déposé aux archives, et le rapport publié dans les *Bulletins*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un arrêté du 1er juin a fixé ainsi qu'il suit les trois sujets de thèses que les candidats aux places d'agrégés vacantes dans les écoles supérieures de pharmacie de l'empire pourront traiter, à leur choix, dans chaque section :

Section de physique, de chimie et de toxicologie.

1º Mesure de la tension des vapeurs, particulièrement à l'égard des corps volatils peu susceptibles d'être employés en médecine ou d'agir sur l'économie, considérés aux températures voisines de la température ordinaire;

2º Des alcalis organiques volatils naturels ou artificiels;

3º Empoisonnement par les gaz.

Section d'histoire naturelle, médicale et de pharmacie.

1º Des papavéracées;

2º Des baumes;

3º Des eaux minérales naturelles et artificielles.

— Par arrêtés du 7 juin 1858, M. Arrachart, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique externe en remplacement de M. Joire, appelé à d'autres fonctions.

M. Joire, professeur adjoint de clinique externe à ladite École, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Arrachart.

— A la suite d'un concours ouvert le 3 mai 1858, M. Colombat, ancien interne à l'Hôtel-Dieu et aide d'anatomie à l'École de médecine de Marseille, a été nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.

— On annonce, pour paraître à partir de juillet, un nouveau journal hebdomadaire, la *Gazette médicale italienne des provinces de Venise*, rédigée par les docteurs Colletti et Barbo Soncin.

— M. le docteur Joseph Bergson, à Berlin, vient d'obtenir le prix proposé par la Société des sciences et des arts à Milan, dans sa séance du 18 mars dernier, pour son mémoire sur la *névralgie brachiale*. M. Bergson a déjà été couronné en 1848 et en 1854 par l'Académie royale de Gœttingue et par l'Académie R. I. de Milan, pour ses mémoires relatifs à l'asthme. Nous espérons bientôt pouvoir rendre compte de ce beau travail, qui doit nous être communiqué par l'auteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

L'Officine ou Répertoire général de pharmacie pratique, contenant : 1º le Dispensaire pharmaceutique, ou conspectus des pharmacopées légales et particulières, allemandes, américaines, anglaises, belges, espagnoles, françaises et hollandaises, italiennes, polonaises, portugaises, russes, sardes et suédoises, etc.; des Formulaires, Matières médicales et Recueils divers de médecine et de pharmacie des mêmes pays; 2º l'Art de formuler; 3º la Pharmacie légale; 4º le Tarif général de pharmacie et des branches accessoires, et beaucoup d'autres renseignements utiles aux pharmaciens et aux médecins; par DORVAULT, directeur fondateur de la Pharmacie centrale et de la Caisse générale de prévoyance des pharmaciens de France. 5e édition, considérablement augmentée. Un très-fort vol. grand in-8º de 1,100 pages à deux colonnes avec des figures dans le texte. Prix, 11 fr., broché, et 13 fr., relié; 50 centimes en plus pour recevoir *franco* dans toute la France et l'Algérie. — A Paris, chez Labé, libraire.

LE SOBRD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 72. — MARDI 22 JUIN 1858. (31e ANNEE.) N° 72. — MARDI 22 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 21 juin 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

On connaît les utiles applications qui se font journellement dans la pratique de l'appareil connu sous le nom de *grande ventouse, ventouse monstre* ou *ventouse Junod,* du nom de son inventeur. M. Junod, dans plusieurs mémoires lus ou présentés à l'Académie des sciences, a fait ressortir les avantages de la méthode *hémospasique* substituée à l'usage des évacuations sanguines dans le traitement d'un grand nombre d'affections inflammatoires ou congestives. Dans un nouveau mémoire lu dans la dernière séance, il s'est proposé d'élargir le champ de ces applications, en montrant les services que peut rendre sa grande ventouse dans le traitement des fièvres intermittentes des pays chauds. C'est d'après un certain nombre d'observations recueillies en Afrique sous les yeux des médecins de nos ambulances de l'Algérie, que M. Junod cherche à établir l'utilité de cette nouvelle application de sa méthode. On trouvera dans le compte rendu un résumé des faits exposés dans ce mémoire. On y trouvera aussi une lettre de M. Delafond, annonçant la découverte d'une nouvelle espèce d'acarus sur un mouton napolitain; une notice avec analyse relative aux eaux minérales de Sylvanès; et une nouvelle note de M. Puech (de Toulon) sur la corrélation des altérations des capsules surrénales avec la maladie bronzée.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De l'hématocèle rétro-utérine cataméniale.

A propos d'une jeune femme que vous avez vue couchée au n° 4 de la salle Saint-Bernard, et qui, pour la seconde fois, à deux ans et demi de distance, vient à l'hôpital pour être traitée de cette maladie, je vais vous exposer mes idées sur l'hématocèle rétro-utérine cataméniale.

En tourmentant les textes, on a voulu que cette affection fût connue depuis les premiers temps de la médecine, et on a cherché dans Hippocrate, qui doit toujours figurer en tête de tout historique, les preuves de cette notion. Cependant, il n'en est rien, et Hippocrate, dont j'ai consulté les œuvres dans l'excellente traduction qu'en a donné M. Littré, ne dit pas un mot de l'hématocèle rétro-utérine que nous connaissons, et qui n'a été vraiment bien décrite que de nos jours. C'est dans les travaux modernes qu'il faut rechercher les premières descriptions de cette maladie, sur laquelle aujourd'hui l'attention a été si particulièrement appelée par MM. Nélaton, Gallard, Viguès, Prost, Bernutz, Follin, Voisin, Demarquay, Richet, et d'autres encore. Toutefois, quelque remarquables que soient les travaux de ces auteurs, il y règne une confusion que M. le professeur Nélaton lui-même n'a pas toujours évitée, car, sous le nom d'hématocèle rétro-utérine, on comprend toutes les tumeurs sanguines intra-pelviennes, toutes les hémorrhagies du petit bassin, sans tenir compte des causes excessivement multipliées qui peuvent les produire. Cette confusion est déplorable au point de vue de la science, bien plus encore au point de vue pratique, et il est important de la faire cesser.

On ne doit point, en effet, appliquer le nom d'hématocèle rétro-utérine à ces thrombus du petit bassin décrits par Deneux, et qui surviennent chez les nouvelles accouchées à la suite des contusions et des déchirures produites pendant le travail. Deneux comprenait ainsi le développement de l'hématocèle; c'était aussi la manière de voir de Récamier, qui savait d'ailleurs si bien reconnaître la maladie dont il s'agit. Mais, je le répète, ce n'est pas là ce qu'on doit entendre par hématocèle, pas plus qu'on ne doit donner ce nom aux épanchements sanguins consécutifs à une rupture des kystes sanguins de l'ovaire, aux ruptures de l'œuf dans la grossesse extra-utérine, aux ruptures vasculaires produites, indépendamment de tout état de gestation, par le fait d'une violence exercée sur les organes abdominaux de la femme. Ces tumeurs sanguines intra-pelviennes sont des accidents qu'il importe de différencier de la maladie spéciale à laquelle on doit réserver le nom d'hématocèle, maladie que j'ai étudiée attentivement, sur la nature de laquelle j'ai longtemps réfléchi, que j'ai distinguée, comme d'autres l'ont fait d'ailleurs avant moi, mais pas assez explicitement (1).

Pour arriver à comprendre le mécanisme de l'hématocèle, réfléchissons à ce qui se passe, chez la femme, dans l'état physiologique aux époques menstruelles. Il se fait alors une congestion plus ou moins considérable, mais constante vers les organes de la génération. L'utérus et ses annexes en sont le siége principal, et le spéculum, en nous faisant voir ce qui a lieu du côté du col, nous montre ce qui s'opère du côté de l'organe tout entier. Le col, la muqueuse vaginale, et, dans quelques cas, les petites lèvres elles-mêmes, sont fortement congestionnés. Les douleurs que ressentent si fréquemment les femmes au moment des règles, et qui, plus ou moins accusées, se font sentir dans la région hypogastrique, dans le petit bassin, où la pression les augmente, ces douleurs, qui consistent tout au moins en un sentiment de pesanteur dans les lombes, sur le fondement, indiquent assez le travail congestif s'effectuant du côté des ovaires; ce travail congestif, s'étendant quelquefois aux vaisseaux de l'extrémité inférieure du tube digestif, peut déterminer le développement de tumeurs hémorrhoïdaires.

Nous trouvons là tous les phénomènes indiquant le travail préparatoire d'une grande fonction, travail préparatoire qui s'annonce par des phénomènes congestifs. Considérez ce qui arrive chez l'homme, dans l'acte de la génération : la sécrétion de la semence prolifique est précédée d'une congestion vive du côté des organes générateurs, dont l'érection est la conséquence. Considérez ce qui arrive chez la femme pendant l'allaitement, la sécrétion du lait s'annonce aussi par un acte congestif: qui se traduit par l'érection du mamelon, érection qui précède la montée, ce que nous pourrions appeler l'éjaculation du lait.

Pour les fonctions de la menstruation les choses se passent de la même manière. A chaque époque menstruelle, sous l'influence de l'ovulation, il se fait une fluxion des organes employés à l'accomplissement des fonctions, et cet acte congestif, cette fluxion cataméniale, se traduit par l'hémorrhagie menstruelle.

Par quel point se fait cette hémorrhagie? Les physiologistes ont cherché le fait bien loin, ce me semble, lorsqu'il se montrait au premier plan. Selon moi, cette hémorrhagie se fait toujours par la membrane muqueuse, elle ne peut pas se faire ailleurs, car il n'en est pas autrement pour les organes de la génération que pour les autres organes. Or, dans les autres organes, les hémorrhagies se font-elles par d'autres surfaces que par les surfaces muqueuses? Non; dans l'appareil digestif comme dans l'utérus, — mais excluons celui-ci, maintenant en cause, — dans l'appareil digestif comme dans les fosses nasales, dans l'appareil pulmonaire comme dans l'appareil uropoïétique, comme dans l'appareil de la vision, n'est-ce pas toujours par les muqueuses que les hémorrhagies ont lieu? Lorsqu'elles se font par d'autres surfaces, c'est accidentellement, comme on le voit dans ce qu'on a appelé l'*hémophylie*. Mais, je le répète, dans les actes congestifs normaux et physiologiques, elles se font toujours par les membranes muqueuses. Les hémorrhagies des membranes séreuses, par exemple, ne s'opèrent qu'en vertu d'un état phlegmasique; ainsi les hémorrhagies de la plèvre n'ont lieu qu'autant que celle-ci a subi une altération plus ou moins grave. Mais dans une plèvre normale, comme dans un péritoine normal, jamais elles ne se présentent.

Il en est de même pour l'hémorrhagie menstruelle, c'est exclusivement par la surface muqueuse utérine qu'elle a lieu; on a dit qu'elle se faisait aussi par les ovaires; on a dit qu'aux époques de la menstruation, ceux-ci se congestionnaient, puis se déchiraient pour laisser tomber l'ovule dans la trompe qui venait les recevoir, et que cette ponte était accompagnée d'un écoulement de sang, qui se faisait de l'ovaire dans l'utérus par le même canal. On admettait, sans doute, que cette hémorrhagie avait en plus grande partie lieu par l'utérus, et que dans cet organe elle se faisait particulièrement au point où s'était formée la caduque adventive, se détachant à chaque époque; mais tout en admettant l'hémorrhagie utérine, on admettait aussi l'hémorrhagie ovarienne.

Arrêtons-nous un instant sur le mécanisme de l'ovulation. Quel est-il? Ceux qui l'ont saisi, comme M. Robin l'a fait, l'ont vu se produire par une déchirure de l'ovaire, par une sorte d'énucléation de l'ovule; et cette énucléation opérée, restent, à la place occupée par le noyau détaché, une sorte de kystes sanguins, qui, dans quelques cas, il faut le dire, sont le point de départ des kystes ovariques que nous observons si fréquemment. J'admets cette énucléation, mais je ne m'explique point par elle l'hémorrhagie cataméniale. Et en effet, en serait-il de cette énucléation spontanée, naturelle, physiologique, autrement que de l'énucléation que nous produisons artificiellement en quelque point que ce soit du corps, alors que nous arrachons une tumeur cancéreuse de la mamelle, ainsi que le faisait Récamier, ou qu'un chirurgien va saisir et énucléer jusque dans l'aisselle les ganglions qu'il n'ose pas enlever avec l'instrument tranchant? Or, dans ces énucléations chirurgicales, jamais nous ne voyons survenir d'hémorrhagie; il n'en survient pas davantage dans les plaies faites par déchirure des parties; ainsi, une balle traversant les parties molles, ne fait guère couler de sang, immédiatement du moins, alors même qu'elle a intéressé de gros vaisseaux; ce n'est qu'un peu plus tard que l'hémorrhagie peut avoir lieu. La destruction, la déchirure de l'ovaire par l'ovule, ne peut pas faire exception à la règle.

Trois faits observés et étudiés avec le plus grand soin par M. Tardieu, en venant à l'appui de ma manière de comprendre ce qu'est l'hématocèle rétro-utérine, nous démontreront aussi ce que je cherche à établir ici relativement à l'hémorrhagie cataméniale.

Deux jeunes femmes moururent subitement à la suite d'excès de coït; une troisième succomba après avoir reçu dans la hanche gauche un coup de pied de son mari. La justice ordonna l'enquête, et M. Tardieu fut chargé de faire un rapport médico-légal sur ces trois cas. A l'ouverture du corps, il trouva une accumulation considérable de sang dans le petit bassin.

Examinant avec la plus scrupuleuse attention l'état des organes, il rechercha s'il existait une déchirure des ligaments larges, s'il y avait eu rupture des veines ovariques. M. Richet, vous le savez, considère la rupture des vaisseaux ovariques, préalablement dilatés et variqueux, comme une des causes de l'hématocèle rétro-utérine. M. Tardieu examina les ovaires, mais la dissection la plus minutieuse ne lui fit découvrir aucune altération appréciable soit de ces parties, soit des membranes muqueuse ou séreuse entrant dans leur composition. Peut-être eût-on trouvé la muqueuse par laquelle l'hémorrhagie aurait probablement eu lieu. Mais, dira-t-on, où donc trouver une muqueuse dans la cavité péritonéale? Nous répondrons, au pavillon de la trompe. Que si l'on nous objecte combien cette muqueuse offre peu de surface pour fournir un écoulement de sang souvent si abondant, nous répondrons encore en montrant ce qui se passe ailleurs. Ne voyons-nous pas, en effet, des hémorrhagies nasales souvent très-abondantes n'avoir lieu que par un point très-limité de la muqueuse de Schneider? Or, quand on réfléchit combien est grande la congestion des organes utérins pendant la menstruation, si quelque chose doit surprendre, c'est que l'hématocèle ne se produise pas plus souvent, c'est que l'hémorrhagie par cette surface muqueuse dans le péritoine ne soit pas plus abondante.

Ainsi l'écoulement sanguin cataménial se fait par la muqueuse utérine, et c'est par la muqueuse du pavillon de la trompe et

(1) Cette leçon était rédigée, lorsque dans la séance de la Société anatomique du vendredi 4 juin, nous eûmes occasion d'entendre notre collègue et ami, M. le docteur Gallard, exposer, comme il l'avait déjà fait l'année dernière, ses idées sur l'hématocèle. M. Gallard, qui a un des premiers étudié cette question, a toujours insisté sur la nécessité de distinguer de l'hématocèle accidentelle, comme l'a fait M. le professeur Trousseau, l'hématocèle cataméniale, qu'il appelle hématocèle dépendant des troubles de l'ovulation.

Mais M. Gallard n'a pas tiré, que nous sachions, de cette distinction les conséquences cliniques qu'en a déduites l'éminent professeur de la Faculté; quant au mécanisme de la maladie, M. Gallard est de ceux qui l'expliquent par l'hémorrhagie de l'ovaire, au moment de la ponte menstruelle.

Dans les numéros des 8 et 10 juin de l'*Union médicale,* ou trouve encore deux observations d'hématocèle rétro-utérine lues par M. le docteur Oulmont à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 février 1858. Les lésions, constatées à l'autopsie, amènent M. Oulmont à admettre l'existence d'une hémorrhagie tubaire, le sang accumulé dans ces conduits s'étant frayé une voie à travers les pavillons pour aller s'épancher dans la cavité rétro-utérine. Cette hypothèse, imaginée, dit M. Oulmont, par M. Fenerly pour expliquer la maladie chez un sujet qui offrait des lésions analogues à celles que le médecin de Lariboisière avait trouvées chez sa malade, lui semble confirmée par les détails qu'il a donnés. Cette conclusion présentait une grande analogie avec la théorie exposée par M. le professeur Trousseau; toutefois, M. Oulmont n'a pas plus que M. Gallard tiré les déductions pratiques qui découlent de cette manière de voir.

(*Note du rédacteur*).

par la muqueuse de la trompe elle-même que se font les hémorrhagies qui produisent l'hématocèle (1).

Voilà mon interprétation sur le mécanisme de cette maladie; les auteurs qui se sont occupés du sujet en ont donné d'autres. Je vous ai dit que M. Richet invoquait la rupture des veines ovariques dilatées, la rupture d'une véritable varicocèle ovarienne; mais si l'on considère combien est rare la rupture de la varicocèle du cordon testiculaire chez l'homme, si tant est qu'il en existe des exemples, de cette varicocèle quelquefois d'un volume si considérable et exposée par la place qu'elle occupe aux violences extérieures, on se demandera comment admettre la rupture spontanée d'une varicocèle profondément placée dans la cavité du petit bassin?

M. Bernutz pense que l'hémorrhagie se faisant par la muqueuse, mais par la muqueuse utérine, l'hématocèle serait produite par le sang qui refluerait de la cavité de la matrice et s'écoulerait dans le péritoine à travers la trompe, comme dans l'état normal il s'écoule dans le vagin au travers du col. Mais comment expliquer ces hématocèles devenant souvent tout d'un coup si volumineuses? Comment admettre avant tout que le sang trouvera un passage à travers un conduit excessivement étroit comme l'est la trompe, et que le moindre caillot pourra de suite obliterer?

Je maintiens donc mon opinion, et je la maintiens d'autant plus fermement que, dans la généralité des faits observés, les femmes affectées d'hématocèles étaient habituellement abondamment réglées, qu'elles étaient par conséquent sujettes aux hémorrhagies utérines; qu'il y avait chez elles une disposition hémorrhagique analogue à l'hémoptysie; je dis analogue, car ma comparaison est prise assurément de très-loin.

Voici donc comment je comprends l'hématocèle rétro ou péri-utérine. J'en exclus tout d'abord les épanchements sanguins, les thrombus rétro et péri-utérins consécutifs aux déchirures vasculaires, aux ruptures de l'œuf dans la grossesse extra-utérine, et je réserve la place entière à l'*hématocèle cataméniale*. Ces thrombus s'annoncent, il est vrai, par les mêmes symptômes; les tumeurs qu'ils forment sont bien les mêmes que celles formées par l'hématocèle; mais ils diffèrent de celle-ci essentiellement: ce n'est pas la même maladie.

Il y a entre eux et elle la même différence qu'entre l'entorse et la goutte; celle-ci est une expression diathésique, celle-là n'est qu'un accident. L'entorse pourra devenir cause d'une maladie plus sérieuse; mais dans l'arthrite goutteuse, la lésion articulaire est subordonnée à une maladie existant avant elle, et la différence est capitale à tous les points de vue, au point de vue du pronostic comme au point de vue du traitement. En effet, l'entorse restera localisée là où elle s'est produite, tandis que l'arthrite, sans cause appréciable, pourra quitter l'articulation qu'elle occupait et en envahir une autre.

Les exemples ne nous manqueraient pas. Comparez entre elles l'arthrite simple causée par une violence extérieure exercée sur le genou, par exemple, et l'arthrite rhumatismale. Ici l'affection locale n'est rien, la diathèse est tout; comme tout à l'heure le goutteux, le rhumatisant gardera toujours sa maladie, sans cesse exposé aux coups violents qu'elle pourra lui porter d'un côté ou d'un autre à la moindre occasion; il mourra avec elle. Pour l'arthrite simple, la lésion locale est tout. Une fois guéri, le malade n'a plus rien à craindre d'elle.

Même différence existe entre un thrombus intra-pelvien et l'hématocèle cataméniale. Le premier guérira et ne se reproduira plus qu'autant que surviendront de nouveau les causes accidentelles qui l'ont produit une première fois. La seconde guérira aussi; mais la cause subsistant toujours, la femme sera toujours sous le coup du retour de la maladie.

Quoi que nous fassions, la femme aura toujours son flux menstruel, qu'il soit abondant, qu'il ne le soit pas, la menstruation durant du temps fixé par la puberté à l'âge critique; c'est une loi de nature, et nous n'y pouvons rien. Or, comme l'hématocèle est subordonnée à la fluxion cataméniale, si celle-ci se fait énergiquement vers la trompe et vers son pavillon à chaque époque, la maladie pourra se reproduire.

Voyez ce qui s'est passé chez notre malade. Prise une première fois il y a deux ans et demi, elle reste deux ans sans rien éprouver, puis elle revient ici au commencement de l'année avec des accidents vraiment épouvantables, et qui, par leur intensité, par leur ténacité, purent faire croire à ceux qui la virent que la malade succomberait rapidement. Cependant l'orage s'est calmé, tout a cédé, et l'exploration de l'abdomen nous a montré la cavité du bassin complétement libre. Une deuxième attaque moins violente que la première amena de nouveaux accidents qui cédèrent plus vite; enfin, il y a trois jours, une troisième attaque a eu lieu, et aujourd'hui sa malade est dans la voie du mieux.

Eh bien, cette malade a sa maladie, sa prédisposition, comme le rhumatisant, le goutteux ont la leur; c'est cette maladie particulière, ayant ses caractères propres, que je veux circonscrire.

(1) Les observations notées par M. Voisin (thèse inaugurale, Paris, 1858, page 18) de plusieurs autopsies où l'on trouva la dilatation des trompes, nous paraissent confirmer la manière de voir de M. le professeur Trousseau, bien que M. Voisin ait donné aux faits une toute autre interprétation.

Dans la séance de la Société anatomique dont il est question dans notre première note, on nous objecta, lorsque nous exposâmes les idées de notre savant maître sur le mécanisme du flux menstruel, que cette théorie semblait en contradiction avec ce que l'on connaissait sur la ponte spontanée, en refusant de voir dans l'énucléation de l'œuf, dans la déchirure de l'ovaire, les causes de l'hémorrhagie cataméniale.

Des explications que nous avons demandées depuis à M. Trousseau, il est résulté pour nous que les deux théories s'accordent parfaitement l'une et l'autre.

La ponte spontanée a lieu, en effet, à chaque époque menstruelle par l'énucléation de l'œuf et la déchirure de l'ovaire. L'éminent professeur de clinique n'a jamais eu un instant l'idée de mettre en doute un fait si bien établi par des observateurs du plus grand mérite; mais ce qui est contestable, ce qu'il conteste, c'est que cette énucléation soit accompagnée, *ordinairement*, d'une hémorrhagie aussi abondante qu'on l'a prétendu. Ces gros corps jaunes, résultat de l'hémorrhagie ovulaire, que l'on trouve représentés dans les livres où il est traité de la ponte spontanée, ne doivent se rencontrer qu'exceptionnellement, et un anatomiste dont l'expérience ne sera niée par personne, M. le docteur Ludovic Hirschfeld, nous disait dernièrement encore que rarement il en avait observé; or, parmi le grand nombre de femmes qu'il a ouvertes et qui ont servi de sujets à ses études anatomiques, il serait bien extraordinaire qu'il n'en ait jamais ou presque jamais rencontré qui fussent dans les conditions où ces corps jaunes se présentent. Ces corps jaunes volumineux lui paraissent donc à lui, comme à nous, comme à d'autres, et comme à M. Trousseau, des faits exceptionnels; le noyau qui les forme est la conséquence d'un travail hémorrhagique, morbide, tout au moins anormal, qui s'est fait dans les ovaires, et le premier degré peut être des kystes hémorrhagiques, dont la rupture peut donner lieu à l'hématocèle accidentelle. La théorie de M. Trousseau reste donc celle-ci: au moment des règles, une fluxion s'opère vers les organes de la génération, et les ovaires n'en sont pas plus exceptés que les autres; mais l'énucléation des ovules, la déchirure de l'ovaire, ne sauraient donner lieu, *à l'état normal*, à une hémorrhagie; et le flux sanguin menstruel se fait tout entier par la muqueuse qui tapisse l'utérus, la trompe et le pavillon de la trompe.

Ce serait d'ailleurs un sujet d'études intéressantes que de rechercher anatomiquement les preuves de cette ingénieuse théorie.

DU RAPPORT DES LÉSIONS ET DES SYMPTOMES dans le mal vertébral.

Par M. BOUVIER.

(Lu dans la séance de la Société de chirurgie du 21 mars 1858.)

Nul ne conteste la pluralité des lésions qui produisent le mal vertébral; mais ces lésions ont-elles chacune des effets propres, permettant de les considérer comme des espèces pathologiques distinctes, comme des maladies vertébrales différentes? Notre honorable collègue, M. Broca, s'est efforcé de séparer, par des caractères tranchés, deux groupes de lésions vertébrales, savoir les affections tuberculeuses et celles qui dépendent de l'inflammation du tissu osseux ou de ses annexes, ou bien, pour simplifier les termes, les tubercules et la carie. Mes lectures et mes propres observations ne m'avaient pas fait reconnaître des différences aussi absolues entre ces deux genres de lésions; mais, en présence des affirmations formelles de mon savant ami, j'ai dû reprendre *ab ovo* l'étude de cette question. C'est le résultat de ces nouvelles recherches que je soumets aujourd'hui à l'appréciation de mes collègues.

J'ai analysé cent vingt observations de mal vertébral, consignées dans les *Bulletins de la Société anatomique*, dans le *Traité des maladies articulaires* de Brodie, dans la description du musée de Hovius par Bonn, dans les *Observations sur les difformités* de Delpech et Trinquier, dans le *Traité des maladies de la moelle épinière* d'Ollivier (d'Angers), et dans les mémoires spéciaux de Michet, de MM. Louis, Laurence, Lebert. Il m'eût été facile de doubler le nombre des faits; mais les circonstances ne m'ont pas permis d'étendre plus loin ce travail. J'ai omis à dessein d'y faire entrer les observations inédites qui me sont propres.

Le dépouillement et le classement de ces faits m'ont fourni les solutions suivantes aux questions soulevées par le travail de notre estimable collègue.

Première question. — Le mal vertébral des enfants est-il le plus souvent tuberculeux, celui des adultes le plus communément dû à la carie?

Sur 78 cas dans lesquels l'âge des sujets est indiqué et la nature de la lésion assez clairement établie, je trouve 49 adultes et 29 enfants. La maladie était tuberculeuse chez 30 adultes, produite par d'autres causes chez 19 seulement. 16 enfants ont présenté des tubercules vertébraux, 13 des affections d'une autre nature. Ainsi, la proportion des tubercules et de la carie s'est montrée, chez les adultes, dans le rapport de 3 à 2; chez les enfants, dans le rapport de 2 1/2 à 2; par conséquent, la fréquence des tubercules a été moindre dans le jeune âge.

Deuxième question. — Le mal vertébral est-il généralement tuberculeux dans la région dorsale et dans la région cervicale? Celui des lombes dépend-il bien plus souvent de la carie?

Je ne me suis pas occupé des affections de la première et de la deuxième vertèbres cervicales, et sur 11 observations d'affection des cinq dernières vertèbres du cou que comprend mon relevé, la nature de la lésion n'est indiquée nettement que dans 2 cas.

Sur 44 cas de mal vertébral de la région dorsale à lésion assez bien déterminée, la maladie était tuberculeuse 24 fois, non tuberculeuse 20 fois. Sur 32 cas siégeant à la région lombaire ou lombo-sacrée, on trouve 21 fois des tubercules, 11 fois seulement d'autres affections osseuses. La fréquence des tubercules a donc été plus grande aux lombes qu'au dos.

Troisième question. — La gibbosité est-elle un phénomène à peu près constant dans l'affection vertébrale tuberculeuse? Manque-t-elle, au contraire, très-souvent dans la carie?

Sur 42 cas de mal vertébral tuberculeux, 27 ont été accompagnés de gibbosité; 15 n'en ont pas présenté. Sur 27 affections non tuberculeuses, il y a eu gibbosité dans 21 cas, absence de gibbosité dans 6 seulement. La gibbosité s'est donc rencontrée un peu plus fréquemment lorsque la maladie n'était pas tuberculeuse.

L'âge des sujets, le siége de la lésion, exercent une influence marquée sur la formation de la gibbosité.

1° Age. De 40 enfants atteints de mal vertébral, 34 ont offert une gibbosité; 6 seulement en ont été exempts. Au contraire, sur 64 adultes, 34 seulement ont eu la gibbosité; elle a manqué dans les 27 autres cas.

Cette différence ne dépend pas de la nature du mal ou de son siége suivant l'âge; car on la retrouve en comparant les deux périodes de la vie dans des cas semblables au point de vue du siége ou de la nature de la lésion.

2° Siége. 10 cas d'affection cervicale inférieure ont présenté 3 cas de gibbosité et 7 cas où ce symptôme ne s'est pas manifesté. A la région dorsale, sur 55 cas, il y a eu gibbosité 45 fois, absence de gibbosité 10 fois seulement. Aux lombes, au contraire, sur 36 cas, la gibbosité ne s'est montrée que 20 fois; elle a manqué dans 16 cas.

Quatrième question. — Est-il vrai que la carie vertébrale ou le mal vertébral non tuberculeux soit toujours primitivement superficiel? qu'il n'affecte pendant longtemps que la surface de l'os? Est-il vrai que les tubercules l'excavent toujours profondément dès le début?

Sur 14 cas de lésions très-superficielles, comprenant 7 cas d'affection des fibro-cartilages, 5 sont de nature tuberculeuse, 9 de nature inflammatoire.

Sur les 42 cas restants de tubercules, il s'en trouve 12 dans lesquels l'altération portait principalement sur la surface des corps vertébraux, que les tubercules avaient érodée ou creusée d'alvéoles superficiels.

D'un autre côté, sur 32 cas de maladie non tuberculeuse, il y en a 4 où l'ostéite et la carie consécutive occupaient la partie centrale des corps vertébraux, qu'ils avaient creusés de cavités intérieures, de cavernes semblables à celles des tubercules enkystés. C'est M. Lebert, c'est M. Robin, qui ont constaté ces faits; et il en ressort évidemment que, s'il est vrai que la carie attaque plus souvent la surface, le tubercule l'intérieur des corps vertébraux, les lésions profondes des vertèbres ne sont pas pour cela forcément tuberculeuses. Ces lésions centrales et toutes leurs suites peuvent être déterminées par l'ostéite suppurante aussi bien que par les tubercules, de même que les érosions superficielles et les effets qui leur sont propres peuvent dépendre des tubercules comme de la carie. Je dirai même que les cas de lésion profonde sans tubercules se sont tellement multipliés dans ces derniers temps sous le microscope de M. Robin, que c'est à se demander s'il n'y a pas eu erreur dans une partie des observations antérieures, et si l'affection tuberculeuse centrale des vertèbres n'est pas beaucoup plus rare qu'on ne le pense.

Cinquième question. — La destruction osseuse est-elle habituellement moins étendue dans la carie que dans les tubercules, et ceux-ci sont-ils la cause exclusive des gibbosités énormes produites par la disparition d'un grand nombre de corps vertébraux?

Sur 47 cas de tubercules du rachis, il n'y avait qu'une vertèbre ou deux de malades dans 14 cas; le mal s'étendait à trois, quatre ou cinq vertèbres dans 19 cas, à plus de cinq vertèbres dans 14 cas.

Sur 34 affections non tuberculeuses, la lésion occupait 11 fois une ou deux vertèbres, 13 fois trois, quatre ou cinq vertèbres, 10 fois plus de cinq de ces os.

Ainsi, dans les tubercules comme dans la carie, les trois degrés d'étendue du mal se sont partagés à peu près également le nombre total des cas.

Quant à la profondeur de la lésion, sur les 47 affections tuberculeuses, 13 ont fait disparaître en tout ou en partie plus de deux corps vertébraux. 9 cas, sur les 34 non tuberculeux, ont produit une destruction semblable. Ces ravages profonds de la maladie se sont donc montrés encore ici dans une proportion très-analogue pour les deux groupes; ils forment, dans la carie comme dans les tubercules, un peu plus de la quatrième partie des cas.

Sixième question. — La paralysie est-elle très-rare dans la carie, et au contraire très-fréquente dans l'affection tuberculeuse?

L'état des mouvements est indiqué dans 44 cas de tubercules et dans 27 cas d'affections non tuberculeuses.

Il y a eu paralysie 19 fois dans le premier groupe, 8 fois dans le second. La proportion diffère quelque peu: elle est d'un peu moins d'un tiers dans le mal vertébral non tuberculeux, d'un peu plus des deux cinquièmes dans les maladies tuberculeuses. La paralysie a donc été, non pas beaucoup plus rare, mais seulement un peu moins fréquente dans la carie que dans les tubercules, et même cette différence n'appartient peut être pas à la carie proprement dite, car elle est produite par cinq cas d'arthrite vertébrale qui figurent parmi les caries, et dont aucun ne s'accompagnait de paralysie.

On comprend *à priori* que les fonctions de la moelle sont d'autant plus exposées à souffrir, que la lésion osseuse est plus profonde. Sur 17 affections vertébrales qui ne portaient que sur les ligaments ou sur la superficie des corps vertébraux, il n'y a que 3 cas de paralysie, soit la sixième partie des cas. Au contraire, sur 80 cas de lésion plus profonde, 37, ou près de la moitié, ont produit la paralysie. Que la maladie soit tuberculeuse ou non, elle est soumise à cette loi, puisque, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il est des tubercules superficiels, comme il est des caries profondes.

C'est par suite de cette même loi, que l'on trouve un rapport sinon nécessaire, du moins assez marqué, entre l'existence de la gibbosité et celle de la paralysie. Sur 64 cas accompagnés de gibbosité, il y avait paralysie dans 33 cas, ou dans plus de la moitié. Sur 32 cas sans gibbosité, 8 seulement, ou le quart, présentaient de la paralysie. On se gardera d'en conclure que la paralysie soit bien plus souvent le résultat des tubercules que de la carie, si l'on veut bien se rappeler que la gibbosité ne s'est pas rencontrée moins fréquemment dans la carie que dans les tubercules.

Mais le siége du mal à telle ou telle hauteur n'influe pas moins sur la manifestation des lésions fonctionnelles de la moelle. Sur 10 cas siégeant aux cinq dernières vertèbres cervicales, la paralysie existait dans 5 cas et manquait dans les 5 autres. Sur 56 cas de mal vertébral de la région dorsale, il y avait paralysie dans 33 cas, ou dans les trois cinquièmes des cas. Au contraire, 38 affections lombaires ou lombo-sacrées n'ont offert de paralysie que 5 fois, ou dans moins de la septième partie des cas. Ce n'est pas la nature de la lésion qui produit ces différences; car on la retrouve à peu de chose près dans des lésions identiques classées d'après leur siége. La terminaison de la moelle vers l'intervalle de la première et de la deuxième vertèbres lombaires me paraît fournir la principale raison de cette diversité d'action du mal vertébral sur l'innervation suivant le lieu qu'il occupe.

Septième question. — Les abcès par congestion sont-ils constants

dans la carie? Manquent-ils au contraire très-souvent dans l'affection tuberculeuse?

On a cherché plus d'une fois à expliquer pourquoi la destruction des vertèbres dans le mal vertébral s'accomplit, dans certains cas, sans collections purulentes extérieures, et pourquoi ces collections se forment dans d'autres cas.

Boyer, qui ne connaissait pas les tubercules du rachis, regarda les abcès par congestion comme un effet de la carie superficielle; la carie profonde ne les produisait, suivant lui, que rarement.

Brodie, qui n'a pas non plus tenu compte de la maladie tuberculeuse, est disposé à croire que l'affection qui a son origine dans les os est plutôt suivie de suppuration que celle qui commence par les ligaments intervertébraux. Delpech, en 1816, — M. Broca nous l'a rappelé, — réserva le nom de *carie* vertébrale pour la carie superficielle de Boyer; c'était cette carie qui produisait les abcès par congestion sans gibbosité. Il rapporta aux tubercules ce que Boyer appelait *carie profonde*, tout en admettant que l'affection tuberculeuse pouvait se développer, « soit *à la surface* des vertebres, soit dans les fibro-cartilages intermédiaires, soit dans le centre même de la substance osseuse. » (*Précis des mal. réput chir.*, t. III, p. 645.). Mais il paraît que Delpech ne s'en est pas tenu là : dans un ouvrage qu'il composa en 1831 avec Trinquier et qui ne parut qu'après sa mort, la carie est supprimée; il n'y a plus dans le mal vertébral que des tubercules. Les tubercules superficiels remplacent la carie superficielle, et deviennent la cause la plus ordinaire des abcès par congestion; les tubercules profonds seuls répondent à la carie profonde de Boyer (Delpech et Trinquier, *Observ. cliniq. sur les difformités*, p. 99 et 101). Une doctrine à peu près semblable est professée par plusieurs auteurs modernes.

M. Ripoll s'est attaché, comme Brodie, à distinguer deux groupes d'affections vertébrales, celles qui siégent dans les ligaments intervertébraux et celles qui débutent par les os. Comme Brodie, il attribue particulièrement les abcès à la lésion primitive des os, et les croit rares dans l'affection des fibro-cartilages. Ce sont, suivant lui, les tubercules, rarement la carie, qui constituent l'affection osseuse, et qui en conséquence produisent le plus grand nombre des abcès par congestion. L'autre genre de lésion, ou l'*arthrite vertébrale*, comme il l'appelle, est, pour M. Ripoll, la maladie bénigne, celle qui se complique rarement d'abcès.

Reprenant les premières idées de Delpech, notre collègue M. Broca a retourné en quelque sorte la distinction établie par M. Ripoll. Les tubercules, cause ordinaire des abcès, selon M. Ripoll, deviennent, dans l'exposé de M. Broca, l'affection bénigne, rarement suivie d'abcès. Les autres lésions, englobées dans un même groupe, constituent l'espèce grave, l'espèce suppurante par excellence, sauf quelques obscurités qu'il resterait à dissiper touchant les effets de l'arthrite rachidienne.

Voyons nos chiffres.

Sur 115 cas de mal vertébral, il s'est rencontré 68 abcès par congestion, — soit dans les trois cinquièmes des cas, — 30 abcès sessiles, qui en forment le quart, et 17 cas sans abcès, qui sont la septième partie du nombre total.

Or, sur 46 affections vertébrales tuberculeuses, je trouve 16 fois, ou dans le tiers des cas, un abcès sessile ou limité au point malade; 23 fois, ou dans la moitié des cas, un abcès migrateur, étendu, plus ou moins éloigné du point malade; 7 fois seulement, ou dans la sixième partie des cas, il n'y avait point d'abcès.

Sur 33 affections non tuberculeuses, il y avait 4 cas d'abcès limités au point malade; 23 de ces affections, ou les deux tiers, avaient produit des abcès par congestion étendus; 6, ou près du cinquième, n'étaient point accompagnées d'abcès.

Toute collection purulente a donc manqué dans la carie aussi fréquemment que dans les tubercules. Les abcès tuberculeux limités ou sessiles ont été beaucoup plus fréquents que les abcès sessiles dépendant de la carie. En revanche, le rapport de 2/3 à 1/2 exprime la fréquence relative des abcès par congestion proprement dits dans la carie et dans les tubercules.

D'après ces résultats numériques, les abcès ne seraient pas plus constants dans le mal vertébral non tuberculeux que dans l'espèce tuberculeuse, et les abcès migrateurs, en particulier, ne seraient pas *beaucoup* moins fréquents dans les tubercules que dans les autres lésions comprises sous le nom de *mal vertebral.*

Sur 20 cas de lésions superficielles affectant spécialement les ligaments, qu'il y eût carie superficielle, arthrite ou affection tuberculeuse, 13, ou les deux tiers, ont déterminé des abcès par congestion. Cette proportion serait favorable à l'opinion de Boyer sur l'affinité de ces abcès avec ce qu'il appelait la *carie superficielle*, si l'on ne retrouvait une proportion à peu près semblable dans des circonstances tout opposées où il existait une altération limitée, mais profonde, d'un point du rachis, comme dans ce que Boyer a décrit sous le nom de *carie profonde.* En effet, 21 cas de ce genre, dans lesquels une ou deux vertèbres étaient en grande partie ou en totalité détruites, ont également présenté 13 abcès par congestion.

Si l'on prend en bloc tous les cas de destruction des corps vertébraux, quelle que soit l'étendue de la lésion en surface, on trouve un certain rapport entre la fréquence des abcès par congestion et le nombre de vertebres détruites.

Ainsi, sur 22 cas de destruction totale ou partielle d'un seul corps de vertèbre, il n'y a eu d'abcès migrateurs que 9 fois, ou dans moins de la moitié des cas. Sur 28 destructions de deux vertèbres, ces abcès se sont montrés 17 fois, ou dans près des deux tiers des cas, et 31 cas où la destruction avait atteint trois vertèbres ou davantage en ont offert 22 fois, ou dans plus des deux tiers des cas.

On devine, d'après ces faits, que la gibbosité est loin d'exclure les abcès par congestion. Sur 68 cas accompagnés de gibbosité, 34, ou la moitié, étaient compliqués d'abcès migrateurs; des abcès sessiles existaient dans 21 cas; 13 seulement, ou la cinquième partie des cas, ne présentaient point de collection purulente.

Néanmoins la fréquence des abcès par congestion a été un peu plus grande dans les cas où il n'existait pas de gibbosité et où la lésion était, en général, plus étendue en surface qu'en profondeur. Sur 32 cas de ce genre, 24, ou les trois quarts, ont donné lieu à des abcès par congestion, 4 à des abcès limités; 4 cas, ou la huitième partie, n'ont pas déterminé d'abcès.

La région affectée n'est pas sans influence sur le degré de fréquence des abcès. Sur 112 cas dans lesquels le siége du mal et l'existence ou la non-existence des abcès sont indiquées, 10 affectaient les cinq dernières vertèbres cervicales, 59 la région dorsale, 42 la région lombaire ou lombo-sacrée; 1 cas qui était double occupait à la fois la région cervicale et la région lombaire.

Or les 11 affections cervicales ont présenté 9 abcès étendus; les 59 affections dorsales ont offert 24 abcès par congestion étendus, et 23 abcès limités au point malade; les 43 affections lombaires, 33 abcès étendus et 7 abcès limités ou sessiles.

Ainsi, les abcès migrateurs se sont montrés à la région dorsale dans les *deux cinquièmes*, à la région lombaire dans plus des trois quarts ou dans près des *quatre cinquièmes* des cas; ces abcès ont été presque deux fois aussi fréquents dans le mal vertébral lombaire que dans le mal vertébral dorsal. Est-ce parce qu'il y avait moins d'affections tuberculeuses aux lombes qu'au dos? Sur les 59 affections dorsales, 24, ou les deux cinquièmes, étaient tuberculeuses; 19 étaient inflammatoires; la nature de la lésion est restée indéterminée dans 17 cas. Sur les 43 affections lombaires, 21, ou la moitié, étaient tuberculeuses, 11 inflammatoires; 11 ne peuvent être classées à ce point de vue. C'est aux lombes, on le voit, que la proportion des tubercules a été la plus forte. Ce n'est donc pas à la prédominance des tubercules dans la région dorsale qu'on peut attribuer la fréquence moindre des abcès migrateurs dans le mal vertébral de cette région.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS PAR LE VIRUS VACCIN,

Par M. Justin LUKOMSKI, lieutenant-capitaine du corps des forestiers au service de la Russie.

Le virus vaccin, si précieux déjà par sa propriété préservative de la variole, est appelé à rendre de nouveaux services à l'humanité. J'ai eu le bonheur de découvrir l'action anti-syphilitique de ce virus, action curative et jusqu'à un certain point prophylactique (1). Les résultats détaillés de mes observations sont consignés dans les mémoires présentés par moi à l'Institut de France (Académie des sciences), à l'Académie impériale de médecine de Paris, à l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg, à l'Académie impériale médico chirurgicale de Saint-Pétersbourg, etc. Ces mémoires ont pour titre : *Du traitement de la syphilis par la vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du virus vaccin* (idem en langue russe). Leur contenu est identique. Je me bornerai ici à exposer en quelques mots les principaux résultats de mes observations et expériences. Ainsi, comme je l'ai déjà dit, on peut guérir de la syphilis par la vaccination. Ce n'est pourtant que dans des cas très-rares, lorsque la maladie est très-légère et encore plus ou moins récente, qu'il suffit d'une seule vaccination.

Ordinairement, il faut plusieurs vaccinations successives, 5, 6 ou même plus, suivant l'intensité et l'ancienneté de la maladie. On conçoit que la disposition individuelle peut aussi influer sur le nombre nécessaire des vaccinations. Mais si dans quelques cas il fallait aller même jusqu'à 10 ou 12 vaccinations successives, en faisant chaque fois 10 ou 12 piqûres, serait-ce trop pour guérir une maladie ancienne, intense, rebelle aux traitements ordinaires?... Les vaccinations doivent être successives, c'est-à-dire qu'il faut laisser agir quelque temps le virus vaccin d'abord inoculé, puis en inoculer du nouveau. L'intervalle qu'il me paraît le plus convenable de laisser écouler entre les vaccinations est une semaine. Le nombre des piqûres à chaque vaccination dépend nécessairement de la quantité de virus vaccin dont on dispose; mais je pense que plus on fait de piqûres et plus on y dépose de virus, mieux cela sera. Mais la condition principale, à laquelle on doit surtout faire attention, condition *sine qua non*, c'est la fraîcheur, l'énergie, en un mot, la bonne qualité du virus. En agissant comme je l'ai dit, on voit se dissiper promptement tous les symptômes de la syphilis primitive et constitutionnelle : uréthrites et vaginites, chancres, bubons, excroissances et végétations diverses, pustules, papules, et en général toutes les variétés de syphilides. De tous ces symptômes les excroissances et végétations se dissipent le plus, et les pustules et papules le moins promptement; c'est au moins ce qui a eu lieu dans les cas par moi observés. La disparition complète des symptômes s'effectue par la vaccination seule, sans l'emploi d'aucun remède interne ou externe, pas même de lavages à l'eau, et sans aucune diète.

Certes, par suite de la nouveauté de la méthode, il est encore impossible de savoir si le virus syphilitique est entièrement détruit dans l'économie par ce traitement, ou si les accidents reparaîtront après un temps plus ou moins. Il y a lieu pourtant d'espérer que, par un traitement continu et suffisamment prolongé, on peut non-seulement guérir les symptômes, mais encore anéantir complétement le principe du mal.

En tout cas, de ce qu'on ne peut pas prévoir avec une précision mathématique tout ce qui arrivera plus tard, il ne s'ensuit pas qu'on ne doive pas employer une méthode qui fournit de si heureux résultats, d'autant plus qu'on ne peut pas lui faire les reproches qu'on a fait à la syphilisation, avec laquelle il ne faut nullement la confondre.

Convaincu de la véritable utilité de cette méthode, et désirant en répandre la connaissance et l'application le plus promptement possible, je me suis décidé à faire, indépendamment des mémoires détaillés dont il a été parlé plus haut, cette communication aux médecins les plus renommés dans l'espoir qu'ils voudron bien vérifier expérimentalement les faits par moi annoncés, et dans la persuasion qu'ils reconnaitront leur justesse lorsqu'ils expérimenteront. Je m'adresse à eux dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

(1) Cette prophylaxie est loin d'être absolue (l'organisme paraît seulement devenir moins apte à contracter la syphilis, surtout la syphilis constitutionnelle), et elle n'est pas durable; mais on conçoit que tant que dure l'action curative, la prophylaxie existe nécessairement.

NOUVELLE OBSERVATION DE HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE,

réduite sous l'influence de l'extrait de belladone à l'intérieur.

Par M. le docteur L'HERMIER DES PLANTES.

Un meunier, âgé de cinquante-sept ans, portait depuis vingt ans une hernie inguinale droite, pour laquelle il a fait usage d'un brayer depuis le même nombre d'années. Il y a six mois environ que, son bandage s'étant brisé, cet homme, ne sentant plus la hernie redescendre, se croyait radicalement guéri de son infirmité, lorsque le 24 juin dernier, en se rendant à son moulin sans avoir fait le moindre effort, il a senti *subitement* son ventre tomber (*sic*). Immédiatement, douleurs violentes, mouvements convulsifs, vomissements abondants de matières bilieuses d'abord, fécales ensuite. Constipation opiniâtre, hoquet, soif vive, pouls petit, dur, fréquent, peau froide, sueur visqueuse; face pâle, grippée. La tumeur herniaire dure, rénitente, extrêmement sensible et douloureuse à la pression, se refuse à toute tentative de taxis. M. L'Hermier prescrivit la potion suivante :

Extrait de belladone.	30 centigr.
Eau de fleurs d'oranger.	80 grammes.
Sirop diacode.	30 —

A prendre par cuillerées toutes les demi-heures.

En même temps, application sur la tumeur d'un large cataplasme arrosé de 20 gouttes de teinture de belladone et de 20 gouttes de teinture de jusquiame. Un peu plus tard, le malade ne pouvant supporter le poids du cataplasme, fut placé dans un bain, où il resta une heure.

Après la seconde cuillerée de la potion belladonisée, le facies redevint normal; le pouls se ralentit et reprit de la force; le hoquet, les nausées, les vomissements, les crampes disparurent.

Au bout de cinq heures, la tumeur s'était spontanément réduite, et le malade s'endormait paisiblement. (*Revue thérapeutique du Midi.*)

FISTULE URÉTHRALE GUÉRIE PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Par M. le docteur TAUTURRI.

Un individu présenta les symptômes ordinaires d'une prostatite, qui bientôt le mit dans l'impossibilité de monter à cheval. Il s'établit, malgré un traitement énergique, une suppuration profonde, à la suite de laquelle se forma une fistule uréthro-périnéale de la largeur d'un pouce et demi (environ 40 millimètres).

M. Tauturri fut alors appelé; la fistule datait à cette époque de cinq mois. La membrane interne était épaisse, calleuse; il semblait que le stylet passât sur un tissu fibreux. Il existait au niveau de la prostate un engorgement indolent, et la partie membraneuse de l'urèthre était rétrécie. On essaya de faire résoudre l'engorgement avec la pommade mercurielle belladonée, et l'on traita le rétrécissement par l'emploi méthodique des bougies.

Au bout d'un mois les diverses complications avaient à peu près disparu, et la fistule était ramenée à un état de simplicité.

Ce fut alors qu'au moyen d'une sonde élastique fixée à l'urèthre on pratiqua des injections d'un mélange de 1 partie de teinture d'iode et de 7 parties d'eau en y joignant la compression avec un bandage approprié. Les injections furent répétées tous les deux ou trois jours, en diminuant chaque fois la proportion d'eau. A partir de la quinzième, la teinture fut employée seule, et après quatre de ces dernières injections la fistule était fermée. (*Il Morgagni.*)

OBSERVATION D'ASCITE CONGÉNITALE,

Par le professeur VIRCHOW,

La mère, âgée de trente ans, portait une division du palais. Elle avait mis au monde six enfants, dont l'aîné se portait bien. Les trois derniers étaient morts peu après la naissance, tous trois avec de l'ascite. Pendant la dernière grossesse, cette femme se portait bien, l'accouchement se fit facilement et fut suivi de l'écoulement d'une grande quantité d'eau; le placenta était énorme. Le fœtus paraissait être arrivé au septième mois environ. Son abdomen était fortement distendu par un liquide brun rougeâtre; les intestins étaient en grande partie couverts de flocons fibrineux, le mésentère rigide, rétracté comme par un tissu cicatriciel. Le foie et la rate étaient volumineux, les autres organes sains.

M. Virchow rapproche ce cas de ceux sur lesquels M. Simpson a appelé l'attention. C'est une péritonite produite par une influence héréditaire, qu'on est bien forcé de rapporter à un trouble permanent, quoique inconnu, de l'organisme maternel.

Dans d'autres cas, à la vérité, on ne saurait admettre cette étiologie, lorsque, par exemple, de deux jumeaux qui se partageaient un placenta unique, un seul est hydropique, comme cela a été vu par M. Simpson. (*Gaz. hebd.*)

FEMME AVEC QUATRE MAMELLES.

Par E. Jas. KEATOR.

Cette observation curieuse a été recueillie dans le service de M. Bruckell.

Marguerite Talway, d'Inde, a vécu en Louisiane environ quatre mois, dans la province du Mississipi huit ans; elle est âgée d'environ

quarante ans. Elle s'est mariée à quinze ans, et a eu sept enfants. Elle a quatre mamelons, dont les deux surnuméraires sont situés, l'un à droite et l'autre à gauche, à peu près à deux pouces au-dessous des mamelons normaux. Elle allaitait d'ordinaire avec l'un ou l'autre de trois de ces mamelons. Ceux-ci fournissaient tous également du lait; mais le surnuméraire du côté droit a toujours été trop petit. Les mamelons semblent naître de glandes mammaires surnuméraires. Cette femme est aujourd'hui dans un état avancé de phthisie.

(*New-Orleans medical News and hospital Gazette.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 juin 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Méthode hémospasique. — M. JUNOD lit un mémoire ayant pour titre : *Compte rendu de différentes applications de la méthode hémospasique faites en Algérie.*

Appelé dans ces derniers temps, dit l'auteur, à passer l'hiver en Italie, je me suis naturellement laissé entraîner au désir de traverser la Méditerranée pour aller expérimenter en Algérie une méthode de traitement qui devait, ce me semble, s'adapter particulièrement aux affections congestives d'un climat chaud, et répondre en même temps à cette indication capitale de leur thérapeutique : *éviter, autant que possible, de tirer du sang.* Nulle part, en effet, plus que dans les latitudes méridionales, il convient d'éviter toute dépression prolongée et définitive des forces, tout affaiblissement profond de l'économie, qui, en détruisant la résistance de l'organisme, le rend accessible aux maladies endémiques, la fièvre et la dysenterie notamment.

L'auteur rapporte ici deux séries d'observations, les unes relatives à des affections externes et sporadiques, les autres aux affections intermittentes; puis il fait suivre ces observations des réflexions suivantes :

En présence des faits signalés ci-dessus, il m'est permis de penser que de nouvelles expériences seront favorables à cette méthode, appelée à rendre de grands services dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles d'Afrique.

C'est ainsi que nous avons vu presque constamment, en moins de quinze minutes, le pouls, de violent et pressé qu'il était, réduit à l'état filiforme; la température du corps abaissée en raison de la dépression croissante du pouls. Cette décroissance de la calorification pouvait être facilement appréciée au toucher de la peau, à celui de la langue, et, mieux encore, à l'aide d'un petit thermomètre inséré sous cet organe. En même temps se manifestait, à la périphérie du corps, une sueur halitueuse, véritable excrétion éliminatrice que l'on entretenait soit en prolongeant l'application intermittente de l'appareil, soit en replaçant immédiatement le sujet sous la couverture de laine. Cette puissante diaphorèse, obtenue aussi le plus souvent par les efforts seuls de la nature, sans intervention du calorique, n'est pas un des effets les moins nouveaux et les moins caractéristiques de notre méthode.

En réfléchissant à la succession des phénomènes relatés dans toutes les observations recueillies, on ne saurait s'empêcher de saisir une certaine relation entre leur agencement et celui des phénomènes qui constituent l'accès fébrile lui-même : dépression et réfrigération, sueurs avec réaction, réaction lente et graduée, modérable d'ailleurs à volonté, par la continuation facile de l'action dérivatrice.

En tête des bienfaits de cette thérapeutique substitutrice se place, si je ne me trompe : 1° Une puissante ressource pour combattre les congestions viscérales et les engorgements organiques qui surviennent si fréquemment, surtout à la suite des accès longtemps répétés ; 2° dans les accès ordinaires, on calme toujours instantanément le malade, quelles que soient les douleurs qu'éveillent le paroxysme et la période pyrétique. Pour obtenir plus sûrement ce résultat, il faut quelquefois pousser la dérivation jusqu'à rendre le pouls imperceptible.

Il est surtout une catégorie particulière d'affections endémiques algériennes, dans lesquelles la méthode hémospasique est évidemment appelée à rendre les plus grands services. Je veux parler de ces cas de fièvres rebelles, persistantes, caractérisés par une véritable période chronique ou une interminable convalescence, pendant lesquelles les voies digestives, fatiguées par la maladie et des traitements actifs et prolongés, ne peuvent plus supporter la médication quinique. Détourner chez ces malades épuisés, les congestions viscérales que la débilitation rend d'autant plus dangereuses, est une indication trop rationnelle pour que nos confrères de l'Algérie ne me sachent pas quelque gré de leur en avoir indiqué les moyens, en démontrant sous leurs yeux la puissance et l'opportunité de mes appareils. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer.)

— M. PUECH adresse de Toulon un nouveau document à joindre à ses précédentes communications sur les rapports que l'on avait voulu établir entre la maladie bronzée et les altérations des capsules surrénales. (Renvoi à la commission nommée pour ses précédentes communications sur le même sujet, et qui se compose de MM. Flourens, Rayer et Cl. Bernard.)

— JULES CLOQUET présente à l'Académie la deuxième édition de l'opuscule publié par M. le professeur Gama, ex-chirurgien en chef du Val-de-Grâce, sur l'utilité des citernes dans les établissements militaires ou civils et les maisons particulières.

Eaux minérales de Sylvanès. — M. B. CAUVY adresse une note sur les eaux minérales de Sylvanès (Aveyron). Ces eaux sont thermales. Le 1er novembre 1847, la température de ces eaux était, pour les différentes sources désignées dans le pays par les nos 1, 2, 3, 4, de 33°,6; 34°,5; 34°; 34°,5. Ces eaux ne sont nullement sulfureuses, quoiqu'elles aient été indiquées comme telles par quelques expérimentateurs, qui analysant des eaux transportées à distance, avaient probablement regardé comme principe sulfureux préexistant dans ces eaux, celui qui s'était développé par l'action réciproque des matières organiques et des sulfates qu'elles contiennent.

Les eaux de Sylvanès sont arsenicales.

L'analyse d'indication a montré que les quatre sources avaient une composition très-analogue : on n'a soumis à l'analyse quantitative que les eaux des sources 3 et 4.

Les eaux de Sylvanès contiennent, au fond des réservoirs, une matière ocreuse qui est entraînée au dehors sous forme de flocons d'un jaune plus ou moins foncé.

L'analyse quantitative du résidu ocreux de l'eau n° 4 indique que ce résidu se compose d'une partie soluble avec effervescence dans les acides, et d'une partie insoluble dans cet acide et dans l'eau, mais soluble dans le carbonate de soude à la chaleur rouge. La partie soluble dans l'acide chlorhydrique renferme de la silice, du fer en grande quantité, de la chaux, de la magnésie et de l'*arsenic*. La partie insoluble dans l'acide chlorhydrique et attaquée par le carbonate de soude se compose de silice, d'alumine et de fer.

L'arsenic a été dosé sous la forme de sulfure arsénieux dans les ocres provenant des eaux n° 3 et n° 4.

100 grammes de l'ocre n° 3 ont produit : sulfure arsénieux .	1,976
qui correspondent à acide arsénieux.	1,570
100 grammes de l'ocre n° 4 ont produit : sulfure arsénieux.	1,827
qui représentent acide arsénieux.	1,450

Ces ocres sont insolubles dans l'acide carbonique.

— M. DELAFOND annonce avoir découvert sur un mouton napolitain galeux un *acarus* très-différent de celui qui est déjà connu pour ce ruminant.

Le mouton sur lequel a été observé ce sarcopte (qu'on a lieu de considérer comme identique avec celui qui vit sur l'homme, le chien, le lion, le cheval), présente à la peau de la face, des lèvres, du pourtour des yeux et de la surface externe des oreilles une grande quantité de sillons isolés ou réunis, et de très-nombreuses papules prurigineuses, les unes solitaires, les autres rapprochées, confondues et formant des croûtes épaisses, dures, adhérentes, de couleur grisâtre; c'est dans ces sillons et sous ces croûtes que vivent et pullulent les sarcoptes. La maladie, connue sous le nom très-impropre de *noir museau* et dont on ignorait la nature, est donc une variété de la gale due aux sarcoptes.

— M. SÉMANAS, qui avait précédemment envoyé pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) un travail manuscrit intitulé *Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme phlegmasi-toxique et ses composés morbides*, adresse aujourd'hui sous le même titre un ouvrage imprimé, et demande que sous cette nouvelle forme, qui diffère de la première par certaines corrections et additions jugées indispensables, l'ouvrage soit soumis à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie, l'exemplaire manuscrit étant considéré comme non avenu.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale. MM. Cl. Bernard, Flourens, Milne Edwards, Serres, Rayer, réunissent la majorité des suffrages.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 mai 1858. — Présidence de M. ARCHAMBAULT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Diphthérite conjonctivale. — M. MAGNE. Je tiens à communiquer à la Société quatre cas, présentant un certain intérêt pratique, de diphthérite conjonctivale, c'est-à-dire d'une des affections les plus rares de la pathologie oculaire. Je dis des plus rares, car depuis plus de vingt années ce sont les seuls que j'ai rencontrés. Je suis heureux de pouvoir citer, comme entièrement conforme à la mienne, l'opinion de M. Sichel, qui regarde la diphthérite conjonctivale comme une maladie exceptionnelle. Voici ce qu'il m'écrivait en 1854 : « Sur tant de milliers d'ophthalmies qui depuis trente ans me passent annuellement sous les yeux, je ne puis me rappeler, en dehors de l'ophthalmie de la petite fille du passage Choiseul, au traitement de laquelle vous m'aviez convié à concourir, que dans deux cas bien prononcés de véritables pseudo-membranes formées sur la conjonctive palpébrale, sans qu'il existât de brûlures par le feu ou les caustiques ; encore le souvenir de ces deux cas, qui, tous les deux, je crois, appartenaient à l'ophthalmie des nouveau-nés, est-il assez confus, et je ne pense pas en avoir conservé des notes. »

Ainsi deux cas de diphthérite conjonctivale dans la pratique de M. Sichel, quatre cas dans ma propre pratique ; en tout, sept observations pendant un laps de plus de trente années dans deux cliniques où les ophthalmies de toute sorte abondent.

En opposition avec ce que nous avons constaté, comment se fait-il que la *diphthérite conjonctivale* se soit présentée avec autant de fréquence à MM. Chassaignac et de Græfe, deux savants observateurs avec lesquels on ne peut se dispenser de compter. Pour ma part, sauf plus ample édification, je crois que toute la différence gît dans le nom de la maladie. L'ophthalmie pseudo-membraneuse de MM. Chassaignac et de Græfe est constituée par une *pseudo pseudo-membrane*, passez-moi l'expression ; il ne s'agit que d'une concrétion de mucus ou de muco-pus, mince, molle et si peu adhérente, qu'une injection, une éponge, une pince, le doigt même, roulent aisément cette *pseudo pseudo-membrane* et la détachent sans efforts, l'adhérence à la conjonctive étant presque nulle, une sorte de juxtaposition.

En effet, la concrétion de muco-pus, cette espèce de trame épithéliale enlevée, la conjonctive demeure d'un rose rouge quelquefois granuleux, mais toujours uniforme.

Dans la diphthérite de la conjonctive, au contraire, la véritable pseudo-membrane, la couenne, le tissu albuminoso-fibreux, est intimement soudé à la conjonctive. Jamais il ne s'enlève d'une seule pièce; il faut le gratter, le racler, et partout où la conjonctive a cédé son parasite le sang coule, tant la soudure est intime. La paupière présente alors une série de points blancs : c'est la couenne et une série de points rouges, granuleux, saignants, qui vont en quelques heures se recouvrir d'une nouvelle trame aussi adhérente que la première. En miniature, le portrait tracé par Plutarque de la figure de Sylla : une fraise saupoudrée de farine.

En somme, et pour faire cesser toute erreur de mots, la maladie en question est une véritable diphthérite, le croup des paupières.

A la suite de ces considérations, M. Magne cite trois faits qui seront publiés à part.

M. MATTEI. J'ai vu un cas analogue à ceux dont M. Magne vient de vous entretenir. Il s'agit d'une femme qui avait depuis des années presque entièrement perdu la vue par l'interposition d'une membrane qui s'étendait d'une paupière à l'autre. Je me proposais de retrancher cette membrane par une opération, mais j'ai cessé de voir cette malade.

M. MAGNE fait observer qu'il s'agit ici d'ankyloblépharon, et non de diphthérite conjonctivale.

M. BOSSU. La communication de M. Magne ne saurait prouver contre le chlorate de potasse dans le croup. Il me semble qu'une conjonctivite limitée ne réclame pas pour spécifique le chlorate de potasse, et pour ma part, *à priori*, je n'aurais pas dans ce cas employé avec confiance ce médicament. Si le chlorate de potasse agit dans le croup, c'est qu'il existe alors une diathèse particulière.

M. MAGNE rappelle qu'il a émis cette opinion que la diphthérite des paupières n'est pas seulement une maladie locale, et qu'en pareille circonstance il existe tellement un état général, qu'un vésicatoire appliqué au cou pour combattre la diphthérite conjonctivale s'est lui-même couvert de pseudo-membranes.

M. DUVIVIER a eu à traiter un cas de croup par le chlorate de potasse ; les effets de ce médicament ont été nuls, et la mort a eu lieu malgré la trachéotomie.

M. DUHAMEL a perdu aussi dernièrement un enfant chez lequel le croup a résisté aux cautérisations les plus vigoureuses et au chlorate de potasse ; mais de ce que ce moyen a échoué quelquefois, il n'en résulte pas qu'il faille le condamner.

M. BOSSU insiste en faveur du chlorate de potasse, et conclut que bien que cet agent ne réussisse pas toujours, son action néanmoins ne saurait être mise en doute.

M. COURSSERANT pense que quelques chirurgiens ont fait erreur en croyant trouver des pseudo-membranes là où il existait un simple dépôt muqueux de la conjonctive. Il a rencontré deux fois la pseudo-membrane chez les enfants, et il a publié un fait d'ophthalmie blennorrhagique dans lequel des fausses membranes scarifiées et enlevées se reproduisaient très-rapidement.

M. le président fait observer qu'il ne s'agit ni du croup ni de l'ophthalmie blennorrhagique, mais bien de la diphthérite de la conjonctive.

De l'ophthalmoscope au double point de vue de la médecine légale et du recrutement de l'armée. — M. COURSSERANT appelle l'attention de la Société sur certaines questions relatives à ce sujet. Il s'occupe principalement des lésions qui siégent autour de la pupille du nerf optique, et dont l'ophthalmoscope seul peut nous révéler l'existence.

Ainsi la papille est-elle entourée, à droite et à gauche, d'un croissant d'une étendue variable, se confondant en dedans par sa concavité avec la papille, et limité en dehors par un bord anfractueux, à contours irréguliers de forme diverse, le sujet qui présente cette altération (sclérotico-choroïdite postérieure de l'école allemande) est *forcément myope*. Bien plus, si en dehors la sclérotico-choroïdite postérieure est limitée par une ligne noirâtre, due au refoulement et à la condensation du pigmentum, le processus morbide peut être considéré comme arrêté dans sa marche, et la myopie comme pouvant rester stationnaire : que si, au contraire, l'ophthalmoscope révèle l'absence de cette ligne noirâtre limitante, le malade se trouve encore sous l'influence de la cause morbide, qui agit spécialement sur l'œil; d'où il suit que l'affaiblissement visuel peut progresser de jour en jour, et la myopie arriver à un degré inquiétant. On conçoit donc comment, en pareille circonstance, l'ophthalmoscope entre les mains des conseils de révision peut amener à des résultats bien plus sûrs et bien plus positifs que tous ceux qu'on obtient par l'emploi des verres à foyer, dans le but de constater *la myopie vraie ou simulée.*

Au mois d'octobre dernier, un médecin de Paris, M. le docteur B..., fut grièvement blessé par la projection d'un marron d'Inde, qui produisit à l'œil gauche une mydriase considérable et un épanchement sanguin dans la chambre antérieure. Quelques jours après l'accident, l'examen ophthalmoscopique permit de constater un épanchement de même nature dans le corps vitré, et des flocons noirâtres flottant dans la chambre postérieure. D'un autre côté, lorsque la résorption plus ou moins complète des liquides épanchés permit de découvrir la papille du nerf optique, l'éclairage de l'œil révéla un épanchement sanguin ayant son siége au côté externe de la papille. Mais, comme dans les points où avait eu lieu la résorption on voyait, même bien longtemps après le jour où la blessure avait été faite, le commencement d'une sclérotico-choroïdite, ou tout au moins les apparences d'une sclérotico-choroïdite traumatique, notre confrère, appelé à donner un certificat motivé qui devait figurer dans une action judiciaire en demande de dommages-intérêts, n'hésita pas à prendre en sérieuse considération cette altération autour de la papille du nerf optique, toujours grave, quelle qu'en soit la nature, et à lui accorder une très-grande valeur au point de vue du pronostic.

Le secrétaire annuel, AL. MAGNE.

L'Association des médecins de la Seine-Inférieure a tenu, le 4 juin dernier, sa première assemblée générale annuelle. La réunion était fort nombreuse, et elle a été très-favorable à l'idée d'association. Voici le bureau qu'elle a nommé pour l'exercice de 1858-59 :

Président, M. Vingtrinier, de Rouen; *vice-présidents*, MM. Flaubert, de Rouen, et Maire, du Havre; *secrétaire général*, M. Bouteiller fils, de Rouen; *secrétaire général adjoint*, M. Morel, de Rouen; *trésorier*, M. Melays, de Rouen; *conseil judiciaire*, M. Frédéric Deschamps, avocat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De l'influence des voyages sur la phthisie pulmonaire (thèse inaug.), par M. le docteur P. L. DELMAS. — A Paris, chez M. Rigoux, imprimeur de la Faculté, rue Monsieur-le-Prince, 31.

LE SOIRD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JUIN 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

MM. J. Guérin et Beau ont occupé la tribune pendant toute cette séance. M. Guérin avait à défendre la théorie qu'il a exposée dans son précédent discours contre des critiques très-vives. Sans prétendre qu'il ait réussi cette fois mieux que la première à faire passer ses convictions dans l'esprit de l'auditoire, nous devons reconnaître du moins qu'il a réduit la plupart des objections qui lui ont été faites à des proportions assez minimes, pour qu'il n'y ait plus de part et d'autre que de faibles concessions à faire pour s'entendre. On verra aussi que les propositions qui avaient pu paraître malsonnantes et quelque peu hétérodoxes aux oreilles des accoucheurs, surtout après avoir été ou exagérées ou défigurées par la critique, ont été ramenées par ces nouvelles explications à des termes tels, qu'on ne saurait leur refuser un examen sérieux.

Il est certain que M. Guérin a introduit dans la discussion des données importantes, les unes nouvelles, d'autres connues, mais négligées jusqu'ici, et qui devront désormais entrer dans le contingent général des éléments constitutifs de cet état si complexe et d'une si difficile analyse que l'on appelle la *fièvre puerpérale*. Nous les avons indiquées dans un précédent article, nous n'y reviendrons pas ici. Nous aurons d'ailleurs à en tenir compte, ainsi que de la théorie qu'en a déduite M. Guérin, dans l'appréciation que nous nous sommes réservé de faire de cette discussion, quand elle sera arrivée à son terme. Nous en dirons autant et nous ferons les mêmes réserves pour le discours de M. Beau, qui a été un commentaire développé de sa première argumentation. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

De la chorée (1).

Les symptômes de cette névrose convulsive sont parfaitement caractérisés.

Le début est quelquefois brusque, et c'est d'une manière complétement inopinée que ces *convulsions cloniques* passagères apparaissent; d'autres fois, au contraire, l'apparition de la chorée est marquée par une certaine exaltation morale, qui rend les enfants susceptibles, irritables et chagrins, par une sorte d'excitation physique, et les membres un peu douloureux offrent déjà une certaine incertitude dans les mouvements. Les enfants font des grimaces involontaires; ils laissent souvent tomber ce qu'ils tiennent à la main; ils mangent salement, sans que les admonitions de leurs parents puissent les corriger.

Ce n'est qu'après quelques jours qu'on devine la nature de la maladie. Les muscles du visage et des membres sont affectés de convulsions cloniques. La bouche se tord, les yeux se ferment et s'ouvrent involontairement; le cou est agité de mouvements convulsifs. Les soubresauts des membres font que les enfants jettent par-dessus leur épaule ou à leur figure les aliments qu'ils dirigeaient vers leur bouche. Les membres inférieurs sont incertains, la marche est difficile; les enfants fauchent, leurs jambes se croisent; d'autres fois, une jambe se dérobe, ils tombent, et leur chute est d'autant plus facile que les mouvements désordonnés du tronc et des membres supérieurs leur font perdre facilement l'équilibre.

La préhension est devenue difficile, quelquefois même impossible. Tous les objets tombent des mains avec la plus grande facilité. Les enfants ne peuvent manger ni boire; ils avalent des bouchées entières, au risque de s'étouffer.

La parole est embarrassée, saccadée; la langue ne sert plus à articuler les sons; elle se porte sous les arcades dentaires, et les enfants se mordent cruellement. On cite même un cas de glossite ainsi provoquée, et dont le résultat a été une asphyxie mortelle.

Les mouvements choréiques existent tout le jour et cessent la nuit. Ce n'est pas qu'ils soient soumis à l'influence de la volonté, car la volonté n'agit plus sur ces mouvements désordonnés, mais le sommeil les calme. La colère, les passions, les impressions nerveuses, la crainte, les exaspèrent quelquefois à un haut degré.

Ces convulsions sont partielles ou générales; quelquefois elles sont bornées à une portion du visage, à un membre : cette forme est rare. D'autres fois elles existent dans une moitié du corps sous forme hémiplégique; rarement elles sont bornées aux membres inférieurs sous forme de paraplégie. Les chorées générales et les hémichorées sont ordinairement franchement et purement nerveuses. Les chorées partielles, au contraire, limitées à un membre, sont souvent liées à l'existence d'une lésion matérielle des centres nerveux ou de leurs enveloppes.

Ces mouvements occupent exclusivement les muscles de la vie de relation, et, comme je l'ai dit, ils ne s'étendent jamais aux muscles de la vie organique.

En même temps, la sensibilité générale est souvent altérée; quelques enfants sont sujets à rire et à pleurer sans motif; leur caractère est aigri, et souvent ils se plaignent de céphalalgie ou de rachialgie.

Ces phénomènes sont fréquemment accompagnés d'affaiblissement de l'intelligence et de perte de la mémoire. Les enfants oublient ce qu'ils savaient; incapables d'apprendre de nouveau, ils tombent dans un état d'hébétude très-caractérisé. C'est la plus fâcheuse conséquence de cette maladie.

Avec ces phénomènes coïncident souvent des troubles du côté de la sensiblité tactile, et les membres sont le siége d'une anesthésie ou d'une analgésie plus ou moins complète.

Quand les mouvements sont très-violents, les enfants, faisant à tout moment des chutes ou se donnant des contusions continuelles, sont couverts d'ecchymoses. On est obligé de les mettre dans des caisses matelassées pour amortir la violence de leurs coups. Mais ici se présente bientôt quelquefois un nouvel accident : ce frottement continuel finit, après 24, 48, 72 heures, par excorier la peau; l'enfant est bientôt tout en sang. J'ai même vu mourir de cette complication, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Trousseau, une jeune fille dont l'épiderme avait en grande partie disparu sous l'influence de ces frottements, et plusieurs fois, à l'hôpital Sainte-Eugénie, j'ai eu dans mon service des jeunes filles dont la vie a été momentanément menacée par cette complication.

En même temps que se manifestent les troubles du côté de l'intelligence et de la sensibilité, le pouls reste normal : c'est une maladie apyrétique, excepté dans les cas de complication.

Les autres fonctions s'exécutent généralement bien. L'appétit est conservé, et, sauf un peu d'affaiblissement dans le mouvement nutritif ou un état saburral gastrique, il n'y a aucun trouble dans les fonctions digestives.

La respiration reste à l'état normal, et l'état général de la santé laisse généralement peu à désirer.

La chorée dure quelquefois vingt-quatre heures ou quelques jours, ainsi que je l'ai vu dans la convalescence de la scarlatine. Elle se prolonge ordinairement plusieurs mois, et même plusieurs années; c'est là sa forme chronique. Sa durée ordinaire est de trente à cinquante jours.

Dans sa forme chronique, la chorée ne se manifeste pas par des mouvements violents; ce sont de petites convulsions qui rendent les malades ridicules et désagréables à voir. Mais ce qui est le plus fâcheux dans ce cas, c'est que les malades perdent leurs facultés intellectuelles, et surtout la mémoire, ce qui les rend incapables de toute occupation sérieuse.

On a cité plusieurs cas de chorée intermittente. L'un est dû à Bouteille, qui a observé le retour des accidents périodiquement de midi à six heures du soir, et l'autre à M. Rufz. Son observation est à peu près analogue. Ce sont là les deux seuls cas connus de chorée intermittente, malgré l'opinion contraire de M. Rufz et de quelques médecins.

La chorée est influencée par les maladies intercurrentes. Les maladies aiguës, les fièvres éruptives, la font quelquefois cesser. Je l'ai vu momentanément disparaître durant la scarlatine et la fièvre typhoïde, ce qui confirme une fois de plus le précepte d'Hippocrate relatif à un grand nombre de névroses : *Febris spasmos solvit.*

Après avoir suivi sa marche ordinaire et avoir présenté plusieurs alternatives d'exagération et d'affaiblissement, la chorée peut guérir d'une façon définitive; d'autres fois elle est sujette à des récidives qui sont même très-fréquentes. Je l'ai vue revenir deux, quatre et même six fois sur le même enfant, à quelques mois de distance. Elle est suivie assez souvent d'un affaiblissement intellectuel assez marqué.

Les terminaisons par paralysie ou hémiplégie sont rares. Enfin la chorée peut être mortelle, mais rarement; dans ce cas, la mort peut être amenée par les plaies que se font les malades, par un épuisement nerveux suivi de syncope ou par asphyxie, suite de morsure à la langue.

La chorée est souvent accompagnée de chloro-anémie soit primitive, soit secondaire. Enfin, chez quelques enfants, on rencontre avec elle des névralgies, des paralysies partielles musculaires et sensoriales. De tous les organes des sens, celui du toucher est le plus souvent affecté. L'analgésie l'accompagne presque toujours. Enfin une fois M. Maval a constaté une glossite interne produite par la morsure de la langue et ayant amené la mort par asphyxie.

La chorée est quelquefois *irrégulière*, et dans ces cas elle a reçu des noms spéciaux. Il y a une chorée *systématique* ou *rhythmique*, présentant une certaine régularité dans les mouvements qu'exécutent les malades.

Quelques malades, quand ils se lèvent ou qu'on les lève, sont entraînés dans quelques cas par une force invincible qui les contraint à marcher en avant. Cette variété a reçu le nom de *chorée propulsive*.

On a donné le nom de *chorée électrique* à une variété observée surtout en Italie. Dans cette forme, le malade éprouve par moments des secousses, des soubresauts qui le font sauter dans son lit à quelques pouces de hauteur. Il y a là quelque chose de comparable à la commotion que nous fait éprouver la décharge d'une bouteille électrique.

Il y a enfin des chorées anormales, dans lesquelles les convulsions sont partielles et localisées à la tête, à un bras ou à un membre en particulier.

Le diagnostic en est facile : Les grimaces du visage, les mouvements irréguliers, vous permettent le plus souvent de faire votre diagnostic à distance. S'il y a difficulté, ce ne peut être qu'au début. Mais alors l'état saburral de la langue et la maladresse des jeunes malades vous permettent le plus souvent de poser votre diagnostic.

Il y a certaines convulsions musculaires involontaires, chroniques, limitées à quelques muscles, surtout à ceux de la face, qui surviennent instantanément : elles sont connues sous le nom de *tics*. Est-ce là de la chorée? A la rigueur, oui, et ce sont des chorées partielles; mais cependant le mouvement est toujours le même, borné à un ou plusieurs muscles, tandis que dans la chorée les mouvements convulsifs sont très-variés dans leur manifestation, et n'ont pas la régularité qu'ils offrent dans le tic musculaire simple.

Mais la difficulté et l'importance du diagnostic, eu égard au traitement et au pronostic, sont de déterminer la nature de la chorée. Est-elle essentielle ou symptomatique, chlorotique, saburrale, vermineuse, symptomatique d'une maladie des méninges, de la moelle, du cerveau? C'est là une difficulté quelquefois très-grande. Les cas particuliers et l'examen attentif du malade éclaireront le diagnostic en ce sens que les chorées générales ou régulièrement hémiplégiques sont ordinairement essentielles, tandis que les chorées partielles et irrégulières sont le plus souvent sympathiques d'une lésion du cerveau ou de ses membranes d'enveloppe.

Traitement. — Les chorées symptomatiques exigent un traitement spécial, nécessaire pour guérir les lésions matérielles du cerveau, si elles sont de nature à disparaître. Quant aux chorées essentielles, les moyens à leur opposer sont très-nombreux.

Sydenham employait les saignées générales et les sangsues dans le dos, le long de la colonne vertébrale; son exemple fut suivi par Serres et Lisfranc; mais aujourd'hui que l'influence de la chlorose sur la chorée est mise hors de doute, la médication antiphlogistique est totalement abandonnée.

Si la maladie est liée à un état saburral de la langue et à l'embarras gastrique, il faut faire vomir et purger avec l'émétique, l'ipécacuanha et le sulfate de soude ou le citrate de magnésie aux doses convenables, selon l'âge des enfants.

Dans les cas de chlorose, les ferrugineux, le vin de quinquina, doivent être mis en usage.

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 juin.

Les vermicides, et surtout la santonine, à la dose de 20 à 25 centigrammes par jour, en débarrassant l'intestin de ses vers, ont souvent guéri des chorées vermineuses.

Après les indications particulières viennent les spécifiques. Les bains sulfureux quotidiens et prolongés produisent souvent des guérisons rapides, et sous l'influence de ce traitement la chorée dure de dix-huit à trente jours. Malheureusement cette médication ne réussit pas d'une façon assez constante pour être adoptée sans réserve.

L'immersion subite dans l'eau froide, le passage à travers une lame d'eau à 8 ou 9 degrés, l'hydrothérapie, en un mot, réussit assez souvent, mais moins que les bains sulfureux.

Les antispasmodiques, tels que la valériane et ses composés, le camphre, le musc, l'*assa fœtida*, l'oxyde de zinc, n'ont obtenu que peu de succès.

La noix vomique, ou plutôt la strychnine, conseillée par Lejeune, Fouilhoux et Rougier, puis adoptée par le professeur Trousseau, réussit réellement bien à faire disparaître les mouvements choréiques. L'année dernière, un jeune garçon placé dans mes salles avait une chorée générale des plus intenses. La gymnastique, les bains sulfureux, le chloroforme, avaient échoué; les convulsions, chaque jour plus fortes, étaient assez violentes pour empêcher toute station et pour amener l'excoriation générale de la peau. Je craignais une mort prochaine, lorsque j'eus recours à la strychnine, et la guérison eut lieu en quelques jours.

M. Trousseau emploie de préférence la strychnine à une dose faible : 5 centigrammes par jour pour 100 grammes de sirop, à prendre à dose fractionnée. Mais ici il faut surveiller attentivement les effets produits sur le malade; dès qu'il se plaint de roideur, de secousses dans les membres, il faut arrêter la médication ou diminuer la dose. Il en est de même si le malade est pris de syncope ou d'hystérie, car il pourrait mourir.

Les narcotiques : l'opium, la morphine, la belladone, l'atropine, donnés à doses progressivement croissantes, quelquefois très-élevées, n'ont pas répondu à l'espérance des médecins qui les ont employés.

Enfin, dans ces derniers temps, pour les cas rebelles, on a eu recours à l'arsenic sous la forme d'arséniate de soude : on l'emploie en commençant par 1 milligramme, puis en augmentant progressivement jusqu'à 2, 3, 4, 5, 6, 10, 15 milligrammes.

Quelques chorées ont paru céder facilement à cette médication. Je l'ai employée dans un cas rebelle à plusieurs autres médications, et la guérison a été complète.

L'électricité a été également employée, mais sans succès.

D'autres médecins ont conseillé l'exercice de la gymnastique, en l'associant à des mouvements rhythmiques cadencés, des chants musicaux et au massage. Ces moyens ont quelquefois réussi, mais il faut surtout rapporter leur succès au massage, que les maîtres de gymnastique associent à leurs exercices lorsqu'ils prennent leurs élèves pour leur enseigner les principes de leur art.

On a employé le tartre stibié à haute dose contre la chorée. Rasori a observé plusieurs succès rapides au moyen de ce médicament. Laënnec l'a imité et a également réussi. Il donnait de 50 centigrammes à 1 et 2 grammes par jour, de façon à obtenir la tolérance. M. Bouley, plus hardi, l'a employé à 3 et 4 grammes d'un seul coup, au risque de produire des accidents graves d'empoisonnement. Mais des succès obtenus après de pareils dangers ne sont pas dignes d'envie, et il n'y aurait plus à songer à ce remède, si M. Gillette, en revenant à la méthode de Laënnec légèrement modifiée, n'avait montré tous les avantages qu'on peut en obtenir. On débute par 25 centigrammes, en augmentant tous les jours d'une quantité semblable et en cherchant à obtenir la tolérance par une courte interruption du traitement tous les trois jours. De cette façon la chorée dure de 4 à 19 jours, terme de beaucoup inférieur à celui qu'on obtient par les autres méthodes, et, chose curieuse, ce n'est pas toujours aux évacuations produites par l'émétique qu'il faut attribuer la guérison, car chez quelques malades la chorée a rapidement disparu sans qu'il y eût d'effet vomitif ou purgatif.

Des huit malades que vous avez sous les yeux, une n'a encore pris aucun médicament; une autre a guéri toute seule au troisième jour de la maladie, et il est heureux que je ne lui aie pas donné d'émétique, car j'aurais attribué au médicament ce qui appartenait à l'heureux effort de la *nature médicatrice*. Enfin, six ont été soumises à ce traitement, et une seule a été rapidement guérie sans que l'émétique ait produit de vomissements ou de diarrhée. Les autres n'ont pas été modifiées ou ont été augmentées par la médication. Trois fois les mouvements sont restés les mêmes, et le tartre stibié, pris trois fois pendant trois jours avec des intervalles de repos de trois jours, n'a rien produit que quelques évacuations. Deux fois les mouvements ont été augmentés, et il a fallu interrompre l'usage de l'émétique, qui chez une malade produisait de telles évacuations que son emploi n'a pu être continué.

Comme vous le voyez, ces faits ne prouvent pas beaucoup en faveur de l'excellence du traitement de la chorée par l'émétique, et je suis heureux que vous ayez eu l'occasion d'en vérifier les effets par vous-mêmes. Vous pourrez ainsi vous défendre contre les illusions d'une thérapeutique née de l'empirisme, et qui n'est pas exempte de dangers.

HOPITAL COCHIN. — M. Gosselin.

Fracture et luxation de la colonne vertébrale. — Rupture complète de la moelle; paraplégie; troubles de la sécrétion urinaire; lésions des reins. — Mort.

Les pièces que nous avons sous les yeux proviennent de l'autopsie du carrier qui est entré, il y a un mois, dans nos salles à la suite de l'accident que voici : il travaillait dans une carrière, et avait au-devant de lui une pierre qui arrivait à peu près au milieu de l'ombilic. Un éboulement de terre ou de moellons, qui se fit tout à coup derrière lui, amena sur son dos une charge pesante, qui l'obligea à s'infléchir violemment en avant sur la pierre placée au-devant de lui et servant en quelque sorte de point d'appui.

Retiré des décombres et apporté à l'hôpital, il nous a présenté :

1° Une gibbosité antérieure des plus prononcées au niveau de la portion lombaire du rachis;

2° Une paralysie complète de la sensibilité et du mouvement des membres inférieurs.

J'avais annoncé au moment de l'entrée du malade qu'il m'était impossible d'attribuer cette paraplégie à une commotion de la moelle ou à un épanchement sanguin, et que, l'inflexion forcée à laquelle le rachis avait été soumis ayant été portée assez loin pour amener une fracture avec écrasement des corps vertébraux chez un homme jeune encore et très-vigoureux, je ne pouvais croire que la moelle eût échappé aux effets de l'arrachement ou de la compression auxquels cette inflexion violente avait dû la soumettre. Tout en considérant la paraplégie comme incurable, j'avais ajouté qu'il ne m'était pas possible de dire à l'avance si les conséquences ordinaires de cette maladie, savoir : les grandes eschares servant de point de départ à une infection putride ou purulente et les troubles de la sécrétion urinaire, arriveraient promptement ou avec lenteur.

Vous avez vu que la marche et la terminaison par la mort ont été promptes comme chez les deux malades que nous avons observés l'année dernière, et qui ont eu des paraplégies spontanées, peut être de cause syphilitique, sans lésion appréciable de la moelle. Non-seulement nous avons eu les grandes eschares rapidement formées, mais au bout de quelques jours le malade a eu des suffusions sanguines sous-conjonctivales, des épistaxis, et surtout une hématurie abondante que n'expliquait pas le cathétérisme, rendu nécessaire par la rétention d'urine. Une fièvre intense avec un seul frisson s'est ensuite déclarée, les urines sont devenues purulentes et très-fétides, en restant sanguinolentes de temps à autre, et la mort est survenue promptement.

A l'autopsie, nous n'avons trouvé aucune des lésions habituelles de l'infection purulente. L'appareil urinaire, au contraire, nous a présenté de profondes altérations : du côté de la vessie, la muqueuse épaissie, rouge, friable en beaucoup de points; du côté des uretères, un épaississement analogue de la muqueuse; dans les calices et les bassinets, non-seulement la rougeur et la distension par du pus sanguinolent et fétide, telles qu'on les rencontre ordinairement dans la pyélite, mais aussi des fausses membranes intimement accolées en divers points sur la muqueuse de ces organes; dans la substance corticale, de la rougeur anormale par places, et surtout un grand nombre de taches blanches, dont la plupart proéminent à la surface du rein, de volume variable depuis un grain de millet jusqu'à celui d'une noisette, s'avançant plus ou moins dans la substance corticale, et même jusqu'à la substance mamelonnée suivant leur volume.

Ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion d'appeler votre attention sur cette lésion très-habituelle de la néphrite, lésion si étroitement confondue avec le parenchyme rénal, qu'il m'est difficile de la considérer comme due au dépôt d'un produit inflammatoire (pus concret ou matière plastique). J'attribue ces points blanchâtres à une décoloration partielle du parenchyme rénal, sorte d'anémie qui se produit autour et au voisinage de points hyperémiés, comme cela arrive, j'en ai montré ici plusieurs exemples, dans le tissu spongieux des os atteints d'ostéite, et dans le testicule consécutivement à la vaginalite.

Quant à la colonne vertébrale, elle nous offre des fractures multiples occupant la douzième dorsale et la première lombaire. Parmi ces fractures, les unes sont en arrière, au niveau des lames et des apophyses épineuses, et se sont certainement opérées par le mécanisme de l'arrachement, comme M. Bonnet (de Lyon) a montré que cela avait lieu à la suite des inflexions forcées du rachis en avant. Le corps de la première vertèbre lombaire nous offre plusieurs fragments étroitement serrés les uns contre les autres, et de plus, vers la partie antérieure, une condensation de tissu spongieux et une espèce de tassement qui indique bien que les fractures se sont produites par le mécanisme de l'écrasement.

De plus, le ligament jaune est complétement déchiré entre les deux vertèbres; il en est de même du disque intervertébral, dont il ne reste aucune insertion; par suite de ces déchirures, le corps de la douzième vertèbre dorsale est passé au-dessus de celui de la première lombaire, en venant placer sa face inférieure sur l'antérieure de la seconde. Cette luxation a d'ailleurs été favorisée par l'écrasement et l'affaissement de la première lombaire. Il est résulté de ce déplacement que les vertèbres sont écartées en arrière de plusieurs centimètres, et qu'au fond de cet écartement on aperçoit à nu la dure-mère déchirée. La moelle est elle-même interrompue dans ce point, et ses deux fragments sont distants l'un de l'autre de trois ou quatre centimètres.

En définitive, cette observation est remarquable par la luxation si prononcée du corps d'une vertèbre, et les déchirures si complètes du ligament jaune et du disque intervertébral, par la rapidité avec laquelle les eschares sont survenues, malgré l'âge et la vigueur du malade, par la disposition hémorrhagique qui s'est montrée si vite, et enfin par la nature des accidents fébriles qui ont déterminé la mort; ces accidents me paraissent avoir été déterminés par la cysto-néphrite, laquelle a elle-même été consécutive à la perturbation nerveuse causée par la lésion de la moelle ou plutôt à l'hématurie, et à l'altération putride du sang restant d'autant plus longtemps dans les voies excrétoires qu'il y avait rétention d'urine. Dr Nicolas.

DES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES de l'iodo-chlorure mercureux,

Par M. le docteur Duchesne-Duparc.

Les composés d'iode, de chlore et de mercure, ont depuis un certain nombre d'années fixé l'attention des chimistes et des médecins; plusieurs de ces composés servent de base à différentes préparations qui ont temporairement obtenu une véritable vogue dans la pratique médicale.

Le premier est le sel de Liébig; il en est question, dès l'année 1826, dans les *Annales de chimie*; ce sel présente une teinte jaunâtre et se compose de : 1 équivalent de bi-iodure mercurique, 2 équivalents de bi-chlorure mercurique.

Le second, connu sous le nom de sel de Récamier, est d'un rose pâle, et pourrait être d'autant moins confondu avec le composé précédent, qu'il n'est point, comme lui, un sel régulier, mais un simple mélange de : 1 équivalent de bi-chlorure de mercure, et 3/5es équivalent de bi-iodure de mercure.

Je répète qu'ici, il y a simple réunion de deux substances médicamenteuses; que cette réunion s'opère dans le creuset par trituration, mais qu'il ne se forme point un sel nouveau. Ainsi donc, dans ce médicament complexe, chacune des deux substances peut très-bien conserver sa liberté d'action.

Vient encore le sel de M. Lassaigne, découvert en 1836; ce sel est d'une couleur blanche et soyeuse, et s'offre à l'observateur sous la forme de cristaux dendroïdes (en ramification).

Le sel de M. Lassaigne se compose de : 1 équivalent d'iode et de 20 équivalents de bi-chlorure de mercure.

Chacun de ces composés exerce sur l'économie une action des plus énergiques, que j'aurai plus tard l'occasion de faire connaître; aujourd'hui, je ne veux fixer l'attention du lecteur que sur les propriétés du composé de M. Boutigny, connu sous le nom d'*iodo-chlorure-mercureux*.

Il paraît certain que la science n'a pas encore dit son dernier mot sur le véritable caractère de cette nouvelle préparation; mais ce qui est clairement démontré, c'est l'action de l'iode sur le calomel. Pour s'en convaincre, il suffit de porter au fond d'un matras en verre, à l'aide d'un tube en papier, un mélange d'iode et de calomel préalablement combinés dans le creuset par une suffisante trituration, de placer ce vase sur du sable chaud, pour voir, au bout de quelques instants, la masse entrer en fusion. On retire alors le matras du feu et l'on ne tarde pas à obtenir une masse solide, à surface brillante, à cassure vitreuse, d'une teinte d'abord jaune-verdâtre, qui à l'air devient rouge ou plutôt rosée. Je me suis assuré qu'il faut plusieurs jours pour que cette transformation de couleur s'accomplisse. Quant à la teinte verte qui se montre la première, on peut l'expliquer par la présence temporaire d'une certaine quantité de proto-iodure de mercure. Ces phénomènes se passent de la même manière, quelles que soient les proportions d'iode et de calomel.

On sait qu'à équivalents égaux, il se produit une substance caustique qu'il est d'usage de couler en cylindres et de réserver pour les applications externes; mais qu'un équivalent d'iode joint à deux équivalents de calomel donne lieu à la formation d'une substance moins énergique. C'est cette dernière préparation, que j'appellerai *médicinale*, qu'on utilise dans la pratique, soit à l'extérieur, sous forme de pommade, soit intérieurement, en sirop, pilules, etc.

M. le docteur Gobley donne la formule suivante comme se prêtant le mieux à la préparation de l'iodo-chlorure mercureux médicinal :

Calomel à la vapeur.	5 gr. 95 centigr.
Iode.	4 gr. 58 —

Cet habile chimiste a bien voulu opérer sous mes yeux avec ces proportions, et le résultat a été aussi favorable que rapide. J'ai vu se produire chacun des phénomènes décrits plus haut sans évaporation sensible et sans perte aucune de substance.

Quelques chimistes regardent ce composé nouveau comme un sel à formation régulière; le plus grand nombre n'y trouvent qu'un mélange de deux bi-sels mercuriels (bi-chlorure et bi-iodure) joints à un peu de calomel qui a échappé à la décomposition : c'est là l'opinion de MM. les docteurs Gobley et Mialhe.

Si maintenant nous en appelons à l'expérience pour connaître les effets sur l'économie de l'iodo-chlorure mercureux, nous voyons qu'il suffit de quelques milligrammes pris à l'intérieur pour provoquer des nausées, des coliques, des vomissements, de la diarrhée; il serait imprudent de le donner ainsi chez l'enfant,

Cette extrême énergie n'explique-t-elle pas pourquoi ce fut à l'extérieur seulement que l'on crut devoir provisoirement en faire usage? On traitait les scrofuleux avec une pommade contenant 1 gramme d'iodo-chlorure mercureux sur 20 gr. d'axonge. La pommade servait pour le pansement des ulcères. Elle était, en outre, employée à des frictions sur les membres, dans le but, croyait-on, de remonter l'organisme tout entier en activant la nutrition et l'assimilation.

Si l'on frictionne une partie saine avec une certaine quantité de cette pommade, soit les aisselles, les cuisses, etc., l'effet local se montre rapidement; il y a d'abord de la rougeur, des fourmillements, puis de la cuisson, enfin une véritable tension inflammatoire. Cette tension n'a, du reste, que peu de durée: commençant à paraître une heure environ après l'application de la pommade, elle se dissipe complétement après deux ou trois heures, ainsi que la cuisson et la rougeur; l'épiderme s'écaille et farine comme à la suite d'un érysipèle. La peau devient alors très-lisse et très-douce. A un degré plus avancé, il y aurait vésication et même cautérisation.

La même pommade, appliquée sur un ulcère scrofuleux, produit, au bout de quelques minutes, une cuisson des plus vives; bientôt il s'y joint de la chaleur, du gonflement et tous les signes d'une violente phlogose. Cette surexcitation peut s'éteindre au bout de quelques heures, comme se prolonger beaucoup plus longtemps. Ainsi, sur un petit malade de Franconville (Seine-et-Oise), dont la région sous-mentonnière avait été envahie par un large ulcère scrofuleux, la pommade, appliquée dès le matin, provoquait rapidement une vive douleur qui ne s'apaisait que vers le soir.

Si l'ulcère a peu d'étendue et suppure médiocrement, il ne tarde pas à se couvrir d'une petite croûte, laquelle se détache au bout de quelques jours, et laisse au-dessous d'elle une surface vermeille, au lieu de cet aspect violacé et livide qui existait auparavant.

Lorsque la suppuration est très-abondante, comme chez mon petit malade, la matière exhalée ne tarde pas à prendre plus de consistance; bientôt ses proportions s'amoindrissent, et l'on voit alors la plaie marcher franchement vers la cicatrisation.

Des effets analogues se produisent quand on applique la pommade sur les pustules de la couperose. L'action de ce topique est toujours d'autant plus vive que le tissu qu'il recouvre est lui-même plus enflammé; mais pour obtenir les résultats que je viens de signaler, il faut les proportions que j'ai indiquées: 1 gram. de sel sur 20 gram. d'axonge. On n'y arriverait jamais avec la formule publiée dans les journaux de médecine, qui donne: axonge, 60 gram.; sel iodo-mercureux, 75 centigram.

Quelques praticiens ont cru voir, dans les phénomènes locaux provoqués par l'iodo chlorure mercureux, un caractère spécial et jusqu'à un certain point *spécifique*. On a parlé de *poussées*, de *dépuration*, de chevilles ou tractus filamenteux qui vont de la plaque croûteuse jusque dans l'épaisseur du derme, à une profondeur de 2 ou 3 millimètres; tout cela, je pe se, peut s'expliquer facilement sans qu'il soit nécessaire de recourir au merveilleux.

D'abord, je ne trouve rien ici qui rappelle la poussée des eaux de Louesch, qu'on ne voit se produire qu'après un certain temps de séjour et de macération de la peau dans ces eaux à température élevée, où il est ordinaire de passer la majeure partie de son temps. C'est une éruption graduelle, à formes variées, et généralement peu douloureuse. Il y a loin de là aux signes de violentes irritations, toujours les mêmes, au degré près, qui suivent presque immédiatement l'application de l'iodo-chlorure mercureux et ne se produisent que sur la région qui a subi le contact du remède.

Je ne puis, d'autre part, admettre l'importance que M. le professeur Nélaton semble attacher à la présence de ces chevilles au prolongement filamenteux dont je viens de parler; ce sont autant de cônes de matière sébacée mêlée de pus que l'inflammation pousse en dehors des follicules, qui ont leurs analogues, sous le nom de *tannes*, dans l'acnée sébacea, et dont la sortie permet d'apercevoir, à l'œil nu, les pertuis folliculeux, toujours alors considérablement distendus.

Quant au caractère dépuratoire attribué par plusieurs médecins à l'iodo-chlorure mercureux, il me serait aussi difficile de le reconnaître, à moins qu'on ne donne aux mots *dépuration*, *dépuratif*, une acception différente de celle généralement admise, et dont j'ai cherché à préciser le véritable sens dans mon *Traité des gourmes*. Mais ce qui est pour moi bien démontré et facile pour tous à mettre en évidence, c'est que le nouveau composé de M. Boutigny, pris à l'intérieur, produit, à la dose de quelques milligrammes seulement, une irritation des plus vives; qu'appliqué localement, il provoque une inflammation directe, limitée au point de contact et variable, selon ses degrés de concentration, depuis la simple rougeur érythémateuse jusqu'à l'hyperémie phlegmoneuse avec exhalation de sérum et d'albumine, comme cela s'obtient tous les jours par l'emploi des vésicants et des caustiques.

Les éruptions déterminées par l'huile de croton ou l'émétique offrent un caractère de spécialité que je ne rencontre même pas ici. A plus forte raison serait-il impossible d'admettre cette poussée critique comparable aux efforts salutaires de l'organisme qui coïncident fréquemment avec la terminaison d'un grand nombre de maladies graves, et qu'il serait possible de citer comme autant d'exemples de dépuration spontanée.

Jusqu'à ce jour l'iodo-chlorure mercureux doit donc rester, pour tout observateur impartial et désintéressé, un agent d'une incontestable activité. Une longue série de faits déjà publiés semblent démontrer qu'on peut l'employer avec avantage dans le traitement externe de certaines affections de la peau; je le prescris assez fréquemment comme agent résolutif, et sans crainte aucune de répercussion: l'inflammation qu'il provoque est trop vive et trop persistante pour permettre un déplacement.

MORTALITÉ COMPARÉE DES FEMMES

dans les hôpitaux de la France et dans ceux du département de la Seine.

La note suivante nous est communiquée par un correspondant anonyme:

A entendre quelques médecins en réputation, le département de la Seine serait exceptionnellement mauvais pour les femmes malades reçues dans les hôpitaux, et particulièrement pour les femmes en couches.

Il est facile d'habiller élégamment des *hypothèses;* mais il n'est pas non plus très-difficile de les dévoiler; ce sont, en général, des filles perdues!

La preuve la voici:

En 1847, année calamiteuse, il est mort aux *hôpitaux*, savoir: Département de la Seine, 1 femme sur 11 malades.

France entière, 1 sur 12.

La proportion *maxima* a été de 1 sur 5 dans le Bas-Rhin et la Haute-Vienne. La proportion *minima* a été de 1 sur 31 dans les Basses-Pyrénées. (Ad. de Watterville.)

D'après ces résultats *positifs*, recueillis par devoir et sans idée préconçue, il est évident que les hôpitaux de Paris ne méritent pas la mauvaise renommée qu'on essaye de leur faire, dans l'unique intérêt d'une hypothèse!...

La voilà déshabillée; qu'on passe à d'autres!...

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juin 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans le département du Pas-de-Calais;

2° Un rapport de M. le docteur Martin Duclaux, de Sainte-Julia (Haute-Garonne), sur la pellagre qu'il a observée à Villefranche (commission des épidémies);

3° Des rapports de M. le docteur Chevalier sur les eaux de Chaudes-Aigues (Cantal), et de M. le docteur Masson sur les eaux minérales de Bussang (Vosges) pendant l'année 1856 (commission des eaux minérales);

4° Un travail de M. le docteur Bayard, de Cirey (Haute Marne), sur la mortalité à l'hospice de la Maternité (comm., M. Danyau).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Loiseau, de Montmartre, adresse une note contenant une observation qui démontrerait, suivant lui, la possibilité de l'introduction de l'air et des liquides de la matrice dans la cavité du péritoine.

Le même auteur adresse une note sur le traitement exclusivement topique de l'angine couenneuse par les insufflations de tannin et d'alun.

— M. le docteur Colin, de Mayenne, adresse un mémoire sur une épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel-Dieu en 1846 dans le service de M. Louis. (Renvoyé à la commission qui sera prochainement nommée pour toutes les communications relatives à la fièvre puerpérale.)

— M. Delanneau, directeur de l'institution des Sourds-Muets, informe l'Académie qu'un service funèbre aura lieu le lundi 5 juillet, dans la chapelle de l'institution, pour l'anniversaire du décès de M. le docteur Itard, et il invite l'Académie à y envoyer une députation. MM. Michel Lévy, Poggiale, Trébuchet, Beau, Guérard et Frédéric Dubois sont délégués pour représenter l'Académie à cette cérémonie.

— M. LARREY, à l'occasion de la correspondance, fait hommage à l'Académie du rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons, qu'il a adressé à M. le ministre de la guerre.

M. CAZEAUX dépose sur le bureau la sixième édition de son *Traité d'accouchements*.

M. J. GUÉRIN, au nom de M. Fallot, membre de l'Académie de médecine de Belgique, présente une brochure intitulée: *Conjectures sur l'étiologie des tubercules pulmonaires*.

M. DEPAUL fait hommage, au nom de M. Barker, professeur à New-York, d'un travail sur la fièvre puerpérale et son traitement par le *veratrum viride*. L'auteur a joint à cet envoi un échantillon de ce médicament.

— M. Léon Dufour, membre correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

— M. le président annonce la mort de M. Albert, de Saint-Chinian, membre correspondant de l'Académie.

M. le président informe l'Académie que dans la séance prochaine le conseil proposera la nomination d'une commission chargée d'examiner les travaux adressés à l'Académie à l'occasion de la discussion actuelle sur la fièvre puerpérale, et de statuer sur la proposition de M. Cruveilhier.

Dans la séance prochaine, il sera nommé une commission de cinq membres pour désigner les sections dans lesquelles devront être faites les prochaines nominations au titre de membre correspondant national.

Enfin M. le président déclare la vacance ouverte dans la section de chimie médicale et toxicologie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La parole est à M. Jules Guérin.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. GUÉRIN. Si je prends une seconde fois la parole à cette tribune, ce n'est pas que j'y sois ramené par un sentiment d'amour-propre blessé, mais c'est parce que j'ai une conviction à y soutenir, et par suite un devoir à remplir.

C'est encore parce que MM. Cazeaux et Depaul, en usant largement de leur droit d'attaque, ont paru se préoccuper moins de démontrer que de nier, et que je tiens à faire voir le peu de valeur de leurs dénégations.

D'ailleurs, que résulte-t-il, en définitive, de cette discussion? Qu'il y a autant d'opinions sur la nature de la fièvre puerpérale qu'il y a eu d'orateurs, et qu'on ne s'accorde que sur un seul point, l'impuissance de l'art. Quand on croit tenir la vérité, on est bien en droit d'y insister, surtout quand elle est entourée de tant d'obscurités.

MM. Cazeaux et Depaul ont attaqué sur trois points mon discours, et leurs objections ont porté:

1° Sur les caractères du retrait physiologique de l'utérus;

2° Sur la valeur de son gonflement persistant;

3° Sur le passage des liquides utérins dans le péritoine; mais le fond même de ma théorie, la proposition fondamentale, n'a pas trouvé de contradicteurs.

Sur le premier point, M. Depaul a pensé trouver dans l'ouvrage de M. Jacquemier des indications que j'ai vainement cherchées chez les princes de la science.

Il y a là une première erreur que je tiens à signaler: le passage cité par M. Depaul n'appartient pas au *Traité d'accouchements* de M. Jacquemier, mais à sa traduction de Nægelé.

M. DEPAUL. Je proteste.

M. GUÉRIN. Voici l'ouvrage, et l'Académie pourra s'assurer jusqu'à quel point la loi que j'ai formulée s'y trouve indiquée; M. Nægelé admet que c'est le cinquième jour environ que le retrait de la matrice est complet. Il y a déjà dans ce nombre de quoi nous mettre d'accord, M. Nægelé et moi.

Mais ce n'est pas cette particularité qui est pour moi la question importante, c'est à la continuité du retrait de l'utérus que j'attache le plus d'importance. Pourvu que l'utérus revienne continuellement sur lui-même; qu'il oblitère la cavité, qui autrement existerait à son centre; qu'il fasse de la plaie placentaire une plaie fermée, il est assez indifférent qu'il reste quelquefois un peu plus élevé que je l'ai dit. On me chicane sur le niveau précis du fond de l'utérus; c'est sans doute parce que l'on a compris mes idées et qu'on n'a pas voulu les combattre.

Ou bien, si on ne les a pas comprises, c'est qu'on ne voulait pas les comprendre. On m'a fait dire tout autre chose que ce que j'avais dit. On a ainsi dénaturé le sens d'une des conclusions renfermées dans le pli cacheté aux dépens duquel M. Depaul s'est tant égayé. Tout ce que je disais, c'est que, chez la femme dont l'utérus ne revient par sur lui-même, la fièvre puerpérale est imminente.

M. CAZEAUX. C'est là une erreur.

M. GUÉRIN. Je confesse que mes observations ont été prises au milieu d'une épidémie, et qu'il a pu y avoir là quelques modifications dues au milieu ambiant; mais je puis au moins affirmer que de toutes les femmes dont l'utérus n'était pas revenu sur lui-même le quatrième jour, pas une n'a résisté à cette influence.

Je n'ai d'ailleurs pas avancé que c'est toujours la fièvre puerpérale dans toute sa gravité, celle qui tue nécessairement, qui doit survenir dans ces circonstances. Le frisson, sur lequel M. Depaul a tant insisté, est pour moi le premier signal de la maladie qui a fait invasion. Il en est de la fièvre puerpérale comme du choléra. Pendant l'épidémie, toute une population éprouve des crampes, de la diarrhée, etc; sont-ce là autant de maladies différentes? Nullement. C'est une même maladie à un, dix, cent de puissance.

De même le frisson qui survient chez une femme dont l'utérus n'a pas disparu derrière la symphyse le quatrième jour, n'est qu'une atténuation de la fièvre puerpérale. La maladie peut s'arrêter là comme la graine qui ne germe pas.

Je maintiens donc et la loi du niveau et la loi du retrait, et, en outre, j'affirme encore qu'aucun travail précis sur ces questions n'existe dans la science. Les croyances, qui sont le résumé d'impressions vagues laissées par la pratique, sont tout à fait insuffisantes. J'ai consulté depuis ma dernière communication un grand nombre de sages-femmes et d'accoucheurs sur la date et la durée du retrait normal de l'utérus, et j'ai compté autant de réponses différentes que de personnes.

Mais si j'ai signalé le premier la loi qui manquait, je reconnaissais en même temps qu'il y avait là des variations nombreuses; je faisais des réserves au sujet de cinq cas qui se trouvaient sur la limite de l'état physiologique et de la maladie. Et d'ailleurs, je le répète, ce n'est pas une question de chiffres que je cherchais à résoudre. Je tenais surtout à appeler l'attention sur la conversion de la plaie utérine en plaie fermée par l'effet de la contraction utérine.

J'arrive maintenant à une question beaucoup plus importante. J'ai dit que dans l'épidémie de 1846, j'ai été frappé de la constance du gonflement pathologique de l'utérus chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale, et que j'ai dû en conclure qu'il y a entre les deux accidents un rapport de causalité.

Mais avant tout il y avait là une question de fait, et c'est en vain que j'ai cherché dans les auteurs l'indication de cette coïncidence.

M. CAZEAUX. Il était facile pourtant de la trouver. (M. Cazeaux donne lecture d'un passage de son *Traité des accouchements*, où il est dit que l'utérus revient graduellement sur lui-même après l'accouchement, mais que ce retrait est suspendu par les maladies qui frappent la femme accouchée.

M. GUÉRIN. Vous ne parlez pas de l'époque à laquelle se fait le retrait à l'état physiologique.

M. CAZEAUX lit un autre passage de son *Traité*, relatif au retrait physiologique; d'après ce passage, emprunté à l'édition de 1850, l'utérus serait complétement revenu sur lui-même au bout de douze ou quinze jours.

M. GUÉRIN fait remarquer que le phénomène en question n'est décrit que d'une manière très-générale par M. Cazeaux.

M. DEPAUL, qui s'était absenté pour chercher dans le *Traité d'accouchements* de M. Jacquemier le passage qu'il a cité dans la dernière séance, et au sujet duquel M. Guérin lui a reproché une inexactitude,

donne lecture de ce passage, qui se trouve réellement à la page 588 du 2e volume de l'ouvrage, comme il l'avait dit.

M. GUÉRIN pense qu'il a dû se servir d'une autre édition que M. Depaul. — (**M. DEPAUL.** Il n'y en a qu'une.) — La persistance du gonflement de l'utérus, poursuit l'orateur, comme cause de maladie, n'est d'ailleurs notée nulle part.

M. DEPAUL. M. Jacquemier lui consacre un cbapitre à part.

M. GUÉRIN. Mais enfin les auteurs classiques n'insistent nulle part sur les faits que j'ai notés, et qui n'en existent pas moins. J'ai d'ailleurs bâte d'en venir à la question de savoir si le défaut de contraction de l'utérus est la cause ou l'effet de la fièvre puerpérale.

Ceci, Messieurs, est extrêmement grave, et j'aurais été enchanté que mes adversaires eussent démontré que la fièvre est le fait primitif et la cause de la persistance du gonflement de l'utérus. J'avoue que c'était chose un peu plus difficile que de terminer un accouchement par la version ou par le forceps. Aussi, lisez leurs discours, vous y trouverez une simple affirmation et rien de plus.

J'attends donc que mes bonorables collègues veuillent bien nous donner cette démonstration, et, en attendant, je vois d'autant moins de raison pour renoncer à mon opinion, que j'ai pu la baser sur des preuves excellentes.

En effet, lorsque en médecine nous voulons établir la subordination de deux accidents, nous nous adressons d'abord à la métbode expérimentale, à l'ordre d'apparition de ces accidents. Or le frisson, qui est, si je puis dire, le commencement virtuel de la fièvre puerpérale, ne survient que le deuxième ou le troisième jour du défaut de rétraction de l'utérus; c'est aussi alors que les lochies s'altèrent; quand les symptômes s'amendent, c'est encore le retrait de l'utérus qu'on observe d'abord. Que faut-il de plus pour prouver que tous les symptômes, et par suite la maladie elle-même, sont dominés par l'état de l'utérus?

Mais il y a encore de ce fait une démonstration rationnelle, qui ressort de la mise en rapport des effets connus avec les causes supposées et de leur interprétation physiologique. L'existence d'un espace confiné dans l'utérus n'est-elle pas la première conséquence nécessaire de sa persistance à l'état non contracté? Et de là l'existence d'une plaie étalée, en contact avec l'air, condition très grave, quoi qu'on en ait dit. M. Cazeaux admet lui-même que l'air pénètre dans l'utérus. A son contact les caillots doivent donc se putréfier, puis à une certaine époque tous les liquides de l'utérus passer dans le sang et dans le péritoine, et la matrice devenir ainsi le foyer et le point de départ de tous les accidents.

Si je ne me trompe, Messieurs, vous venez de voir que la critique de mes collègues a été fort limitée et peu démonstrative. Ils se sont bornés à nier la règle de retrait, et d'une; — il leur a suffi de renverser d'un mot le rapport de causalité que j'avais établi, mais quant aux autres questions que j'ai soulevées, ils les ont négligées.

Il n'en est qu'une, celle du passage des liquides contenus dans l'utérus à travers les trompes, qu'ils aient jugé à propos de discuter encore, et ils ont déclaré que cette aspiration est en opposition avec toutes nos notions de pbysique, de mécanique, de chimie et de patbologie.

M. CAZEAUX. Ce n'est pas moi qui l'ai dit.

M. GUÉRIN. Pour le prouver qu'ont-ils fait? Ils m'ont fait dire que tous les liquides contenus dans le péritoine n'ont pas d'autre source.

M. CAZEAUX. Je n'ai rien fait de cela.

M. LE PRÉSIDENT intervient pour prier M. Cazeaux de laisser M. Guérin poursuivre sans interruption.

M. GUÉRIN. M. Depaul m'accuse d'avoir fait voyager par les trompes les flocons albumineux, les fausses membranes. A cet argument que je ne caractériserai pas, et qui consiste à me prêter des idées que je n'ai jamais eues, permettez-moi d'en substituer d'autres qui m'appartiennent.

Vous ne voulez pas du passage de certains liquides par les trompes, mais vous admettez qu'ils puissent pénétrer dans les vaisseaux. Pourquoi? Parce que l'un est un fait connu et l'autre une cbose nouvelle. Comment expliquerez-vous la présence du pus dans les trompes, constatée assez fréquemment par M. Béhier, sans inflammation sensible de leur muqueuse, si ce n'est par sa migration? Et n'en est-il pas de même du siége occupé par le pus, d'abord près des trompes, puis dans le petit bassin, etc.?

On m'accuse d'avoir regardé ce pus comme un liquide inoffensif, parce que, vrai levain pathologique, il produit dans les organes avec lesquels il se met en contact un travail analogue à celui qui l'a produit lui-même sans inflammation. Mais qu'est-ce donc que l'inflammation? Un mythe, rien de plus. Pourquoi l'invoquer, quand des conditions mécaniques très-simples suffisent?

Et puis, au début de la maladie la douleur n'existe pas encore, quand déjà on sent le cordon de la trompe turgescente. A cela vous répondez par des plaisanteries sur la trompe, qui devient une pompe, et à laquelle mon nom restera attaché. Pourquoi pas? J'admets cette illustration, et j'espère établir qu'elle repose sur de bonnes bases.

Dans un espace clos, si le vide tend à se produire, les parties contenues le rempliront si elles sont très-mobiles. Mais il est impossible que les parois abdominales comblent tous les vides instantanés, multiples, qui tendent à se produire dans le péritoine. Cette tendance est d'ailleurs bien démontrée par les mouvements du manomètre adapté à la cavité abdominale.

M. CAZEAUX. Où introduisez vous votre tube?

M. GUÉRIN. Dans le péritoine. Et, quand on ouvre le péritoine, on voit souvent l'air y pénétrer; la chirurgie nous montre des faits assez nombreux où cela n'est pas douteux; mais on n'a pas pris la peine de les examiner par esprit de contradiction. Ce qui se passe au niveau d'une plaie accidentelle doit arriver à la communication normale établie par les trompes avec l'air extérieur.

Et puis, voyez comme cette induction est confirmée par ce qui se passe dans la prétendue péritonite. J'ai déjà signalé la présence du pus constante au début dans le département des trompes, et MM. Béhier et Jacquemier eux-mêmes disent que souvent le péritoine couvert de pus n'est pas enflammé (M. Guérin cite ici plusieurs passages empruntés à ces deux auteurs). Que devient dès lors l'inflammation? Pouvons-nous l'admettre là où tous ses caractères anatomiques nous font défaut? Et, est-il possible encore, dès lors, de douter du transport du pus par les trompes? Pour mon compte, je soutiens encore ce transport, et la transformation en pus des parties avec lesquelles il se met en contact sans inflammation.

Telles sont, Messieurs, les observations que j'avais à offrir à l'Académie. A l'autorité très-supérieure de mes collègues, je n'ai opposé que l'autorité égale des faits, et, en cherchant à établir laquelle des théories en présence a le plus de chance de vérité, j'ai offert à la science et à l'humanité les résultats de recherubes consciencieuses et, je l'espère, fécondes en conséquences importantes.

M. BEAU reprend une deuxième fois la parole pour confirmer tout ce qu'il a dit dans son premier discours, et pour y ajouter quelques développements devenus nécessaires par les difficultés ou objections qui lui ont été adressées, soit sur la partie pathologique, soit sur la partie tbérapeutique.

Dans la fièvre puerpérale, il y a de la fièvre et des phlegmasies. Il s'agit de savoir dans quel rapport pathologique se trouvent la fièvre et les phlegmasies. A ce sujet on distingue les fièvres accompagnées de phlegmasies en deux grandes classes très-circonscrites.

Dans les unes, comme la variole, la pblegmasie est consécutive à la fièvre, ou plutôt à l'altération du sang, qui produit la fièvre. Dans les autres, au contraire, comme la pneumonie, la phlegmasie est primitive et donne lieu à la fièvre qui est ici le symptôme de la phlegmasie. Ces affections fébriles s'appellent phlegmasies fébriles ou fièvres symptomatiques des pblegmasies.

Nous avons démontré, dit M. Beau, par la considération du début de la maladie, des symptômes, des lésions de tissu et des altérations du sang, que la fièvre puerpérale se rattachait à la seconde classe des affections fébriles. C'est dans ce sens que nous admettons la locution de *fièvre puerpérale.*

On peut se demander secondairement si la phlegmasie est franche, si elle est spéciale ou spécifique; si l'affection est locale ou résultant d'une influence générale, si elle est contagieuse, etc. Mais ces différentes questions accessoires, de quelque manière qu'on les envisage ou qu'on les résolve, ne peuvent en aucune manière faire revenir sur la nature phlegmasique de la fièvre puerpérale.

Passant ensuite en revue quelques-unes de ces questions accessoires, M. Beau explique de nouveau ce qu'il entend par la diathèse inflammatoire.

Il y a, dit-il, deux manières principales de comprendre la diathèse. Les uns, d'après son sens étymologique, la regardent comme une prédisposition plus ou moins éloignée à une maladie; les autres, tels que Frank, Hildenbrand, etc., la considèrent à plus juste raison comme la constitution morbide, soit permanente ou passagère. J'adopte cette dernière définition. Eh bien, cette condition morbide, cette diatbèse, en un mot, qui produit des inflammations purulentes à la moindre occasion, chez certaines personnes pendant toute lenr vie, peut exister d'une manière passagère dans certaines circonstances physiologiques et pathologiques, c'est-à-dire dans l'état puerpéral et dans l'état traumatique, bien que ces deux états ne soient pas identiques.

Maintenant, quelle est précisément cette constitution morbide de l'organisme ou cette diathèse qui, avec ou sans cause occasionnelle, produit les diverses lésions locales? Voilà une question qu'on se posera longtemps sans pouvoir la résoudre.

M. Beau examine ici les opinions émises à cet égard à la tribune par MM. Cazeaux, Velpeau et Trousseau, dans la presse par MM. Mattei et Pidoux, et après avoir répondu aux diverses objections qui lui ont été adressées, il arrive à l'étude de la prédominance pblegmasique de la fièvre puerpérale, et conclut que ce n'est pas la phlébite qui domine la fièvre puerpérale, comme a cherché à le démontrer M. Bébier, mais la péritonite, la phlébite ne s'y trouvant, quand elle existe, qu'à l'état d'espèce anatomique accessoire. Ce n'est pas, ajoute-t il, que je prétende nier l'existence de la phlébite puerpérale dominante et essentielle, de cette phlébite, que Dance a fait connaître dans un mémoire enrichi de nombreuses observations. Mais cette phlébite diffère de la fièvre puerpérale par des caractères importants. Elle ne survient jamais qu'après le premier septénaire qui suit l'accoucbement, elle dure plus longtemps que la fièvre puerpérale, elle est marquée babituellement par un ictère vrai, elle se termine dans des symptômes comateux, et à l'autopsie on trouve du pus dans les sinus utérins, et des abcès métastatiques dans les poumons, le foie, la rate, etc. C'est pour cela que dans la thèse déjà citée de M. Barbrau, je désigne cette phlébite dominante sous le nom de pblébite à abcès métastatiques, et je la distingue de la phlébite simple, lésion accessoire de la péritonite.

Reste une dernière question : quelle est la nature de ces phelgmasies?

Les phlegmasies, comme on sait, diffèrent de nature. Il y a des phlegmasies franches, des phlegmasies qui ne sont pas franches, il en est de spéciales, de spécifiques, etc. Je ne sais pourquoi on a voulu que pour moi les phlegmasies puerpérales soient des phlegmasies francbes. J'ai dit expressément, au contraire, que ce n'étaient point des phlegmasies franches parce qu'elles sont rapidement purulentes, et qu'elles sont surtout très-réfractaires à l'emploi des antiphlogistiques.

On ne peut pas accepter l'opinion de MM. Trousseau et Guérin, qui regardent la fièvre puerpérale comme une maladie spécifique. On n'y trouve pas les grands caractères d'origine, d'évolution, d'unicité de symptômes propres aux maladies spécifiques. Ce serait tout au plus, comme l'a dit M. Velpeau, une maladie spéciale; mais spécifique ou spéciale, il faut accorder que c'est d'abord une phlegmasie.

Enfin, j'accorderais au besoin que la péritonite puerpérale diffère, comme le veut M. Depaul, de la péritonite non puerpérale par des circonstances anatomiques ou autres; mais ce que je n'accorderai jamais, c'est que cette péritonite puerpérale n'est pas une phlegmasie, et qu'elle ne prime pas ou ne produit pas la fièvre puerpérale, et c'est là le grand point qui me sépare de M. Depaul.

J'arrive à la thérapeutique. Je dois vous dire tout d'abord que je n'ai nullement été étonné de voir attaquer les différentes propositions que j'ai émises sur le traitement de la péritonite puerpérale par le sulfate de quinine; on ne pouvait les accepter pour deux raisons : la première se tire de la théorie que mes principaux adversaires se font de la fièvre puerpérale, qu'ils considèrent comme une fièvre essentielle qui tue toujours avec ou sans lésions anatomiques. Ainsi je traite par le sulfate de quinine une affection puerpérale; je prétends guérir cette affection, donc ce n'est pas la véritable fièvre puerpérale.

Je répondrai que dans la thèse de M. Barbrau, sur laquelle on s'est appuyé, il s'agit non de la fièvre puerpérale comme l'entendent ces messieurs, mais simplement de la métro-péritonite puerpérale. Et il y est démontré dans les six observations précitées que le sulfate de quinine guérit cette maladie dans la limite des conditions nécessaires à l'action du médicament.

Maintenant j'avoue humblement ne pas connaître parfaitement les symptômes constituants de la fièvre puerpérale essentielle; je sais bien où elle finit, mais je ne sais pas où elle commence. J'avais cru d'abord que la fièvre puerpérale essentielle répondait à la péritonite, quand celle-ci occupe tout le péritoine; mais à présent, je n'oserais plus le soutenir depuis le discours de M. Depaul.

Revenant au fond de la question, je tiens à montrer que décidément pour nos savants adversaires la péritonite puerpérale généralisée est différente de la fièvre puerpérale essentielle. Le diagnostic de cette dernière maladie est donc un véritable secret qui n'est pas donné à tout le monde et qui rend impossible toute discussion sur le traitement de cette mystérieuse maladie.

La seconde raison qui fait repousser la médication quinique comme toutes les médications nouvelles est aussi ancienne que la médecine; elle résulte tout simplement d'une exigence en quelque sorte traditionnelle et assez injuste par suite de laquelle on veut que tout médicament nouveau guérisse toujours et sans condition. C'est ainsi qu'on a attaqué de toutes sortes de manières certains détails d'administration tbérapeutique, importants et nécessaires pour la bonne action du sulfate de quinine, bien que dans le fond ils fussent parfaitement orthodoxes. En effet, j'ai dit qu'on pouvait espérer de guérir la péritonite puerpérale par le sulfate de quinine tant que la maladie était limitée à la région sous-ombilicale, que ce traitement n'avait plus d'efficacité quand l'inflammation du péritoine était sus-ombilicale ou généralisée. Il n'y a rien d'étonnant à cela. On sait que dans toutes les maladies il y a une limite d'intensité ou de généralisation après laquelle les meilleurs moyens échouent.

Mais, me dit-on, nous guérissons comme vous la péritonite sous-ombilicale, qu'est-il besoin d'en venir au sulfate de quinine? A cela je réponds que vous guérirez bien mieux et plus souvent quand vous emploierez ce médicament en suivant tous les détails d'administration que je vous ai indiqués.

Un autre point thérapeutique, qui rentre dans le précédent et dont on ne veut pas, est que la maladie soit attaquée aussitôt après son début pour que l'inflammation, enrayée dans sa marche, ne s'étende pas dans la partie supérieure du péritoine. *Principiis obsta, occasio præceps*: telles sont les sentences classiques qui légitiment cette tutélaire indication.

Quand un médecin voit pour la première fois, à sa visite du matin, une femme affectée de fièvre puerpérale depuis sa visite précédente, il arrive très-souvent que l'inflammation du péritoine soit assez étendue déjà pour braver tous les moyens thérapeutiques; il faut donc que le médecin ait un aide intelligent et dévoué, qui soit toujours prêt à commencer le traitement aussitôt après l'invasion de la maladie. Sur 52 malades traitées pendant l'internat de M. Barbrau, 20 seulement ont été traitées pour la première fois à ma visite du matin; les 32 autres étaient déjà en voie de traitement, quand le matin j'observais et je constatais pour la première fois les symptômes de la maladie.

Je suis donc parfaitement dans mon droit, et, qui plus est, je suis dans les vrais principes, en tenant aux différents détails que je vous ai donnés sur l'administratiou du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre puerpérale. Je pourrais les légitimer par la pratique et l'opinion des médecins qui ont fait et qui font encore autorité dans la science.

N'ai-je pas maintenant quelque raison de m'étonner que les détails que je vous ai exposés sur les conditions de dose, de temps, etc., qui constituent le traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine à baute dose, et qui lui donnent, sinon quelque chose de sacramentel, du moins quelque chose d'essentiel, n'aient pas été acceptés plus sérieusement. Il y a à ce sujet, dans un des discours de M. Dubois, un passage qu'il m'est impossible de ne pas relever : « Le sulfate de quinine n'a pas été plus heureux que les autres moyens. Je sais bien que M. Beau conteste la légitimité de cette proposition, parce que les conditions de temps et de dose n'auraient pas été strictement observées. »

Cela est parfaitement vrai. Je me fonde, à ce sujet, sur le témoignage des élèves qui ont vu l'énorme différence qu'il y a entre ce traitement de la Clinique et celui de l'hôpital Cocbin.

M. Beau termine en réfutant quelques autres objections présentées contre sa méthode par MM. Dubois et Trousseau, et cberche à démontrer que les expériences faites dans les services de la Clinique et de l'Hôtel-Dieu n'ont pas été faites dans les mêmes conditions et suivant les préceptes qu'il a formulés.

— La séance est levée à cinq beures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Leçons sur les maladies de la peau, professées par le docteur HARDY, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.; rédigées et publiées par le docteur E. MOYSANT, ancien interne des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur. Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50. — Paris : A. Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23; F. Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13.

De la fièvre puerpérale, par M. Ed. WILLIAM MURPHY, professeur d'accouchements à l'Université, collége de Londres; traduit de l'anglais par M. le docteur GENTIL. (Extrait de la *Revue étrangère.*) Brochure de 32 pages. Prix, 60 c. — G. Baillière.

Note sur l'emploi du gaz carbonique comme agent anesthésique, par le docteur J. Ch. HERPIN (de Metz). In-8° de 8 pages.

Sur la nomenclature et la classification des eaux minérales, par le docteur J. Ch. HERPIN (de Metz). In-8° de 28 pages.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur LEGRAND DU SAULLE. Paris, 1857, brochure in-8°; chez T. Viat, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 74. — SAMEDI 26 JUIN 1858. (31e ANNEE.) N° 74. — SAMEDI 26 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois p. semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hémiplégie choréique. — Emploi du tartre stibié sans amélioration notable. — Diminution rapide après une saignée. — Pneumonie intercurrente ; nouvelle saignée. — Guérison.

La médication stibiée, appliquée au traitement de la chorée par l'illustre auteur de l'auscultation, qui toutefois ne trouva pas alors beaucoup d'imitateurs, reprise récemment par MM. Bouley et Gillette, suivis à leur tour dans leur expérimentation par plusieurs de leurs collègues des hôpitaux, s'est produite escortée de nombreux succès. Nous les avons fait connaître pour la plupart à nos lecteurs. Ils ne trouveront pas mauvais que nous mettions ici en regard un cas d'insuccès, dont nous ne prétendons d'ailleurs tirer aucune conséquence contre la méthode.

Un jeune homme atteint de cette maladie, ayant été admis dans le service de M. Legroux, à l'Hôtel-Dieu, notre savant confrère a voulu constater sur lui le mérite de cette médication.

Voici l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Michel, interne du service.

J. B..., âgé de dix-huit ans, entre le 19 avril 1858 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, service de M. Legroux. Ce jeune homme, médiocrement robuste, assez pâle, d'une constitution sèche, n'avait jamais eu jusque-là aucune indisposition. Personne dans sa famille n'a été atteint de maladie nerveuse ou rhumatismale. Depuis plusieurs années, livré à l'onanisme, il avait remarqué chez lui depuis longtemps de fréquents mouvements involontaires et parfois une sorte d'agitation nerveuse de tous les membres.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il est frappé à peu près subitement d'une hémiplégie choréique du côté droit, très-intense dès le début, développée dans l'espace d'une journée au plus, et affectant principalement le membre supérieur où elle s'est manifestée tout d'abord.

A son entrée, le 19 avril, on constate les symptômes suivants :

Hémiplégie choréique assez intense du côté droit, affectant surtout et plus fortement le membre supérieur. Celui-ci est constamment le siége de mouvements désordonnés et de soubresauts involontaires. Le malade ne peut faire usage de sa main pour boire et manger. Le membre inférieur est moins agité. La claudication est légère, mais la marche est incertaine et traînante ; elle offre par moment des sautillements répétés. Les muscles du cou sont étrangers à la maladie. Ceux de la langue, du pharynx, du larynx paraissent intacts, ainsi que les fonctions qu'ils desservent. Mais la face est, surtout du côté droit, le siége de quelques grimaces.

Tous ces symptômes s'apaisent la nuit. Tous les mouvements sont suspendus dans le sommeil. Les autres fonctions de l'innervation s'accomplissent avec régularité. L'intelligence est nette, assez développée même. Le malade n'a jamais de douleurs vers la tête. Seulement parfois sa vue s'obscurcit pendant quelques minutes. La digestion est normale, la respiration libre, les battements du cœur réguliers ; le pouls bat 68 fois par minute et n'offre rien de spécial.

La maladie datait de trois semaines. Aucun traitement n'avait été fait.

Le lendemain 20 avril, M. Legroux prescrit à la visite du matin : potion avec tartre stibié, 0,30 ; mauve sucrée ; deux portions.

Quelques vomissements ont eu lieu dans la journée ; il y a un peu plus de calme qu'à l'ordinaire vers le soir.

Le 21 avril, agitation plus grande que la veille (tartre stibié, 0,40 ; deux portions). Pas de vomissements dans la journée, mais efforts pénibles pour vomir. Malaise prononcé. Agitation croissante vers le soir. Pas de fièvre.

Le 22, même état. Ni vomituritions ni vomissements, mais sensation de faiblesse très-grande. Aucune amélioration de la chorée. — Potion avec tartre stibé, 0,50 ; deux portions.

Le 23 (quatrième jour du traitement), les vomissements recommencent. Malaise assez profond ; l'émétique est porté sans succès à la dose de 60 centigr., et continué le lendemain à la même dose.

Le 26 (septième jour), l'émétique est suspendu. Le malaise et les vomissements continuent les 26, 27 et 28 avril. Le malade évite de manger, de peur de vomir. La chorée persiste avec toute son intensité.

Le 29, accès de fièvre le soir ; chaleur à la peau ; pouls, 108. Agitation ; mouvements très-désordonnés. Inappétence.

Le 30, les mêmes symptômes persistent. On pratique une saignée de trois palettes. Une amélioration notable se manifeste le soir. Pouls à 84 ; l'agitation a diminué subitement d'une manière sensible.

Du 1er au 5 mai, l'amélioration continue ; le malade mange deux portions. Il étend la main facilement ; sa démarche est plus assurée.

Le 5, le traitement est repris de la manière suivante : Potion avec sirop diacode, 30 grammes ; tartre stibié, 30 centigrammes ; une portion. Malaise dans la journée, ainsi que le lendemain ; le malade n'ose plus manger, de peur de vomir.

Le 7, même traitement, élevé à 40 centigrammes. Devenu trop pénible, il est de nouveau suspendu du 7 au 19 mai. L'amélioration de la chorée, survenue le jour même de l'émission sanguine, s'était à peu près maintenue. Déjà la main tremblait à peine ; le malade portait facilement sa cuiller à la bouche ; il saisissait avec assez de précision des épingles sur son lit, quand, le 18 mai au soir, il est pris d'un frisson prolongé suivi de l'apparition d'un appareil fébrile intense. Au côté droit, surtout en arrière, la respiration est un peu sèche.

Le 19 mai, fièvre intense ; pouls plein, fréquent (96 p.) ; prostration. Nulle douleur de côté ; quelques crachats visqueux, peu aérés, rares, couleur de safran. Submatité, bronchophonie légère du tiers moyen du poumon droit en arrière. Dans le point correspondant, respiration sèche, presque soufflante, accompagnée, surtout pendant la toux, de quelques bulles de râle crépitant, sec, gros, peu superficiel. En avant, son légèrement exagéré sous la clavicule dans l'espace de trois doigts.

M. Legroux prescrit : potion avec sirop d'ipéca, 20 grammes ; tartre stibié, 1 gramme ; saignée de 3 palettes ; diète.

Le lendemain, les symptômes s'amendent légèrement, mais la fièvre persiste, ainsi que la prostration. Deux vomissements dans la journée.

Le 21, un érysipèle se déclare sur les joues et le nez. Le même jour, la respiration, encore sèche la veille et presque soufflante, est trouvée normale, il y a sonorité partout ; mais la fièvre persiste. Pouls à 96. — Saignée de 3 palettes ; corps gras et amidon sur l'érysipèle ; lavement.

Le 23, l'érysipèle est concentré à la face et peu étendu. Le pouls descend de 12 pulsations. Moins de chaleur. — Une portion.

Le 25, l'érysipèle pâlit, la fièvre cesse. Retour de l'appétit. — Bain sulfureux ; deux portions.

Le 26, le malade se lève. Depuis la première saignée l'amélioration de la chorée n'a fait que se continuer. A peine reste-t-il dans les membres une agitation extrêmement légère, difficile à reconnaître, même pour ceux qui sont prévenus de ce fait.

Le 29, le malade sort de l'hôpital.

Dans ce cas, fait remarquer M. Legroux, la médication stibiée n'a paru exercer sur la chorée aucune influence sensible.

Une certaine réaction fébrile, avec rougeur de la face, l'ayant décidé à prescrire une saignée, un amendement notable se produisit aussitôt dans les symptômes choréiques, et persista jusqu'à la guérison, au milieu de complications diverses.

Doit-on attribuer l'inefficacité du tartre stibié à l'intolérance ? M. Legroux ne le pense pas, car cette même intolérance a été considérée comme condition d'efficacité par M. Bouley.

Quoi qu'il en soit, ce fait tout exceptionnel ne prouve à ses yeux rien contre la médication en général ; peut-être, pense-t-il, celle-ci est-elle moins favorable chez l'adulte que chez l'enfant ?

Mais les bons effets de la saignée, dirigée d'abord contre un léger appareil fébrile, puis contre des complications inflammatoires, lui ont paru manifestes et immédiats, et il n'hésite pas à dire que la guérison de la chorée lui revient entièrement.

En admettant donc la médication stibiée comme une bonne méthode générale dans le traitement de la chorée, on ne peut méconnaître qu'elle n'est pas toujours efficace, qu'elle peut avoir ses contre-indications ; que, concurremment avec elle, il peut exister des indications accessoires, préliminaires ou concomitantes. C'est de l'appréciation de ces diverses circonstances que doit découler la thérapeutique de la chorée.

FEUILLETON.

LETTRE SUR L'EMPLOI DU VIN EN THÉRAPEUTIQUE.

A βίος βίος, βίος αϐίωτος.
L'existence maladive est le simulacre de la mort.
(*Athénée*, liv. XV, dernier chapitre.)

Mon bon ami,

Hippocrate a fait un livre exprès intitulé : *De l'état du parfait médecin* ; Galien l'a illustré de doctes commentaires. Il y est recommandé de complaire au malade par les gestes, le visage, les vêtements, les paroles, le maintien, le regard, les attouchements ; de tout faire pour le délecter et le réjouir, d'éviter tout ce qui pourrait le contrister ou lui être désagréable.

De plus, au sixième livre *Des épidémies*, il est discuté à savoir si du médecin la face joyeuse, sereine, plaisante, riante, ouverte, réjouit le malade ; si, au contraire, celle du médecin chagrin, malplaisant, malcontent, l'attriste..... Cela est hors de doute.

Cette tristesse ou cette gaieté proviennent-elles des idées du malade contemplant ces qualités ? Vont-elles, par transfusion des esprits sereins ou ténébreux, joyeux ou tristes du médecin au malade, comme le pensent Platon et Averroës ? Je l'ignore.

Hippocrate comparant la pratique de la médecine à un combat entre trois personnages, le malade, le médecin et la maladie, il convient que l'avantage reste toujours aux deux premiers, et que pour le remporter le médecin, déjà convenable de sa personne, met à son service les agents thérapeutiques de l'usage le plus simple et le plus agréable.

Or, si je trouve une plante dans mon jardin, sur mon chemin ou dans mes bois, à laquelle je reconnaisse des propriétés usuelles égales à celles des pays lointains, je m'empresse d'en faire mon profit. Si à ces qualités économiques elle joint des vertus thérapeutiques certaines, et qu'en outre je puisse la présenter à mon malade sous forme d'une liqueur suave, alors mon affection se change en prédilection.

Lisez l'histoire de la découverte du quinquina, et celle des diverses sources d'eaux minérales ayant des propriétés certaines en dehors de l'effet moral. C'est ainsi que j'ai observé pour le vin ; je ne parle pas de son action comme aliment, *mais comme remède*.

Ici, mon ami, surgit une difficulté ; il s'agit de contredire une proposition du *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux ; ils ont écrit, page 18 de l'Introduction de leur livre, édition de 1847 : « Tout médicament a des propriétés positives bien différentes de celles qui caractérisent les agents hygiéniques ; ceux-ci sont les modificateurs de la santé, les médicaments sont les modificateurs de la maladie ; pour entretenir la santé, les premiers jouissent de propriétés saines et agréables à l'homme sain, désagréables ou nuisibles à l'homme malade. Pour guérir la maladie, les seconds, au contraire, recèlent des propriétés désagréables ou nuisibles à l'homme sain, utiles, sinon agréables à l'homme malade. Il y a donc entre le médicament et l'agent hygiénique la même opposition qu'entre la maladie et la santé, comme entre le médicament et l'homme sain la même répugnance qu'entre l'aliment et l'homme malade. » J'en demande bien pardon à mes chers maîtres, mais *nego*, *parce que l'aliment peut devenir médicament et guérir les maladies sans cesser d'être agréable au malade.*

Comment ai-je été amené à l'emploi du vin pour combattre les maladies ? Ce moyen a déjà été préconisé assez souvent ; mais voici ce qui a fixé mon attention sur ce sujet. Il y a trente ans était à Vauchassis, arrondissement de Château-Thierry, *un curé médecin* jouissant d'une réputation étendue et appuyant toute sa thérapeutique sur une panacée, *le bon vin sucré* pris en grande quantité. J'étais alors enfant, et comme j'entendais souvent parler de cet homme, l'impression resta gravée dans mes souvenirs, quand plus tard je me livrai aux études médicales.

Beaucoup y allaient ; c'étaient tous gens las de leurs maladies et de leurs médecins ; malades et maladies dont la médecine était également fatiguée ; tous réduits à demander des conseils à Dieu et au diable ; tous porteurs d'affections chroniques. Les hydropiques se trouvaient bien de l'emploi du vin blanc ; les anémiques, les hectiques prenaient le vin rouge avec avantage. A la vérité, certains mouraient avec le traitement... Mais il en guérissait...

Ayant observé des cas remarquables, je me demandai s'il n'y avait

Tumeur dans le cerveau et le cœur d'un enfant nouveau-né, de nature peu connue, ayant déterminé la mort subite par asphyxie. — Question médico-légale.

Voici un second fait, intéressant à un autre point de vue, observé également par M. Legroux, qui en a fait l'objet d'une communication à l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux. Ce fait soulève, comme on le verra plus loin, une question médico-légale en même temps qu'un point nouveau d'anatomie pathologique et de diagnostic. Nous empruntons les détails qui suivent au compte rendu des séances de cette Société.

La mère de l'enfant dont il s'agit avait eu huit enfants avant celui-là. Pas un n'avait vécu. Elle était tombée deux fois pendant la dernière grossesse. La dernière chute, survenue quelques jours avant l'accouchement, avait été accompagnée d'un écoulement sanguin peu considérable. Il n'y avait aucun antécédent qui pût faire penser à des tubercules ni à la syphilis. L'enfant était venu à terme. Médiocrement constitué comme sa mère, il avait néanmoins toutes les apparences de la santé. Il prenait parfaitement le sein, et n'avait ni assoupissement, ni coloration anormale, ni diarrhée.

Le quatrième jour après sa naissance, la mère, en se réveillant, le trouva mort sur son sein. Elle avait, assurait-elle, la conscience de ne pas l'avoir serré pendant son sommeil, et elle ne croyait en aucune façon être la cause de sa mort.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain. Les membranes du cerveau étaient normales; la substance cérébrale offrait la coloration et la consistance ordinaires. Mais en un certain nombre de points assez étendus, elle offrait un aspect grisâtre; au niveau de ces points, la substance était beaucoup plus dure, et la dissection amena la découverte d'une dizaine de petites tumeurs offrant chacune, en moyenne, 0,01 centimètre de diamètre, de formes diverses, éparses dans la masse cérébrale, enclavées dans cette masse, et ne pouvant en être isolées par énucléation.

Ces tumeurs ont été examinées au microscope par M. Robin, qui a qualifié cette altération du nom de *sclérosé*. Voici les éléments principaux que ce savant micrographe y a trouvés:

1° Du tissu fibreux (or les éléments du tissu fibreux ne sont pas contenus dans la substance cérébrale à l'état normal);

2° Une matière amorphe granuleuse;

3° Une altération spéciale de la substance nerveuse proprement dite.

Le cœur était gorgé de sang noir, poisseux. Il offrait dans l'intimité de sa texture, dans l'épaisseur des colonnes tendineuses du ventricule gauche spécialement, de petites tumeurs piriformes d'un blanc jaunâtre, dont l'aspect rappelait celui des tumeurs cérébrales.

Les poumons, refoulés dans la gouttière vertébrale, offraient une coloration noirâtre, excepté le quart antérieur du poumon gauche, qui était rosé, crépitant, et qui avait seul respiré.

La mort subite et imprévue de l'enfant, ajoute M. Legroux, permettait de présumer l'existence d'un crime, ou tout au moins d'une négligence coupable. Cette présomption, suivant notre confrère, était d'autant plus vraisemblable, que cette femme avait eu huit enfants, dont aucun n'avait vécu. Une instruction judiciaire avait été commencée dans ce sens. Mais les résultats de l'autopsie ont fait tomber cette prévention. La vie, en effet, paraissait peu compatible avec de semblables lésions. M. Robin, éclairé sur l'existence de celles-ci par d'autres faits analogues, a exprimé l'opinion que la mort avait dû être instantanée.

Une autre question a été soulevée au sujet de cette communication. La lésion dont il s'agit n'aurait-elle pas eu pour origine une diathèse syphilitique des parents, et ne serait-elle pas elle-même de cette nature? Telle a été l'opinion exprimée par plusieurs membres, notamment par MM. Aran et Gubler. Si l'on considère en effet combien sont rares à cet âge les productions pathologiques même les plus communes, telles que les tubercules, on est porté à penser qu'il n'y a qu'une lésion syphilitique congéniale qui ait pu déterminer une semblable lésion; et c'est à des lésions analogues, mais encore mal connues et mal déterminées, que sont dus sans doute tant d'avortements et tant de morts au premier âge. Malheureusement, l'insuffisance des renseignements recueillis sur les antécédents des parents, ne permet pas de résoudre affirmativement la question pour ce cas particulier, et il en résulte que les choses restent à l'état d'hypothèse. Il était utile toutefois d'appeler l'attention sur ce point.

Sur les injections froides dans la veine ombilicale pour les cas d'adhérences du placenta.

Au sujet des quelques faits que nous avons exposés dans notre dernière *Revue* sur les injections froides pratiquées dans la veine ombilicale pour provoquer l'expulsion du placenta, M. le docteur A. Legrand nous fait part d'un cas semblable à ceux que nous avons rapportés, et qui remonte, d'après ses souvenirs, à une quinzaine d'années environ. Ayant assisté une jeune femme primipare dont la délivrance tardait à se faire, après cinq à six heures d'attente, quelques frictions sur l'abdomen et quelques légères tractions sur le cordon faites sans résultat, M. Legrand mit en pratique l'injection froide qu'il avait vue indiquée dans quelques publications d'alors. Quinze à vingt minutes après l'injection, la malade ressentit quelques tranchées utérines, puis expulsa en un seul bloc tout le délivre.

Les réflexions que nous avons présentées au sujet des faits rappelés par M. Liégard et de celui que nous avons mentionné d'après notre propre pratique s'appliquent également à l'observation de M. Legrand. Nous pourrions donc borner-là ce qui a trait à cette communication. Mais puisque l'occasion se présente tout naturellement de revenir sur ce sujet, nous allons appuyer par quelques exemples ce que nous avons dit sur le défaut de parité de ces faits avec ceux qui ont fait l'objet de notre premier article sur cette question.

Dans les faits de M. Liégard et le nôtre, avons-nous dit, — et nous pouvons y ajouter maintenant le fait de M. Legrand, — on a eu affaire à une rétention du placenta par simple inertie, ou tout au plus peut-être à de faibles adhérences que des contractions provoquées auraient sans doute pu détruire; tandis que dans les cas qui faisaient le sujet de l'article précité, il s'agissait d'adhérences organisées, solides, que les contractions soit spontanées, soit provoquées, de la matrice, eussent été complétement insuffisantes à détruire (1). Nous nous proposions de faire des recherches pour citer à l'appui de cette proposition quelques-uns des cas d'adhérences solides du placenta consignés dans les annales de la science, lorsque, par un heureux hasard, nous les avons trouvés réunis dans une thèse que nous avions en ce moment sous les yeux, thèse déjà citée, et sur laquelle nous aurons encore à revenir (*De la placentite*, par M. Geoffroy de Montreuil).

Voici ces faits:

Paul Portal (*Pratique des accouchements*) raconte qu'à l'autopsie d'une femme morte après être accouchée, on trouva dans la matrice une portion de l'arrière faix. Le médecin qui pratiquait l'autopsie ayant voulu enlever cette portion du placenta, éprouva une résistance invincible. Il lui fut impossible de la séparer sans arracher la propre substance de la matrice.

Morgagni (*De sedibus et causis*, etc.) rapporte le fait suivant: Une femme de trente-trois ans, ayant fait de violents efforts, accouche à sept ou huit mois; les secondines restent. Le lendemain, survient du frisson et de la fièvre; il s'y joint, peu de jours après, de grandes difficultés pour respirer. Cependant une matière fétide sortait par la vulve avec quelques morceaux de secondines. Enfin des mouvements convulsifs et du hoquet se déclarent, le ventre se tuméfie considérablement, et la malade meurt le onzième jour après l'accouchement. A l'ouverture du ventre, l'utérus présenta une grande partie du placenta, dont une portion était pendante à travers l'orifice, tandis que l'autre était tellement adhérente à l'utérus, qu'elle pouvait à peine en être séparée, même avec le scalpel. Cette dernière partie, dont la structure naturelle était obscurcie, formait un corps dur et très-fétide, etc.

Voici deux autres observations semblables rapportées par M. Brachet (mémoire sur les maladies du placenta):

Une dame de vingt-deux ans, enceinte pour la troisième fois, éprouva au troisième mois de sa grossesse, heureuse jusque-là, de vives peines morales et physiques, qui la fatiguaient beaucoup. Elle ressentit dans les reins des douleurs assez vives, qui s'accompagnèrent peu à peu de tous les symptômes de la métrite aiguë. Les saignées, les émollients, triomphèrent et prévinrent un avortement imminent. Le reste de la grossesse se passa bien. L'accouchement fut heureux; mais la délivrance n'étant pas obtenue au bout d'une heure, M. Brachet, craignant que le col ne se refermât, alla détacher le placenta; l'adhérence était telle, qu'il dût laisser dans la matrice la couche la plus extérieure. Ce qui resta adhérent dans la matrice représentait au toucher un véritable tissu tomenteux, impossible à enlever. On laissa à la nature le soin de le chasser par les lochies.

M. Brachet rapporte encore avoir rencontré une adhérence solide et partielle chez une accoucheuse qui, pendant sa grossesse, avait longtemps éprouvé une *douleur fixe* dans le côté gauche de la matrice. L'accouchement fut naturel, mais le placenta fut retenu; il ne put le détacher qu'en en déchirant le tissu au niveau du point adhérent. Le placenta était un peu plus consistant dans la partie adhérente, et paraissait en voie de résolution de l'hépatisation rouge.

D'après M. Simpson, on a retrouvé des portions adhérentes chez des femmes mortes 10, 11, 20, 21, 30 jours après l'accouchement.

Wrisberg dit avoir vu de ces adhérences dont la couche unissante avait 2 lignes et demie entre les lobes, et une ligne et demie et 2 lignes entre le placenta et l'utérus.

Enfin Ramsbottam rapporte six observations de placenta adhérent. Mais elles ne sont citées qu'au point de vue des causes de l'adhérence, point sur lequel nous aurons à revenir.

Nous ne rappelons ces faits ici, que pour montrer qu'il est des cas qui échappent évidemment à l'action des injections froides, et que cette méthode, dont nous sommes loin d'ailleurs de contester les services dans certains cas, ne saurait s'appliquer d'une manière aussi générale que paraissent le penser ses propagateurs. Il n'y a évidemment qu'une seule ressource possible dans les circonstances que nous venons de rappeler, c'est le décollement à l'aide de la main, et encore ce moyen n'est-il pas toujours suffisant, ainsi qu'on vient de le voir.

Mais, dira-t-on, s'il est vrai que l'injection ne puisse pas toujours suffire pour produire la rupture de l'adhérence et l'expulsion du placenta, quel inconvénient y aurait-il à l'essayer en tout état de cause, sauf à recourir plus tard, en cas d'insuccès, à l'introduction de la main? Nous conviendrons que nous n'en voyons aucun, pourvu, toutefois, que ces tâtonnements n'entrainent pas une trop grande perte de temps et qu'ils ne rendent pas les manœuvres auxquelles il faudra avoir recours en dernière analyse, d'autant plus difficiles qu'elles seront faites plus tardivement.

Mais n'éviterait-on pas ces tâtonnements même, s'il était possible de déterminer à l'aide de quelques signes actuels ou de commémoratifs, de quelle nature est l'adhérence qui s'oppose à l'expulsion du placenta? Ceci nous conduirait à examiner quelles sont les causes ordinaires de ces adhérences et à étudier en particulier l'histoire de la *placentite*, qui en est, suivant toutes les apparences, la cause la plus commune. C'est ce que nous ferons

(1) Nous avons relu depuis les faits cités par M. Liégard, et nous devons convenir que nous avons trouvé dans plusieurs de ses observations la preuve que les adhérences qui s'opposaient à l'expulsion du placenta étaient assez résistantes pour n'avoir cédé ni aux tractions réitérées sur le cordon ni à l'administration du seigle ergoté. Il y aurait donc lieu de modifier un peu notre proposition; mais, même ainsi modifiée, elle n'en subsiste pas moins au fond, comme on le verra.

---

pas là quelque chose de bon, et s'il fallait tout mettre sur le compte des efforts spontanés de la nature.

> Che non men che saver, dubiar m'aggrada.
> DANTE, *Inferno*, cant. XI, vers 93.

> Aussi bien que savoir, douter a son mérite.

Comme c'est le discernement qui tire profit de tout, dispose tout, agit, domine et règle les affaires de l'intelligence, je dus recourir au bon sens pour choisir dans ce fatras empirique; trier au milieu de cette masse de faits aveugles et sourds.

> Indigesta moles.

Je détachai les tablettes appendues à ce nouveau temple d'Esculape et fis deux parts.

Les excès et la crapule furent d'abord rejetés; par l'intempérance du vin advient au corps humain refroidissement du sang, résolution des nerfs, hébétation des sens, perversion des mouvements, etc. Vous voyez Bacchus, dieu des ivrognes, sans barbe, en habit de femme, tout efféminé comme eunuque. (RABELAIS, *Pantagruel*, liv. III, chap. 31.)

Je conservai les autres, car il en est tout autrement du vin pris avec tempérance. Il réchauffe, excite, fortifie et égaye. Il est donc *tonique et résolutif*.

Mon ami, examinons ensemble si l'expérience sera ici d'accord avec le raisonnement. Je vous avouerai entre nous que je n'y tiens pas absolument; ce que je veux en médecine, c'est guérir mes malades et préserver de maladies ceux qui sont bien portants; le raisonnement et le déraisonnement marchent si souvent de pair, qu'il faut se garder d'en abuser, et qu'il vaut mieux bien faire que de s'exposer à mal dire.

Cependant je ne rejette pas toute théorie; loin de moi l'idée abrutissante de me livrer à un empirisme aveugle. Ici je ne suis point à mon aise, je voudrais m'entretenir familièrement avec vous, vous voir marcher devant moi, vous entendre discourir en liberté sur quelque matière de propos universel, pour examiner votre jugement.

Si j'étais appelé à l'honneur de vous instruire, je procéderais par dialogues, comme le font déjà quelques-uns de vos maîtres. Je voudrais vous écouter à mon tour, à l'exemple de Socrate et d'Arcesilaüs, *obest plerumque iis qui discere volunt, auctoritas eorum qui docent*. (CICERO, *De natura deorum*, liv. I, chap. V.)

J'ai souvent entendu criailler à vos oreilles, et votre charge était de répéter, *mot pour mot*, ce que l'on vous avait dit. Dans ce mode d'enseigner, la mémoire a toute la besogne, rien n'incombe au bon sens: c'est la manière des écoles, qui se payent de mots en négligeant les choses, qui s'occupent des formes et non du fond, du comment, négligeant le pourquoi, des effets, jamais des causes.

La leçon et l'examen se font, le professeur grondant, l'élève grondé, fort ennuyés l'un de l'autre et tous deux du sujet.

> Ce n'était pas jadis sur ce ton ridicule
> Qu'Amour dictait les vers que soupirait Tibulle,
> Et que du tendre Ovide animant les doux sons,
> Lui dictait de son art les charmantes leçons.
> BOILEAU.

Mon ami, la science n'a pas cet air rébarbatif: les racines n'en sont pas amères, ses tiges sont doux-fleurantes, et ses fruits délicieux.

Héracléon disait que les discours de la philosophie avaient coutume d'égayer, de réjouir, et non d'attrister.

Mais nous sommes bien éloignés de notre sujet *œnantique;* reprenons: Certains malades sont épuisés et dépérissent sous les étreintes de la fièvre hectique; par l'influence d'une affection souvent incurable de sa nature, il s'amasse dans leur organisme un levain particulier qui donne lieu chaque jour à un nouvel accès; ces efforts impuissants tournent sans cesse au détriment du malade, et constituent la *fièvre de destruction*.

Si vous le placez dans des conditions propres à rendre ces vains efforts *critiques;* si vous pouvez y substituer une fièvre physiologique, votre malade sera rappelé à la vie, parce qu'aux efforts destructeurs aura succédé la *fièvre de restauration*.

Ici il convient de bien nous entendre: ce que l'on appelle la *maladie*, anatomiquement parlant, ne sera pas détruit, mais les symptômes graves seront enrayés pour un temps plus ou moins long, peut-être pour toujours; l'anatomie pathologique a cela d'utile qu'elle trouve souvent ce qu'elle ne cherche pas, et que chacun de nous peut avoir une affection *matérielle larvée* existant en silence pendant toute la vie, quoiqu'elle soit réputée mortelle par l'école, ce qui entre nous porte

dans la prochaine *Revue*, à l'aide de la thèse de M. Geoffroy de Montreuil.

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

dans le traitement de la phthisie pulmonaire;

Par M. le Dr A. ROUGET, de Levier (Doubs).

L'utilité de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire n'est point douteuse pour un grand nambre de médecins qui la prescrivent journellement. Quoique cette opinion, qui a ses contradicteurs, ait été savamment défendue par M. le docteur Delaplagne, il nous a semblé qu'il ne serait point inutile de joindre nos observations à celles qu'il vient de publier.

L'huile de foie de morue échoue souvent dans le traitement de la phthisie pulmonaire, cela n'est malheureusement que trop vrai; mais elle réussit quelquefois, et dans des cas où tous les autres remèdes échouent toujours. Elle est spécialement indiquée, comme l'a si judicieusement fait remarquer notre honorable confrère, chez les individus profondément débilités, mais dont les voies digestives sont en bon état. Un mouvement fébrile peu prononcé, comme aussi la coexistence de la diathèse scrofuleuse, ou tout au moins du tempérament lymphatique très-développé, sont des circonstances favorables. Ces conditions réunies chez un tuberculeux, nous ne désespérons pas entièrement de son salut tant que l'huile de foie de morue n'a pas été administrée. C'est l'huile brune que nous prescrivons.

Chez les personnes qui s'enrhument facilement, et dont les bronchites, passées à l'état chronique, sont accompagnées de débilité, de sueurs locales et d'amaigrissement, nous prescrivons l'huile de foie de morue et nous guérissons par son usage longtemps prolongé.

Mais il y a plus; ce remède enraye la marche de la pneumophymie et la guérit quelquefois. Qu'il nous soit permis de citer quelques faits.

A. X..., 19 ans, vigneron, tempérament lymphatique. Lorsque je le vis pour la première fois avec notre honorable confrère M. le docteur Germain (de Salins), il était pâle, défait, sans forces. Ongles hippocratiques. Le malade, qui s'enrhumait facilement, avait eu des hémoptysies. Le rhume pour lequel il nous consultait datait de plusieurs mois. Nous trouvons aux sommets des poumons submatités, diminution d'élasticité, expiration prolongée et quelques râles muqueux fins. Cependant, grâce à une bonne hygiène, à un régime tonique, aux révulsifs externes et à l'usage de l'huile de foie de morue, le rhume cède, les forces et les chairs reparaissent, et le malade reprend ses occupations. Ajoutons que l'année suivante eut lieu une nouvelle *poussée tuberculeuse* à laquelle il succomba malgré l'emploi de l'huile et des eaux bromo-iodurées de Salins.

La deuxième observation concerne une femme de quarante-cinq ans, scrofuleuse, d'une famille de phtbisiques. Elle s'était mariée malgré nos avis. C'est au commencement d'avril dernier qu'elle nous fit appeler. Elle gît au lit, amaigrie, faible, décharnée. Elle tousse depuis son accouchement, qui date de deux mois; sueurs nocturnes sur le thorax; hémoptysies fréquentes; douleurs pongitives à la poitrine. La toux, d'abord sèche, est devenue humide; les crachats sont épais, verdâtres, peu abondants. Au sommet des poumons, diminution d'élasticité et de sonorité, quelques râles sibilants. La sécrétion lactée est supprimée. Pertes blanches et diarrhée atonique légère. Pas d'appétit; pas de fièvre Ongles recourbés. Adénite cervicale diathésique en suppuration.

Au sevrage et aux prescriptions hygiéniques et thérapeutiques de la bronchite chronique, nous ajoutons les frictions sur le thorax avec la teinture d'iode, et l'usage à l'intérieur de l'huile brune de morue. Ce traitement fut continué jusqu'à la fin de juin, époque à laquelle cette malade, de la classe indigente, reprit ses occupations habituelles. Elle jouit aujourd'hui du même état de santé qu'avant son mariage.

OBS. III. — Une malade de Villers guérit d'un état pathologique aussi grave et survenu dans des circonstances analogues, grâce au même traitement. Elle était parfaitement rétablie depuis huit mois, quand une méningo-encéphalite l'enleva en quelques jours.

De quelque manière qu'ait agi l'huile de foie de morue, ces améliorations, ces succès (et c'est là le point important), sont dus à son usage interne longtemps prolongé. Aussi avons-nous cru devoir protester contre la doctrine qui la regarde comme inerte dans le traitement des maladies de poitrine, et qui ne tend à rien moins qu'à priver la thérapeutique d'un agent précieux pour la cure de ces affections.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juin 1858. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Double hernie de l'ovaire. — M. GUERSANT présente une petite fille âgée de trois ans, atteinte de deux tumeurs inguinales, dont la première a été reconnue il y a six mois. Ces deux tumeurs ont depuis lors fait des progrès notables, surtout celle de droite, qui a aujourd'hui le volume d'un œuf de pigeon. Le siége de ces tumeurs est exactement celui des hernies inguinales; elles s'avancent inférieurement jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre. Toutes deux sont solides, et présentent même une consistance assez ferme. La tumeur du côté gauche est réductible. Celle du côté droit est beaucoup trop volumineuse pour pouvoir rentrer dans le ventre à travers l'anneau et le canal inguinal. Cette dernière est douloureuse, surtout au toucher; elle s'est accrue d'une manière sensible depuis quelque temps. L'enfant éprouve des coliques fréquentes; mais le ventre n'est pas douloureux à la pression. M. Guersant a eu l'occasion d'observer une tumeur semblable chez une autre enfant un peu plus âgée. La tumeur descendait beaucoup plus bas dans la grande lèvre, et sur l'avis de plusieurs de ses collègues, M. Guersant en entreprit l'extirpation; mais il s'en repentit bientôt. La tumeur était un ovaire hernié; le péritoine fut naturellement ouvert dans l'opération, et la petite opérée succomba à une péritonite presque foudroyante. Ce fait malheureux a été communiqué à la Société il y a six ou sept ans. M. Guersant pense que, dans le cas actuel, il s'agit également de hernies de l'ovaire. Il est bien décidé à n'entreprendre aucune opération sanglante; mais il se demande et demande à ses collègues quel est le traitement auquel il devra recourir.

M. BOINET reconnaît que ces deux tumeurs sont des hernies inguinales, et qu'elles ne renferment pas d'intestin. Mais il se demande si ce sont des ovaires ou des masses d'épiploon. Sur ce point, il ne croit pas pouvoir se prononcer. Quant au traitement, il pense qu'il n'y a rien à faire pour le moment. Il repousse même l'application d'un bandage dont les pelotes ne feraient qu'irriter des tumeurs déjà douloureuses, et dont l'une est d'ailleurs tout à fait irréductible.

M. VELPEAU ne se prononce pas non plus sur le diagnostic. Il est possible que ces tumeurs soient des hernies de l'ovaire, mais c'est une probabilité et non une certitude.

M. HUGUIER trouve que ces tumeurs, surtout celle du côté droit, sont beaucoup plus grosses que ne le sont habituellement les hernies de l'ovaire chez les enfants de cet âge. En outre, il serait singulier que les deux ovaires eussent fait hernie à droite et à gauche. M. Huguier se sent donc peu disposé à admettre le diagnostic de M. Guersant.

M. LENOIR rappelle que les tumeurs sont solides, que ce sont des hernies, et que par conséquent elles ne peuvent être formées que par l'épiploon ou par les ovaires. Mais, chez les enfants de cet âge, l'épiploon ne descend pas assez bas pour s'engager dans les hernies de l'aine. Le volume des tumeurs ne prouve pas qu'elles ne soient pas constituées par les ovaires. Ces organes ont très-bien pu se tuméfier après leur sortie de l'abdomen, et l'existence de cette tuméfaction consécutive est manifeste dans la tumeur du côté droit, qui est ainsi devenue irréductible. La seconde objection de M. Huguier est loin d'être sans réplique, car on a vu plus d'une fois la hernie de l'ovaire se faire simultanément à droite et à gauche; on en trouve déjà un exemple dans l'ouvrage de Pott. M. Lenoir est donc conduit à diagnostiquer une double hernie de l'ovaire.

M. CHASSSAIGNAC propose, pour compléter le diagnostic, l'exploration de l'utérus au moyen du toucher rectal. On pourra voir ainsi si l'utérus est déplacé comme il doit l'être s'il s'agit de hernies de l'ovaire; on verra en même temps si les tractions exercées sur les tumeurs se transmettent à l'utérus, et réciproquement. Relativement aux tractions, M. Chassaignac pense qu'il y aurait inconvénient à laisser les tumeurs se développer davantage, et il propose l'extirpation de la tumeur du côté droit, qui est la plus volumineuse et la plus inquiétante; seulement, il faudra agir avec précaution pour éviter la péritonite. On devra donc mettre la tumeur à découvert, l'isoler de toutes parts, puis ouvrir le sac jusqu'au pédicule, et trancher ce dernier au moyen de l'écrasement linéaire.

M. MOREL-LAVALLÉE. « Je voulais proposer, comme M. Chassaignac, le toucher rectal. Je pense que les tractions exercées sur les tumeurs, surtout sur celle qui est réductible, pourraient produire sur l'utérus des ébranlements que le doigt placé dans l'intestin sentirait. La situation même du fond de la matrice, renversé en avant vers les anneaux, serait également un signe précieux et facilement perçu. J'ai disséqué, à l'hospice des Enfants-Trouvés, des cas de cette nature, sinon doubles, au moins simples, et j'ai toujours constaté directement et par le toucher rectal cette situation de l'utérus qui avait en partie basculé, et dont le fond s'était aussi infléchi sur son col.

» Quant aux organes herniés, ce sont, suivant moi, les ovaires, un peu altérés par suite de leur déplacement à l'extérieur. J'ai cependant vu la trompe gonflée et indurée présenter une tumeur facile à confondre avec celle de l'ovaire.

» Réduire la hernie réductible et la maintenir avec un brayer, comprimer doucement avec un bandage à pelote creuse celle qui est irréductible, et essayer plus tard le taxis. Dans tous les cas, n'opérer que s'il survenait des accidents. »

M. HUGUIER pense qu'on pourrait également explorer l'utérus par le vagin au moyen d'une sonde de femme. On constaterait ainsi la longueur du vagin; si les deux ovaires sont herniés, l'utérus doit être attiré en haut et le vagin doit être allongé.

M. CAZEAUX n'a aucun doute sur la nature de ces tumeurs, qu'il considère comme des ovaires herniés et tuméfiés; il ne voit d'ailleurs aucun inconvénient à compléter le diagnostic par le toucher rectal. Mais il pense que l'exploration vaginale proposée par M. Huguier pourrait induire en erreur. En effet, l'utérus manque quelquefois chez les sujets atteints de hernie ovarique double, et alors le vagin, au lieu d'être allongé, est au contraire plutôt raccourci. M. Cazeaux a vu deux cas de hernie ovarique double, et, dans un de ces cas, il y avait absence d'utérus. Il approuve la réduction de la hernie gauche et l'application d'un bandage, il n'admet pour l'autre aucune opération.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend, outre les journaux de la semaine :

1° La thèse de M. Warmont, ancien interne des hôpitaux, candidat au prix Duval. Cette thèse est intitulée : *Recueil d'observations rares de médecine et de chirurgie*, par Pierre de Marchetti, traduit en français, et précédé d'une *Étude historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur.*

2° Un mémoire manuscrit sur le traitement du *spina bifida*, par M. le docteur Viard, de Montbard, candidat au titre de membre correspondant. Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée. (MM. Huguier, Giraldès et Alph. Guérin.)

— M. LARREY présente de la part de M. Gama, ancien chirurgien en chef, professeur au Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *De l'utilité des citernes dans les établissements militaires ou civils et les maisons particulières.*

NOMINATION.

M. DEGUISE fils, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Michon et Deguise, lit un rapport sur la demande écrite et signée de dix membres de la Société, qui a été déposée sur le bureau dans la dernière séance. La commission propose, comme les signataires, de conférer le titre de membre honoraire à M. Bégin, président du conseil des armées, membre de l'Académie de médecine, etc.

Aux termes du règlement, cette conclusion sera mise aux voix dans la séance prochaine.

RAPPORTS.

Accusation de plagiat. — M. VERNEUIL lit le rapport suivant sur la réclamation adressée à la Société, dans la dernière séance, par M. le docteur Henry Thompson, de Londres :

« Messieurs, c'est sous l'influence d'un sentiment pénible que j'aborde aujourd'hui la tribune de la Société de chirurgie. C'est la première fois qu'elle entendra les tristes vérités que je vais lui révéler. Plaise à Dieu que ce soit la dernière.

» La religion de la Société a été surprise, et j'en suis la cause principale; je n'ai pas besoin d'ajouter, je pense, la cause involontaire. A mon instigation vous avez accordé votre approbation et adressé vos remercîments à un travail qui réalise au plus haut degré ce délit honteux qu'on appelle le plagiat. Sans les observations si opportunes de l'un de nos collègues, un homme, trompant notre bonne foi, aurait été décoré d'un titre dont il est indigne et qui lui aurait conféré le droit de s'asseoir au milieu de vous dans cette enceinte.

---

un rude coup à cette doctrine, surtout en ajoutant que la mort peut arriver sans qu'aucune modification matérielle, même microscopique, puisse l'expliquer. Si vous doutez de ces vérités, rendez-vous aux abattoirs, où sont sacrifiés les animaux, et vous les y verrez au grand jour; vous sentez donc de quelle importance peut être l'exercice de la médecine des symptômes dans certains cas, quand elle est si insignifiante dans d'autres.

Poursuivons. Par l'ingestion d'une certaine quantité de vin, la circulation devient plus active, le pouls est plus fort, la face se colore, les extrémités se réchauffent, une sorte de plénitude se manifeste, et sous cette heureuse influence les passions tristes disparaissent et font place à la gaieté. Renouvelez souvent cet état, et si l'organisme n'est pas soumis à la fatalité d'une maladie nécessairement mortelle, la santé ne tardera pas à revenir; la faiblesse fera place à la force, la suffisance à l'insuffisance, *l'étourdissement* remplacera *l'éblouissement*, et tout rentrera dans l'ordre.

Je viens de prononcer deux mots bien graves en pathologie, *étourdissement* et *éblouissement*; il s'en faut que Brown et Broussais en aient tant dit, malgré leur génie et leur science.

Je pourrais vous citer un grand nombre d'exemples des effets thérapeutiques du vin : trois observations, dont deux prises dans ma pratique, et la troisième, d'une vérité notoire, suffiront; je tiens à ne pas abuser de votre patience.

1° Mme L..., d'une constitution lymphatique, est tuberculeuse par hérédité; elle tousse toujours, les sommets des deux poumons sont criblés d'excavations caverneuses; il y a tous les jours un accès de fievre de destruction; la malade a beaucoup maigri. Toutes les précautions hygiéniques étant prises, je la mets à l'usage du vin rouge de Bordeaux; peu à peu elle s'accoutume à en boire un litre dans les vingt-quatre heures. Après deux mois, elle est dans une assez bonne position. Cette dame a encore vécu six années, et le même moyen, employé à plusieurs reprises, la rendait à une santé relativement bonne.

2° Mme H... a vingt-deux ans, elle est d'un tempérament nerveux. Depuis six mois elle est en proie à une fièvre lente, sans symptômes locaux appréciables. Rien ne lui réussit; toutes les médications étant usées, je la mets à l'usage du vin; elle s'accoutume à en boire un litre par jour, et sous son influence la nutrition se fait, l'embonpoint revient, la fièvre cesse. Il y a trois mois que le traitement dure, et Mme H... est aujourd'hui bien portante. Des symptômes de chlorose avaient ici résisté à l'emploi des martiaux, et la dyspepsie était invincible, malgré tous les médicaments et toutes les méthodes.

Parlerons nous de l'usage du vin blanc comme diurétique? C'est là que les exemples abondent.

3° M. P..., d'une bonne constitution, âgé de cinquante ans, se refroidit à la chasse, il devient hydropique; tous les moyens usés, tous les médecins consultés, le malade allait mourir (et, selon son expression, il était enflé que les cheveux lui en dressaient), quand, sur l'avis d'un orateur de campagne, il fit venir cent litres de bon vin blanc qu'il but en vingt jours, après lesquels il fut guéri. Cet homme vécut depuis l'espace de trente années sans jamais avoir rien ressenti de cette maladie.

Il m'arrive souvent, dans les vieilles affections de poitrine non tuberculeuses, accompagnées d'infiltration des extrémités inférieures, de prescrire l'usage d'une grande quantité de vin blanc coupé avec de l'eau, et le plus souvent c'est à ma satisfaction et à celle des malades.

Ce traitement menace-t-il de laisser les individus dans l'habitude de l'ivrognerie? Je n'en ai pas d'exemples; ce n'est pas ainsi que se contracte ce vice. Le malade a échappé à un danger pressant; il suffit de l'avertir que son mal pourrait revenir s'il continuait trop à faire le traitement.

Mon bon ami, si vous considériez ceci comme une licence de l'art et un privilége au-dessus des sages coutumes, vous seriez dans l'erreur. Contenue dans de justes limites, cette méthode peut être mise en pratique dans toutes les classes de la société sans nuire à la régularité des mœurs.

J'ai rassemblé ce butin, agissant selon les principes de Pythagore, observant toutes choses pour en faire le profit de ma science, en bornant le cours de mes études là où l'utilité vient à faillir. Dr A. JOUX.

» Voici ce dont il s'agit. Le 14 mai 1856, notre honorable collègue M. le professeur Cloquet déposa sur le bureau, et à titre d'hommage, la thèse inaugurale de M. José Prò (de Lima).

» Cette thèse, sur *l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre*, renferme, dit le procès-verbal de la séance, de précieuses recherches sur les pièces les plus intéressantes renfermées dans les musées de Londres.

» La thèse, d'ailleurs, était dédiée à notre savant confrère M. Charles Robin et à M. le professeur Nélaton. M. Prò appelait le premier son maître et son ami; il remerciait le second « de la bienveillance dont il l'avait comblé. » C'est sous un tel patronage que ce travail arrivait à la Société; j'en fus nommé rapporteur. J'avais très-souvent vu M. Prò à l'école pratique; il avait disséqué dans le cabinet d'un des prosecteurs, mon ami; rien ne pouvait me faire soupçonner sa moralité scientifique. Il vint me faire une visite, m'instruisit des motifs très-louables qui l'avaient engagé à aller en Angleterre pour y étudier sur place les riches collections, et me confia de plus, qu'espérant obtenir une place de professeur dans sa patrie, il tiendrait à grand profit et à grand honneur d'être associé aux travaux de notre Société.

» Toutes ces raisons, qui annonçaient un homme laborieux et ami de la science, agirent sur moi; je m'engageai donc à m'occuper sérieusement de son travail. Je tins ma promesse, et le 31 décembre 1856, je soumis à votre jugement un rapport moins soigné que je ne l'aurais voulu, mais qui indiquait au moins par son étendue que j'avais étudié avec détail l'œuvre dont je parlais. J'avais trouvé dans la thèse une longue série de pages bien écrites, bien pensées, instructives à plusieurs égards, et qui m'intéressèrent d'autant plus qu'en certains points j'y trouvais l'essence des opinions anglaises les plus récentes, inconnues encore à plusieurs d'entre nous, et à moi en particulier. M. Prò annonçait d'ailleurs dans son introduction un travail spécial, émané de lui, et qui me parut en effet fort attrayant.

» Toutefois le mémoire n'était pas sans défaut. Je ne fis pas grâce de mes critiques à l'auteur, soit dans le rapport même, soit dans la discussion qui se prolongea pendant plusieurs séances. Cependant, je dois l'avouer, je n'eus pas le moindre soupçon du vice qui entache cette œuvre. Le plagiat, Dieu merci, est à peu près inconnu en France. Parfois l'absence d'érudition suffisante, d'une part, l'ingéniosité trop grande, de l'autre, conduisent nos compatriotes à réinventer des choses assez connues. Mais nous devons reconnaître à notre honneur que nous sommes inhabiles à nous vêtir sciemment des plumes du paon.

» Enfin, si cette raison pouvait me justifier, je dirais que mes collègues y furent pris comme moi, et comme nous aussi certaines personnes étrangères à la Société, qui, à propos de mon rapport, glissèrent dans la presse quelques paragraphes peu bienveillants auxquels je n'ai pas cru devoir répondre. M. J. Prò nous a donc tous trompés en France.

» Mais par bonheur la vérité finit toujours par se découvrir, et voici comment elle est arrivée d'abord jusqu'à l'auteur copié, puis jusqu'à nous. Une feuille américaine, le *Journal trimestriel des sciences médicales d'Amérique*, dans son numéro de mars, rendait compte d'un ouvrage publié en Angleterre sur les maladies du rectum, et signalait plus d'un emprunt fait à une publication écrite en Amérique. Le rédacteur, signalant cette fourberie scientifique, ajoutait, peut-être pour justifier ses compatriotes dont la réputation n'est pas sans tache à cet égard, que pareils faits se passaient également en France, et à ce propos il mettait complaisamment en regard des passages de la these de M. Prò, et d'un *Traité des rétrécissements de l'urethre* publié par M. le docteur Henry Thompson.

» C'est par cette voie que ce dernier chirurgien, l'un des plus honorables et des plus capables de nos jeunes confrères d'outre-Manche, apprit lui même qu'il avait été odieusement pillé par M. José Prò. Le livre de M. Thompson, intitulé *Pathology and treatment of stricture of the urethra*, avait mérité en 1852 le prix Jackson délivré par le Collége des chirurgiens de Londres. C'est un ouvrage très remarquable, très-laborieusement et très-soigneusement étudié, et qui ne ressemble en rien à une foule de publications faites sur ce sujet dans un simple espoir de lucre. M. José Prò, trouvant sans doute plus commode la besogne faite que la besogne à faire, eut l'audace de donner comme sien et de signaler comme la partie originale de sa thèse le fruit des travaux de M. Thompson. Il copia sans façon à peu près trente pages du livre en question, en fit la traduction la plus consciencieuse, sans changer pour ainsi dire un seul point, une seule virgule; puis il nous apporta sa thèse comme un travail qui lui avait coûté les plus grands labeurs. C'est précisément ce passage qui avait attiré mon attention de rapporteur, et sur lequel j'avais fait surtout porter la discussion. En réalité donc, c'est M. Thompson que vous et moi nous avons argumenté; c'est à M. Thompson que reviennent les éloges qu'à ma demande vous avez adressés au copiste.

» Il aurait suffi à notre honorable confrère anglais de signaler cette déloyauté en quelques mots, et votre rapporteur aurait mis le temps et le soin nécessaires à constater l'étendue du plagiat. M. Thompson a fait plus, et, rendant assez justice à la Société de chirurgie pour être assuré d'une réparation prompte et exemplaire, il a pris la peine de vous adresser, ainsi qu'à moi, son ouvrage, où sont marqués à l'encre rouge tous les passages que M. Prò a traduits littéralement. Dans la lettre adressée à la Société et dans une seconde lettre qu'il a bien voulu me faire parvenir directement, M. Thompson revendique son droit indéniable avec une modération et une convenance parfaites, dont, comme rapporteur en particulier, je suis tout à fait touché. Il a la délicatesse de faire comprendre qu'il ne nous rend pas solidaires d'un tel acte de piraterie; c'est ce dont nous le remercions très-cordialement.

» On se souvient peut-être, lors de la discussion que souleva la thèse en question, de l'objection faite par notre collègue M. Giraldès; il reprochait à M. Prò d'avoir donné pour des observations anatomiques concienciuses la simple copie de l'étiquette des bocaux renfermant les pièces. Cette imputation est très-exacte, comme me l'ont appris des renseignements précis émanés d'une source certaine. M. Prò, de la page 74 à la page 122, semble décrire sommairement 124 pièces pathologiques. J'avais trouvé ce document important; mais je suis désillusionné en apprenant que cette liste sans critique et sans observation personnelle n'est que la traduction littérale de catalogues imprimés ou existant dans les musées de Londres. D'ailleurs cette étude avait été faite par M. Thompson avec une bien autre valeur, cet auteur ayant examiné et vérifié avec soin 320 observations.

» En résumé, la thèse de M. Prò a 122 pages, et, sur ce nombre, un tiers appartient mot pour mot à M. Thompson, un tiers n'est autre qu'une copie incomplète de catalogues.

» Il n'est pas besoin, Messieurs, de s'étendre longtemps sur un pareil acte et de faire de longues phrases pour stigmatiser une semblable conduite. Nous avons été trompés, il faut l'avouer humblement, et exprimer hautement le profond mépris que nous inspire le plagiaire, qui heureusement n'est pas Français. Certes il est dur d'exécuter de la sorte un homme qui porte le titre de confrère, mais il faut savoir aussi que la propriété littéraire est aussi sacrée que toute autre. La législation n'a pas encore consacré ce principe, il est vrai, mais les gens honnêtes savent au besoin trouver en eux des règles de conduite là où le Code pénal est muet.

» Il m'est pourtant agréable de relever une erreur commise par le journal américain, par *the Lancet* et par M. Thompson lui même : tous s'accordent à dire que M. José Prò est membre correspondant de la Société de chirurgie. Dieu merci il n'en est rien, nous lui avons seulement voté des remercîments que nous devons lui retirer publiquement, puisqu'ils ont été publiquement donnés.

» Mais je ne terminerai pas, Messieurs, sans exprimer un vœu qu'il me serait doux de vous voir ratifier. Lorsqu'un tribunal a porté un jugement, en appeler à ce tribunal lui même, c'est reconnaître son autorité et avoir espoir en sa justice. Les droits de M. Thompson sont évidents, et il veut cependant nous les soumettre; en faisant cette démarche franche et loyale notre digne confrère nous honore. La réparation qui vous est demandée vous l'accorderez de grand cœur. Ne pourriez-vous pas faire davantage, et ne pourriez-vous, cette fois sans crainte d'erreur, vous associer un homme honorable et instruit qui fait un acte de candidature fort insolite, il est vrai, mais qui prouve au moins sa déférence pour nos jugements ?

» De cette façon, du moins, nous pourrions pallier ce que cet incident a de pénible et de honteux pour notre profession.

» J'ai donc l'honneur de vous proposer :

» 1° D'adresser à M. Thompson l'expression de nos regrets pour la méprise à laquelle la thèse de M. José Prò a donné lieu;

» 2° D'y joindre nos remercîments sincères pour la confiance qu'il nous a montrée et pour l'envoi de son livre;

» 3° D'inscrire M. Thompson sur la liste de nos futurs membres correspondants. »

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ecrasement de la poitrine; — fractures multiples du sternum et de presque toutes les côtes; — rupture du cœur. — M. MOREL-LAVALLÉE présente des pièces et remet l'observation suivante :

« Un homme d'environ soixante ans est renversé par un omnibus, dont une des roues lui passe sur la poitrine. On le relève mourant, et on le transporte immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, en face duquel l'accident venait d'avoir lieu. Le blessé fit encore quelques signes à sa femme qui l'accompagnait; mais il rendait le sang par le nez, par la bouche, et il était sans pouls; il fit à peine quelques inspirations, et il expira.

» A l'autopsie, on trouva :

» 1° Quatre fractures du *sternum*; une transversale avec une légère obliquité d'avant en arrière et de bas en haut, occupant le milieu de la première pièce de l'os; une autre au niveau de la deuxième côte; une autre entre la troisième et la quatrième côte, et la dernière entre la quatrième et la cinquième côte; ces trois dernières transversales, et, comme la première, sans déplacement, en raison de l'intégrité presque complète du périoste.

» 2° Toutes les *côtes* du côté droit et les sept premières du côté gauche étaient fracturées, la plupart en deux points. D'abord à environ deux travers de doigt de leur union avec le cartilage sternal, et un peu en arrière de la partie moyenne, sur deux lignes sensiblement parallèles. Toutes étaient dentelées, sans déplacement notable, surtout aux fractures antérieures. Aux fractures postérieures, le fragment vertébral offrait seul une tendance à se porter par quelques côtés en avant, et par quelques autres en arrière.

» Les fractures antérieures ont dû d'abord se produire, puis la pression de la roue se transmettant à l'extrémité antérieure du fragment postérieur, il a cédé à son tour, d'où la deuxième série de fractures costales.

» 3° La *clavicule* droite était cassée à son tiers interne.

» 4° L'*avant-bras* gauche, à son tiers inférieur.

» 5° Le *cœur* offrait une déchirure de toute la paroi antérieure du ventricule gauche et de la partie supérieure de la cloison intra-ventriculaire; l'oreillette gauche était également largement ouverte. La valvule mitrale était désorganisée; la plupart de ses cordons fibreux étaient arrachés; un lambeau de la colonne charnue leur donnait attache.

» Le cœur paraît s'être rompu par une pression excessive. Aucun fragment osseux ne correspond à cette rupture.

» 6° Le *péricarde*, déchiré en avant, avait permis au sang de former un épanchement considérable dans la plèvre gauche.

7° La *crosse aortique* offrait en avant, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, une ecchymose noirâtre qui pénétrait jusqu'à la tunique jaune.

» 8° Les *poumons* n'ont pas présenté de déchirure, quoique le sang rendu par le nez et la bouche montrât assez qu'ils avaient souffert.

» Rien à noter ailleurs. »

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, PAUL BROCA.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Bonifas, né à Grenoble (Isère); *De la génération spontanée.*

Chardin, né à Darney (Vosges); *De l'hémorrhagie utérine puerpérale dans les trois derniers mois de la grossesse et pendant l'accouchement.*

Bidard, né à Lonlay-l'Abbaye (Orne); *De la synovite tendineuse chronique, ou fungus des gaînes synoviales.*

Perret, né à Lyon (Rhône); *De la taille hypogastrique par la cautérisation.*

Bandelot, né à Vandresse (Ardennes); *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme, ou hématocèles péri-utérines.*

Moysant, né à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire); *Du prurigo.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 17 juin, un congé jusqu'à la fin de la présente année clas ique est accordé, pour cause de maladie, à M. Dassier, professeur titulaire de clinique interne à l'Ecole préparatoire de Toulouse.

M. le docteur Batlut est chargé des fonctions de professeur suppléant à ladite Ecole, et sera, en cette qualité, spécialement attaché à la chaire de clinique externe.

— C'est par erreur que nous avons annoncé dans le compte rendu de l'Académie de médecine du 22 juin (numéro du 24) qu'une vacance avait été déclarée dans la section de chimie et toxicologie. C'est dans la section de *physique et de chimie médicale* qu'une place a été déclarée vacante, et non dans la section de chimie et toxicologie, qui d'ailleurs n'existe pas.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 75. — MARDI 29 JUIN 1858. (31e ANNEE.) N° 75. — MARDI 29 JUIN 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine; LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 JUIN 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Boussingault a terminé dans cette séance la lecture d'un travail considérable sur la recherche de l'acide nitrique dans les eaux de pluie, le brouillard, la rosée, etc. Bien que ce soit là un sujet qui touche à la physique du globe par son objet même, et à l'agriculture par le but final de ces recherches, il ne nous est cependant pas tellement étranger qu'il n'y ait pas quelque intérêt pour nos lecteurs à le leur signaler du moins en passant, laissant d'ailleurs à notre collaborateur le docteur Renaud le soin de le faire plus amplement connaître. Nous nous bornons ici à en reproduire la conclusion générale :

La pluie quand elle commence à tomber, quand elle est en quelque sorte le premier lavage de l'air, le brouillard et la rosée, contiennent des proportions plus ou moins sensibles d'acide carbonique, de carbonate et de nitrate d'ammoniaque, de ces matières organiques, en un mot, ou de ces poussières de toute nature que Bergmann a si bien définies en les nommant les immondices de l'atmosphère.

« Si un jour, dit M. Boussingault, on entreprend une étude suivie des substances que l'atmosphère ne renferme qu'en infiniment petites quantités, mais dont néanmoins l'action sur les êtres organisés est incontestable, c'est dans le brouillard, dans la rosée, dans les premières gouttes de pluie, dans les premiers flocons de neige, dans la grêle qu'il conviendra de les chercher. »

On voit quel beau problème de météorologie médicale renferme ce court programme. C'est là seulement ce que nous voulions indiquer pour le moment.

Quant aux communications médicales, nous n'en avons que deux à signaler ; encore ne nous touchent-elles qu'accessoirement, car les objets dont il y est traité, sont envisagés beaucoup plus au point de vue de l'histoire naturelle qu'au point de vue de leurs applications à la médecine. Ce sont : la communication de M. Guibourt sur une nouvelle matière pharmaceutique nommée *Tréhala*, et celle de M. Davaine, sur le développement et la propagation du trichocéphale de l'homme, et de l'ascaride lombricoïde. On en trouvera une analyse sommaire dans le compte rendu. — Dr Brochin.

PROPRIÉTÉS DES COURANTS ÉLECTRIQUES en rapport avec l'usage médical.

Par M. HIFFELSHEIM.

Au moment où l'on multiplie à l'infini les applications de l'électricité à la médecine, il est de la plus haute importance que les praticiens se pénètrent de quelques-unes de ses notions fondamentales. Il y a une ligne de démarcation presque absolue entre les propriétés que nécessite l'application de l'électricité à l'industrie et l'application médicale. En industrie (et nous comprenons ici la plupart des variétés), il s'agit d'obtenir le courant chimique, celui qui engendre de grandes quantités d'électricité et fait des décompositions. En médecine, il s'agit de faire pénétrer dans de grandes profondeurs opposant une résistance considérable une petite quantité ; il faut donc de la pression ou tension électrique. En galvano-caustique, où l'on doit désorganiser, il faut le courant chimique le plus énergique possible, comme pour la lumière électrique ; de là résulte que les appareils électriques disposés pour les usages médicaux, devront recevoir une disposition différente pour les applications chirurgicales, si toutefois ils s'y prêtent.

Nous empruntons ces diverses considérations à un travail résumé par M. Hiffelsheim, et destiné à un ouvrage en voie de publication. On y trouvera l'exposé dogmatique de toute la question.

La *tension électrique* est la manifestation de l'électricité statique, qui est caractérisée par un effet répulsif et attractif de corps légers chargés d'électricité. Il y a deux espèces d'électricité statique engendrée par le frottement et par la pile. L'une qui est manifestée par le verre frotté ou le pôle cuivre d'une pile, l'autre par les corps résineux frottés et le pôle zinc d'une pile. Deux corps légers et suspendus, par exemple des balles de sureau, chargées chacune d'une des deux espèces d'électricité, s'attirent à une distance qui est en raison directe de leur *tension*. L'intensité de cette attraction est en raison inverse du carré de la distance. La répulsion se manifeste lorsque les deux corps légers sont chargés de la même espèce d'électricité. L'attraction, toutes choses égales d'ailleurs, agit entre deux corps d'électricité contraire, à une distance plus grande que la répulsion entre deux corps d'électricité semblable.

Un corps ainsi chargé d'une électricité peut attirer un corps léger non électrisé. C'est l'effet inducteur qui décompose l'électricité neutre, en attirant l'électricité de nom contraire et repoussant celle de même nom, effet plus faible comme il a été dit. Aussitôt que les électricités de nom contraire sont ainsi en contact, les deux corps se repoussent par la communication de l'électricité du corps électrisé au corps neutre. Si un corps électrisé bien isolé communique avec un autre corps isolé de même dimension, par exemple deux sphères en métal, la *tension* sur chacune se divise, dans son effet dynamique ou moteur, dans ce cas, en deux parties également réparties dans les deux sphères; si elles sont inégales, la répartition a lieu en raison directe de l'étendue de leurs surfaces respectives. Pour que la *tension* électrique puisse se communiquer d'un corps à un autre, il faut que celui-ci soit conducteur, c'est-à-dire qu'il soit appelé à absorber l'électricité. Les métaux sont les meilleurs conducteurs, les liquides viennent après; les plus mauvais conducteurs sont les corps gras, etc.

Plus un corps est mauvais conducteur, plus l'électricité doit avoir de *tension* pour lui communiquer une certaine portion. Deux surfaces conductrices étant l'une chargée d'une espèce d'électricité, et l'autre à distance, mais dans la sphère d'action de celle-ci, cette dernière manifeste la même propriété, qui cesse aussitôt qu'on la sort de cette sphère d'action. Si on met une surface sphérique, induite ou influencée, en communication conductible avec le sol, elle reste chargée de l'électricité de nom contraire à celle de la surface inductrice ; parce que l'électricité de même nom est séparée et éloignée en passant dans le sol. Le dégagement de l'électricité douée de *tension* est d'autant plus favorisé, qu'il y a un plus grand obstacle à la recomposition des deux espèces d'électricité. C'est pourquoi une machine électrique à frottement fonctionne d'autant mieux qu'elle est dans un milieu plus sec ; puisque dans un air humide, et par la conducteur, il y a une déperdition incessante. La *tension* d'une pile, qui est proportionnelle au nombre de ces éléments, peut se conserver sans déperdition, quand les éléments galvaniques dont elle est composée n'ont pas d'autre contact conductible que les métaux hétérogènes de deux éléments voisins. Dans la pile de Wollaston, le bois de l'auge qui se couvre d'une atmosphère humide est une cause notable de la perte de la *tension*, si cette pile se compose de beaucoup d'éléments. On obtient la *tension* proportionnelle au nombre des éléments, si on place les éléments sous forme de bocaux séparés, l'un à côté de l'autre, à une certaine distance, ou si on suspend les éléments en quelque sorte dans l'air, de manière qu'ils ne communiquent entre eux que par le conducteur des deux métaux dissemblables. Tel est le cas des piles en chaîne Pulvermacher. Si un corps conducteur donne passage à deux électricités de nom contraire, il en résulte leur recomposition. Pendant ce temps, l'électricité en mouvement constitue un *courant*, état dynamique de l'électricité. Plus grande est la *tension*, plus rapidement se fait ce mouvement, d'où résulte un courant plus *intense*.

La nature de ce conducteur, c'est-à-dire sa composition, sa longueur, son épaisseur (section), détermine l'énergie de la recomposition ou l'intensité du courant d'une source électrique donnée. La *conductibilité*; propre à un corps, est un facteur, et la *section* est l'autre facteur, du produit nommé *intensité* du cou-

FEUILLETON.

HYGIÈNE ET BIOLOGIE

DES PAYS QUI AVOISINENT LA MER ROUGE.

On se ferait difficilement une idée de la nature toute spéciale des maladies qui règnent aux environs de la mer Rouge, si l'on n'étudiait tout d'abord les conditions particulières dans lesquelles se trouve le pays, tant au point de vue du climat, de l'atmosphère et des produits naturels du sol, que sous le rapport de l'état physique, moral et religieux des habitants. C'est ce qu'a très-bien compris M. le docteur Auguste de Gasperini, qui, dans sa récente dissertation inaugurale, est venu exposer devant la Faculté de médecine de Montpellier les résultats de son observation et de son expérience acquise dans de lointains voyages. Au moment où l'attention publique se porte du côté de l'isthme de Suez, où de fréquents rapports vont, selon toute apparence, s'établir entre la mer Méditerranée et la mer Rouge, il nous a paru que quelques détails sur la constitution médicale du pays seraient susceptibles d'offrir à nos lecteurs un véritable intérêt. Nous venons donc leur esquisser rapidement ici les principaux traits du consciencieux et attachant travail de M. de Gasperini.

Les auteurs ne sont nullement d'accord sur l'étymologie du nom de *mer Rouge*. Cependant l'opinion la plus généralement admise est que cette appellation dérive de la couleur générale de la peau des peuplades qui longent les côtes. Il est, en effet, certaines tribus, les Chohos, par exemple, et les Danakils, chez lesquelles on observe manifestement cette teinte rouge-cuivre. Quant à l'aspect général du pays, que l'on se figure des deux côtés de la mer deux immenses bandes de sable limitées à une distance variable de la côte par des montagnes arides et volcaniques, bandes entrecoupées çà et là par quelques villes ou villages, et l'on se fera une juste idée de la situation topographique. Tous les habitants de ces villes, toutes les tribus qui errent dans le désert et sur les montagnes, appartiennent à la religion musulmane, et reconnaissent, au moins nominalement, l'autorité du sultan de Constantinople. Ces tribus, tant à l'ouest qu'à l'est, se sont partagé les sables du désert, et restent assez fidèlement dans leurs limites respectives. Elles sont nomades ; leur caractère général est une extrême férocité, ce qui rend toute exploration par terre fort dangereuse.

On a peu étudié la mer Rouge. Il faut, en effet, se soumettre au mode de navigation du pays, affréter ces barques arabes qui ne naviguent que sous certaines conditions de temps et de vents, et toujours avec une désespérante lenteur. A part quelques navires de guerre français ou anglais, qui de temps à autre montrent là-bas le pavillon de l'une ou de l'autre nation, l'Europe maritime et commerciale s'est abstenue de toute relation. Le climat, la diversité des tribus et des langues, le fanatisme des populations, la fréquence et l'intensité des maladies ont bientôt forcé le spéculateur à la retraite.

M. de Gasperini raconte qu'il a vu la température, en mai 1854, s'élever, à l'*ombre*, dans la petite île de Massaouah, jusqu'à 50 degrés Réaumur, vers deux heures de la journée ! Dans les environs et sur la route de l'Abyssinie, se trouvent quelques habitations en bois, doublées de nattes de paille, qui ont été construites par la mission italienne, sous la protection française, et par quelques agents d'une maison de commerce de Bourbon. Il fait certes plus frais dans l'intérieur de ces cabanes que sur n'importe quel point de Massaouah ; et cependant il arrive souvent qu'en été les Européens sont obligés, pour respirer, de se couvrir la poitrine et l'abdomen de linges mouillés, que des domestiques abyssins arrosent constamment.

A Massaouah, le terrain est rocailleux. Cette petite île est composée d'un amas de rochers long d'un mille environ, et large d'un demi-mille au plus. La chaleur s'accumule dans ces madrépores, et on ne peut sortir dans la journée sans s'exposer à des *coups de soleil* souvent mortels, même pour les habitants du pays, ou à des méningites foudroyantes, ou encore à des ophthalmies purulentes. En Egypte, ces ophthalmies sont dues surtout aux particules de sable que le vent chasse du désert ; tandis qu'à Massaouah ces accidents sont déterminés par l'ardeur des rayons calorifiques et lumineux réfléchis.

C'est en partie dans le but de se préserver des accidents que produit une température si élevée, que les Abyssins et presque tous les Bédouins se couvrent la peau, depuis le cuir chevelu jusqu'à la plante des pieds, d'épaisses couches de beurre; ils préviennent ainsi des flux immodérés de transpiration, et se maintiennent la peau dans un état de moiteur presque permanent.

L'eau, sur toute la côte, est très-mauvaise, saumâtre, souvent noire, repoussante, chargée de principes délétères, constamment chaude, privée d'air, lourde, difficile à digérer ; en outre, elle est fort chère, et il est indispensable que les Européens voyageant dans ces parages apportent avec eux des machines distillatoires.

Les végétaux manquent à peu près complétement : certaines racines potagères, telles que navets, betteraves, artichauts, sont les seuls lé-

rant ou force *électro-motrice*, qui est divisée à son tour par la longueur de l'espace à franchir. Si une source électrique est riche en *tension* et pauvre en quantité, l'épuisement de cette source se fera d'autant plus vite, qu'elle ne rencontre pas de cause de ralentissement, c'est-à-dire un corps mauvais conducteur ou un fil mince. Si la source est riche en quantité, l'épuisement est presque impossible. Le dégagement de l'électricité par frottement se fait en d'autant plus grande *quantité*, que la surface frottée est plus grande et le mouvement plus soutenu. Dans la pile, c'est l'étendue de la surface en contact avec le liquide excitateur qui détermine la quantité, tandis que le nombre des éléments détermine la tension.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'hématocèle rétro-utérine cataméniale (1).

Lorsque la maladie commence, qu'arrive-t-il? Le sang épanché dans la cavité péritonéale s'accumule dans l'espace compris entre le rectum et l'utérus, de telle sorte que l'utérus, poussé en avant par l'épanchement, en même temps qu'il est soulevé par lui, se porte vers la partie supérieure du pubis.

Si vous touchez la femme, vous aurez alors l'idée d'une rétroversion considérable de la matrice, le col étant accolé pour ainsi dire contre le pubis; en même temps qu'au fond du vagin vous trouvez en arrière une tumeur qui semble faire corps avec le col, et qui en impose pour l'utérus augmenté de volume. C'est là une sensation trompeuse; cette tumeur est formée par l'hématocèle elle-même, qui, ayant déplacé l'utérus, le rectum, fait saillie dans le vagin dont le fond lui sert de plancher.

Dans les cas ordinaires, lorsque l'épanchement n'est pas trop considérable, on peut, par la palpation abdominale, retrouver dans la région hypogastrique le corps saillant au-dessus du pubis. Une main placée sur cette région, tandis qu'un doigt de l'autre main va toucher le col, on peut se rendre parfaitement compte que c'est bien à l'utérus que l'on a affaire, en refoulant de haut en bas et de bas en haut alternativement, la tumeur qu'il forme. Il n'en est plus ainsi quand l'épanchement est assez abondant pour que l'hématocèle, débordant le détroit supérieur, empêche de distinguer le corps de l'utérus confondu dans la masse.

Dans quelques circonstances, et c'était là le cas de notre malade du n° 2 de la salle Saint-Bernard, il surgit une grande difficulté pour le diagnostic; c'est lorsqu'il existe tout à la fois une hématocèle et une rétention du sang dans l'utérus. Chez notre malade, en effet, qui avait une métrorrhagie, nous trouvions au-dessus du pubis le corps utérin considérablement développé, et le toucher nous permettait de constater que c'était bien lui, car la tumeur volumineuse qu'il constituait, se continuant avec le col, il était facile de la faire saillir alternativement du côté de l'hypogastre et du côté du vagin. M. le professeur Laugier, qui voyait pour la seconde fois la malade, qu'il avait vue une première fois il y a deux ans et demi, admettait l'existence incontestable de l'hématocèle; mais le volume énorme de l'utérus lui donnait à craindre qu'il n'existât aussi un polype dans la cavité de cet organe.

Tels sont les signes par lesquels se révèle la présence d'une hématocèle; généralement la tumeur fait plus saillie d'un côté dans l'intérieur du bassin.

Chez notre malade nous constatâmes, lors de sa première crise, dans cette seconde attaque, que l'hématocèle était à droite; à la seconde crise, qui eut lieu à une époque menstruelle, l'épanchement se fit encore du même côté; puis à l'époque suivante, il se fit du côté gauche; ceci prouve, par parenthèse, que l'hématocèle dans ce cas était bien sous la dépendance de la menstruation, et ce fait tendrait à confirmer l'opinion des physiologistes qui ont dit que cette fonction était alternativement remplie par un ovaire et par l'autre. Cette alternance n'a vraisemblablement pas lieu d'une façon aussi régulière que quelques-uns l'ont prétendu; — un ovaire fonctionnant à une époque, l'autre fonctionnant à l'époque suivante, et ainsi chaque mois. Mais chez les femmes affectées d'hématocèle cataméniale, on a pu observer, comme chez notre malade, une certaine alternance dans la fluxion hémorrhagique, qui se fait aux différentes époques, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, et cette alternance, dans les cas pathologiques, indiquerait, je le dis encore, que dans l'état physiologique la fluxion, le flux hémorrhagique tels que nous les comprenons, auraient alternativement lieu d'un côté et de l'autre; que du moins ils seraient alternativement plus abondants d'un côté que de l'autre.

Après avoir indiqué les signes de la maladie, étudions les symptômes. Il est un phénomène capital attribué par M. le professeur Nélaton à la production d'une péritonite développée sous l'influence des premières gouttes de sang versées dans la cavité séreuse; ce phénomène capital est la douleur qu'éprouvent les femmes au début de l'affection. Mais, contrairement à l'opinion de mon savant collègue, je ne regarde pas cette douleur comme l'expression d'une inflammation péritonéale.

Deux phénomènes dominent en effet au début de l'hématocèle. Le premier, suivant son ordre d'apparition, est la douleur que nous venons d'indiquer; le second est la décoloration des téguments; ces phénomènes sont tellement caractéristiques lorsqu'ils apparaissent simultanément, que chez une femme jeune, une douleur spontanée se déclarant à l'époque des règles, dans le petit bassin, l'écoulement menstruel devenant peu abondant ou ne se faisant pas, puis une pâleur générale des téguments succédant dans un temps très-court à la coloration naturelle, peuvent, presque à coup sûr, faire diagnostiquer une hématocèle.

Cette douleur spontanée, que la pression sur l'abdomen, que le toucher vaginal exaspèrent, et qui s'étend bientôt à tout le bas-ventre, a été regardée, avons-nous dit, comme le signe d'une péritonite occasionnée par la présence du sang épanché dans la cavité de la membrane séreuse abdominale. Ce n'est pas là, ai-je dit aussi, mon opinion, et je m'appuye sur des faits, sur des expériences personnelles dont je veux vous entretenir. La question des épanchements sanguins dans les cavités closes semble bien plus de la compétence du chirurgien que du ressort de la médecine proprement dite. Cependant les circonstances m'ont fourni l'occasion de l'étudier avec soin, et d'ailleurs cette question est, dans certaines parties, bien autant médicale que chirurgicale.

Voici un fait. En 1826, alors déjà professeur agrégé de la Faculté, j'étais interne à l'hospice de Charenton. Le voisinage d'Alfort me mit en relation avec les professeurs de l'école vétérinaire, et j'en profitai pour étudier la médecine comparée; j'étudiai surtout avec M. Leblanc, mon ami et aujourd'hui notre collègue à l'Académie, et l'un des vétérinaires les plus distingués. A cette époque, et bien que six ans se fussent déjà écoulés depuis l'assassinat du duc de Berry, on discutait chaleureusement la question des plaies de poitrine, question soulevée à l'occasion de cet événement, dans lequel Dupuytren avait joué un rôle. Appelé auprès du blessé, il avait pratiqué la succion de la plaie : cette pratique, qu'il cherchait à justifier avec son autorité despotique qui ne souffrait pas la discussion, était cependant blâmée par des chirurgiens recommandables. M. Leblanc et moi, nous voulûmes nous éclairer, et nous rendre compte de ce qui arrivait dans les plaies pénétrantes de poitrine avec épanchement de sang dans la plèvre.

Nous instituâmes de nombreuses expériences à Montfaucon, où nous avions un grand nombre de chevaux à notre disposition, et nous nous proposâmes d'éclaircir trois points principaux.

Une première question était de savoir si le sang épanché dans les plèvres déterminait des accidents aussi sérieux qu'on le prétendait. En second lieu, nous cherchâmes dans quel état se trouvait ce sang; en troisième lieu, ce qu'il devenait.

Pour juger la question, nous pratiquâmes chez un cheval une incision à la plèvre, et dans cette ouverture nous introduisîmes un entonnoir; puis, la veine jugulaire de l'animal étant ouverte, le sang fut introduit à l'aide d'un siphon et de l'entonnoir dans la cavité pleurale. Aussitôt après l'opération, le cheval mangea comme d'habitude; et lorsque après quelques jours il fut sacrifié, à notre grand étonnement, nous ne trouvâmes plus de traces de l'épanchement. Cette expérience, répétée à plusieurs reprises, nous donna toujours le même résultat, c'est-à-dire que, lorsque la quantité de sang épanché ne dépassait pas un litre, nous ne trouvions plus dans la plèvre aucun indice de son passage : tout disparaissait, tout, absolument tout, sérum et caillot. Et cependant nous opérions sur des chevaux dont la plèvre est d'autant plus impatiente, permettez-moi cette expression, que les deux cavités n'en font qu'une, le médiastin n'existant pour ainsi dire pas, tant il est criblé de trous qui établissent la communication entre les deux côtés. Cette disposition favorise singulièrement, on le conçoit, le retentissement de l'inflammation d'une plèvre à l'autre. La conclusion à tirer de ces premières expériences était que la présence du sang, mais du sang *vivant*, dans une cavité séreuse telle que la plèvre, était exempte de dangers. Je dis du sang vivant; c'est qu'en effet les choses étaient loin de se passer de la même façon pour le sang *mort*, et j'appelle ainsi le sang qu'on a laissé coaguler. Lorsqu'on injectait celui-ci dans une plèvre, l'animal mourait; il succombait aux accidents d'infection déterminés par ce sang qui se putréfiait dans la plèvre. Je le répète, le sang directement introduit de la veine jugulaire dans la cavité pleurale n'occasionnait aucun accident, à moins qu'il ne fût épanché en trop grande quantité, auquel cas l'animal mourait aussi, mais mourait asphyxié par la gêne mécanique apportée au libre jeu des poumons.

Dans quel état se trouvait ce sang épanché? Dans plusieurs expériences, nous injectâmes jusqu'à trois litres de sang dans la plèvre, puis, la plaie fermée, nous faisions abattre immédiatement le cheval par l'équarrisseur : nous commençions aussitôt l'autopsie. Le cœur battait encore, et ses battements persistaient pendant quatre ou cinq minutes; deux à peine étaient écoulées depuis l'opération, et toujours cependant nous trouvions le sang coagulé dans la plèvre.

Comment accorder ces expériences avec ce qui arrive dans les ponctions de la poitrine faites dans les cas d'empyème du sang? Le liquide qui s'échappe par la canule n'est certes pas le sang épanché, car les canules sont trop étroites, quelque larges qu'elles soient, pour donner passage à un coagulum sanguin. Le liquide qui s'écoule par la canule, ou lorsqu'on ouvre la poitrine, est le sérum du sang teint par la matière colorante du caillot que ce sérum a lavé, teint en rouge comme l'est également le liquide que l'on injecte dans la plèvre, ainsi que cela a été conseillé.

Ainsi, d'après ces expériences, les épanchements sanguins de la plèvre, lorsqu'ils ne sont pas trop abondants, n'entraînent après eux aucun danger; le sang se coagule, mais il se résorbe, il se résorbe même rapidement, plus rapidement peut-être que les épanchements séreux.

Que les blessures aient été faites avec une baïonnette, avec une épée, avec un sabre à large lame, avec un couteau; que la plaie ait été simplement piquante, qu'elle ait été plus large, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas eu pénétration de l'air dans la cavité thoracique; que le poumon ait été intéressé ou non; ces

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 22 juin.

gumes que l'on amène — et en faible quantité — dans les villes, où il n'est pas impossible aussi de trouver quelques fruits, des pastèques, des mangues, des abricots et des dattes, par exemple.

Le lait et le beurre sont détestables, et l'Européen n'y goûte jamais. A propos de beurre, c'est le grand remède du pays, et on l'emploie en frictions, tant dans les maladies internes que dans les affections chirurgicales. C'est le topique par excellence, c'est la panacée universelle.

La viande est commune et à bon marché sur tous les points de la mer Rouge. Les moutons, à Massaouah, ne se vendent guère plus de cinq francs la paire. A Moka, à Aden, les bœufs se donnent pour une vingtaine de francs; les poulets et les œufs se vendent en proportion. Mais il faut ajouter que la viande est sans saveur, sans fermeté, qu'elle est fort peu nourrissante et très-pauvre en osmazôme, car ces moutons et ces bœufs ont été nourris dans le désert de plantes sans suc ni arome.

Quant au pain, sur toute la côte orientale on n'en mange jamais. Les Arabes font avec des fèves et une espèce de légume qu'ils appellent *foul*, une bouillie dont ils se nourrissent presque exclusivement; c'est à peine si quelques-uns ont l'idée de faire cuire sous la cendre, comme au temps des Hébreux, un peu de farine sans levain, délayée dans de l'eau. A Moka, où la France et l'Angleterre ont eu longtemps des comptoirs et des factoreries, le pain est beaucoup plus répandu. De plus, les Banians y apportent du riz et les habitants le font bouillir à la mode indienne. En s'éloignant un peu de Massaouah, on rencontre les premières tribus abyssiniennes, chez lesquelles l'usage de la viande crue existe de temps immémorial.

La mer Rouge, comme toutes les mers voisines, est très-riche en poissons de toute sorte; partout on l'achète à très-bon marché, mais le manque total de condiments prive l'Europe de cette précieuse ressource.

Tous les peuples qui habitent les deux bords de la mer Rouge sont musulmans. Le Coran est leur code unique, religieux, politique et social, leur seul conseil en morale, en jurisprudence et en médecine. Et comme l'assujettissement au dogme religieux islamique n'est nulle part aussi complet, à cause du voisinage de la Mecque, cette Rome des musulmans, il s'ensuit d'abord que le fanatisme offre là un caractère spécial, et que toutes ces nations, épousant cette exaltation — qui pénètre dans les actes les plus infimes de la vie, — se touchent en une foule de points.

Les Bédouins, peuplades indépendantes et amies de toute liberté, ne se dérobent en aucune façon à la loi de Mahomet. Un de leurs chefs, atteint d'otite chronique, vint un jour consulter M. de Gasperini, à Moka. Notre confrère proposa une injection dans l'oreille, mais le malade, malgré la douleur qu'il éprouvait, malgré le plus vif désir qu'il avait de guérir, s'y refusa formellement, au moins jusqu'au soir. On était alors en plein jeûne du Rhamadan, et, pendant ce mois d'abstinence, nulle substance ne peut être portée dans le corps humain depuis le lever jusqu'au coucher du soleil.

La polygamie est en honneur, et le grand nombre de femmes possédées par les Arabes ne provient pas, comme on le pense généralement, de l'exagération des désirs vénériens. Les sens, chez eux, s'émoussent de bonne heure, et ont besoin, pour se réveiller, du stimulant de la variété.

La vie humaine est comptée pour peu de chose chez tous ces peuples. L'Arabe souffre avec un courage héroïque d'épouvantables tortures, et il marche à la mort sans se plaindre. A côté de cette énergie de la volonté se remarque une honteuse pusillanimité dès qu'il s'agit d'une opération sanglante : le bistouri est un affreux épouvantail. Plusieurs fois M. de Gasperini a proposé des ouvertures d'abcès ou des amputations dans des cas de gangrène, mais les malades n'y ont jamais consenti. L'abcès s'ouvre quand et comme il veut, et le sphacèle tue plus ou moins rapidement; là n'est pas la question : *Dieu est grand!* Tel est l'*alpha* et l'*oméga* de toute médecine et de toute chirurgie.

Il semblerait que ces peuples dussent trahir dans leur habitude extérieure la pénurie des éléments de vie dont ils jouissent; il n'en est rien. Ils vivent et vivent longtemps dans des conditions climatériques qui auraient en peu de temps emporté l'Européen le plus vigoureux. Dans l'état de maladie, il se produit une force de plasticité extrême dans les tissus, en vertu de laquelle les plaies les plus larges sont guéries sans précaution aucune, les hémorrhagies les plus redoutables presque instantanément arrêtées par les seules forces de la nature.

Dans l'ouvrage qu'a publié M. Lefèvre sur la mer Rouge et l'Abyssinie, cet auteur raconte que pour un vol, un mensonge ou une cause souvent frivole, il n'est pas rare de voir un chef ordonner, comme châtiment, l'amputation du pied ou de la main du coupable, et le médecin qui accompagnait M. Lefèvre dans son expédition rapporte ainsi qu'il suit comment il fut témoin d'un de ces hideux spectacles : « Au lieu des chaînes, dit-il, qui entouraient les mains et les pieds de chacun des trois condamnés auxquels on allait faire subir l'opération, on leur lia les bras et les jambes avec des courroies de cuir fortement serrées, pour s'opposer à l'écoulement du sang; puis on saisit l'un des patients qu'on étendit sur le ventre; cinq à six hommes le continrent. Saisissant la jambe sur laquelle il devait opérer, le bourreau, qui tenait dans les dents son couteau, prit de la main gauche le pied par sa face dorsale, tandis que de l'autre main, après s'être assuré sur les côtés du tendon d'Achille et des extrémités malléolaires, il coupa le tendon d'un seul

blessures n'étaient rien, l'animal guérissait rapidement, rendait quelquefois un peu de sang par la bouche et les naseaux; mais aussi elles pouvaient le tuer presque sur le coup. Dans ce dernier cas, l'arme avait lésé de gros vaisseaux, et le cheval succombait asphyxié par le fait de l'épanchement considérable qui s'était fait, ou il mourait d'hémorrhagie. Il mourait aussi, mais plus lentement, lorsque l'air avait pénétré dans la poitrine soit par la plaie des parois thoraciques, soit par celle du poumon; alors le sang se putréfiait, et l'animal succombait aux accidents d'une infection putride.

La conséquence pratique à déduire de ces faits n'est-elle pas que, dans les plaies pénétrantes de poitrine avec épanchement de sang, le danger vient non du sang épanché, mais quelquefois des manœuvres imprudentes à l'aide desquelles on veut intervenir pour combattre ce danger imaginaire? La conduite à tenir, en pareilles circonstances, est de fermer au plus vite la plaie de la poitrine pour s'opposer à tout prix à l'entrée de l'air dans la cavité pleurale.

Mais pour revenir à l'hématocèle, ce qui se passe dans la cavité séreuse de la poitrine se passe également dans la cavité séreuse de l'abdomen; les épanchements de sang ne sont pas plus redoutables, en tant qu'on aurait à craindre l'irritation, l'inflammation que déterminerait la présence du liquide. Ce n'est donc point à l'inflammation qu'il faut rapporter la douleur éprouvée par la malade, elle est le fait de la fluxion violente du côté des annexes de l'utérus, laquelle a produit l'hématocèle. Cette douleur ne devient que plus tard l'expression de phénomènes inflammatoires; c'est lorsque le cruor, non absorbé, devient lui-même cause d'un état phlegmasique, sans grande gravité d'ailleurs, comme le prouvent les autopsies qui n'ont jamais fait voir dans ce cas les signes anatomiques d'une véritable inflammation.

La rétrocession de l'épanchement abdominal indique assez que la douleur n'est point une douleur péritonitique, car il serait difficile de comprendre que cette rétrocession fût aussi rapide, si la séreuse abdominale était enflammée. Or, vous avez eu un exemple de la rapidité avec laquelle se fait la résorption du sang épanché chez notre malade du n° 2. Donc, s'il y a une irritation du péritoine, — et je l'admets, — il est impossible d'admettre autre chose qu'une légère fluxion de cette membrane séreuse.

Tout ce que j'ai dit jusqu'à présent est de la plus haute importance au point de vue de la question thérapeutique.

Pour ne pas avoir fait les distinctions que j'ai établies, pour n'avoir voulu considérer que l'épanchement de sang dans la cavité du petit bassin, les auteurs se sont éloignés, à mon avis, des véritables voies qui conviennent au traitement de l'hématocèle cataméniale.

En me plaçant à un autre point de vue qu'eux, en considérant la maladie comme un trouble survenu dans les fonctions menstruelles, comme une ménorrhagie qui, au lieu de se faire par les voies ordinaires, par l'utérus ou le vagin, se fait dans la cavité abdominale, je crois être arrivé à un traitement plus rationnel, dont le but est de régulariser la fonction troublée, en plaçant la femme dans de telles conditions que ses règles arrivent comme elles doivent normalement arriver.

Lorsqu'une femme jeune encore a des accidents ménorrhagiques, c'est-à-dire lorsque le flux menstruel est trop abondant, le meilleur moyen à leur opposer, la plus puissante des médications, est l'administration du quinquina; — je dis le quinquina et non pas le sulfate de quinine, car, dans ce cas, ces deux médicaments sont loin d'agir d'une manière identique. Cette médication appartient à M. Bretonneau, de qui je la tiens. Voici comment il a été amené à l'employer.

L'expérience lui avait appris que, dans les hémorrhagies nasales rebelles, le quinquina était un remède puissant; qu'administré tous les deux ou trois jours à la dose de 2 à 4 grammes il arrêtait complétement les accidents et empêchait leur retour, sans qu'il soit besoin souvent de répéter plus de quatre fois les doses; l'illustre médecin de Tours pensa qu'en agissant de la même façon dans la ménorrhagie il pourrait arriver aux mêmes résultats; l'événement justifia ses prévisions, et depuis lors il n'a pas cessé d'avoir recours à cette médication.

Depuis plus de vingt ans que je l'emploie dans les mêmes circonstances, elle m'a rendu d'éminents services. Ainsi, dans les ménorrhagies, je fais prendre à la malade tous les trois ou quatre jours, dans l'intervalle de chaque époque, une dose de poudre de quinquina jaune royal de 3 ou 4 grammes. Lorsque l'estomac ne peut supporter le médicament, je le donne en lavement. Toutefois, les cas sont rares où le quinquina n'est pas supporté par l'estomac.

Cette médication n'est point infaillible assurément; la médecine n'en possède malheureusement pas qui le soit complétement; mais c'est certainement la plus puissante que je connaisse.

Je vais donc l'employer chez notre malade. Jusqu'à présent j'ai agi contre la maladie à l'aide d'autres moyens, et je vous dois la raison de ce que j'ai fait.

Lorsque cette femme nous est arrivée, elle présentait tous les symptômes d'une anémie poussée à l'extrême; avant toute chose, il m'a fallu songer à la reconstituer, et dans ce but je l'ai soumise à un traitement ferrugineux. Chaque jour depuis six semaines, elle a pris progressivement jusqu'à *huit* pilules de tartrate ferrico-potassique de 0,15 centigrammes chacune. Cette médication a dû surprendre quelques-uns d'entre vous, et sans doute ils se seront demandé comment il se faisait que j'administrasse les ferrugineux à une femme dont la maladie me paraissait être l'effet de règles trop abondantes, lorsque d'ordinaire c'est pour solliciter le retour du flux menstruel que le fer est donné.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence des ferrugineux, la coloration des téguments a fait peu à peu place à la teinte pâle qu'ils présentaient. Les forces sont revenues, la dernière crise a été moins violente, l'épanchement s'est fait moins abondant lors de la dernière époque cataméniale, il y a dix jours; c'est qu'alors la malade était rétablie presque dans les conditions normales de la santé; le fer avait agi en reconstituant l'état général, en ramenant la régularité des fonctions.

Déjà en plusieurs occasions, j'ai insisté sur ce point de thérapeutique générale; je vous ai montré que tel médicament, classé à juste titre comme un agent de la médication emménagogue, pourrait en quelques circonstances devenir l'agent de la médication anti-ménorrhagique. Dans l'un et l'autre cas, le fer dont il est question agit de la même façon, en s'adressant non directement à l'appareil chargé de remplir les fonctions de la menstruation, mais en s'adressant indirectement à lui, en agissant d'abord sur l'ensemble de l'économie généralement troublée.

Ainsi, chez notre malade, telle a été ma médication. Maintenant je vais arriver au quinquina; entre les époques, je l'administrerai de la façon que je vous ai indiquée, et j'espère prévenir ainsi le retour d'une nouvelle hématocèle.

Telle est la médication préventive dans l'hématocèle cataméniale; quant à la médication du présent, quant aux moyens destinés à combattre la ménorrhagie au moment où l'hémorrhagie a lieu, vous les connaissez tous. Les astringents, et en première ligne la ratanhia; les acides, et parmi eux l'eau de Rabel, acide sulfurique alcoolisé, occupent le premier rang. Mais, je le répète, médication préventive, médication du moment, s'adressent à l'hématocèle cataméniale, non aux autres.

Reste encore une partie du traitement. C'est celle qui doit combattre la douleur. Je vous l'ai dit et souvent répété, si ordinairement la fluxion est la cause de la douleur, dans un grand nombre de cas aussi, la douleur est cause de fluxions, *ubi dolor, ibi fluxus*; il faut donc éteindre cette douleur; voilà pourquoi vous m'avez vu employer chez notre malade un moyen propre à remplir cette indication; voilà pourquoi vous m'avez vu faire appliquer sur son ventre des cataplasmes de farine de graine de lin, bien que, généralement, les cataplasmes chauds soient formellement contre-indiqués dans les métrorrhagies; en même temps on faisait des onctions sur la peau avec une mixture composée de trois parties d'extrait de belladone pour une d'extrait d'opium.

DU RAPPORT DES LÉSIONS ET DES SYMPTOMES dans le mal vertébral (1).

Par M. Bo-uvler.

(Lu dans la séance de la Société de chirurgie du 21 mai 1858.)

Cette plus grande fréquence des abcès par congestion dans les affections des vertèbres lombaires trouve en partie son explication dans les circonstances suivantes:

1° Nous avons vu que la gibbosité manque plus souvent à la région lombaire, et que les abcès par congestion sont un peu plus fréquents dans les cas où il n'existe pas de gibbosité.

2° Les maladies du sacrum, dans lesquelles le pus tend plus fréquemment à faire collection, grossissent quelque peu le nombre des abcès migrateurs dépendant du mal vertébral lombaire.

3° Les destructions de trois vertèbres et plus se trouvent un peu plus nombreuses dans les observations de mal vertébral lombaire que dans les cas d'affection dorsale, et l'on a vu plus haut que les abcès par congestion se sont montrés plus fréquents dans ces cas de destructions étendues que dans les autres.

Mais, indépendamment de ces conditions, et toutes circonstances égales d'ailleurs, si j'en juge par quelques-uns de mes chiffres, le mal vertébral, par cela seul qu'il siége aux lombes, paraît donner lieu un peu plus souvent à un abcès migrateur que lorsqu'il existe dans la région dorsale. Cette plus grande abondance du pus et sa tendance plus marquée à fuser au loin dans les affections lombaires me semblent un effet de l'étendue plus considérable des vertèbres malades et de la disposition des organes voisins, plus favorable à la migration du pus.

Avant de quitter ce sujet, je ne puis me dispenser de m'arrêter un instant sur un point des plus intéressants dans l'histoire du mal vertébral; je veux parler du rapport qui existe entre la paralysie et les abcès par congestion.

Sur 103 affections vertébrales, je compte:

Abcès migrateurs sans paralysie.	45
Abcès migrateurs avec paralysie.	14
Abcès sessiles sans paralysie.	10
Abcès sessiles avec paralysie.	18
Paralysies sans abcès.	10
Cas sans abcès ni paralysie.	6
Total.	103

Ainsi, 32 fois, ou dans le tiers des cas environ, la paralysie a existé en même temps qu'un abcès soit sessile, soit migrateur. Peut-on admettre, en présence de ce fait, que la paralysie soit l'attribut exclusif d'un genre de lésion, l'abcès l'attribut propre d'une affection d'un autre genre?

Cependant la paralysie et les abcès *étendus* se sont rarement montrés ensemble: cela a eu lieu à peine une fois sur sept. Quelle en est la cause?

Vous savez déjà que, d'après notre statistique, ce n'est pas parce que les tubercules produiraient la paralysie, et les autres lésions les abcès par congestion. Je crois inutile de combattre de nouveau cette interprétation. Tout ce qu'on peut accorder, d'après ces faits, c'est que la nature de la lésion n'est pas tout à fait étrangère à cette sorte d'antagonisme entre la paralysie et les abcès migrateurs, puisque ceux-ci ont été un peu plus fréquents dans les affections de nature inflammatoire, et celle-là dans les affections tuberculeuses.

Mais bien d'autres circonstances encore concourent à ce que ces

(1) Fin. — Voir le nnméro du 22 juin.

---

coup, découvrant ainsi l'articulation par sa face postérieure. Il ouvrit ensuite sans tâtonner l'articulation péronière, et enfin, retournant la jambe pour désarticuler en avant l'astragale, il finit par le côté interne de l'articulation tibiale. Tout cela se fit sans hésitation, et avec une habileté à laquelle j'étais loin de m'attendre. Il ne coula pas une goutte de sang. »

L'auteur raconte plus loin qu'on répéta presque immédiatement la même opération sur la main, qui fut également désarticulée, et que les trois malheureux amputés furent alors laissés sur place, attendant quelque soulagement de la charité des passants.

Il lui fut permis d'observer les suites de ces mutilations. L'opération avait eu lieu le 7 du mois d'avril. Le 9, il n'y avait ni fièvre ni céphalalgie; nul accident consécutif ne se montra, et malgré un pansement incomplet, rendu inutile par les patients eux-mêmes, le 25 du même mois, la cicatrisation était complète. Le moignon était presque insensible au toucher; une membrane rougeâtre s'était formée sur toute l'étendue de la plaie, membrane saine et vascularisée.

En résumé, il n'y avait pas eu de douleur, pas de fièvre traumatique, pas d'hémorrhagie. Dès le lendemain de l'opération, les patients avaient mangé; ceux auxquels on refuse des aliments sont emportés par une fièvre de forme adynamique.

En Arabie, dit toujours le même auteur, on guérit dans cinq ou six jours de la plaie résultant de l'opération de la taille. On nourrit le malade le jour même, et l'excrétion urinaire est rétablie le lendemain (1).

Ainsi, pas d'hémorrhagie à la suite de l'opération, c'est-à-dire formation immédiate d'un tissu plastique oblitérant; pas de fièvre traumatique à la suite de pareilles amputations; nécessité de nourrir les opérés le jour même de l'opération, sinon tendance à l'adynamie: tels sont les faits qui démontrent cette puissance de plasticité dont il a été parlé. Tous ces faits n'ont point échappé à l'observation sagace de M. de Gasperini, qui fait à ce propos une réflexion pleine de justesse: « Qu'on mette en regard, dit-il, de cette énergie vitale, l'insuffisance des éléments nutritifs de toute sorte, et l'on verra qu'il y a là matière à sérieuse méditation pour le physiologiste. »

Il est maintenant facile de comprendre ce qui arrive à l'Européen lorsqu'il séjourne en de semblables parages. Au bout de très-peu de temps, un sentiment profond de tristesse nostalgique s'empare de lui; il se voit tellement isolé au milieu de ces peuplades dont rien ne le rapproche, que le dégoût, le découragement et une sorte d'affaissement moral s'emparent de lui. Privé d'ailleurs des éléments de vie dont il a besoin, exténué par cette chaleur insolite, incapable de digérer cette eau lourde et salée, manquant de pain, de vin, de légumes frais, de tout ce qui composait enfin sa nourriture ordinaire, il tombe peu à peu dans un état de langueur, et s'il ne s'éloigne au plus vite de ces plages inhospitalières, il court le risque de succomber rapidement à un accès de fièvre pernicieuse ou à une atteinte de dysenterie aiguë.

Nous voudrions pouvoir suivre M. le docteur Auguste de Gasperini dans tous les détails qu'il a donnés au sujet d'une fièvre grave commune sur les bords de la mer Rouge; mais nous pensons que l'entité morbide qu'il a décrite avec tant de soin se rapproche beaucoup de ces variétés typhiques dont les auteurs qui ont spécialement traité des maladies qui sévissent dans les pays chauds nous ont transmis la relation pathologique; nous ne nous y arrêterons donc pas. Mais, en terminant, nous adresserons des félicitations à M. de Gasperini sur son intéressant travail, et nous émettrons le vif désir de voir bientôt pénétrer le flambeau de la civiliisation au milieu de peuples si réfractaires. Le percement de l'isthme de Suez, à ce point de vue seulement, sera déjà un immense bienfait pour ces membres arriérés de la famille humaine, et le nom de M. de Lesseps restera éternellement attaché à cette grande œuvre.

Dr Legrand du Saulle.

(1) Notes A et B, tome Ier, du *Voyage en Abyssinie* de Lefèvre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, par M. le docteur Aran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; recueillies par M. le docteur A. Gauchet, et revues par l'auteur. Un fort vol. in-8°. La première partie vient de paraître. Prix, 4 fr., *franco*. La seconde partie est sous presse, et paraîtra prochainement. — Paris, chez Labé, libraire.

Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons, sur le service de santé de la garde impériale et sur l'hygiène des camps, adressé à S. Exc. le maréchal ministre de la guerre, par M. le docteur baron Larrey, chirurgien ordinaire de l'Empereur, ex-chef du service de santé du camp, etc. Broch. graod in-8°. Paris, 1858.

Traité d'électricité, par M. le professeur [illegible] Gavarret. Deux volumes, avec 448 figures. Prix, 16 fr. — Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Mémoire sur la lithotritie, réponse à M. le docteur Heurteloup, lue à la Société médicale du Panthéon par M. le docteur Aug. Mercier. Broch. in-8°. Paris, 1858.

deux symptômes coïncident rarement. Décomposons les séries comprises dans nos 103 cas; nous y reconnaîtrons les influences précédemment signalées : 1° de la région affectée ; 2° du siége du mal dans les ligaments ou dans les os; 3° du plus ou moins de profondeur, du plus ou moins d'étendue de la lésion ; 4° de la gibbosité.

C'est ainsi que, des 45 abcès migrateurs non accompagnés de paralysie, 27 ou les trois cinquièmes sont dus au mal vertébral lombaire ou lombo-sacré, cause fréquente d'abcès migrateurs, cause rare de paralysie. Des 18 cas restants d'affection dorsale ou cervicale, 12 sont caractérisés, soit par l'absence de gibbosité, soit par le peu de profondeur de la lésion.

Au contraire, sur les 28 cas de paralysie sans abcès ou avec abcès sessile, 24 dépendaient d'un mal vertébral dorsal, 1 d'une affection cervicale, et 3 seulement d'une affection lombaire. La gibbosité existait dans 22 cas. Dans 4 des 6 cas sans gibbosité, une lésion profonde s'était développée du côté du canal vertébral; un corps de vertèbre était presque détruit dans un cinquième; la profondeur de la lésion n'est pas indiquée dans le sixième. Deux fois seulement sur les 28 cas, la maladie était superficielle et presque bornée aux ligaments intervertébraux.

Des conditions favorables tout à la fois à la formation des abcès migrateurs et au développement de la paralysie semblent avoir existé dans les 14 cas où l'un et l'autre phénomènes se sont trouvés réunis. La maladie était cervicale dans 4 de ces cas, dorsale dans 8 autres, lombaire dans 2. Il y a eu gibbosité dans les 8 affections dorsales, dans une des quatre cervicales et dans une des deux lombaires. Un seul cas consistait en une lésion superficielle, affectant spécialement les ligaments intervertébraux; mais il existait en même temps un tubercule dans le canal vertébral. Plusieurs corps vertébraux, rarement un seul, étaient en grande partie détruits dans les 13 autres cas.

Des conditions opposées se remarquent dans les 6 cas qui n'ont produit ni abcès ni paralysie. On y voit figurer trois de ces affections bornées aux espaces intervertébraux qu'on a nommées des *arthrites vertébrales*, bien qu'elles puissent être de nature tuberculeuse aussi bien qu'inflammatoire. Il y a eu destruction du tissu osseux dans les trois autres cas; mais deux d'entre eux sont des lésions anciennes, qui étaient en voie de guérison au moment de la mort des malades.

Une dernière particularité est révélée par cette analyse des faits. En jetant les yeux sur le relevé des 103 cas, on est frappé de la fréquence de la paralysie dans les cas d'abcès sessiles : elle s'y est montrée dans les deux tiers des cas, 18 fois sur 28, tandis qu'on ne l'a vue que 14 fois dans 59 cas d'abcès migrateurs, ou à peine une fois sur quatre. Cela ne dépend pas uniquement de ce que les abcès sessiles et la paralysie tendent à se produire dans des circonstances à peu près semblables. Ce fait reconnaît aussi une autre cause, l'influence de la pression que le contenu des abcès exerce sur la moelle épinière, quand la destruction s'étend jusqu'au canal vertébral. Cette pression est plus forte tant que l'abcès est contenu sous la couche fibreuse prévertébrale; elle diminue ou disparaît lorsque le pus, ayant trouvé une issue à la circonférence du rachis, s'étend au loin et s'éloigne des vertèbres à mesure qu'il se forme. La paralysie produite par cette pression devait donc, toutes choses égales d'ailleurs, se montrer plus souvent dans les abcès sessiles que dans les abcès migrateurs, et c'est encore là une circonstance dont il faut tenir compte lorsqu'on veut expliquer la rareté de la paralysie dans les abcès par congestion.

Huitième question. — L'affection tuberculeuse des vertèbres est-elle l'espèce de mal vertébral qui guérit le plus fréquemment? La carie est elle, au contraire, le plus généralement mortelle?

Ce n'est pas sans étonnement que j'ai entendu proclamer que les tubercules étaient la plus bénigne, la plus curable de toutes les lésions destructives du rachis. Funeste partout ailleurs, soit par ses ravages au siége du mal, soit par son extension aux poumons, au cerveau, aux ganglions lymphatiques, au foie, aux reins, au péritoine, etc., l'affection tuberculeuse perdrait, aux vertèbres, ses propriétés meurtrières! Je ne pouvais croire à cette étrange anomalie sans preuves; je les ai cherchées, ces preuves; voici ce que j'ai trouvé :

Sur 35 cas de mal vertébral non tuberculeux, l'existence de tubercules dans d'autres organes est notée 10 fois.

Sur 47 affections tuberculeuses du rachis, on a rencontré 35 fois des tubercules, soit dans les poumons, ce qui était le plus commun, soit dans les glandes bronchiques, mésentériques et autres, soit dans le cerveau ou les méninges, dans le foie, la rate, les reins, sous la plèvre, le péritoine, etc. Ces complications, deux fois et demie plus fréquentes dans cette espèce de mal vertébral que dans l'autre, ont presque toujours ajouté à la gravité de la maladie, et elles ont souvent, par elles-mêmes, entraîné la mort.

Il faut bien conclure de là qu'à ce point de vue, les tubercules du rachis sont d'une nature plus fâcheuse que la carie, et qu'ils ne font point exception à la mortalité ordinaire des lésions dépendant de la diathèse tuberculeuse.

Sur 32 affections non tuberculeuses, la mort a été causée 15 fois par une complication ou une maladie incidente étrangère au mal vertébral, et 17 fois par les progrès de l'affection vertébrale elle-même.

Sur 46 cas de tubercules, la mort a été 19 fois le résultat d'une maladie étrangère au rachis; 27 fois le mal vertébral a été la principale cause de la terminaison fatale.

Le mal vertébral tuberculeux ne s'est donc pas montré en lui-même moins dangereux que la carie.

On a vu plus haut que les abcès par congestion ne sont pas beaucoup plus rares dans le premier groupe de lésions que dans le second. Ceux qui dépendent des tubercules guérissent-ils plus aisément que les autres?

Sur les 23 abcès migrateurs non tuberculeux, 11 ont causé la mort. 11 des 23 abcès par congestion dus aux tubercules ont mis fin aux jours des malades, et 2 abcès tuberculeux limités au rachis se sont également terminés par la mort. La mortalité dépendant des abcès est donc ici la même pour les deux genres de lésions.

En résumé, au lieu des témoignages que je cherchais en faveur de la curabilité des tubercules du rachis, en faveur de la léthalité constante de la carie, je n'ai recueilli que des preuves de la similitude des deux genres d'affection sous ce rapport.

On me dira que c'est pendant la vie qu'il faudrait établir, pour chaque lésion, ce bilan des guérisons et des morts. S'il en était ainsi, je déclinerais ici ma compétence. On est souvent fort embarrassé pour reconnaître, sur le cadavre, si une lésion rachidienne est tuberculeuse ou non. A plus forte raison la chose est-elle rarement possible sur le vivant.

Et cependant nul doute que le pronostic du mal vertébral soit loin d'être uniforme, nul doute qu'il n'y ait des conditions favorables et défavorables à la guérison; même dans les abcès migrateurs, qui ajoutent tant à la gravité du mal, le pronostic est beaucoup moins fâcheux dans certains cas que dans d'autres. Mais ces différences se lient moins à la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de l'affection, qu'à une infinité d'autres circonstances qui peuvent être communes aux deux genres de lésions, telles que le siége du mal, son étendue, l'état général de la constitution, etc.

On suppose encore assez généralement aujourd'hui, comme du temps de mon maître Boyer, que les lésions superficielles offrent plus de danger que les profondes. Je trouve, en effet, que sur 33 affections vertébrales sans gibbosité, 24 ou près des trois quarts paraissent avoir déterminé la mort par elles-mêmes; 9 malades seulement ont été emportés par des maladies étrangères au mal vertébral. Au contraire, sur 68 cas de gibbosité, 33 fois, ou dans près de la moitié des cas, la mort a été le résultat d'autres affections. Cependant cette règle est beaucoup moins absolue qu'on ne le croit. J'ai déjà montré la fréquence des abcès par congestion dans certaines lésions profondes et circonscrites, et l'on a vu que la gibbosité n'excluait nullement la formation d'abcès migrateurs. J'ajouterai que ces abcès ne sont guère moins dangereux, quand ils sont accompagnés de gibbosité, que lorsque ce dernier symptôme manque. Sur les 34 cas d'abcès par congestion avec gibbosité, 15 ont été la cause de la mort. Sur les 24 abcès par congestion sans gibbosité, 13 ont causé la terminaison fatale. La proportion, on le voit, diffère peu.

L'affection des ligaments intervertébraux, quelquefois tuberculeuse, plus souvent sans doute inflammatoire, est peut-être moins grave que les autres lésions, lorsqu'elle est bornée à un ou deux espaces intervertébraux. Mais plusieurs exemples de cette altération accompagnée d'abcès par congestion mortels, ne permettent pas de considérer, avec M. Ripoll, l'arthrite vertébrale comme à peu près constamment bénigne ; on n'est pas plus autorisé par l'examen des faits à rapporter à cette lésion presque tous les cas de guérison.

Je ne me dissimule pas, Messieurs, ce qu'il y a d'imparfait dans le travail que je viens de vous présenter. La condition indispensable de toute bonne statistique, un nombre suffisant de faits bien définis, m'a souvent manqué. Quelque soin que j'aie mis à fixer la nature des lésions indiquées par les auteurs des observations, je n'ai pas la certitude de leur avoir toujours attribué leur caractère véritable. Ceci n'est qu'un essai ; on fera mieux plus tard, quand on possédera un plus grand nombre d'observations complètes.

Néanmoins, pour le moment, cette analyse d'une grande partie des faits connus me paraît de nature à justifier les propositions suivantes :

Si l'on s'en rapporte à ces faits :

1° Les tubercules vertébraux ne sont pas plus communs, la carie vertébrale n'est pas plus rare chez les enfants que chez les adultes ;

2° La région dorsale n'est pas le siége de prédilection des tubercules, la carie n'est pas plus fréquente dans la région lombaire ;

3° La gibbosité n'est pas plus constante dans les tubercules que dans la carie ; elle ne fait pas plus souvent défaut dans ce dernier genre de lésion que dans le premier ;

4° Les tubercules débutent un peu plus souvent par l'intérieur des corps vertébraux, l'ostéite et la carie par leur surface ; mais ces lésions peuvent affecter l'un ou l'autre siége à leur début ;

5° L'étendue du mal, le nombre des vertèbres détruites, ne diffèrent pas notablement dans les deux groupes de lésions ;

6° La paralysie n'est pas beaucoup plus rare dans la carie que dans les tubercules ;

7° Les abcès par congestion ne sont pas constants dans la carie ; ils ne manquent pas *très-souvent* dans l'affection tuberculeuse ;

8° La mortalité causée par les tubercules n'est pas moindre que celle qui est produite par la carie; il n'est nullement démontré que la carie soit moins curable que les tubercules ;

9° Indépendamment de la nature de la lésion osseuse, le mal vertébral présente dans ses symptômes, sa marche, ses suites, des différences intéressantes à connaître, et résultant du siége du mal, de son étendue, de sa profondeur, de l'âge des sujets, de leur constitution, etc.

Ces conclusions finales ne me permettent pas, on le comprend, de modifier mon opinion première sur l'*unité* du mal vertébral, expression que je veux bien accepter sous la réserve d'une interprétation capable de prévenir toute équivoque. L'affection vertébrale n'est pas *une*, en tant qu'elle résulte de lésions de nature différente. Il ne peut être question ici que d'une *unité symptomatique*, de l'unité des effets semblables produits par ces lésions diverses. Je n'ai pas voulu dire autre chose lorsque je me suis prononcé contre la *dualité* du mal vertébral, telle qu'on l'avait présentée dans la discussion du rapport de M. Gosselin. J'ai même admis dès ce moment que la nature de la lésion n'était pas sans influence sur le plus ou moins de fréquence de certains symptômes, de certaines terminaisons J'irai plus loin : je rappellerai, comme exprimant encore aujourd'hui le fond de ma pensée, ce passage de mes *Leçons cliniques* de 1855 : « Les efforts des observateurs doivent tendre à établir les formes symptomatiques qui correspondent à ces diverses altérations (ostéite, tubercules, arthrite, nécrose des vertèbres) afin que l'on puisse parvenir à les distinguer pendant la vie. *En attendant*, nous les confondrons *provisoirement* dans une description commune. » L'*unité* même symptomatique du mal vertébral n'est donc pour moi qu'une doctrine *provisoire* qui doit disparaître par le progrès de la science. Mon excellent ami M. Broca a dit, de son côté, dans son dernier discours : « Je serais fort embarrassé, je l'avoue, si j'étais obligé d'écrire un chapitre complet, pratique et précis sur le diagnostic de toutes les lésions qui peuvent altérer la continuité de la colonne vertébrale. *Ce travail ne me paraît pas possible dans l'état actuel de la science.* Il ne pourra le devenir qu'à la faveur d'observations ultérieures, etc. » Je suis heureux, en terminant, d'avoir à constater, parmi tant de dissidences, une pareille conformité entre les idées de notre savant collègue et celles que j'énonçais il n'y a qu'un instant.

IODURE DE POTASSIUM EMPLOYÉ COMME ANTILAITEUX.

M. Rousset, professeur de clinique obstétricale à Bordeaux, avait observé que l'iodure de potassium, employé dans le but de combattre certaines affections indépendantes de l'état puerpéral, occasionnait une diminution notable dans la sécrétion du lait. Ayant eu à soigner une femme qui, par suite de gerçures très-douloureuses aux seins, était atteinte d'un engorgement laiteux très-considérable, accompagné de fièvre, il essaya l'iodure de potassium. Dès le lendemain les seins étaient affaissés, les douleurs et la fièvre avaient disparu, et la malade n'était plus menacée de phlegmon et d'abcès. Ayant continué pendant trois jours ce médicament, la guérison fut complète, et le lait, qui avait presque disparu, revint au bout de peu de temps. Depuis l'époque de cette première observation. M. Rousset a répété vingt fois l'expérience, et toujours avec succès. Il a remarqué que le lait disparaissait plus promptement si l'on ne remettait pas l'enfant au sein ; que le lait revenait très-bien si l'on ne donnait l'iodure de potassium que pendant deux ou trois jours ; que l'action de ce médicament était plus prononcée à la dose de quarante ou cinquante centigrammes par jour qu'à une dose plus élevée; que l'on pouvait modérer et presque empêcher la montée du lait en l'administrant le premier ou le second jour des couches.

(*Journal de méd. de Bord.*, *mai* 1858).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juin 1858. — Présidence de M. Despretz.

M. Boussingault lit la suite de ses recherches sur la quantité d'acide nitrique contenue dans la pluie, le brouillard, la rosée, etc. (voir le Premier-Paris).

Matière pharmaceutique nommée le tréhala. — M. Guibourt adresse une notice sur une matière pharmaceutique nommée le *tréhala*, produite par un insecte de la famille des Charançons. Le tréhala, d'un usage aussi commun en Orient que le sont en France le salep et le tapioka, est une coque creuse maçonnée par un insecte, un coléoptère tétramère voisin des Charençons. Le tréhala, que les Persans désignent sous le nom de *sucre des nids*, et qui renferme en effet un sucre cristallisable très-remarquable par ses propriétés, est néanmoins de nature principalement amylacée, ainsi que cela résulte des analyses qu'en ont faites l'auteur et M. Marcellin Berthelot.

Le tréhala, mis en contact avec l'eau, se ramollit, se gonfle et finit par se convertir en une bouillie épaisse et mucilagineuse. En ajoutant beaucoup d'eau, la liqueur surnageante est un peu colorée et faiblement sucrée. Le dépôt, au lieu d'être pulvérulent et mobile comme une fécule pure, a toujours l'apparence d'une bouillie mucilagineuse.

L'amidon de l'*Echinops* ou du tréhala diffère beaucoup de la fécule de pomme de terre, et même de l'amidon de blé, qui sont formés de couches concentriques dont les intérieures sont facilement solubles dans l'eau bouillante, et dont les plus extérieures, quoique plus résistantes, finissent cependant par disparaître entièrement ou presque entièrement. Mais il est analogue aux amidons d'orge, de sagou des Moluques et surtout de gomme adragante, qui, plus ou moins, sont formés d'une matière *très-dense*, qu'une longue ébullition dans l'eau ne peut pas complétement diviser et encore moins dissoudre.

Le tréhala est composé approximativement de :

Amidon.	66,54
Gomme peu soluble. . . .	4,66
Sucre et principe amer . . .	28,80
	100,00

Développement et propagation du trichocéphale de l'homme et de l'ascaride lombricoïde. — M. Davaine communique le résultat de ses recherches sur ce sujet.

Le trichocéphale *dispar*, dit l'auteur, se rencontre très-communément dans le cœcum chez l'homme. D'après ses recherches, il estime qu'à Paris un individu sur deux en est atteint. Le développement de cet entozoaire n'a pas été observé, et son mode de transmission est tout à fait inconnu.

De cette étude il résulte :

1° Que l'œuf du trichocéphale et l'œuf de l'ascaride lombricoïde se développent hors du corps de l'homme;

2° Que l'apparition de l'embryon n'a lieu qu'après huit mois au moins pour l'un et six mois pour l'autre.

Dans ce long intervalle de temps, les œufs du trichocéphale et de l'ascaride lombricoïde peuvent sans nul doute être transportés par les pluies dans les ruisseaux, les rivières et les puits dont l'eau sert comme boisson ou est employée dans la préparation des aliments. Ces œufs complétement développés, ou l'embryon, peuvent arriver par cette voie dans l'intestin de l'homme, et y acquérir un développement ultérieur et complet.

Mortalité par la foudre. — M. A. Poey adresse un mémoire sur le nombre des personnes tuées par la foudre dans le royaume de la Grande-Bretagne de 1852 à 1856, comparé aux décès par fulguration en France et dans d'autres parties du globe.

C'est un travail purement statistique, et dont les résultats n'apprennent rien sous le rapport médical.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 76. — JEUDI 1er JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 76. — JEUDI 1er JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 JUIN 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

On s'attendait aujourd'hui à voir clore la discussion sur la fièvre puerpérale par le résumé de M. Guérard. Mais deux orateurs ont encore pris la parole : M. Danyau, pour produire un nouveau document statistique en opposition avec ceux qui ont été invoqués pour prouver la rareté de la fièvre puerpérale dans la pratique civile; M. Bouillaud, pour répondre aux critiques dont son premier discours a été l'objet.

Du nouveau document produit par M. Danyau, il résulte qu'il ne faudrait pas prendre le chiffre de la mortalité du douzième arrondissement en 1856, donné par M. Tarnier, et qui a été plusieurs fois cité dans cette discussion, comme une moyenne constante représentant la mortalité habituelle des femmes en couches de ce quartier de Paris. D'autres chiffres, se rapportant à des années antérieures, prouveraient, en effet, qu'il y a une grande variabilité à cet égard d'une année à l'autre, et que la pratique civile paye aussi à de certaines époques un assez large tribut à la fièvre puerpérale. Toutefois, en admettant l'irrécusable témoignage des chiffres exhibés par M. Danyau, la différence entre la mortalité de la ville, même dans les plus mauvais jours des épidémies, et celle des maisons d'accouchement, reste encore telle que la proposition que M. Danyau a cherché à battre en brèche n'en subsiste pas moins avec toute sa valeur.

Du reste, il faut le dire, si la nouvelle argumentation de M. Danyau n'exonère pas les établissements hospitaliers de l'accusation d'insalubrité si notoire maintenant pour tous, elle prouve du moins, avec d'autres témoignages que cette discussion a fait surgir, que la population civile des grandes villes et celle des petites localités elle-même, sont loin de jouir à cet égard d'une immunité aussi complète que plusieurs de nos confrères l'ont pensé et dit dans ces derniers temps.

M. Bouillaud a tenu, comme tous ses collègues d'ailleurs, à prouver à la tribune que la contradiction n'avait en rien modifié ses opinions premières. Avec une nouvelle énergie de conviction et une dialectique à laquelle la sobriété du style n'a rien enlevé de sa force, il est venu maintenir les doctrines nosologiques qu'il a cherché à faire prévaloir dans sa première argumentation, contre et entre les deux principales doctrines adverses, celle des essentialistes et celle des localisateurs.

Ces deux discours ont pris une bonne partie de la séance ; de sorte que lorsque M. Guérard a eu son tour, il n'a pu que commencer son résumé. Le temps lui a manqué pour dérouler devant l'Académie toutes les phases et toutes les péripéties de cette longue discussion. Il a fallu ajourner encore à mardi prochain. Une séance tout entière ne sera pas trop sans doute pour un pareil travail. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Vaste abcès sous-deltoïdien à droite. — Abcès chronique autour du premier métatarsien droit simulant une tumeur blanche métatarso-phalangienne du gros orteil. — Guérison sans amputation.

On n'apprécie jamais mieux le sens pratique, fruit d'une expérience consommée, que quand il s'agit de ces cas réputés ordinaires, dont le diagnostic ne semble pas faire le moindre doute, et qui pourtant offrent des nuances délicates, lesquelles une fois bien saisies, modifient le diagnostic et le pronostic du tout au tout au profit du malade et à l'honneur de l'art.

Ayant été à même d'observer dernièrement un fait de ce genre dans le service de M. le professeur Laugier, nous avons cru utile de donner une relation succincte de cette intéressante observation.

Un homme de trente-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, autrefois doué d'une bonne santé, est entré à l'Hôtel-Dieu le 17 avril, salle Sainte-Marthe, n° 54, pour une maladie dont les premières atteintes remontaient à dix-huit mois. Voici comment la maladie a débuté.

La marche, parfaitement libre jusqu'alors, devint à cette époque de jour en jour plus pénible. Toutes les fois que le malade se livrait à un exercice un peu fatigant, il éprouvait de suite une douleur fixe siégeant sur la tubérosité interne de la tête du premier métatarsien du pied droit. Cette douleur s'apaisait et disparaissait même sitôt que le malade se reposait un peu. Aussi pensa-t-il tout d'abord qu'elle provenait d'une chaussure trop étroite.

Peu de temps après, il vit se développer sur le point douloureux une tuméfaction élastique, indolente à la pression du doigt, sans changement de couleur à la peau, et du volume d'une petite noix environ.

Pendant un an les choses sont restées dans le même état, et le malade a pu vaquer à ses occupations journalières, bien qu'avec peine (il était sergent de ville) ; quand, il y a six mois, il fut pris de douleurs vives au pied droit. Une rougeur avec gonflement s'étendit en même temps tout le long de cette partie, depuis l'interligne articulaire du gros orteil jusque près de la malléole correspondante. La santé générale se troubla à son tour, la fièvre survint, et les forces du malade dépérirent chaque jour.

Malgré un pareil état de choses, grâce à sa constitution vigoureuse, cet homme n'a cessé de faire son service qu'un mois à peine avant son entrée dans les salles.

C'est à cette époque seulement qu'ayant demandé des conseils à son médecin, celui-ci lui recommanda le repos au lit, lui prescrivit des cataplasmes émollients sur la région enflammée, et crut devoir lui ouvrir six jours plus tard deux abcès, dont l'un, situé sur la tête du métacarpien, n'a rien laissé écouler, tandis que l'autre, situé vers le milieu de la longueur de l'os, contenait, nous dit le malade, un flot de pus. Ces deux ouvertures restèrent fistuleuses, et livrèrent passage à du pus séreux et roussâtre. Enfin, dans les quinze derniers jours il survint un gonflement douloureux du moignon de l'épaule du même côté (à droite).

Pour en finir avec les antécédents, disons que ce malade n'a jamais eu de rhumatisme, ni aucune des manifestations de la scrofule ou de la syphilis.

Voici maintenant quel était l'état du malade au moment de son entrée dans les salles, le 17 avril :

Maigreur des plus prononcées, yeux excavés, hagards, joues enfoncées, pommettes saillantes, peau d'un blanc de cire, constamment couverte de sueur ; habitude extérieure exprimant l'épuisement et la souffrance ; pouls fébrile avec exacerbations le soir ; inappétence, constipation et insomnie complète. Tels sont les symptômes généraux.

État local, pied droit. — Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et en remontant vers la moitié antérieure du premier os du métatarse, existe une tuméfaction chaude, rouge violacé, molle, comme fongueuse au toucher.

La peau qui la recouvre est mince, adhère profondément, et offre deux pertuis fistuleux livrant passage à du pus séreux, mais non floconneux. L'exploration des trajets à l'aide d'un stylet fin ne montre pas de surfaces osseuses à nu, et il ne paraît pas y avoir non plus de communication avec la cavité articulaire. Si on vient à imprimer des mouvements à l'article, on constate qu'il jouit d'une mobilité anormale, et on perçoit en outre cette espèce de crépitation sèche qu'il n'est pas rare de rencontrer dans des cas d'arthrite ; mais ce qu'il y a ici de remarquable c'est que le malade ne *souffre nullement* pendant qu'on exécute toutes ces manœuvres. Nous allons voir à l'instant le parti que M. Laugier a su tirer de ce fait pour préciser le diagnostic.

Si nous passons maintenant à l'examen de l'*épaule droite*, nous constatons que le moignon de l'épaule est rouge, tendu, luisant et comme pâteux, rénitent. Tout le membre est œdématié. Les douleurs ressenties en ce point sont tellement vives qu'elles ôtent tout sommeil et font que le malade ose à peine remuer son membre.

En face de cette série d'accidents, M. le professeur Laugier pose le diagnostic suivant :

1° Pour l'épaule : Phlegmon profond situé sous le deltoïde, entre ce muscle et l'os.

2° Relativement à la lésion dont le pied est le siége, il pense que tout est superficiel, que l'articulation métatarso-phalangienne n'est pas dégénérée, et qu'il n'y a pas là, en un mot, ce qu'on appelle une tumeur blanche.

Si la première partie du diagnostic n'a été l'objet d'un doute pour personne, il n'en a pas été de même pour la seconde ; la négation d'une tumeur blanche ayant pour siége l'articulation du gros orteil avec le métatarsien.

De savants chirurgiens, membres d'un jury de concours, admirent l'existence d'une tumeur blanche très-avancée; M. Laugier, qui faisait aussi partie du jury, resta seul de son avis.

Voici les considérations qui ont conduit ce professeur à un diagnostic exact et difficile à la fois :

1° Ce n'est pas habituellement à l'âge de notre malade que les tumeurs blanches font leur première apparition.

2° Une constitution vigoureuse, une belle santé antérieure, ne sont guère non plus des conditions favorables au développement de la tumeur blanche. Mais ces motifs ne constituaient que des présomptions. Voici des signes plus certains.

Quoique la lésion du pied parût très-avancée, le stylet ne rencontrait sur l'os du métatarse aucune surface dénudée. Loin de là, la première phalange du gros orteil restait parfaitement saine, ce qui est peu ordinaire et peut être sans exemple dans la tumeur blanche. On sait très-bien que dans ce cas les os contigus finissent par devenir malades tous les deux tôt ou tard, ainsi que les parties molles qui les unissent et les environnent.

La marche que l'affection a suivie dans ce cas-ci, n'est pas non plus celle d'une tumeur blanche aiguë ou chronique. Cette dernière lésion est le plus souvent de prime abord une maladie articulaire (rhumatisme, hydarthrose, ostéite tuberculeuse des os). Dans le cas présent, au contraire, nous voyons une tuméfaction extra-articulaire, qu'on pourrait appeler froide, probablement fluctuante (bourse muqueuse accidentelle), rester stationnaire et indolente pendant plus d'un an, et ce n'est qu'alors qu'elle se met seulement à s'enflammer et à suppurer, à la suite de marches forcées.

Enfin, et cela est capital, nous venons de dire plus haut qu'on pouvait imprimer à l'articulation tel mouvement que l'on aurait voulu, sans déterminer la moindre souffrance. Or il faut avouer, ainsi que l'a si judicieusement fait observer M. Laugier, que ce serait une singulière tumeur blanche que celle qui se laisserait manier ainsi sans exciter aucune douleur.

Reste, il est vrai, un seul signe qui semblerait se rapporter au premier abord à une tumeur blanche plutôt qu'à autre chose, je veux parler de la mobilité latérale avec crépitation sèche articulaire, chaque fois qu'on imprimait à l'orteil des mouvements passifs en divers sens. Mais M. Laugier fait observer que ce serait une erreur de croire à l'existence d'une tumeur blanche d'après ce seul signe; et il cite à l'appui de son opinion des faits qui prouvent que plusieurs fois on a sacrifié des articulations saines pour avoir accordé trop de confiance à ce signe seul, qui n'est pas aussi pathognomonique que quelques chirurgiens le croient.

Lui-même n'a échappé à cette erreur que par les exemples qu'il a vus dans ses premières études; et l'expérience lui a prouvé que des lésions, toutes extérieures au voisinage des petites articulations, comme un phlegmon par exemple, et laissant l'article sain, peuvent donner lieu à une mobilité très-prononcée et à de la crépitation tout à fait analogues à celles que l'on perçoit dans une articulation malade. — M. Laugier ajoute qu'on peut observer aussi ce signe dans des arthrites légères avec épanchement, sans que cela prouve qu'il y ait une altération durable des extrémités articulaires des os. En général, comme ici, cette crépitation sèche est indolente.

Conséquent avec son diagnostic, M. Laugier condamne formellement toute opération qui aurait pour but de retrancher dans ce cas la partie malade, et formule le traitement de la manière suivante : — Cataplasmes résolutifs sur l'épaule et le pied malades; iodure de potassium à l'intérieur à la dose de 2 gr. par jour; potion calmante le soir; enfin régime léger, mais tonique. (Vin de Bordeaux, tisane vineuse, bouillons et potages).

Le 25 avril, huitième jour de séjour du malade à l'hôpital, la fièvre persiste ainsi que l'insomnie. Des douleurs vives se font sentir à l'épaule droite. Le gonflement et l'œdème y sont accrus. — Cataplasmes, frictions mercurielles belladonées sur l'épaule; le reste comme précédemment.

Le 5 mai, on ouvre un petit abcès sur le bord interne du pied. Fièvre aussi vive que les jours précédents. Le volume de l'épaule est énorme. — Même prescription.

Le 8 mai, le pied va mieux, l'enflure y diminue, et les trajets fistuleux fournissent moins de suppuration. Malgré cela la fièvre persiste, l'amaigrissement est tout aussi prononcé. Les douleurs de l'épaule sont très-vives. L'œdème du membre est arrivé à son comble. A l'aide d'une palpation large on y sent enfin une fluctuation profonde, et l'on pratique une incision. Du pus crémeux et fétide s'écoule en quantité considérable par l'incision, qui offre 8 à 10 centimètres de long et intéresse toute l'épaisseur du deltoïde. — Mèche conduite profondément dans le foyer purulent, qui est soigneusement vidé et recouvert de larges cataplasmes deux fois par jour; le reste comme précédemment.

A partir de ce jour, le mouvement fébrile tombe rapidement, les forces reviennent, l'appétit renaît ; un sommeil réparateur succède à l'insomnie qui jusqu'alors avait épuisé le malade; et grâce à la continuation des soins précédents, le 16 mai toute suppuration au pied est tarie complétement, et à peine reste-t-il encore un peu de gonflement au niveau de la tête du métatarsien.

Le foyer de l'épaule ne donne que très-peu de pus, et l'épaule est presque complétement désenflée.

Le malade engraisse à vue d'œil.

Le 27 mai, c'est-à-dire le quarantième jour de son séjour à l'hôpital, le malade sort parfaitement rétabli. Il marche sans boiter. Son pied a repris son aspect et son volume ordinaires ; il ne reste plus qu'une légère sensation de frottement sec que l'on perçoit toutes les fois que l'on imprime des mouvements de latéralité au gros orteil ; mais la mobilité latérale est infiniment moindre. Enfin, l'épaule

est aussi parfaitement normale, et tous les mouvements y sont conservés. En un mot, la guérison est complète.

Ainsi, il n'y avait donc pas, chez ce malade, de tumeur blanche. Cette guérison avec conservation complète des mouvements et de l'usage du membre doit être ajoutée aux autres faits qui servaient de fondement à l'opinion de M. Laugier.

Les conséquences pratiques d'un pareil fait sont très-importantes. Si on ignore qu'une articulation (et ce sont, en général, les petites articulations des doigts et des orteils) peut, dans certaines circonstances, devenir mobile en sens anormal et donner lieu, par ce mouvement passif, à une crépitation due au frottement des surfaces articulaires, sans être cependant profondément malade, et quelquefois même sans autre altération quelconque que cette mobilité même, on est exposé à pratiquer des amputations inutiles et toujours dangereuses. Ce malheur est arrivé à des chirurgiens habiles et distingués.

S'il existe une légère arthrite, cette mobilité et la crépitation qui la suit se dissipent avec l'inflammation articulaire, et à l'aide d'une légère compression circulaire. Dans le cas d'arthrite, du moins, l'articulation était un peu malade. Mais quel regret n'aurait-on pas d'avoir pratiqué une désarticulation ou une résection au dessus de l'article devenu suspect, lorsque cette mobilité et cette crépitation ne sont pour ainsi dire que des phénomènes de voisinage, en réalité symptomatiques d'une phlegmasie plus ou moins vive développée près de l'articulation ?

Cet effet de l'inflammation péri-articulaire que M. Laugier a observé un assez grand nombre de fois, et sur l'existence duquel il n'y a pas pour lui le moindre doute à établir, est-il dû à l'afflux passif survenu dans les parties molles d'enveloppe de l'articulation y compris les ligaments, et peut-être aussi à une sécheresse temporaire et relative de la synoviale ?

Il y a de nouvelles observations à faire à ce sujet, mais ce qui est certain c'est que le phénomène indiqué existe, qu'il n'a pas la gravité que quelques chirurgiens lui attribuent encore, et qu'il cède *promptement* aux moyens méthodiques propres à combattre l'inflammation articulaire ou péri-articulaire.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Accidents causés par le chloroforme. — Respiration artificielle bouche à bouche. — Guérison.

La publication du fait malheureux survenu, il y a quelques jours, à l'hôpital militaire du Gros Caillou, et les réflexions auxquelles a donné lieu, à cette occasion, l'emploi de la respiration artificielle pratiquée bouche à bouche, nous engagent à appeler l'attention sur le fait suivant, qui vient de se passer à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, et dont les détails nous ont été communiqués par M. Delestre, interne du service.

Une dame de quarante-cinq ans, d'une bonne santé habituelle, était soumise à l'action du chloroforme pour être opérée d'une tumeur adénoïde du sein. Toutes les précautions avaient été prises avec le plus grand soin; un aide procédait à l'inhalation du chloroforme, un autre explorait le pouls. La chloroformisation se passa régulièrement et sans présenter aucun phénomène particulier.

L'anesthésie obtenue, on suspendit l'administration du chloroforme; puis, dans le cours de l'opération, la malade ayant manifesté de la douleur, on versa de nouveau quelques gouttes de chloroforme sur la compresse, et on la replaça près du nez de la patiente. Au bout de quelques inspirations nouvelles, tout signe de sensibilité ayant disparu de nouveau, on enlève une seconde fois la compresse, et le chirurgien reprend l'opération.

Celle-ci était à peu près terminée, lorsque tout à coup l'interne chargé de surveiller les pulsations artérielles s'écrie que les battements artériels faiblissent; au même instant, le sang qui s'écoulait par la plaie s'arrête brusquement.

A ce moment, le pouls est à peine perceptible. Les battements du cœur sont lointains; la respiration est suspendue; la face profondément altérée, devient d'abord livide, puis se décolore. Les pupilles sont largement dilatées; les membres soulevés, retombent comme des masses inertes; enfin, pour nous servir de l'expression de M. Ricord, *la malade était aussi morte que possible.*

Aussitôt M. Demarquay pratique l'insufflation bouche à bouche, puis la respiration artificielle, et continue pendant un temps assez long... Au bout de trois minutes environ, on sent une pulsation de la radiale; puis une autre; la poitrine se dilate faiblement d'abord, puis, bientôt plus amplement, et enfin, après quelques instants, le pouls et la respiration reprennent peu à peu leur système normal.

La face reprend sa coloration; au bout de six à sept minutes, la malade est revenue complétement à elle, sans se douter du danger qu'elle a couru. F...

DU TÉTANOS OBSERVÉ A L'ILE DE CUBA.

Le tétanos fait d'innombrables victimes à l'île de Cuba : les brusques variations atmosphériques en sont la cause déterminante. Un jeune médecin, né à Lagunillas, M. le docteur Constantin Biart de Beauregard, vient de consigner dans la thèse inaugurale qu'il a récemment soutenue à la Faculté de Paris (1), des faits d'un haut intérêt scientifique relativement à cette affection, qu'il a non-seulement observée lui-même dans son pays natal, mais en face de laquelle son frère, le docteur Charles Biart de Beauregard, s'est trouvé 417 fois en présence dans un espace de seize années de pratique ! C'est donc à la source même de la plus vaste expérience que nous allons puiser ces quelques considérations cliniques et thérapeutiques.

D'après M. Constantin Biart de Beauregard, le tétanos est une névrose de l'axe cérébro-spinal, caractérisée par la contraction permanente, douloureuse, avec redoublements convulsifs d'une partie ou de la totalité des muscles soumis à l'empire de la volonté, et n'entraînant aucun trouble de l'intelligence ni des fonctions sensoriales.

Les blessures n'en sont qu'une *cause prédisposante*, et l'auteur appuie cette assertion sur l'ensemble des motifs qui suivent :

1° La maladie se produit sans blessure ;

2° Il est prouvé pour lui qu'un individu blessé mis à l'abri du froid, et cela quels que soient la nature et le siége de la plaie, ne sera pas atteint du tétanos ;

3° Il n'y aurait aucune raison plausible pour que cette affection ne fût pas aussi commune en France et dans les pays tempérés, qu'aux Antilles, à Cayenne ;

4° Sur quatre cas de tétanos traumatique qu'il a eu occasion d'observer en France, cette névrose s'est toujours montrée parce qu'on avait établi imprudemment un courant d'air dans les salles auprès du lit des malades, qui se sont plaints de cette imprudence en même temps que du froid qu'ils avaient éprouvé.

Pour M. Biart de Beauregard et les médecins de Cuba, sans l'impression brusque du froid, il n'y a pas de tétanos possible. Mais alors, se demande-t-on tout de suite, comment se fait-il que les irrigations froides auxquelles on soumet les plaies contuses n'occasionnent pas de tétanos ? Pourquoi les Cubanais trempent-ils généralement la partie blessée dans l'eau froide, afin d'éviter cette maladie? Pourquoi le tétanos se manifeste-t-il à la suite d'une amputation, par exemple, alors que le moignon se trouve parfaitement à l'abri du froid et par l'appareil de pansement et par les couvertures du lit?

L'auteur a prévu d'avance ces objections, et il y répond ainsi : Les malades ne sont soumis aux irrigations froides que peu de temps après l'accident, et avant que le pus se soit formé; les irrigations détruisent les phénomènes inflammatoires, elles sont continues et non intermittentes, ce qui est très important.

Les Cubanais n'emploient l'eau froide que dans le même but, et si le tétanos se manifeste à la suite d'une amputation, ce n'est pas parce que l'action du froid s'est fait sentir sur la blessure, mais bien parce que le malade, en proie à la fièvre traumatique, s'est découvert le tronc et qu'il a eu froid.

M. Biart de Beauregard étaye son opinion — qu'il formule si nettement — des observations suivantes :

OBS. I. — *Tétanos foudroyant.*

En décembre 1853, par un vent froid accompagné d'une pluie fine, un nègre, âgé de vingt et un ans, mécanicien de son état, entra dans une chaudière à vapeur, vidée depuis quelques heures à l'effet de la nettoyer. Il régnait encore dans cette chaudière une température de 70 degrés à laquelle ce nègre ne put résister plus de dix minutes. A peine eut-il le tronc hors de la chaudière en question qu'il tomba foudroyé; le vent froid l'avait saisi brusquement au moment où il avait le corps couvert de sueur. Mon frère se trouvait dans ce moment sur la sucrerie où se produisait cet accident, et il observa tous les symptômes déjà décrits. Le tétanos était général; l'opisthotonos, très prononcé, force le malade à se tenir couché sur le côté; l'extrémité de la langue a été saisie entre les dents et coupée; une tache de sang existe à la partie externe de la cornée transparente; les convulsions ne se montrent d'abord qu'au bout d'une demi-heure après l'accident, mais elles finissent par se rapprocher de manière à se reproduire toutes les deux minutes, pour s'éloigner ensuite sous l'influence du traitement.

Le traitement dans ce cas a été le suivant : saignée de 700 grammes le premier jour, répétée une seconde fois le troisième jour. Un premier purgatif avec 1 gramme de calomel produit quatre selles abondantes; le calomel est ensuite administré à la dose de 75 centigrammes tous les deux jours, afin de tenir le ventre libre et de favoriser l'absorption des médicaments; tous les jours une potion avec 20 centigrammes de sulfate de morphine.

Au bout du cinquième jour, amendement sensible; les convulsions ne se produisent que toutes les heures, et disparaissent complétement le huitième jour; les muscles se détendent peu à peu sur toutes les parties du corps à la fois.

Au bout du vingt-troisième jour, le malade peut se lever, mais il éprouve encore de la gêne dans les mouvements du tronc, et les articulations sont douloureuses. Ce n'est qu'au bout du quarantième jour qu'il peut reprendre ses occupations.

OBS. II. — *Quatre cas de tétanos spontané.*

Au plus fort de l'été, quatre jeunes négrillons se chauffaient auprès d'un bon feu, et étaient occupés à cuire des bananes, lorsque tout à coup survient une pluie torrentielle qui les engage à prendre un bain; ces malheureux se déshabillent et vont courir sous la pluie. Le lendemain dans la matinée, tous les quatre sont atteints des premiers symptômes du tétanos. M. Chapelin, licencié en médecine, est de suite appelé, et emploie le traitement suivant : vomi-purgatif de Leroy, bains chauds aromatiques, ventouses sur le rachis, onctions avec un liniment ammoniacal camphré trois fois par jour sur tout le corps; extrait thébaïque à la dose de 1 gramme par jour. Le plus jeune, âgé de cinq ans, meurt le troisième jour; les deux autres, âgés de sept ans, meurent le huitième jour, et l'aîné, âgé de douze ans, échappe, et n'est bien rétabli qu'au bout d'un mois. A la suite de cette maladie, ses cheveux, qui étaient rudes et crépus, deviennent plus longs et soyeux, et ils n'ont jamais changé depuis cette époque.

OBS. III. — *Tétanos spontané.*

Une négresse, âgée de vingt-huit ans, occupée à porter de la bagasse pour chauffer les chaudières à cuire le sucre, s'abrite de la pluie qui tombe dans ce moment, sous le hangard qui recouvre dans les sucreries la gueule du fourneau principal. Elle se tient debout, le dos tourné au feu, et reste dans cette position pendant quelques minutes; elle s'aperçoit que sa capote de laine, oubliée sur une charrette, était exposée à la pluie; elle se hâte d'aller la chercher, et chemin faisant, reçoit une partie de l'ondée. Au lieu de venir occuper sa première place, elle va s'abriter sous un autre hangard où l'on ramasse la bagasse sèche; six heures après, elle éprouve les premiers symptômes du tétanos. Mon frère, voyant que la maladie fait des progrès très-rapides, applique de suite le même traitement que celui employé chez le sujet de la première observation. Malgré tous ses efforts, le tétanos devient général au bout de treize heures, et cette malheureuse meurt au bout de trente-six heures.

OBS. IV. — *Tétanos spontané.*

Le nègre Nicolas, âgé de trente-deux ans, était occupé dans le courant de janvier 1855 à enfumer une fourmillière qui existait au fond d'un trou, profond de 2 mètres et assez étroit. Ce nègre, à la suite de cette opération, éprouva une chaleur vive, qui le força à abandonner son travail. A peine hors de ce trou, il éprouve un froid considérable (il régnait un vent du nord ce jour-là).

Il se présente quarante heures après avec les premiers symptômes du tétanos. Mon frère emploie le même traitement que ci-dessus, auquel il joint les frictions avec l'onguent mercuriel double sur la colonne vertébrale, et est assez heureux pour arrêter le mal, qui ne s'étend que jusqu'aux muscles pectoraux. Dix-huit jours après, le rétablissement était complet.

OBS. V. — *Tétanos compliqué d'une blessure.*

Le nègre Ambrosio, âgé de cinquante-trois ans, appartenant à mon frère et employé en qualité de surveillant, se fit accidentellement une légère blessure contuse au-dessus de l'arcade sourcilière gauche. Cette blessure était légère et ne nécessita aucun autre pansement que l'application d'un morceau de taffetas d'Angleterre; six jours après, elle était presque entièrement guérie, et il ne restait qu'un petit coin de la longueur d'un demi-millimètre environ, qui n'était pas encore réuni; il n'y avait ni gonflement ni douleur, et ce nègre n'avait jamais cessé de vaquer à ses occupations. Un soir, vers les sept heures, il manifesta l'envie de se laver le corps avec une éponge, et sa femme lui fit observer que, n'étant pas encore parfaitement guéri, il risquait d'être atteint du tétanos.

Malheureusement, n'écoutant pas cette juste observation, à laquelle il répondit en disant qu'il aurait soin de ne pas se laver la figure, il se munit d'un seau plein d'eau chaude, alla s'établir derrière la cuisine en plein air et au moment où le temps était assez froid; une fois là, il se lava le corps en prenant la précaution qu'il avait promise. Se servant d'eau chaude au lieu d'eau froide, il fut soumis à des variations brusques de la température. Le lendemain matin il vint demander un verre de tafia pour se réchauffer. Il éprouvait des frissons qui parcouraient toute la partie postérieure du tronc, suivis d'un sentiment de faiblesse et de malaise général. Je me trouvais dans ce moment sur la sucrerie, et au premier coup d'œil je vis que j'avais affaire à un cas de tétanos. Les premiers symptômes de cette maladie existaient déjà. Les muscles de la mâchoire, de la nuque et du cou, étaient contractés, la déglutition difficile, les sterno-mastoïdiens plus tendus que les autres muscles faisaient saillie; les mouvements de la tête étaient difficiles; les mâchoires ne peuvent être largement écartées; la plaie conserve son bon aspect précédent.

De suite je l'envoie à l'infirmerie. Je ne lui mets pas un bâillon, parce que les deux incisives supérieures lui manquent.

Traitement. — Premier jour. Saignée de 500 grammes; un bain aromatique à la température de 40 degrés. Le bain produit un mauvais effet et le malade se sent pire. Frictions sur le rachis trois fois par jour, avec 15 grammes d'onguent mercuriel double; potion avec 4 grammes d'extrait thébaïque, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures; lavement avec eau de guimauve en 1 gramme du même extrait, deux fois par jour. La maladie fait des progrès incessants, et le soir le tétanos est général.

Deuxième jour. Même traitement, excepté le bain, qui n'est plus donné. L'extrait est remplacé par 15 centigrammes d'acétate de morphine. Opisthotonos peu prononcé; les convulsions ne se montrent que tous les quarts d'heure. La plaie a pris un mauvais aspect depuis hier; elle s'est ouverte en partie; ses bords sont tuméfiés et très-douloureux; un liquide séro-sanguin s'échappe, mais il n'est pas fétide.

Troisième jour. Bruits du cœur tumultueux; pouls fréquent, peau chaude et sèche. — Même traitement.

Quatrième jour. Bruits du cœur moins forts, mais précipités; pouls faible et fréquent; peau froide; sueur visqueuse qui inonde le malade. — Même traitement.

Mort à onze heures du soir, ayant conservé jusqu'au dernier moment toute son intelligence.

La blessure ne me semble avoir été qu'une simple coïncidence.

OBS. VI. — Un nègre, âgé de trente-quatre ans, se prend la main dans les cylindres à broyer la canne à sucre. Mon frère l'ampute; trois jours après, et pendant la fièvre traumatique, un infirmier entre dans la chambre et laisse la porte ouverte : l'amputé éprouve un frisson et une sensation de froid. Le surlendemain, le tétanos se déclare, et bien qu'il fût devenu général, le nègre est guéri complètement. Au bout de soixante-quatre jours, il sortait de l'infirmerie.

OBS. VII. — *Tétanos traumatique observé à Calcutta.*

Un ouvrier anglais, charpentier de son état, s'enfonce accidentellement un clou sous la plante du pied; et malgré la douleur vive que lui occasionne cette blessure, il n'en continue pas moins ses occupations. Au bout de deux jours, le pied est fortement tuméfié, et une fièvre violente s'empare de ce malade.

Le docteur Burck, mon ami, est appelé pour lui prodiguer ses soins, et l'engage à garder le lit après avoir pansé convenablement la plaie.

Pendant la nuit le malade est pris de délire, occasionné par la vive douleur qu'il ressent, et sort de sa demeure. On le trouve couché, le lendemain matin, dans un jardin où il avait passé la nuit exposé au froid. On le conduit chez lui, et on envoie chercher M. Burck, qui reconnaît un tétanos commençant. De suite il emploie l'extrait thébaïque à la dose de 6 grammes en potion; lavements laudanisés et frictions mercurielles. Le tétanos fait des progrès très-rapides, et en douze

(1) *Du tétanos traumatique et spontané observé à l'île de Cuba (colonie espagnole des Antilles)*, 1857.

heures le malade est roide comme un morceau de bois; les convulsions sont violentes, etc.

M. Burck a recours aux inhalations de chloroforme, et administre en même temps et en une seule fois un centigramme de sulfate de morphine par la bouche et la même quantité en lavement. Après quatre inhalations de chloroforme successives, un mieux se manifeste, les muscles sont presque complétement relâchés, le malade semble profondément assoupi; mais tout à coup il est pris d'un délire furieux, et meurt au bout de deux heures.

M. Burck croit que le malade est mort empoisonné par l'opium, dont l'absorption rapide s'est faite sous l'influence des inhalations de chloroforme. Je suis de son avis à ce sujet, et je crois qu'il serait bon d'employer les inhalations de chloroforme ou d'éther en même temps que l'opium, en ayant soin de ne donner ce dernier qu'à petites doses et successivement.

Obs. VIII. — *Tétanos produit par le tænia.*

Un nègre, âgé de trente-neuf ans, était atteint de tænia sans avoir jamais éprouvé d'accidents tétaniques. Mon frère fut appelé pour lui donner ses soins, car il éprouvait des convulsions taniques avec écume à la bouche, constriction des muscles de la mâchoire, renversement du globe oculaire et perte de l'intelligence.

Mon frère vit de suite qu'il n'avait pas affaire à un cas de tétanos proprement dit, et après avoir pris des renseignements sur les antécédents de ce malade, il administra le kousso, qui amena l'expulsion du tænia, et les accidents cessèrent comme par enchantement.

Ce tænia mesurait une longueur de 48 pieds.

C'est à dessein que nous avons donné dans cet article une aussi large place aux observations cliniques, car elles résument véritablement toute l'histoire du tétanos. De plus, nous nous serions étendu, sans profit pour les lecteurs, sur la longue description des symptômes de la maladie, et nous avons tenu principalement à leur mettre sous les yeux quelques idées originales. Voici, pour terminer, de quelle manière MM. les docteurs Biart de Beauregard formulent d'une manière générale le traitement qui, dans ces derniers temps, leur a donné cinq cas de guérison sur huit.

Dès que les prodromes se montrent et que le tétanos est à craindre, le malade est mis de suite en un lieu sûr, à l'abri du froid, autant que faire se peut, et un purgatif est administré de suite, afin de vider le tube digestif et de le préparer à l'absorption des médicaments, absorption qui paraît se faire très-lentement, ou qui ne se fait pas du tout dès que les premiers symptômes apparaissent. Si le malade ne vient se plaindre que lorsque l'affection a débuté, on prescrit dans le même but un gramme de calomel.

Le succès dépend alors de la purgation qui se produit ou ne se produit pas. Cela fait, les formules suivantes sont employées;

1° Tous les deux jours, purgatif avec le calomel;

2° Sulfate de morphine. . . . . . 0 gr. 20 centigr.
Eau de fleur d'oranger. 300
Ether sulfurique. 3
Sirop simple. 60

A prendre par cuillerées à bouche toutes les heures;

3° Feuilles sèches de tabac. . . . . 40 grammes.

Faire bouillir pendant un quart d'heure dans

Eau commune. 400

Pour un lavement de tabac à prendre deux fois par jour;

4° Eau tiède . . . . 150 litres.

Ajoutez la décoction suivante:

Feuilles de tabac. . . . . . . 3 kilogrammes.
Eau commune. . . . . . . 25 litres

Pour un bain à prendre une fois par jour.

Le soir une friction le long du rachis avec 25 grammes d'onguent mercuriel double.

Si le pouls est fort, une saignée de 500 grammes; pour boisson, infusion de feuilles d'oranger ou de tilleul.

Mettre un bâillon au malade ou lui arracher deux ou trois dents, s'il ne peut supporter le premier moyen, ce qui arrive assez souvent.

Si le tétanos est traumatique, panser la blessure avec une pommade opiacée, après l'avoir au préalable touchée tout autour de ses bords avec des pointes de feu, et fait la section du nerf ou du rameau nerveux, si la chose est possible, sans s'exposer à commettre des dégâts.

Nous laissons naturellement à M. le docteur Constantin Biart de Beauregard toute la responsabilité de la médication qu'il préconise, car elle est vraiment un peu trop *cubanaise* pour nous: nos placides allures thérapeutiques sympathisent peu avec ce débordement pharmacologique des Antilles, que l'auteur semble reconnaître lui-même, car il termine en disant : *Mieux vaut, dans cette maladie, employer des moyens énergiques que de se borner à un seul médicament, dont l'action est à peu près nulle.*

OBSERVATION D'OVARITE SPONTANÉE

suivie de suppuration ; ouverture artificielle de l'abcès au-dessus de l'arcade crurale; guérison;

Par M. Faurès.

Mme G....., douée d'une bonne constitution, âgée de quarante-deux ans environ, mariée et mère de quatre enfants, n'ayant jamais subi de dérangement dans ses organes générateurs, et dont les couches et les suites de couches ont été les plus heureuses, éprouva subitement, dans le mois de juin 1853, une suppression des menstrues, causée par un refroidissement. Rentrée chez elle, elle chercha à se réchauffer; elle y parvint non sans peine. Le lendemain, elle éprouvait un malaise général; les menstrues étaient complétement supprimées. M. Faurès mit en usage tous les moyens propres à rappeler les règles, mais il ne put y parvenir.

Le troisième jour, une douleur se déclara du côté droit du bassin, vers la fosse iliaque et dans la direction du pli de la cuisse. Cette douleur, loin de diminuer, alla en augmentant. Huit jours après la suppression on constata, à travers la paroi abdominale, vers la fosse iliaque interne et se portant assez en avant, par derrière l'arcade crurale, une tumeur grosse comme un œuf de dinde, allongée et dirigée du centre du bassin vers la circonférence, assez dure, mais surtout très-douloureuse à la pression, éveillant en même temps une sensibilité assez vive dans le pli de l'aine du même côté. Ces diverses circonstances donnèrent lieu de soupçonner une inflammation de l'ovaire droit.

Dans le but de l'arrêter, si c'était possible, on appliqua à deux reprises vingt sangsues sur la tumeur; des frictions résolutives d'onguent mercuriel, associé à l'extrait de belladone, furent faites sur le ventre et principalement sur la tumeur; des bains de longue durée furent prescrits et réitérés tous les jours; la malade fut tenue au régime le plus sévère. Rien de tout cela ne fit; la tumeur, augmentant constamment de volume, passa à la suppuration. L'abcès grandit considérablement, il occupait toute la fosse iliaque; il parut bosselé et présentant le volume d'une tête de fœtus, appuyant toujours contre la paroi de l'abdomen, derrière l'arcade crurale. Tous les signes de la suppuration existaient.

Il était nécessaire de favoriser l'issue de la suppuration. M. Estevenet, appelé en consultation, fut d'avis, avec M. Faurès, qu'il fallait provoquer un travail d'adhésion entre la partie saillante de la tumeur et la paroi antérieure de l'abdomen. Des frictions irritantes devaient être faites, et plus tard on aurait appliqué de la potasse caustique. La famille, comprenant à sa manière de quoi il s'agissait et écoutant les conseils de personnes étrangères à l'art, jugea à propos d'employer un moyen énergique. Des cataplasmes de verveine furent appliqués sur la tumeur; ils furent renouvelés toutes les quatre heures.

Le lendemain, le médecin trouva la malade souffrante et agitée, et éprouvant de vives douleurs du côté de la tumeur. En examinant celle-ci, il reconnut que toute la partie du ventre sur laquelle on avait appliqué la verveine était tuméfiée et douloureuse; la peau en était rouge, chaude et couverte de phlyctènes, remplies d'un liquide épais et gélatineux. On continua l'emploi de ces cataplasmes, en le bornant à la partie la plus saillante de la tumeur. Ces applications réussirent parfaitement : le point où elles étaient faites devint plus proéminent; il s'y fit un travail d'adhésion.

A quelques jours de là, M. Faurès, ayant constaté l'existence d'une fluctuation profonde, se décida à pratiquer une incision qui occupait toute l'épaisseur de la paroi abdominale, sans toutefois dépasser l'aponévrose du muscle transverse. Il espérait par là faciliter l'issue de la matière purulente. Cette conduite lui réussit, car le lendemain il constata qu'une partie de la tumeur faisait saillie dans l'incision où elle adhérait fortement. Il pratiqua alors une ponction avec un petit trocart dans le centre de la tumeur. Une très-petite quantité de pus épais s'écoula par la canule. Avant de retirer celle-ci, il agrandit un peu l'ouverture, pensant que le pus se ferait jour de lui-même.

A partir de cette époque, la malade n'éprouva des douleurs et des élancements que vers l'ouverture de l'abcès. Celle-ci s'élargit les jours suivants, et la matière purulente sortit avec plus d'abondance. Elle resta toujours épaisse et grumeleuse. Elle continua à sortir pendant une huitaine de jours en s'accompagnant d'une diminution de la tumeur. Puis elle parut s'arrêter un ou deux jours, pour reprendre ensuite.

Pendant ce temps la santé de la malade s'améliora. Elle fut tenue à un régime approprié, qui fut mis constamment en rapport avec les progrès que faisait le rétablissement.

Dès ce moment, l'ouverture de l'abcès resta fistuleuse et laissa suinter pendant quelque temps un peu de sérosité, qui finit par s'arrêter et permit à l'orifice de s'oblitérer. Il fut possible alors de constater que la tumeur avait complétement disparu de la fosse iliaque, et qu'elle était réduite au volume d'une petite pomme fortement adhérente à la paroi abdominale. La résolution continua à se faire, et fut secondée par le peu d'exercice que la malade put faire. Cet état a duré deux mois; depuis, le rétablissement a été parfait.

Cette observation est très-intéressante, et il est évident qu'il s'agit bien d'une ovarite causée par une suppression brusque des menstrues. Cependant elle n'offre pas l'intérêt qu'elle devrait avoir, à cause de l'absence des dates. Dans tout le cours de l'observation, il n'y en pas une seule; de sorte qu'on ignore, en réalité, combien de temps la maladie a duré, et quel a été l'intervalle de ses diverses périodes.

(*Journ. de méd. de Toulouse.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juin 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lacazé, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1855 et 1856 dans la commune de Montgeron (Seine-et-Oise) (commission des épidémies);

2° Trois rapports de M. le docteur Martin Duclaux, sur les épidémies de variole, de cholérine et de fièvre typhoïde qui ont régné en 1857 dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne) (commission de vaccine et des épidémies);

3° Un mémoire de M. Sturne, de Blandecques (Pas-de-Calais), sur un nouveau mode de traitement du croup et de l'angine;

4° Les rapports sur le service médical en 1856 des eaux minérales suivantes :

1. Sylvanès et Camarès (Aveyron), par M. le docteur Calvet;
2. De Gréoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur Jaubert;
3. De Digne (Basses Alpes), par M. le docteur Silve;
4. De Lamotte (Isère), par M. le docteur Buissard. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le professeur Gavarret annonce qu'il se présente comme candidat à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales. (Renvoyé à la section.)

— M. le docteur Guffres, médecin principal des armées, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, sollicite l'honneur d'être compris au nombre des candidats pour l'une des places vacantes de correspondants nationaux. (Commission des correspondants.)

— M. le docteur Labarraque adresse à l'Académie la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

Monsieur le président, il se fait depuis quelque temps un certain bruit à l'occasion d'un prétendu radical du quinquina que l'on décore du nom de quinium, et qui se présente au public comme fabriqué par une maison de commerce Alfred Labarraque et Cie, du Havre.

Cet emploi d'un nom qui ressemble à celui de votre ancien collègue, et qui est aujourd'hui le mien, devait prêter à la confusion, et c'est ce qui n'a pas manqué d'arriver, car tout dernièrement, un journal de province, la *Gazette médicale de Lyon*, à la suite d'un article intitulé *Emploi et invention du quinium*, ajoutait ce qui suit :

« Il nous paraît intéressant de rappeler que le mémoire de M. Guillermond père fut présenté à la Société de pharmacie par M. Pelletier, inventeur de la quinine, et que le rapport en fut fait par M. Labarraque, dont le fils veut attacher aujourd'hui son nom au quinium. »

Seul fils de feu Antoine-Germain Labarraque, votre collègue, il est de mon devoir de réclamer contre une assertion essentiellement contraire à la vérité.

La vérité, monsieur le président, est :

Qu'ainsi que mon honoré père, *je suis et j'ai toujours été* complétement étranger à toute exploitation des produits extraits du quinquina, et spécialement du quinium;

Que personnellement, je ne me suis jamais occupé d'aucune affaire commerciale, industrielle ou financière quelconque;

Enfin, que je n'ai aucune relation quelconque, directe ou indirecte, de parenté, ni même de simple connaissance, avec MM. Labarraque et Cie, qui se disent les inventeurs du quinium.

Veuillez, monsieur le président, en accepter la déclaration formelle et catégorique, et agréer, etc.

— M. le docteur Romanowski, de Bedoin (Vaucluse), adresse un travail sur la fièvre puerpérale. (Future commission.)

— M. le docteur Mattei adresse une note relative au retrait de l'utérus après l'accouchement. L'auteur réclame la priorité au sujet des idées que M. Guérin a émises dans la discussion sur le rôle du retrait de la matrice sur la production de la fièvre puerpérale. (Même commission.)

— M. le docteur Brouillet adresse une note et une statistique sur les vaccinations qu'il a pratiquées depuis dix-huit ans dans le canton de Geisponsheim (Bas-Rhin).

— M. le docteur Joyeux, de Mirecourt (Vosges), adresse une note sur une nouvelle formule de pilules ferrugineuses.

— M. Depaul fait un rapport verbal supplémentaire relatif à la vaccine. Il expose que si la commission de vaccine, dans son rapport pour l'année 1855, n'a pas mentionné les états de vaccination du département des Deux Sèvres, c'est qu'ils n'étaient pas parvenus à la Commission en temps opportun. Le préfet ayant exprimé le désir que des récompenses fussent aussi décernées aux personnes qui se sont le plus distinguées par leur zèle dans la pratique des vaccinations, M. Depaul, au nom de la commission, propose qu'une médaille d'argent soit décernée à Mme X..., sage-femme, qui a pratiqué le plus grand nombre de vaccinations. (L'Académie adopte.)

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination de la commission des correspondants nationaux. Sont nommés MM. Bouvier, Louis, Danyau, Robert et Moquin-Tandon.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Danyau.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. Danyau ayant été empêché de se rendre à la séance, M. le secrétaire perpétuel lit pour lui le discours suivant :

M. Danyau. Dans la discussion qui sera probablement close aujourd'hui, il a été plusieurs fois question, ici et dans la presse médicale, des très-faibles chiffres de la mortalité du douzième arrondissement, au moment même où la Maternité était ravagée par une épidémie terrible. A cette époque, printemps de 1856, 1 femme seulement sur 322 aurait succombé à la fièvre puerpérale, dans cette partie si populeuse et généralement si peu aisée de la ville de Paris. J'ai dit, lorsque j'ai pris la parole le 6 avril, que les renseignements sur lesquels M. Tarnier s'était fondé pour établir cette proportion, fussent-ils aussi exacts que possible, il faudrait encore bien d'autres listes comparatives, à des époques diverses, pour établir comme démontrée et pour faire admettre comme habituelle l'énorme différence de mortalité sur laquelle M. Depaul avait si fortement insisté.

Je regrettais de n'être pas en mesure d'opposer des chiffres à ceux produits par notre honorable collègue. Depuis lors, et dans ces derniers jours seulement, le hasard m'a fourni une petite statistique qu'il m'a paru utile de faire connaître. Elle démontrera que l'état sanitaire du 12e arrondissement est loin d'être toujours aussi favorable qu'il l'était à l'époque où M. Tarnier entreprit ses intéressantes recherches, et qu'on aurait tort de regarder comme constante la proportion de 1 sur 322, qui a fait tant de bruit depuis quatre mois.

Une de mes anciennes élèves de la Maternité, sage-femme très-intelligente, très-instruite et très-occupée dans le 12e arrondissement, étant venue me voir il y a quelques jours, la conversation tomba sur le sujet qui occupe en ce moment tous les esprits.

J'appris qu'au commencement de 1834 une épidémie très-meurtrière de fièvre puerpérale avait régné à la Glacière, à la barrière Fontainebleau, à la gare d'Ivry et dans le 12e arrondissement; que dans l'espace de cinq semaines, en février et mars, elle avait eu à elle seule, sur 35 accouchées, 20 malades, et sur ces 20 malades 14 décès; que ces femmes étaient pour la plupart mortes en quelques jours, et avaient toutes offert les symptômes qu'elle n'avait eu que trop d'occasions de voir et d'étudier pendant deux ans de séjour à la Maternité; que sur ces 14 femmes décédées 8 appartenaient au 12e arrondissement, 6 aux

localités voisines ci-dessus indiquées. D'autres qu'elle, docteurs, officiers de santé, sages-femmes, avaient eu semblable malheur; elle croyait que la proportion en avait été assez forte, mais elle était dans l'impossibilité absolue de l'indiquer.

L'épidémie ayant été plus forte encore dans les trois communes attenantes au douzième arrondissement que dans cet arrondissement lui-même, les recherches à faire pour arriver à la connaissance complète de cette épidémie dans tous les points envahis eussent dû comprendre, outre l'arrondissement, les trois communes. Mais, d'une part, c'eût été trop demander à la complaisance de M. Tarnier, qui avait bien voulu, à ma prière, se charger de ces recherches, et d'autre part, il s'agissait d'opposer une proportion à celle de 1 sur 322, et il fallait se renfermer dans la circonstance à laquelle il s'était borné dans son premier travail.

Or, du relevé fait à l'occasion de cette épidémie par M. Tarnier sur les registres de la douzième mairie, il résulte que 20 femmes au moins sont mortes de fièvre puerpérale en janvier, février, mars et avril 1854 dans le douzième arrondissement. Pendant cet espace de temps il y a eu dans cette circonscription 1,205 accouchements, non compris ceux des hôpitaux; ce qui donne pour la ville la proportion de 1 décès sur 60 accouchées. Quelle eût été la proportion pour les communes attenantes? Il est probable qu'elle eût été plus forte, si, comme l'assure mon ancienne élève, l'épidémie y avait ses principaux foyers.

La signification de ces chiffres est assez claire. Il m'a paru important de les faire connaître, ne fût-ce que pour montrer l'impossibilité de rien établir de précis d'après une seule statistique, et la nécessité d'en dresser un grand nombre si l'on veut arriver à des proportions quelque peu exactes.

J'espérais pouvoir communiquer à l'Académie, en même temps que ce résultat, les détails qui m'ont été promis sur une épidémie de fièvre puerpérale qui vient de désoler une petite commune du département de la Vendée. Je regrette vivement qu'ils ne me soient pas encore parvenus.

M. BOUILLAUD regrette que la discussion, en élargissant son champ à mesure qu'elle avançait, ait porté sur tous les accidents puerpéraux au lieu de s'en tenir à la fièvre puerpérale. C'était s'occuper de toute une encyclopédie.

Avant de revenir sur l'existence de la fièvre puerpérale comme espèce pathologique distincte, poursuit-il, je dirai quelques mots seulement de l'altération du sang qui l'accompagne, de sa spécificité et de son essentialité, à l'occasion des critiques dont mon premier discours a été l'objet de la part de MM. Trousseau et Depaul.

Je suis étonné qu'on ait pu se méprendre sur le double rôle que depuis trente-deux ans j'assigne aux altérations du sang : tantôt c'est une septicémie survenant chez un sujet en pleine santé générale, à l'occasion d'une plaie suppurante ou gangréneuse, par suite secondaire; tantôt une intoxication sans point de départ local, un typhus, c'est-à-dire une altération primitive du sang.

Dans la septicémie secondaire, un levain pathologique introduit dans le sang y produit une vraie fermentation; j'ai écrit cela dans le *Traité des fièvres*, je n'ai pas cessé de le répéter depuis, et pourtant on m'accuse de nier et cette fermentation et les altérations primitives du sang!

M. Trousseau m'a adressé, au sujet de la spécificité, un reproche que je ne ferais pas à un écolier; il y a vraiment quelque scandale à en faire de pareils au sein de l'Académie à un collègue. Tout le monde croit à la spécificité de la rougeole, par exemple, et si les praticiens ne connaissaient pas les espèces, comment pourraient-ils s'occuper des individualités? M. Trousseau ne les en accuse pas moins de n'arriver qu'avec une peine infinie à la notion de l'espèce morbide. C'est à ne pas y croire.

On m'a reproché d'être localisateur; mais en cherchant le siége anatomique des fièvres dans le sang, que j'assimile à un organe en faisant cette *localisation générale*, je suis loin d'admettre seulement des maladies à siége circonscrit.

Quant aux fièvres, elles peuvent toutes, sauf les exanthèmes fébriles, être ramenées à deux classes :

1° Fièvres inflammatoires caractérisées par l'augmentation de la fibrine du sang et par des phénomènes d'excitation;

2° Fièvres typhoïdes littéralement putrides, avec adynamie et sans augmentation de la fibrine.

Les fièvres qu'on a réunies sous le nom de fièvre puerpérale, rentrent toutes dans l'une ou l'autre de ces deux espèces.

C'est d'abord une fièvre qui n'a d'autre raison d'être que l'absorption de matières putrides contenues dans l'utérus; j'en ai encore vu un exemple frappant il y a peu de jours, et on en rencontre de semblables dans les conditions hygiéniques les plus favorables; c'est la plaie utérine, dont je n'exagère d'ailleurs nullement l'importance, qui en est le point de départ unique.

Dans d'autres circonstances, le sang est empoisonné primitivement par les miasmes qui existent en grande quantité dans les services encombrés; j'admets ici l'existence d'un véritable typhus, bien que M. Depaul me l'ait fait nier.

M. DEPAUL. Je n'ai pas dit cela.

M. BOUILLAUD. J'en suis fort aise.

Eh bien, cette nouvelle intoxication vient encore ajouter ses dangers à ceux auxquels sont exposées toutes les accouchées; quoi d'étonnant dès lors que les accidents redoublent d'intensité? Faut-il inventer pour cela une espèce fébrile nouvelle?

Je n'en vois pas la raison. Les symptômes sont les mêmes que dans les autres typhus; il en est de même des altérations du sang que j'ai décrites bien avant M. Depaul, et lorsque l'intoxication septique a pour point de départ l'absorption locale des matières contenues dans l'utérus, il n'y a rien non plus qu'on ne rencontre dans toutes les septicémies.

Je me rapproche donc de M. Depaul en admettant que l'altération du sang peut être primitive; mais, tandis que je spécifie cette altération, M. Depaul ne lui assigne aucun caractère particulier. Avec une proposition semblable, vous ne seriez pas reçu dans l'école exacte. Il fallait nous faire connaître en quoi cette altération du sang diffère de toutes les autres.

M. DEPAUL. J'ai insisté sur ses caractères spéciaux.

M. BOUILLAUD. Quels sont-ils?

M. DEPAUL. Ceux que nous reconnaissons au sang dans les exanthèmes fébriles....

M. BOUILLAUD. Avec cette différence que ceux-ci se transmettent et se reproduisent toujours les mêmes, et que le contraire est vrai pour la fièvre puerpérale.

D'ailleurs s'il y a, comme vous l'admettez, une altération spéciale du sang dans cette fièvre, comment pouvez-vous l'assimiler aux autres accidents *puerpéraux* en les désignant par une épithète commune?

Je ne reviendrai pas sur la spécificité en général, ni sur les nombreuses spécificités en particulier que j'admets avec tout le monde. Mais je proteste encore une fois contre ces spécificités inventées par une imagination féconde, et dont on n'a pas même essayé de démontrer *cliniquement* l'existence.

Quand on m'aura montré une seule fièvre puerpérale où je ne retrouverai aucun des symptômes propres à des maladies connues, quand j'aurai touché son corps, je croirai; mais en attendant cette démonstration, je répète : *Etiam si omnes, non ego*. Je suis le Thomas de la fièvre puerpérale, et je ne suis pas plus difficile que lui.

J'aurais voulu éviter de parler du traitement de M. Beau, car je me trouve ici en présence de mon antithèse, de la négation de tous mes principes; mais je ne puis laisser passer sans protester des paradoxes aussi dangereux.

Comment! une accouchée empoisonnée par les émanations de ses voisines, ou par les matières putrides que renferme son propre utérus, le serait en vertu d'une diathèse phlegmasique! C'est à ne pas y croire. Lisez mon *Traité du rhumatisme*, et vous vous convaincrez sans peine que la diathèse inflammatoire et la diathèse septique sont deux choses aussi opposées que la nuit et le jour.

Mais enfin, en présence de cette diathèse inflammatoire qui pour vous domine toute la maladie, que faites-vous? Vous donnez le sulfate de quinine!

Vous oubliez ce qui vous a été enseigné de haut il y a vingt-cinq ans; vous niez l'efficacité des antiphlogistiques contre les phlegmasies des accouchées. Sachez qu'il n'y a pas une inflammation locale qu'ils ne puissent arrêter. Vous ne m'en montrerez jamais, je vous en défie, une seule que le sulfate de quinine ait modifiée avantageusement.

Vous êtes jeune sans doute, et je suis vieux; vous jouissez de la faveur publique, que je n'ai connue que dans mon passé; vous avez sur moi tous les avantages... mais je vous ferai voir au lit des malades, et quand vous le voudrez, que votre méthode est homicide et meurtrière.

Je me résume : J'admets une altération du sang produite par l'infection soit purulente, soit septique; j'admets également l'élément inflammatoire, et je réserve en outre le typhus proprement dit, qui peut venir du dehors et envahir l'organisme au milieu de la santé.

Voilà ce que j'ai dit, voilà ce que je répète et par quoi je termine.

M. GUÉRARD a la parole pour présenter le résumé de la discussion sur la fièvre puerpérale.

Après avoir rappelé l'importance qu'a pris le débat dans le sein de l'Académie et le retentissement qu'il a eu au dehors, et après avoir fait remarquer que tout en différant sur les mots, la plupart des opinions s'accordent sur le fond même des choses, l'orateur annonce qu'il passera successivement en revue, en discutant la nature, le mode de transmission et le traitement prophylactique et curatif de la fièvre puerpérale, les opinions les plus saillantes qui ont été professées sur ces diverses questions.

M. Guérard s'attache d'abord à démontrer que l'utérus, après l'expulsion du fœtus, ne peut en aucune façon être assimilé à une plaie récente. Comment admettre, dit-il, qu'un acte physiologique qui a pour but d'assurer la perpétuité de l'espèce, entraîne nécessairement un phénomène essentiellement pathologique! Quand le délivre est expulsé, il n'y a pas de rupture, mais un simple décollement d'avec le placenta des vaisseaux maternels, qui bientôt s'affaissent quand l'utérus se rétracte, pour s'oblitérer ensuite par un dépôt de lymphe plastique.

On a eu également tort d'assimiler les lochies dites blanches à un écoulement de pus ou de muco-pus; les accoucheurs les plus compétents sont unanimes à cet égard.

D'autres ont voulu voir dans la fièvre de lait une fièvre puerpérale légère, et cette opinion, qui était celle de Doublet, a été de nouveau défendue par M. Mattei. Je proteste, pour ma part, contre cette doctrine, et je pense qu'il suffit de l'énoncer pour la faire rejeter. Admettre qu'à l'état normal l'accouchement soit suivi d'une irritation de l'utérus suffisante pour produire une réaction fébrile, c'est méconnaître la sagesse de la nature, qui n'a pas pu faire, d'un état manifestement pathologique, la conséquence nécessaire d'une fonction normale.

Je suis frappé de la communauté de principes qui relie MM. Dubois, Depaul et Danyau, relativement à la nature de la fièvre puerpérale. Tous trois s'occupent spécialement d'accouchements et ont pu observer un grand nombre d'épidémies. Or celles-ci sont souvent bien dissemblables, et plus on en a vu, plus on a de chances de les avoir bien comprises. J'ai pu m'en assurer dans une longue série d'années passées dans des services de femmes et souvent dans des salles d'accouchées.

L'opinion de mes trois honorables collègues sur la nature de la fièvre puerpérale a d'ailleurs été exposée avec beaucoup de netteté et de lucidité, et on se sent tout d'abord disposé à la recevoir avec confiance.

Débarrassons d'abord la question des accidents qu'on a réunis à tort à la fièvre puerpérale.

Il en est qui suivent de près l'accouchement et qui guérissent facilement; d'autres, d'origine variable, sont beaucoup plus graves; telle est l'infection septique.

Nous observons souvent cette intoxication à une époque beaucoup plus avancée que la fièvre puerpérale, c'est-à-dire vers le dixième jour; elle peut être très-grave, mais ses symptômes, qui ont été très-bien exposés par M. Depaul, sont très-différents de ceux de la fièvre puerpérale.

Elle cède d'ailleurs souvent à de simples soins de propreté, et je ferai remarquer qu'on la rencontre également chez les animaux à placenta cotylédoné, lequel laisse facilement des débris dans l'utérus, tandis qu'elle est inconnue chez ceux dont le placenta est simple.

Les accidents qu'on a désignés sous le nom d'embarras gastrique, de phénomènes bilieux, sont également faciles à distinguer de la fièvre puerpérale, bien qu'ils apparaissent, en général, comme elle au deuxième ou au troisième jour des couches. Les éméto-cathartiques en font toujours prompte justice.

Je range ensuite parmi les inflammations franches, celles qui se présentent avec les caractères ordinaires de cette classe d'accidents; elles peuvent, à la vérité, être compliquées de fièvre puerpérale; mais les symptômes particuliers de cette maladie ne leur appartiennent pas en propre.

Bien qu'elles prennent souvent une extension considérable et qu'elles se terminent facilement par suppuration, ces inflammations ne s'accompagnent jamais de la prostration qui est si prononcée dans la fièvre puerpérale, et après une durée de plusieurs mois, elles se terminent souvent par la guérison. J'ai observé un grand nombre de ces abcès ouverts à la région hypogastrique ou lombaire, ou même dans le rectum, ou dans le vagin, et dans le plus grand nombre des cas les malades ont guéri.

Ces phlegmasies ont d'ailleurs un siége fixe, elles n'envahissent pas tantôt une séreuse, tantôt le tissu cellulaire, tantôt la conjonctive; elles cèdent au traitement antiphlogistique; par tous ces caractères, par leur marche, par la nature de la fièvre qui les accompagne, elles se rattachent aux inflammations franches et elles sont étrangères à la fièvre puerpérale.

Qu'est-ce donc que la fièvre puerpérale? Existe-t-il une maladie à laquelle il faille réserver ce nom?

Je n'hésite pas à répondre affirmativement, et les caractères suivants me suffisent pour admettre une maladie toute spéciale qui mérite ce nom.

Son invasion se fait brusquement, et on peut l'observer tout aussi bien avant l'accouchement ou pendant le travail que dans les premiers jours des couches.

Elle jette le trouble presque instantanément dans les principales fonctions; l'accélération du pouls est portée d'emblée à 120 ou 140 pulsations; la respiration présente un embarras remarquable; les idées se troublent, elles se perdent dans un *subdelirium* qui cache aux malades, et trop souvent aux assistants, la gravité de l'affection; il n'y a pas de réaction franche, et les antiphlogistiques, loin d'être utiles, précipitent au contraire la terminaison fatale.

Remarquez d'ailleurs que nos collègues localisateurs conviennent du caractère épidémique et infectieux de la fièvre puerpérale ou des accidents puerpéraux, et que plusieurs parmi eux les croient contagieux.

Dire qu'ils ressemblent sous ce rapport à la dysenterie contagieuse, comme l'a fait M. Beau, c'est éluder la difficulté. La dysenterie n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique, c'est-à-dire de nature septique. Quant à la pneumonie, elle n'est jamais contagieuse, mais elle peut être une conséquence d'une altération contagieuse du sang.

La séance étant avancée, M. Guérard remet à mardi prochain la suite de son discours.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Bonnand, né à Bras (Var); *Fièvres périodiques compliquées d'état typhique*, épidémie observée à bord de la frégate *la Constitution*, en janvier 1854.

Paley, né à Douzy (Nièvre); *De l'angine diphthéritique maligne.*

Castagnon, né à Plaisance (Gers); *Essai sur l'hypochondrie.*

Delmas, né à Villefranche (Dordogne); *De l'influence des voyages sur la phthisie pulmonaire (pneumophymie).*

Lachaze; *De l'irrigation continue dans les plaies par écrasement.*

Haunard, né à Orville (Pas-de-Calais); *Des accidents de la première dentition.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une sorte de polémique s'est engagée entre plusieurs organes de la presse médicale sur la question de savoir quels seraient, au conseil de santé des armées, les successeurs de MM. Bégin et Guyon. Cette nomination étant une affaire tout administrative, nous n'avons rien à y voir. Ce que nous pouvons dire seulement, c'est que les candidats sur lesquels s'est fixée l'opinion publique sont, suivant l'ordre alphabétique : MM. Ceccaldi, médecin du Gros-Caillou; Scoutetten, médecin de l'hôpital de Metz, et Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement de Paris a eu lieu le 24 juin, sous la présidence de M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, en présence de M. le docteur Danyau, chirurgien-accoucheur en chef et professeur de cette École, de M. Désormeaux, chirurgien-accoucheur, professeur adjoint, et de M. Delpech, médecin de l'établissement.

A l'ouverture de la séance, M. Davenne, dans un discours qui a été accueilli par les plus vives sympathies, a rappelé les éminents services rendus par la précédente sage-femme en chef, Mme Charrier, dont la mort a si douloureusement affecté l'École il y a quelques mois; puis il a engagé les élèves à continuer, sous l'habile et sage direction de Mme Alliot, la digne héritière de Mme Charrier, à faire preuve de zèle et d'application dans leurs études.

M. le président a ensuite annoncé que, sur sa demande, appuyée par le préfet de la Seine et le doyen de la Faculté de médecine, S. Exc. le ministre de l'instruction publique avait décidé que les élèves de l'École de la Maternité de Paris, ayant obtenu un certificat de capacité à la suite de leurs études, seraient considérées comme sages-femmes de 1re classe.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Bertin (Ernestine-Félicie), élève à ses frais, qui a obtenu en outre un autre prix.

Les élèves qui ont été le plus fréquemment nommées sont :

MMmes Brun, élève à ses frais; Billarent, élève aux frais du département de la Seine; Tremblay, élève aux frais du département de Seine-et-Oise.

— On lit dans le *Moniteur* : « Quelques journaux ont annoncé que la fièvre jaune avait reparu à Lisbonne. Des renseignements positifs, confirmés par une dépêche télégraphique du 25 courant, nous autorisent à déclarer que ce bruit est dénué de tout fondement, et que l'état sanitaire de Lisbonne ne laisse absolument rien à désirer. »

— Le choléra a reparu à Saint-Pétersbourg. On compte déjà plus de soixante-dix cas. La température est plus fraîche que les étés ordinaires.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 77. — SAMEDI 3 JUILLET 1858. (31e ANNEE.) N° 77. — SAMEDI 3 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine ; LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Empoisonnement par le laudanum.

Un double suicide accompli au moyen du laudanum, dans le courant de février dernier, à Strasbourg, a fourni l'occasion aux savants professeurs Schützenberger et Tourdes, de faire des observations intéressantes, le premier au point de vue clinique et symptomatologique, le second au point de vue anatomo-pathologique et médico-légal. Nous exposerons plus tard, et dans une autre partie de ce journal, ce qui, dans ce fait, a trait à l'anatomie pathologique et à la médecine légale. Nous ne nous occuperons ici, pour l'instant, que de ce qui intéresse plus particulièrement la clinique, c'est-à-dire de la description des phénomènes morbides et des symptômes qu'a offerts l'une des victimes (l'autre ayant succombé avant qu'on ait pu l'observer). Voici en peu de mots l'histoire de cet empoisonnement, que nous empruntons à la *Gazette médicale de Strasbourg* :

Dans la nuit du 3 au 4 février, les époux F..., logés dans un hôtel garni de Strasbourg, prirent ensemble, dans l'intention de se suicider, une quantité considérable de laudanum (80 grammes à peu près). Le lendemain seulement, à trois heures de l'après-midi, on pénétra dans leur chambre. Le mari était mort depuis un temps indéterminé. La femme, donnant encore quelques signes de vie, fut transportée à la clinique interne vers quatre heures du soir. On apprit que longtemps avant son empoisonnement, elle avait été frappée de plusieurs attaques d'apoplexie, qu'elle était d'une intelligence affaiblie et atteinte d'une hémiplégie incomplète des membres droits. Pendant le trajet de l'hôtel à l'hôpital, elle avait vomi; son manteau et ses habits étaient salis par un liquide jaune, exhalant l'odeur caractéristique du laudanum. L'interne de garde trouva la malade dans l'état suivant :

Décubitus dorsal; les traits présentent une expression remarquable d'immobilité et de calme; les yeux sont ouverts et d'une fixité étrange, la pupille très-contractée, se dilatant un peu par l'abaissement de la paupière. Les membres ont une certaine roideur; la sensibilité est obtuse, mais conservée; la malade n'exécute aucun mouvement, elle ne gémit pas et paraît plongée dans une stupeur profonde. Interrogée et secouée, elle répond à toutes les questions par les mêmes paroles : « Je n'en sais rien. » La parole est lente et bien accentuée, mais la voix éteinte et sans timbre. Le pouls filiforme, à 110, régulier; la température à l'aisselle à 37°; les extrémités froides; le teint plombé, cyanosé, mais pâle; les veines jugulaires sont distendues; la respiration est réduite à quatre inspirations par minute.

Trois paquets d'ipécacuanha de 1 gramme, administrés successivement, provoquent encore un vomissement jaune, après lequel on prescrit une solution de 50 centigrammes de tannin dans 100 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées de dix en dix minutes.

L'état de la malade reste le même pendant la nuit; somnolence et stupeur profonde.

Le 4 février au matin, on constate à peu près les mêmes symptômes. Aucune réaction, pas de traces d'un état congestif, teint pâle, plombé, température à 37° 1/2 ; pouls très-petit, à 110, toujours régulier; choc du cœur parfaitement appréciable, bruits bien accentués, pouls veineux dans les jugulaires distendues, immobilité complète des traits, regard fixe, contraction des pupilles, même rareté de la respiration (toutes les 4 ou 5 minutes) Les inspirations sont profondes, les intervalles irréguliers. L'air pénètre dans le poumon, à chaque inspiration bruit vésiculaire bien marqué. Il n'y a pas de spasmes, mais un simple oubli de respirer. Urines involontaires, constipation, papules blanches de la grosseur d'une petite tête d'épingle, prurigineuses, assez nombreuses sur les clavicules et à la poitrine. Il y a moins de roideur des muscles, la malade exécute lentement et en tremblant quelques mouvements commandés, ils sont plus faciles à gauche qu'à droite. — Infusion de café noir répétée deux fois dans la journée. D'heure en heure une cuillerée de vin de Malaga. Lotions répétées avec le vin chaud aromatique.

Sous l'influence de ce traitement continué les jours suivants, les symptômes les plus graves se sont amendés, sans réaction aucune, sans phénomène congestif.

Le 6, la respiration arrive à 9 inspirations par minute.

Le 8, elle est à 13; le 10 à 15; le 11 à 16. La cyanose disparaît ainsi que le pouls des jugulaires; la température arrive à 37°, puis à 38°. Les mouvements deviennent plus libres, les traits perdent leur immobilité.

Le 18, la malade paraissait assez bien rétablie des suites immédiates de l'épuisement, elle pouvait être levée une partie de la journée, mais elle restait indifférente, hébétée, avec une certaine faiblesse paralytique du côté droit. Il a été impossible d'apprendre jusqu'à quel point cet état cérébral existait avant l'empoisonnement.

Au bout de quelques semaines, la malade retomba dans un état d'affaissement complet, avec constipation opiniâtre, incontinence d'urine, et elle succomba à un décubitus gangréneux.

Voici, dans ces symptômes d'intoxication, ce que M. Schützenberger signale comme ayant le plus vivement frappé son attention :

C'est 1° le ralentissement extraordinaire des mouvements de la respiration;

2° L'absence de tout phénomène de congestion;

3° L'amélioration lente et progressive des symptômes, sans réaction, malgré une médication stimulante assez active.

Ainsi que le fait remarquer M. Schützenberger, l'influence toxique du laudanum paraît, dans ce cas, avoir plus spécialement revêtu la forme d'une action stupéfiante directe sur le système nerveux. Plongée dans un état d'indifférence complet, la malade *oublie* de respirer. L'asphyxie est imminente, elle est annoncée par le teint plombé, par le refroidissement, par la plénitude des veines jugulaires, le pouls veineux, la distension du cœur droit, et cependant la malade reste dans un calme placide, avec une physionomie sans anxiété, dans une immobilité de statue. Non-seulement l'imminence de l'asphyxie ne provoque pas le besoin de respirer, mais le phénomène instinctif est lui-même suspendu par suite de l'état d'insensibilité de la moelle allongée. Cet état a paru à M. Schützenberger avoir une certaine analogie avec les effets produits par la *commotion* cérébrale sur la respiration.

Pendant toute l'évolution de la maladie produite par le laudanum, le système vasculaire est resté pour ainsi dire indifférent à l'influence toxique. Aucune trace de congestion vers la tête n'a existé ni au début de l'empoisonnement ni dans la suite. La peau est restée constamment affaissée et pâle; sauf la teinte plombée et la distension des jugulaires, consécutives au défaut de respiration, rien à l'intérieur ne révélait un effet quelconque sur le système vasculaire. Le pouls était petit, filiforme, fréquent, comme dans l'asphyxie lente.

Enfin, sous l'influence de la médication stimulante, les effets stupéfiants du laudanum se sont lentement et progressivement dissipés en partie. La malade a succombé aux progrès de l'affaiblissement consécutif et de la gangrène du décubitus.

Hydro-sarcocèle chez un sujet monorchide.

Nous avons eu l'occasion de voir il y a quelques jours, dans le service de M. Velpeau, à la Charité, un homme qui présente un cas très-curieux d'hydro-sarcocèle affectant l'unique testicule que contiennent ses bourses. Cet homme est, en effet, monorchide. Le côté gauche du scrotum ne renferme aucune trace de testicule. A droite, il existe dans la région inguino-scrotale une tumeur volumineuse ayant la forme d'un ovoïde allongé dont le grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Cette tumeur, qui est le siége de douleurs lancinantes, est dure dans presque toute son étendue, mais surtout vers son extrémité supérieure, d'où l'on sent partir un cordon également dur, bosselé, qui plonge dans la fosse iliaque, et que l'on peut suivre jusque vers l'angle sacro-vertébral. L'extrémité inférieure est moins dure que le reste de la tumeur, elle est même un peu molle dans un point; et par une exploration attentive, on y perçoit d'une manière distincte la sensation de fluctuation. Au rapport du malade, le développement, ou plutôt l'apparition de cette tumeur, ne daterait que de quelques années seulement.

Auparavant il n'avait pas plus de testicule dans le côté droit que dans le côté gauche du scrotum. Mais il avait une hernie inguinale du côté droit, et c'est à la suite de cette hernie qu'il avait vu sortir un jour du canal inguinal le testicule dégénéré qui a acquis depuis le volume qu'il présente aujourd'hui. De sorte que de cryptorchide qu'il était, cet homme est devenu monorchide. Mais il n'a pas à se louer, comme on le voit, de cette transformation.

On sait, surtout depuis les recherches de MM. Goubaux et Follin et de M. Godard sur ce sujet, combien il est fréquent de voir les testicules incarcérés devenir le siége de la dégénérescence cancéreuse. M. Godard, dont nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de citer les travaux, a fait la remarque que la maladie siégeait plus souvent à droite qu'à gauche. Sur 7 cas de sarcocèle de la glande séminale arrêtée dans son évolution, dit-il, 5 fois le testicule droit était frappé et 2 fois seulement celui du côté gauche. Celui-ci serait donc le sixième cas sur huit de sarcocèle du côté droit. Il a constaté, en outre, que la dégénérescence atteint surtout la glande arrêtée dans le pli inguinal, ce qui a fait attribuer le plus souvent l'affection cancéreuse à un coup ou à la compression exercée par un bandage inopportunément appliqué, le testicule étant pris souvent en pareil cas pour une hernie.

Le vague et l'incertitude des renseignements fournis par le malade ne permettent pas de savoir si avant l'issue complète de son testicule dégénéré, cette glande était contenue complètement dans la cavité abdominale, ou bien arrêtée seulement dans le pli inguinal.

M. Velpeau, en présence de ce cas, a jugé prudent de s'abstenir de toute opération. L'irradiation cancéreuse qui se propage de la tumeur dans le ventre ne permettait pas en effet de songer à enlever cette tumeur. Il s'est borné seulement, après avoir constaté l'existence d'une certaine quantité de liquide dans la tunique vaginale, à pratiquer une ponction. Il est sorti par la canule du trocart environ un demi-verre de sérum, d'abord pur, et puis séro-sanguinolent. Le malade a dû être gardé ensuite quelques jours en observation, puis congédié avec le conseil de ne point chercher à se faire opérer.

Il serait superflu de dire quelle sera l'issue de cette maladie.

Dans les cas où la dégénérescence est strictement bornée au testicule, et où l'on peut en reconnaître exactement les limites, l'ablation peut-être pratiquée. Nous avons vu, il y a deux ans environ, M. Jobert pratiquer l'ablation d'un énorme sarcocèle inguinal chez un jeune homme de vingt et quelques années. Il avait fait la même opération avec succès quelques années auparavant. Une opération semblable a été pratiquée par M. H. Larrey, il y a une dizaine d'années, et par Roux il y a vingt-quatre ou vingt-cinq ans. Mais pour quelques rares succès consignés dans les annales de la science, combien ne compterait-on pas d'insuccès ou de récidives ! Dans les faits nombreux cités dans le travail de M. Godard, on voit que la plupart des malades ont succombé soit aux accidents inflammatoires ou nerveux, consécutifs à l'opération, soit à une récidive, les ganglions lymphatiques de l'abdomen se prenant le plus souvent à leur tour de dégénérescence cancéreuse à la suite de ces opérations.

Atrésie congénitale du méat urinaire. — Fistule urinaire. Débridement du méat. — Guérison.

Dans une thèse ayant pour titre : *Recherches sur les anomalies congénitales du canal de l'urèthre*, et soutenue par M. Picardot, le 29 avril 1858, devant la Faculté de Paris, on lit : « Ce léger » vice de conformation (atrésie du méat urinaire) est rare chez » l'adulte; M. Marchal (de Calvi) en cite un exemple curieux : » un jeune soldat insoumis, dit-il, se présenta à ma visite, et me » déclara qu'il devait être réformé parce qu'il avait sa virginité, » ce qui égaya beaucoup les employés du bureau. Le cas de ce » jeune homme consistait en un rétrécissement dont on peut se » faire une idée en se représentant le bouton d'un petit stylet. » Ce soldat fut réformé. La réforme est motivée, ajoute M. Mar- » chal, dans ces sortes de cas par le long temps qui est nécessaire » au sujet pour la miction, ce qui serait un inconvénient en route » et une cause de danger en campagne. »

M. Picardot ne partage pas une conclusion aussi généreuse, et n'admet pas l'atrésie du méat comme un cas de réforme par le motif qu'une simple incision avec le bistouri ou les ciseaux suffit pour en débarrasser le sujet qui en est affecté, et pour le guérir instantanément pour ainsi dire.

C'est parce qu'en effet l'atrésie congénitale du méat urinaire est rare, et c'est comme preuve à l'appui de la simplicité et de la facilité de sa cure même lorsqu'elle est très-prononcée, que nous croyons devoir rapporter l'observation suivante, dont nous de-

vons la communication à l'obligeance de M. Duhomme, interne à la Maison de santé.

Un homme de trente-deux ans, aujourd'hui employé, mais ayant servi comme soldat en Afrique, où il a eu beaucoup à souffrir de son infirmité, présentait depuis son enfance une atrésie du méat. En grandissant et en avançant en âge, ce vice de conformation ne fit qu'augmenter; toujours la miction était excessivement lente, et nécessitait des efforts musculaires considérables; de plus, il suffisait du plus léger excès, soit gastronomique, soit vénérien, pour rendre ces phénomènes encore plus marqués. L'orifice de l'urèthre se trouvait très-insuffisant pour livrer passage à toute l'urine projetée par la vessie, ce liquide ne pouvant s'écouler que très-lentement; le canal se trouvait considérablement distendu dans toute sa longueur. Au moyen de pressions faites avec soin, le malade ne pouvait le débarrasser complétement, de sorte que malgré toutes ses précautions il restait toujours une certaine quantité d'urine, qui, coulant ensuite goutte à goutte, venait salir sa chemise et ses vêtements. Malgré tout ce que cette infirmité avait de pénible et de désagréable, comme elle remontait à sa plus tendre enfance, le malade ne s'en était jamais beaucoup préoccupé, et avait toujours différé de consulter un médecin pour savoir s'il y avait possibilité d'en être débarrassé. Dès les premiers jours du mois d'avril de la présente année, sans aucune cause appréciable, la difficulté d'uriner devint encore plus considérable, et la miction était accompagnée de douleurs assez intenses au périnée, douleurs qui retentissaient dans la partie supérieure des cuisses.

Le 10 avril, au moment de quitter son bureau, le malade ne put uriner qu'avec une très-grande difficulté, et lorsqu'il eut terminé, il éprouva au périnée une douleur tellement aiguë que la respiration lui manqua. Aussitôt la douleur un peu calmée, il fut pris de frissons intenses. Il se mit en marche pour rentrer chez lui, mais ses jambes refusaient d'obéir à sa volonté, au point qu'il se crut paralysé. Rentré chez lui, il se mit au lit et eut une fièvre intense. Les deux jours suivants se passèrent dans les alternatives que nous venons d'indiquer, mais le troisième, c'est-à-dire le 13 avril, le mal empirant, il ne put se lever et fit appeler un médecin. Comme il n'y avait d'abord aucun signe extérieur, et qu'une fièvre intense était le seul symptôme appréciable, le sulfate de quinine fut prescrit.

Le 15 avril le périnée présenta un commencement d'inflammation; on y fit une application de 12 sangsues; cette inflammation marcha très-rapidement et gagna les bourses et la verge; la tuméfaction de ces parties devint bientôt considérable. Une seconde application de sangsues fut faite, mais cette fois à la verge, au-dessus des bourses. Des cataplasmes étaient continuellement appliqués. Malgré tout, le phlegmon marcha rapidement et l'ouverture d'un abcès eut lieu entre la partie inférieure de la verge, à l'angle qu'elle forme avec les bourses; une quantité considérable de pus s'en écoula, et il fut possible de constater un décollement assez étendu de la peau; l'ouverture de l'abcès ne tarda pas à donner issue à l'urine, mais seulement vers la fin de la miction. — Une fistule urinaire s'était donc établie, et il n'y avait pas lieu d'espérer de la voir guérir sans que le malade fût débarrassé de son vice de conformation du méat.

C'est le 6 mai que M. Demarquay fut appelé et pratiqua l'opération. L'atrésie du méat urinaire était telle qu'il était absolument impossible d'y introduire le bouton d'un stylet de trousse très-fin; il n'y avait donc pas à songer à se servir de cet instrument comme conducteur pour pratiquer le débridement. Alors M. Demarquay saisissant le gland entre le pouce et l'index de la main gauche et renversant la verge contre le ventre, avec un bistouri tenu de la main droite comme une plume à écrire, sculpta pour ainsi dire la paroi inférieure de l'extrémité du canal de l'urèthre, et lorsque par des incisions successives il eut ainsi débridé de dehors en dedans dans une très-petite étendue, il put alors introduire le ténotome caché de Blandin; puis, faisant saillir la lame en dehors de sa gaîne, il compléta le débridement par un mouvement de bascule de l'instrument qui opéra la section de la paroi inférieure de l'extrémité de l'urèthre, jusqu'au niveau de l'endroit où le gland se trouve accolé au corps caverneux.

Une sonde d'un calibre ordinaire fut facilement introduite et gardée deux jours; on put s'assurer de la sorte que le méat urinaire était le seul point du canal qui n'eût pas le calibre normal. Puis une sonde un peu plus grosse la remplaça et fut gardée huit jours; puis enfin une troisième du calibre supérieur fut encore gardée à demeure pendant un certain temps, et une quinzaine de jours environ après l'opération, la fistule urinaire étant complétement fermée, la peau s'étant parfaitement recollée et les deux lèvres de l'incision du méat urinaire étant complétement et *isolément* cicatrisées, on retira la sonde.

Pour ce qui regarde les antécédents du malade, il affirme n'avoir jamais eu ni blennorrhagie ni accidents syphilitiques. Il est une question qu'il eût été vivement désirable de pouvoir éclaircir, c'est l'influence de cette atrésie du méat sur l'éjaculation et la procréation; mais on sait les difficultés qui entourent ce genre de recherches, et les réponses du malade aux questions dirigées dans ce sens ont paru insuffisantes pour permettre de rien établir de précis à cet égard.

Cette observation montre donc d'abord : le fait assez rare d'une atrésie congénitale du méat urinaire, puis la gêne et les inconvénients d'une pareille infirmité; les accidents qu'elle est susceptible d'amener, et enfin, en dernier lieu, combien il est facile d'y remédier au moyen d'une opération fort simple.

NOTE SUR LES EAUX MINÉRALES DE LA MALOU

et particulièrement sur celles de la Malou-du-Centre, dites bains du Capus (Hérault).

Par le docteur A. Jamain.

L'étymologie des noms de certaines localités se trouve souvent dans leur désignation faite en *patois* du pays. Ces expressions déterminent une bonne ou une mauvaise influence et perpétuent de génération en génération, pour certains endroits, soit la terreur, soit la confiance.

Le hameau de la Malou justifie son nom. En patois languedocien le mot *malou* signifie douleur, or pour nombre de gens, douleur et rhumatisme sont synonymes, et tous ceux qui étaient atteints par ces atroces souffrances allaient pour guérir *à la fon de la Malou*, à la fontaine de la douleur.

Dans son rapport sur le service médical des établissements thermaux en France, lu à l'Académie en 1853, M. Patissier consacre un paragraphe très-important aux eaux de la Malou.

Dans son rapport de 1852, M. le docteur Privat, médecin inspecteur des eaux de la Malou-le-Haut, publiait de nombreuses observations individuelles, la plupart ayant trait aux rhumatismes. C'est en effet contre ce genre d'affections que les bains de piscine et de douche paraissent agir avec le plus d'énergie. Depuis longtemps les paysans en proie à des rhumatismes, même à l'état aigu, se font transporter à l'établissement thermal pour s'y baigner, même pendant l'hiver.

Dans les névropathies avec éréthisme ou faiblesse générale, les eaux de la Malou sont employées avec avantage, ainsi que dans l'anémie, la chlorose et les troubles menstruels. Sur 46 névralgies sciatiques, M. Privat a compté 36 hommes et 10 femmes. Les succès obtenus dans ces diverses affections démontrent suffisamment l'efficacité des eaux de la Malou et peuvent expliquer les prescriptions des praticiens qui ont été à même de constater ces guérisons. Mais ce n'est pas tout encore; depuis quelques années on a découvert une nouvelle source dite la *Fontaine du Capus* ou *la Malou-du-Centre*. Ses eaux offrent les mêmes propriétés que celles des sources de *la Malou-du-Haut* et *la Malou-du-Bas*; en outre, M. Chevalier y a constaté une proportion sensible d'arsenic, probablement à l'état d'arsenite de fer; MM. Audouard et Bernard évaluent la quantité d'acide arsénieux à 24 parties sur 100,000 parties d'eau minérale. Il résulte que ces eaux possèdent des propriétés spéciales pour la guérison des maladies de la peau, des ulcères atoniques, des syphilis invétérées, des fièvres intermittentes rebelles. Le voisinage de la Méditerranée en fait une ressource précieuse pour les colons algériens, épuisés par la cachexie paludéenne.

Les eaux de la source du Capus sont celles qui contiennent la proportion la plus considérable d'arsenic; aussi arrive-t-il que les malades stationnés à la Malou-du-Bas ou à la Malou-du-Haut sont souvent contraints de faire une longue course pour venir boire au Capus l'eau nécessaire à leur traitement.

Ses bains de douche ou de piscine sont surtout utiles à la Malou pour les affections nerveuses ou rhumatismales, mais il n'était plus possible de prescrire des bains pris en commun. Ces affections qui laissent sur la peau de ces stigmates profonds qui sont un objet de répugnance et même de dégoût pour les autres malades. Aussi l'habile directeur du Capus, M. Bourges, a-t-il eu le soin de construire des piscines particulières. Il est inutile d'insister sur l'importance de cette modification, car sans elle un grand nombre de malades n'auraient pu profiter des bienfaits de ces eaux.

Outre la source mère, qui alimente des piscines et des cabinets de douches, la Malou du centre possède cinq autres sources gazeuses ferrugineuses. Les eaux de la deuxième, dite source *Sainte-Marie*, ont beaucoup d'analogie avec les eaux de Vichy; elles se prennent en boisson habituelle, et sont précieuses pour les gastralgies et quelques maladies de la vessie.

L'établissement des bains de la Malou occupe une position exceptionnelle. Le malade y trouve le premier des biens, la liberté de vivre selon ses goûts; — pour le traitement, — d'élégants cabinets de douches, des piscines publiques et *particulières*; pour les plaisirs, le salon, les promenades en voiture ou à cheval, la chasse, la pêche; — pour les solitaires excursions, — la nature riche et variée offre ses trésors à ses admirateurs; au botaniste, les plantes sauvages; à l'entomologiste, les insectes brillants; les ruines, à l'antiquaire, et le sol au curieux minéralogiste.

DE L'ÉLECTRICITÉ

considérée comme moyen de diagnostic.

Malgré les progrès considérables que de nouveaux moyens d'investigation et les lumières de l'anatomie pathologique ont imprimés à la science du diagnostic, il se présente dans la pratique des cas nombreux dans lesquels la sagacité du médecin est mise en défaut, et où la symptomatologie et la séméiotique ne peuvent apprendre quel est l'organe, quelquefois même la région qui se trouve être le point de départ des phénomènes morbides. Il arrive même assez souvent, surtout lorsque le médecin n'est pas appelé dans les premiers temps de la maladie, que, excités à leur tour par l'influence morbifique ou par des sympathies particulières, des organes plus ou moins éloignés du véritable siége de la maladie concentrent sur eux les principaux symptômes, et le malade appelle l'attention du praticien vers des parties qui lui feront perdre de vue celle qui est réellement affectée. Il arrive souvent encore que les malades, en proie à un malaise général, ne savent à quelle région attribuer plus spécialement le mal qui les tourmente, et que ce n'est qu'à l'autopsie, un peu tard, comme on voit, que l'on peut reconnaître quel est l'organe qui fut le siége de leur affection.

La localisation des maladies (j'entends de celles qui peuvent être localisées) est pourtant un point fort essentiel de leur histoire, et, j'ajouterai même, un des plus beaux progrès de la pathologie moderne. On lui rendra donc service en vulgarisant un moyen, le plus puissant, le plus infaillible et le plus facile de tous les moyens, pour reconnaître, chez une personne atteinte d'une maladie quelconque, organique ou vitale, aiguë ou chronique, quelle est la partie de son organisation qui se trouve affectée. Ce moyen fort simple, c'est l'électricité induite qui le fournit.

On s'était aperçu depuis longtemps, et le vulgaire lui-même n'ignorait pas que, lorsqu'un groupe d'individus recevait l'étincelle d'électricité statique que l'on administre si libéralement et si imprudemment dans des échoppes et sur les promenades publiques, tous ceux d'entre les patients qui étaient atteints d'une maladie ou infirmité quelconque recevaient *un coup* sur la partie malade, fût-elle même atteinte d'un mal artificiel, comme un cautère, etc. Un jour, en ma présence, un homme lâcha brusquement la chaîne en poussant un cri et portant la main à la région inguinale : il avait une hernie.

Que le courant électrique communique un choc en éprouvant un obstacle dans la partie qu'une modification quelconque a privée de sa conductibilité, ou bien que cette même partie, momentanément plus sensible, soit plus affectée de son passage, peu importe, quant à présent, l'explication; mais le fait existe, et si bien que, dans tous les cas où l'épreuve sera faite d'abord, les investigations ultérieures confirmeront constamment l'indication donnée par l'électricité, et que par contre, lorsque par tous les moyens ordinaires d'interrogation on sera parvenu à localiser la maladie d'une manière certaine, on pourra prédire sans crainte quel sera le point et l'organe qui recevront *le coup* lorsqu'on fera l'épreuve électrique.

Cette épreuve sera très-facile, et un instrument d'induction quelconque, ménagé suivant les cas, pourra être employé pour les maladies aiguës, inflammatoires, engorgements, etc. Il faudra plus de précautions et varier la direction du courant dans les affections chroniques, profondes, et dont la marche lente et tortueuse rend quelquefois les sensations sourdes et équivoques.

Pour faire l'épreuve électro-pathologique, il faut faire communiquer un des deux pôles d'un appareil d'induction avec la nuque au moyen d'une plaque de métal conducteur (ou le sinciput si la tête est en cause), et l'autre pôle avec des conducteurs qui se rendent aux pieds et aux mains. Il serait bon que la personne soumise aux épreuves fût isolée du sol. Quand tout est préparé, on ferme le circuit en appuyant le contact de l'appareil, et à l'instant même le malade perçoit dans la partie malade une sensation plus ou moins vive, et proportionnée, d'une part, à l'intensité du courant, et, de l'autre, à la violence de son affection. Lorsque des recherches plus minutieuses sont nécessaires, il faut placer les pôles de préférence du point de départ au point d'arrivée des branches nerveuses.

E. Combes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juin 1858. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Atrophie douloureuse des muscles de l'épaule. — M. DEMARQUAY présente un homme qui, en tombant d'un arbre au mois de janvier dernier, se fit une contusion de l'épaule droite. Il survint d'abord un certain gonflement, puis la tuméfaction disparut, et les muscles du membre s'atrophièrent rapidement. L'atrophie, déjà manifeste à l'avant-bras, est beaucoup plus prononcée au bras, et plus encore à l'épaule. Les muscles de cette dernière région, et ceux qui relient l'omoplate au tronc, ont presque entièrement disparu. Cet état se complique de douleurs très-vives qui s'irradient dans tout le membre, et le malade ne reculerait devant aucune opération pour en être délivré. On lui a proposé de lui couper le nerf radial et le nerf cubital; on lui a même proposé de lui désarticuler l'épaule, mais M. Demarquay repousse cette dernière opération.

M. MOREL-LAVALLÉE trouve chez cet homme un nouvel exemple de ce que quelques auteurs ont décrit à tort comme une luxation incomplète de l'épaule en haut. La tête humérale, par suite de l'atrophie des muscles, forme en effet une saillie très-considérable, qui s'élève un peu au-dessus de l'acromion lorsque le bras est abaissé; mais, lorsqu'on écarte le bras du tronc, on voit cette tête rentrer peu à peu sous la voûte acromio-coracoïdienne, et on s'assure ainsi qu'elle n'est nullement luxée. Il ne manque pour simuler tout à fait une luxation que des adhérences ou une rétraction de la capsule capable de fixer la tête en avant.

Amputation sus-malléolaire. — M. LARREY présente un employé du chemin de fer de l'Est, qui est venu le consulter sur le résultat d'une amputation sus-malléolaire pratiquée par M. Houzelot, et remet la note suivante sur l'état de cet amputé.

« Le 16 septembre 1857, un convoi partant de la station d'Ebly ne put être évité assez vite par l'employé C..., dont les deux pieds engagés sous les roues d'un wagon furent écrasés. L'accident était fort grave, et, immédiatement après les premiers secours, on transporta le blessé à l'hôpital de Meaux. Le pied droit offrait sur sa face dorsale une longue plaie contuse, dont l'étendue est même appréciable aujourd'hui, et dont la cicatrice, en partie adhérente, est exposée à une ulcération consécutive par les pressions de la chaussure ou les fatigues de la marche. Le pied gauche avait été tellement mutilé par la dilacération des parties molles, par le broiement des os et par l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, que ce membre n'avait plus aucune chance de conservation. M. Houzelot, s'étant rendu auprès du blessé peu d'instants après son entrée à l'hôpital, le prépara d'abord à l'opération, qu'il pratiqua le lendemain matin.

» L'amputation de la jambe fut faite au-dessus des malléoles, avec toute l'habileté possible, selon le procédé, reconnaissable encore, de M. Lenoir. Nul accident primitif n'est survenu, sauf une tension douloureuse et une insomnie prolongée; mais depuis près de dix mois que l'opération a eu lieu, le travail de cicatrisation n'a pu s'achever définitivement; le bord antérieur de la plaie est resté ouvert ou s'est ulcéré; une dénudation partielle de l'angle du tibia, découvrant un point de nécrose, fait présager une élimination lente du séquestre; l'émaciation du membre et la conicité du moignon rendent la marche très-pénible, et l'application de l'appareil prothétique à peine supportable; l'ulcération enfin et la nécrose pourront s'étendre plus loin, et nécessiter non-seulement une simple résection, mais encore l'amputation secondaire de la jambe dans le lieu d'élection.

» M. Larrey, en exprimant son opinion à cet égard, pense que le cas présent offre un exemple de plus des inconvénients de l'amputation sus-malléolaire, si bien faite qu'elle soit, et il propose d'en tenir compte dans l'étude générale des amputations de jambe soumises à l'examen de la Société de chirurgie. »

M. LENOIR suppose qu'il y a chez cet homme une cause diathésique qui s'oppose à la cicatrisation. Il a vu avec Marjolin père un jeune homme qui avait subi la même amputation pour une plaie par arme à feu. La cicatrisation marcha bien pendant quelque temps, puis elle s'arrêta. Il y avait des antécédents de syphilis; on prescrivit un traitement anti-syphilitique, et la plaie ne tarda pas à se fermer. Le malade présenté par M. Larrey paraît exempt de cette diathèse, mais il est peut-être entaché de quelque autre vice général.

M. VERNEUIL pense que la cause qui entrave la guérison est toute locale, attendu qu'il existe un petit séquestre dans le tibia. Cet accident est aussi fréquent ici que dans les autres amputations. Le séquestre ne paraît pas disposé à tomber spontanément; il faudra donc probablement faire dans le moignon une petite résection, et cette opération d'ailleurs n'est pas dangereuse.

M. LABORIE a reçu à l'asile de Vincennes plusieurs cas tout à fait semblables. Il a remarqué que les ulcérations, au lieu de se cicatriser, tendent au contraire à s'étendre, de telle sorte que le moignon devient de plus en plus conique.

M. GUERSANT conseille l'expectation; si, comme cela paraît probable, il y a un séquestre dans ce moignon, il faut attendre qu'il se détache. La chute spontanée des séquestres se fait quelquefois très-tardivement.

M. LARREY trouve dans ce fait la confirmation des idées qu'il a soutenues dans la dernière discussion sur l'amputation sus-malléolaire. Tout ce qu'il a vu depuis lors est venu à l'appui des arguments qu'il a fait valoir contre cette opération.

M. VOILLEMIER trouve que MM. Verneuil, Laborie et Larrey condamnent bien vite l'amputation sus-malléolaire. Les accidents dont il s'agit peuvent survenir à la suite de toutes les amputations, et l'amputation sus-malléolaire n'y expose ni plus ni moins que les autres, pourvu qu'on n'essaye pas de faire marcher trop tôt les opérés. Il faut longtemps pour que la cicatrice devienne très-solide, à cause du peu d'épaisseur des chairs qui entourent le squelette. Mais en prenant toutes les précautions convenables on obtient souvent des guérisons parfaites. M. Voillemier en a ainsi obtenu plusieurs.

M. VERNEUIL réclame contre l'opinion que M. Voillemier vient de lui prêter. Il n'a jamais condamné l'amputation sus-malléolaire, il prétend au contraire qu'on ne doit jamais couper la jambe au lieu d'élection, lorsqu'on peut la couper au-dessus des malléoles sans s'exposer à laisser dans le moignon des tissus malades. La plupart des inconvénients de l'amputation sus-malléolaire viennent de ce qu'elle est souvent pratiquée trop près du mal; c'est pourquoi M. Verneuil préfère dans beaucoup de cas l'amputation au milieu de la jambe. Il reconnaît d'ailleurs que la section au-dessus des malléoles est moins grave au point de vue de la mortalité, mais il ajoute qu'au point de vue des accidents ultérieurs du moignon elle offre toutes les mauvaises chances des autres amputations, et qu'elle est par conséquent moins inoffensive qu'on ne l'a dit.

M. VOILLEMIER répond que personne n'a dit que cette opération fût exempte d'inconvénients et de dangers. On dit seulement qu'elle est beaucoup moins grave que l'amputation au lieu d'élection, et ce point n'est pas contesté. M. Verneuil veut qu'on ne la pratique que lorsqu'elle est praticable; ce précepte est applicable à toutes les opérations. Il ajoute qu'elle expose à laisser dans le moignon des tissus malades; mais toutes les amputations en sont là. C'est au chirurgien à voir dans chaque cas particulier jusqu'où remontent les lésions. Dans les cas douteux, il vaut mieux s'exposer à couper un peu trop haut que de s'exposer à pratiquer une opération insuffisante. Mais tous ces arguments sont généraux et ne s'adressent pas plus à l'amputation sus-malléolaire qu'aux autres amputations.

M. RICHARD fait remarquer qu'il ne s'agit pas seulement de discuter les indications, puisqu'il y a encore des chirurgiens qui pensent qu'il faut toujours couper la jambe au lieu d'élection, lors même qu'il serait possible de faire l'amputation plus bas. M. Larrey est de ce nombre...

M. LARREY demande à rétablir son opinion. Il ne prétend pas que l'amputation sus-malléolaire doive être toujours proscrite. Il l'accepte, dans certains cas, pour les personnes à profession sédentaire, qui peuvent attendre longtemps leur guérison, et se procurer de bons appareils. Mais pour les soldats, les ouvriers, pour les personnes qui mènent une vie fatigante, l'amputation au lieu d'élection est bien préférable.

M. RICHARD, reprenant son argumentation, maintient qu'il y a d'autres chirurgiens qui coupent toujours la jambe au lieu d'élection, quelle que soit la maladie et quelle que soit la profession du malade. Dans l'origine on discutait seulement sur la valeur relative de l'amputation au lieu d'élection et de l'amputation sus-malléolaire, et on invoquait en faveur de cette dernière l'avantage spécial de se prêter à une prothèse plus parfaite. Mais depuis lors la question a fait un grand pas. On sait aujourd'hui que cet avantage n'appartient pas exclusivement à l'amputation sus-malléolaire, que les mêmes appareils prothétiques, à peine modifiés, peuvent s'adapter au moignon des amputations pratiquées au milieu de la jambe; par conséquent on n'est plus obligé d'opter entre l'amputation supérieure et l'amputation inférieure, puisqu'il est démontré qu'on peut couper la jambe à toutes les hauteurs.

M. LENOIR n'admet pas que l'amputation au milieu de la jambe soit une opération aussi nouvelle que le croit M. Richard. Il y a longtemps déjà que Hey l'a pratiquée en Angleterre, et M. Lenoir, en 1834, a eu l'occasion de faire connaître en France la pratique de ce chirurgien.

M. RICHARD ne nie pas ce détail historique; mais la pratique d'un chirurgien isolé ne doit pas être confondue avec la pratique générale. Or il est très-certain qu'il y a quelques années on croyait généralement que la jambe articulée ne pouvait être appliquée lorsque la jambe était coupée plus haut que la région sus-malléolaire. Toutes ces questions de prothèse ont vraiment changé de face depuis quelque temps. Ainsi on a présenté à la Société un amputé au lieu d'élection, qui marchait pourtant avec un appareil articulé au genou, mû volontairement par le moignon; les fonctions du membre étaient aussi bien rétablies chez lui que s'il eût été amputé à la partie inférieure de la jambe. En outre, plusieurs amputés de Crimée marchent avec des appareils qui prennent leur point d'appui sur la cicatrice et non sur l'ischion.

M. LABORIE, répondant à M. Voillemier, déclare qu'il n'a point prétendu décider la question, qu'il a voulu seulement citer un fait. Il répète qu'il a reçu à l'Asile de Vincennes plusieurs individus amputés soit au lieu d'élection, soit au-dessus des malléoles; que les premiers guérissent habituellement, tandis que chez les autres les ulcères et les trajets fistuleux du moignon n'ont ordinairement aucune tendance à se cicatriser.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE annonce que, en l'absence de M. le secrétaire général, il a écrit à M. Henry Thompson (de Londres) pour lui faire connaître les conclusions du rapport de M. Verneuil et la décision de la Société sur le plagiat dont M. José Prô s'est rendu coupable envers lui. M. Thompson a immédiatement répondu pour remercier la Société de chirurgie de l'empressement qu'elle a mis à accomplir cet acte de justice. M. le secrétaire donne connaissance de cette réponse.

M. LARREY fait hommage à la Société de son *Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons.*

M. FORGET présente une observation inédite de M. Ferrand (de Mer). Cette observation est intitulée : *Altération carcinomateuse de la moelle; opération; guérison.* (M. Forget rapporteur.)

NOMINATION.

Conformément aux conclusions du rapport lu par M. Deguise fils dans la dernière séance, la Société est appelée à voter sur la proposition de conférer à M. Bégin le titre de membre honoraire.

Votants, 24.

M. Bégin obtient l'unanimité des voix.

En conséquence il est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION.

Amputation du col de l'utérus par l'écrasement linéaire. — M. ROBERT a excisé, il y a quelques jours, le col utérin pour un fongus très-vasculaire, qui donnait lieu depuis longtemps à des hémorrhagies extrêmement graves. La malade était presque exsangue, et la moindre perte de sang eût pu compromettre sa vie.

Pour ce motif, M. Robert a donné la préférence à la méthode de l'écrasement linéaire. La section a été faite en vingt minutes, sans la plus petite hémorrhagie. Il n'est depuis lors survenu aucun accident, et la malade est en bonne voie de guérison.

En examinant la partie excisée, on a reconnu que le mal est enlevé en totalité. M. Verneuil a étudié la pièce au microscope. C'est une hypertrophie papillaire limitée à la muqueuse du museau de tanche, et ne se prolongeant point dans la cavité du col.

M. Robert a donc lieu d'être très-satisfait de cette opération. Mais il a remarqué sur la pièce une particularité qui, bien que n'ayant pas été mortelle dans le cas actuel, pourrait le devenir dans beaucoup d'autres cas.

On sait que très-souvent les altérations du col utérin remontent plus haut intérieurement dans la cavité du col qu'extérieurement sur le museau de tanche. De là est venu le précepte, dans l'amputation du col au moyen de l'instrument tranchant, de creuser un cône à sommet supérieur, comme dans les amputations circulaires des membres. Or l'écrasement linéaire ne remplit pas cette indication, bien au contraire, car il coupe le col en sens inverse.

Lorsque la pièce a été complétement séparée, M. Robert a reconnu qu'elle avait la forme d'une cupule, et que par conséquent les couches superficielles du col avaient été coupées plus haut que les couches profondes. Il pense qu'on pourrait remédier à cet inconvénient et obtenir au moins une section transversale en saisissant le col au moyen de griffes particulières, et il demande à M. Chassaignac s'il s'est occupé de cette difficulté.

M. CHASSAIGNAC remercie M. Robert de sa communication, car aucun fait ne pourrait témoigner plus heureusement en faveur de l'écrasement linéaire. En effet, non-seulement il n'y a pas eu d'hémorrhagie, mais encore la malade n'a eu ni fièvre, ni péritonite, ni aucun autre accident; et, de plus, l'examen de la pièce a prouvé que le mal était enlevé en totalité.

Il est regrettable, sans doute, que l'écrasement linéaire ne puisse pas remplir l'indication de creuser un cône dans l'utérus pour enlever les parties profondes dans une plus grande étendue. Cette méthode ne convient par conséquent que lorsque le mal est limité à la partie sous-vaginale du col. Mais quand le mal s'étend au-dessus de cette limite, nul ne peut savoir où il s'arrête; l'opération faite soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, quoique permettant de remonter à quelques millimètres plus haut, ne donne jamais la certitude d'enlever tout le mal, et d'ailleurs le temps qui consiste à creuser un cône dans l'utérus est plein de difficultés et de dangers. M. Chassaignac pense donc que, lorsque l'altération s'étend au-dessus de l'insertion du vagin, l'amputation du col de l'utérus ne doit pas être pratiquée. Quant à la disposition en cupule ou en godet que M. Robert a remarquée sur sa pièce, et qui semble indiquer que l'écrasement divise les couches superficielles plus haut que les couches profondes, M. Chassaignac l'a observée plusieurs fois dans les opérations qu'il a pratiquées; mais le toucher vaginal lui a démontré que néanmoins la section était plate et transversale. La forme concave du segment enlevé résulte donc simplement de ce que la pression de la chaîne de l'écraseur curviligne recourbe et renverse en dedans les bords de ce segment. M. Chassaignac ajoute en terminant que la méthode de l'écrasement linéaire n'a pas seulement l'avantage de mettre à l'abri de l'hémorrhagie et des accidents qu'entraîne la nécessité de tamponner le vagin. Elle a de plus l'avantage de permettre de pratiquer l'amputation du col sans qu'il soit nécessaire d'attirer préalablement l'utérus en bas. Cet abaissement forcé, qui constitue le premier temps de l'opération, lorsqu'on se sert de l'instrument tranchant, est la source d'accidents fort graves, et ne contribue pas peu à la production des inflammations et des péritonites, qui font succomber un si grand nombre de malades.

M. HUGUIER a deux fois eu recours à l'écrasement linéaire pour amputer le col, et n'a point observé sur le segment enlevé la forme concave dont parle M. Robert. Il est vrai qu'il avait commencé circulairement la section avec le bistouri, et qu'il n'a employé l'écraseur que pour couper les parties les plus profondes. Il est vrai encore que ses deux opérées étaient atteintes simplement d'hypertrophie du col, dont le tissu n'était nullement altéré. La consistance des parties divisées était donc homogène, tandis que dans les dégénérescences du col cette consistance est quelquefois très-inégale. M. Huguier se demande donc si dans le cas de M. Robert, la forme concave de la section n'a pas été la conséquence de l'inégale résistance des fibres. La maladie du col avait en effet débuté par la surface, et les couches superficielles de cet organe étaient sans doute moins dures que les couches profondes.

M. DEMARQUAY a fait quatre fois l'amputation du col au moyen de l'écrasement; il a vu sur le segment enlevé la cupule indiquée par M. Robert, mais il a reconnu, par le toucher vaginal, que la section était néanmoins transversale. Lors même que la section serait courbe et laisserait sur l'utérus une saillie conique, cet inconvénient serait bien compensé par les avantages de la méthode de l'écrasement linéaire. Cette méthode, en effet, diminue beaucoup la gravité de l'amputation du col. Sur les quatre malades de M. Demarquay, une seule est morte de l'opération; elle a succombé le dixième jour à une hémorrhagie secondaire. Une autre est morte au bout de quinze mois des suites de la récidive de son cancer; les deux autres vivent encore. Aucune de ces femmes n'a eu de péritonite. L'opération par l'instrument tranchant donne des résultats bien plus fâcheux. M. Demarquay l'a pratiquée trois fois dans le service de M. Monod; les trois malades sont mortes en moins de quarante-huit heures. Il ajoute qu'il n'a vu qu'une seule des opérées de Blandin survivre à l'opération.

M. ROBERT insiste sur la gravité de l'opération par instrument tranchant. Les principaux dangers viennent de l'hémorrhagie immédiate ou consécutive, de la métro-péritonite, et de la lésion accidentelle des organes voisins. M. Robert a lui-même ouvert une fois le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine malgré toutes les précautions qu'il a pu prendre. L'hémorrhagie est grave à la fois par elle-même et par le traitement qu'elle réclame. Elle oblige souvent à tamponner le vagin, et la présence du tampon provoque de graves accidents d'inflammation. M. Robert reconnaît que la manœuvre de l'abaissement forcé est fort dangereuse; mais sous ce rapport, la méthode de l'écrasement linéaire n'a aucune supériorité, car on est obligé d'abaisser très-fortement l'utérus pour pouvoir placer la chaîne de l'écraseur à une hauteur suffisante; peut-être même faut-il l'abaisser davantage que pour faire la section au bistouri.

Malgré les explications qui viennent d'être données, M. Robert persiste à croire que l'écraseur ne coupe pas les tissus perpendiculairement à l'axe du col. Il n'a pas cru devoir pratiquer le toucher immédiatement après l'opération, de peur de provoquer une hémorrhagie; il ne s'est donc pas assuré de la forme du moignon du col utérin, mais cette forme est bien certainement convexe; l'examen de la partie enlevée a prouvé en effet que la section avait atteint la cavité du col à quelques millimètres seulement de l'orifice du museau de tanche, tandis que sur les parties latérales l'épaisseur du segment était trois ou quatre fois plus considérable.

M. CAZEAUX rappelle qu'à une certaine époque on a beaucoup blâmé Lisfranc pour la facilité avec laquelle il se décidait à amputer le col; on l'accusait de faire cette grave opération pour des affections curables, pour de simples ulcérations. Depuis quelques années, on avait pris le sage parti de la réserver pour les cas extrêmes. M. Cazeaux craint que la nouvelle méthode de M. Chassaignac, en diminuant les dangers de cette opération, ne dispose les chirurgiens à y recourir sans nécessité absolue. Il se demande, par exemple, si la malade de M. Robert n'aurait pas pu être guérie par de simples cautérisations au fer rouge. M. Cazeaux croit devoir faire, en terminant, une rectification anatomique. On vient de parler de l'amputation du col au-dessous de l'insertion du vagin. Mais il n'y a rien au-dessous de cette insertion. La paroi du vagin ne fait que s'appliquer à la surface du col, et elle descend jusqu'à l'ouverture du museau de tanche. Par conséquent, toutes les fois qu'on coupe le col utérin à une hauteur quelconque, on coupe nécessairement la paroi vaginale.

M. HUGUIER proteste contre ce qu'on vient de dire de la gravité de l'amputation du col utérin par l'instrument tranchant. On parle des hémorrhagies, des métro-péritonites. M. Huguier a pratiqué très-souvent cette opération, et il n'a jamais vu ni péritonite ni métrite. Il répète avec insistance que ces accidents ne se sont pas présentés à lui une seule fois sur un nombre très considérable d'opérations. Le procédé de Lisfranc, dont le premier temps est l'abaissement forcé, expose, il est vrai, à de graves dangers; mais il y a longtemps que Dupuytren a posé en principe qu'il fallait se dispenser de cette manœuvre. M. Hu-

guier, pour sa part, y a complétement renoncé. Il ampute le col sur place, au fond d'un spéculum, et c'est à ce procédé qu'il attribue les heureux résultats de sa pratique. M. Cazeaux parlait tout à l'heure de détruire les tumeurs du col au moyen du cautère actuel; mais la cautérisation au fer rouge, suivant M. Huguier, est plus grave que l'amputation du col.

M. Cazeaux a ajouté que la portion sous-vaginale du col n'existe pas; c'est une subtilité anatomique; la paroi vaginale peut se réfléchir ou se prolonger sur le col sous forme d'une muqueuse mince et adhérente. Cela n'empêche pas le col utérin de faire dans la cavité du vagin une saillie limitée en haut par une rigole circulaire qui correspond à l'insertion supérieure du vagin. C'est cette saillie que tout le monde appelle la portion sous-vaginale du col.

M. CHASSAIGNAC a plusieurs fois reconnu au moyen de toucher, immédiatement après l'amputation par écrasement, que la section du côté de l'utérus est tout à fait transversale. M. Robert a dit que l'abaissement forcé était peut-être plus nécessaire pour placer la chaîne de l'écraseur que pour faire l'amputation par l'instrument tranchant; M. Chassaignac a vu précisément le contraire. La cautérisation actuelle, que M. Cazeaux préconise, est un procédé de destruction presque illusoire; elle n'enlève chaque fois qu'une lamelle de tissu presque aussi mince qu'une feuille de papier. Le caustique de Filhos produit des eschares bien plus épaisses; mais il a de nombreux inconvénients, entre autres, celui d'agir aveuglément sans qu'on puisse savoir exactement où il s'arrête.

M. Chassaignac n'a pas bien compris la portée de l'argument de M. Cazeaux relativement à l'insertion du vagin sur le col. Les anatomistes peuvent dire tout ce qu'ils voudront sur le col et sur le vagin; il suffit que les chirurgiens s'entendent sur ce que tout le monde appelle le vagin et sur ce que tout le monde appelle le col.

M. ROBERT s'étonne que M. Huguier nie la gravité de l'amputation du col par l'instrument tranchant. C'est sans doute parce qu'il a presque toujours pratiqué cette opération pour guérir des prolapsus. M. Robert ne l'a faite qu'une seule fois dans de pareilles conditions, et son opérée est morte de métro péritonite; mais il reconnaît que l'absence de lésion organique diminue singulièrement la gravité de l'amputation du col. L'utérus, en effet, étant abaissé, et le col simplement hypertrophié et allongé, on peut se dispenser du temps de l'abaissement forcé, ou se contenter du moins de tractions légères. Puis, les conditions de vascularité étant à peine modifiées, les chances de l'hémorrhagie sont peu considérables. Mais lorsqu'on ampute le col pour des tumeurs, des fongus, des cancers, etc., il n'en est plus de même; on ne peut se dispenser d'abaisser l'utérus afin de pouvoir dépasser les limites du mal, et le développement des vaisseaux expose à des hémorrhagies formidables, que le cautère actuel même n'arrête pas toujours: c'est ce qui rend l'amputation du col au bistouri si dangereuse. Sur 12 femmes que M. Robert a soumises à cette opération, il n'en a pas perdu moins de 8. Sous le rapport de l'opportunité de l'amputation du col, on peut rassurer M. Cazeaux; il craint qu'on n'abuse de cette opération, maintenant que grâce à l'écrasement linéaire elle est devenue moins grave: c'est une supposition toute gratuite. Quant à la cautérisation actuelle, qui, selon M. Cazeaux, est préférable à l'amputation du col, c'est un moyen très-peu efficace, qui ne détruit chaque fois qu'une couche fort mince, et qui est plutôt destiné à arrêter les hémorrhagies ou à modifier les tissus qu'à détruire les tumeurs.

M. VOILLEMIER s'étonne que M. Huguier ait guéri toutes ses opérées, tandis que M. Robert en a perdu 8 sur 12, et M. Demarquay trois sur trois dans les opérations qu'il a faites avec l'instrument tranchant. On ne peut invoquer les succès de Lisfranc, car le livre de Pauli a montré ce qu'il fallait croire de ces prétendues guérisons. Les succès constants de M. Huguier tiennent sans doute à la nature des maladies pour lesquelles il ampute le col, car, ainsi que M. Robert vient de le dire, il n'y a aucune comparaison à établir entre une opération pratiquée pour un prolapsus ou pour une hypertrophie simple, et une opération pratiquée pour un cancer ou pour toute autre lésion organique. M. Huguier croit à tort que Dupuytren amputait le col sur place; c'est une erreur, car ce chirurgien abaissait l'utérus avant de l'exciser.

Revenant à la question de l'écrasement linéaire, M. Voillemier s'explique très-bien la forme curviligne de la section, et l'excavation du segment enlevé par M. Robert. L'écraseur coupe d'abord les fibres de dehors en dedans en r sant les érignes, qui ne pénètrent qu'à une petite profondeur; dès que le niveau des érignes est dépassé, la chaîne glisse lentement de haut en bas en coupant les fibres profondes. On pourrait, du reste, remédier à cet inconvénient en implantant de grandes érignes jusqu'au centre du col utérin.

M. HUGUIER a amputé le col treize fois pour des prolapsus, quatre fois pour des hypertrophies simples avec allongement, sans compter les cas *plus nombreux* où il a pratiqué cette opération pour des cancers, des fongus, ou pour toute autre lésion organique; il n'a pas perdu une seule de ses opérées. On parle de la possibilité d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du péritoine; cela est arrivé une fois à M. Robert, mais c'est une exception. M. Huguier n'a jamais eu cet accident, qui ne s'est pas présenté non plus dans la pratique de Lisfranc. On vient de mettre en doute les succès annoncés par ce chirurgien; on l'a accusé d'avoir donné comme guéries beaucoup de malades qui avaient succombé, et pour preuve on a cité à tort l'ouvrage de Pauli. — Pauli n'a pas dit que Lisfranc eût perdu beaucoup de malades des suites de l'opération; il a dit, ce qui est plus grave, que ce chirurgien faisait des opérations tout à fait inutiles pour des affections légères et faciles à guérir.

M. CAZEAUX, répondant à MM. Chassaignac et Robert, reconnaît que le fer rouge ne produit que des eschares assez minces; mais en réitérant souvent cette application, on peut parvenir à détruire des tumeurs même volumineuses. M. Cazeaux y est parvenu plusieurs fois. Il ajoute que ce qu'il a dit relativement à l'insertion du vagin n'est point une subtilité anatomique; que cette insertion a lieu à la partie la plus inférieure du col, sur l'orifice du museau de tanche, et que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants le col utérin ne fait quelquefois aucune saillie vers le vagin.

M. HUGUIER ne saisit pas le rapport qu'il peut y avoir entre ce détail et la question de l'amputation du col. Il est clair, en effet, que quand le col est effacé on ne l'ampute pas.

M. FORGET a été l'élève et l'ami de Lisfranc, et ne peut laisser passer sans réponse ce qui vient d'être dit sur la pratique de ce chirurgien. Il a assisté de près aux débats qui eurent lieu il y a une quinzaine d'années, sur l'amputation du col. Ce n'était pas la valeur relative de tel ou tel procédé opératoire qui était alors en litige, mais bien l'opportunité même de l'opération et son degré d'utilité comme moyen curatif du cancer utérin. On accusait Lisfranc de faire cette grave opération pour les affections les plus simples et dans des cas qui auraient pu guérir autrement, et on cherchait les preuves de cette accusation dans l'ouvrage de Pauli, un de ses élèves devenu son ennemi. Pourtant la polémique n'alla jamais jusqu'à reprocher à Lisfranc d'amputer le col, comme on le fait aujourd'hui, pour des prolapsus ou pour de simples hypertrophies. M. Forget, en qualité d'aide, a assisté Lisfranc dans un grand nombre d'opérations, et il n'a jamais vu couper par lui que des cols gravement malades, considérés alors comme cancéreux. Etaient-ce toujours de vrais cancers? Il est permis d'en douter, puisque plus d'une fois la guérison a été définitive. Ces cas heureux étaient sans doute relatifs à des affections épithéliales ou à toute autre production non cancéreuse. Mais du temps de Lisfranc, ces distinctions n'étaient pas encore établies. Il agissait de bonne foi, et il croyait guérir des cancers utérins, comme M. Robert le croirait lui-même pour la malade qu'il vient d'opérer, si l'examen microscopique fait par M. Verneuil n'avait éclairé son diagnostic. Les progrès récents de l'anatomie pathologique nous ont appris qu'il y a des différences d'organisation, de structure et de vitalité entre les diverses productions morbides qu'on considérait auparavant comme cancéreuses. Lisfranc se trompait donc, mais il se trompait de bonne foi, et il ne fut pas le seul; car plusieurs autres chirurgiens, partisans comme lui de l'amputation du col, croyaient aussi guérir les cancers de l'utérus.

Ce fut le point de départ d'un malentendu interminable entre ces chirurgiens et leurs adversaires, qui, envisageant sous un point de vue général les affections cancéreuses, en niaient avec raison la curabilité. Ainsi, M. Forget est convaincu qu'une femme opérée en 1837 par Lisfranc, devenue enceinte depuis, et toujours parfaitement guérie, était atteinte d'une affection non cancéreuse du col utérin; et il en dit autant d'une autre femme qu'il a pu suivre pendant six ans après l'opération, et qui n'a pas eu de récidive. Dans ces deux cas, le col était fongueux, ramolli, ulcéré, mais médiocrement volumineux, et M. Forget ne doute pas que l'amputation eût pu être remplacée avantageusement par la cautérisation actuelle, dont Lisfranc exagérait outre mesure les dangers, et qu'il repoussait systématiquement. Mais ces cas douteux, ajoute M. Forget, furent exceptionnels. Le plus souvent l'amputation fut faite pour des altérations profondes et malignes du col utérin. Aussi, le bénéfice de l'opération, s'il y en eut, fut généralement de courte durée, et les malades que M. Forget a pu suivre, à l'exception des deux précédentes, succombèrent à des récidives.

Passant à un autre point, M. Forget se demande si la méthode de l'écrasement linéaire met toujours à l'abri de l'hémorrhagie. Lorsque le col est très-vasculaire et très-fongueux, lorsque la tumeur est très-volumineuse, les artères utérines atteignent un volume considérable, et il est douteux que l'écraseur puisse les diviser impunément. Chez une femme que Lisfranc opéra dans la rue Saint-Paul, ces vaisseaux étaient tellement volumineux, que le sang jaillit avec une force incoercible, et que l'opérée mourut entre les mains du chirurgien. C'est, du reste, le seul cas d'hémorrhagie grave que M. Forget ait vu dans la pratique de son maître.

En terminant, il fait remarquer que la question importante dans l'étude du cancer du col utérin, n'est pas de savoir si tel procédé opératoire convient mieux que tel autre, mais bien s'il y a lieu, dans l'intérêt des malades, de pratiquer l'opération d'une manière quelconque.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Hernie dans la tunique vaginale. — M. RICHET, à propos des contestations qui se sont récemment élevées dans la Société sur le siége des hernies dites congéniales, présente des pièces provenant d'un malade qui a succombé à l'hôpital Saint-Louis, après avoir été opéré *in extremis* par M. A. Guérin. On n'a pu avoir que de très-vagues renseignements sur cette hernie; on a su seulement qu'elle existait depuis longtemps, et qu'elle s'était étranglée depuis plusieurs jours. M. Guérin, après l'incision du sac, reconnut que l'intestin était en contact avec le testicule. Il y avait à la partie supérieure du sac une anse sphacélée. L'opéré mourut deux heures après. A l'autopsie, on a reconnu que le débridement avait porté sur le collet du sac, et que la hernie était bien réellement située dans la tunique vaginale. Le conduit vagino-péritonéal est, du reste, très-étroit; le collet est situé à sa partie supérieure.

Fracture spontanée d'un os cancéreux. — M. RICHET présente ensuite le fémur d'une femme cancéreuse morte à l'hôpital Saint-Louis. Cette femme, âgée de quarante-cinq ans, éprouvait de très-vives douleurs dans la cuisse. Un jour, en se retournant dans son lit, elle se fractura le col du fémur. Soupçonnant dès lors l'existence d'un cancer, M. Richet examina la malade et découvrit dans le sein une tumeur dont celle-ci n'avait pas parlé. A l'autopsie, on a trouvé au centre du col du fémur, au niveau de la fracture, une tumeur grosse comme une petite noix, dont la nature cancéreuse a été reconnue au microscope.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, P. BROCA.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Warmont; *Recueil d'observations rares de médecine et de chirurgie*, par le docteur Pierre de Marchettis, professeur à l'Université de Padoue, traduit en français et précédé d'une étude historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur.

Briand-Durocher, né à Angers (Maine et-Loire); *De la dyspepsie.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite des concours qui viennent d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, M. Castan a été nommé chef de clinique médicale, et M. Alphonse Jaumes chef de clinique chirurgicale.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

Suivant l'exemple des médecins de Lyon, mais plus heureux encore que nous relativement au résultat obtenu, plusieurs membres de l'Association médicale de Loir-et-Cher ont intenté un procès en dommages-intérêts à deux individus exerçant illégalement la médecine, lesquels ont été condamnés par le tribunal de Blois à 300 fr. de dommages en faveur des confrères qui s'étaient portés partie civile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tons les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, par M. F. W. DE SCANZONI, professeur d'accouchement et de gyrécologie à l'université de Wurzbourg, traduit de l'allemand et annoté sous les yeux de l'auteur par les docteurs H. DOR et A. SOCIN, avec figures intercalées dans le texte. Un vol. in-8° de XII-564 pages. Prix : 8 francs. Paris, 1858, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 78. — MARDI 6 JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 78. — MARDI 6 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 5 juillet 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Magne a lu dans cette séance un intéressant mémoire sur la diphthérite conjonctivale, ou ce qu'il appelle par analogie le croup conjonctival; affection très-peu connue, et dont il n'existerait, suivant lui, qu'un très-petit nombre d'exemples dans la science. Il en rapporte, dans son mémoire, quatre cas, dont trois observés par lui, et un par M. le docteur Lequoy. On trouvera ces faits plus loin, ainsi qu'un court résumé du mémoire.

M. Colin (d'Alfort), continuant ses recherches sur l'origine du sucre de l'économie, contradictoirement à la théorie glycogénique de M. Bernard, a communiqué un nouveau mémoire dans lequel il expose de nouveaux faits et de nouvelles expériences à l'appui de l'opinion que la glycose se forme dans les parois intestinales. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'énoncé des propositions qui résument l'ensemble de ce travail.

Nous signalerons également les conclusions d'un nouveau travail de M. Puech sur un point d'anatomie pathologique se rattachant à l'histoire des collections sanguines du petit bassin, qui sont en ce moment l'objet d'une étude et d'une attention toute particulière. Nous publierons aussi dans un prochain numéro une note que M. Puech nous a transmise directement, et qui vient à l'appui des opinions récemment professées par M. Trousseau sur ce sujet. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Beau.

De la clinique en général et de la pratique nosocomiale comparée à la pratique civile.

Les cliniques proprement dites ne furent instituées en France que vers la fin du siècle dernier. Depuis longtemps déjà plusieurs cliniques avaient été fondées, parmi lesquelles deux surtout jetaient un vif éclat : celle de Leyde, illustrée par Sylvius de Boë, qui professait vers la fin du dix-septième siècle, et la clinique de Vienne, fondée par l'impératrice Marie-Thérèse, et qui dut principalement sa réputation aux leçons de Van Swieten et de Stohl.

Le médecin Desbois de Rochefort fonda à Paris, vers la fin du dernier siècle, la première clinique qui ait existé en France. Cet exemple fut bientôt suivi, et l'on sait tout l'éclat que Corvisart et Laënnec surent donner à leur enseignement.

Chez les anciens et au moyen âge, la clinique nosocomiale n'existait pas. Les médecins en réputation se rendaient chez leurs malades suivis de leurs élèves, dont le nombre était en rapport avec le mérite ou la vogue du professeur. Martial fait allusion à cet usage dans l'une de ses épigrammes, dirigée contre Symmachus, médecin fort considéré de cette époque :

> Languebam; sed tu comitatus protinus ad me
> Venisti centum, Symmache, discipulis.
> Centum me tetigere manus aquilone gelatæ;
> Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

Cette espèce de clinique civile, que remplace aujourd'hui complétement la clinique nosocomiale, avait sur elle plus d'un avantage. De nos jours, c'est à l'hôpital que se fait une éducation médicale. A part quelques jeunes médecins privilégiés et qui peuvent mener de front dès leurs débuts la pratique civile et celle des hôpitaux, cette dernière est la seule que puisse aborder la majorité des étudiants. Or, ces deux pratiques diffèrent sous beaucoup de rapports. La nature, la marche, les symptômes, le pronostic des maladies, varient suivant le milieu où on les observe. Ce sont ces différences dont nous voulons aujourd'hui vous donner un aperçu.

Tout d'abord il est certaines affections qu'on rencontre à chaque pas chez les malades de la ville, et dont les hôpitaux ne nous offrent d'exemples que de loin en loin; ainsi, la goutte et la colique néphrétique qui lui touche de si près. Certaines maladies se manifestent sous forme d'accès de courte durée et d'intensité médiocre; l'asthme dit essentiel quand il est modéré, la migraine, une foule de névralgies mal dessinées, n'apparaissent que de loin en loin dans les salles d'hôpital.

Par contre, la pratique nosocomiale est riche d'affections presque inconnues au dehors. La pourriture d'hôpital s'observe bien rarement hors des services. Tout le monde connaît les effets de la réunion d'un certain nombre de malades sur les affections des enfants. Le muguet, si meurtrier à l'hôpital des Enfants-Trouvés, est une maladie presque insignifiante chez les enfants de la ville. De même pour les ophthalmies. Tous les médecins de l'hôpital des Enfants ont noté avec quelle facilité déplorable certaines affections, particulièrement les fièvres éruptives, menaient à la tuberculisation.

Dans les hôpitaux, il y a une tendance marquée aux complications. Vous avez vu dans nos salles une jeune fille entrée pour une fièvre typhoïde, et qui fut prise dans la convalescence d'une variole, à laquelle succéda un érysipèle ambulant. Il nous serait facile de multiplier les exemples. Enfin, les convalescences sont beaucoup plus difficiles.

Quoi de plus obscur que l'étude des causes dans nos hôpitaux? Quels renseignements tirer d'un malade dont l'intelligence, le plus souvent peu développée, est encore affaiblie par les influences morbides, l'étonnement que lui cause la visite, le peu de confiance qu'il a dans un médecin inconnu?

En ville, les renseignements abondent, confus le plus souvent, mais toujours assez nombreux pour qu'on puisse y démêler ceux qui ont une véritable valeur.

La pathologie actuelle reflète ce *desideratum* de la pratique nosocomiale. L'étiologie n'y occupe qu'une place insignifiante. Plusieurs auteurs, s'appuyant sur des statistiques, ont voulu relever cette partie de la nosologie; mais ces statistiques ellesmêmes, recueillies dans les hôpitaux, sont nécessairement incomplètes.

Baillou, Sydenham, Fernel, qui pratiquaient exclusivement en ville, attribuaient aux causes une toute autre valeur, surtout dans l'étude des affections chroniques. Ils en tiraient pour le traitement de précieux renseignements. Aussi, dans tous leurs ouvrages, le chapitre de l'étiologie montre-t-il combien ils appréciaient ce célèbre principe : *Sublatâ causâ tollitur effectus.*— La symptomatologie elle-même ne souffre pas moins de l'ignorance presque absolue où nous nous trouvons sur les antécédents des malades. Ce sont le plus souvent pour nous de véritables oiseaux de passage, et maintes fois il nous arrive de prendre pour un symptôme de maladie une simple idiosyncrasie. Comment apprécier, dans certains cas, si un malade a de la fièvre, quand on n'aura pour se guider que l'état du pouls? Ira-t-on consulter les moyennes? Mais qui vous assurera que le malade n'est pas précisément un des extrêmes? Un exemple entre mille : Un homme est pris de péritonite à la suite d'une blessure reçue en duel. Un médecin appelé compte 80 pulsations, et porte un pronostic favorable. Le médecin habituel, connaissant le malade, et sachant que chez lui le pouls ne dépassait pas normalement 50 pulsations, reconnaît de la fièvre et porte un pronostic tout différent, et qui se trouve malheureusement justifié par la mort du blessé.

Beaucoup de malades atteints d'affections chroniques se croient intéressés à dissimuler leur amaigrissement. Il est important souvent de savoir si un malade a dépéri, et s'il ne cache pas la vérité.

Un malade se présente à nous avec un facies hippocratique. Bien que nous ne constations qu'un rhumatisme, l'aspect de la physionomie nous fait craindre quelque complication grave et dont les symptômes nous échappent. Nous portons un pronostic très-fâcheux. Le malade guérit, conservant ce singulier facies qui était sa physionomie habituelle. Supposez que ce malade ait eu du délire, et notre diagnostic était complétement dérouté.

Dans ces derniers temps, M. le docteur Voillez a publié des recherches étendues sur les saillies thoraciques physiologiques. Il résulte de ce travail que le thorax est rarement symétrique, et présente des inégalités de développement. Or il importe au médecin de connaître la conformation physiologique de son malade; sinon il lui arrivera nécessairement de regarder comme accidentelles ou morbides des saillies physiologiques ou normales.

En ville, toutes ces méprises seraient beaucoup plus rares. On connaît ses malades; on obtient des parents, surtout pour les enfants, non-seulement des renseignements sur les antécédents, mais encore les observations les plus minutieuses sur tout ce qui est arrivé au malade, dans l'intervalle des visites, sur les effets de la médication. Les moindres phénomènes sont notés avec soin, précisés avec une scrupuleuse exactitude.

L'auscultation se pratique mieux en ville. A deux reprises, j'ai constaté, chez des malades de ma clientèle, le gargouillement des cavernes et le tintement métallique, entendus à distance. Dans ces deux cas, la mère des malades avait la première constaté le phénomène.

Il est certains symptômes que vous observerez de préférence à l'hôpital. Ainsi, la pulvérulence des narines, qui tient uniquement à l'immobilité du malade, s'observe rarement en ville, où il est essuyé, nettoyé à chaque instant.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y a toujours une exacerbation que l'on constate à la visite du lendemain. Il est rare que le malade dorme la première nuit de son séjour dans nos salles. Le changement d'habitudes, la crainte d'un traitement douloureux, l'émeuvent plus ou moins. Vous me voyez souvent demander si un malade a dormi la nuit; c'est que presque toujours c'est là pour moi une circonstance des plus favorables.

Notons enfin la déplorable et inévitable influence que cause sur le malade la mort de son voisin, souvent affecté d'une maladie identique. Que de fois n'avons-nous pas vu un événement de cette nature déterminer des exacerbations, du délire ou une rechute, surtout sur les jeunes sujets?

Tout a été dit sur l'encombrement. Je ne suis cependant pas partisan de l'isolement absolu du malade, et j'ai vu à la Maison de santé, où j'ai fait momentanément le service chez les malades occupant des chambres séparées, de plus graves symptômes que chez ceux qui se trouvaient réunis en petit nombre dans la même salle.

Jusqu'ici tout est en faveur de la pratique civile. On ne doit pas cependant méconnaître un avantage incontestable de la pratique des hôpitaux, c'est, du moins habituellement, l'exactitude dans l'exécution des prescriptions.

Quant à la thérapeutique, à côté d'inconvénients nombreux, nous trouvons, on doit le dire, dans les hôpitaux de sérieux avantages. Ce n'est certes pas chose indifférente pour un malade malheureux et privé de tout, que de passer d'une chambre obscure et froide, d'un lit dur et souvent à peine garni, dans une salle chauffée, bien aérée, sur un lit propre et convenablement garni. Vous verrez maintes fois des malheureux atteints de catarrhe chronique avec fièvre, toux opiniâtre, anorexie complète, éprouver au bout de quelques jours une amélioration notable qu'ils ne doivent qu'au changement de conditions hygiéniques et surtout de régime alimentaire.

Nous avons reçu l'année dernière une jeune fille phthisique atteinte de gangrène pulmonaire avec pneumo-thorax, et qu'un bon régime avait mise au bout de quelque temps en état de sortir de l'hôpital, sinon guérie, au moins très-améliorée.

Le malade a donc tout à gagner dans certaines conditions au séjour de l'hôpital; et cependant l'ignorance où se trouve le médecin des idiosyncrasies, du tempérament des sujets, peut donner lieu à de fâcheuses méprises. Tel malade ne supporte pas les saignées, tel autre les vomitifs; et dans ces cas on serait heureux d'être prévenu par des renseignements que le malade luimême ne peut souvent donner.

Enfin, on n'a que des données très-incomplètes sur les phénomènes de la convalescence. On ne peut pas, le plus ordinairement, suivre un malade, s'assurer de sa guérison définitive.

Sous ce rapport, le nouvel asile offert aux convalescents comblera en partie cette lacune, et permettra probablement d'élucider avec plus de soin cette partie aujourd'hui encore si négligée des études pathologiques. P. B.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Du croup des paupières ou diphthérite conjonctivale.

Par M. le docteur Magne.

Obs. I. — Le 19 juillet 1853, je suis appelé en toute hâte par mon honorable confrère et ami M. le docteur Eug. Duvivier, chez Mme H..., passage Choiseul, 67.

La fille de cette dame, jeune enfant de quatre ans environ, jouissant d'une parfaite santé, mais d'une constitution légèrement lymphatique et n'ayant jamais eu mal aux yeux, était sortie le jour même, comme d'ordinaire, à midi, pour aller jouer aux Tuileries; elle était gaie et

bien portante. Tout à coup, vers deux heures, elle se plaint à sa bonne de ne pouvoir ouvrir l'œil gauche; celle-ci aperçoit une toile qui masque la cornée, et, très effrayée, ramène l'enfant à sa mère. Il est trois heures et demie quand je vois la malade pour la première fois; une heure et demie s'est donc écoulée depuis l'invasion de la maladie. Voici ce que je constate : Œil droit à l'état normal; œil gauche, aucune rougeur, aucun gonflement apparent. Les paupières ne s'ouvrent qu'à demi et avec effort; moi même j'essaye inutilement de les écarter, elles sont soudées par une toile qui recouvre également la cornée. Cette toile, cette fausse membrane, ressemble à un fragment très-mince de baudruche; elle en a la couleur, et permet de voir, comme à travers une gaze, la cornée, l'iris, la pupille, qui n'ont subi aucune modification. Tendue et lisse quand les paupières sont entr'ouvertes, la fausse membraue se plisse et fait saillie au dehors si les voiles palpébraux se rapprochent; adhérant à la muqueuse palpébrale jusqu'au bord ciliaire, elle semble avoir quelques points de contact avec la cornée, qui néanmoins n'a rien perdu de sa transparence.

Depuis plus de vingt ans que je m'occupe d'ophthalmologie, jamais affection de cette nature ne s'était présentée à mon observation; je fus on ne peut plus surpris, cherchant vainement à me rendre compte et de la nature de cette membrane transparente et de sa rapide organisation, et des circonstances dans lesquelles s'était formée cette inflammation apparente, sans rougeur visible des paupières à l'extérieur, sans sécrétion d'aucune sorte, et occasionnant cependant à la petite malade une douleur aiguë. Il n'y avait pas à hésiter. Les paupières étant à demi-closes et la fausse membrane donnant assez de prise pour ne pas exposer l'instrument à glisser, je la saisis à l'aide d'une pince à disséquer, et l'enroulant doucement autour de la pince, je l'enlevai en exerçant d'assez fortes tractions; la pince saisissant la fausse membrane produisit un léger bruit comme si j'eusse froissé un morceau de baudruche. La petite malade poussa un cri, et une assez grande quantité de sang coula pendant plusieurs minutes. Des injections d'eau froide furent dirigées entre les paupières, et nous permirent de voir les conjonctives oculo-palpébrales rouges et gonflées; la cornée elle-même avait une teinte légèrement obscure qui annonçait un début d'inflammation. Nous prescrivîmes la diète, un lavement purgatif et l'application en permanence sur l'œil de compresses imbibées d'eau glacée. A notre visite du soir, même état, mêmes douleurs oculaires; le globe est à peine rouge; les paupières seules sont injectées.

Le lendemain 20 juillet au matin, nous trouvons, mon confrère Duvivier et moi, les paupières gonflées comme dans l'ophthalmie purulente; en les écartant, nous donnons issue à une grande quantité de liquide puriforme; la cornée a blanchi, surtout au centre; les couches superficielles commencent à se ramollir et à se plisser légèrement. La mère de la malade, à qui nous n'avions pu donner un espoir que nous n'avions pas nous-mêmes eu égard à l'étrangeté du cas, avait passé la nuit à recouvrir l'œil de compresses imbibées d'eau glacée. — Traitement : 6 sangsues derrière l'oreille droite, instillations d'extrait sirupeux de belladone une fois par jour; injections de demi-heure en demi-heure entre les paupières d'un collyre contenant 10 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé sur 30 grammes d'eau distillée. Laver souvent les paupières avec de l'eau de fleurs de sureau. Eviter avec soin pour l'œil droit le contact du liquide sécrété du côté gauche. Nous pratiquons nous-mêmes la première injection de collyre, et l'organe ainsi nettoyé nous trouvons les conjonctives oculaires boursouflées, fendillées, et offrant en plusieurs endroits des débris de fausses membranes très-adhérentes, et qu'il est impossible de détacher. Cautérisation des conjonctives palpébrales à l'aide d'un crayon d'azotate d'argent fondu.

Le 21, les paupières ont encore augmenté de volume; elles sont lisses et tendues extérieurement, l'inflammation conjonctivale a gagné tout le globe oculaire, de nouveaux débris de fausses membranes d'un blanc grisâtre tapissent les conjonctives palpébrales; commencement de chémosis; la cornée offre une ulcération centrale; la sécrétion est moins épaisse et moins abondante; la joue et la tempe sont le siége d'un érythème. — Instillations belladonées, un large vésicatoire volant à la nuque; purgation avec le calomel, bains de pieds; applications de glace en permanence. Injections d'un collyre d'azotate d'argent cristallisé dans les proportions de 20 centigrammes pour 30 grammes d'eau; les injections n'auront lieu que d'heure en heure; enduire de cérat les parties malades extérieures. La fièvre étant peu intense, nous permettons du lait coupé et un échaudé.

Le 22 et le 23, à peu près même état, même traitement, moins la purgation; injections alternatives d'eau de fleur de sureau et de collyre à l'azotate d'argent.

Le 25, la cornée semble se nettoyer, mais la conjonctive oculo-palpébrale est toujours tendue et gonflée; l'iris lui-même semble vouloir participer à l'inflammation par une légère modification dans sa couleur. Néanmoins, grâce à la belladone, la pupille est toujours largement dilatée. La sécrétion a singulièrement diminué. Nous décidons alors, M. Duvivier et moi, de revenir à une application de sangsues, d'employer le calomel à doses fractionnées, et de faire des frictions sur le pourtour de la base de l'orbite avec l'onguent napolitain belladoné; cependant, avant d'agir je propose d'appeler en consultation M. Sichel. Cet honorable et savant confrère partage notre opinion; il retrouve sur les conjonctives palpébrales de nouveaux fragments de pseudo-membranes, et nous dit que dans sa pratique il n'a rencontré que deux cas analogues à celui qui nous occupe. Le calomel à dose fractionnée fut donné pendant trois jours, les frictions furent faites pendant deux semaines. Un vésicatoire volant appliqué derrière l'oreille, les instillations belladonées, les injections du collyre à l'azotate d'argent cristallisé deux fois par jour; la cautérisation des pseudo-membranes avec la pierre divine complétèrent le traitement.

A dater du 31 juillet, nous ne vîmes plus reparaître les fausses membranes; tous les symptômes cédèrent peu à peu, la cornée seule demeurant le siége de l'inflammation, et le 8 août la petite malade se trouvait assez bien pour que sa mère l'amenât à ma consultation.

Etat au 8 août. — Les paupières sont à peine rosées, l'ulcération cornéenne est cicatrisée, mais il existe un albugo qui recouvre la presque totalité de la cornée : la petite malade ne distingue la lumière qu'en regardant de côté. Un emplâtre perpétuel de Janin derrière l'oreille gauche; instillations du collyre à l'azotate d'argent tous les soirs; et comme la constitution est faible et lymphatique, sirop d'iodure de fer, amers, viandes noires grillées, bains d'eau salée.

L'œil est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant. L'ancienne ulcération de la cornée est remplacée par un léger néphélion qui ne gêne pas la vision.

Obs. II. — Le 13 juillet 1855, notre honorable confrère et ami M. le docteur Cerise nous adresse le jeune X.... atteint depuis deux jours d'une maladie aiguë. C'est un garçon de deux ans, assez robuste, quoique légèrement lymphatique. L'œil droit est sain. Quant à l'œil gauche, il existe un tel gonflement des paupières, que je parviens à grande peine à entrevoir le globe oculaire. La cornée offre un commencement de ramollissement, et les conjonctives palpébrales sont recouvertes de couennes blanchâtres, épaisses, adhérentes.

La diphthérite était facile à reconnaître; je n'hésite pas à gratter, à ruginer, pour ainsi dire, les muqueuses palpébrales, que je touche dans toute leur étendue avec un crayon de pierre divine. Je prescris des injections d'heure en heure de collyre au nitrate d'argent, et le soir même je revois le malade, assisté de M. le docteur Cerise.

Les fausses membranes se sont déjà renouvelées; nous cautérisons de nouveau, après avoir enlevé les débris les moins adhérents. Une application de sangsues, le calomel à l'intérieur à dose fractionnée, le collyre injecté et des applications de compresses imbibées d'eau froide, constituent le traitement.

L'enlèvement des couennes et la cautérisation durent être pratiqués tous les jours pendant sept jours, et le 3 août l'enfant ne présentait plus de trace de l'inflammation kérato-conjonctivale.

Mais ce qu'il importe de constater, c'est qu'ici la diphthérite n'a pas été une maladie locale; la masse du sang participait à la disposition particulière qui engendre ces fausses membranes. Un petit vésicatoire fut appliqué derrière l'oreille gauche; ce vésicatoire devint douloureux; la plaie s'étendit, se couvrit de couennes dures et grisâtres, et laissa suinter une sérosité fétide. Malgré tout le soin que nous eûmes d'enlever les fausses membranes à mesure qu'elles se formaient et de cautériser chaque fois à l'aide de l'azotate d'argent, le vésicatoire, triplé de volume, mit près de deux mois à guérir, et laissa une cicatrice analogue à celles des brûlures qui ont détruit le derme.

Obs. III. — Un jeune enfant m'est adressé dernièrement par mon honorable confrère et ami M. Baret. Cet enfant présente non-seulement de la diphthérite de la conjonctive, mais encore des plaques gangréneuses des paupières supérieures et inférieures du côté gauche. Déjà des injections et des cautérisations ont été pratiquées par M. Baret; je m'associe à la thérapeutique de notre confrère, et je conseille de fréquents lavages avec une décoction de quinquina.

Chez cet enfant, les paupières étaient considérablement infiltrées, l'inflammation était extrême; sans tirailler même les fausses membranes, et rien que dans l'acte de retourner les paupières, le sang coulait aisément. Nous eûmes recours, sur la proposition de M. Baret, au chlorate de potasse à l'intérieur et en injections, et sous l'influence de ce traitement la diphthérite se modifia tellement qu'au bout d'une dizaine de jours les paupières avaient repris l'état normal. Un chémosis que nous avions constaté au début et un commencement de kératite ulcéreuse disparurent aussi sans laisser de traces.

Il est à remarquer que dans la maison habitée par le jeune malade qui fait le sujet de cette observation, et deux jours avant l'invasion de l'ophthalmie, une jeune enfant était morte atteinte d'une gourme, qui, ainsi que me l'écrit M. Baret, a pris en deux jours une teinte violacée et se recouvrit d'une couenne diphthéritique. On avait eu recours à l'isolement et à tous les soins de désinfection.

Nous ne devons pas oublier de signaler aussi chez ce jeune malade la présence de couennes derrière l'oreille, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion émise par nous, que la diphthérite de la conjonctive n'est pas une maladie purement locale.

Obs. IV. (Lettre de M. le docteur Lequoy). — Monsieur et honoré confrère, vous me demandez quelques détails sur l'ophthalmie de l'enfant D..., ophthalmie dont vous avez caractérisé plus tard la nature toute nouvelle quand l'enfant me fut présenté : l'œil gauche était gonflé et douloureux; d'après les renseignements l'enfant avait été pris de coryza, les larmes avaient coulé fortement, un prurit assez fort déterminait le petit malade à se frotter l'œil, ce qui évidemment avait augmenté le mal; il y avait un peu de photophobie; la cornée était saine, mais il y avait une sécrétion de la muqueuse palpébrale, qui amenait chaque matin l'agglutination des paupières. La conjonctive scléroticale était parsemée de quelques vaisseaux veineux, et profondément se laissait voir un rayon de vaisseaux artériels. Pour moi, il existait chez l'enfant une ophthalmie catarrhale, commune alors parmi les symptômes morbides auxquels on a donné le nom de grippe. Je prescrivis un collyre avec l'azotate d'argent (15 centigrammes pour eau 30 grammes) et des compresses avec l'infusion de thé. Je revis l'enfant le surlendemain, il n'y avait de changement qu'une sécrétion plus abondante de mucus et un gonflement notable de l'œil; deux jours après les parents effrayés conduisirent l'enfant chez vous, où vous me fîtes demander pour le voir avec vous. Il existait alors réellement une couche blanche, comme membraneuse, à la partie interne de la paupière supérieure; cette couche, difficile à enlever, laissait une surface rouge et saignante. Sans repousser le diagnostic d'une analogie de cette production morbide avec celle de l'angine, j'étais curieux d'en connaître plus intimement la nature; aussi le même soir, quand l'enfant revint chez moi, j'enlevai une petite portion de la pseudo-membrane, qui s'était déjà reformée, je la lavai sous un filet d'eau pour la débarrasser du muco-pus, et, placée entre deux verres, je l'examinai au microscope. J'y aperçus très-bien les filaments déliés ayant l'aspect de ceux de la fibrine. Une amplification plus grande (400 en D) me fit distinguer une assez grande quantité de globules blancs qui étaient comme intercalés entre les filaments.

Cette espèce de tissu n'avait pas une très-grande ténacité. Cette observation, toute incomplète qu'elle était, suffit pour me ranger de votre opinion sur la nature de la production morbide que nous avions sous les yeux et de son identité avec la couenne dans l'angine. Je donnai à l'enfant (ainsi que vous en aviez témoigné le désir d'expérimentation) 4 grammes de chlorate de potasse par jour à l'intérieur et solution du même sel pour lotions. Vous cautérisâtes chaque jour la muqueuse palpébrale avec la pierre divine. Cette muqueuse mise à nu était comme granulée, boursouflée. L'intérêt pour moi était de savoir quand et comment finirait cette affection. Quelques jours après, quoique le renouvellement continu de la couche membraneuse, le gonflement et même l'œdème de la paupière supérieure annonçassent bien que la maladie persistât, je fis au microscope un nouvel examen, qui ne me montra qu'un tissu fibrillaire très-délié et pareil au précédent. Le onzième jour je procédai à un nouvel examen du tissu morbide, qui ne présentait plus qu'une substance amorphe, et le lavage au pinceau ne me laissait sur le verre aucun filament.»

Cette observation coïncidait parfaitement avec l'amélioration survenue dans l'état de l'œil à cette époque, et la facilité que vous aviez à enlever les produits sécrétés. Quant au chlorate de potasse que nous avons expérimenté, je pense qu'on ne peut légitimement lui attribuer aucune des phases de l'amélioration survenue, ni la guérison de l'œil; l'enfant a pris en tout 40 grammes de chlorate en dix jours, et il n'a cessé que lorsque les nausées et le dégoût sont arrivés. L'amélioration de la maladie n'est survenue que le onzième jour; ordinairement les effets du chlorate de potasse comme antiplastique et antiseptique sont manifestés avant le cinquième; nous ne pouvons donc attribuer au chlorate aucune part dans la guérison de la maladie que nous avons eue à traiter, malgré l'analogie pathologique de cette maladie avec l'angine couenneuse. J'oubliais de dire que l'infiltration des paupières a été telle que deux fois nous en avons craint la rupture, et que deux fois il a fallu recourir à de profondes scarifications.

MÉMOIRE SUR LE CATHÉTÉRISME DE L'URÈTHRE
dans les cas difficiles.

Lu à la Société médicale du Panthéon par M. le Dr A. Mercier.

L'urèthre, dans l'état naturel, présente quelquefois des difficultés au cathétérisme contre lesquelles les traités classiques ne mettent pas suffisamment en garde; mais, comme il est extrêmement rare que ces difficultés constituent des obstacles sérieux, je ne m'en occuperai pas pour ne pas allonger démesurément cet article.

A l'état morbide, toutes les parties du canal peuvent présenter des obstacles; mais chaque région a son genre d'obstacle qui lui est propre et pour ainsi dire exclusif; de sorte que, connaissant le point où l'on est arrêté, on peut en conclure presque à coup sûr la nature de l'obstacle auquel on a affaire. Je ne parle, bien entendu, ni des cas de déchirures de l'urèthre, ni de ceux dans lesquels des difficultés nouvelles ont été créées, dans des tentatives antérieures de cathétérisme, par des mains inhabiles ou téméraires.

Dans la *région spongieuse*, il est extrêmement rare qu'on rencontre autre chose que des rétrécissements organiques.

Avant moi, on admettait des variétés assez nombreuses de rétrécissements organiques; mais j'ai démontré dans un premier travail sur ce sujet, publié au commencement de janvier 1839, qu'ils sont tous fibreux, soit qu'ils succèdent à une plaie de l'urèthre, et alors c'est un tissu de cicatrice, soit qu'ils résultent d'un travail inflammatoire, et alors c'est une partie ou la totalité de l'épaisseur des parois qui a été réduite à sa trame fibreuse par l'oblitération de ses capillaires, ou de ses cellules vasculaires, comme la veine enflammée qui finalement s'oblitère et se transforme en un simple cordon fibreux (*Gaz. méd.*, 1839, p. 262, et 1845, p. 148; *Rech. sur le trait. des mal. urin*, etc., p. 371, 1856).

Maintenant, que le rétrécissement se trouve plus ou moins profondément, que tantôt il corresponde à l'axe du canal et tantôt se trouve plus près d'une paroi que des autres points de la circonférence, que son calibre soit plus ou moins étroit, sa résistance et sa longueur plus ou moins grandes, ce sont là des questions que je suppose connues; aussi ne m'y arrêterai-je pas. Je dirai seulement que, par cela même que les rétrécissements sont fibreux, ils sont élastiques, c'est-à-dire dilatables et rétractiles comme les tissus fibreux.

Je suis du nombre de ceux qui pensent qu'il est excessivement rare de rencontrer des rétrécissements infranchissables. Depuis près de vingt ans, je n'en ai trouvé qu'un seul que je n'aie pu franchir, et encore cela tenait-il à ce que deux chirurgiens très-distingués qui m'avaient précédé avaient fait une fausse route qui me permettait d'arriver à 20 centimètres de profondeur (V. mes *Rech. sur le trait.*, etc., p. 7 et 394).

J'ai démontré que l'émission de l'urine n'est pas toujours en rapport avec le diamètre des rétrécissements, qu'il en est de très-étroits qui s'accompagnent d'un écoulement passable, tandis qu'il en est d'autres qui, peu prononcés encore, se compliquent à chaque instant de rétention complète. J'ai fait voir, en outre, que ces variations dépendent principalement du degré de spasme et de contracture survenus dans les parties profondes du canal.

En conséquence, je débute toujours par une bougie droite flexible et mousse. Les bougies coniques boutonnées imaginées par Lioult (*Rét. d'urine*, 3e édit., p. 53 et 54, 1824; la 1re édit. est de 1808), et pour l'invention desquelles un chirurgien a obtenu dernièrement un prix de l'Académie des sciences, conviennent parfaitement : si un instrument de ce genre, même petit, passe, on a tout lieu d'espérer qu'un autre un peu plus fort pénétrera sans difficulté soit immédiatement, soit le lendemain.

Si une fine bougie olivaire ne passe pas, j'en essaye de plus en plus pointues, et, si toutes échouent, il faut avoir recours à des moyens ou procédés spéciaux.

Les uns proposent alors d'ulcérer l'obstacle soit à l'aide de bougies qu'on fixe au-devant, soit au moyen du caustique; mais souvent c'est à côté du rétrécissement qu'on agit, et, dans tous

les cas, il se fait plus tard un travail de cicatrisation qui reproduit cet obstacle plus étendu et plus dur qu'auparavant.

D'autres ont imaginé de le franchir avec des bougies solides terminées par un pas de vis, supposant que, du moment que cette vis est engagée, il suffit de lui imprimer un mouvement de rotation pour la faire avancer jusqu'au delà de l'obstacle. On ne réfléchissait pas que le point le plus difficile est souvent de trouver la lumière du rétrécissement; que d'ailleurs, quand on y est engagé, les tissus traversés ne forment pas un écrou assez solide pour forcer la vis à pénétrer plus loin, et que la rotation qu'on lui imprime n'a d'autre effet que de lacérer et réduire en détritus la face interne du rétrécissement, ce qui nécessitera plus tard un travail de cicatrisation et toutes ses conséquences, comme dans le cas précédent.

D'autres, à l'exemple de Boyer, cherchent à traverser le rétrécissement à l'aide de sondes métalliques plus ou moins pointues. Je lisais, il y a quelques mois, que Boyer n'avait d'autre but que de *dilater* (*Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 754); c'est une erreur : il a imaginé son instrument « pour sonder les hommes dont *l'urèthre est tellement rétréci qu'il ne peut admettre ni les bougies ni les sondes les plus fines.* » (*Mal. chir.*, 4e édition, t. IX, p. 237.) L'auteur, qui en préconisait une à peu près semblable, ajoutait que sans doute les petites sondes sont très à redouter entre des mains inexpérimentées; mais qu'on peut en dire autant du scalpel du chirurgien et de l'ordonnance du médecin. »

Je me permettrai de faire observer qu'on abuse un peu de ce raisonnement. En médecine, et principalement dans cette branche qu'on désigne sous le nom de chirurgie, il faut distinguer avec soin deux choses : la science et l'art; et peut-être que si l'on ne négligeait pas d'établir cette distinction, on serait plus juste envers certaines spécialités.

La première est tout entière du domaine de l'intelligence, et se transmet par conséquent avec assez de facilité par l'enseignement des écoles; le second, en grande partie inhérent à nos sens, est presque entièrement individuel, et il faut un concours particulier de circonstances pour l'acquérir.

Tous les médecins, dignes de ce nom, doivent donc posséder l'ensemble de la science, mais tous ne peuvent pas acquérir l'art, c'est-à-dire être bons opérateurs.

Une fois cette distinction admise, on conviendra que, toutes choses égales d'ailleurs, les opérateurs devront présenter eux-mêmes des degrés d'habileté divers pour telle ou telle opération, suivant qu'ils s'y seront plus appliqués, qu'ils auront eu plus d'occasions de la faire. Un procédé opératoire n'entre donc véritablement dans le domaine de la science, ne devient d'utilité générale, qu'autant qu'il a été soumis à des lois qui le rendent autant que possible indépendant de l'art, qui permettent du moins de le pratiquer sûrement sans en avoir une grande habitude.

Or, vanter un instrument ou un procédé qui a besoin d'une main expérimentée, c'est avouer que c'est pour ceux qui en ont le moins besoin qu'on a simplifié la besogne, et qu'on n'a rien fait pour les chirurgiens à qui leur position n'a pas permis d'acquérir une grande habitude. Et cependant, pour en revenir à notre sujet, tous les malades pris de rétention d'urine ne peuvent être dirigés vers les opérateurs exercés.

Et d'ailleurs, on parle du bistouri; est ce que dans l'ablation d'une tumeur, la ligature d'une artère, le débridement d'une hernie, l'ouverture de certains abcès, etc., le chirurgien le plus adroit se confie uniquement à son bistouri et à ses connaissances anatomiques? Est-ce qu'il n'est pas de règle de se servir de conducteurs ou d'instruments mousses quand on approche des parties dangereuses?

Par la même raison, n'usons pas d'instruments rigides et pointus quand il s'agit de traverser un urèthre hérissé d'obstacles, et tâchons de suppléer à l'art par la science?

Jusqu'où ne va pas l'imagination quand elle n'est pas pondérée par la réflexion! Un autre s'est imaginé que si un rétrécissement ne se laisse pas franchir, c'est à cause « de brusques déviations que lui impriment des reliefs latéraux alternes, » et en conséquence il a vanté des bougies tortillées à leur extrémité. Mais, ai-je objecté, comme le pas d'une vis doit être le même que celui de son écrou, ainsi faudrait-il que la spirale de la bougie fût moulée sur celle du rétrécissement, et tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen d'arriver à cette précision, le tortillement de la bougie ne pourra que nuire en multipliant et augmentant les frottements. Par la raison sans doute que les choses les plus raisonnables sont celles qui frappent le moins, celle-ci eut beaucoup de retentissement, et conséquemment aussi l'auteur, bien qu'il paraisse avoir renoncé à son explication, vante plus que jamais ses bougies tortillées, se contentant d'en appeler à l'expérience (voir mes *Recherches sur le traitement*, etc., p. 62 et 390). Nous verrons plus loin comment doivent être expliqués les quelques succès qu'il a pu obtenir.

Enfin, on a conseillé, soit de ponctionner le rétrécissement d'avant en arrière avec un trocart ou avec une lancette, ce qui expose plus encore que la sonde conique aux fausses routes, soit de ponctionner la vessie, ce qui peut faire cesser les accidents de la rétention d'urine, mais n'y remédie pas et peut même entraîner des conséquences funestes, telles qu'infiltrations, infections urineuses, etc.; soit d'ouvrir le canal par une incision devant ou derrière le rétrécissement, opérations désagréables, douloureuses et dangereuses.

J'ai donc proposé des méthodes beaucoup plus simples et plus rationnelles, à mon avis, que toutes celles qui précèdent.

Ou bien les bougies ne peuvent s'engager dans le rétrécissement et buttent au-devant, ou bien elles s'y engagent, mais ne peuvent le franchir.

La première circonstance se présente quand l'orifice du rétrécissement ne correspond pas au centre de l'urèthre, et surtout quand il a été fait à côté une fausse route qui devient en quelque sorte le prolongement de la portion antérieure du canal et dans laquelle les bougies s'engagent beaucoup plus aisément que dans le rétrécissement qui se trouve alors pour ainsi dire niché dans l'une des parois.

La deuxième a lieu quand le rétrécissement est très-étroit, très-dur, très long et sinueux.

Quand, après avoir appuyé modérément la bougie contre le rétrécissement, on la retire doucement, on sait qu'on a affaire au premier genre de difficultés si l'on n'éprouve pas une légère résistance comme si la bougie était pincée à son extrémité; on sait qu'on a affaire au second si cette petite résistance existe. Je répète que, dans cette recherche, il faut agir très-doucement, parce que si l'on sentait le léger pincement en question, il faudrait s'arrêter immédiatement et ne pas s'exposer, en sortant du rétrécissement, à ne le retrouver peut-être qu'après de longs tâtonnements.

1° Si donc on ne sent pas que la pointe d'une bougie droite s'engage, il faut aller à la recherche de l'orifice. Pour cela j'en prends une dont l'extrémité a été pliée assez fortement pour conserver une courbure permanente. On a dit dernièrement que ce n'est pas possible, et qu'il faut pour cela des bougies en baleine. Rien n'est plus facile au contraire : les bougies en baleine ont presque tous les inconvénients des instruments rigides.

J'introduis donc cette bougie jusqu'à l'obstacle, et, si elle butte, je la retire doucement de 2 ou 3 centimètres. Je lui imprime alors un léger mouvement de rotation et je la repousse comme la première fois, pour recommencer ensuite jusqu'à ce que le bec, présenté ainsi aux divers points de la circonférence du canal, ait trouvé enfin l'orifice du rétrécissement. Nombre de fois j'ai obtenu de ce procédé bien simple des succès qu'on avait vainement demandés auparavant à une foule d'autres. Les cas de rétrécissements excentriques sont de ceux dans lesquels les bougies tortillées ont quelquefois réussi, et la preuve qu'elles ne réussissent que par la courbure de leur extrémité, c'est que 19 fois sur 20, c'est la seule qu'elles conservent quand on les retire du canal.

Rien de plus simple que l'exécution de ce procédé dans la région spongieuse; mais il n'en est pas toujours ainsi quand, le rétrécissement existant à l'union de la portion membraneuse avec le bulbe, le fond de celui-ci est en outre creusé d'une fausse route.

Les bougies courbées comme je viens de le dire, réussissent quelquefois; mais souvent leur pointe dépasse l'orifice cherché et va butter dans la fausse route. Voici ce qui m'a réussi dans plusieurs cas, et dernièrement encore chez un malade de Hambourg qui, depuis six ans, avait parcouru vainement les diverses universités d'Allemagne, et qui depuis plus de quatre mois était, sans plus de succès, entre les mains d'un spécialiste qui se vante de toujours obtenir des guérisons immédiates.

Avec une algalie ordinaire, je recherche le point où doit se trouver le rétrécissement, et, pour cela, j'appuie son bec sur la paroi supérieure, de manière à sentir une légère dépression qui correspond à l'endroit où les racines du corps caverneux s'écartent et où l'urèthre se met en contact avec l'aponévrose moyenne du périnée. En parcourant cette dépression d'avant en arrière, on ne tarde pas à sentir la lacune de l'aponévrose moyenne par laquelle passe l'urèthre. C'est là qu'il faut chercher l'orifice du rétrécissement. J'appuie donc le bec de l'algalie dans cet endroit, doucement, mais assez fortement, afin de rendre cette dépression plus sensible.

Je prends alors une très-fine sonde élastique, munie d'un fil d'argent courbé tout près de son extrémité, et je l'introduis de manière que son bec arrive dans la dépression. En lui faisant parcourir les différents points de cette dépression, on finit presque toujours par le sentir comme accroché par un pertuis qui est presque toujours l'orifice cherché. Quand donc on éprouve cette sensation, il faut appuyer très-doucement, d'une manière continue, et en s'enquérant à chaque instant des sensations du malade. Si l'on s'engage véritablement dans le rétrécissement, celui-ci n'éprouve pas de douleur vive, et, lorsqu'on essaye quelques légers mouvements de traction, on sent le pincement caractéristique, et on appuie de nouveau. Les mouvements de vrille, conseilles par quelques chirurgiens, doivent être sévèrement proscrits.

(*La fin à un prochain numéro.*)

QUELQUES INDICATIONS RELATIVES A LA MÉDECINE INFANTILE

et à la manière de faire prendre les médicaments aux enfants,

Par M. le docteur WAHU.

Appelé à faire chaque jour la médecine des enfants, puisque nous recevons dans notre hôpital les colons, leurs femmes et leurs enfants, nous avons pu nous convaincre souvent qu'il ne suffit pas au médecin qui veut arriver à son but, *la guérison du malade*, de prescrire sans s'inquiéter si ses prescriptions ont été exécutées et comment elles l'ont été. C'est surtout lorsqu'il s'agit des femmes et des enfants qu'il importe de bien surveiller l'exécution des prescriptions que l'on a pu faire.

En général, quand il s'agit d'*un médicament*, une idée de dégoût s'y rattache, et la limonade Rogé la mieux faite, celle qui ressemble le plus à une bonne limonade ordinaire, sera bue avec répugnance, même par des hommes, précisément parce qu'à ce liquide se rattache l'idée de *médicament*.

C'est par suite de la connaissance que nous avons de ce dégoût que nous avons pris depuis longues années l'habitude de faire ingérer les médicaments en notre présence toutes les fois que cela peut se faire, et nous nous sommes toujours parfaitement trouvé de cette manière d'agir.

C'est surtout lorsqu'il s'agit des enfants que notre présence est salutaire, car il arrive presque toujours, quand ils ont atteint l'âge de cinq à six ans, que la présence du médecin leur impose et qu'ils n'osent refuser, lui étant là, d'avaler certains médicaments que les infirmières ne réussiraient jamais à leur faire prendre en son absence. Cette précaution est plus nécessaire encore lorsqu'il s'agit d'enfants traités en ville et de médicaments énergiques; car il arrive bien souvent que, par suite d'une bien triste condescendance de la part des parents, les enfants ne prennent qu'une petite partie des médicaments prescrits ou même qu'ils ne les prennent pas du tout. Cependant la maladie suit son cours; si c'est une affection grave, elle mène l'enfant au tombeau; on accuse le médecin, dont la réputation se trouve ainsi amoindrie, et tout cela arrive parce qu'un père et une mère n'ont pas voulu faire pleurer un enfant, ou encore parce qu'un père, qui aurait eu assez de fermeté de caractère pour obliger son enfant à prendre ce qui pouvait le ramener à la santé, n'a point assez surveillé une mère esclave des caprices de ses enfants.

Notre pratique journalière nous a donné occasion de trouver certains biais pour faire prendre aux enfants les médicaments désagréables au goût, et nous allons faire connaître à nos confrères ce qui nous a le mieux réussi, car nous croyons que c'est un service à rendre quand on le peut, vu que la médecine infantile, surtout celle des enfants en bas âge, offre toujours trop de difficultés pour qu'on ne sache pas gré au praticien qui vient indiquer quelques moyens nouveaux à employer pour éluder ces difficultés.

Le sous-nitrate de bismuth à hautes doses (de 15 à 60 grammes par jour en plusieurs doses) a été conseillé, il y a quelques années, par notre honorable confrère le docteur Monneret, dans les cas de diarrhées et d'affections gastro-intestinales aiguës et chroniques, et nous avons donné, dans notre *Annuaire de* 1850, un abrégé de l'excellent travail publié en avril 1849 par M. Monneret, dans la *Gazette médicale de Paris.* Depuis cette époque nous avons administré ce médicament bien des fois, et rarement nous avons éprouvé des mécomptes; jamais nous n'avons rencontré de cas dans lesquels nous dussions, par une cause quelconque, suspendre l'ingestion de cet agent. Aussi y avons-nous recours avec une confiance pleine et entière, confiance qui, au surplus, est basée sur des succès aussi réitérés que facilement obtenus. C'est surtout chez les enfants que ce médicament est une ressource précieuse, en raison de la facilité avec laquelle on peut le leur faire prendre, vu l'absence complète d'odeur et de saveur qui le caractérise.

En général, nous faisons prendre le sous-nitrate de bismuth aux enfants de même qu'aux adultes, dans quelques cuillerées de bouillon ou de lait; mais comme cette poudre se précipite facilement et qu'il en reste souvent une notable partie au fond de la cuiller; ayant eu, en outre, affaire à des enfants d'environ deux ans, qui prenaient beaucoup plus volontiers des potages épais que des liquides, tels que du lait ou du bouillon, nous avons imaginé de faire préparer du chocolat à l'eau, épaissi au moyen d'un peu de tapioka; dans cette espèce de bouillie, il est facile de cacher complétement le bismuth, de manière que le petit malade ne se doute pas qu'il prend autre chose que du chocolat. Au lieu de tapioka, on peut encore se contenter de faire tremper dans le chocolat des morceaux de mie de pain, de manière à faire une sorte de panade au chocolat; le sous-nitrate de bismuth s'y mêle aussi fort bien. Nous avons fait prendre ainsi matin et soir jusqu'à 5 grammes et plus du médicament.

Nous nous servons du même moyen pour faire prendre le fer réduit par l'hydrogène; cette sorte de préparation est assez facilement prise par les adultes; mais les enfants refusent souvent d'avaler les dernières cuillerées de chocolat liquide, auxquelles se trouve mêlée une poudre noire qui craque désagréablement sous leurs dents. Enveloppé dans le chocolat au tapioka ou dans la panade au chocolat, le fer passe inaperçu.

L'extrait de ratanhia et l'extrait de cachou sont deux médicaments précieux, car, à petites doses, leur action se fait sentir assez rapidement, surtout quand il s'agit des enfants; mais en raison même de leur saveur styptique, on ne peut les leur faire prendre en poudre. Nous ne parlons pas de la forme pilulaire, car on ne peut l'employer avec les enfants, vu qu'il est fort rare qu'ils avalent des pilules, nous avons essayé bien souvent de leur en faire donner en notre présence, et toujours nous avons échoué sur des enfants d'un à six ans. Les enfants ont une telle répugnance ou éprouvent une telle difficulté à avaler des pilules, que lorsque nous sommes obligés, pour combattre des fièvres d'accès, de leur faire absorber du sulfate de quinine, nous réussissons mieux en le leur faisant administrer sous forme de solution aqueuse, malgré son amertume, qu'en pilules.

On ne peut songer à faire prendre les extraits de ratanhia ou de cachou en potion, car il est difficile de masquer leur saveur désagréable et leur couleur foncée; nous avons donc fait pour ces extraits ce que nous avions fait pour le fer, nous les avons donnés dans une panade au chocolat. Nous ferons remarquer, en passant, que le chocolat à l'eau ou au lait, légèrement aromatisé à la cannelle ou à la vanille, est généralement volontiers accepté par les jeunes enfants, et que sa couleur foncée facilite singulièrement son mélange avec une foule de substances médicamenteuses elles-mêmes colorées, et qui passent inaperçues dans un chocolat un peu épais, tandis qu'elles seraient remarquées par les petits malades si on les mélangeait à du lait, à du bouillon ou à une infusion quelconque.

Une autre manière de faire prendre sans difficulté les extraits de ratanhia et de cachou, ainsi que d'autres médicaments analogues, c'est de les mélanger par trituration à la gelée de coings un peu solide. La saveur du coing et le sucre masquent bien des saveurs peu agréables, et, d'ailleurs, quel est l'enfant qui n'est pas toujours prêt à manger une tartine de confitures?

Le sulfate de soude et le sulfate de magnésie sont de ces médicaments qui rendent d'immenses services, mais qu'il est extrêmement difficile de faire prendre même aux adultes. Nous avons assez bien réussi à les faire prendre à des enfants en faisant dissoudre 10 grammes de sulfate de soude dans 150 grammes de bouillon de bœuf non salé; mais il faut attendre que l'enfant, poussé par la soif, puisse avaler un verre de liquide presque sans le goûter. Quant aux adultes, nous avons trouvé un moyen qui nous paraît le meilleur de tous, et cela par suite de notre expérience personnelle. Nous faisons dissoudre le sulfate de soude ou de magnésie dans la quantité d'eau chaude strictement nécessaire à sa complète solution. Nous laissons refroidir, et nous préparons un grand verre de limonade un peu forte en suc de citron. Puis, tenant un verre de chaque main, nous avalons rapidement la solution purgative, et tout aussitôt nous buvons lentement la limonade; de cette façon, nous faisons complétement disparaître de la bouche le goût détestable du sel, et nous ingérons dans l'estomac assez de liquide pour que ce viscère, ainsi que les intestins, ne soient point stimulés trop fortement par une solution trop concentrée de sel purgatif.

Nous recommandons ce moyen à nos confrères, car il permet de faire prendre des purgatifs salins à beaucoup de personnes qui reculent, et avec raison, devant la désagréable nécessité d'avaler une bouteille d'eau de Sedlitz ou une solution très-étendue de sulfate de soude.

La mousse de Corse est encore une substance que les enfants prennent difficilement. Un moyen qui nous a réussi est le suivant: On fait infuser la mousse dans une quantité d'eau et, lorsque l'infusion a été passée à travers un linge, on la mélange à du bouillon de bœuf non salé. Nous avons fait prendre de cette manière à des enfants en bas âge en plusieurs fois de l'infusion de mousse de Corse, sans qu'ils se doutassent qu'ils avalaient un médicament.

Le calomel est un des médicaments dont l'administration présente le plus de difficultés chez les enfants qui ne sont pas encore d'âge à avaler des pilules, car il faut bien se garder, vu la pesanteur spécifique de ce sel, de le donner mélangé à de l'eau ou à tout autre liquide; dans ce cas, en effet, le liquide seul est ingéré et le calomel reste au fond du vase ou de la cuiller. La meilleure manière de le faire prendre est peut être de l'incorporer dans du miel; il faut seulement, dans ce cas et lorsque l'enfant a avalé le miel, avoir soin de lui faire boire un peu d'eau sucrée, afin de lui rincer la bouche pour qu'il ne reste pas de calomel autour des gencives, ce qui pourrait avoir des inconvénients. Il est bon de rappeler aussi qu'il ne faut jamais administrer le calomel dans de la gelée de groseilles ou avec toute autre confiture acide, on risquerait d'empoisonner le malade, ainsi que cela est arrivé il y a environ dix ans. Un enfant qui avait pris du calomel sur une tartine de gelée de groseilles, a succombé au bout de quelques heures à un empoisonnement par le bichlorure de mercure; en effet, par suite du contact de l'acide citrique contenu dans la gelée de groseilles, le protochlorure de mercure s'était transformé en bichlorure (1). Quant à nous, depuis cette époque, nous avons pris pour habitude de ne jamais prescrire à un malade une tisane acidule quelconque, le jour où il prend du calomel.

La poudre d'ipécacuanha peut être administrée, mélangée soit au chocolat au tapioka, soit au miel.

Quand il devient impossible de faire prendre aux enfants certains médicaments par la bouche, il reste la ressource des lavements. Il faut, dans ces cas, avoir soin de faire toujours donner d'abord un lavement d'eau tiède ou de décoction émolliente, et, lorsque l'intestin est vidé, l'on fait administrer le lavement contenant la substance active. Ces lavements médicamenteux ne doivent être que de 150 à 200 grammes tout au plus, afin de pouvoir être conservés et absorbés.

Il est bon de se rappeler que pour certaines substances surtout, telles que l'opium et les narcotiques, l'absorption se faisant très-facilement dans le gros intestin, il faut faire usage de doses moindres que par la bouche. Quant au sulfate de quinine employé dans les cas de fièvres intermittentes ou rémittentes, ou dans les cas d'accès pernicieux, il en est tout autrement, et en Algérie, terre classique de ces tristes affections, nous avons tous l'habitude, basée sur une longue expérience, de doubler la dose du sulfate de quinine lorsqu'il s'agit de lavements. Ainsi, la dose de sel de quinine étant, pour un enfant de deux à quatre ans, de 3 à 4 décigrammes, nous administrons en lavement 6 à 8 décigrammes, et cela parce qu'il est de remarque que le sulfate de quinine, donné en lavements à même dose seulement que par la bouche, ne produit absolument aucun effet.

(1) Ce cas malheureux a été rapporté dans les journaux de médecine de l'époque.

Une dernière recommandation qui nous reste à faire, c'est celle relative à la manière à employer pour faire avaler à un enfant, contre son gré, quelques cuillerées d'un liquide quelconque. Tout le monde sait qu'en pinçant le nez de n'importe qui, on force à ouvrir la bouche pour respirer. C'est ce moyen qui est généralement employé pour contraindre les enfants à avaler les médicaments qu'ils refusent de prendre; seulement il arrive, si on n'y prend pas garde, que le liquide reçu dans la bouche de l'enfant en est immédiatement rejeté, si l'on n'a pas la précaution de lui tenir les narines complétement fermées, *jusqu'à ce que le mouvement de déglutition soit opéré*. Il faut avoir soin aussi, lorsqu'on fait boire un enfant malade de gré ou de force, de le maintenir dans la position assise pendant tout le temps qu'il boit et jusqu'après le dernier mouvement de déglutition. Nous avons vu des enfants avoir, en notre présence, des accès de toux suffoquante, parce qu'on les avait laissés se recoucher sur le dos pendant qu'ils avaient encore du liquide dans la bouche.

(*Annuaire de médecine et de chimie.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 juin 1858. — Présidence de M. Despretz.

Diphthérite conjonctivale. — M. MAGNE lit un mémoire sur le croup des paupieres, ou diphthérite conjonctivale.

L'auteur fait connaître quatre cas (1) de cette maladie qu'il a traités avec succès, et termine son mémoire par le résumé suivant:

1° La diphthérite conjonctivale est une maladie de nature couenneuse, comme le croup.

2° La diphthérite conjonctivale a des signes particuliers qui ne permettent pas de la confondre avec l'affection que l'on a désignée sous le nom d'*ophthalmie pseudo-membraneuse*.

3° La diphthérite conjonctivale affecte spécialement les enfants.

4° La diphthérite conjonctivale ne paraît pas être une maladie purement locale, elle semble liée à un état général; aussi la prudence recommande-t-elle de s'abstenir d'employer, pour la combattre, les exutoires, qui, a leur tour, pourraient constituer une complication.

5° La diphthérite conjonctivale ne semble pas, en général, offrir le caractère contagieux. Sans nous prononcer formellement sur cette question, c'est du moins ce qui résulte de nos observations, cette affection n'ayant jamais occupé qu'un œil et l'autre œil ayant toujours été exposé au contact des liquides sécrétés par la conjonctive malade, quelque pressantes qu'aient été nos recommandations a ce sujet.

6° La diphthérite conjonctivale est une affection très-rare et assez grave, mais de nature curable.

Origine du sucre du chyle. — M. COLIN présente un mémoire sur l'origine du sucre du chyle. Voici quelques passages extraits de ce mémoire, qui le résument:

Chez les herbivores, l'intestin fournit à l'absorption une masse énorme de matière sucrée. Une fraction de cette masse passe dans la veine-porte, d'où elle se rend au foie et enfin au système sanguin général; une autre fraction, absorbée par les vaisseaux lactés, se mêle au chyle et avec lui va se déverser dans le sang, qui, en définitive, reçoit la totalité des produits de l'absorption. On ne doit pas s'étonner alors que les chylifères renferment du sucre et douter que ce principe provienne réellement du contenu de l'intestin.

Chez les carnassiers et chez les animaux, quels qu'ils soient, exclusivement nourris de chair, le chyle contient aussi du sucre dès le début de la digestion et à toutes les phases de cette fonction; il en contient dans tous les points du système chylifère en dessous comme en dessus des ganglions. Il n'en contient pas moins quand les animaux se sont repus de viande à demi-putréfiée qu'après un repas de chair encore saignante. Ici, de même que chez les herbivores, le sucre a été puisé dans les parois intestinales, mais il a dû se former à l'origine des vaisseaux lactés aux dépens des principes constitutifs de la chair modifiés et métamorphosés sous l'influence du travail digestif.

Pour expliquer chez le carnassier la présence du glycose dans le chyle, on a prétendu: 1° qu'il y était apporté par le sang et la lymphe; 2° que les chylifères ne jouissaient pas de la faculté de l'absorber, même tout formé; 3° que le chyle était simplement une lymphe intestinale émanée du sang et à laquelle s'ajouteraient des particules de graisse; 4° qu'enfin le glycose s'y trouverait en proportion faible et bien inférieure à celle des autres lymphatiques de l'économie. M. Colin s'attache à démontrer que ce sont là de pures suppositions que sapent à la fois l'observation, les expériences et le raisonnement.

En effet, dit-il, et d'abord, le liquide pris chez un carnassier dans les grosses branches chylifères qui se rendent du pancréas d'Aselli à la citerne de Pecquet, le fluide retiré des larges vaisseaux satellites de l'artère mésentérique chez les ruminants nourris de chair est bien manifestement du chyle pur, qui n'a pu se mélanger ni avec la lymphe du foie, ni avec celle des parties postérieures du corps. Or le glycose que renferme ce liquide ne peut venir que de l'intestin.

En second lieu, rien n'est plus facile que de mettre en évidence la faculté dont jouissent les chylifères d'absorber les matières sucrées, car si l'on fait prendre une certaine quantité de glycose à un animal, on voit le produit d'une fistule au canal thoracique offrir une proportion graduellement croissante de ce principe, à mesure qu'il se répand dans l'intestin.

(1) Voir la Clinique ci-dessus.

En troisième lieu, tous les physiologistes judicieux s'accordent à regarder le chyle comme le produit de l'absorption effectuée dans l'intestin par les villosités: ils pensent, et avec raison, que ce liquide dérive des aliments par sa fibrine comme par son albumine, par ses matières grasses comme par son eau et ses sels. Or s'il provient des aliments par la généralité de ses principes, pourquoi n'en dériverait-il pas aussi par sa matière sucrée?

Enfin, il est inexact de dire que le chyle contient moins de glycose que la lymphe. Depuis quelques mois j'ai fait, pour recueillir simultanément ces deux fluides, des fistules a plus de trente animaux, vaches, taureaux, béliers, porcs et chiens, dans des conditions physiologiques diverses et parfaitement déterminées. Les deux liquides soumis comparativement à la fermentation et essayés par les liqueurs cuivriques contenaient tantôt la même proportion de matière sucrée et tantôt en présentaient des qualités inégales. Dans ce cas la différence était toujours au profit du chyle; jamais celui-ci n'en a offert moins que la lymphe. Ainsi l'objection capitale opposée à la glycogénie intestinale reste sans valeur, puisqu'elle repose sur une erreur d'observation des plus manifestes.

D'ailleurs pour que le fait de la formation intestinale du glycose reste incontestable, il n'est pas nécessaire qu'il y ait plus de sucre dans le chyle que dans la lymphe: il suffit que les deux fluides en présentent la même quantité. En admettant que le contenu des chylifères se compose, outre le chyle dérivé des aliments, d'un dixième de lymphe puisée dans les tuniques de l'intestin, on voit clairement que si le premier de ces deux fluides était dépourvu de sucre, son mélange avec le second serait dix fois moins sucré que la lymphe, comme si on avait étendu une partie de celle-ci dans 10 parties d'eau. Or les dosages à l'aide des réactifs cupro-potassiques et de la fermentation démontrent que le chyle est aussi chargé de glycose que la lymphe, quand il ne l'est pas davantage.

La proportion de sucre contenue dans le chyle ne varie pas autant qu'on pourrait le croire dans les animaux de divers régimes. Elle n'est guère plus considérable chez les herbivores, dont le chyle est délayé dans une énorme quantité d'eau, que chez les carnassiers.

L'activité, le ralentissement ou la suspension du travail digestif, font nécessairement varier ces proportions dans des limites très étendues.

Enfin, la quantité absolue de glycose contenue dans le chyle est, comme je l'ai déjà dit, peu différente de celle de la lymphe. (Commiss. précédemment nommée.)

Rupture du plexus utéro-ovarien. — M. PUECH adresse un mémoire sur la rupture du plexus utéro-ovarien et le thrombus intra-pelvien qui en est la suite.

L'auteur, en terminant son mémoire, le résume dans les propositions suivantes:

1° Survenue soit en dehors, soit dans le cours d'une grossesse utérine ou extra-utérine, soit pendant ou peu après l'accouchement, la rupture du plexus utéro-ovarien a les mêmes causes, les mêmes terminaisons que le thrombus de la vulve.

2° L'état variqueux n'est point nécessaire; noté dans quatre observations, il a fait défaut dans les autres en plus grand nombre.

3° Si la mort n'est pas la suite de l'hémorrhagie, on a une tumeur hypogastrique, un kyste sanguin qui a même siége, même symptômes, mêmes terminaisons que l'hématocèle rétro utérine.

4° A en juger par les cas relevés de toutes les sources de l'hématocèle rétro-utérine, la rupture du plexus utéro ovarien est la cause la plus commune, la moins dangereuse pour la femme, comme aussi la plus innocente pour les fonctions de la génération.

5° En résumé, il est aujourd'hui démontré que l'hémorrhagie qui précède et peut plus tard constituer une hématocèle provient de trois sources qui sont par ordre de fréquence et de bénignité:

a. La rupture du plexus utéro-ovarien;

b. L'apoplexie de l'ovaire;

c. L'hémorrhagie des trompes de Fallope.

Nouvelle théorie de l'intelligence humaine. — M. GUÉPIN (de Nantes) adresse un mémoire intitulé *Nouvelle théorie de l'intelligence hnmaine*.

Cette théorie, dit l'auteur, est basée sur la distinction qui existe entre le pouvoir télégraphique des nerfs, le pouvoir moteur et surtout des ganglions, et sur la distribution des ganglions en trois ordres: ganglions des sens, ganglions de la vie végétative et de la vie organique, ganglions de la vie intellectuelle. (Commissaires: MM. Flourens et Serres.)

— M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau une circulaire de MM. les commissaires désignés pour la 34e réunion de médecins et naturalistes allemands, réunion qui se tiendra cette année à Carlsruhe du 16 au 22 septembre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des médecins de l'œuvre de la miséricorde de Montpellier vient d'être réduit à trois au lieu de six. Un traitement annuel de 600 fr. est alloué à chacun d'eux. MM. les docteurs Fave, Bringuier et Boissier, sont actuellement en exercice.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Bologne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Deco; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De la stricturotomie intra-uréthrale, méthode curative des rétrécissements de l'urèthre, autrefois réputés incurables, par M. G. Guillon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien chirurgien consultant du roi Louis-Philippe, chevalier de la Légion d'honneur, etc. In-8° avec planches. Prix: 1 fr. 75 c. *franco de port*. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 79. — JEUDI 8 JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 79. — JEUDI 8 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 JUILLET 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Guérard a terminé aujourd'hui son résumé de la discussion sur la fièvre puerpérale. Promoteur de la discussion, c'était à lui que revenait l'honneur d'en exposer les résultats devant l'Académie. M. Guérard s'est dignement acquitté de cette tâche. Son résumé n'a pas seulement le mérite d'être un exposé fidèle des opinions, des doctrines et des faits que la discussion a mis au grand jour de la publicité; il a eu encore le mérite, non moins appréciable à nos yeux, de montrer que ces discussions ne sont jamais stériles, en lui donnant l'occasion de dire, avec sa bonne foi et sa sincérité scientifique habituelles, en quoi ses opinions premières avaient été modifiées, en quoi elles avaient été raffermies par les discours de ses collègues. Voici en quelques mots quelle est l'opinion à laquelle il s'est arrêté sur les points principaux du débat.

Frappé de la communauté de principes qui relie sur presque toutes les questions MM. P. Dubois, Danyau et Depaul, M. Guérard s'est montré d'autant plus disposé à se ranger à leur opinion, que leur expérience en cette matière est plus grande, et que ce qu'il a eu l'occasion de voir lui-même concorde avec ce que cette expérience leur a appris. Il reconnaît, en conséquence, avec ces trois savants accoucheurs, qu'il existe une maladie spéciale à laquelle doit être réservé le nom de fièvre puerpérale; que la fièvre puerpérale a ses caractères propres, qui la différencient d'avec divers autres états morbides avec lesquels on a cherché à la confondre; que ces caractères peuvent se résumer ainsi : 1° époque d'apparition fixe; 2° évolution et nature spéciales des symptômes; 3° lésions anatomiques particulières; et 4° transmission infectieuse.

L'énoncé explicite de l'opinion qui résulte pour lui de cette discussion sur la nature de la fièvre puerpérale, laisse assez comprendre de quelle manière M. Guérard apprécie les opinions différentes ou opposées.

Relativement au mode de transmission de la maladie, M. Guérard a constaté que la propagation par infection est à peu près généralement admise; mais il n'en a pas été de même de la contagion directe, que plusieurs orateurs ont mise en doute, et il avoue lui-même que ses premières croyances à cet égard ont été ébranlées par la critique si judicieuse que M. P. Dubois a faite des cas cités comme des exemples de contagion.

Quant au traitement, la seule médication active qui ait été mise en cause dans cette discussion, la médication par le sulfate de quinine, n'a pas plus trouvé grâce devant M. Guérard que devant la plupart de ses collègues.

Enfin sur la question de la prophylaxie, après avoir rappelé les principales réformes proposées, et les objections dont ces propositions ont été l'objet, M. Guérard a montré l'insuffisance des renseignements fournis jusqu'à présent par la statistique pour conduire sur ce point à une solution satisfaisante. Il a laissé, en conséquence, à la commission désignée à cet effet, le soin d'étudier cette question et d'en préparer la solution.

Tel est en peu de mots le résumé du *résumé* de M. Guérard. Mais nous n'en aurions fait qu'une appréciation très-incomplète, si nous n'ajoutions que ce résumé a été fait avec une impartialité, une convenance et une modération qui en rehaussent encore à nos yeux la valeur. On en jugera, du reste, quand nous dirons qu'aucune réclamation n'est venue arrêter l'orateur dans ce rapide parcours à travers tant d'opinions diverses qu'il a eu à peser et souvent à combattre.

Le moment est venu pour nous de dire aussi à notre tour ce que cette longue et laborieuse discussion a laissé dans notre esprit. C'est ce que nous essayerons de faire dans un prochain numéro. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

De la pneumonie granuleuse et tuberculeuse. — Vésicules tuberculeuses dans les poumons.

Des trois exemples de pneumonie granuleuse qui ont passé cette semaine dans nos salles, deux étaient primitifs, l'autre secondaire, sous la dépendance de la coqueluche. Un de ces enfants vient de mourir, et je vais vous montrer, pièces en main, les curieuses altérations développées au sein de tous les organes, en ayant soin de mettre en regard les symptômes observés pendant la vie.

Rien n'est commun comme la pneumonie granuleuse, soit comme espèce morbide distincte, soit comme le premier degré de la pneumonie tuberculeuse et de la phthisie des jeunes enfants. Chez quelques sujets, les poumons, les plèvres, les méninges et les organes du ventre sont parsemés de granulations miliaires nombreuses et disséminées, blanchâtres, demi-transparentes, et restant ainsi pendant tout le cours de la maladie. Ces granulations, fort bien appréciées de Bayle, avaient servi de base à ce qu'il appelait la phthisie granuleuse, et j'en ai fait connaître la structure en 1852, dans la seconde édition de mon *Traité des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* On y trouve :

1° Une grande quantité de matière amorphe semée de granulations moléculaires;

2° Des éléments fibro-plastiques, noyaux, cellules, fibres fusiformes altérées, mais surtout des noyaux fibro-plastiques;

3° Quelques cellules d'épithélium;

4° Quelques fibres de tissu cellulaire;

5° Quelques fibres du tissu élastique des poumons.

A un âge plus avancé de la maladie, lorsqu'elle a duré très-longtemps, ces granulations changent de nature; elles deviennent opaques, jaunâtres vers le centre, et se convertissent quelquefois complétement en matière tuberculeuse, facilement reconnaissable à sa couleur et à sa dureté.

Chez d'autres enfin, la maladie débute d'emblée par des productions de nature tuberculeuse, et c'est ce qui s'est passé chez l'enfant dont voici les organes et dont je vais vous raconter l'histoire.

A peine âgée de trois ans et issue d'un père et d'une mère souvent malades, elle n'a jamais été souffrante, si ce n'est de gourmes dans la première année de sa vie. Prise il y a deux mois environ de fièvre, de malaises, de toux, avec gêne dans la respiration, elle a perdu toute sa gaieté et son embonpoint. On l'a fait vomir et on l'a purgée; et au moment de son arrivée à l'hôpital le 30 avril 1858, elle m'a paru très-malade.

Le 1er mai, cette enfant est très-petite, maigre et très-peu développée. Sa respiration paraît gênée et offre tous les caractères de la respiration *expiratrice*, avec dilatation des ailes du nez. Il y a de la matité dans tout le côté gauche de la poitrine en arrière, et là le murmure vésiculaire est couvert par du râle muqueux, du râle sous-crépitant, et tout à fait en bas du râle crépitant. Il n'a pas été permis de constater de souffle ni de retentissement de la voix; à droite, la résonnance est assez bonne; on y entend du murmure vésiculaire avec du râle muqueux disséminé et assez fin. Langue blanche, villeuse, soif fréquente, pas de vomissements ni de diarrhée; peau chaude, pouls à 140. — Deux sangues.

Le 2, les sangsues ont modérément coulé; cependant l'enfant paraît pâle et très-affaiblie, la respiration est très-gênée, *expiratrice.* Même état de la poitrine, pas de vomissements ni de diarrhée, pouls à 140. — Sirop d'ipéca, 15 grammes; poudre, 0,20 centigr.; looch blanc.

Le 3, elle a vomi beaucoup; 2 garde-robes demi-molles, même état de la poitrine.

Le 5 mai, l'enfant tousse toujours beaucoup, et il y a en arrière du râle crépitant surtout à gauche; plusieurs vomissements, une selle, et diarrhée sous l'influence du vomitif, pouls à 140.

Le 6, même état de la poitrine; depuis quelques heures l'enfant a perdu toute connaissance; elle a des convulsions internes, du strabisme, de la contracture dans les doigts, et elle meurt dans la journée.

La pie-mère est parsemée de tubercules crus, qui pénètrent çà et là dans la substance grise, mais le cerveau ne paraît pas malade.

Le foie, la rate, les reins, le péritoine, les intestins et les ganglions du mésentère, sont parsemés de granulations tuberculeuses jaunes, d'inégal volume, à l'état de crudité.

Les poumons offrent une altération semblable et plus prononcée. Les granulations miliaires ne se comptent pas, tant elles sont nombreuses; la plupart existent dans les vésicules pulmonaires dilatées, grosses comme un pois et transparentes. On dirait que la granulation est sous un petit verre de montre. Ces vacuoles existent en grand nombre à la superficie du poumon, et à l'intérieur on voit un grand nombre de petites cavités comme celles d'une éponge, ayant sur un point de la paroi la granulation tuberculeuse adhérente et dure. Ce sont des cavernules formées non par la destruction du tissu pulmonaire, mais par la dilatation de cellules sur la paroi desquelles se trouve le tubercule non ramolli. La même altération existe dans les deux poumons; seulement, à gauche, dans le lobe inférieur, le tissu est dur, résistant, compacte, hépatisé autour des granulations, tandis qu'à droite il est resté mou et perméable à l'air.

Les ganglions bronchiques sont presque tous tuberculeux.

Chez cette enfant, la nécropsie a justifié le diagnostic et le pronostic que j'avais portés. La pneumonie produisait la matité et le râle crépitant du côté gauche et la *respiration expiratrice*, et à la bronchite avec granulations tuberculeuses se rapportent les râles muqueux et sous-crépitant disséminés dans toute l'étendue de la poitrine.

Un instant le diagnostic a pu vous paraître incertain, et, comme je vous le disais, on pouvait être embarrassé pour déterminer s'il s'agissait d'une pneumonie franche à la période d'hépatisation, ou d'une pneumonie granuleuse ou tuberculeuse.

Au début, c'est-à-dire au commencement de la maladie, tout diagnostic précis est en quelque sorte impossible; mais le temps, qui éclaire tant de choses obscures, éclaire aussi quelquefois nos diagnostics. En effet, si, dans les premiers jours d'une maladie de ce genre, il est difficile de se prononcer pour une pneumonie simple ou pour une pneumonie tuberculeuse, au bout de neuf à dix semaines, comme chez cette enfant du n° 10 de la salle Sainte-Marguerite, la chose est toute différente et les embarras disparaissent. Par cela même que la maladie date de si loin, à moins de pneumonie chronique, ce qui est rare, on peut affirmer que les phénomènes de pneumonie sont entretenus par la présence de granulations fibro-plastiques ou tuberculeuses. On peut croire à l'existence d'un commencement de phthisie granuleuse. Cela ne saurait suffire, et certains phénomènes d'auscultation viennent appuyer cette donnée première, fournie par la marche des accidents. Dans la pneumonie franche, la lésion circonscrite se traduit à l'oreille par des bruits circonscrits de matité thoracique, de souffle et de râles limités au point malade. Ici, au contraire, avec une matité circonscrite, sans souffle appréciable, il y avait des râles muqueux et sous-crépitants disséminés dans toute la hauteur des deux côtés de la poitrine, ce qui établissait la présence de lésions générales et disséminées comme le sont ordinairement les granulations fibro-plastiques et tuberculeuses. Cette considération, jointe à la première, nous a permis d'établir nettement le diagnostic de cette pneumonie tuberculeuse que l'on pourrait aussi appeler *phthisie aiguë*, ou *phthisie galopante*, ou *tuberculeuse générale*, car, ainsi qu'on peut le voir dans ces organes placés sous vos yeux, il y a des granulations tuberculeuses dans la plupart des viscères.

Tubercules de la pie-mère et du cerveau; tubercules de la plèvre et des poumons; tubercules du péritoine et de l'intestin; tubercules des glandes mésentériques; tubercules du foie, de la rate et des reins, il ne manque que peu d'organes à cette distribution d'un produit essentiellement lié à la plus terrible des diathèses de l'enfance. La seule chose digne de remarque dans le développement de ce produit au sein des poumons, c'est la forme spéciale de *vésicules tuberculeuses*, sous laquelle il se présente dans ces viscères. Cette forme peu connue, et que j'ai déjà décrite dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, à l'article PNEUMONIE, est ici plus apparente que je ne l'ai jamais vue. « Les lobes supérieur et inférieur, disais-je, étaient parsemés par une quantité considérable de vésicules demi-transparentes, grosses comme un grain de chènevis, saillantes sous la plèvre, distendues par de l'air, et renfermant une granulation tuberculeuse opaque, fort petite, adhérente à un point des parois; chacune de ces vésicules communiquait avec une ou plusieurs petites

bronches, etc. » Je n'ai rien à changer dans cette description avec la pièce anatomique que vous avez sous les yeux; on la dirait écrite d'aujourd'hui, et, comme vous voyez, ces vésicules transparentes et renfermant chacune leur granulation sont autant de vésicules pulmonaires dilatées et formant un *emphysème vésiculaire tuberculeux*. Cela est très-rare, et comme curiosité anatomique c'est un fait qui mérite de fixer un instant l'attention.

Si l'âge change les caractères anatomiques, les symptômes, et jusqu'à un certain point la marche et la terminaison des maladies, il modifie également leur forme extérieure à quelques années de distance. Ainsi cette *respiration expiratrice* que vous avez observée comme le symptôme de la pneumonie existant chez notre malade n'existe que dans la première enfance, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, jusqu'à deux et trois ans, car plus tard la dyspnée des maladies aiguës du poumon n'a plus cette forme, et à dix ans la respiration expiratrice ne se produit plus dans la pneumonie.

D'autre part, cette pneumonie tuberculeuse, que l'on peut appeler phthisie aiguë, a dans le premier âge une forme constante, qui n'est plus celle que présente la même maladie chez l'adulte ou dans la seconde enfance. Vous savez, et la jeune fille de quatorze ans, couchée au n° 15 de la salle Sainte-Marguerite, en est une preuve, que la phthisie aiguë granuleuse simule la fièvre typhoïde, à ce point que des médecins fort distingués se trompent souvent à cet égard. C'est un fait bien connu des pathologistes, et Dieu veuille que vous n'ayez pas vous-mêmes d'école à faire sous ce rapport. Dans la première enfance, jusqu'à trois ans, la phthisie aiguë ne simule jamais la fièvre typhoïde; elle se présente toujours, au contraire, sous l'apparence de la pneumonie, comme vous en avez deux exemples sous les yeux. A quelques années de distance, la même maladie peut donc, malgré des phénomènes semblables, révéler une forme différente, qu'il importe de connaître pour donner au diagnostic toute la précision désirable.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Clinique des maladies simulées.

La loi qui régit notre système actuel de recrutement oblige tous les citoyens français à courir par la voie du sort la chance de passer un certain nombre d'années sous les drapeaux. Mais par suite de la faculté des exonérations, on ne trouve guère aujourd'hui dans les rangs de l'armée que les individus qui ne sont pas assez riches pour s'y faire remplacer. Un des inconvénients de cette loi, c'est qu'elle transforme en homme de guerre des gens qui n'ont de goût que pour la paix. Aussi n'est-il pas rare que ceux qui manquent de vocation militaire cherchent à se soustraire au service en alléguant quelqu'une des infirmités qui y rendent impropre. D'autres, intéressés pour un motif quelconque à se faire admettre ou à se faire maintenir en activité, cachent au contraire avec soin les imperfections qui pourraient motiver leur exclusion.

L'armée ne se compose pas seulement d'appelés; elle se recrute aussi par des engagements volontaires. La catégorie des enrôlés comprend des éléments de qualités diverses. Parmi ces jeunes gens, il en est qui obéissent à une impulsion naturelle qui les porte vers la profession des armes; quelques-uns, entraînés par le dépit ou par une exaltation factice et momentanée, se rebutent dès les premiers jours du noviciat, regrettent une détermination souvent irréfléchie, se laissent aller au découragement, et cherchent par toutes sortes d'artifices à se soustraire à l'obligation qu'ils ont contractée.

Assurément ce n'est pas toujours par poltronnerie que les conscrits ou les militaires s'abaissent au rôle de simulateur, car le courage est une qualité vulgaire en France; la plupart ne voient dans les fourberies qu'ils combinent ou qui leur sont suggérées qu'un moyen innocent de se dérober à un appel qui change leurs habitudes, brise leurs affections ou nuit à leurs intérêts. Ces mêmes hommes, après avoir échoué dans leurs tentatives de fraude, prennent résolûment leur parti, et deviennent presque toujours des soldats irréprochables.

Du reste, la coupable industrie des simulations tombe chaque année davantage en désuétude. Depuis que les luttes internationales sont devenues moins fréquentes; depuis surtout que la condition de soldat s'est améliorée par suite de la libérale initiative du gouvernement, les tentatives de fraude, les mutilations volontaires s'observent en moins grand nombre qu'autrefois, mais elles prennent une nouvelle recrudescence au moindre bruit de guerre.

La simulation, en France, a pour ainsi dire ses contrées de prédilection. Tandis qu'elle est assez commune dans les pays de montagnes, chez les Israélites du Nord, les bateliers de la Nièvre et les marins de la Normandie; les Lorrains, les Alsaciens, les Bourguignons, les Francs-Comtois n'en offrent que de rares exemples.

Aux termes de la législation actuelle, les jeunes gens qui, d'après leur numéro de tirage, feront partie du contingent, sont convoqués, examinés, entendus devant un conseil de révision. Cet examen a pour but de constater l'aptitude de chacun des conscrits pour le service militaire. Aujourd'hui, ce soin est exclusivement dévolu aux médecins de l'armée. Ceux-ci, familiarisés avec ce genre d'expertise, étrangers aux localités où ils opèrent, intéressés d'ailleurs à la bonne composition des contingents, offrent ainsi toutes les garanties désirables de capacité et d'indépendance.

En principe, toutes les infirmités ou difformités capables de gêner les fonctions d'un ou de plusieurs membres, toutes les maladies incurables ou qui ne sont curables que dans un temps fort éloigné, lorsqu'elles siégent dans un organe important, constituent autant de motifs d'exemption ou de réforme (1). A la rigueur, il y a donc autant de causes d'inaptitude au service qu'il y a de maladies, puisque celles-ci, en passant à l'état chronique, en se transformant, peuvent dégénérer en infirmités.

De toutes les missions qui peuvent nous être confiées, il n'en est peut-être pas de plus délicate, de plus embarrassante même que l'examen des conscrits qui réclament leur libération. En effet, obligé de se prononcer dès la première visite, après une courte et rapide exploration, placé entre le double écueil de méconnaître des infirmités réelles ou d'admettre comme vraies celles qui sont simulées, le médecin expert a besoin, en pareil cas, d'un coup d'œil sûr et prompt, de connaissances solides et d'une imperturbable fermeté. Toutefois, les difficultés sont moindres lorsqu'il s'agit de militaires en activité; car il est possible, soit au corps, soit à l'hôpital, de les soumettre à une observation minutieuse, à des épreuves variées, de préparer et de rassembler à loisir tous les éléments du diagnostic.

Parmi les infirmités qui entraînent l'exclusion du service militaire, il en est un bon nombre qui peuvent être facilement imitées, et ce sont précisément celles-là que les simulateurs choisissent habituellement. Rien de plus commun, en effet, que de voir des conscrits feindre la surdité ou une simple dureté de l'ouïe, des douleurs rhumatismales, la perte de la voix; mais ces mêmes hommes chercheraient vainement à simuler une cataracte, une hernie, une hypertrophie du cœur ou une maladie aiguë.

Le succès dépasse quelquefois l'attente des fraudeurs. Ainsi tel individu après la simulation prolongée d'une hémiplégie, garde longtemps l'habitude générale de la paralysie, et ne recouvre que difficilement la liberté et la vigueur du mouvement de ses jambes. D'autres perdent momentanément la voix, pour avoir obstinément joué le rôle de muet.

Lorsqu'on a sous les yeux une infirmité quelconque, il faut toujours se demander si elle est de celles qui peuvent être simulées; puis, pour juger de sa vraisemblance, on la compare avec l'âge, le tempérament, la profession du sujet. Ainsi la myopie devra paraître moins suspecte chez un citadin que chez un campagnard; la punaisie dans un nez camard que dans un nez aquilin. Pareillement, un homme sanguin, ayant une bonne constitution, l'œil vif, les dents saines, aurait mauvaise grâce à présenter une cicatrice du cou comme un indice et un stigmate de scrofules. En interrogeant le simulateur, en lui adressant avec une feinte crédulité des questions variées, on cherchera à le mettre en contradiction soit avec lui-même, soit avec la science, en lui faisant énoncer des causes ou des symptômes qui n'ont aucun rapport avec la maladie alléguée.

L'attitude prise par les réclamants en face du médecin, mérite une attention particulière, car, pour un œil exercé, elle devient souvent une présomption de mensonge ou de sincérité. En général, le Méridional qui entre dans le rôle de simulateur se montre audacieux, discoureur, ferme sur ses aplombs; la preuve de son imposture ne lui cause ni vergogne ni découragement, et jamais il ne reconnaît une défaite.

Les citadins, et les Parisiens surtout, sont ordinairement d'habiles jongleurs; dès qu'ils ont fait choix d'une infirmité, ils s'étudient à en imiter les signes apparents, se préparent à l'interrogatoire du médecin et ont réponse à tout. Pour peu qu'on leur cause quelque embarras, ils deviennent presque tous impertinents. La plupart sont munis de certificats d'invalidité délivrés par une blâmable complaisance : l'usage est de mettre au panier, sans les lire, ces attestations mensongères d'une feinte maladie.

Il est généralement accrédité dans nos campagnes, que l'on peut, sans cesser d'être un honnête homme, frauder le recrutement comme on fraude la gabelle. Néanmoins, le paysan qui se présente devant le conseil de révision avec des intentions de tromperie, a presque toujours un maintien embarrassé, la bouche sèche, la voix timide, l'œil inquiet, ou de la contrainte dans son assurance; sa physionomie est celle d'un homme qui n'est pas sûr de son fait; convaincu de supercherie, il se tait et se résigne. La lutte est rarement de longue durée, à moins qu'il ne s'agisse d'un Normand; le Breton, lui, faiblit au moindre doute qui lui est exprimé, et capitule volontiers par un retour à sa loyauté naturelle.

Il arrive assez fréquemment que les angoisses de la lutte, que la honte et le dépit d'un insuccès, affectent les sujets irritables au point que la découverte de leur supercherie est suivie d'un violent accès de fièvre. La promesse de l'impunité ou d'un congé de convalescence peut seule mettre fin à cet état.

Il y a des infirmités d'un caractère non équivoque et sur lesquelles l'expert se prononce séance tenante; pour d'autres, il peut exister du doute, et, dans ce cas, le sujet est dirigé sur un hôpital pour y être soumis à la surveillance et à la séquestration.

S'agit-il d'un aliéné suspect, on l'enferme dans une chambre; on charge un infirmier intelligent et attentif d'observer le maintien du sujet au moyen d'un judas ou d'une ouverture quelconque habilement dissimulée. Lorsqu'on a affaire à un individu qui se dit amaurotique, parce qu'il est parvenu, en se servant d'extrait de belladone, à provoquer la dilatation de la pupille, on le séquestre dans un cabinet, afin de le mettre dans l'impossibilité de continuer cette manœuvre frauduleuse. Au bout de quelques jours les pupilles se resserrent et l'imposture est démontrée.

Lorsque toutes ces petites perfidies manquent leur effet, soit qu'elles aient été maladroitement combinées ou exécutées, soit qu'elles aient été éventées par les fraudeurs, il faut soumettre ceux-ci à l'épreuve des moyens douloureux. Ces moyens consistent dans l'emploi des vésicatoires, des moxas, des ventouses, des cautères et de la douche froide, en un mot des agents le mieux appropriés à la nature de la maladie si elle était réelle.

La diète est formellement interdite dans le cas où le sujet serait en état de manger.

S'il est permis, s'il est nécessaire de recourir aux épreuves douloureuses pour forcer un soldat, quand on ne peut y arriver autrement, à renoncer à la simulation d'un rhumatisme, par exemple, la règle est de ne les employer qu'avec une grande réserve, afin d'éviter les accidents qui pourraient résulter de leur application prolongée. Il y a des simulateurs assez intrépides pour supporter les révulsifs les plus énergiques, ou assez imprudents pour en solliciter eux-mêmes la prescription. D'autres, rebutés par la douleur, n'attendent pour capituler qu'une occasion qui leur permette de se rendre sans déshonneur. C'est dans ce cas qu'une pilule ou une potion décorées d'un nom sonore produisent des guérisons instantanées et vraiment surprenantes. Devant un tel succès, on se félicite de part et d'autre; l'homme boucle son sac, et tout est dit.

Dr Sculfort.

(1) L'exemption est un mode de libération qui s'applique aux jeunes gens appelés devant les conseils de révision; la réforme est le renvoi des hommes déjà incorporés.

MÉMOIRE SUR LE CATHÉTÉRISME DE L'URÈTHRE dans les cas difficiles (1).

Lu à la Société médicale du Panthéon par M. le Dr A. Mercier.

2° Quand l'instrument s'engage dans un rétrécissement, mais ne pénètre pas, on conseille des bougies de plus en plus fines; Mayor veut, au contraire, qu'on se serve d'instruments de plus en plus volumineux. Le premier conseil est rationnel quand ce rétrécissement a encore un certain calibre; mais il est évident que, quand il est très-étroit, si une bougie très-fine a moins de résistance à vaincre qu'une plus grosse, elle cède aussi plus facilement à la pression. Quant au conseil de Mayor, il repose sur des propositions toutes fausses à mon avis. (Voir mes *Rech. sur les rét.*, p. 78.)

Mon procédé est mixte en apparence; mais on va voir, par les considérations sur lesquelles il s'appuie, qu'il est entièrement nouveau.

Lorsqu'une bougie est arrêtée dans un rétrécissement, on n'a pas fait attention qu'elle ne l'est pas seulement par l'obstacle qui se trouve à sa pointe, mais encore par la somme des résistances éprouvées par toute la partie de son cône engagée dans la coarctation. C'est lorsque toutes ces résistances font équilibre à la force de l'instrument que celui-ci s'arrête. Si l'on presse davantage, il s'affaisse et ploie, sans qu'on puisse conclure que la partie non traversée soit plus dure, plus rebelle que celle qui l'a été.

En conséquence, si l'on pouvait immédiatement faire cesser toute autre résistance que celle que la portion non franchie exerce à l'extrémité de la bougie, celle-ci pénétrerait plus avant, jusqu'à ce que la résistance des parties nouvellement traversées, jointe à celle des parties qui ne le sont pas encore, fasse, comme dans la première tentative, équilibre à la pression qu'il est possible d'opérer. Or, c'est à quoi je parviens par un artifice bien simple.

Je commence par une bougie de 3 millim. environ de diamètre, mais se terminant par une pointe fine; et lorsque je me suis assuré qu'elle est dans le rétrécissement, je pousse graduellement et d'une manière continue. Quand elle n'avance plus et qu'elle fléchit, je la retire. Je lui en substitue une autre de 5 ou 6 millim. et à cône moins allongé, moins pointu. Celle-ci, plus forte, supporte une pression plus énergique; elle agit sur les parties déjà dilatées par la précédente et les dilate encore davantage, de sorte que si l'on revient à la première, elle n'éprouve plus aucune résistance à sa périphérie dans les points où elle se trouvait auparavant fortement étreinte. Point de raison, par conséquent, pour qu'elle ne traverse pas une seconde portion du rétrécissement comme elle a traversé la première. On alterne ainsi jusqu'à ce qu'elle ait complétement franchi l'obstacle. C'est comme s'il existait plusieurs rétrécissements et qu'on se débarrassât de l'étreinte des premiers pour agir plus efficacement sur les autres.

Quand le cas est urgent, on peut toujours arriver à la vessie sans désemparer; seulement il faut quelquefois une ou deux heures. Quand rien ne presse, il vaut mieux faire plusieurs séances. J'ai déjà rapporté des observations remarquables de succès dus à ce procédé : je pourrais en augmenter considérablement le nombre. Du reste, il a également bien réussi à diverses personnes qui l'ont essayé, et j'en trouve un exemple dans une thèse de M. Dieudonné (Paris, 1857).

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Région membraneuse. — Au rebours de la précédente, cette région n'est presque jamais le siége de rétrécissements organiques : les difficultés qu'on y rencontre assez souvent sont dues presque toujours à des spasmes musculaires.

De là une première indication, c'est qu'on a d'assez grandes chances de faire cesser les rétentions d'urine qui ont leur cause dans cette région à l'aide des antiphlogistiques et des calmants, dont je ne dirai rien de plus.

Mais quand on est forcé de recourir au cathétérisme, quelles sont les règles à suivre?

Il faut se rappeler d'abord qu'en admettant qu'il soit bien démontré que la portion membraneuse est entourée d'une couche de fibres contractiles circulaires, il est certain qu'elles n'ont pas une grande force, et que le resserrement qu'elles font éprouver au canal ne joue qu'un rôle secondaire dans le phénomène que nous étudions. Le principal provient de déviations que je vais exposer.

J'ai parlé, dans un travail précédent (voy. *Gaz. hebd.*, etc., 1857, p. 215, 2e col.), d'un muscle qui, naissant à peu près vers la jonction de la branche descendante du pubis avec la branche ascendante de l'ischion, se dirige obliquement en dedans, en avant et en haut sur la portion membraneuse, au-devant de laquelle il s'étale et s'unit à son congénère. Ce muscle évidemment a pour effet, lorsqu'il se contracte, de déprimer, de tirer en bas et en arrière la portion inférieure de la région membraneuse, et de rendre par conséquent plus aigu l'angle qu'elle forme avec la portion bulbeuse.

Plus haut se trouvent d'autres faisceaux que j'ai décrits comme faisant partie du muscle pelvien (*ibid.*, 1re col.), et qui, naissant de la face postérieure de la symphyse pubienne, côtoient la partie supérieure de la région membraneuse, et s'unissent derrière elle en se confondant dans un V aponévrotique que j'ai fait connaître comme étant, à proprement parler, le nœud central du bassin. Ces faisceaux, lorsqu'ils se contractent, tirent en haut et en avant la partie supérieure de la région membraneuse, de manière à rendre plus prononcée encore l'augmentation de courbure produite par les muscles précédents.

Il s'agit donc d'enfiler la direction du canal malgré cette augmentation de courbure quelquefois considérable.

Et d'abord il faut s'abstenir de sondes ou bougies droites, fussent-elles élastiques : leur bec irait butter contre le fond du bulbe, qui forme, je le répète, le sommet d'un angle bien moins ouvert que dans l'état normal, et, plutôt que de se courber assez pour se prêter à cette brusque courbure, elles feraient presque toujours fausse route.

Une sonde élastique de moyen volume et à courbure fixe très-prononcée réussit assez souvent. Sinon, je prends une bougie coudée à sa pointe ou une petite sonde munie d'un fil d'argent coudé à son extrémité, comme il a été expliqué plus haut, et presque toujours on réussit à la faire pénétrer. C'est aussi dans ces cas, et pour la même raison, que la bougie tortillée a quelquefois réussi.

Si ces divers moyens, employés avec patience et dextérité, ne parvenaient pas à franchir l'obstacle, on pourrait tenter de le forcer, mais, bien entendu, avec une prudence et une modération extrêmes.

Une algalie assez fortement courbée peut être employée avec avantage : on cherche avec son extrémité la dépression dont j'ai parlé plus haut, et, quand on est sûr qu'elle est engagée dans la portion assez ascendante, on appuie lentement et d'une manière continue. Quand on a une grande habitude de la résistance des tissus, on peut même avec la main gauche, appliquée sur le périnée, exercer une certaine pression sur la convexité de l'instrument. Les sondes Mayor conviennent parfaitement dans ces cas, à cause de leur volume, qui permet d'exercer une pression plus forte avec moins de risques de faire fausse route. Je suis persuadé que c'est dans des cas de ce genre que leur auteur a obtenu la plupart de ses succès.

Enfin, quand tous ces moyens échouent, ma sonde coudée métallique offre encore une précieuse ressource.

On a vu, par ce que j'ai dit de la courbure exagérée de la région membraneuse dans les cas de spasme, que ce n'est pas de bas en haut et d'avant en arrière, mais de bas en haut et d'arrière en avant que le bec des sondes doit marcher. Or, c'est ce qu'il est assez difficile de faire avec une algalie ordinaire, et ce qu'on fait presque forcément avec ma sonde coudée, lorsqu'on abaisse son pavillon vers les cuisses du malade. Une fois l'extrémité de l'instrument engagée dans cette portion, toute difficulté s'évanouit, parce qu'en le poussant vers le col de la vessie, c'est son talon et non pas son bec qui a pour effet de déprimer la paroi postérieure du canal et d'en opérer le resserrement. On peut donc user de force sans avoir à craindre de fausse route, et on arrive dans la région prostatique (1).

La région prostatique, en raison de la compacité de la glande qu'elle traverse, ne peut être oblitérée spasmodiquement. On croyait, il y a quelque temps, que l'hypertrophie de la prostate rétrécit le canal, mais il est aujourd'hui bien reconnu qu'elle l'élargit au contraire. Le seul obstacle qu'on rencontre dans cette région, c'est une déviation qui a lieu d'un côté à l'autre quand l'un des lobes latéraux, hypertrophié dans son centre, fait du côté de l'urèthre une saillie qui refoule et creuse le centre du lobe opposé.

Ici il est un point important qu'il ne faut pas oublier; c'est que, par cela même qu'il n'existe point de granulations glandulaires devant et derrière la région de l'urèthre qui nous occupe, ses parois antérieure et postérieure ne changent pas ou du moins ne changent que très-peu de direction : coupée transversalement, au lieu de représenter une fente antéro-postérieure longitudinale, elle en représenterait une courbe telle que celle-ci (.

Lors donc qu'on est arrêté dans cet endroit, ce n'est pas par la partie moyenne où la déviation est le plus prononcée qu'il faut chercher à faire pénétrer l'algalie; il faut au contraire lui faire suivre les parois antérieure ou postérieure, et surtout la première, où il ne se trouve pas de parties essentielles à éviter, telles que le vérumontanum, et le lobe moyen de la prostate qu'on rencontre en arrière.

Quand je ne réussis pas avec l'algalie ou avec une sonde élastique de courbure analogue, je prends une sonde coudée et je l'introduis jusqu'à l'obstacle. Alors je rapproche sa tige de l'axe du tronc, et je pousse de manière que le dos de la portion recourbée marche en avant. On peut ainsi employer toujours sans danger une force suffisante pour refouler la tumeur à droite ou à gauche, selon le côté où elle se trouve, et passer outre.

Les obstacles qu'on peut rencontrer *au col de la vessie* sont de plusieurs sortes. Jamais ou presque jamais il ne s'y rencontre de rétrécissement; mais souvent il s'y manifeste un spasme et même une rétraction des fibres musculaires qui ferment cet orifice, et il en résulte, ainsi que je l'ai fait voir dans mes travaux antérieurs, une traction du bord postérieur au-dessus de l'antérieur, une véritable soupape. Souvent aussi c'est une hypertrophie de la prostate qui change la forme de cet orifice. Tantôt c'est une hypertrophie générale du lobe moyen qui fait saillir son bord postérieur au-dessus de l'antérieur, à peu près comme dans le cas précédent. Tantôt c'est une tumeur à base large ou étroite qui, provenant de ce lobe, se porte en avant, au-dessus de l'orifice; tantôt c'est une tumeur s'élevant sur l'un des lobes latéraux, et s'inclinant également au-dessus du canal. Il ne faut pas oublier qu'il ne naît pas de tumeur au-devant du canal, par la raison bien simple qu'il n'y a pas de granulations prostatiques. Enfin, une cause fréquente de difficultés souvent bien difficiles à vaincre, ce sont des fausses routes faites dans des tentatives antérieures. Ces fausses routes se trouvent presque toujours en arrière, à la base des obstacles qui s'élèvent du bord postérieur. Quelquefois, mais très-rarement, il en existe à la paroi antérieure qui ont été faites par des instruments très-courbes mal dirigés.

Donc, excepté dans ces derniers cas, on doit se servir de sondes élastiques ou d'algalies très-courbées, et faire en sorte que leur bec n'abandonne pas la paroi pubienne du canal : avec cette précaution, il s'insinue presque toujours entre le bord antérieur du col et l'obstacle; néanmoins, comme celui-ci peut s'élever de l'un des bords latéraux, ou bien naître sur le bord postérieur par un étroit pédicule et être libre de chaque côté, on doit, si l'on ne réussit pas comme il vient d'être dit, incliner le bec à droite et à gauche dans le but de chercher s'il ne serait pas plus facile de passer à côté de l'obstacle qu'au-devant. Parfois cependant toutes ces précautions sont insuffisantes.

Dans quelques circonstances on se trouve très-bien d'introduire, jusqu'à l'obstacle, une sonde courbe élastique munie d'un mandrin courbe également, et, alors, pendant qu'on maintient le mandrin immobile, de pousser la sonde sur lui. Qu'on essaye cette manœuvre, et l'on verra que la courbure de la sonde se trouve ainsi considérablement accrue, ce qui lui permet de passer par-dessus l'obstacle dans des cas où elle ne le pourrait pas sans cela.

Quand aucune de ces manœuvres ne réussit, c'est alors surtout que la sonde coudée fournit de précieuses ressources. Quand elle a été introduite jusqu'à l'obstacle, sa tige se trouve nécessairement très-rapprochée du tronc; sans donc m'inquiéter si c'est en arrière, à droite ou à gauche que l'opercule a son point d'origine, s'il s'agit d'une tumeur ou d'une valvule, etc., je pousse directement en portant peu à peu le bec en avant, et j'arrive infailliblement dans la vessie, parce qu'il est impossible qu'avec le dos de mon instrument je ne parvienne pas à soulever la saillie qui ferme le canal.

Ainsi je pratique le cathétérisme forcé d'après des principes tout autres qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent. On cherchait à soulever, à refouler et même à traverser l'opercule avec le bec quelquefois pointu d'une sonde; mais c'est le dos de la mienne, c'est-à-dire une surface de 15 à 16 millimètres de longueur que je lui oppose, tandis que le bec longe la paroi pubienne où il ne se trouve rien d'important à ménager. Qu'il se trouve en outre à la base de cet opercule une ou plusieurs fausses routes, on comprend que la sonde coudée est le meilleur moyen de les éviter.

Toutefois, je dois le dire, le passage du col de la vessie avec cette sonde est quelquefois difficile, soit parce que le ligament suspenseur est trop court, et ne permet pas d'abaisser suffisamment la tige, soit parce que la vessie distendue entraîne la prostate en haut et en avant, ce qui force à abaisser la tige au delà de ce que ce ligament permet d'exécuter, en la supposant même de longueur ordinaire. Ainsi, en dernier résultat, l'embarras vient, dans les deux cas, de ce que la tige n'est que difficilement abaissée autant qu'il le faut.

Il m'a suffi, pour éliminer cette dernière difficulté, d'imprimer à la tige de ma sonde coudée une seconde courbure du même côté que la première, à 3 centimètres au-devant de celle-ci, de manière à former un angle obtus de 145 degrés. Cette seconde courbure permet de présenter à l'obstacle le bec par son dos, sans qu'on soit obligé d'abaisser autant le pavillon.

Qu'il me soit encore permis, car on ne saurait posséder trop de ressources dans les cas difficiles, de mentionner ici un procédé qui m'a réussi chez quelques malades qui avaient une saillie au bord postérieur du col de la vessie, avec une ou plusieurs fausses routes à la face uréthrale de cette projection.

Dans un cas de ce genre, je me servais d'une sonde Mayor très-volumineuse, espérant qu'en raison de sa grosseur elle passerait au-devant de la fausse route sans y pénétrer. Vain espoir! la déchirure ou la mollesse des tissus étaient telles, qu'il me fut impossible de soulever la saillie prostatique sans m'engager dans le pertuis accidentel. Voici l'idée qui me vint à l'esprit :

On sait que les sondes en étain n'ont qu'un œil sur leur face concave, à 12 ou 15 millimètres de leur extrémité, et que cette extrémité est pleine, sans cul-de-sac. Avec un canif, je façonnai le bord terminal de l'œil, de manière que le canal vînt y aboutir par un plan incliné aussi doux que possible. J'introduisis alors l'instrument; son bec s'engagea dans la fausse route comme dans mes tentatives précédentes; mais après l'avoir retiré de quelques millimètres, je passai dans son canal une petite sonde élastique, et immédiatement je vis avec bonheur mes prévisions se réaliser. L'extrémité de celle-ci, arrivée au fond de la première, glissa sur le plan incliné qu'elle rencontra, sortit par l'œil, et, soit à cause de la direction en avant qu'elle était forcée de prendre, soit parce que la fausse route était occupée par le bec de la sonde métallique, soit pour ces deux raisons à la fois, elle pénétra immédiatement dans la vessie, donna issue à l'urine, et du moment que la distension eut cessé, l'introduction d'une autre sonde élastique plus volumineuse se fit sans difficulté par le procédé ordinaire.

Les autres faits n'ont été pour ainsi dire que la reproduction de celui que je viens d'exposer.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juillet 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Delamontagne sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Soulosse (Vosges);

2° Un rapport de M. le docteur Ragaine sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans diverses communes de l'arrondissement de Mortagne;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Loir-et-Cher, de la Loire-Inférieure et de la Côte-d'Or (commission des épidémies);

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales suivantes : 1° de Contrexéville (Vosges), par M. le docteur Baud; 2° de Saint-Honoré (Nièvre), par M. le docteur Allard; 3° de Neyrac (Ardèche), par M. le docteur Tailhaud (commission des eaux minérales);

5° Une note de M. le docteur Rébory sur un cas de vaccine généralisée qui s'est produit à Saint-Jurson. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Langlois, pharmacien aux Invalides, et M. Regnauld, pharmacien de la Charité, écrivent pour prier l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

— M. le docteur Jacquez (de Lure) et M. Mouchon, président de la Société des pharmaciens du Rhône, sollicitent l'honneur d'être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

— M. le docteur Andrieu adresse un mémoire intitulé : *Maladie du bon Pasteur d'Amiens.* (Commissaires, MM. Jolly, Grisolle et Baillarger.)

— M. Pouillien, fabricant d'appareils de chirurgie, présente à l'Académie un appareil destiné à l'usage des irrigations continues.

Le zinc et le caoutchouc, l'un et l'autre inattaquables par l'eau, sont les seules substances qui entrent dans la composition des pièces de cet appareil. Il se compose d'un réservoir, d'un tube conducteur, d'une gouttière et de coussins, dont on peut varier la forme suivant les besoins. L'eau en contact avec ces éléments ne contracte pas de mauvaise odeur, et ne subit aucune altération; elle ne fait que passer, et c'est dans ce mouvement, qui n'éprouve aucune interruption, qu'elle produit ses effets. Les appareils eux-mêmes ne sont pas endommagés; celui que M. Pouillien met sous les yeux de l'Académie fonctionne depuis plusieurs années, et il est aussi frais que s'il venait d'être confectionné. C'est celui dont se servait M. Amussat, et dont se sont servis avec un égal avantage MM. Cloquet, Nélaton, Oliffe, Millet (de Montmorency), Léveillé et Anselmier.

— M. le docteur Faure adresse un travail sur les effets du chloroforme. Nous en publierons un extrait dans le prochain numéro.

— M. le Président propose à l'Académie, au nom du bureau, de nommer une commission, composée de MM. Cruveilhier, Danyau, Davenne, Depaul, P. Dubois, Guérard, Hervés de Chégoin, pour examiner tous les travaux relatifs à la question de la fièvre puerpérale. (L'Académie adopte.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. Guérard.

(1) On pourrait, à défaut de ma sonde coudée, donner à une sonde élastique droite une courbure analogue, à l'aide d'un mandrin métallique. On a vanté des sondes élastiques fabriquées sur le modèle de ma sonde coudée, mais ces sondes ne sont d'aucune utilité dans le cas dont il s'agit. Leur coude rencontre toujours le même obstacle à déprimer, la même résistance à vaincre. Du volume de ma sonde métallique, elles n'ont pas assez de roideur, et si on les prend assez roides, elles auront plus de volume et moins de poli : on ne peut plus surtout leur imprimer des alternatives d'abaissement et d'impulsion, qui sont si utiles pour leur faire traverser la portion ascendante du canal.

Suite et fin de la discussion sur la fièvre puerpérale.

M. GUÉRARD. J'ai parlé dans la dernière séance des accidents puerpéraux distincts de la fièvre puerpérale; je rappellerai seulement que les phlegmasies franches et l'embarras gastrique se montrent dans les premiers jours de la puerpéralité et l'infection putride après le premier septénaire, et je passe immédiatement aux caractères propres à la fièvre puerpérale.

La période pendant laquelle elle peut faire son apparition ne dépasse pas, sauf de rares exceptions, les premiers jours qui suivent l'accouchement, et elle comprend toute la durée du travail et même les derniers temps de la grossesse.

Elle peut donc apparaître quand l'utérus et ses annexes ne présentent encore aucune des modifications auxquelles plusieurs localisateurs ont fait remonter les inflammations locales, et M. Guérin l'ascension du pus dans le péritoine.

Je ne reviendrai pas sur les particularités relatives aux symptômes que j'ai indiqués dans la dernière séance.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, la fièvre puerpérale est caractérisée par des lésions essentiellement variables suivant les épidémies, fait déjà noté par M. Tonnelé; par leur multiplicité; par leur tendance à une suppuration rapide et étendue; enfin, par leur siége dans les cavités séreuses ou articulaires, les muscles, le globe oculaire, les lymphatiques et divers parenchymes.

Toutefois il est des cas, très-rares sans doute, mais incontestables, où l'on ne rencontre aucune de ces localisations.

Jamais on ne trouve les abcès métastatiques qui sont propres à l'infection purulente; si celle-ci était identique avec la fièvre puerpérale, on ne pourrait du reste pas s'expliquer les cas où la maladie débute avant le travail. Quant à l'assimilation de la surface interne de l'utérus à une plaie récente, dont on a étayé la doctrine de l'infection purulente, j'ai déjà fait voir combien peu elle est fondée sur des notions exactes.

L'infection purulente n'est d'ailleurs pas infectieuse comme la fièvre puerpérale, et bien plus, elle se présente chez les accouchées comme chez les blessés avec ses caractères symptomatiques et anatomiques tout particuliers; M. Depaul l'a parfaitement établi.

La fièvre puerpérale ressemble à d'autres maladies, telles que la morve, par ses suppurations considérables; mais elle en diffère par le siége essentiellement variable de ces foyers pyogéniques.

Les partisans de l'essentialité voient l'origine de ces suppurations dans une altération du sang (perte de la plasticité, aspect de gelée de groseille, etc.) produite par l'absorption d'un miasme particulier. Cette hypothèse réunit un grand nombre de probabilités en sa faveur, et elle n'est en opposition avec aucun fait bien constaté.

La formation rapide d'énormes foyers purulents est analogue aux effets produits par la piqûre du *Bothrops lancéolé*, reptile venimeux qui fait de nombreuses victimes à la Martinique. Un gonflement énorme, une crépitation emphysémateuse, des hémorrhagies interstitielles se remarquent en moins de deux heures à l'extrémité blessée; le sang a perdu sa plasticité presque aussi rapidement que l'amidon est transformé en glucose par la diastase, et des abcès énormes se forment avec une rapidité effrayante.

C'est le miasme de la fièvre puerpérale qu'avait respiré cette sage-femme dont M. Depaul vous a parlé, et qui fut prise des premiers symptômes de la fièvre puerpérale presque immédiatement après avoir inspiré les émanations d'une malade à laquelle elle donnait ses soins.

Remarquez encore que la fièvre puerpérale se transmet comme d'autres maladies générales, telles que l'angine couenneuse, et qu'elle s'accompagne de diarrhée comme la plupart des empoisonnements miasmatiques.

La génération première, spontanée, du miasme puerpéral, se comprend d'ailleurs tout aussi bien que celle d'autres principes analogues, qui se fait incontestablement sous l'influence de conditions hygiéniques ou organiques spéciales; ici ce sont des conditions atmosphériques et les particularités physiologiques et organiques de l'état puerpéral, comme ailleurs un excès de fatigue produit le charbon chez un animal surmené.

J'ai eu l'occasion de voir un fait assez analogue chez l'homme ; dans les meilleures conditions hygiéniques, à la suite de travaux fatigants, une cuisse, la fesse, une partie du dos, se sont mortifiées en quarante-huit heures.

Je reconnais, en résumé, avec MM. Dubois, Depaul et Danyau, à la fièvre puerpérale les caractères propres suivants :

1° Epoque d'apparition fixe ;
2° Evolution et nature spéciales des symptômes ;
3° Lésions anatomiques particulières ;
4° Et transmission infectieuse.

Je vais maintenant résumer succinctement les autres opinions qui ont été professées sur la nature de la fièvre puerpérale.

Pour M. Beau, c'est presque toujours une péritonite et toujours une inflammation, dont l'étendue mesure la gravité, et qui se produit sous l'influence d'une diathèse attribuable elle-même à une altération du sang.

M. Piorry y voit une série d'inflammations, dont le siége n'a rien de fixe, ou bien une infection putride ou purulente.

Ces deux infections constituent la fièvre puerpérale de M. Hervez de Chégoin.

M. Cazeaux est partisan des phlegmasies; il explique leur gravité par leur siége et leur étendue, et leur origine soit par l'influence épidémique, soit dans les cas sporadiques, par l'altération du sang qui existerait toujours, selon lui, à la fin de la grossesse; Je ne puis admettre cette étiologie; elle ne rend nullement compte des cas sporadiques qu'on observe chez des femmes dont la santé ne laisse rien à désirer.

M. Jacquemier ne croit pas à la métro-péritonite.

M. Legroux pense que les fièvres puerpérales les plus graves ne diffèrent que par leur étendue et nullement par leur nature des inflammations locales les plus bénignes; en effet, dit-il, ces deux ordres d'accidents se rencontrent souvent l'un à côté de l'autre et peuvent se succéder chez la même malade.

Je ne puis reconnaître à ces deux arguments la valeur que leur donne M. Legroux. La coexistence de deux maladies ne prouve pas, d'abord, qu'elles soient de même nature. Puis, quand la fièvre puerpérale succède à une inflammation franche, c'est une maladie nouvelle qui vient se greffer sur une première maladie, et non une modification de celle-ci.

Cela arrivera d'autant plus facilement qu'on aura diminué, par un traitement énergique, la force de réaction ou de résistance de la malade; ce n'est, en effet, qu'en vertu de cette force que nous résistons aux causes de destruction qui nous entourent sans cesse.

Telle a été la succession des accidents chez une jeune dame de ma famille chez laquelle on avait, sur le conseil de M. Dubois, appliqué des sangsues pour combattre une métrite franche; en peu de temps, pendant que le sang coulait, une modification effrayante de l'état général annonça l'invasion de la fièvre puerpérale, qui ne tarda pas à emporter sa victime, quoiqu'on eût arrêté immédiatement l'hémorrhagie.

Pour M. Bébier, la fièvre puerpérale est une phlébite ; pour M. Velpeau, une infection purulente ou une métrite; bref, une phlegmasie modifiée par l'état puerpéral; pour M. Bouillaud, une infection purulente ou putride, ou une inflammation.

M. Trousseau déclare que c'est une maladie spécifique commune à tous les âges, à tous les sexes et à toutes les conditions de la vie.

Je rappellerai ici que Botrel (*Archives générales de médecine*, 1845) a fait la relation d'une épidémie de lymphites utérines qui avait commencé en ville, et pendant laquelle les lymphites étaient très-fréquentes chez les blessés; que M. Depaul a remarqué que l'érysipèle épidémique des blessés annonce parfois l'invasion de la fièvre puerpérale dans les services d'accouchements attenants. On ne peut se refuser à admettre un rapport remarquable entre ces accidents; mais il ne faut pas oublier que la maladie observée par Botrel n'était pas la fièvre puerpérale.

M. Cruveilhier croit à l'infection, à la contagion et à l'origine miasmatique de la fièvre puerpérale; il croit pouvoir la caractériser principalement par la présence du pus dans les lymphatiques; il l'assimile au typhus, rapprochement certainement inexact.

Quant à M. Guérin, il voit dans la fièvre puerpérale une infection putride, dont il rapporte l'origine au défaut de rétraction de l'utérus et au passage des matières septiques dans le péritoine. Je ne reproduirai pas les critiques qui n'ont pas manqué à cette théorie.

M. Mattei, en assimilant la fièvre puerpérale à la fièvre de lait, dont elle ne différerait que par son intensité, a à peu près reproduit l'opinion de M. Raciborsky, qui en fait une fièvre traumatique.

J'ai enfin reçu une lettre de M. Faye, de Christiania, dans laquelle ce professeur se prononce en faveur d'un miasme engendré par l'encombrement des salles d'accouchées et transmissible dans certaines circonstances par contagion.

Pour ce qui est, en second lieu, du mode de transmission de la fièvre puerpérale, la propagation par infection est à peu près généralement admise.

Il n'en est pas de même de la contagion; MM. Danyau et Depaul n'en doutent pas; en rapportant à l'appui de cette opinion des faits nombreux empruntés surtout aux auteurs anglais, M. Danyau a d'abord entraîné les convictions d'un grand nombre de ses collègues. Toutefois la critique judicieuse de M. Dubois, en faisant voir la large part que l'on doit faire aux coïncidences, a ébranlé les croyances de bien des partisans de la contagion, et j'avoue que je suis de ce nombre; M. Hervez est du même avis, tout en admettant l'infection.

Je reviendrai tout à l'heure sur l'opinion de M. Cazeaux relativement au peu d'importance de l'encombrement dans la production des épidémies; M. Cazeaux recommande les lotions désinfectantes, le changement fréquent des habits; il veut que l'accoucheur ne se rende pas du lit d'une malade chez une autre accouchée sans s'être soumis à une espèce d'aération, et que, lorsque les cas malheureux viennent à se multiplier chez ses clientes, il les abandonne à un confrère qui n'a pas à déplorer des malheurs semblables.

J'arrive enfin à la dernière partie de mon programme, au traitement de la fièvre puerpérale.

Aucune des questions soulevées dans ce débat n'a autant ému les praticiens que celle-ci, et l'on n'a pas manqué de publier des faits favorables, des guérisons obtenues par telle ou telle méthode thérapeutique; mais dans tous ces cas il ne s'agit pas de fièvres puerpérales, ce sont des embarras gastriques guéris par les vomitifs, des inflammations franches qui ont cédé aux antiphlogistiques, etc.

Qu'on y prenne garde. Un diagnostic précis est ici de la plus grande importance; car un traitement antiphlogistique énergique prédispose puissamment à la fièvre puerpérale.

Dans l'état actuel de l'art, on ne peut formuler aucun traitement applicable à la fièvre puerpérale ; il en est de cette maladie comme du choléra algide. Le praticien ne devra pas, pour cela, renoncer à toute intervention; il consultera son expérience et s'inspirera des conditions propres à chaque malade.

On m'a parlé d'une épidémie dans laquelle un praticien se bornait à l'expectation. D'autres médecins, qui ne pouvaient s'y résigner, trouvèrent dans une mortalité moins grande une compensation de leurs efforts. Que l'on essaye donc des moyens hygiéniques ou thérapeutiques qui ont paru réussir quelquefois, ce ne sera pas toujours peine perdue.

Je n'en dirai pas autant du sulfate de quinine employé comme prophylactique; ce n'est pas un moyen innocent, et son utilité n'est rien moins que démontrée.

M. Dubois a, en effet, fait voir combien les succès qu'on lui a attribués hors de Paris sont douteux; M. Trousseau en a fait autant pour les expériences de M. Piedagnel. Remarquez que, lorsque ces expériences ont été faites, la mortalité a été :

A l'Hôtel-Dieu.	de 1 sur 38
A la Clinique.	de 1 sur 37
A la Maternité.	de 1 sur 60.

Si le sulfate de quinine avait une vertu prophylactique appréciable, il aurait au moins abaissé le chiffre de la mortalité de l'Hôtel-Dieu.

L'antidote du miasme puerpéral reste donc à trouver; je ferai seulement observer que si on le découvre, c'est le plus près possible du moment de l'intoxication qu'il devra être administré pour réussir.

M. Cruveilhier a proposé de substituer aux Maternités de petits hôpitaux, créés hors de Paris, et pouvant recevoir dans autant de chambres particulières 12 à 20 femmes. Je ne discuterai pas en ce moment l'opportunité de cette mesure; la commission que vous venez de nommer s'en occupera. M. Depaul diffère de M. Cruveilhier en ce qu'il serait d'avis de disséminer les femmes enceintes dans les divers hôpitaux, ou de les placer chez les accoucheuses.

M. Danyau s'est élevé contre la suppression des maternités ; il croit que ce serait renoncer à des avantages certains, sans éviter sûrement des dangers compensés par l'administration prompte des secours les plus éclairés dans des circonstances pressantes ; il fait remarquer que souvent il faut, avant tout, un domicile à la femme qui doit accoucher ; qu'enfin, en abaissant inévitablement le niveau des études, la suppression des maternités aboutirait simplement à déplacer le chiffre de la mortalité.

Je reconnais toute l'importance des arguments de M. Danyau ; mais l'organisation proposée par mon honorable collègue (petites Maternités évacuées à tour de rôle, et occupées seulement après aération, ventilation, etc.) porterait-elle les fruits qu'il s'en promet?

Au premier abord, en jetant un coup d'œil sur les relevés de Saint-Louis, où cette organisation existe depuis 1852, on serait disposé à la croire. De 1852 à 1856, il n'y a eu, en effet, dans cet hôpital, que 9 décès sur 3,748 accouchements.

Mais voici ce qui s'est passé dans un établissement tout à fait semblable, sur lequel M. Faye a publié des renseignements dans l'*Union médicale* (1850): la mortalité était d'abord assez faible, mais elle finit par arriver à la proportion de 1 sur 20; et quand on dissémina les accouchées, après un succès apparent de courte durée, on vit qu'on avait seulement multiplié les foyers d'infection.

Ceci me ramène à l'influence de l'encombrement sur la production des épidémies ; M. Cazeaux l'a niée, et je crois qu'il avait bien raison de le faire. En consultant le relevé de la mortalité des accouchées que voici, on verra, en effet, que le chiffre des décès n'est nullement en rapport avec celui des accouchements.

	NOMBRE des accouchements.	des décès.	RAPPORT des décès aux accouchements.
Maternité (1854). . . .	3185	1	1/3185e
— (1853). . . .	2849	72	1/39e
— (1856). . . .	2478	99	1/25e
Clinique (1852). . . .	1233	22	1/56e
— (1853). . . .	847	32	1/26e
— (1856). . . .	630	32	1/19e
Hôtel-Dieu (1854). . .	1439	26	1/55e
— (1853). . .	1208	39	1/30e

J'ai fait quelques recherches sur la mortalité comparée de la Clinique et de l'Hôtel-Dieu, et j'espérais arriver ainsi à apprécier l'influence que peut exercer sur la mortalité de la Clinique le voisinage des salles de dissection. Pendant les années 1852 à 1856 la mortalité a été

	EN HIVER :	EN ÉTÉ :
A la Clinique.	de 1 sur 38	de 1 sur 36
A l'Hôtel-Dieu.	de 1 sur 33	de 1 sur 45

Mais il vaut mieux dégager ces chiffres de l'influence de la terrible épidémie de 1856, et alors nous trouvons pour les années 1852 à 1855 une mortalité

	EN HIVER :	EN ÉTÉ :
A la Clinique.	de 1 sur 38	de 1 sur 51
A l'Hôtel-Dieu.	de 1 sur 44	de 1 sur 58

Il n'est guère possible de se prononcer, d'après ces chiffres, sur l'influence que j'ai essayé de rechercher; mais je signale à dessein cette lacune qu'il importerait de remplir. Ce n'est d'ailleurs pas la seule question que l'insuffisance des relevés statistiques ne nous permet pas de résoudre. Nous en avons rencontré plus d'une dans ce débat, que la pénurie de documents précis nous a forcé à ajourner.

M. Guérard termine en exprimant sa conviction bien profonde que la discussion sur la fièvre puerpérale n'aura pas été, comme on l'a dit, une pomme de discorde jetée inutilement dans le sein de l'Académie; qu'au contraire, elle a déjà élucidé plusieurs questions obscures, et qu'en signalant des problèmes insolubles aujourd'hui, elle aura au moins préparé des travaux qui permettront un jour de les résoudre.

M. LE PRÉSIDENT proclame la clôture de la discussion sur la fièvre puerpérale.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Souscription en faveur de deux confrères malheureux.

L. G., chirurgien de marine.	4 fr.
Gruget, à Montrevault.	4
Devergie, professeur à la Faculté.	10
Liste précédente.	164
Total.	182 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse; par M. le Dr A. Raciborski, ancien chef de clinique, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19. Prix : 3 fr.

Du choc du cœur (thèse inaugurale), par M. le Dr J. J. Thévenin Conqueret.

Étude sur le développement et la structure des dents humaines, accompagnée de deux planches gravées sur cuivre (thèse inaugurale), par M. le Dr Emile Magitot.

Ces deux thèses se trouvent à Paris, chez Rignoux, imprimeur, rue Monsieur-le-Prince, 31.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 80. — SAMEDI 10 JUILLET 1858. (31e ANNEE.) N° 80. — SAMEDI 10 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur le traitement de la chorée par l'émétique à haute dose. Nouveaux faits à l'appui de cette méthode.

Nous avons appelé déjà plusieurs fois l'attention des lecteurs de la *Revue* sur la médication de la chorée par le tartre stibié à haute dose ; tout récemment encore, après avoir reproduit tous les cas de succès qui sont parvenus à notre connaissance, nous avons publié un cas de succès. Nous avons également accueilli les objections qui ont été faites contre cette médication par quelques médecins très-compétents sur la matière. On comprendra qu'en présence d'une affection aussi grave et d'une médication qui a acquis en peu de temps un aussi grand retentissement, nous revenions souvent sur ce sujet. Il importe en effet de faire connaître tous les faits qui se produisent, favorables ou non, en insistant surtout sur les conditions qui paraissent nécessaires pour assurer l'effet du traitement. C'est le meilleur moyen de mettre les praticiens à même d'expérimenter et d'apprécier par eux-mêmes.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Gillette, sur l'invitation du président, a exposé le mode d'usage de la méthode de traitement dont il s'agit et les résultats qu'il en a obtenus ; et M. Roger a saisi cette occasion pour faire connaître une série d'observations qu'il a recueillies dans son service ou à sa consultation de l'hôpital des Enfants.

Rappelons d'abord quelle est la méthode à laquelle M. Gillette s'est arrêté définitivement après des essais et des tâtonnements multipliés ; car il importe, pour prévenir tout malentendu sur l'appréciation des faits, que l'on connaisse exactement le *modus faciendi.*

M. Gillette donne le tartre stibié seul et à des doses à peu près égales pour tous les enfants (dans la limite de 7 à 14 ans).

Le premier jour il donne une solution de 20 centigr. de tartre stibié dans 100 grammes d'eau sucrée, par cuillerées d'heure en heure. S'il y a des vomissements et de la diarrhée, il éloigne les doses.

Le deuxième jour le tartre stibié est porté à 0,40. Il est ordinairement beaucoup mieux supporté que la veille ; les garde-robes diminuent.

Le troisième jour, on porte la dose à 0,60. Les vomissements et la diarrhée sont rares ; les petits malades demandent même des aliments qui sont bien supportés.

Après cette première série, on s'arrête pendant trois ou quatre jours ; le seul effet appréciable, en dehors de la maladie, est l'abaissement du pouls, dont les pulsations ont diminué de 10, 15 et 20 pulsations. Quant à la chorée, il y a ordinairement une amélioration sensible dès le deuxième ou le troisième jour du traitement.

Si après cet intervalle de repos la chorée persiste, on redonne l'émétique encore pendant trois jours, mais aux doses progressives de 0,25, 0,50 et 0 gr. 75 centigr. Il est ordinairement parfaitement toléré, et après une nouvelle interruption de trois jours, si le traitement est continué, on porte la dose à 0,30, 0,60 et 0,90, sans plus d'accidents.

Voici maintenant le résumé sommaire des faits que M. Roger a communiqués à ses collègues :

Obs. I. — Enfant de onze ans et demi. Première attaque à l'âge de sept ans, traitée par les bains froids et le sirop de strychnine ; guérison après six mois. Deuxième attaque en janvier 1856, traitée pendant deux mois, dans le service de M. Bonneau, par la gymnastique, les bains sulfureux et les préparations de fer et de quinquina. Troisième attaque (actuelle), datant de six semaines, traitée d'abord par les bains, puis par le tartre stibié à haute dose ; guérison rapide (en quinze jours).

Obs. II. — Enfant de douze ans et demi, Chorée légère. Troisième attaque (une première à l'âge de neuf ans, traitée par la gymnastique, les bains sulfureux et le fer ; la deuxième à l'âge de dix ans et demi, traitée pendant quatre mois de la même manière ; guérison incomplète). La troisième attaque datait de quinze jours. Tartre stibié ; guérison en quatorze jours.

Obs. IV. — Chorée générale chez un enfant de huit ans, datant de six semaines, traitée sans succès, en ville, par le sirop de strychnine. Tartre stibié ; guérison complète le trentième jour.

Obs. IV. — Enfant de huit ans. Chorée récente et grave, à forme hémiplégique. Tartre stibié ; guérison le vingt-sixième jour.

Obs. V. — Jeune fille de treize ans. Chorée générale très-intense (troisième attaque) avec affaiblissement intellectuel très-prononcé. Insuccès de la gymnastique et des bains sulfureux ; guérison par le tartre stibié à haute dose.

Chez ces cinq malades, fait remarquer M. Roger, l'amendement a été tellement prompt, qu'il n'a pas été besoin de donner le remède plus de trois jours de suite. La guérison a été complète chez tous vers le quinzième jour.

Obs. VI. — Enfant de douze ans et demi. Chorée légère et récente. Traitement par le tartre stibié en deux séries. Guérison. Il y avait une diminution sensible dans les mouvements choréiques dès le deuxième jour du traitement.

Obs. VII. — Petite fille de dix ans. Chorée intense récente. Amélioration rapide sous l'influence de la médication stibiée. Erreur dans l'administration (20 centigr. furent administrés en une seule fois le premier jour ; et le lendemain, malgré des évacuations nombreuses par haut et par bas, on lui fit ingérer encore d'un seul coup 40 centigr.) ; des accidents graves, cholériformes, se montrèrent aussitôt ; mais dès le lendemain, tous les phénomènes de l'intoxication, ainsi que ceux de l'affection convulsive, avaient cessé.

Obs. VIII. — Enfant de onze ans et demi. Chorée intense et générale ; pleuro-pneumonie intercurrente traitée par le tartre stibié à dose élevée et progressive ; guérison simultanée de la pneumonie et de la chorée.

Obs. IX. — Enfant de sept ans et demi. Chorée générale (deuxième attaque) ; pleuro-pneumonie intercurrente, traitée par le tartre stibié à haute dose ; guérison des deux maladies.

Dans ces deux derniers cas, qui présentent cette circonstance commune d'une complication phlegmasique, la chorée était récente ; elle n'avait point été traitée. Dès le premier jour de la médication stibiée, une amélioration sensible commença à se manifester dans les accidents convulsifs, et elle se continua avec régularité les jours suivants, sans revenir pendant la période de convalescence de la pneumonie.

Il n'a été question jusqu'à présent que de succès. Voici maintenant la catégorie des insuccès ; elle se compose de trois faits.

Obs. X. — Chorée générale intense ; insuccès du traitement par la gymnastique. Tartre stibié et purgatifs ; guérison. Récidive. Deux séries de traitement par le tartre stibié ; insuccès. Hydrothérapie ; pas de modifications après six semaines.

Obs. XI. — Chorée généralisée ; insuccès à peu près complet du tartre stibié administré en cinq séries. Bains sulfureux et gymnastique ; guérison après soixante-dix-sept jours de durée.

Obs. XII. — Chorée très-intense, à forme hémiplégique (première attaque). Tartre stibié à haute dose ; insuccès. Gymnastique et bains sulfureux ; guérison après quatre mois de ce dernier traitement.

On voit par ce rapide aperçu que sur 12 faits il y a eu 9 guérisons toutes plus ou moins rapides, et 3 cas dans lesquels la méthode de M. Gillette a donné des résultats négatifs. Chez deux des malades de cette dernière catégorie, l'administration du tartre stibié a produit un amendement momentané dans les symptômes. Ainsi, dans l'observation XIe, la chorée, qui était générale et intense, comme dans les deux autres cas, cessa tout à coup dès la troisième dose d'émétique ; mais cette amélioration fut courte. Dès le lendemain, la chorée reprit et s'accrut même en dépit d'une seconde série de traitement, et elle résista à trois autres. Dans l'observation Xe, le tartre stibié et les purgatifs décidèrent assez promptement une guérison qu'on n'avait point obtenue par les exercices gymnastiques ; mais après trois mois environ de disparition, la chorée récidiva avec une intensité nouvelle : elle résista à deux séries de traitement par le tartre stibié. Enfin, dans la XIIe, le remède a échoué tout à fait. La maladie, loin de s'amender, a paru même plutôt s'aggraver après une première et une seconde série de traitement.

En résumé, si l'on considère la durée moyenne de la chorée, fixée dans les monographies les plus récentes entre 70 et 80 jours, on ne peut se défendre de reconnaître avec M. Roger les avantages d'une médication qui, dans la grande majorité des cas, améliore en quelques jours la maladie et la guérit en deux ou trois semaines.

L'innocuité de la médication, telle qu'elle a été instituée par M. Gillette, est également démontrée par ces faits ; M. Roger a obtenu, en effet, dans presque tous ces cas, la tolérance en se conformant rigoureusement aux prescriptions de son collègue.

Toutefois M. Roger ne conclut pas de ses observations, — et en cela nous nous rangeons à ses conclusions très-sages, — qu'il faille adopter la médication stibiée à l'exclusion de toute autre, et se priver des autres ressources que fournit la thérapeutique. Là où le tartre stibié a échoué, les médications par les bains sulfureux ou par la gymnastique, ou par la strychnine, ont quelquefois réussi ; et d'ailleurs, ainsi qu'il l'a très-judicieusement dit en terminant sa communication, à côté du traitement empirique, il y a à tenir compte des indications spéciales que peut offrir chaque cas particulier.

Cautérisations du larynx à l'aide du cathétérisme dans un cas de croup. — Guérison.

Dans plusieurs circonstances, il a été question ici de la méthode employée par M. Loiseau (de Montmartre) dans le traitement de l'angine laryngée diphthéritique, méthode qui consiste, on se le rappelle, à porter directement, à l'aide du cathétérisme, sur la muqueuse du larynx et jusque dans la trachée les agents caustiques généralement employés pour combattre cette redoutable affection.

Dans le numéro du 31 octobre 1857, nous avons rapporté une observation recueillie dans le service de la clinique de M. le professeur Trousseau ; elle avait moins pour but d'ajouter un nouveau fait de guérison du croup à ceux communiqués à l'Académie de médecine par M. Loiseau, que de démontrer l'innocuité de l'opération, la facilité avec laquelle elle se pratique.

Le fait que nous relatons aujourd'hui, et dont M. Trousseau a entretenu son auditoire dans sa clinique de jeudi dernier, vient compléter ce que nous disions l'année dernière, en donnant un exemple remarquable de succès obtenu par la méthode sinon inventée, du moins complétement remise en honneur par M. Loiseau.

« Il y a quelques jours, dit M. Trousseau, j'étais appelé en consultation, dans la clientèle de M. le docteur Gros, pour voir un garçon de quatre ans et demi à cinq ans atteint d'une affection diphthéritique des plus graves. Les amygdales, le pharynx étaient tapissés d'épaisses fausses membranes qui recouvraient aussi les fosses nasales. Une large division congénitale de la voûte palatine s'étendant jusqu'à 2 centimètres environ derrière l'arcade dentaire, permettait aisément de constater ces désordres. Cette généralisation des fausses membranes jusque dans les fosses nasales devait faire juger le cas grave ; toutefois il n'y avait pas d'engorgements ganglionnaires, complication toujours si redoutable, que lorsqu'elle existe, les accidents locaux fussent-ils peu prononcés, on peut regarder la maladie comme presque fatalement mortelle : *Quid pestilenti redolent*, disait Carnevole en parlant de ces cas graves. L'absence de cette funeste complication me permit d'espérer quelques chances de guérison.

» Cependant la maladie s'étendit au larynx ; la respiration gênée, sifflante, la voix et la toux caractéristiques ne laissèrent bientôt plus de doute sur l'existence du croup. Les accidents augmentaut, M. le docteur Gros eut l'idée d'appeler M. Loiseau à son aide.

» Des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent furent faites dans le larynx au moyen du cathétérisme, suivant le procédé que je vous ai déjà fait connaître. Des fausses membranes furent expulsées par des efforts de toux ; et, dès cette première opération, la respiration devint moins gênée. Je revis l'enfant le lendemain, et je constatai une amélioration réelle. Néanmoins, redoutant encore que ce mieux ne se soutînt pas, et qu'on fût obligé d'avoir recours en dernier ressort à l'ouverture de la trachée, je laissai entre les mains du docteur Gros l'appareil à trachéotomie.

» Mes craintes heureusement ne se réalisèrent pas. Après deux nouvelles injections faites par M. Loiseau, avec la solution saturée de tannin, après des insufflations d'alun et de tannin pratiquées dans le pharynx et dans les fosses nasales, le mal fut définitivement vaincu, et la guérison est aujourd'hui parfaite.

» C'est là un fait du plus haut intérêt : si j'ai vu guérir, sans qu'on ait eu recours à la trachéotomie, des enfants atteints de croup, je ne l'ai vu que trois fois. Or, par rapport aux faits nom-

breux que j'ai observés, je puis dire que ces cas heureux sont dans la proportion de 1 à 100. La méthode de M. Loiseau mérite donc d'être prise en sérieuse considération. Ce n'est pas la première fois d'ailleurs que je me suis trouvé à même d'en constater l'efficacité : à l'époque où j'avais été chargé par l'Académie de faire un rapport sur le mémoire que M. Loiseau lui avait présenté à ce sujet, j'avais été témoin de plusieurs faits de guérison ; je ne saurais donc trop insister sur la puissance de cette médication.

» Je dois appeler encore votre attention sur un point ; c'est sur l'emploi du tannin, qui, suivant M. Loiseau, rend de plus grands services que le nitrate d'argent, ou le sulfate de cuivre. Pour sa part, il l'emploie de préférence à toute espèce de caustique. Il a sur ceux-ci l'avantage d'être plus facile à administrer, et aussi — considération qui doit entrer en ligne de compte dans la pratique des malades — l'avantage de moins effrayer les patients et ceux qui les entourent. »

De la conduite à suivre dans les cas de hernie intra-inguinale ou intra-abdominale.

Dans une séance de la Société médicale d'émulation, M. le docteur Perrin communiqua à ses collègues une observation intéressante dont voici le titre : *Hernie inguinale gauche étranglée par le collet du sac, réduction; hernie intra-inguinale consécutive étranglée au niveau de l'anneau interne; mort.* Ainsi que le faisait observer M. Perrin dans les réflexions dont il fit suivre la relation de ce fait, « la réduction ne fit que transformer une oschéocèle en hernie intra-inguinale. »

Lorsqu'un semblable accident arrive, quelle doit être la conduite du chirurgien? Faut-il attendre la rémission des symptômes pour en venir à l'usage des antiphlogistiques, des lavements ou d'autres moyens appropriés; ou faut-il agir plus hardiment, c'est-à-dire aller à la recherche de l'étranglement consécutif?

A ces questions qui surgissent naturellement en présence du fait communiqué par M. Perrin, M. le docteur Dieulafoy, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Toulouse, répond par les trois observations suivantes, que nous empruntons au *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse,* convaincu, comme notre savant confrère, qu'elles pourront servir à éclairer ce point difficile de doctrine chirurgicale.

Premier fait. — En 1840, M. le docteur Viguerie fut appelé auprès d'un malade âgé de soixante ans, qui portait depuis longtemps une hernie inguinale réductible et maintenue ordinairement par un bandage qu'il ne quittait que la nuit. Ayant négligé un jour de mettre son bandage, cet homme fut pris, quelque temps après, de vomissements, de coliques abdominales. M. Viguerie reconnut de suite l'étranglement d'une tumeur herniaire volumineuse; l'anneau inférieur était libre; par le taxis, la tumeur rentrait peu à peu, et non d'un seul coup. Les accidents continuant, malgré la réduction, à midi une consultation fut réunie. On fut d'accord que les symptômes présentés par le malade, vomissements, douleurs intestinales, absence de selles, facies hippocratique, dépendaient de l'inflammation, et non de la persistance de l'étranglement, la hernie ayant été réduite peu à peu sous la pression du taxis. On prescrivit en conséquence des sangsues, cataplasmes, lavements émollients, onctions avec onguent mercuriel et belladone, eau glacée pour toute boisson.

A quatre heures, persistance des mêmes accidents, malgré l'usage des antiphlogistiques; nouvelle consultation. On commence à entrevoir la possibilité d'un étranglement, et on s'ajourne à dix heures du soir.

A cette heure les accidents ne s'étaient pas amoindris, l'état général s'était aggravé. MM. Viguerie et Dieulafoy, convaincus dorénavant que la persistance des symptômes tenait à un étranglement interne, n'hésitèrent pas, en présence du danger où était le malade, à arrêter une opération dont les temps principaux furent ainsi formulés : mettre à nu le canal inguinal par l'incision de sa paroi antérieure. L'incision faite, explorer l'anneau interne, et par l'ouverture de cet anneau, aller à la recherche du sac herniaire (on ne sentait aucune tumeur dans le canal).

Une incision fut faite parallèlement au ligament de Fallope, les aponévroses mises à nu furent incisées avec l'anneau externe. On put ainsi voir l'anneau interne largement dilaté. Le doigt, porté dans le ventre par cette ouverture, trouva immédiatement derrière l'anneau une tumeur dure, résistante et peu mobile; il n'était pas douteux que cette tumeur ne fût la hernie réduite en masse, étranglée au collet du sac. L'anneau interne fut débridé, ce qui permit de ramener le sac herniaire dans le canal inguinal. La tumeur, fixée avec une érigne implantée à sa partie inférieure, fut largement ouverte et montra une anse d'intestin étranglée par le collet du sac. L'étranglement levé, l'intestin, quoique malade, fut réduit.

Les symptômes d'étranglement cessèrent dans la nuit, et le lendemain, le malade n'avait plus que la fièvre de réaction. Il a guéri et a survécu longtemps à cette grave opération.

Deuxième fait. — En 1845, un homme atteint de hernie inguinale étranglée fut apporté à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse. On le mit dans un bain, et à la sortie du bain, l'interne de service pratiqua le taxis; la hernie rentra. Il était six heures du soir.

Le lendemain, à la visite, on trouva le malade en proie à des vomissements, la face grippée, le pouls petit, serré, les parois du ventre contractées. Dans la nuit, l'élève de garde, pour combattre des accidents que la réduction n'avait pas calmés, avait pratiqué une saignée, prescrit des lavements, une potion éthérée et opiacée, des cataplasmes laudanisés, etc.

L'anneau inguinal était libre, on ne sentait aucune tumeur; seulement la pression déterminait de vives douleurs. Le malade n'avait point eu de garde-robes depuis trois jours que sa hernie s'était étranglée.

Fallait-il attendre ou tenter une opération?

Convaincu que la persistance des accidents tenait à l'étranglement de l'intestin et non à l'inflammation, M. Dieulafoy n'hésita pas à prendre ce dernier parti.

Le canal inguinal fut mis à nu, l'anneau externe incisé; le doigt, porté dans l'anneau interne, reconnut une tumeur située derrière cet anneau; il fut débridé en dehors. Le doigt, faisant alors office de crochet, put ramener la tumeur au dehors. Le sac herniaire fut ouvert. On y trouva peu de sérosité, mais une masse épiploïque adhérente et étranglée par le collet. Celui-ci fut incisé; on respecta l'adhérence; et après s'être bien assuré que les replis de l'épiploon ne contenaient point d'anse d'intestin, l'opérateur en fit l'excision, ayant soin de lier les vaisseaux à mesure qu'ils étaient ouverts. Le malade guérit sans aucun accident.

Troisième fait. — Dans le troisième fait, presque en tous points semblable aux deux précédents, il s'agit aussi d'une hernie inguinale étranglée que l'on parvint à réduire par le taxis, mais sans faire cesser les accidents de l'étranglement. Ici la tumeur herniaire n'avait pas franchi l'anneau interne; elle était contenue dans le canal inguinal. Vainement on provoqua le malade à se tourner et se retourner, à se promener pour tâcher de faire descendre la hernie; vainement lui imprima-t-on de violentes secousses; tout fut inutile. L'opération paraissant la seule ressource, elle fut immédiatement pratiquée.

Le canal inguinal ouvert, on trouva le sac étranglé à l'anneau interne, qui, par le taxis, avait été refoulé vers l'épine du pubis. Après avoir ouvert le sac, l'anneau fut débridé. La hernie contenait une anse d'intestin grêle, la réduction en fut facile. Le malade guérit très-bien.

Ces trois observations nous paraissent de nature à encourager les chirurgiens à imiter la règle de conduite qui a si bien réussi aux deux habiles chirurgiens de Toulouse. Ouvrir le canal inguinal pour aller à la recherche du siége de l'étranglement est une tentative qui ne manque pas de hardiesse sans doute; mais la hardiesse est d'autant plus justifiée en pareille circonstance, qu'on se trouve en présence d'un accident fatalement mortel si l'on n'y apporte promptement remède. La temporisation dans ce cas n'aurait pas d'excuse. Entre une abstention qui compromet immédiatement la vie du malade et une opération qui, en donnant un libre accès dans cette région, permet à la fois de fixer le diagnostic et d'apporter le seul remède capable de conjurer la mort, il n'y a pas, ce nous semble, à hésiter.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. H. Larrey (1).

Anévrysme poplité (à droite) guéri par la compression.

M. L..., âgé de cinquante-sept ans, lieutenant en retraite, entré au Val-de-Grâce le 5 avril 1857, est malade depuis cinq mois.

C'est un homme d'une constitution robuste, habituellement bien portant; il n'a jamais eu d'autres accidents vénériens que quelques légères ulcérations sur le gland, ulcérations qui n'ont été suivies d'aucunes manifestations secondaires. Il n'a jamais fait d'excès de boisson.

Entré jeune dans la cavalerie, il a fait des chutes fréquentes; il a reçu de nombreux coups de pied de cheval; mais il n'a jamais été gravement blessé. Jamais, avant le mois d'octobre 1856, il n'avait éprouvé la moindre douleur dans le membre, ni la moindre gêne dans la marche. Depuis sa mise à la retraite, il a fait souvent à pied de longues courses, sans la moindre fatigue ni le plus léger engourdissement.

Au mois d'octobre seulement, il commença à ressentir quelques douleurs dans le genou; les mouvements de l'articulation étaient moins libres qu'autrefois.

Au mois de novembre, il éprouva après la marche une sorte d'engourdissement dans le mollet, avec la sensation d'une tension plus générale dans cette région. Le repos horizontal faisait disparaître ces légers symptômes.

Mais au mois de janvier 1855, les douleurs devinrent assez vives pour arracher des cris. Ces douleurs n'étaient point continues; M. L... commençait par éprouver une sensation de tension dans le mollet, puis des crampes très-pénibles; après cinq ou six jours, la tension diminuait et ces douleurs disparaissaient pour reparaître après un intervalle variable (huit à quinze jours). La flexion de la jambe restait encore facile.

Le 27 février 1857, il fit une longue course à pied (de Montrouge, où il demeure, à l'Odéon, et de ce théâtre à Montrouge). En rentrant, il sentit dans sa jambe droite un engourdissement pénible. Le lendemain la tension augmenta, et des douleurs vives se firent sentir dans toute la jambe, et particulièrement sous le pied; ces douleurs, qu'augmentait le moindre mouvement, ressemblaient à autant de piqûres d'épingle, ou mieux à des déchirements multiples : *Il lui semblait*, dit-il, *avoir une meute apres son pied.* Depuis, ces douleurs n'ont pas cessé. La marche est devenue impossible, et même la station debout. Le moindre contact de son pied par terre déterminait des douleurs atroces. La seule position possible était le décubitus dorsal, le pied légèrement pendant, un coussin sous le mollet.

Vers le commencement de mars, il commença à sentir dans le mollet des battements isochrones au pouls, et dès lors commença aussi la rétraction de la jambe, avec la difficulté dans les mouvements.

Aujourd'hui, 7 avril, l'état général du malade est excellent; il est bien portant, il a de l'embonpoint. Toutes les fonctions viscérales s'exécutent bien malgré l'insomnie à laquelle il est condamné par les douleurs depuis plus d'un mois. Il ne peut étendre la jambe, qui est fléchie suivant un angle de près de 90 degrés; il est obligé d'avoir un coussin sous le mollet. Il éprouve de fortes douleurs sous le pied et près de la malléole interne (trajet du nerf saphène interne). Ces douleurs entraînent l'insomnie; le moindre mouvement imprimé à la jambe les exaspère, la chaleur du lit les augmente. Il n'éprouve point de douleurs dans la jambe ni dans le mollet, mais la pression sur ces régions détermine une sorte de gêne, un engourdissement. Il accuse à la partie supérieure du mollet des battements isochrones à ceux du pouls.

Le pied est œdématié jusqu'au-dessus des malléoles. La jambe tout entière paraît augmenter de volume.

Le creux poplité est effacé par une tumeur s'étendant surtout au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale, occupant toute la lergeur du mollet, et faisant saillie surtout en dehors. Dans cette région (à 16 centimètres au-dessous du condyle interne du fémur), la jambe a 0 39m de circonférence; au même point, la jambe saine ne mesure que 0,37m. Quand on cherche à apprécier d'une manière plus exacte la tumeur qui constitue cette augmentation de volume du membre, on voit qu'elle est située profondément sous les muscles qu'elle soulève; elle a environ 8 à 10 centim. de hauteur; elle remonte à 2 ou 3 centim. au-dessus de l'interligne articulaire et s'étend ensuite en bas sur les muscles du mollet. Elle est globuleuse comme un gros œuf de dinde, tendue; elle se laisse déprimer légèrement sans présenter de fluctuation. Il n'y a point autour d'elle de traces d'un travail inflammatoire quelconque. Elle est le siége d'un mouvement d'expansion isochrone aux battements du pouls : les mouvements sont visibles à l'œil et très-sensibles à la main. L'oreille, directement appliquée sur la tumeur, ou mieux à l'aide d'un stéthoscope, y perçoit un bruit de souffle intermittent et très-fort. La compression de la tumeur diminue un peu son volume et produit un engourdissement de la jambe. La compresion de la fémorale au-dessus de la tumeur diminue aussi son volume et arrête tous les phénomènes de battements et de souffle qui y sont perçus : cette compression détermine aussi des douleurs vives dans le membre.

L'auscultation du cœur ne montre rien d'anormal dans cet organe.

Les douleurs que détermine la compression et sur la tumeur et sur le trajet de l'artère font renoncer, au moins pour le moment, à l'idée de tenter la compression directe ou indirecte pour guérir cette tumeur, dont la nature est évidente. Il s'agit d'un anévrysme poplité, que M. le professeur Larrey veut tenter de guérir par la compression et la glace.

Le pied est couvert d'un bandage roulé, légèrement compressif, et chaque jour oint d'un liniment camphré opiacé. Le malade est placé dans un lit avec des coussins sous la jambe pour la soutenir. De la glace est mise en permanence sous le mollet, en contact avec la tumeur. — Potion opiacée; régime : un quart de portion.

Sous l'influence de ces applications, employées seules jusqu'au 30 juin, l'engorgemeut du pied diminue, les douleurs spontanées diminuent aussi dans le pied. La compression sur l'artère fémorale ne fait plus souffrir le malade; mais l'état de la tumeur reste le même.

Le 30 juin, on applique provisoirement sur la cuisse le compresseur de J. L. Petit. Il arrête les battements dans la tumeur, mais il est mal supporté. L'emploi de la glace est continué.

L'appareil de M. Broca, modifié pour l'usage particulier, est ensuite appliqué. La compression est faite alternativement vers l'angle inférieur du triangle de Scarpa et au niveau de l'arcade pubienne. L'appareil se déplace et est mal supporté.

Après trois jours d'emploi sans succès, on l'abandonne pour le tourniquet simple.

M. Larrey fait fabriquer par M. Charrière un nouvel appareil comprimant le bassin, et au bord droit duquel est fixé un arc métallique, de l'extrémité duquel descend la vis qui fait la compression. La compression par ce moyen se fait au niveau du pli de l'aine. Le malade peut se mouvoir dans son lit sans déplacer l'appareil, qui suit les mouvements du bassin. Mais la compression, malgré le courage du malade, ne peut être continuée plus d'une demi-heure de suite. Elle est douloureuse au delà. Dans la journée, on la rétablit, ou le malade la rétablit lui-même sept ou huit fois. La nuit on ne la maintient point.

Le 12 juillet, amélioration faible. On essaye la compression, au niveau de l'anneau des adducteurs, à l'aide du compresseur fabriqué par M. Charrière pour la marine : les lames de ce tourniquet, par leur longueur, empêchent la compression circulaire du membre. Il est supporté facilement une heure, puis deux heures. Enfin, le 20 juillet, le malade garde la compression quatre à cinq heures de suite.

Cette compression est complète; elle arrête tout à fait les battements de la tumeur et de la pédieuse (les battements de la pédieuse étaient perçus au moment de l'entrée du malade, quoique très faiblement). Elle produit un engourdissement considérable du membre, qui vers la fin devient très-pénible et même insupportable. L'emploi de la glace est continué jusqu'au 29 août.

Jamais la compression n'est continuée la nuit. Ordinairement appliquée le matin, le malade l'enlève dans l'après-midi, et quelquefois elle est rétablie le soir. En somme, la compression ne dure pas plus de six à huit heures par jour. Seulement le compresseur, moins serré, est laissé un temps plus long. Le cours du sang, sans être arrêté, est alors ralenti.

Le 29 août, une bande roulée est appliquée régulièrement sur le membre jusqu'au compresseur : elle comprime légèrement la tumeur elle-même.

Le 21 septembre, la compression, devenue douloureuse, est interrompue. Le volume de la tumeur n'a pas considérablement diminué, mais la densité a augmenté. Le mouvement d'expansion n'est plus perçu, mais on sent encore des battements qu'on prendrait plutôt pour des soulèvements. Les douleurs dans la jambe n'ont point reparu. Il

(1) Les deux observations suivantes ont été recueillies par M. le docteur Lhonneur, alors aide de clinique chirurgicale (Voir le compte rendu de la séance de la Société de chirurgie du 5 mai 1858; *Gazette des Hôpitaux* du 18 mai.)

n'y a plus d'insomnie comme au début de l'affection. — Applications sur la tumeur de compresses imbibées dans :

Eau. . . . . 500 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . 30 —

Le 15 octobre, imminence d'inflammation au niveau de la tumeur; la peau est rouge, douloureuse, le tissu cellulaire œdémateux. Les mouvements du membre, un instant devenus plus faciles, sont douloureux. Les battements sont nuls dans la tumeur. — Cataplasmes; décoction de fleurs de sureau et de têtes de pavot. Disparition rapide des accidents.

La compression, suspendue le 21 septembre, a été rétablie, mais irrégulièrement, le 25 septembre. En moyenne, le malade la gardait deux heures par jour, jusqu'aux menaces d'inflammation, où elle est abandonnée.

Le 28 octobre, on sent de nouveau quelques battements dans la tumeur. Rétablissement de la compression, que le malade garde pendant quatre heures par jour.

Le 1er novembre, tout battement a cessé dans la tumeur; point de soulèvement; l'oreille n'y entend plus de bruit de souffle. Les battements de la pédieuse ont disparu. Le membre est légèrement œdématié, mais il a sa chaleur normale. Les collatérales du genou ne paraissent point développées, au moins leurs battements ne sont point sensibles. On continue la compression.

Le 10, le malade, qui est resté au lit jusqu'à présent, se lève et marche avec des béquilles; la flexion de la jambe sur la cuisse l'empêche de s'appuyer sur son pied. M. Larrey s'occupe alors du redressement du membre avec les plus grandes précautions.

Le 19, un appareil à extension est appliqué pour allonger la jambe. Pendant les premiers jours, on ne fait faire que quelques tours à la vis, de peur de rompre les caillots du sac anévrysmal. Peu à peu pourtant on arrive à une extension progressive, qui enfin le 1er janvier est complète, sans que la tumeur en ait souffert.

Le mollet droit reste toujours plus volumineux que le mollet gauche, et surtout plus élevé. La tumeur qui l'occupe est assez facilement limitée; elle est réduite au volume d'un œuf, dure, non dépressible, insensible à la pression. Elle n'est le siége d'aucun des phénomènes. Observée plus haut, elle n'offre ni battements, ni expansion, ni souffle. Les battements de la pédieuse ne sont point revenus; mais, du reste, la nutrition s'opère bien dans le membre. On ne sent point davantage les battements des artères collatérales du genou; de sorte qu'il est difficile de savoir par quelle voie le sang se dissipe vers la partie inférieure du membre.

M. L... a prolongé son séjour à l'hôpital, parce que sa jambe est devenue le siége d'une éruption furonculeuse ou ecthymateuse assez intense. La rétraction du membre tendrait à se reproduire, si on n'y faisait attention, malgré l'ankylose presque complète du genou.

RECHERCHES SUR LES EFFETS DU CHLOROFORME.

Par M. le docteur FAURE.

(Extrait d'un travail communiqué à l'Académie de médecine.)

Si le chloroforme avait par lui-même la propriété de déterminer l'anesthésie, si la perte de la sensibilité et du mouvement était le résultat d'une action spécialement exercée par lui sur l'organisme; s'il agissait, en un mot, à la façon de ces corps qui, une fois déposés sur une surface muqueuse, sont absorbés et ensuite transportés dans l'universalité de l'économie par la circulation, il est évident qu'il produirait ses effets du moment que la surface qui le recevrait, quelle que fût d'ailleurs cette surface, présenterait des conditions d'absorption suffisantes. Dès lors, de même qu'il suffit, pour donner la mort, d'injecter dans un seul des poumons une solution d'opium, de belladone, de strychnine, de curare, de sulfo-cyanure de potassium, d'arsenic, etc., il devrait suffire pour anesthésier qu'une quantité déterminée de chloroforme fût aspirée par un seul poumon.

Or il n'en est rien.

Quand on fait arriver du chloroforme dans un seul poumon, soit en vapeur, soit à l'état liquide, quels que soient la quantité et l'espace de temps, il ne se présente rien de semblable à l'anesthésie. Le sujet éprouve un malaise extrême, mais il n'offre pas un seul de ces symptômes d'ivresse que l'on attribue communément au chloroforme.

Entre beaucoup d'expériences qui confirment ce fait, il en est une qui me paraît significative, et que j'ai eu l'honneur de répéter devant M. le professeur Trousseau :

A un chien de moyenne taille, je divisai trois anneaux de la trachée-artère, et j'introduisis par l'ouverture un tube de caoutchouc que je laissai glisser jusqu'à ce qu'il s'arrêtât de lui même dans l'une des grosses bronches. Je le fixai alors par une épingle piquée transversalement, et je fis plonger son extrémité extérieure dans un flacon contenant six grammes de chloroforme environ. L'inhalation dura treize minutes. Nous constatâmes que tout le chloroforme était épuisé. Cet animal aspira donc six fois plus de chloroforme qu'il n'en eût fallu pour le tuer s'il l'avait respiré avec les deux poumons; et cependant il ne parut pas un seul instant céder à l'influence anesthésique. Durant toute l'expérience, il s'agita vivement, ses yeux gardèrent toute leur activité, ses pupilles ne changèrent point de diamètre; enfin, à peine l'eut-on délié, qu'on le vit marcher et courir; bientôt on le vit boire avec avidité.

Cette expérience me parut on ne peut plus concluante. En effet, en n'envoyant du chloroforme que dans un seul poumon et en maintenant dans l'autre la respiration aerienne, j'éliminais la possibilité de l'asphyxie, et je laissais, au contraire, le champ entièrement libre à l'action propre du chlorolorme : elle ne s'est manifestée en aucune façon. On ne peut pourtant pas admettre ici que les propriétés de la partie soient différentes de celles du tout.

Quelle est donc la condition essentielle à la production de l'anesthésie?

C'est une modification toute matérielle, très-appréciable à l'œil nu, que le contact du chloroforme détermine instantanément dans la membrane pulmonaire, et qui consiste en une stase du sang à demi-coagulé dans les capillaires, stase en raison de laquelle la respiration devient mécaniquement impossible. Quand le chloroforme porte sur les deux poumons, la respiration est totalement supprimée, l'asphyxie est prochaine, et l'anesthésie en est le premier symptôme. Quand il ne porte que sur l'un de ces deux organes, la fonction n'est supprimée qu'à moitié; il n'y a point d'asphyxie, et partant point d'anesthésie.

Des recherches nécroscopiques, que j'ai poursuivies dans tous leurs détails, ont mis pour moi hors de doute le rapport réciproque des lésions produites et la gravité des effets anesthésiques qui s'ensuivent.

Enfin le chloroforme, lorsqu'il est mis en contact avec des parties musculeuses, abolit instantanément leur contractilité, et, par conséquent, entraîne la paralysie des organes auxquels elles appartiennent. Un nombre infini d'expériences les plus variées m'ont donné sous ce rapport des résultats constamment uniformes.

Conclusions. — L'anesthésie générale est la conséquence non d'une action propre du chloroforme sur l'organisme, mais d'un état d'asphyxie déterminé par une action directe de ce corps sur les organes respiratoires.

Cette action est caractérisée surtout par la stase du sang dans les capillaires de la membrane pulmonaire, et par la suppression des propriétés physiologiques de cette membrane.

Ces caractères sont saisissables à l'œil.

CAS D'ATROPHIE DE PLUSIEURS MUSCLES

des extrémités supérieures,

Observé par M. le docteur TODD, à Londres.

John H..., âgé de vingt ans, fut admis le 9 mars dans le service du docteur Todd (King's College Hospital) avec une atrophie de plusieurs muscles des bras et du tronc. Ce garçon n'a jamais quitté le pays, et jouissait d'une bonne santé; il avait une grande force musculaire et beaucoup d'activité jusqu'à l'époque où, occupé comme jardinier, il y a deux ans environ, il se sentit lourd au travail. Ce travail, qui durait dix heures par jour, l'astreignait à porter de pesants fardeaux. Dès lors, il perdit peu à peu sa force musculaire, et se plaignit de douleurs dans les épaules et dans les bras. Le malade s'apercevait qu'il ne pouvait plus soulever les mêmes poids qu'autrefois, et cette faiblesse fut telle, à la fin, qu'il ne put plus porter la main à la tête. Rien du côté des extrémités inférieures. Les bras étaient fréquemment engourdis, avec sensation d'épingles et d'aiguilles. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, la santé générale et l'appétit étaient encore conservés. Il n'y avait pas de mal de tête, mais seulement une légère douleur dans les reins pendant la flexion du tronc.

Lors de son admission, le malade ne se plaint d'aucune douleur, mais d'une perte complète de la force des bras; ses yeux sont abattus et cernés d'un léger œdème autour des orbites. On constate alors une atrophie manifeste des muscles des deux bras, surtout du côté droit; aucun gonflement dans les articulations. Il peut encore serrer la main qu'on lui présente, mais moins bien avec la droite qu'avec la gauche; il ne peut soulever la première qu'au niveau du menton, tandis qu'il lève la seconde jusqu'au front. Ce mouvement produit une projection remarquable de l'angle de l'omoplate en arrière, et le malade dit avoir remarqué que cette projection avait augmenté à mesure que la force des bras diminuait, et qu'en fixant l'épaule il parvenait à élever son bras plus haut. Ainsi, en s'appuyant le dos contre une cloison, il pouvait lever les mains au-dessus de sa tête.

Voici maintenant l'état des différents muscles et leur délimitation à l'aide du courant électrique :

Côté droit. — Trapèze, les fibres inférieures sont détruites. Le bord interne du scapulum n'est plus parallèle à la colonne vertébrale; son angle externe est abaissé par le poids du bras, les angles supérieur et inférieur sont projetés; enfin la direction est devenue doublement oblique. La portion claviculaire du trapèze est restée intacte; aussi, dans les profondes inspirations, ce muscle soulève l'épaule; il peut en outre servir à tourner la tête.

Les rhomboïdes ont disparu, l'omoplate ne peut plus s'appliquer exactement sur le thorax; aussi existe-t-il un profond enfoncement entre la base du scapulum et la série des apophyses épineuses.

Grand dorsal. — Ce muscle est fortement réduit de volume, et il se contracte faiblement sous l'influence galvanique.

Grand pectoral. — C'est à peine si l'on peut produire quelques contractions; pourtant toutes ses fibres ne sont pas détruites, car il peut, quoique faiblement, porter le bras contre la poitrine, et même la main sur l'épaule opposée. Le deltoïde est presque totalement désorganisé.

Le bras ne peut s'élever qu'à un angle de 50° avec le tronc, et quand il est placé en arrière, il ne peut plus être élevé, ce mouvement ayant lieu par la contraction des fibres postérieures du deltoïde. Le triceps est aussi diminué de volume; le biceps a presque disparu. Les autres muscles de l'avant-bras sont à l'état normal.

Côté gauche. — Mêmes altérations, mais à un bien moindre degré.

Le malade fut traité par l'électro-magnétisme, agissant sur chaque muscle séparément. Une amelioration sensible se manifesta bientôt. Au bout d'un mois de traitement, le trapèze se contractait notablement; tout le bras gauche, surtout le biceps, avait acquis une plus grande force, et le déplacement du scapulum pendant l'élévation du bras était bien moindre qu'auparavant. (*British Medical Journal*, n° 70.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juin 1858. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE présente un homme chez lequel il a fait avec le plus grand succès l'application de son appareil en gutta-percha pour maintenir réduite une fracture de la mâchoire inférieure. Voici cette observation :

Fracture du maxillaire inférieur avec déplacement opiniâtre. — Insuccès du bandage ordinaire et de la ligature métallique. — Application de l'appareil en gutta-percha le vingt-quatrième jour. — Succès rapide et complet. — « Le 10 mai 1858 est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, 17, Hennequin (Jean-Baptiste), âgé de trente-neuf ans, poêlier, demeurant avenue de la Roquette, 16.

» C'est un homme d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle. Le jour même, il avait été renversé sur le dos par un cheval, qui l'avait foulé aux pieds.

» Le lendemain matin, à la visite, il était dans l'état suivant : la face présente de larges ecchymoses, et un aplatissement de la joue du côté gauche. On constate une fracture dont le trait passe verticalement entre les deux incisives médianes et semble conserver cette direction jusqu'au bord opposé de l'os. Le fragment gauche, qui a dû subir la pression du pied du cheval, est déplacé en haut légèrement, et en arrière au point de chevaucher un peu sur l'autre, ainsi que l'indiquait déjà l'aplatissement de la joue. Les deux incisives droites sont brisées dans leurs alvéoles; les deux incisives gauches sont vacillantes, et dépassent très-sensiblement le niveau des dents voisines. Au menton, un peu à droite, existe une plaie contuse d'environ 2 centimètres par laquelle le doigt arrive jusqu'à la fracture.

» Malgré une certaine mobilité des fragments, il fut impossible d'obtenir une réduction complète, et, comme le déplacement se reproduisait immédiatement, on se borna à tenter de les immobiliser dans leurs rapports à l'aide d'une bande dont les circonvolutions embrassaient successivement les unes la partie inférieure du maxillaire pour se porter au vertex, les autres la face externe de l'os pour se diriger à la nuque. Cependant, dans le but de refouler peu à peu en arrière le fragment droit, une compresse pliée en plusieurs doubles avait été appliquée sur le menton au niveau de son extrémité antérieure. Ce fut sans succès. Du reste, pas d'accidents, qu'un crachotement sanguinolent qui dura les quinze premiers jours.

» Vers le 20 mai, M. Richet se décida à attacher les fragments ensemble avec un fil d'argent passé, à droite, entre deux petites molaires, à gauche entre la deuxième petite molaire et la première grosse molaire. On dut bientôt renoncer à cette ligature métallique, qui amenait l'ébranlement des dents.

» Quand je pris le service, le 1er juin, les fragments offraient les mêmes déplacements et la même mobilité que le premier jour. En saisissant fortement les fragments avec les doigts, qui, bien qu'imparfaitement, les mettaient en rapport dans les quatre cinquièmes de leur épaisseur, je rétablis à peu près la ligne de l'arcade dentaire. Mais, abandonnés à eux-mêmes, ils reprenaient aussitôt leur position vicieuse. Je n'en avais pas moins obtenu la seule chose qu'il me fallait, c'est-à-dire une réductibilité suffisante. Avec cette condition, s'il y a tendance à la reproduction, cela ne regarde pas mon procédé. Il y avait cependant une complication qui pouvait paraître embarrassante, c'était l'absence des deux incisives droites et l'ébranlement excessif des deux incisives gauches. Ces deux paires de dents, le plus favorablement placées chacune à l'extrémité correspondante des fragments, n'offraient plus de prise ni à la réduction ni à la contention. Instruit par l'expérience, j'annonçai néanmoins que le succès serait complet, et que les deux incisives qui menaçaient de tomber se consolideraient en même temps que la fracture. L'événement a pleinement répondu à mes prévisions.

» Le 3 juin, je procédai à l'application de l'appareil de gutta-percha de la manière suivante :

» N'ayant pas sous la main de fil de lin, j'embrassai les deux petites molaires gauches, une de fil métallique beaucoup moins commode que le fil végétal à placer et à retirer. Quoi qu'il en soit, les deux bouts de l'anse, ramenés en avant, sont enroulés autour de la partie moyenne d'un bâtonnet de gutta-percha, que je confie à un interne. Cet aide est chargé d'opérer ainsi la réduction et de la maintenir par une traction constante et uniforme pendant l'application et le durcissement de l'appareil. Une lame courbe de gutta-percha ramollie dans l'eau chaude est placée entre les deux arcades dentaires, qui sont à l'instant rapprochées de façon à s'imprimer profondément dans la substance qui leur est interposée. Le malade incline alors la tête pour abaisser un des angles de la bouche. Des injections d'eau glacée sont immédiatement et continuellement poussées par l'angle supérieur, et ressortent par l'autre. En quelques minutes le moule est refroidi et durci. Il est enlevé et taillé à l'aide d'un couteau; puis replacé, pendant que l'aide reprend ses tractions. J'ajoute le ressort, dont la plaque buccale s'adapte sur le moule en gutta-percha, et dont la pelotte externe loge le menton, et qui concourt ainsi à la solidité et à l'exactitude de la contention.

» Le jour même, le malade mange des soupes, de la mie de pain, et les jours suivants de la viande. Il a, en outre, retrouvé la parole, ce qui est d'une plus grande portée qu'on ne le croirait.

» Le quinzième jour, je lève l'appareil; la consolidation est opérée et les fragments réunis exactement dans les rapports que leur avait donnés la réduction. Les deux incisives gauches ont repris en grande partie leur niveau et leur solidité.

» Le 21 juin, le malade se plaint, à ma grande surprise, de la mauvaise odeur de l'appareil. J'examine le moule et je m'aperçois qu'il est comme feuilleté. J'avais été obligé, pour avoir une épaisseur suffisante, de coller plusieurs minces lames de gutta-percha; la légère couche humide qui les recouvrait avait empêché leur fusion en une seule masse compacte, et les liquides avec des débris d'aliments avaient pu s'insinuer dans les interstices et s'y altérer, d'où la mauvaise odeur. J'appliquai un morceau de gutta-percha taillé dans une seule lame d'un centimètre et demi d'épaisseur, et aucune trace de l'inconvénient ne s'est remontrée.

» Je refroidis le moule par un procédé nouveau, préférable aux injections continues, parce qu'il est plus simple et plus sûr. Le malade aspira l'eau frappée avec un tube de verre et en fit ainsi passer un courant continu sur le moule. Réglant lui-même ce courant, il n'était pas exposé, comme dans l'injection, à des mouvements forcés de déglutition, qui pouvaient contrarier plus ou moins la coaptation.

» Je supprimai le ressort, à raison du degré avancé du cal et de la solidité avec laquelle le moule seul restait en place.

» Cette réunion, obtenue en quinze jours, dans un cas dont M. Richet avait constaté toute la difficulté, paraît, j'espère, digne d'attention, surtout si l'on se rappelle que mon appareil n'a été appliqué que vingt-trois jours après l'accident. »

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bégin, récemment élu membre honoraire, assiste à la séance.

M. BÉGIN remercie ses nouveaux collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'associant à leurs travaux.

Amputation du col de l'utérus. — M. HUGUIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal ; c'est à lui que M. Forget a fait allusion dans la dernière séance, en disant que Lisfranc n'avait jamais songé à amputer le col de l'utérus pour de simples prolapsus ou pour de simples hypertrophies. M. Huguier veut qu'on sache bien que s'il coupe quelquefois le col dans ces affections, c'est seulement lorsqu'il y a des accidents sérieux, lorsque les femmes souffrent beaucoup, qu'elles sont tout à fait incapables de travailler, et que de plus tous les autres moyens ont échoué. Il explique ensuite pourquoi les opérations de cette catégorie ne lui ont jamais donné d'hémorrhagie inquiétante. C'est parce que l'utérus étant naturellement abaissé et situé près de la vulve, on peut, en divisant le tissu de cet organe couches par couches, lier les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre.

ÉLECTIONS. — RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement annuel du bureau. M. le président rappelle, en outre, que la Société aura à procéder à l'élection d'un secrétaire général, qui sera nommé pour cinq ans, en remplacement de M. Marjolin, dont l'exercice est terminé.

M. le président annonce ensuite que la séance solennelle aura lieu cette année le mercredi 14 juillet.

Élection du président. — Votants, 29 ; majorité, 15.

M. Deguise fils obtient. . . . . 22 voix.
M. Richet. 5
M. Morel-Lavallée. 2

En conséquence, M. Deguise fils est nommé président pour l'année 1858-1859.

Élection du vice-président. — Votants, 29 ; majorité, 15.

1er tour. — M. Marjolin obtient. . . . . 12 voix.
— M. Voillemier. 8
— M. Morel-Lavallée. 5
— M. Richet. 4

2e tour. — M. Marjolin. 17
— M. Voillemier. 9
— M. Morel-Lavallée. 2
— M. Richet. 1

M. Marjolin ayant réuni la majorité absolue est nommé vice-président.

Élection du secrétaire général. — Votants, 29 ; majorité, 15.

M. Broca obtient. . . . . . . 17 voix.
M. Verneuil. 6
M. Gosselin. 2
M. Morel-Lavallée. 2
M. Follin. 1
M. Laborie. 1

M. Broca ayant réuni la majorité absolue, est nommé secrétaire général pour cinq ans, du 1er juillet 1858 au 1er juillet 1863.

Élection du secrétaire annuel. — Votants, 27 ; majorité, 14.

M. Guérin obtient. . . . . . 23 voix.
MM. Richet, Forget, Follin et Morel-Lavallée, chacun. 1

M. Guérin est nommé secrétaire pour l'année 1858-1859.

Élection du vice-secrétaire. — Votants, 27 ; majorité, 14.

1er tour. — M. Richet obtient. . . . . . 16 voix.
— M. Morel-Lavallée. 5
— M. Forget. 3
— M. Danyau. 2
— M. Voillemier. 1

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Richet a obtenu la majorité absolue.

M. RICHET remercie ses collègues de la confiance qu'ils viennent de lui témoigner ; mais il craint que l'état de sa santé ne lui permette pas de remplir les fonctions de secrétaire, et regrette de ne pouvoir les accepter.

2e tour. — Votants, 25 ; majorité, 13.

— M. Laborie obtient. . . . . 21 voix.
— M. Danyau. 2
— M. Forget. 1
— M. Huguier. 1

En conséquence, M. Laborie est nommé vice-secrétaire.

Élection du trésorier.

M. Houel est maintenu par acclamation dans ses fonctions de trésorier.

Élection du bibliothécaire archiviste.

M. Verneuil est maintenu par acclamation dans ses fonctions de bibliothécaire archiviste.

Élection du comité de publication.

Scrutin de liste pour la nomination de trois commissaires.

Votants, 24 ; un billet blanc.

MM. Follin. . . . . 20 voix.
Laborie. 20
Morel-Lavallée. 20
Forget. 5
Cazeaux. 2
Gosselin. 1
Verneuil. 1

En conséquence, MM. Follin, Laborie et Morel-Lavallée, sont nommés membres du comité de publication pour l'année 1858-1859.

La Société n'étant plus en nombre, l'élection de la commission des congés est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. MAISONNEUVE présente les instruments dont il se sert pour les opérations qu'il désigne sous le nom de ligature extemporanée. Ces instruments sont au nombre de trois ; ils sont construits à peu près sur le même modèle, et diffèrent surtout par leur dimension.

Le premier est désigné par M. Maisonneuve sous le nom de *serre-nœud de trousse.* C'est un serre-nœud de Græfe avec une anse en fil de fer, pour les petites opérations.

Le deuxième est désigné sous le nom de *serre-nœud d'appareil.* C'est le même modèle, mais beaucoup plus fort. L'anse métallique est formée de plusieurs fils de fer tordus en corde.

Avec ces deux premiers instruments, M. Maisonneuve exécute toutes les opérations qu'on peut pratiquer au moyen de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac. Il a fait construire le troisième instrument, qui est beaucoup plus grand que le second, pour pratiquer l'amputation de la cuisse, et il le désigne sous le nom de *grand constricteur.*

En terminant sa présentation, M. Maisonneuve fait ressortir les avantages de la ligature extemporanée, qu'il considère comme préférable à la méthode de l'écrasement linéaire.

Plusieurs membres font remarquer que l'heure avancée de la séance ne permet pas de procéder à la discussion que soulèvera probablement la présentation de M. Maisonneuve. Cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de la commission du prix Duval.

Le secrétaire annuel, P. BROCA.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On écrit de Constantinople :

« Un événement de la plus haute gravité tient en émoi les habitants de la capitale ; la *peste,* puisqu'il faut l'appeler par son nom, semble avoir fait sa réapparition dans l'empire ottoman. Voici ce qu'on écrit de *Bengazi,* ville de la province de Tripoli de Barbarie :

« Dans les environs de la ville de Bengazi, au milieu de terres ma» récageuses, dans un site dépeuplé, est venue s'établir une tribu no» made très-pauvre, vivant d'herbes et de racines, et buvant des eaux » malsaines.

» Depuis un mois, il s'est développé dans cette tribu une maladie » épidémique, rapidement mortelle.

» Cette maladie est caractérisée comme il suit : fièvre ardente, » diarrhée très-forte, pétéchies noires sur tout le corps ; engorgement » sans suppuration des glandes axillaires et inguinales, des parotides, » et de tout le système glandulaire en général.

» La mortalité est de 20 à 30 personnes par jour. La maladie a ga» gné la ville de Bengazi, et s'est rapidement étendue. Sur 100 Euro» péens, 20 ont été attaqués, 7 sont morts ; il y a 20 à 30 morts par » jour dans la ville. »

» Ce rapport, au moins si insuffisant, n'a pas manqué d'émouvoir le conseil de santé, qui a tenu hier, 22 juin, une séance extraordinaire dans laquelle il a décidé de soumettre à la patente brute (quinze jours de quarantaine) toutes les provenances des côtes de Tripoli, et a nommé une commission qui doit partir aujourd'hui sur un bateau exprès pour étudier le mal et faire un examen consciencieux et exact de l'état de choses signalé plus haut. »

— Le sieur Séguin, coupable, en état de récidive, d'exercice illégal de la médecine, *mais sans usurpation de titre,* avait été condamné à 30 francs d'amende et à deux mois d'emprisonnement. La Cour de cassation, chambres réunies, a cassé cet arrêt, en s'appuyant surtout sur ce considérant, que la pénalité dépasse les limites assignées par le Code à la simple *contravention.*

L'exercice illégal, sans usurpation de titre, n'est pas un *délit,* mais une simple contravention, dont l'état de récidive ne change pas le caractère, *alors même que l'infraction est déférée à une juridiction qui connaît ordinairement des délits,* c'est-à-dire au tribunal de police correctionnelle.

— On sait que le ministre de l'instruction publique, préoccupé de l'avenir des études médicales, a chargé une commission spéciale de faire une étude préparatoire sur la question du rétablissement du baccalauréat ès lettres pour les médecins. La majorité de cette commission s'est prononcée, dit-on, pour l'affirmative ; elle a demandé que l'élève en médecine ne pût prendre sa première inscription sans justifier du titre de bachelier ès lettres, et que le baccalauréat ès sciences fût exigible avant la cinquième inscription.

Ce principe paraît aussi avoir été admis par le conseil supérieur de l'instruction publique. Voici quelques détails sur la délibération du conseil que nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire,* que l'on doit supposer bien informée :

« La question étant venue devant le conseil supérieur de l'instruction publique, nne commission de six membres fut nommée, qui se partagea en deux parties égales. Trois membres se déclarèrent pour l'affirmative et trois pour la négative. Un de ces derniers, M. Leverrier, fut chargé du rapport, dont la lecture a eu lieu dans la dernière séance. L'illustre astronome a rencontré un redoutable adversaire dans M. Denonvilliers, qui a tout à la fois charmé et convaincu le conseil dans une remarquable improvisation où la nécessité de fortes études littéraires pour le médecin a été mise dans tout son jour.

» Le principe déjà posé par la précédente commission a été admis par le conseil à l'unanimité des membres votants, moins M. Leverrier. Deux ou trois membres se sont abstenus. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Perruchet, né à Saint-Trivier-de-Courtes (Ain) ; *Essai sur la phthisie aiguë.*

Boucaud, né à Lyon (Rhône) ; *Usages des appareils obtenus avec les fécules.*

Franquebalme, né à Gondargues (Gard) ; *Du strophulus prurigineux.*

Leoni, né à Rivera (Suisse) ; *Considérations sur la névralgie des nerfs intercostaux.*

Noity, né à Paris (Seine) ; *Des amygdales.*

Péron, né à Paris (Seine) ; *Quelques réflexions sur la colique sèche.*

Basset, né à Hauterive (Haute-Garonne) ; *De l'hydrorrhée dans la grossesse.*

Larquet, né à Signy-l'Abbaye (Ardennes) ; *De l'éclampsie puerpérale.*

Doyen, né à Reims (Marne) ; *Essai sur l'expectation.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les onvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Emploi thérapeutique de l'oléo-stéarate de mercure, par M. le Dr J. VENOT, chirurgien eu chef de l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux. Brochure in-12, 16 p. Paris, chez tous les libraires.

Traité des maladies du visage, par le docteur FOUCAUD DE L'ESPAGNERY. Un vol. in-8°. Chez Labé, libr., place de l'Ecole-de-Médecine.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 81. — MARDI 13 JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 81. — MARDI 13 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 12 juillet 1858.

DE LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE sur la fièvre puerpérale.

Au commencement de cette longue discussion que vient de clore le résumé de M. Guérard, M. P. Dubois s'exprimait ainsi : « Si l'on subordonne la convenance des débats actuels aux lumières qu'ils devront répandre sur le problème obscur et difficile qui en est l'objet, il est malheureusement probable que les résultats n'en justifieront pas l'opportunité. Mais si l'on considère qu'il y a en dehors de cette enceinte un grand nombre d'esprits incertains encore de l'état réel de la science, et indécis entre des opinions et des pratiques différentes et souvent même opposées, on jugera qu'il y avait quelque utilité à mettre à contribution pour cette œuvre difficile les opinions et l'expérience des hommes compétents que l'Académie renferme dans son sein. » L'événement n'aura pas tout à fait justifié ces prévisions. Sans doute, il n'aura pas surgi de cette discussion un de ces traits de lumière capables de dissiper toutes les obscurités du sujet. Sans doute encore les dissidences profondes qui se sont manifestées dès le commencement de la discussion entre les membres de l'Académie qui y ont pris part n'en subsistent pas moins après, et, comme l'a dit aussi M. Dubois, il était aisé de prévoir que la contradiction ne convaincrait aucun opposant; que MM. Beau et Cazeaux n'en continueraient pas moins à maintenir leur doctrine de l'inflammation, M. Velpeau celle de l'infection purulente, M. Hervez de Chégoin celle de l'infection putride, comme il continuerait lui-même à enseigner que les phénomènes qui caractérisent la fièvre puerpérale sont les résultats d'une altération du sang par une cause encore inconnue.

Mais s'il est vrai qu'ostensiblement au moins chacun garde soigneusement ses convictions premières, et qu'après avoir remis son drapeau dans sa poche il se soit bien promis de le déployer de nouveau à la première occasion, nous ne répondrions pas que quelques-uns ne se fissent à cette heure l'aveu tacite que leurs opinions ont été un peu ébranlées, et que leur drapeau, si l'occasion se montrait de l'exhiber, n'eût perdu un peu de la vivacité de ses teintes. Mais ce qui est plus certain, et ce dont l'aveu coûtera moins à faire, c'est l'influence qu'aura eue cette discussion sur l'esprit public médical, sur « ces esprits incertains de l'état réel de la science et indécis entre les opinions et les pratiques différente, » dont a parlé l'éminent professeur, — et ils sont en grand nombre.

C'est cette influence que nous voulons chercher à apprécier en ce moment.

Nous demandons pardon, une fois pour toutes, à nos savants confrères les accoucheurs, d'intervenir dans ce débat sur une question en présence de laquelle leur expérience et leur autorité sembleraient devoir nous imposer une grande réserve. Mais il s'agit moins ici d'une question spéciale que d'un point de doctrine nosologique. Il s'agit d'apprécier la justesse et la valeur des applications qui ont été faites des principes de la nosologie et de la pathologie générale à la détermination de la nature de la fièvre puerpérale. Nous sommes ici dans notre droit et dans notre domaine; et il nous sera permis sur ce terrain-là de n'être pas toujours d'accord avec eux.

Nous ne croyons pas inutile non plus, — ce qui s'est passé soit à l'Académie, soit dans la presse, pendant le cours de cette discussion, justifiera cette précaution, — de prévenir que nous n'entendons nullement nous servir d'autres expressions que celles qui sont consacrées par l'usage, et surtout y attacher d'autre sens que celui qu'y ont attaché jusqu'ici les maîtres de la science et avec eux la généralité des médecins. Nous espérons donc que tout le monde nous entendra quand nous nous servirons des mots : nature, spécificité, essentialité, etc., etc.; n'était point de ceux qui croient utile de changer tous les vingt ans les principes et le langage médical.

Après ces petites précautions oratoires, nous entrons en matière.

On a dit que la discussion avait fait surgir presque autant d'opinions diverses que d'orateurs : *Tot capita, tot sensus.* Il y a dans cette proposition une apparence de vérité, si l'on tient compte des nuances d'opinion et des dissidences secondaires. Mais, en réalité, presque toutes les opinions défendues à la tribune peuvent être ramenées sans trop d'efforts à trois ou quatre chefs. Et d'abord, la contradiction nettement posée dès le début de la discussion, entre les essentialistes et les localisateurs, représentait si bien les deux aspects principaux de la question, qu'elle a, ainsi qu'on pouvait aisément le prévoir, défrayé presque à elle seule tout le débat.

C'est sur ces deux doctrines opposées que nous voulons faire porter principalement notre examen. C'est à l'aide des faits et des idées si contraires en apparence qu'elles invoquent l'une et l'autre, que nous espérons tirer de cette discussion quelques éclaircissements sur cette question, si obscure encore quoique tant débattue, de la nature de la fièvre puerpérale. Non point que nous prétendions concilier des opinions aussi inconciliables; une pareille prétention ne serait pas seulement impossible, elle serait absurde.

Mais si nous parvenions à montrer que localisateurs et essentialistes sont les uns et les autres en deçà ou au delà de la vérité d'observation; — ceux-là parce qu'ils s'en tiennent uniquement aux données fournies par la symptomatologie et l'anatomie pathologique; — ceux-ci, au contraire, frappés qu'ils sont de l'insuffisance de ces données et du désaccord qui existe fréquemment entre les lésions locales et les phénomènes morbides, parce qu'ils se retranchent derrière une hypothèse qui les conduit à faire arbitrairement, et en vertu d'une fausse analogie, de la fièvre puerpérale une fièvre essentielle. Si, nous plaçant à notre tour en dehors de cette alternative, à laquelle nous ne nous croyons nullement obligé de nous soumettre, nous parvenions à démontrer en quoi ces doctrines pèchent l'une et l'autre, et comment aucune d'elles ne peut être l'expression exacte et complète de la vérité, chacune laissant en dehors de son rayon un certain ordre de faits inexpliqués ou inexplicables, nous croirons avoir accompli une œuvre utile, n'eussions-nous fait que déblayer le terrain sur lequel de plus habiles viendront édifier plus tard.

C'est ce que nous allons essayer.

Commençons par constater une circonstance dont on pourra peut-être mieux saisir la portée tout à l'heure, quand nous aurons plus complétement développé notre pensée : c'est que les partisans de l'essentialité sont précisément les accoucheurs ou médecins placés à la tête des grands établissements obstétricaux, c'est-à-dire ceux qui ont le plus communément l'occasion d'observer la fièvre puerpérale, qui l'observent sur la plus grande échelle, et le plus ordinairement sous forme épidémique. Les localisateurs, au contraire, se trouvent plutôt dans les rangs des médecins qui n'observent les fièvres puerpérales qu'incidemment et isolément, à l'état sporadique. Eh bien, disons-le tout de suite, c'est là déjà une condition qui différencie notablement le caractère et la physionomie de la maladie, et qui peut expliquer et faire disparaître bien des causes de dissidence entre ces deux doctrines.

Que disent en effet les localisateurs? que la fièvre puerpérale a, au moins dans le principe, tous les caractères des maladies qui débutent par une lésion organique; qu'elle a la physionomie, la marche et la plupart des symptômes des maladies phlegmasiques; qu'enfin l'ouverture des cadavres révèle d'une manière presque constante des lésions variées, il est vrai, mais qui se rattachent toutes plus ou moins à l'inflammation, et qui ont leur siége le plus habituel sur les organes de la génération, leurs annexes et les organes voisins. C'est, vous dira M. Velpeau, par exemple, une inflammation qui débute par l'utérus, foyer d'où naissent d'autres foyers secondaires, la péritonite principalement. Que ces premiers accidents viennent à se compliquer de phlébite, d'angioleucite, de lymphangite, etc., de là les résorptions purulentes, l'intoxication consécutive du sang, et l'ensemble des phénomènes généraux qui constituent la fièvre puerpérale. Les partisans de l'infection putride, avec quelques vues différentes, n'en partent pas moins à peu près des mêmes prémisses, les lésions locales consécutives à l'accouchement, pour arriver à la même fin, l'empoisonnement de l'économie avec toutes ses conséquences pathologiques.

Et de fait, quand on réfléchit aux conditions dans lesquelles se trouve placée la femme qui vient d'accoucher, quand on considère les modifications organiques profondes qu'elle a subies pendant neuf mois de gestation, toutes les circonstances qui accompagnent ou suivent le travail de l'accouchement, la distension et la compression des organes, l'attrition des parties molles contenues dans le bassin, la contusion et la déchirure des organes génitaux, l'altération des fluides et des détritus contenus dans la matrice, etc.; si l'on joint à ces conditions pathogéniques déjà si nombreuses et si actives, les conditions hygiéniques qui, dans les grandes villes surtout, ont tant contribué à diminuer, chez les nouvelles accouchées, la force de réaction ou de résistance aux influences morbides qui les entourent de toute part, on se prendrait presque à s'étonner que les accidents inflammatoires ne fussent pas aussi fréquents qu'ils le sont après l'accouchement, et que ces accidents ne prissent pas rapidement le caractère septique qu'on leur reconnaît généralement en effet. Si bien qu'en présence de tant de causes organiques ou extérieures qui concourent à exercer leur influence sur des organes déjà prédisposés par une longue habitude d'excitation et de congestion, on est tenté tout d'abord de donner raison aux localisateurs et d'admettre avec eux les phlegmasies traumatiques de l'utérus et de ses annexes comme le point de départ et l'origine de la fièvre puerpérale.

Et cependant, tout n'est pas là. Un grand nombre de faits, et les faits précisément les plus graves et les plus saisissants, échappent entièrement à cette théorie dont l'esprit semble tout d'abord satisfait. Et parmi les cas les plus communs eux-mêmes, ceux qui rentrent en apparence sous la loi des phlegmasies locales, il y a encore bien des particularités qu'avec une étude attentive on voit se soustraire à la marche régulière des maladies purement locales et franchement phlegmasiques. Les localisateurs l'ont si bien senti, qu'ils ont à l'envi invoqué celui-ci une diathèse inflammatoire, celui-là une modification primitive spéciale du sang, une sorte de diathèse chloro-anémique, cet autre un état spécial indéterminé, etc., etc.; tout autant de concessions déguisées et qui accusent à leurs propres yeux l'insuffisance de leur doctrine. Il ne serait pas difficile de démontrer en effet que ces diathèses, ces dispositions spéciales, invoquées pour expliquer la manière particulière dont se comportent les phlegmasies puerpérales, sont comme un pont jeté entre le camp des localisateurs et celui des essentialistes. Quelques pas faits sur cette voie, et on ne serait pas loin d'admettre la subordination des lésions locales à *ce quelque chose de spécial* qu'on a placé derrière en manière d'étai; et de pas en pas on aurait bientôt franchi le pont tout entier, sans s'en douter peut-être, comme l'a fait un d'entre eux à qui nous n'avons opposé d'autre adversaire que lui-même...

Avant de pousser plus loin l'examen de la doctrine localisatrice, et afin d'en mieux apprécier la véritable portée, il nous faudrait dire maintenant quels sont les faits et les principes que leur opposent les essentialistes.

C'est ce que nous ferons dans un prochain article.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

De l'érysipèle spontané.

Deux malades actuellement dans les salles viennent de nous fournir une nouvelle preuve confirmative des opinions que, depuis longtemps, nous avons formulées touchant l'érysipèle, et particulièrement touchant la genèse de cette maladie; aussi croyons-nous utile de mettre de nouveau ces faits en lumière. Le premier de ces malades est un garçon de dix-sept ans, apprenti typographe, présentant au plus haut degré les attributs de la constitution dite scrofuleuse; arrêt de développement, engorgement des ganglions lymphatiques, abcès ossifluents, etc. A ce double point de vue (érysipèle et scrofule), il mériterait de fixer notre attention; la plupart de nos idées sur la scrofule ont été déjà exposées (1), et nous ne voulons parler aujourd'hui que de l'érysipèle. Or, ce garçon porte sous l'aisselle, du côté droit, une ouverture fistuleuse, en communication avec une carie des côtes. Un traitement approprié, des injections de teinture d'iode dans le trajet fistuleux, avaient été prescrits, et sous cette influence l'état général et local du malade avait subi une amélioration sensible, lorsqu'il se plaignit il y a quelques jours d'une souffrance dans la poitrine. Une dermite périectasique (érysipèle) s'étendait en effet depuis l'aisselle, du côté droit, jusqu'au mamelon gauche; la rougeur, la chaleur y étaient manifestes, et la douleur très-intense. La plaie fistuleuse avait-elle été le siége de quelque modification, ou plutôt le pansement n'en avait-il pas été pratiqué avec tous les soins qu'on était en droit d'exiger, c'est ce qu'il fut difficile de préciser.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, mars 1857.

Mais le fait capital dans cette circonstance, — et c'est aussi celui que nous voulons faire ressortir, — c'est le point de départ de cette dermite périasique. Chacun put, en effet, constater que le mal avait pris son origine dans la plaie; les altérations de la peau y étaient plus manifestes que partout ailleurs, et c'est aussi à l'entour de cette fistule que les accidents se dissipèrent en premier lieu. Parti de ce point, l'érysipèle s'étendit peu à peu à toute la face antérieure du tronc; puis, au bout de quelques jours, les mêmes symptômes se rencontrèrent à la nuque. Y avait-il eu disparition complète de l'érysipèle du tronc, puis récidive dans une autre région; existait-il, au contraire, une relation entre ces deux dernières? A l'amendement qui survint quand le mal quitta la partie antérieure du tronc, à l'intensité nouvelle que la fièvre présenta au moment où l'on constata l'érysipèle de la nuque, on eût pu admettre une indépendance dans ces deux dermites. Il n'en était pourtant rien; le mal avait progressé peu à peu sur la face postérieure du tronc, mais avec une intensité moins considérable, pour présenter de nouveaux phénomènes fébriles au moment où la région cervicale devint le siége de l'inflammation.

Maintes fois on a pu, comme dans cette circonstance, croire à une marche insolite de l'érysipèle quand il apparaissait sur des régions assez éloignées l'une de l'autre; l'appareil fébrile sur lequel on se guide conduit nécessairement à cette erreur, et il suffit alors d'examiner le dos, et presque toujours on y rencontre la dermite qui sert de liaison entre la phlegmasie qui disparait et celle qui débute.

Le deuxième malade est un garçon de dix-neuf ans, garçon marchand de vins, qui, dans la convalescence d'une hydro-péricardite et d'une hydro-pleurite, fut pris de varioloïde. Le mal avait suivi son évolution normale, quand un matin il nous présenta son bras droit tuméfié, rouge et douloureux. Comme dans le cas précédent, il s'agissait ici d'un érysipèle de cause évidemment traumatique. En effet, ce malade, d'un naturel peu patient, s'était violemment frotté le bras pour calmer les démangeaisons qui le tourmentaient, et dans cette manœuvre il avait arraché la croûte qui recouvrait un bouton variolique.

Voilà donc deux faits où un même phénomène donne naissance à un accident identique : une lésion de la peau a été l'origine de ces deux érysipèles. Que si l'on examine attentivement toutes les observations de ce genre, on remarquera que c'est toujours à l'entour d'une ulcération, d'une pustule recouverte d'une croûte, que se traduisent les premiers indices de la phlegmasie. Cette opinion est sans doute loin d'être partagée par la plupart des pathologistes, mais elle a pour nous le caractère de la certitude basée sur l'observation.

Nos adversaires professent que *l'érysipèle n'est jamais le résultat d'une cause externe;* pour eux, s'il existe une cause externe, elle n'a qu'une part secondaire dans le développement du mal; elle suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière *que nous ne connaissons pas*. La division ne saurait être plus nettement tranchée : d'une part, il s'agit d'une maladie présentant la marche des affections chirurgicales; une plaie devient l'origine d'un érysipèle et d'un engorgement ganglionnaire; d'autre part, au contraire, c'est une fièvre érysipélateuse dans laquelle la lésion de la peau ne joue aucun rôle. Les uns se contentent d'admettre ce que l'on voit, afin d'arriver à la notion générale; les autres veulent s'élever à la connaissance du subjectif en dédaignant les données fournies par les sens.

En examinant successivement les arguments invoqués en faveur de ces deux opinions, il y aurait lieu de se demander où peut être la vérité. Mais comment établir une discussion légitime alors que nous voyons le fait primordial, l'ulcération de la peau, ou quelque autre lésion cutanée signalée minutieusement par nos adversaires, et pourtant dépossédée par eux de toute puissance pathogénésique? Pourquoi même constater cette ulcération, puisque l'érysipèle doit se produire, malgré son absence ou sa présence, sous une influence *que nous ne connaissons pas?* Toutefois il convient de prouver la réalité de la thèse que nous soutenons, et prenons pour exemple l'érysipèle de la face, que l'on nous a constamment objecté en raison de l'invariabilité de ses manifestations. Il est, dit-on, toujours précédé de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et d'un appareil fébrile plus ou moins intense. Cette observation n'est, comme on va le voir, que l'entière confirmation de la théorie que nous défendons.

Toutes les fois que l'anatomie permet d'asseoir une opinion, il ne faut jamais en dédaigner le témoignage. Aussi, en examinant les lymphatiques de la face, on voit manifestement le réseau superficiel se rendre aux ganglions qui sont autour de la base de la mâchoire; les vaisseaux profonds, et parmi eux se trouvent les absorbants des lèvres, aboutissent aux ganglions sous-maxillaires; s'il s'agit des paupières ou du nez, c'est encore la même terminaison, les ganglions sous-maxillaires et parotidiens. Qui ne saisit maintenant la relation qui doit exister entre cet engorgement ganglionnaire et la plaie que présentera soit l'aile du nez, soit la commissure des lèvres, soit le bord libre des paupières? C'est pourquoi elle peut paraître paradoxale, l'opinion qui accorde toute valeur à la lésion ganglionnaire, en refusant à la lésion cutanée une puissance morbide. Quant à la fièvre qui accompagne ces désordres et précède l'apparition de l'érysipèle, elle n'a rien qui doive nous étonner, puisqu'il s'agit ici de phénomènes aigus bien différents de ces engorgements lents, apyrétiques, auxquels on avait donné le nom d'engorgements passifs, scrofuleux, et dont la dernière modalité constitue l'abcès *froid*. En disant donc que tout érysipèle est le résultat d'une cause externe, nous ne pouvions mieux faire que de rechercher dans les arguments qu'on nous oppose la confirmation de ce que nous professons.

S'il fallait passer en revue les nombreuses variétés d'érysipèle auxquelles on s'est condamné, en admettant l'érysipèle spontané, nous aurions à signaler encore bien des anomalies dans la manière de raisonner de ceux qui les ont établies. L'érysipèle bilieux, par exemple, résiste difficilement à un examen approfondi. Nous savons qu'en administrant un émétique dans ces cas, on détermine des vomissements bilieux; mais que prouvent ces vomissements, puisqu'on les voit survenir chez des malades auxquels on n'avait jamais soupçonné de maladie bilieuse? La langue est saburrale, il est vrai, elle se dessèche parfois; mais sous l'influence d'une fièvre intense, d'une phlegmasie cutanée, qui rompt forcément l'équilibre entre la peau et la membrane muqueuse, on conçoit sans peine que la respiration devienne plus fréquente, haletante même, et dessèche les enduits de la langue au point de leur donner une apparence nouvelle.

Nous bornons ici ces considérations, en faisant observer encore que l'érysipèle spontané ne saurait satisfaire aux exigences de l'observation clinique; les deux malades dont nous avons parlé nous en ont donné la preuve irrécusable. Aussi, chaque fois que l'on dédaigne certains faits de l'expérience pour se livrer à des recherches spéculatives, est-on exposé à des erreurs de ce genre et dont les conséquences peuvent être funestes pour la thérapeutique.

Dr Frédéric Duriau.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Trois nouvelles observations de cancer du cerveau.

Par M. le docteur Th. Auzouy, de Fains (Meuse).

Si l'on voulait comprendre dans une étude spéciale toutes les tumeurs, quelle qu'en soit la nature, dont le cerveau ou ses annexes peuvent être le siége, l'anatomie pathologique fournirait à l'observateur un ample contingent de documents précieux et remarquables par leur variété. Ainsi, dans les 329 observations nécropsiques rapportées dans l'ouvrage si méthodique et si consciencieux de M. Parchappe, l'on trouve de nombreux exemples de tumeurs osseuses, fibreuses, fongueuses, de kystes, de végétations, de granulations, d'épaississements, d'indurations, de cartilaginifications, de dégénérescences couleur de rouille ou de diverse nature; mais on demeure frappé de n'y pas rencontrer un seul cas bien caractérisé de formation squirrheuse ou encéphaloïde. L'ouvrage de M. Durand-Fardel, le *Traité des maladies du cerveau* de M. Bayle, ne contiennent pas non plus d'observation de tumeur cancéreuse. M. Calmeil n'en rapporte qu'un seul exemple dans son ouvrage *Sur la paralysie générale*; et, enfin, M. le professeur Andral, résumant dans son *Cours de clinique médicale* l'état de la science, porte à moins de 50 cas le bilan des observations faites jusqu'en 1840 sur le cancer du cerveau.

En présence de ces données, ce n'est point sans quelque étonnement que j'ai rencontré trois fois l'altération particulière dont il s'agit sur soixante autopsies seulement qui ont été faites en moins de deux ans à l'asile de Fains. Serait-ce par un concours de circonstances fortuites et n'ayant aucune valeur statistique, qu'il m'aurait été donné de constater trois fois, en aussi peu de temps, un genre d'altération organique qui, quoique n'étant pas extrêmement rare, le serait cependant assez pour constituer un fait complétement exceptionnel? Quoi qu'il en soit, je crois être en droit de penser que la concentration des aliénés dans les divers asiles qui se sont multipliés depuis vingt ans, ayant considérablement agrandi le domaine des investigations relatives aux maladies du cerveau, et en permettant désormais l'étude dans des climats différents, l'affection carcinomateuse des centres nerveux pourra être constatée plus fréquemment que par le passé, surtout dans les établissements où les épileptiques, les idiots et les imbéciles sont en majorité.

Dans les centres nerveux, comme dans les autres organes, le cancer peut se manifester par des formations lardacées, squirrheuses, encéphaloïdes, fongueuses, mélanées, colloïdes ou mixtes, c'est-à-dire participant à la fois à plusieurs des divers caractères sus-énoncés. Il peut être libre ou enkysté, arrondi ou irrégulier, lisse, mamelonné ou rugueux, dur ou ramolli, enfin à l'état de tumeur rénitente ou bien de masse ulcérée et en suppuration. Toutes les parties de la masse encéphalique ou de ses prolongements rachidiens peuvent en devenir le siége. Il envahit quelquefois de vastes portions d'hémisphères différents, intéresse les méninges, les perfore, et désorganise même la voûte osseuse de la boîte crânienne.

Voici maintenant la relation des trois cas qui se sont offerts à mon examen :

Obs. I. — Mlle Salomon Lucile, demoiselle de boutique, âgée de quarante et un ans, après deux ans de séjour à la Salpêtrière, a été admise à l'asile de Fains le 26 avril 1848. Au moment de son entrée, son aspect est souffreteux, sa physionomie porte l'empreinte de la douleur et du chagrin, et il est impossible de lui arracher la moindre confidence sur le secret de sa mélancolie. Toujours réservée et silencieuse, elle se tient à l'écart, n'accepte qu'avec une extrême répugnance la distraction que procure le travail, et est considérée comme une lypémaniaque incurable par M. Renaudin. Environ un an après, M. Dagonet, médecin par intérim, constate chez elle l'existence d'un *mal de tête presque continuel*, que la malade elle-même attribue à son état d'aliénation mentale.

Cet état persiste plusieurs années; la mélancolie et l'apathie ne font qu'augmenter; la céphalalgie apparaît fréquemment avec des exacerbations et des douleurs lancinantes : la menstruation devient irrégulière, puis finit par se supprimer. Mlle Salomon éprouve des vertiges, des éblouissements; son appétit devient capricieux, et il se manifeste de temps en temps des symptômes d'embarras gastrique, coïncidant avec une constipation opiniâtre.

Vers le commencement de 1856, il survient des vomissements, et l'alimentation devient très-difficile. Le caractère s'aigrit, et la malade se montre rebelle à toute espèce de traitement. Elle maigrit à vue d'œil; une teinte jaune-paille apparaît à la peau; l'on constate à la région hépatique une tumeur dure et résistante, offrant de nombreuses bosselures. Les selles et les urines sont rares, les vomissements redoublent de fréquence et d'intensité; les membres inférieurs s'œdématient; les douleurs de tête, jusqu'alors intermittentes, prennent le caractère continu et sont intolérables; la parole se supprime; la vue se trouble; la respiration devient de plus en plus difficile, et la malade succombe le 26 août 1856.

A l'autopsie je remarque une injection considérable des vaisseaux cérébraux, une coloration vive de l'arachnoïde, un épanchement séro-sanguinolent sous les méninges et dans les ventricules. Au vertex existent des granulations et un commencement d'ulcération sur une longueur de 10 centimètres, parallèlement à la suture sagittale, intéressant la pie-mère, adhérente sur ces points, et la substance corticale du bord supérieur des deux hémisphères. La masse encéphalique offre partout un pointillé exsudant à la pression : elle a son volume et sa consistance ordinaires. Le lobe antérieur de l'hémisphère droit paraît cependant un peu ramolli, et au sein de la substance blanche, le scalpel est arrêté par un noyau oblong, de forme assez régulière et de la grosseur d'uu œuf de pigeon. Cette tumeur incisée offre la texture du tissu lardacé et squirrheux. Le centre en est ramolli et a l'aspect encéphaloïde. Cette production est entièrement isolée, et ne projette point autour d'elle de racines ni d'indurations sur les parties avoisinantes. Le cervelet ne présente rien d'anormal.

Le thorax est rétréci et sa cavité est encore diminuée par une énorme voussure de l'épigastre, qui refoule les poumons et le cœur.

L'abdomen est presque entièrement rempli par une masse entièrement désorganisée, qui se compose presque exclusivement du foie, dont les proportions sont devenues monstrueuses. Ce viscère a contracté d'étroites adhérences avec le diaphragme. Indépendamment du refoulement qu'il imprime à la cavité thoracique, il recouvre en avant l'estomac et produit à l'épigastre une forte saillie. Il pèse en bas sur la masse intestinale, qui paraît raccourcie. Le foie est entièrement envahi par la désorganisation cancéreuse : sur quelques points le tissu squirrheux et lardacé, partout ailleurs le tissu encéphaloïde, ont remplacé le tissu propre de l'organe. C'est à peine si l'on retrouve quelques portions du tissu hépatique.

De nombreuses adhérences existent dans le péritoine; les ganglions mésentériques sont volumineux, indurés, et participent évidemment à la dégénérescence. La rate et les reins sont anémiques et atrophiés. Un épanchement séreux existe dans la cavité péritonéale, et les membres inférieurs sont le siége d'une énorme infiltration qui date des dernières semaines de la vie.

Le petit volume de la tumeur cérébrale, comparée à celles dont les organes abdominaux étaient le siége, tendrait à faire supposer qu'elle aurait été la conséquence d'une diathèse cancéreuse, et qu'elle ne se serait développée que consécutivement à des altérations plus graves, déjà apparues sur d'autres points de l'économie. Si cependant l'on veut bien considérer que le sujet était depuis plus de dix ans atteint de folie, que sept ans avant sa mort elle accusait des douleurs de tête permanentes, qu'il y avait chez elle un état d'apathie joint à une grande irritabilité, sans que les fonctions digestives eussent été troublées jusqu'alors, et que ce n'est qu'environ deux ans avant sa mort que des désordres croissants se sont manifestés dans l'appareil digestif, l'on sera porté à penser que la tumeur du cerveau est bien réellement le point de départ de l'affection qui a peu à peu étendu ses limites et ses ravages.

Obs. II. — Delphine Lagabbe, âgée de seize ans, est une fille atteinte d'idiotie congéniale, entrée à l'asile de Fains en février 1855. Elle n'a jamais été réglée, quoique sa taille et sa conformation physique ne diffèrent pas sensiblement d'une complexion normale. Sa démarche a quelque chose de vague et de saccadé; elle touche machinalement à tout ce qui se trouve sous sa main, et le détruit sans se rendre compte de ce qu'elle fait. Elle porte sur divers points de son corps des traces de brûlures, et si elle n'était rigoureusement surveillée, elle preudrait dans ses mains des tisons ardents ou s'approcherait du poêle lorsqu'il est rougi, sans avoir conscience du danger auquel elle s'exposerait. Elle a eu dans son enfance des accès épileptiformes, mais ils ont cessé depuis longtemps, et pendant son séjour à l'asile l'on n'en a point constaté. Son tempérament est lymphatique : elle est sujette aux engorgements ganglionnaires et aux fluxions. Elle est vorace et gloutonne, en même temps qu'incapable de gouverner ses excrétions. Elle ne peut répondre à aucune question et ne manifeste ses sensations que par des gestes bizarres ou par des cris et des sons inarticulés. De loin en loin l'on remarque chez elle une certaine excitation simulant la manie et s'accompagnant de rougeur de la face et de réaction fébrile. Cet état est suivi d'une grande prostration et souvent d'embarras gastrique. A ces intermittences succéda, en août 1856, une fièvre continue avec constipation, rougeur et sécheresse de la langue, prostration, épistaxis, etc., dans laquelle je crus d'abord reconnaître une affection typhoïde. La céphalalgie augmentant et arrachant des cris continuels à la malade, l'existence d'une méningo-encéphalite ne me parut point douteuse, et malgré les émissions sanguines locales, les réfrigérants, les révulsifs intérieurs et extérieurs, etc., la malade succomba le 17 octobre 1856.

A l'ouverture du crâne nous trouvons la dure-mère adhérente aux parois osseuses; il existe un épanchement séreux considérable sous les méninges. La substance corticale présente une pâleur remarquable; l'hémisphère droit est plus volumineux que le gauche. Dans le milieu du lobe antérieur droit se trouve un noyau arrondi, gros comme une petite noix; ce noyau est dur, d'apparence cartilagineuse, et présente à l'incision tous les caractères du tissu squirrheux. La substance blanche a une densité plus considérable qu'à l'état normal, c'est à peine si elle se laisse écraser entre les doigts. Cette augmentation de densité se retrouve dans les deux hémisphères, mais elle est plus marquée à gauche qu'à droite. Toute la masse encéphalique est légèrement pointillée. Les vaisseaux cérébraux sont gorgés et les méninges sont le siége d'arborisations vasculaires. Les ventricules latéraux sont remplis de sérosité citrine.

Le poumon droit est sain; le poumon gauche est adhérent et farci de tubercules à son sommet. Le cœur est remarquable par son petit volume.

L'intestin grêle ne présente qu'une légère arborisation de ses vaisseaux : rien dans le gros intestin. Les ganglions mésentériques sont indurés et transformés en tissu de nouvelle formation. (Tissu squirrheux.)

Comme on le voit, cette observation ressemble beaucoup à la précédente, sinon par la nature de l'affection mentale, du moins par le mode de développement de la tumeur cérébrale et par sa contexture. La céphalalgie, intermittente dans le principe, est plus tard devenue permanente, et a progressivement amené les désordres cérébraux auxquels la malade n'a pu survivre. Il ne saurait être douteux que l'altération cancéreuse ne soit la vraie cause de l'idiotie, et que par conséquent elle n'eût chez ce sujet une date fort ancienne.

Obs. III. — Prudhomme, Jean-Baptiste, entré le 20 janvier 1857 à l'asile de Fains, y est décédé le 6 février 1858, âgé de vingt ans.

Lors de son entrée à l'asile, il avait neuf ans, et n'avait jamais joui de l'usage du côté droit, entièrement privé de sensibilité et de mouvement. Jusque-là il se traînait sur ses jambes et ses mains, étant d'ailleurs atteint d'idiotie et d'hémiplégie congéniales. Son intelligence est toujours demeurée complétement nulle, et si dans le principe il reconnaissait encore ses parents, peu à peu cette notion, émanant plutôt d'une habitude que d'un sentiment, a fini par s'effacer. Prudhomme a mené une vie purement végétative, constamment gâteux et inaccessible à tout stimulant comme à tout traitement. Il a eu en août 1857 une scarlatine dont l'éruption s'est faite avec lenteur, mais dont la guérison a été facilement obtenue. Depuis cette époque cependant ses fonctions digestives, d'abord moins régulières, ont été souvent troublées d'une manière assez grave. L'appétit a disparu, l'amaigrissement est survenu, et avec lui une fièvre hectique à laquelle le malade a succombé.

Autopsie. — Le crâne est assez volumineux, mais déprimé en avant; ses parois offrent peu d'épaisseur. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est infiltré de sérosité au vertex, surtout à droite. Les sinus sont remplis de sang noir. A gauche, la substance cérébrale a sa consistance normale; à droite, au contraire, l'hémisphère est atrophié, comme ratatiné à sa surface, et déprimé en arrière au niveau de la scissure inter-hémisphérique. Du même côté, le corps calleux est également atrophié, ainsi que les circonvolutions qui le recouvrent. Les corps striés sont des deux côtés plus développés que les autres parties des parois ventriculaires.

A la partie supérieure et postérieure du lobe droit du cervelet existe un noyau de la grosseur d'une petite noix, de forme rugueuse et anguleuse, composé en entier d'une substance blanchâtre, très-ferme à la coupe, criant et résistant sous le tranchant du scalpel, s'énucléant avec facilité de la substance grise du cervelet. Cette substance est hyperémiée et légèrement ramollie au pourtour de la formation anormale que je viens de décrire.

Les poumons présentent les adhérences les plus intimes avec les parois thoraciques et le diaphragme. Le poumon droit est farci de tubercules à tous les degrés, et présente un véritable putrilage; le gauche est un peu moins envahi, surtout en bas. Le foie est décoloré et jaunâtre. Les ganglions mésentériques sont aussi envahis par la tuberculisation.

L'hémiplégie dont le sujet de l'observation qui précède était frappé depuis sa naissance ne laisserait-elle point soupçonner que dès cette époque il était atteint, du moins en germe, des lésions si graves que l'autopsie a révélées? Ces altérations ont constamment empiré, et s'il y a lieu de manifester quelque surprise, c'est que les progrès de la tumeur cérébelleuse n'aient pas été plus étendus et surtout plus rapides.

L'envahissement des centres nerveux par des masses cancéreuses est loin de produire des phénomènes constants et invariables. La dégénérescence peut même s'étendre à une vaste étendue de ces organes, sans donner lieu à des troubles d'innervation tels qu'on serait au premier abord en droit de les supposer.

Si, d'une part, Esquirol a vu frappé de paraplégie un sujet dont les deux lobes antérieurs étaient à la fois atteints par l'altération carcinomateuse, d'autre part, M. le professeur Velpeau a cité un cas semblable dans lequel l'intelligence et la motilité avaient conservé leur intégrité. D'autres malades n'ont éprouvé non plus de troubles fonctionnels graves que dans les derniers moments de leur existence, quoique depuis longtemps ils eussent en eux les redoutables lésions organiques auxquelles ils devaient infailliblement succomber. Cela prouve que ces formations morbides agissent quelquefois à la manière des corps étrangers, se font une place dans les tissus sans les irriter, et y séjournent presque impunément pendant tout le temps qu'elles demeurent stationnaires. Mais tôt ou tard survient une époque fatale, impossible à prévoir ou à déterminer d'avance, où, par des causes qui nous échappent, et souvent sans cause appréciable, il se manifeste un cortége de formidables symptômes de nature à donner l'éveil, sinon à éclairer tout à fait sur le véritable caractère de l'affection.

Ayant leur siége dans des parties placées profondément et protégées par des remparts osseux qui les rendent inaccessibles à nos sens, et par conséquent à nos moyens ordinaires d'exploration, ces tumeurs doivent souvent être méconnues pendant la vie, et leur diagnostic, uniquement basé sur des signes extérieurs dont la manifestation est si variable, présente nécessairement les plus grandes difficultés. Par ce motif même que le plus communément elles ne dépendent pas d'une diathèse, les symptômes caractéristiques de celle-ci manquent dans la plupart des cas, ou, s'ils existent, ce n'est que d'une manière incomplète et isolément.

Toutefois, si par hasard on était appelé à constater chez le même sujet une céphalalgie intense, soit permanente, soit adoucie par quelques rémissions, s'accompagnant de douleurs lancinantes, térébrantes, atroces; de l'insomnie, de la fièvre, des vomissements indépendants de toute affection gastrique; une coloration jaune-paille de la peau, surtout à la face; de l'œdème ou de la bouffissure non liés à un état chlorotique ou à un trouble circulatoire; des lésions de la vue, de l'ouïe, de l'odorat; une hémiplégie ou une paralysie plus ou moins complètes, plus ou moins anciennes; des désordres de l'intelligence, et en particulier de l'obtusion ou des accès épileptiformes; de la prostration alternant avec des paroxysmes, ou des cris aigus et plaintifs; enfin de l'émaciation et de la fièvre hectique, l'on pourrait sans trop se tromper, en présence de tous ces symptômes réunis, diagnostiquer une affection cancéreuse du cerveau. Mais, pour rester dans le vrai, il faut reconnaître que bien peu de cas présentent la réunion de ces divers caractères, que le plus souvent les éléments d'un diagnostic précis font défaut, et qu'à cet égard l'art demeure fréquemment restreint dans le domaine de l'hypothèse.

Dans ses recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales, M. Jules Falret a très-nettement établi les caractères qui distinguent ces affections de celles dont je m'occupe. Les lésions des organes des sens, telles surtout que l'amaurose et la surdité, ne se rencontrent presque jamais chez les paralysés généraux, tandis que beaucoup de sujets atteints de tumeurs cérébrales en sont frappés. Les troubles intellectuels, constants chez les premiers, sont jusqu'ici considérés comme exceptionnels chez ces derniers. Lorsque l'embarras de la parole se manifeste chez ceux-ci, il consiste en une impossibilité presque absolue de parler, et, lorsque la paralysie du mouvement ou du sentiment existe, elle prédomine dans l'un des côtés du corps, où, alors même qu'elle aurait fini par se généraliser, elle a été précédée d'hémiplégie. Malgré la chronicité de la paralysie générale, l'évolution de la dégénération cérébrale est ordinairement beaucoup plus lente, et peut durer un grand nombre d'années. J'ajouterai que le délire ambitieux n'a jamais été noté chez nos carcinomateux, pas même chez ceux qui ont été atteints d'aliénation mentale consécutivement à leur altération organique. Leur facies, en général, annonce la douleur ou du moins l'habitude de la souffrance, au lieu de dénoter une satisfaction exagérée et sans motif; l'amaigrissement et la détérioration physique font chez eux des progrès constants, sinon rapides, tandis que les paralysés généraux acquièrent quelquefois un embonpoint et une apparence de vigueur qu'on ne leur avait jamais vus jusque-là. On ne saurait donc confondre ces deux maladies, dont l'une doit aux travaux de nos plus éminents aliénistes, notamment de MM. Calmeil, Baillarger, Parchappe, Lunier, J. Falret, Trélat, etc., d'être aujourd'hui aussi facile à reconnaître que l'autre est encore enveloppée d'obscurités dans sa manifestation.

Le cancer du cerveau est une affection fatalement incurable et nécessairement mortelle. Intéressant celui de nos organes qui est le plus essentiel à la vie, il est inaccessible à tout traitement local, et se dérobe par conséquent à toute action directe de la part du médecin ou du chirurgien. Il peut demeurer stationnaire et ne point produire d'accidents pendant une assez longue période. Si chez deux des sujets que j'ai cités sa marche a été prompte, chez un troisième elle a été d'environ cinq ans. Il arrive quelquefois qu'après avoir déterminé des accidents très-sérieux, le mal s'apaise et se calme au point d'inspirer une trompeuse sécurité. Dans ces circonstances, la médication intervient souvent avec efficacité. Les narcotiques, et principalement la belladone, l'aconit, la ciguë, les mercuriaux, les préparations iodurées, les dérivatifs, les révulsifs, les antispasmodiques et au besoin les antiphlogistiques, viennent tour à tour rendre l'espérance aux malades, et apporter une *accalmie* plus ou moins durable dans leurs intolérables souffrances.

Le rôle du médecin se borne malheureusement à tout essayer pour prolonger cette situation, car en pareille occurrence un traitement palliatif est seul possible. Mais lorsque les désordres organiques par des envahissements successifs ou par une irritation incessante sur les parties environnantes amènent des troubles fonctionnels graves et prolongés, l'homme de l'art ne peut plus être que le spectateur impuissant d'une terminaison fatale et prochaine. Tous les efforts de la science ne sauraient alors conjurer les complications qui surviennent, et l'on voit bientôt les malades succomber soit à ces complications elles-mêmes, soit à une encéphalite, au coma, à des convulsions, soit enfin à une fièvre hectique, et aux escharres que si fréquemment elle entraîne à sa suite.

ANÉVRYSME POPLITÉ, A DROITE,

guéri par la compression.

Par M. le Dr Larrey (1).

M. P... J..., âgé de soixante ans, capitaine de la garde de Paris, entré au Val-de-Grâce le 11 novembre 1857, sorti le 16 janvier 1858, malade depuis un an. Entré au service comme volontaire en 1815, puis licencié dans la même année, M. P..... a exercé jusqu'en 1830 la profession de limonadier. Rentré alors dans la garde de Paris, il a toujours fait le service à pied, jusqu'en 1851. Depuis lors il est monté au grade de capitaine commandant. D'une constitution restée robuste, malgré son âge, il se porte habituellement bien. Marié, d'une vie très-sobre, il n'a jamais eu d'affections syphilitiques. Il n'a jamais eu de rhumatisme ni de douleurs précordiales. Son membre inférieur gauche est couvert de varices volumineuses qui se sont ulcérées plusieurs fois. Les ulcères sont aujourd'hui cicatrisés. La présence de ces varices au membre gauche fait qu'il s'appuie de préférence depuis longtemps sur le membre droit.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

Il n'est point d'accident auquel on puisse rattacher l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital. Il a fait une chute de cheval en 1855; elle n'a été suivie d'aucun autre accident qu'une petite plaie de la jambe gauche. Quelque temps après, il a fait une chute sur les reins dans un escalier. Cette chute a été suivie de douleurs dans la région lombaire qui ont persité depuis.

Il y a un an, M. P... a éprouvé une douleur plus aiguë dans la région iléo-sacrée. Cette douleur s'étendait vers la jambe, s'accompagnait d'engourdissement et le forçait à boiter. Elle était surtout vive sous le jarret. Cette douleur, qu'il prit pour une sciatique, resta à l'état aigu pendant quinze jours; mais alors un médecin constata dans le creux poplité une tuméfaction dont il reconnut la nature anévrysmale. Il conseilla la compression, qui fut faite d'abord avec une bande, puis avec une genouillère. Depuis ce temps, M. P... continua son service, mais avec une claudication continue et par moment des douleurs vives dans le mollet qui arrêtaient la marche subitement. Plusieurs fois le genou est devenu le siége d'un épanchement séreux qui disparaissait par le repos. Aujourd'hui, l'état général est excellent. Rien au cœur; membre gauche couvert de varices.

Membre droit. — Extension de la jambe complète; mouvements du genou libres, marche facile; seulement le malade se fatigue vite; il éprouve alors des douleurs intenses; il souffre dans toute fausse position, même au lit. Quand il se lève pour marcher, il éprouve un peu de pesanteur dans le membre, un sentiment de tension sous le jarret; puis cette tension disparaît, avec elle tout malaise, et le malade peut marcher. Il ne ressent point de fourmillement dans le membre. Vers le tiers moyen de la jambe, on observe quelques varices.

La moitié supérieure du creux poplité est effacée, le jarret est élargi, le tendon du biceps poussé en dehors, et ceux de la patte d'oie portés en dedans. Cette disposition est due à une tumeur globuleuse, du volume d'un gros œuf, indolente à la pression, tendue, légèrement dépressible, faisant saillie sous la peau sans lui adhérer, et se continuant profondément dans le creux du jarret. Tous les tissus qui l'entourent ont leur consistance normale et n'adhèrent nullement à sa surface. Cette tumeur est presque fixe, pourtant il est facile de voir qu'elle ne tient point au fémur. Elle est le siége de battements isochrones aux pulsations artérielles. Quand le malade a la jambe étendue, on voit manifestement le genou soulevé par le mouvement expansif de la tumeur, que produit une légère flexion de la jambe. L'oreille, appliquée directement sur la tumeur, perçoit un bruit de souffle énergique et intermittent. La compression sur l'artère fémorale diminue considérablement le volume de la tumeur, la rend plus dépressible et y fait cesser tous les phénomènes de battements, d'expansion et de souffle. Au niveau du bord supérieur de la rotule, le genou malade a $0^{m},44$ de circonférence; le genou sain a $0^{m},375$.

La ligature de l'artère fémorale a été conseillée par M. le professeur Velpeau. Mais le succès de la compression observé chez le précédent malade décide M. le professeur Larrey à essayer d'abord ce moyen de traitement.

Le 19 novembre 1857, la compression est établie avec le compresseur Charrière, au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Cette compression est supportée six heures (de dix heures du matin à quatre heures du soir). Rétablie à six heures, elle est continuée jusqu'à minuit. Elle n'arrête point complétement les battements dans la tumeur; pourtant elle amène un engourdissement pénible de la jambe.

Le 20, compression du même point de cinq heures à huit heures du matin. On établit alors l'appareil de M. Broca, modifié pour le premier malade, afin de maintenir alternativement la compression au pli de l'aine et à l'anneau du troisième adducteur. La compression reste en place seize heures sur vingt-quatre, avec des instants de repos multiples. Elle détermine des douleurs vives.

Le 21, la jambe enfle; la compression est donc diminuée. L'appareil reste douze heures, mais peu serré.

Le 23, diminution notable des battements, quoique jamais la compression n'ait été assez forte pour arrêter complétement la circulation artérielle. Insomnie; douleurs dans le membre.

Malgré cela, le malade, désireux de guérir, rétablit la compression pendant quatorze heures, à deux reprises, avec les deux appareils.

Du 24 au 30 novembre, la compression alternative reste établie en moyenne dix-huit heures; mais toujours incomplète. Elle est moins pénible.

Le 1er décembre, la compression arrête complétement les battements dans la tumeur, dont la densité augmente; mais cette compression, à ce degré, ne peut être supportée que trois heures, à cause de l'engourdissement du membre.

Les 2 et 3, battements à peine sensibles dans la tumeur. — Compression renouvelée.

Le 4, les battements redeviennent plus forts. — Compression sur les deux points à la fois.

Du 5 au 10, même état. Douleurs parfois très-vives dans le genou, surtout la nuit; fièvre due à l'insomnie et à la douleur. Le malade ne sait comment placer sa jambe; œdème du membre. Mais les battements continuent à être moins forts, et la tumeur semble diminuer; elle n'est plus dure.

Le 11, compression assez bien supportée alternativement sur les deux points pendant dix-huit heures. Le malade se trouve mieux. La compression n'arrête point complétement les battements de la tumeur.

Le 12, les battements s'arrêtent complétement pendant la nuit. Les orteils sont froids, engourdis, comme s'ils étaient gelés.

Le 13, la compression est enlevée. Le malade se lève pour la première fois. Battements légers dans la tumeur. — Compression rétablie six heures le soir.

Du 14 au 19, la compression est supportée avec courage, malgré l'engourdissement pénible qu'elle produit (en moyenne, quinze heures par vingt-quatre heures).

Le 20, tout battement a cessé; on ne sent même pas sous la main le moindre frottement. L'oreille ne perçoit plus rien dans la tumeur: Le pied est moins engourdi. — Compression huit heures sur l'anneau du troisième adducteur.

Le 21, idem. Le malade se lève quatre heures. — Compression légère presque constante au lit.

Le 23, point de compression le jour, légère la nuit.

Le 24, on perçoit quelques battements; l'oreille entend un léger frôlement dans la tumeur. La compression est rétablie avec force avec les deux appareils, et conservée d'une manière presque continue pendant les vingt-quatre heures. Engourdissement du pied.

Le 26, battements complétement arrêtés (toute compression absente); la chaleur revient au pied. — On laisse les compresseurs en place, mais légèrement serrés.

Le 31, idem. On constate le développement considérable de l'artère articulaire externe, qui a le volume d'une plume de corbeau et dont les battements sont très-nets. La chaleur du pied continue à augmenter.

Les 1er, 2 et 3 janvier 1858, le malade se lève quatre heures par jour. Il ne sent plus de battements dans la tumeur; il marche facilement, éprouvant seulement un peu de lourdeur dans la jambe.

Le 4, il sent quelques battements pendant la nuit; il met lui-même le compresseur au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et le garde de minuit à neuf heures du matin.

Le 5, on ne perçoit plus de battements. Le malade reste levé toute la journée. La tumeur a diminué de moitié; elle est dure, nullement dépressible.

Les 6, 7 et 8, le malade se lève chaque jour, et dans son lit il rétablit une compress on légère.

Le 8, un peu de frémissement semble exister dans la tumeur. Compression de 15 heures en 2 fois.

Le 9, plus de battements. Compression de 12 heures.

Le 10, idem. Compression, 8 heures.

Le 12 janvier, les battements sont plus sensibles dans l'articulaire externe; les pulsations de la pédieuse existent, mais très-faibles comparées à celles de la pédieuse du pied gauche.

Les 13 et 14, le malade fait encore la compression pendant 4 à 5 heures.

Le 15, l'absence des battements dans la tumeur est de nouveau bien constatée; la réduction de la tumeur, son induration, sont aussi sûrement établies. La circulation dans les jambes est rétablie; la chaleur du pied, les pulsations de la pédieuse en sont une preuve. Le malade marche facilement.

Le 16, il demande à sortir de l'hôpital.

— On doit remarquer, dans cette observation, que la compression n'a point été établie de manière à arrêter les battements dans les premiers jours. Pourtant, faite comme elle l'était, il a fallu toute l'énergie du malade pour la supporter. Le 1er décembre seulement les battements ont été arrêtés par la compression, elle n'a pu être supportée à ce degré. Mais la volonté, la patience du malade, le soin qu'il mit à conserver la compression pendant des journées entières, ont amené cette rapide guérison (1).

OPACITÉS DE LA CORNÉE

déterminées par le collyre à l'acétate de plomb.

Par M. J. Windsor, à Manchester.

Dès l'année 1830, dit l'auteur, je notais pour la première fois certains cas d'opacité de la cornée, que j'attribuais à un dépôt de plomb sur la surface ulcérée. Ces taches présentaient un aspect particulier généralement floconneux et tout à fait caractéristique. Ce phénomène est facile à expliquer. L'acétate de plomb est décomposé par les sulfates, phosphates, ou carbonates des liquides lubrifiant la surface de l'œil, et le sel de plomb insoluble qui en résulte se dépose sur l'ulcération d'autant plus facilement que sa surface est inégale. Personne, que je sache, n'avait fait avant moi cette remarque, mais presque en même temps le docteur Jacob (de Dublin) rapporta des observations complétement analogues. Jusque-là je n'avais vu que des dépôts sur la cornée; depuis, j'en ai rencontré de semblables sur les plis irréguliers de chémosis conjonctivaux.

Les deux observations qui vont suivre se rapportent, l'une à une opacité de la cornée, c'est-à-dire à un dépôt de plomb sur le sommet d'un staphylôme conique de la cornée, l'autre à un cas de dépôt semblable sur la conjonctive. Chacun sait que, dans les cas de cornée conique, le sommet de la saillie devient souvent opaque; mais ici l'opacité, d'aspect floconneux, était due à un dépôt de plomb...

Suivent les deux observations, dans lesquelles l'auteur montre avec quelle opiniâtreté ces dépôts salins demeurent sur les surfaces ulcérées quand on s'en tient à de simples lotions, et les accidents interminables qui peuvent en résulter; enfin il indique le moyen qui lui a réussi pour s'en débarrasser : c'est tout simplement de gratter la tache avec la pointe d'une lancette.

(*British Medic. Journal*, n° 68.)

DIABÈTE TRAUMATIQUE.

Un jeune homme reçut un coup de bâton sur l'occiput. Dès la nuit suivante, il éprouva de la strangurie. Trois jours après, il se plaignit d'une faim et d'une soif extrêmes. De plus, l'urine était très-abondante. Examinée à sa sortie, elle fut trouvée légèrement acide, d'un poids spécifique de 1,043, et contenant une grande quantité de sucre. Foie de volume normal; conjonctive et peau de couleur naturelle.

Cet état demeura stationnaire malgré l'emploi du tannin et de l'opium, et l'alimentation animale pendant huit jours. Il prit ensuite 4 grammes de bi-carbonate de soude. Peu à peu la sécrétion de sucre, la boulimie et la séch resse de la peau disparurent. Néanmoins, la sécrétion de l'urine se maintint en excès durant deux mois.

Ce fait, raconté par le docteur Plagge, peut être rapproché de celui du docteur Itrigshon, ou le diabète survint à la suite d'un coup de hache reçu sur la tête. Dans celui-ci, le malade éprouva une sensation de pression dans la région du foie, et eut une coloration ictérique de la conjonctive. Aussi l'auteur se demande-t-il si une lésion directe du quatrième ventricule, ou quelque exsudation formée en ce point, n'a pas été la cause de la glycosurie.

(*Gaz. med. Italiana, Stati Sardi*, 17 mai 1858.)

(1) Les deux malades guéris ont été présentés par M. Larrey à la Société de chirurgie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 juillet 1858. — Présidence de M. Despretz.

Anatomie de l'appareil électrique du malaptérure. — M. JOBERT (de Lamballe) lit un mémoire intitulé *Recherches anatomiques sur l'appareil électrique du malaptérure électrique*. Voici les conclusions de ce mémoire:

Je n'hésite pas, dit M. Jobert, à placer le siége de l'appareil entre la peau et l'aponévrose. Tout me paraît militer en faveur de cette manière de voir.

La couche sous-tégumentaire est certainement de même nature que le tissu propre de l'appareil électrique du gymnote, et, malgré les dissections les plus minutieuses, je n'ai pu y retrouver les couches celluleuses dont on a parlé.

D'ailleurs, cet appareil électrique, comme les appareils des autres poissons électriques, reçoit de nombreux filets nerveux qui se subdivisent dans son épaisseur, et le nerf dont il vient d'être fait mention peut être regardé comme lui étant exclusivement destiné.

Rien de semblable ne se rencontre pour les lamelles cellulaires, qu'on a regardées comme l'appareil électrique, et qui reçoivent à peine quelques filets nerveux.

J'ai voulu compléter les rigoureuses dissections que j'avais faites du malaptérure électrique par l'examen microscopique et chimique des diverses parties qui pouvaient faire confondre l'appareil électrique avec d'autres organes, comme cela a déjà eu lieu. Pour cela, j'en ai appelé au talent de mon savant ami M. le professeur Payen.

Comme je l'ai déjà dit, les auteurs ont parlé de la ressemblance de l'appareil avec une couche de graisse; or il existe une couche de graisse épaisse et uniformément répandue à la surface des muscles. Par une analyse habile, M. Payen a démontré qu'elle était formée effectivement de graisse et d'un canevas cellulaire, le tout adhérent aux muscles du corps de l'animal, reconnaissable par la structure anatomique et par l'analyse chimique qui découvre de la fibrine en masse. Cette couche peut être appelée *couche charnue recouverte de tissu adipeux*. M. Payen dit « qu'elle présente plusieurs caractères de la fibre musculaire, notamment le gonflement et la translucidité par l'acide chlorhydrique très-affaibli ou contenant moins d'un millième (0,0005) de cet acide, et par l'acide acétique à 8 degrés. »

La seconde couche, qui a été regardée comme l'appareil électrique du silure, est formée, ainsi que je l'ai dit, par des couches minces et souples. M. Payen l'a examinée au microscope et en a fait une analyse chimique.

Enfin la troisième couche a été, par ce même savant, soumise au microscope et à l'analyse chimique. Je désirais surtout savoir si les fibres qui composent cette couche contenaient de la fibrine. M. Payen n'a rencontré aucune trace de cette substance, et par conséquent cette couche est formée par un tissu propre, en tout semblable à celui de l'appareil électrique du gymnote.

Fièvre typhoïde cholériforme. — M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet un mémoire adressé de Bruyères-le-Châtel par M. Duin, de Bourges, et ayant pour titre : *De la fièvre typhoïde cholériforme et du choléra asiatique*. Un mémoire du même auteur, portant le même titre, avait été précédemment adressé par M. le ministre de l'instruction publique et se trouve mentionné dans le compte rendu de la séance du 12 janvier 1857.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.

L'Académie renvoie à la même commission une note de M. Delfraysé ayant pour titre : *Prophylaxie, thérapeutique et étiologie du cholera-morbus asiatique*.

Et une lettre de M. Marty, concernant un remède pour la guérison des dartres.

Curabilité de la phthisie. — M. KOENIG soumet au jugement de l'Académie un travail ayant pour titre : *De la curabilité de la phthisie*, et portant pour épigraphe cette phrase extraite du texte même du mémoire :

« Un certain nombre de maladies a pour cause, dans l'enfance et la » jeunesse, l'insuffisance des calcaires dans l'économie; dans l'âge » adulte et la vieillesse, c'est la surabondance des sels de chaux (1). »

Ce mémoire est renvoyé, comme l'avait été la lettre du même auteur, à la commission chargée d'examiner la note de M. Baud et celle de M. Churchell, commission qui se compose de MM. Serres, Andral, Cl. Bernard.

Pellagre. — M. BILLOD, qui avait précédemment adressé une note sur le ramollissement de la substance blanche dans une partie de la moelle épinière des aliénés pellagreux, envoie aujourd'hui deux opuscules relatifs à la même question, et ayant pour titre : l'un, *Endémie de pellagre observée dans les asiles d'aliénés des départements d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire*; l'autre, *D'une variété de pellagre propre aux aliénés*.

Ces deux ouvrages sont, ainsi que la précédente note, destinés aux concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Commission des prix Montyon.)

(1) Dans la lettre d'envoi, l'auteur, qui dans une précédente séance (7 juin) avait adressé, à l'occasion d'une note de M. Baud sur l'emploi therapeutique des corps gras phosphorés, une sorte de réclamation de priorité, ajoute aujourd'hui qu'il s'était fait inscrire depuis deux ans pour la lecture de ce mémoire, et que son tour de lecture n'est jamais venu.

Cette dernière assertion n'est pas exacte. L'Académie, sauf des cas tout à fait exceptionnels, ne fixe point de jours pour les lectures des personnes inscrites; lorsque les travaux de l'Académie le permettent, ces personnes sont appelées suivant leur ordre d'inscription, et ne sont rayées de la liste qu'après avoir manqué de répondre à l'appel. Elles ont toujours le moyen, quand elles se sont tenues éloignées des séances, de savoir si leur nom est maintenu sur la liste et au besoin de l'y faire rétablir. La date d'inscription pour la lecture d'un mémoire ne donne du reste aucun titre pour établir une question de priorité.

(*Note des Rédacteurs des comptes rendus.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Parisot, né à Commercy (Meuse); *Études sur un nouveau traitement de la syphilis, expérimenté à l'hôpital du Midi en 1857*.

Bermont, né à Mercy-le-Haut (Moselle); *De l'emphysème du poumon*.

Blandin, né à Renère (Côte-d'Or); *Examen de la doctrine vitaliste*.

Delore, né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or); *De la pleurésie diaphragmatique*.

Paillart, né à Amiens (Somme); *Examen de la doctrine vitaliste*.

Souscription en faveur de deux confrères malheureux.

MM. les docteurs de Nantes : Bahier, 10 fr.; Charruau, 4 fr.; Moriceau, 5 fr.; Gatterre, 3 fr.; Trastour, 5 fr.; Lehoux, 5 fr.; Lamoureux, 5 fr.; Mabit, 5 fr.; Gellusseau, 5 fr.; Lafond, 3 fr.; Bonamy, 5 fr.; Peyré, 10 fr.

Total.	65 fr.
Liste précédente.	182
Total des sommes reçues jusqu'à ce jour.	247 fr.

Nous rappelons à nos confrères des départements qu'ils peuvent nous envoyer leurs offrandes en timbres-poste.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Bernier, médecin-major du 8e dragons, vient d'être détaché de son corps pour être employé comme adjoint au secrétaire du conseil de santé.

— On lit dans la *Presse médicale* de Marseille du 10 juillet : Une décision ministérielle oblige les navires venant d'Égypte et ayant moins de huit jours de mer, à être mis en observation Cette mesure ayant causé une certaine émotion et fait circuler le bruit que la peste é ait dans la régence de Tunis, nous avons dû prendre des renseignements.

M. le docteur Redlich, médecin de la *Clyde*, des Messageries impériales, qui a quitté Alexandrie le 29 juin, à onze heures du matin, et est entré dans le port de Marseille le 6 juillet, nous a déclaré qu'aucune maladie épidémique ni contagieuse ne régnait dans la capitale de l'Égypte.

Deux navires sous pavillon turc, venant de la côte de Bengazie, avaient été mis en quarantaine à Alexandrie, et avaient eu deux cas de mort pendant ce laps de temps; le médecin sanitaire français déclara que c'étaient deux cas de typhus.

Les ports de la Syrie et de l'Égypte, visités par le docteur Redlich, sont dans un état sanitaire parfait.

— Le journal anglais *the Lancet* de cette semaine contient un article sur l'état actuel des eaux de la Tamise. La plupart des échantillons examinés étaient d'une couleur plus ou moins noire, se rapprochant de la teinte de l'encre; ils exhalaient une odeur détestable, et plusieurs d'entre eux laissaient dégager de l'hydrogène sulfuré, tandis que des quantités considérables de matières provenant des égouts étaient déposées par le plus grand nombre des échantillons. On découvrait dans ces dépôts, au moyen du microscope, divers débris de tissus provenant de végétaux putréfiés, ainsi que des fibres musculaires non encore complétement détruites et colorées par la bile; on y voyait aussi un nombre considérable de productions organiques vivantes. Le résultat des analyses chimiques a montré que ces eaux étaient souillées de matières organiques à l'état solide et fluide.

Un poisson plongé dans ce liquide y est mort promptement; le même sort est arrivé aux oiseaux auxquels on a fait respirer les émanations gazeuses qui en proviennent. Rappelons ici que des millions de gallons d'eau des égouts, jouissant de propriétés aussi délétères, sont journellement versés dans la rivière. En somme, les eaux ont été trouvées dans un état tellement fâcheux, que *the Lancet* exprime l'opinion qu'il y a à redouter un danger considérable et immédiat pour les habitants de la capitale, et il n'y voit d'autre remède efficace que la suppression complète de l'écoulement des égouts dans la rivière, et le transport au loin des matières qu'ils charrient.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 14 juillet, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 12e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour. — Discussion sur la cataracte; communication de M. Furnari; communication sur la fièvre puerpérale, par M. Mattei; communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De la luxation de l'épaule en haut, par M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Broch. in-8°. Prix, 1 fr. 50. — A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Medecine, 17.

Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme phlegmasi-toxique et ses composés morbides, par M. P. F. Semanas, D.-M.-P., médecin à Lyon. Un vol. in-8°. Prix, 4 fr. 50. — A Paris, chez Baillière; à Lyon, chez Savy.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 82. — JEUDI 15 JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 82. — JEUDI 15 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE (M. Bouchut). Du rachitisme. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE (M. Desmarres). Conjonctivite purulente des nouveau-nés. — Application de la dynamoscopie à la physiologie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 13 juillet.

PARIS, LE 14 JUILLET 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'aujourd'hui a soldé un bon à-compte de l'arriéré que la discussion sur la fièvre puerpérale avait produit dans les travaux officiels ou scientifiques de l'Académie. Trois rapports et une lecture, sans compter les présentations faites à l'occasion de la correspondance, voilà un contingent fort respectable pour une séance. Hâtons-nous d'ajouter que quelques-uns de ces travaux sont d'une importance capitale. Tel est, par exemple, le rapport de M. Poggiale sur la formation de la matière glycogène dans l'économie animale.

Personne n'a oublié cette phase importante de l'histoire de la glycogénie animale, dans laquelle M. Cl. Bernard fit connaître l'existence d'une substance particulière formée par le foie à l'état physiologique, et qui est douée de la propriété de se changer en sucre par l'action des ferments. La découverte de la *matière glycogène*, c'est ainsi que M. Bernard a désigné cette substance, fut accueillie avec un grand intérêt; mais elle fut discutée, et cela devait être. L'examen de cette question a été l'objet en particulier de plusieurs mémoires communiqués à l'Académie par M. Sanson (de Toulouse). Ce savant chimiste, se fondant sur des expériences faites sur de grands herbivores, concluait de ses recherches que la substance ainsi désignée par M. Bernard avait sa source, chez les animaux herbivores, dans l'action de la salive sur les principes amylacés des aliments, et chez les carnivores, dans la viande dont ils se nourrissent et où elle se rencontre toute formée.

La commission chargée de l'examen des travaux de M. Sanson ne s'est pas bornée à contrôler les expériences, à les répéter et à les faire répéter sous ses yeux par leur auteur, elle en a institué elle-même de nouvelles, qu'elle a faites et sur des animaux carnivores et sur de grands herbivores, dans des conditions variées qui lui permissent à la fois d'éviter les erreurs qu'elle a dévoilées dans quelques-unes des expériences antérieures, et de fixer définitivement autant qu'il serait en son pouvoir, les lois si débattues de la glycogénie animale. On trouvera dans le compte rendu un résumé de ce rapport et les conclusions qui font connaître les résultats importants auxquels la commission est parvenue. Il ne nous appartient pas de les juger. Mais ce qu'il nous a été possible d'apprécier séance tenante, et après la lecture de cet important document, c'est le zèle et le talent dont la commission a fait preuve dans cette circonstance, et qui ont mérité à son savant rapporteur les félicitations unanimes de l'assemblée.

La lecture de M. Poggiale a été précédée par un rapport administratif de M. Pâtissier, et suivie par un rapport scientifique de M. F. Boudet.

M. Pâtissier, au nom de la commission des eaux minérales, et maintenant au nom de l'Académie, qui a adopté sa proposition, sollicite auprès du ministre une modification à l'ordonnance qui réglemente le service des eaux minérales. Il demande, sur les prières instantes et les réclamations réitérées de plusieurs médecins inspecteurs, l'intervention d'une nouvelle mesure d'ordre, d'après laquelle « nul ne serait admis désormais à faire une cure dans les thermes, s'il ne s'est présenté devant le médecin inspecteur titulaire ou adjoint, ou s'il n'est muni d'une ordonnance d'un médecin éloigné ou résidant dans la station balnéaire. »

Nous sommes trop peu au courant de ce qui se passe aux sources minérales pour apprécier à sa juste valeur l'opportunité de la mesure projetée. Nous ne pouvons que la croire juste et utile, puisqu'elle est proposée par M. Pâtissier, et qu'elle a été adoptée sans opposition.

L'Académie avait entendu l'année dernière une lecture de M. Robiquet sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer, nouveau composé que ce savant pharmacien a récemment introduit dans la classe déjà si nombreuse des médicaments ferrugineux. M. Boudet a fait sur cette communication un rapport favorable, et dont on trouvera la teneur plus loin.

M. Bouchut a ensuite occupé la tribune pour la lecture d'un mémoire sur une question de pathologie qui est toujours intéressante et toujours actuelle, bien qu'aussi vieille que la science, parce qu'elle est relative à l'un des phénomènes morbides les plus communs et en même temps les plus obscurs, l'*état nerveux*. Nous nous étions d'abord mépris un peu, d'après le titre, sur l'objet réel de cette lecture. On est assez généralement porté à appliquer cette expression à un élément commun des maladies; tandis que ce qu'entend par là M. Bouchut, c'est un état morbide spécial, une nouvelle entité morbide à introduire dans la nosographie. Une autre désignation, telle que celle de *nervosisme*, dont l'auteur s'est servi dans le cours de son travail, eût peut-être prévenu cette confusion; mais il a reculé devant un nouveau néologisme; nous avons garde de lui en faire un reproche.

M. Bouchut a commencé par distinguer avec soin cet état nerveux diathésique spécial, d'avec l'hystérie et l'hypochondrie qu'il complique souvent, mais qui ne les constitue pas essentiellement. Il en a retrouvé les traces dans les divers états morbides désignés dans les auteurs sous les noms de *cachexie nerveuse*, *marasme nerveux*, *fièvre nerveuse*, *vapeurs*, *névropathie*, etc. Il y a fait entrer, en outre, divers phénomènes morbides qui ont été classés par les auteurs modernes, et notamment par l'un des plus recommandables, Chomel, dans la classe des dyspepsies; par d'autres, dans la chlorose, la gastralgie, la gastrite chronique, etc.

Nous n'avons pu lire le mémoire de M. Bouchut avec une attention suffisante pour nous permettre de juger si sa détermination de l'*état nerveux* et les délimitations qu'il a tracées autour de lui, sont justifiables de tous points. Mais ce dont l'audition et une lecture rapide et superficielle nous ont permis de juger, c'est l'étendue des connaissances historiques et bibliographiques, et la finesse d'analyse clinique dont l'auteur a fait preuve dans ce long et difficile travail.

La séance a été, comme on en peut juger, assez bien remplie. Et cependant M. Trousseau attendait encore son tour, un volumineux manuscrit sous le bras. La parole lui a été réservée pour la séance prochaine, qu'il occupera probablement tout entière ou en grande partie au moins, si nous en jugeons par le volume et l'importance de son rapport. Il s'agit de la question de la ligature de l'œsophage; — autre sujet de discorde académique. — L'Académie est, comme on voit, peu désireuse de repos. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Du rachitisme.

Je suis conduit à vous parler aujourd'hui du rachitisme, car nous avons en ce moment deux petites filles, l'une au n° 2 de la salle Sainte-Marguerite, et l'autre au n° 37 de la salle Sainte-Geneviève, qui présentent les caractères de cette maladie à un très-haut degré.

La première est âgée de deux ans: sa tête est volumineuse, avec une large fontanelle; le travail de la dentition est à peine commencé, puisque l'enfant n'a que deux dents; les extrémités des radius et des tibias sont gonflées; la colonne vertébrale est incurvée, et le ventre est d'une grosseur insolite. Chez cette enfant, la cachexie rachitique est très-prononcée. La seconde a trois ans, et néanmoins elle n'a encore que cinq dents. Sa tête est également très-forte; les côtes sont tuméfiées à leur symphyse sternale, formant le *chapelet rachitique*; il y a incurvation de la colonne vertébrale, et les membres supérieurs, atrophiés, offrent le gonflement des principales jointures.

Ces prémisses cliniques une fois posées; demandons-nous ce qu'est le rachitisme. Eh bien, c'est une maladie générale du système osseux, caractérisée par la raréfaction, le ramollissement des os et des cartilages, donnant lieu à un très-grand nombre de déformations du squelette. Quelques médecins l'appellent *ostéoporosa*; d'autres la réunissent avec l'*ostéomalacie*, sous la même dénomination. On ne la connaît bien que depuis les travaux si remarquables de Glisson (1647), de Haller, de Boerhaave, de Portal, de MM. Ruiz, J. Guérin, Bouvier, Stanski, Trousseau, et surtout de mon collègue M. Broca, qui en a bien fait connaître les altérations anatomiques.

Le rachitisme est parfois congénital: MM. Sontag (de Heidelberg), Depaul, Lecadre (thèse 1856), en ont observé des exemples. Vous pourrez aussi, en visitant les salles du musée Dupuytren, rencontrer plusieurs squelettes d'enfants rachitiques de naissance.

Ce rachitisme *congénial* est rare, et il diffère du rachitisme de la première enfance sous ce rapport que le ramollissement des os et des cartilages dans le sein de la mère est dû à l'absence du dépôt des matières calcaires, tandis que dans le rachitisme ordinaire, non-seulement cette cause existe, mais il y a aussi disparition par les urines et par les sécrétions des substances salines déjà formées et déposées dans les os.

Le rachitisme est une maladie de la première enfance, et se montre très-ordinairement entre le troisième et le quinzième mois. En général, elle est produite par le mauvais régime, l'alimentation insuffisante et l'habitation dans des lieux froids, humides et privés de lumière.

Des expériences de Chossat prouvent même que le sang chargé des éléments nécessaires à la nutrition des parties molles, mais privé de matières inorganiques, amène l'atrophie et le ramollissement du tissu osseux. Ce physiologiste nourrissait des pigeons avec des substances privées de sels calcaires, et bien que ces animaux engraissassent pendant quelque temps, leur squelette subissait une atrophie considérable.

Le rachitisme se développe dans beaucoup de cas dans la convalescence des maladies aiguës ou pendant le cours des affections chroniques, lorsque la nutrition a été profondément modifiée. Elle sévit surtout dans les pays froids et humides, en Hollande, en Angleterre et dans le nord de la France.

M. Jules Guérin s'est beaucoup occupé de l'étiologie du rachitisme, et il a fait un assez grand nombre d'expériences sur de jeunes chiens dans le but de prouver que la nourriture trop succulente, et en particulier l'usage des viandes, pouvait déterminer cette lésion générale du système osseux. Il a placé dans une chambre obscure de jeunes chiens âgés d'un mois et sevrés; il les a nourris avec une pâtée de pain et de viande, et au bout de deux ou trois mois ils étaient rachitiques après avoir eu de la diarrhée chronique. D'autres chiens de la même portée, courant dans un parc, ont été *soumis* au même régime, ont été également pris de diarrhée, puis de rachitisme; d'où il résulte qu'un régime exclusivement composé de viande détermine l'inflammation chronique des voies digestives, et consécutivement l'altération rachitique des os.

Les altérations de texture des os rachitiques sont très-curieuses à étudier, et on les a divisées en *trois groupes* correspondant au début, à la période d'état et au déclin de la maladie. Vous en verrez des exemples sur les pièces conservées que je vais faire passer sous vos yeux.

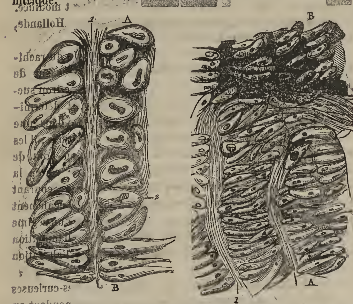
Première période. — Cette période peut être appelée la période de *raréfaction de l'os*. On remarque dans les os, et particulièrement dans les os longs, un gonflement assez considérable, surtout dans les parties spongieuses et cartilagineuses de leurs extrémités. Lorsqu'on coupe ces os en travers ou dans leur longueur, ce qui est très-facile à cause de leur ramollissement, et vous le voyez sur ce fémur que je fends, on trouve toutes les cellules du tissu spongieux dilatées et remplies par une matière gélatineuse, sanguinolente, d'un rouge brunâtre, facile à enlever avec un filet d'eau. Dans la diaphyse, au milieu du tissu compacte, ce qu'on appelle dilatation des cellules n'est autre chose que l'écartement des lamelles osseuses, de telle sorte que l'os en cet endroit ressemble volontiers à un morceau de jonc desséché, coupé dans sa longueur. Il en est ainsi sur la pièce que je vous montre, et qui provient du fémur d'un enfant de trois ans. Une bouillie sanguinolente, d'une nature semblable à celle dont je viens de parler, se trouve souvent entre l'os et son périoste interne ou externe, qui est toujours épaissi. Le canal médullaire est plus ou moins rétréci, et la substance médullaire elle-même est infiltrée de sang.

Deuxième période. — Cette période est celle de la déformation des os. Là où le tissu spongieux est très-abondant, les os sont très-gonflés, surtout à leurs extrémités. Ce gonflement est le résultat d'altérations moléculaires considérables, parfaitement bien étudiées, il y a quelques années, par M. Broca. Elles sont caractérisées par la présence d'une zone demi-transparente plus large

que celle de l'état normal, formée elle-même de deux ou trois zones secondaires juxtaposées, placées entre l'épiphyse et la diaphyse.

Ainsi, en regardant de la surface articulaire à la diaphyse, on trouve la couche cartilagineuse normale (A B, fig. 1), qui est blanche, résistante, assez dure ; une zone bleuâtre demi-transparente, dite *chondroïde*, beaucoup plus molle, couverte de stries longitudinales bleuâtres, entre lesquelles se trouve une substance d'un jaune rosé, très-élastique et criblée de petits trous (C D, fig. 1) ; une zone *spongoïde* (A, fig. 1), élastique, rougeâtre, réticulaire, semblable à de l'éponge fine, criblée de petits trous ronds très-petits presque microscopiques, et sur laquelle on voit des stries bleuâtres, fibreuses ; une couche spongieuse de tissu osseux raréfié, et enfin le tissu spongieux primitif de l'os, dont les cellules sont très-dilatées. A un grossissement de 230 fois, les cavités normales du cartilage avec leurs noyaux arrondis de 5 à 8 millimètres, sans apparence de membrane cellulaire, sont élargies et se réunissent les unes aux autres de manière à former des cavités longitudinales séparées entre elles par des bandes de tissu fibreux (1 fig. 2), (1 fig. 3) (1).

Les noyaux cartilagineux se modifient, s'allongent, changent de forme, et s'entourent d'une paroi formant cellule ; ces cellules, d'abord arrondies, s'aplatissent transversalement et se pressent en quantité considérable les unes contre les autres. A mesure que ce travail pathologique s'opère, les cellules dilatent les cavités qui les renferment et restent ainsi au milieu d'un tissu fibreux presque entièrement dépourvu de matières salines, A, B (fig. 1), et ne faisant presque plus d'effervescence avec l'acide nitrique.



La diaphyse est également ramollie et tuméfiée. Ce gonflement s'explique par l'arrêt d'ossification et la raréfactiou du tissu osseux qui résulte de la perte des sels calcaires et de dilatation des cellules intérieures de l'os.

Quand la maladie est ancienne, le liquide infiltré dans les cellules de l'os rachitique perd sa couleur noire et sa fluidité ; il est rougeâtre et prend une consistance gélatineuse, demi-transparente ; il adhère forcément à la surface de l'os et à l'intérieur des cellules. Sa présence détermine la compression, le refoulement et en grande partie la destruction des lamelles osseuses. Les parties résistantes de l'os diminuent chaque jour ; elles sont remplacées par cette masse molle gélatiniforme. Alors l'os n'offre plus de résistance, et l'on peut, comme je le fais sur ce tibia, le courber à volonté par le moindre effort. Cette matière est très-inégalement répandue sous le périoste ; elle est très-abondante au niveau de la concavité des os, et très-rare au contraire vers la convexité ; il semble que la tension du périoste sur leur convexité soit un obstacle à sa présence, et la fasse au contraire s'accumuler vers leurs parties concaves.

Le canal médullaire s'élargit aux dépens du tissu spongieux des extrémités, qui disparaît ; plus large à scs deux bouts et prolongé dans toute la diaphyse, il ressemble un peu au sablier. Il se produit parfois, dit M. Broca, un phénomène curieux. Certaines lamelles osseuses sont résorbées plus tôt que les autres dans le mouvement de composition et de décomposition des tissus, et il peut se faire que cette résorption circonscrive quelques parcelles osseuses, lesquelles sont ainsi isolées de toutes leurs connexions et constituent de petits séquestres libres au sein de la substance de la moelle. — M. J. Guérin a signalé ce fait sur les lamelles du tissu spongieux, et M. Broca l'a vu sur le tissu osseux de la diaphyse du tibia et de l'humérus. Sur ces os, la lamelle la plus interne du tissu compacte de la diaphyse était détachée dans une grande étendue et formait dans l'humérus un séquestre lamelliforme de 3 centimètres de long, et dans le tibia un séquestre tubuliforme de 4 centimètres. — Le séquestre de l'humérus était libre, et celui du tibia encore adhérent par quelques filaments flexibles prêts à se rompre. Ces séquestres étaient presque entièrement privés de sels calcaires ; leur structure était celle du tissu osseux, mais tout y était plus transparent qu'à l'état normal.

Troisième période, ou période d'éburnation des os. — Si la maladie se termine convenablement par la consolidation des os ramollis, ou, au contraire, si elle amène une désorganisation complète du tissu osseux, les altérations de l'os sont entièrement différentes. Dans le premier cas, l'infiltration plastique des cellules de l'os se transforme en tissu compacte et s'ossifie lentement ; il se forme dans le canal médullaire, dans le tissu de l'os et à son extérieur, un os nouveau qui remplace celui qui a été altéré, et qui prend peu à peu la forme naturelle de l'os détruit. Ce tissu ossifié, plus lourd que le tissu osseux normal, est d'autant plus dense qu'il est plus ancien ; il est blanc et nacré, très-compacte, et il ressemble à de l'ivoire ; d'où le nom d'éburnation donné à cette période de la maladie.

Malheureusement cette consolidation ne s'accomplit pas toujours ; il arrive quelquefois que le tissu spongoïde de nouvelle formation, après avoir écarté ou détruit les lamelles osseuses qui donnaient au vieil os toute sa consistance, reste lui-même souple et sans résistance, et ne présente aucun travail intérieur qui puisse faire croire à son ossification. C'est ce que, avec M. Guérin, j'appellerai consomption rachitique des os.

Vous le voyez, autant sur ces pièces que d'après les travaux étrangers que je mets à contribution, dans le rachitisme le tissu osseux est profondément altéré et raréfié. *L'infiltration des os par les substances calcaires ne s'effectue pas*, et les liquides épanchés sont entièrement dépourvus de ces matériaux.

Les analyses chimiques faites par un grand nombre de personnes sont d'ailleurs venues confirmer ces résultats, puisque les os rachitiques comparés aux ordinaires offrent des différences immenses dans les quantités de sels qu'ils contiennent, et notamment dans la quantité de phosphate de chaux. Les os rachitiques ne renferment qu'un tiers en poids de substances calcaires, et les deux autres tiers sont formés de matières animales. Dans l'état physiologique il y a, au contraire, une partie de matières animales pour deux de substances terreuses.

Le rachitisme n'a d'action que sur les os. Les dents, dont l'organisation est toute différente, ne participent pas au ramollissement général des os du squelette. Elles tombent quelquefois, mais leur chute est le résultat des modifications survenues dans les os maxillaires. Leur structure n'est jamais altérée par la maladie. Il n'y a que leur sortie des alvéoles qui se trouve retardée.

(*La suite au prochain numéro.*) L. du S.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Desmarres.

Conjonctivite purulente des nouveau-nés.

Il y a eu dans ces derniers temps une véritable épidémie de conjonctivites catarrhales et de conjonctivites purulentes chez les nouveau-nés. Pourquoi ces deux ophthalmies se produisent-elles ainsi tout à coup en masse à certaines époques, et disparaissent-elles ensuite pendant plusieurs mois ? Pourquoi tel sujet a-t-il l'ophthalmie catarrhale et tel autre l'ophthalmie purulente ? Il est impossible de le dire. La seule conséquence à déduire de ce fait, relativement à l'ophthalmie purulente, c'est qu'il faut reconnaître à celle-ci d'autres origines que les causes directes. On sait que M. Ricord pense, à l'exemple de Scarpa, de Dupuytren, de Mackensie et de plusieurs autres praticiens éminents, que chez le nouveau-né l'ophthalmie purulente est contractée au moment où la tête franchit le vagin infecté de gonorrhée ou de leucorrhée. Mais le contraire s'observe aussi très-souvent ; M. Desmarres a vu des femmes atteintes d'écoulement gonorrhéique, mettre au monde des enfants dont les yeux étaient et restaient parfaitement sains, tandis que d'autres enfants, nés de femmes qui n'avaient aucune espèce d'écoulement, présentaient, soit immédiatement, soit un peu plus tard, une ophthalmie purulente bien constatée.

Il y a donc ici quelque chose d'inconnu ; mais ce qui n'est pas douteux, c'est le caractère contagieux de cette affection une fois acquise. M. Desmarres a vu un enfant communiquer à sa mère une ophthalmie purulente datant de dix jours, et une nourrice perdre la vue après avoir pris la même affection sur l'enfant qu'elle allaitait. Ce chirurgien a failli lui-même être plusieurs fois victime de son zèle, et il a dû se faire cautériser après avoir reçu dans les yeux le flot de pus qui jaillit au moment où l'on entr'ouvre les paupières de ces petits malades.

Aussi, pour éviter les périls d'un examen devant lequel on ne doit pas reculer, faut-il prendre les précautions suivantes : il importe d'abord que l'enfant soit tenu entre les genoux par la mère ou par un aide, et que le chirurgien évite de se pencher dessus. Ce dernier saisit un élévateur plein, large tout au plus d'un centimètre, ou un fil de fer recuit, convenablement recourbé au moyen des doigts, et il introduit cet instrument sous la paupière supérieure. Cela fait, il essuie le pus au-dessous, mais il ne doit pas tirer à lui brusquement la paupière qui est œdématiée et douloureuse. Il convient aussi d'agir seulement dans l'intervalle des inspirations ; lorsque l'enfant a cessé de jeter un cri on ramène l'élévateur et on finit par affaisser la paupière de manière à découvrir l'œil ; ce que l'on ne peut faire de prime abord s'obtient ainsi en trois ou quatre inspirations ; si l'on n'a pas cette charité, les yeux sont perdus neuf fois sur dix.

Il est possible, au début, de méconnaître l'ophthalmie purulente. Néanmoins il est déjà quelques signes qui révèlent cette terrible affection. La surface de la paupière supérieure, gonflée à peine, offre quelquefois une petite ligne rouge transversalement étendue d'un angle à l'autre, et rompue d'abord dans son milieu ; puis le bord libre de la paupière commence à rougir, surtout du côté interne, et présente un gonflement qui va toujours croissant. Toutefois il n'y a point encore là de symptômes caractéristiques. Ce qui va lever tous les doutes, c'est la présence dans le grand angle d'une ou de deux gouttes d'un liquide citrin semblable à celui que l'on observe au début de la blennorrhagie. Ce liquide, peu abondant, est parfaitement limpide, sans flocons, et n'apparait que pendant quelques heures dans la première période. Bientôt il est remplacé par un liquide lactescent, trouble, blanc-bleuâtre, contenant une masse de petits flocons. On essuie l'œil, et ce liquide se reproduit au bout d'une demi-minute ; c'est là le cachet du second degré. Au troisième degré vous avez le pus de l'abcès bien lié et se recrutant avec la même rapidité et la même abondance. Ainsi, liquide citrin au premier degré ; liquide lactescent et purulent se reproduisant avec la plus grande activité aux second et troisième degrés, tels sont pour M. Desmarres les signes pathognomoniques de la conjonctivite purulente.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de cette affection. Quant au pronostic, tout le monde en connaît la gravité ; abordons de suite la question du traitement.

En fait d'ophthalmie purulente, M. Desmarres ne craint pas d'affirmer que, quel que soit le danger de cette maladie, le médecin n'est peut-être pas moins à craindre pour le malade, s'il fait intervenir d'une manière brutale et intempestive le nitrate d'argent.

Si à l'origine de l'ophthalmie on renverse la paupière supérieure et que l'on touche la muqueuse palpébrale loin de la cornée en évitant avec soin d'intéresser cette dernière membrane, il n'y a certes qu'avantage à agir ainsi, car on substitue alors à la plus dangereuse des inflammations une ophthalmie traumatique bénigne.

Mais si l'on applique largement le crayon, quand la purulence est déclarée, le gonflement considérable, et surtout sans avoir la certitude que la cornée n'a pas subi déjà un commencement de ramollissement, on s'expose à détruire l'œil en quelques heures. D'autres fois l'œil est conservé ; mais s'il existe des ulcérations, vous avez des taches inégales frangées à leurs bords, lesquelles sont produites par le dépôt du sel lunaire et obstruent plus tard le champ de la vision. M. Desmarres a vu avec M. Barth un enfant qui portait, à la suite d'un traitement de ce genre, des dépôts jaunâtres incrustés dans des exsudations plastiques et se détachant par écailles. Quand les ulcérations ont été profondes, ces dépôts ne disparaissent qu'à la faveur de l'abrasion.

En général, M. Desmarres n'emploie pas ici le crayon de nitrate d'argent ; il lui préfère la solution de ce sel.

Si la maladie est tout à fait au début, il fait instiller d'heure en heure entre les paupières un collyre ainsi composé :

Azotate d'argent. . . .	3 centigrammes.
Eau.	10 grammes.

Mais la plupart des enfants que nous voyons au dispensaire sont déjà arrivés au deuxième degré, si même ils ne l'ont pas dépassé. Un collyre faible serait alors insignifiant. Il faut sans délai recourir à la cautérisation, et la solution concentrée qui convient en pareil cas est celle-ci :

Azotate d'argent. . . .	8 grammes.
Eau distillée.	2 —

Un pinceau de blaireau chargé de ce liquide est promené sur toute la surface de la muqueuse, depuis le bord libre des paupières jusqu'au repli inclusivement.

Cependant, si bien que l'on fasse, il reste toujours après cette opération un excès de caustique dans les parties cautérisées, et ce caustique peut s'étendre à la cornée et devenir une cause secondaire de ramollissement de cette membrane. Pour éviter cet accident, M. Desmarres fait lancer sur la muqueuse, immédiatement après la cautérisation, un jet d'eau salée qui transforme à l'instant tout cet excès de nitrate d'argent en chlorure d'argent inoffensif. On cautérise ainsi de huit heures en huit heures pendant deux jours, puis on laisse un intervalle de vingt-quatre et même de quarante-huit heures entre chaque cautérisation.

Autrefois M. Desmarres faisait des scarifications sur la muqueuse palpébrale, après avoir cautérisé celle-ci, afin d'empêcher le gonflement passager qui suit l'emploi du caustique. C'était un bon moyen, mais ce chirurgien le remplace à son dispensaire par quelque chose de plus simple encore. Il essuie rudement les parties cautérisées avec un linge et provoque un écoulement de sang qui suffit pour prévenir toute réaction.

Maintenant, si la cornée commence à s'ulcérer ou à se ramollir,

(1) Ces planches sont gravées d'après le dessin publié par M. Broca.

fra-t-on cautériser? Non ; car dans ce cas la cautérisation, comme l'observation l'a démontré, ne saurait être que dangereuse. L'ophthalmie purulente, en effet, n'a plus d'action très-vive sur les membranes transparentes ; si vous arrêtez la sécrétion du pus, l'ulcération n'en marche pas moins, et il est certain que la cautérisation imprime alors plus de rapidité à la destruction des parties atteintes par le mal. C'est pourquoi il faut s'en abstenir. Des scarifications répétées, des purgatifs, un collyre à 60 centigrammes de sulfate d'alumine et de potasse pour 100 grammes d'eau injecté entre les paupières, afin de bien nettoyer l'œil : tels sont les moyens qu'il faut mettre en usage, si déjà il n'est pas trop tard pour compter sur leur influence et s'il n'est pas préférable, en raison du ramollissement de la cornée, de recourir à la compression.

Nous terminerons par quelques mots sur une pratique peu répandue, dont M. Desmarres lui-même n'a parlé d'abord qu'avec une grande réserve dans son *Traité des maladies des yeux*, mais dont il se montre franchement partisan depuis que l'expérience en a sanctionné les bons résultats. Il s'agit de l'établissement d'une sorte de pupille artificielle dans les cas les plus graves de l'ophthalmie purulente aiguë.

M. Desmarres s'inscrit en faux contre l'opinion généralement professée, que ce qu'il y a de plus à craindre dans l'ophthalmie purulente, c'est la perforation de la cornée. Il faut, du moins suivant lui, distinguer ici et dire que le danger dépend de la manière dont s'opère la perforation. Dans les conditions critiques auxquelles nous faisons allusion, la perforation excentrique de la cornée est sans aucun doute le mode de terminaison le plus désirable ; car, à partir de ce moment, le reste de l'œil est sauvé. Si, au contraire, la cornée tarde à s'ulcérer, elle est menacée dans sa totalité ; d'où il résulte que si l'on voit cette membrane perdre sa transparence, se prendre en masse et résister dans son ensemble, le mieux est d'imiter le travail de la nature et de pratiquer une perte de substance sur le point le plus favorable de la substance cornéale, c'est-à-dire en dehors et en haut.

M. Desmarres procède à cette petite opération à l'aide d'un emporte-pièce. Si l'iris s'engage dans l'ouverture qu'il a faite, il l'attire au dehors, il l'excise et en refoule le reste pour avoir une fistule bien établie qui permette à une certaine quantité de l'humeur aqueuse de s'écouler et prévienne ainsi la mortification de la cornée par compression. H. CHAILLON.

(*Journ. de méd. et de ch. pratique*).

APPLICATION DE LA DYNAMOSCOPIE A LA PHYSIOLOGIE ;

Par M. le docteur COLLONGUES.

D'après un grand nombre d'observations que nous publierons prochainement, et que nous avons prises dans tous les états physiologiques, nous sommes arrivé à fonder les conclusions suivantes :

BOURDONNEMENT ET PETILLEMENT.

Bourdonnement. — Chez l'homme, la femme, le vieillard, l'enfant, le bourdonnement est un fait constant et général.

On l'entend à la tête, où il est perçu tantôt sur un point, tantôt sur un autre ; au cou, où il est distingué du bruit de l'air qui traverse la trachée-artère et des battements des carotides ; il est marqué à la poitrine par le murmure respiratoire et les battements du cœur ; à la région abdominale, il est tantôt perçu, tantôt il ne l'est pas ; aux membres supérieurs et inférieurs, on l'entend presque toujours distinctement.

Aux doigts des pieds, le bourdonnement n'est presque jamais entendu.

A l'extrémité des doigts des mains, il est plus évident que partout ailleurs et toujours distinct.

C'est aussi d'après ce lieu d'élection, que nous avons conclu tous nos résultats d'auscultation.

Au-dessous de trois ans, le bourdonnement n'est souvent pas entendu à l'extrémité des doigts avec notre instrument. Le lieu d'élection est ici, par exception, l'hypocondre droit, le dos, et en particulier la région lombaire.

Sur les enfants de quatre ans, on n'entend bien le bourdonnement qu'en réunissant plusieurs de leurs doigts dans le godet du dynamoscope.

Le bourdonnement, chez le même individu, a le même timbre partout ; il est seulement plus ou moins profond, plus ou moins distinct, suivant les régions que l'expérience détermine, et nous pouvons établir l'ordre suivant : l'extrémité des doigts de la main, la paume des mains, les coudes, les avant-bras, les jambes, les bras, les cuisses, la tête, le cou, la poitrine, la région abdominale.

Quelquefois le bourdonnement est plus fort, plus distinct, et moins doux d'un côté que de l'autre : c'est ordinairement le côté droit.

Tempéraments ; constitutions ; saisons, climats. — Le bourdonnement a des différences marquées.

Age. — Chez l'enfant au-dessous de treize ans, le bourdonnement est très-doux, petit, rapide, continu, égal, régulier. On peut l'appeler bourdonnement *puéril*.

Chez les adultes, le bourdonnement est doux, ni lent, ni rapide, continu, égal, régulier.

Chez les vieillards, le bourdonnement est fort, dur, très-souvent rapide, continu, égal, régulier. On peut l'appeler bourdonnement *sénile*.

Chez les vieillards, la différence des deux côtés est moins sensible que chez les adultes.

Sexe. — Chez l'homme adulte, le bourdonnement est doux, quelquefois rude, ni lent, ni rapide, continu, égal, régulier. On peut le désigner sous le nom de bourdonnement *masculin*.

Chez la femme, le bourdonnement est moelleux, ni lent, ni rapide, continu, égal, régulier : c'est le bourdonnement *féminin*.

Veille et sommeil. — Le bourdonnement, qui, à l'état de veille, est doux, superficiel, continu, égal, régulier, devient profond, très-doux, petit, continu, égal, régulier, dans l'état de sommeil.

Repos et exercice. — Le bourdonnement est moins doux, plus développé, plus rapide, après un exercice que pendant l'état de repos. Cette espèce de bourdonnement peut être nommé *bourdonnement roulant*.

État de grossesse. — Après le cinquième mois de la grossesse, le bourdonnement devient rude, fort et lent ; il reste continu, égal et régulier.

Chaque espèce d'animal a un bourdonnement différent et caractérisant l'espèce.

Petillement. — Chez l'homme, la femme, le vieillard, l'enfant, le petillement n'est entendu qu'à l'extrémité des doigts, de la main et du pied.

Chez les enfants au-dessous de quatre ans, le petillement n'est entendu nulle part.

Le petillement n'est pas égal en nombre, à droite et à gauche, dans un temps donné.

Il n'est pas isochrone entre les doigts des deux mains.

Les caractères du petillement sont : irrégulier, non continu, inégal, tantôt fréquent, tantôt rare. Il est fort, faible, bas, élevé, éclatant, simple, doux, triple, multiple.

Les enfants au-dessus de quatre ans ont des petillements plus nombreux, dans un temps donné, que les femmes, les hommes adultes, les vieillards ; les femmes plus que les hommes adultes et les vieillards ; et les hommes adultes plus que les vieillards.

Les tempéraments nerveux sont très-remarquables par la fréquence du petillement.

Le petillement est plus petit, plus bas, plus rare dans le sommeil que dans la veille.

Après un exercice quelconque, le petillement est plus fort, plus fréquent.

Le petillement chez la femme enceinte n'offre rien de particulier.

Le petillement dans les temps d'orage est beaucoup plus fréquent que dans les temps calmes, chez le même individu.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juillet 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Bonard, sur une épidémie d'angines couenneuses qui a régné en 1856 dans la commune de Tigué ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Finistère en 1857 (commission des épidémies) ;

3° Un rapport de M. le docteur Millet sur le service médical des eaux minérales de Montmirail (Vaucluse), pendant l'année 1856. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. L. Figuier prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

— MM. les docteurs Fonssagrives (de Cherbourg), Zandick (de Dunkerque), Eugène Marchand (de Fécamp), Martin-Duclaux (de Sainte-Julia), Millon (de Revel), sollicitent le titre de membres correspondants.

— M. le docteur Laforêt (de Lavit) adresse une note sur la variole et la vaccine. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Tarsitani (de Naples) adresse une note sur un nouveau forceps-céphalotribe. (Commissaires, MM. Moreau et Depaul.)

— M. le docteur Brouillet communique un relevé de tous les cas de médecine légale qui se sont produits dans le canton de Guspolsheim pendant l'année 1857. (Commissaire, M. Devergie.)

— M. le docteur Mavel envoie un travail intitulé *Essai sur la topographie médicale d'Ambert (Puy-de-Dôme)*. (Commission des épidémies).

— M. BARTH, à l'occasion de la correspondance, dépose sur le bureau :

1° Deux observations relatives à la transmission et à la production spontanée du muguet, par M. le docteur Sirus-Pirondi, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille ;

2° Une note de M. le docteur Collongues sur l'application de la dynamoscopie à la physiologie. M. Barth expose en peu de mots l'objet de cette dernière communication. (Voir plus haut.)

— M. GIBERT fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Prosper Yvaren, de la traduction des *Epidémies et Ephémérides de Guillaume Baillou*.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. le docteur Servicen, président de la Société de médecine de Constantinople, est présent à la séance.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. PATISSIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur une réclamation de M. le docteur Lagasquié, et sur la nécessité d'une mesure d'ordre pour rendre l'administration des sources minérales plus profitable à l'humanité et à la thérapeutique.

« L'Académie, dit M. le rapporteur, ne doit pas se lasser d'en appeler avec insistance à la haute et bienveillante sollicitude du gouvernement pour obtenir la réforme de l'ordonnance du 18 juin 1823, et la promulgation d'un nouveau règlement général qui protége à la fois la santé des valétudinaires et les besoins de la science hydrologique.

» Convaincu de la légitimité de la réclamation de M. le docteur Lagasquié, ainsi que des plaintes réitérées de plusieurs autres médecins inspecteurs, la commission estime qu'une mesure d'ordre est indispensable. En conséquence, elle propose d'inviter M. le ministre à insérer dans le futur règlement administratif concernant les sources minérales, une clause conçue à peu près en ces termes :

Nul ne sera admis à faire une cure dans les thermes, s'il ne s'est présenté devant le médecin inspecteur titulaire ou adjoint, ou s'il n'est muni d'une ordonnance émanant d'un médecin éloigné ou résidant dans la station balnéaire. (L'Académie adopte.)

Formation de la matière glycogène. — M. POGGIALE, au nom d'une commission composée de MM. Longet, Bouley et Poggiale, rapporteur, lit un rapport sur la formation de la matière glycogène dans l'économie animale, à l'occasion des diverses communications faites sur ce sujet à l'Académie dans le courant de l'année 1857, par M. Sanson.

Dans un mémoire sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie, lu à l'Académie des sciences en mars 1857, M. Cl. Bernard annonçait l'existence d'une substance particulière qu'il désignait sous le nom de *matière glycogène* ; matière se changeant facilement en sucre en présence des ferments, et qui serait formée par le foie à l'état physiologique. D'après les expériences consignées dans ce mémoire, M. Bernard admettait « que le foie des chiens nourris exclusivement avec de la viande, possède la propriété spéciale et exclusive à tout autre organe du corps de créer une matière glycogène analogue à l'amidon végétal, et pouvant, comme lui, se transformer ultérieurement en sucre, en passant par un état intermédiaire à celui de la dextrine. » Chez les herbivores, la matière glycogène se produirait également dans le foie, mais ce physiologiste ne met pas en doute qu'elle ne se forme aussi aux dépens des matières amylacées. Elle aurait par conséquent chez ces animaux une source permanente dans le foie, et une source intermittente dans les aliments amylacés.

Bien que cette découverte ait été accueillie avec le plus vif intérêt par le monde savant, cependant les conclusions de M. Bernard ne furent pas acceptées par tout le monde. Le 25 mai 1857, M. Sanson (de Toulouse), dans un mémoire sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, adressé à l'Académie de médecine, essayait de prouver qu'il existe dans le sang de la circulation générale et dans celui de la circulation abdominale, ainsi que dans le tissu des principaux organes de l'économie, une matière analogue à la dextrine, pouvant se convertir en glycose sous l'influence de la diastase. La dextrine du sang aurait sa source, chez les animaux herbivores, dans l'action de la salive sur les principes amylacés des aliments, et, chez les animaux carnivores, dans la viande dont ils se nourrissent, où elle se rencontre toute formée. Enfin le foie ne sécréterait dans aucun cas ni sucre ni matière glycogène.

Les expériences qui forment le sujet de ce premier mémoire ont été faites sur de grands herbivores, et diffèrent par conséquent en cela de celles de M. Bernard, qui ont été pratiquées sur des chiens nourris avec de la viande.

Enfin, dans de nouvelles notes ultérieures, M Sanson a rapporté de nouvelles expériences, qui confirment les conclusions de son premier mémoire.

C'est sur l'ensemble de ces travaux que porte le rapport de M. Poggiale.

La commission s'est livrée elle-même à de nombreuses expériences, et elle croit être parvenue, sinon à fixer définitivement les lois de la glycogénie animale, du moins à dévoiler certaines causes d'erreurs dues aux procédés employés et à donner à la glycogénie un caractère de simplicité que les expériences faites dans ces derniers temps lui ont enlevé.

Voici quel a été le programme des recherches de la commission :

Quel est le procédé qu'il convient d'employer pour l'extraction de la matière glycogène?

Quelle est la nature de cette substance ?

La trouve-t-on chez les carnivores dans d'autres organes que le foie?

D'où vient la matière glycogène qui existe constamment dans le foie?

Est-elle formée exclusivement par le foie, ou bien a-t-elle sa source dans les matières amylacées des aliments?

Existe-t-elle dans tous les organes des herbivores, et quelle est l'influence de l'alimentation sur la production de cette matière ?

Telles sont les questions qu'examine successivement le rapport.

Il nous serait impossible de suivre ici les développements dans lesquels entre M. le rapporteur sur ces divers points. Nous nous bornerons à indiquer les principales solutions qu'il donne sur chacun.

Après avoir rappelé le premier procédé employé par M. Bernard pour l'extraction de la matière glycogène, M. le rapporteur y signale en ces termes une cause d'erreurs. Lorsqu'on fait réagir la potasse caustique bouillante sur des substances albuminoïdes, dit-il, il se produit une petite quantité de matière qui se transforme en sucre en présence de l'acide sulfurique, et qui, après cette conversion, fermente et réduit la dissolution de tartrate de cuivre dans la potasse. Le procédé de purification de la matière glycogène exigeant l'emploi de la potasse caustique dans le premier procédé de M. Bernard, on comprend les dissidences qu'on remarque dans les résultats obtenus par ce physiologiste et ceux qu'a publiés M. Sanson.

M. Bernard, voulant éviter l'emploi des agents énergiques, poursuit M. le rapporteur, a imaginé un moyen très-simple de séparer la matière glycogène. Il consiste à verser un grand excès d'acide acétique cristallisable dans une décoction très-concentrée et filtrée de l'organe (foie, muscles) que l'on veut examiner. Aussitôt il s'en sépare un précipité blanchâtre, qui est de la matière glycogène, les substances albuminoïdes étant solubles dans l'acide acétique. Lorsque les organes ne contiennent pas de matière glycogène, l'acide acétique ne donne lieu à aucun précipité appréciable. La substance blanche qui se dépose dans l'acide acétique cristallisable possède tous les caractères de la matière glycogène ; ainsi mêlée avec la salive, elle se transforme immédiatement en sucre, et la liqueur transparente que l'on obtient possède la propriété de fermenter et de réduire les solutions de cuivre.

Ce procédé présente des avantages incontestables ; il permet de reconnaître facilement et en quelques minutes si les différents tissus de l'organisme contiennent ou non de la matière glycogène. L'acide acéti-

que ne détruit pas les substances albuminoïdes, et n'expose pas l'observateur à former lui-même le corps qu'il cherche. C'est ce procédé que la commission a suivi dans ses expériences.

La composition et les caractères de la matière glycogène la rangent dans le groupe des substances ternaires, telles que la cellulose, l'amidon et la dextrine. Elle est représentée par la formule suivante : $C^{12}H^{12}O^{12}$.

Cette matière ne réduit pas la liqueur cupro-potassique et ne fermente pas sous l'influence de la levûre de bière; mais si on la fait bouillir avec les acides minéraux étendus d'eau, si on la met en contact avec la diastase et la salive, etc., elle se transforme en sucre, et acquiert alors la propriété de fermenter et de réduire les sels de cuivre.

L'ensemble de ses propriétés la place entre l'amidon et la dextrine.

Il résulte des nombreuses expériences faites par la commission et de celles que M. Sanson a répétées sous ses yeux, et dont les détails sont sommairement exposés dans le rapport, que la matière glycogène que l'on rencontre si abondamment dans le foie n'est pas fournie par les aliments chez les animaux carnivores; que la viande de bœuf et de mouton et la chair de lapin ne contiennent pas normalement de matière glycogène.

En résumé, se fondant sur les expériences exposées dans ce rapport, M. le rapporteur soumet à l'approbation de l'Académie les conclusions suivantes :

1° La séparation de la matière glycogène à l'aide de l'acide acétique cristallisable, est préférable au procédé primitivement employé.

2° Une décoction concentrée de foie, de chair musculaire, etc., mêlée avec de la salive et chauffée doucement, fermente, en présence de la levûre de bière, si elle contient de la matière glycogène. On doit s'assurer préalablement qu'elle ne renferme pas de sucre.

3° Les propriétés de la matière glycogène semblent la placer entre l'amidon et la dextrine.

4° Lorsqu'on agit sur des chiens nourris constamment avec de la viande, la matière glycogène ne se rencontre que dans le foie. Dans l'état actuel de la science, et sans se prononcer sur la question de doctrine, on est donc obligé d'admettre que, chez les carnivores, cette substance se produit dans le foie, et qu'elle ne se forme pas dans les tissus de l'économie.

5° La matière glycogène se rencontre abondamment dans le foie des herbivores; on ne la trouve dans les autres organes de l'économie que lorsque ces animaux sont nourris avec des aliments riches en substances amylacées.

6° Dans un très-grand nombre d'expériences, nous n'avons constaté qu'une fois la présence de la matière glycogène dans la viande de boucherie. Dans d'autres expériences, nous l'avons trouvée constamment dans la chair musculaire des chevaux bien portants. Mais ce fait intéressant, qui est dû aux recherches de M. Sanson, ne prouve pas que la matière glycogène soit toujours fournie par les aliments.

7° Enfin la commission propose d'adresser des remercîments à M. Sanson, et de déposer ses mémoires dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer. — M. F. BOUDET lit en son nom et au nom de MM. Bouchardat et Depaul, un rapport sur un mémoire de M. E. Robiquet, intitulé : *De l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer.*

M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

« Le but des recherches dont nous avons à rendre compte à l'Académie était d'obtenir une nouvelle combinaison soluble du fer associé à celui des acides du phosphore qui semble le mieux répondre aux indications de la thérapeutique. M. Persoz, dès l'année 1847, avait déjà indiqué quel heureux parti la médecine pouvait tirer de l'emploi du pyrophosphate de fer et de soude, sel parfaitement soluble dans l'eau et n'ayant nullement la saveur d'encre des composés ferrugineux; malheureusement cette combinaison contient une trop petite proportion de fer, et ne peut être employée qu'à l'état de dissolution dans l'eau contenant une énorme proportion de pyrophosphate de soude.

» En 1851, M. Greenish, pharmacien anglais, eut l'idée de dissoudre le phosphate de fer dans l'acide méta-phosphorique étendu d'eau, mais cette modification ne fut pas adoptée et ne devait pas l'être, car cet acide est trop corrosif et précipite l'albumine. M. Robiquet a réussi à tourner la difficulté en dissolvant le phosphate de fer dans une solution chaude et concentrée de citrate d'ammoniaque : ainsi obtenue, cette nouvelle combinaison ferrugineuse se présente sous forme d'écailles d'un jaune légèrement verdâtre, parfaitement soluble dans l'eau et sans aucune saveur. L'auteur a désigné son sel sous le nom de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal. Il contient pour cent 19,283 de fer métallique.

» M. Robiquet annonce dans son mémoire que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal est soluble en toutes proportions dans l'eau; que cette dissolution se conserve sans altération et ne présente aucune saveur désagréable; enfin, que le fer y est chimiquement dissimulé et que, comme médicament, il peut être employé sous forme de dragées ou de sirop que les malades prennent sans répugnance. (Les dragées de M. Robiquet contiennent chacune 10 centigr. de pyrophosphate de fer, et son sirop ferrugineux 1 pour 100 du même sel.)

» La commission a reconnu l'exactitude de ces faits.

» Voyons maintenant quels sont les avantages particuliers que le pyrophosphate de fer présente au point de vue thérapeutique.

» Son efficacité n'est pas douteuse; elle est la conséquence naturelle de sa composition, et d'ailleurs elle a été constatée par l'un des membres de la commission et par M. le docteur Vigla dans un grand nombre d'observations. Ce qui est certain, c'est que les malades les plus délicats l'emploient sans répugnance, et que l'estomac le supporte facilement. Pouvant être obtenu à l'état solide, il est d'une application plus commode, et se prête mieux aux diverses formes médicamenteuses que le pyrophosphate de soude et de fer, qui ne peut être employé qu'à l'état de dissolution aqueuse.

» En résumé, la commission estime :

» 1° Que le mérite d'avoir découvert dans le pyrophosphate de soude un dissolvant du phosphate de fer appartient à M. Persoz;

» 2° Que M. Robiquet a montré le premier que le citrate d'ammoniaque dissout parfaitement le pyrophosphate de fer, et forme ainsi une combinaison dans laquelle les propriétés caractéristiques de la base sont dissimulées. En même temps, il a ajouté un nouveau composé à la classe des médicaments ferrugineux.

» La commission a l'honneur de proposer à l'Académie de remercier M. Robiquet de sa communication. »

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

LECTURE.

État nerveux. — M. BOUCHUT lit le résumé d'un mémoire intitulé *De l'état nerveux considéré dans sa forme aiguë et chronique.* (Le mémoire original est déposé sur le bureau.)

Ce mémoire, dit l'auteur, a pour but de faire connaître les caractères étiologiques et symptomatiques d'une névrose générale, continue ou rémittente, encore peu étudiée, et que caractérisent de nombreux troubles erratiques et variables de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement et des principales fonctions de l'organisme. Il repose sur quarante-trois observations inédites ou empruntées à de vieux ouvrages et aux recueils périodiques.

Tous les individus nerveux, dit M. Bouchut, ne sont pas nécessairement, comme on a trop de tendance à le croire, des hystériques ou des hypochondriaques. Il y a une autre disposition maladive dans laquelle l'état nerveux joue également le principal rôle sous une forme différente, et où l'on peut constater un plus ou moins grand nombre de troubles de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement et des principales fonctions organiques, sans altération appréciable de la structure des tissus. C'est une névrose distincte de celles qui viennent d'être signalées, et qui mérite d'être l'objet d'une étude spéciale. C'est ce qui a été désigné par divers auteurs sous les noms divers de *cachexie nerveuse, marasme ou état nerveux, fièvre nerveuse, affection vaporeuse, névropathie, diathèse nerveuse*, etc. L'auteur la désigne dans le cours de son travail sous le nom de *nervosisme.*

M. Bouchut s'est surtout proposé, dans ce travail, de démontrer que cet état, confondu tantôt avec l'hystérie, tantôt avec l'hypochondrie, puis avec la gastrite chronique, la gastralgie, la chlorose, la dyspepsie, l'aliénation mentale, etc., est cependant bien distinct de ces maladies.

Après avoir comparé tous les faits de ce genre rapportés dans les auteurs avec ceux que lui a fournis la clinique, il est impossible de ne pas être frappé, dit-il, de leurs caractères génériques et de leur apparence de famille caractérisant une identité de nature voilée par la multiplicité des formes et des effets morbides. Plus on y réfléchit, et plus on trouve que dans les névroses mixtes, c'est-à-dire composées par l'association de troubles nerveux multiples, comme l'hystérie et l'hypochondrie, il y a une névrose générale distincte des deux autres, et méritant une place dans la nosographie. Voici les principaux caractères que M. Bouchut lui assigne :

Le nervosisme, ou névrose générale, continue ou rémittente, se présente sous deux formes, à l'état aigu et à l'état chronique. La première, infiniment plus rare que l'autre, est toujours accompagnée de fièvre et produit rapidement les plus graves désordres. La seconde se prolonge sans fièvre pendant des mois ou des années, et il faut que l'état général s'aggrave beaucoup pour que survienne l'état fébrile et ses fâcheuses conséquences de marasme ou de consomption.

Les causes du nervosisme, extrêmement nombreuses et variées, sont prédisposantes et occasionnelles. On voit au-dessus de toutes et peut-être comme influence générale primitive, l'affaiblissement de l'organisme, l'anémie, la chlorose ou la chloro-anémie caractérisées par la pâleur des tissus, les palpitations cardiaques et artérielles, et le bruit de souffle simple ou continu des grandes artères. Chez quelques malades l'anémie est réellement antérieure au développement des accidents nerveux, mais dans le plus grand nombre de cas l'altération du sang est secondaire et ajoute son influence à celles des causes physiques et morales de la maladie.

M. Bouchut distingue le nervosisme en aigu et chronique, chacun de ces modes pouvant être primitif ou secondaire.

Le nervosisme aigu ou primitif succède aux grandes fatigues et aux grandes perturbations morales qui ébranlent l'organisme, et il débute avec une grande intensité par de la fièvre, de la dyspepsie secondairement suivie d'un plus ou moins grand nombre d'autres troubles nerveux fonctionnels.

Le nervosisme aigu secondaire débute dans la convalescence d'une maladie aiguë ou dans le cours d'une phlegmasie chronique mal traitée, etc., par des phénomènes semblables associés à quelques autres symptômes dépendant de la maladie puerpérale.

Le nervosisme chronique est beaucoup plus souvent secondaire que primitif. Il se développe d'une manière progressive et offre deux degrés qui résultent de son intensité, etc.

Dans cette forme les malades arrivent par degrés à un état de souffrance très vive, caractérisée par de l'agacement, une grande irritabilité d'humeur et de caractère, la perversion des sentiments instinctifs, l'exaltation du cœur, de l'intelligence et du langage; la tristesse, la mélancolie, ou, au contraire, une gaieté folle, presque déraisonnable.

Ils dorment mal, et leur sommeil est agité par des rêves. Leur faiblesse musculaire est excessive; cependant, le danger, le plaisir ou le dévouement leur donnent l'occasion de déployer une activité musculaire incroyable.

Ils se plaignent de malaises, d'horripilations, de froid ou de chaud superficiel, de douleurs vagues, circonscrites ou congéniales, quelquefois de névralgies superficielles ou profondes, extrêmement pénibles. Leur tête, lourde, incertaine, se fatigue au moindre exercice intellectuel; il y a des étourdissements, des vertiges, des défaillances, des syncopes, et les organes du toucher, de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat présentent de nombreux troubles fonctionnels variant de l'excitation à la paralysie.

Les fonctions digestives sont languissantes ou fortement dérangées dans leur exercice par la gastralgie, les flatuosités, les vomissements, la constipation, et plus rarement la diarrhée. Les poumons fonctionnent mal, et quelquefois s'altèrent dans leur structure; il y a de la toux, des spasmes, des étouffements qui préludent à l'apparition d'une nosorganie. Le cœur et les artères battent avec plus de fréquence que dans l'état normal, et donnent lieu à des palpitations incommodes. Enfin, le sang, d'abord amoindri dans sa masse, s'altère dans ses éléments, et il en résulte un état de chloro-anémie de plus en plus prononcé, qui aggrave chaque jour la situation des malades, et donne plus d'intensité aux troubles du système nerveux. L'amaigrissement se prononce, et, chez les nervosiques qui ne mangent pas, l'existence est un problème pour ceux qui les suivent. Ils tombent dans ce que l'on a appelé *marasme nerveux*, et l'hypochondrie la plus noire vient souvent compliquer la situation.

On se demande comment ils peuvent lutter contre de pareilles souffrances, et cependant leur vie, devenue un martyre, se prolonge des mois ou des années sans offrir de réels instants de calme et de repos. Quelques nervosiques guérissent lorsqu'ils sont traités d'une manière convenable, mais la plupart succombent à l'épuisement nerveux de la douleur ou à des maladies chroniques secondaires.

Chez les malades qui succombent à la suite du nervosisme aigu ou chronique sans aucune complication organique, la nécropsie ne fait découvrir aucune altération matérielle capable de rendre compte des désordres observés pendant la vie.

Mais si l'absence d'altérations cadavériques démontre que le nervosisme n'a pas de base matérielle solide dans l'organisme, il n'en faut pas conclure qu'il existe sans trouble organique. Son point de départ est souvent une altération de composition du sang.

Comme toutes les maladies générales, le nervosisme est une maladie grave, autant par la multiplicité des souffrances que par sa longue durée, sa résistance aux remèdes, et les dangers qu'il fait courir aux malades. C'est presque une diathèse. Sa gravité diffère beaucoup, d'ailleurs, dans l'état aigu et dans l'état chronique, dans la forme primitive et dans la forme secondaire.

Dans le nervosisme, plus que dans toute autre maladie, la recherche des causes premières doit être faite avec le plus grand soin. Ce qu'une impression morale produit de troubles fonctionnels peut être enlevé par une impression de même ordre ayant une origine différente, tandis que l'effet des causes physiques plus durable ne disparaît ou ne s'enlève que par des moyens d'une autre nature. Cette analyse est indispensable pour établir d'une façon satisfaisante les indications curatives, et il en résulte ce qui suit :

1° La nécessité d'un traitement hygiénique et moral;

2° L'indication de combattre les états morbides ayant donné naissance au nervosisme, et comprenant la chlorose, l'anémie, la pléthore, la syphilis, les entozoaires, les maladies organiques, etc.;

3° L'indication d'un traitement tonique destiné à fortifier l'organisme primitivement ou secondairement affaibli par les troubles du système nerveux;

4° L'indication d'un traitement des troubles fonctionnels, en particulier par des moyens ayant sur eux une action spéciale;

5° Enfin, l'indication de combattre les complications organiques qui peuvent se développer.

Les détails de ces indications pratiques et les différentes questions qui s'y rattachent sont traités avec tous les développements nécessaires dans le mémoire original déposé sur le bureau de l'Académie.

Le travail de M. Bouchut est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Baillarger, Jolly et Gibert.

— La séance est levée à cinq heures.

Par décision du 11 juillet, MM. Hubin et Ceccadi, médecins principaux, ont été promus au grade de médecins inspecteurs, en remplacement de MM. Bégin et Guyon, admis à la retraite.

Il est à propos d'entretenir des relations de bon voisinage, surtout avec des gens qui le méritent; aussi, dès que l'*Univers illustré* a manifesté l'intention de s'établir auprès de nous, nous lui avons fait le plus favorable accueil. Le monde médical n'est pas étranger à la littérature et aux beaux-arts, et la *Gazette des Hôpitaux* s'est hâtée de lui annoncer l'apparition d'un journal qui, en offrant à profusion des nouvelles, des articles de variétés, de magnifiques gravures, réservait toutefois une assez grande part aux sciences. L'*Univers illustré* n'a pas démenti la confiance que nous avions dans sa valeur et dans sa prospérité; il est allé même au delà de nos espérances. Que de variété dans le texte, que de profusion dans les vignettes! La chronique de l'*Univers illustré* nous a montré jusque dans les détails le mouvement intellectuel de la France.

Avec l'*Univers*, nous avons voyagé en Chine, à Venise, dans l'Inde, en Allemagne, en Turquie, nous avons exploré les musées et les galeries particulières de l'Europe. De gracieux conteurs nous ont intéressés par leurs récits; les portes des palais nous ont été ouvertes, tandis que, d'autre part, un de nos collaborateurs même nous initiait aux découvertes scientifiques à mesure qu'elles se produisaient.

Beaucoup de nos abonnés nous demandent s'il est possible que l'*Univers illustré* persiste dans sa voie, réalise constamment ses promesses, et continue à livrer au public, à un prix d'une modicité extraordinaire, d'aussi admirables gravures, un texte imprimé avec tant de luxe typographique? En notre qualité de voisin, nous sommes un peu dans la confidence de notre confrère, et nous pouvons affirmer que, loin de péricliter, il ménage à ses lecteurs de nouvelles surprises. Son succès lui en fournira les moyens. Un de ses numéros, tiré à un seul exemplaire, occasionnerait une dépense matérielle de plus de deux mille francs. Si le tirage atteint dix mille, les frais se répartissent et diminuent dans une proportion importante.

Qu'est-ce donc quand un journal peut, comme celui-ci, compter sur cent mille souscripteurs? Nous sommes donc en mesure de rassurer nos lecteurs sur l'avenir de l'*Univers illustré*; il n'est pas de ceux qui dégénèrent, et il n'oubliera jamais que le succès n'oblige pas moins que la noblesse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Souvenirs historiques militaires et médicaux de l'armée d'Orient; par M. le docteur F. QUESNOY, médecin-major au 4e régiment des voltigeurs de la garde, officier de la Légion d'honneur. Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50 c. franc de port. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Études ophthalmiques, par M. le docteur RIVAUD-LANDRAU, oculiste à Lyon. Brochure in-8°. — A Paris, dans toutes les librairies médicales.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 83. — SAMEDI 17 JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 83. — SAMEDI 17 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JUILLET 1858.

DE LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE sur la fièvre puerpérale (1).

On a vu dans l'article précédent comment la doctrine des localisateurs, séduisante par sa simplicité, et qui tout d'abord semblait satisfaire à toutes les exigences de l'esprit tant qu'il ne s'était agi que de rattacher les faits les plus simples et les plus communs aux conditions naturelles de l'accouchement, devenait insuffisante et contradictoire à elle-même dès qu'on la mettait en face de tous les faits. Voyons maintenant en quoi consiste celle de leurs antagonistes. Exposer en peu de mots le système des essentialistes, ce sera du même coup compléter par l'opposition et le contraste l'appréciation de la doctrine localisatrice, et nous fournir les éléments d'une appréciation plus générale et plus complète de l'ensemble de toutes les opinions qui ont été émises sur ce grave sujet.

Bien qu'entre les partisans de l'essentialité il y ait à constater quelques dissidences, comme elles ne portent pas précisément sur le point de doctrine qui nous occupe, nous pouvons les négliger ici sans inconvénient, et considérer les opinions de MM. P. Dubois, Danyau, Depaul, comme constituant un système parfaitement homogène.

En effet, que voyons-nous en substance dans les discours de ces trois honorables membres ?

M. P. Dubois commence par établir une distinction fondamentale entre deux groupes de phénomènes morbides auxquels sont exposés, à de certaines époques, les nouvelles accouchées. Le premier groupe comprend cet ensemble de phénomènes morbides à prédominance bilieuse qui se manifestent, en général, vers l'époque de l'établissement de la sécrétion lactée, et que l'on désigne communément sous le nom d'embarras gastrique; et les phlegmasies diverses, métrites, métro-péritonites, ovarites, etc., lesquelles, ordinairement limitées, peuvent prendre exceptionnellement un développement considérable, et par conséquent dangereux, mais qui ne constituent point, même alors, à ses yeux la fièvre puerpérale.

Le second groupe, qui est seul pour M. Dubois la fièvre puerpérale proprement dite, consiste en un état morbide différent des deux précédents, non-seulement par l'intensité beaucoup plus grande de tous les symptômes, mais par le mode et l'époque de l'invasion, par quelques caractères spéciaux qu'on ne trouve point dans les deux ordres d'affections du groupe précédent, par le défaut de rapport entre l'intensité de l'état fébrile général et les phlegmasies locales, dont il n'existe même pas toujours de traces; enfin, par sa gravité excessive et sa terminaison presque constamment mortelle. Cependant, M. Dubois ne dissimule pas la difficulté d'établir une limite précise entre ces deux ordres de faits. « Ne se pourrait-il pas, dit-il, qu'en dépit de la distinction que j'ai voulu établir, le groupe de symptômes que j'ai exclusivement désigné par l'expression de fièvre puerpérale, ne comprit, en réalité, que des faits analogues à ceux du premier groupe, et n'en différât que par un développement plus considérable des phénomènes inflammatoires et par le danger plus grand qui en résulte? » M. Dubois va, comme on le voit, au-devant de cette objection.

Il accorde sans peine que des cas appartenant d'abord au premier groupe par leur apparence et par leur intensité modérée, peuvent prendre plus tard un caractère et un développement inflammatoires tels, qu'ils équivalent par leur gravité et par leurs résultats à des cas de fièvre puerpérale primitive. Mais on peut assurer, ajoute-t-il, que, si ce n'est dans leur période ultime où tout se confond, la maladie inflammatoire présente, dans ce cas, la physionomie qui lui est propre. Nous verrons plus loin que sous l'influence des conditions qui élèvent la maladie à sa plus haute puissance, cette physionomie qui rattache encore certains cas de fièvre puerpérale au premier groupe établi par M. Dubois, peut s'effacer et disparaître sans que la maladie ait pour cela changé foncièrement de nature. Mais poursuivons notre analyse.

« Si ce n'est pas l'étendue et l'intensité de l'inflammation qui fait le caractère distinctif du groupe de symptômes qui me paraît constituer la fièvre puerpérale, qu'est-ce donc ? » poursuit M. Dubois. Et il déclare tout de suite ne croire ni à l'infection purulente, parce que les suppurations étendues, et surtout disséminées, lui paraissent être déjà un effet et non point une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de fièvre puerpérale mortelle sans aucune trace apparente de suppuration, sont assez nombreux pour autoriser cette opinion. Il croit moins encore, et pour des motifs analogues, à l'infection putride comme cause de la fièvre puerpérale.

En cet état de choses, M. Dubois admet que la fièvre puerpérale est le résultat d'une altération primitive du sang par une cause encore inconnue.

Nous nous sommes un peu étendu sur l'énoncé de l'opinion de M. Dubois, d'abord à cause de son importance et du poids que lui donnent la grande autorité et la grande expérience de ce professeur, et en second lieu parce qu'elle comprend et résume celle de ses deux amis scientifiques, MM. Danyau et Depaul.

En effet, M. Depaul, qui dans ses deux discours est entré sur ce sujet dans de grands développements, reconnaît comme son maître que la fièvre puerpérale est une fièvre essentielle; il en tire la preuve de la nature épidémique de la maladie, de l'influence du milieu sur son développement, de son apparition sur des femmes enceintes, avant ou pendant le travail de l'accouchement, sur des fœtus encore renfermés dans le sein maternel, même sur des sujets en dehors de l'état puerpéral; sur la transmissibilité de la maladie par voie d'infection et de contagion; enfin et surtout sur l'existence d'une altération spéciale du sang, qu'il ne s'est pas borné à supposer, mais dont il a indiqué quelques caractères. — Nous ne nous arrêterons pas sur ce que peut avoir de contradictoire jusqu'à un certain point l'idée d'*essentialité* avec l'existence d'une altération spéciale primitive et constante du sang, car à ce compte, avec les tendances actuelles à voir une altération primitive du sang dans presque toutes les pyrexies, on ne serait pas plus fondé à considérer la fièvre typhoïde, par exemple, comme une fièvre essentielle que la fièvre puerpérale. — Enfin M. Depaul s'est surtout attaché à distinguer symptomatologiquement et étiologiquement la fièvre puerpérale d'avec l'infection putride. L'identité d'opinion entre M. Depaul et M. Dubois ne saurait, on le voit, être plus parfaite. Quant à celle de M. Danyau, l'accord est encore plus patent s'il est possible, car elle n'est que la reproduction presque littérale des deux précédentes. Aussi nous dispenserons-nous de la reproduire ici. Nous devons joindre enfin comme appoint aux doctrines professées par les trois accoucheurs, l'opinion dubitativement avancée d'abord par M. Guérard dans son premier exposé de la question, puis explicitement et nettement défendue plus tard dans son résumé.

Nul doute que si l'on rapproche maintenant cette manière de voir de la doctrine localisatrice, on n'y trouve les fondements d'une doctrine plus largement compréhensive et plus conforme aux caractères et à la physionomie d'un ordre de faits qui échappe presque tout entier aux localisateurs. Mais est-ce à dire qu'il ne nous reste plus qu'à nous abriter sous le camp des essentialistes, déclarant la science satisfaite sur ce point, et partant, le débat clos à tout jamais? — Tel n'est pas notre avis. La doctrine des essentialistes pèche autrement que celle des localisateurs, et pour des motifs tout différents; mais elle pèche à nos yeux, et c'est ce qu'il nous faudrait maintenant démontrer.

Ces Messieurs nous permettent de leur dire, ils ont arbitrairement séparé ce qui dans l'ordre naturel des choses devait rester lié. Qu'on nous passe une image qui pourra paraître grossière peut-être, mais c'est le sujet lui-même qui nous l'inspire, — ce sera là notre excuse. Ils ont coupé le cordon ombilical qui maintenait solidairement unis deux êtres morbides très-différents sans doute l'un de l'autre par leur degré d'intensité, comme différents par leur développement, la mère et le fœtus, mais procédant en réalité, comme eux, d'une même origine. Ainsi que l'a dit avec beaucoup de raison, à cette occasion, M. J. Guérin, « la fièvre puerpérale n'est pas nécessairement et toujours la maladie qui tue, qui se montre d'emblée dans toute son activité morbide. Comme toutes les maladies, elle a ses degrés, depuis le simple accès de fièvre éphémère jusqu'à l'empoisonnement; et si dans un grand nombre de cas, la maladie avorte et s'arrête à ses premiers symptômes, ce n'en est pas moins la fièvre puerpérale. Ici elle est à 1 seulement de puissance, là à 10, là à 100. »

Nous ne nous dissimulons pas ce que cette distinction a de fondé au point de vue clinique. Deux maladies, dont l'une guérit souvent d'elle-même ou cède aisément à l'emploi de quelques antiphlogistiques ou de simples émollients, tandis que l'autre, réfractaire à tout traitement, se termine presque toujours par la

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juillet.

BIBLIOGRAPHIE.

HYGIÈNE MILITAIRE. — *Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons, sur le service de santé de la garde impériale et sur l'hygiène des camps*, adressé à S. E. le maréchal ministre de la guerre, par M. le docteur baron LARREY, chirurgien ordinaire de S. M. l'Empereur, etc., etc. (1).

Le titre qu'on vient de lire est celui d'un écrit fort remarquable sur l'hygiène des camps, dans lequel M. le baron Larrey a joint ensemble les idées traditionnelles de son illustre père, à celles que lui avaient suggérées les auteurs classiques spéciaux les plus estimés et sa propre expérience personnelle, pour les concentrer et les resserrer autant que possible dans les limites d'un *Rapport*. Cette œuvre restera comme un beau monument de la médecine militaire française.

D'après la double mission que lui avaient confiée S. M. l'Empereur et S. E. le maréchal ministre de la guerre Vaillant, M. le baron Larrey a placé en tête de son sujet des *Considérations préliminaires*, dans lesquelles il fait sentir l'indispensabilité de l'intervention des chefs de corps, pour l'exécution satisfaisante des travaux de cette nature.

A l'occasion de l'*Etat sanitaire*, l'auteur touche la question si délicate des rengagements dans la garde, et fait ressortir l'avantage qu'il y aurait à faire passer les *anciens soldats de la garde impériale dans des compagnies de vétérans*.

Il désire, avec raison, que le *choix des hommes, si soigneusement établi dans la garde, soit appliqué à toute la ligne avec la même rigueur, non pour la taille, mais pour la force et l'aptitude physiques*. Il demande, en outre, la *réforme* ou la *retraite des non-valeurs du service actif*, dans l'intérêt de l'allégement des ambulances et des hôpitaux.

L'auteur termine cette division de son sujet en signalant l'heureuse influence exercée sur tout le camp par la majesté et la solennité des cérémonies religieuses, jointes à la présence de l'Empereur.

L'emplacement destiné à la *formation du camp* lui paraît avoir été parfaitement choisi. Il trouve, avec juste raison, que « la création d'un » champ de manœuvres en temps de paix mérite d'être considérée, à » part son but stratégique, comme la plus avantageuse application d'un » *plan d'hygiène militaire*. (P. 16.)

Il signale ensuite, en passant, l'heureux résultat des fouilles ordonnées par l'Empereur dans le *camp romain* voisin, dit d'*Attila*, et les espérances qu'elles permettent de concevoir. En terminant, il exprime le vœu de voir des officiers du commandement, de l'intendance et du service de santé, adjoints au génie militaire dans les travaux de *formation des camps et de leurs dépendances*.

Les *conditions des eaux et des vents* suggèrent à l'auteur la prescription de creuser le lit des rivières, de former des conduits de dérivation des eaux, etc., afin d'éviter les causes de fièvres intermittentes endémiques, et de donner le choix aux eaux potables les moins sélénitcuses pour mettre les soldats à l'abri de certaines diarrhées.

L'*établissement des tentes* fournit à l'auteur l'occasion de discuter habilement les inconvénients et les avantages de ces divers modes de logements temporaires, et de désigner ceux d'entre eux qui doivent être préférés selon les circonstances.

Les *baraques et leurs dépendances* ont été déjà généralement assez bien étudiées et exécutées, pour que M. Larrey reconnaisse qu'il y a là « peu de chose à noter sous le rapport de l'hygiène ou du ser- » vice sanitaire. »

Le *mode de couchage des soldats* lui fait trouver que « la meilleure » position est la position rayonnée, de telle sorte que les hommes aient » la tête à la circonférence de la tente et les pieds au centre. » L'auteur conclut de tout ce qu'il dit à ce sujet, que « sauf les couver- » tures, le hamac, s'il était approprié au soldat, réaliserait, selon » lui, les conditions les plus désirables pour le coucher dans les » camps. » (P. 44.)

Tout ce qui concerne les *vêtements et leurs accessoires* a été perfectionné avec assez de soin pour que les réflexions de l'auteur ne portent que sur de simples détails.

L'auteur termine cette division de son écrit en désignant l'application au service des camps de la ceinture de flanelle, qui a été si utile en Afrique.

(1) Paris, Henri et Ch. Noblet. 1858, grand in-8° de 142 pages.

mort, sont sans doute, aux yeux du clinicien, des maladies très-différentes; mais il n'en est pas de même en nosologie, et c'est le point de vue nosologique qui nous occupe ici. Lorsqu'il s'agit de déterminer une espèce morbide, on ne prend pas d'ordinaire pour type la maladie parvenue à son état complet de développement et à son summum d'intensité. Comme le naturaliste, le médecin doit étudier la maladie dans toutes ses évolutions, dans tous ses degrés, dans toutes ses formes et dans tous ses états. C'est en réunissant ainsi, au lieu de les séparer, tous les faits qui se rattachent à la pathologie de la nouvelle accouchée, c'est en les envisageant dans leur ordre de succession et d'enchaînement et dans tous leurs rapports, c'est en les ramenant tous à leur origine première, c'est-à-dire aux conditions physiologiques spéciales de la parturition et aux conditions accidentelles si nombreuses qui sont inhérentes à cet état; c'est enfin en faisant la part de l'influence épidémique et des modifications si importantes qu'elle leur imprime, que l'on peut saisir et comprendre, malgré leur extrême différence de physionomie et de gravité, leur identité de nature.

Ajoutons encore que cette identité d'origine et de nature entre deux ordres de faits dont les plus simples ont leur raison d'être et leur explication naturelle dans les doubles conditions physiologiques et traumatiques qui viennent d'être rappelées, exclut, dans les plus complexes et les plus élevés en gravité, l'idée d'essentialité, ainsi que l'hypothèse gratuite d'une altération primitive du sang dont les caractères, s'il faut en croire les recherches qu'a exposées tout récemment M. le docteur Jacquemier, déposeraient contre le rôle qu'on voudrait lui faire jouer...

Mais quelle est donc la cause de cette différence si grande entre des faits de même ordre et qui procèdent d'une cause commune? Nous venons de prononcer le mot *épidémie*. C'est à l'intervention de cet élément qu'il faut demander la clef d'une foule de difficultés qui ont si profondément obscurci cette question. *Sporadicité*, *épidémicité*, tels sont les deux termes qui, répondant chacun à l'un des deux ordres de faits que nous avons mis en présence, vont nous aider maintenant à expliquer et peut-être à faire disparaître les dissidences si profondes qui séparent les localisateurs et les essentialistes.

On a tenu compte, sans doute, dans tout le cours de cette discussion, de l'influence épidémique; nous aurions très-mauvaise grâce à le méconnaître; et c'est même l'un des torts, à nos yeux, des partisans de l'essentialité, de n'avoir considéré la fièvre puerpérale qu'à l'état épidémique. Mais ce qui ne nous paraît pas avoir été suffisamment apprécié, c'est le genre d'influence que l'épidémie exerce sur la modalité de la maladie, ce sont les modifications profondes qu'elle imprime à ses caractères, à sa physionomie, à sa marche et à sa fin; modifications telles, qu'à un moment et à un degré donnés, il n'est presque plus possible de reconnaître sous la forme épidémique la maladie congénère, telle qu'elle se montre habituellement dans sa forme simple, primitive. L'histoire des épidémies nous fournirait, au besoin, de nombreux exemples de ce genre de transformation; elle nous montrerait pour presque toutes les maladies devenues épidémiques les caractères primitifs s'effaçant pour faire place à de nouveaux symptômes d'une malignité jusqu'alors inconnue, des périodes entières de la maladie supprimées, sa marche et sa durée, par conséquent, toujours plus précipitées, et à son summum de puissance ces formes sidérantes, qui ne laissent ni aux symptômes habituels ni aux lésions anatomiques le temps de se produire.

Or, nous le demandons à tout nosologiste, celui qui voudrait faire connaître une maladie, y réussirait-il s'il prenait pour type ces cas d'une gravité extrême et exceptionnelle, nés sous l'influence épidémique, créés en quelque sorte tout d'une pièce par voie de contagion ou d'infection miasmatique, et ayant ainsi perdu pour ainsi dire toute trace de filiation directe avec leurs causes ordinaires. Eh bien, c'est ce qu'ont fait les essentialistes. C'est en ne considérant la maladie puerpérale qu'au summum de puissance où l'ont élevée les nombreuses épidémies successives qui en ont fait effectivement une sorte de maladie nouvelle; c'est en la séparant arbitrairement des cas simples, qui rappellent leur source première, leur origine réelle, et en négligeant les faits intermédiaires qui leur servent de lien, qu'ils sont parvenus à créer une entité morbide, à donner une apparence de fondement à leur théorie de l'essentialité de la fièvre puerpérale.

La part faite à l'élément épidémique, nous ne voyons plus la nécessité de recourir à l'hypothèse d'une altération primitive du sang par une cause inconnue, et la qualification de *fièvre essentielle*, donnée à la fièvre puerpérale, manque de justesse. Nous comprenons dès lors comment, en se plaçant à des points de vue différents, il est vrai, on a pu nier l'existence de la fièvre puerpérale comme espèce nosologique distincte. Et nous nous rangerions volontiers sur ce point à l'avis de M. Bouillaud, pour qui la fièvre puerpérale, ou plutôt les fièvres qu'on a réunies sous ce nom, rentreraient, suivant qu'elles sont sporadiques ou épidémiques, soit dans les fièvres inflammatoires, soit dans les typhus.

Si le point de vue sous lequel nous venons d'envisager la question de la nature de la fièvre puerpérale est juste, et s'il nous a permis de signaler quelques-unes des causes principales des profondes dissidences qui séparent les localisateurs et les essentialistes, voyons si, à la lumière de ce même principe, nous pourrons également juger la valeur des autres doctrines qui sont venues s'interposer incidemment entre ces deux grands antagonismes.

Mais nous craindrions de fatiguer nos lecteurs en poursuivant plus longtemps aujourd'hui cette appréciation. Il nous resterait d'ailleurs, après avoir vidé la question doctrinale, à dire quelques mots de la solution pratique que nous aurions voulu voir donner à ce débat. Ces deux points feront l'objet d'un troisième et dernier article. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Du rachitisme (1).

Symptômes. — A quel moment peut-on reconnaître l'invasion de la maladie? C'est assez difficile à dire d'une manière précise; car le rachitisme ne se reconnaît, en général, que lorsqu'il est arrivé à la deuxième période. Les enfants sont tristes, abattus; ils se meuvent avec peine, préfèrent rester assis ou couchés, et lorsqu'on les déplace, la douleur leur arrache des cris. Souvent ils sont pris d'accès fébriles et inondés de sueur. Le facies est pâle, souffreteux; la peau est jaune, terreuse; l'appétit se perd, les digestions se troublent, la diarrhée s'établit, et les urines laissent déposer par le refroidissement un dépôt calcaire abondant.

On observe pendant fort longtemps ces premiers symptômes, et on ne sait souvent à quelle affection les rapporter lorsque la déformation de la tête, des côtes ou des membres devient enfin apparente. La forme des os des jambes, des cuisses, des bras, de la colonne vertébrale et des côtes se modifie successivement. Aux membres inférieurs, les épiphyses des os longs se gonflent et offrent des espèces de nodosités; les jointures sont volumineuses, et c'est ce qui a fait dire que les enfants se *nouaient*. La diaphyse de l'os se courbe à son tour et les membres se tordent. Les tibias et les fémurs sont les premiers os déformés. Le tibia est ordinairement courbé de manière à présenter une convexité en avant et en dehors. La courbure du fémur est à peu près semblable.

Quoique n'ayant rien d'absolu, ces déformations sont les plus fréquentes; mais il en est d'autres qui sont assez bizarres et souvent inexplicables. Ainsi, chez quelques enfants, les genoux sont très-rapprochés et les jambes fortement jetées en dehors, de sorte qu'ils marchent et chevauchent et en appuyant sur le bord interne du tarse. Chez d'autres, les genoux sont, au contraire, très-écartés, et les pieds ont la plus grande peine à se mouvoir pour trouver sur le sol un point d'appui convenable.

Les membres supérieurs se courbent avec la même facilité. Le bras étant tendu, le cubitus et le radius peuvent être courbés de manière à faire une saillie en dehors.

La colonne vertébrale se déforme à son tour; les vertèbres se ramollissent, et il en résulte des déformations plus ou moins considérables de l'épine dorsale. On observe assez communément une incurvation antérieure, une saillie des apophyses épineuses lombaires. Quant aux incurvations latérales en plusieurs sens, elles sont infiniment plus rares.



Les côtes subissent une déformation toute spéciale. A leur réunion avec les cartilages du sternum existe un gonflement cartilagineux appréciable à l'œil sous la peau, et infiniment plus prononcé du côté de la séreuse, ce qui forme cette série de nœuds superposés que l'on nomme le *chapelet rachitique*. Elles semblent brisées en deux endroits par suite de la dépression de leur partie moyenne. Leur courbure postérieure est augmentée et anguleuse. Elles se redressent ensuite et se courbent une seconde fois à angle assez prononcé vers la partie antérieure, près de l'endroit de réunion avec les cartilages costaux. La poitrine alors est déprimée sur ses parties latérales, quelquefois creusée en gouttière, et le sternum est porté en avant. Il en résulte une diminution considérable du diamètre transversal de la poitrine, circonstance fâcheuse d'où résulte une prédisposition aux affections organiques du cœur et des poumons.

Les os du bassin sont soumis à la loi générale, et lorsque le rachitisme est bien caractérisé, ils se déforment de la manière la plus irrégulière. Le bassin est alors vicié dans son diamètre antéro-postérieur ou latéralement, ou enfin dans son diamètre oblique. Ces déformations ont une grande importance chez les filles, à cause des fonctions de l'utérus. Il faut en prévenir les parents; car ils ne doivent pas ignorer l'existence d'une semblable lésion, l'un des plus grands obstacles à la parturition.

Les os de la tête et les os plats, l'omoplate, par exemple, sont quelquefois aussi, mais plus rarement, le siége de la déformation rachitique. La tête devient très-volumineuse et irrégulière, ce que je vous ai fait voir sur la petite fille du n° 2 de Sainte-Marguerite et du n° 7 de Sainte-Geneviève. Elle ressemble volontiers à celle des enfants hydrocéphales. Les fontanelles ne se réunissent pas, et le cerveau prend un volume énorme.

L'année dernière, j'ai vu un cas de ce genre qui m'avait fait

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

Après quelques mots sur le rappel des prescriptions qui ont été faites par rapport aux *soins de propreté*, l'auteur aborde le *régime alimentaire*, à l'occasion duquel il voudrait prévenir les funestes effets des excès d'eau-de-vie. « Ne pourrait-on pas, — dit-il (p. 58), — réglementer et surveiller le mélange de l'eau-de-vie à une certaine quantité d'eau, dont la crudité naturelle se trouverait en même temps corrigée? »

Touchant seulement, en passant, à l'*installation des chevaux*, M. Larrey s'occupe du *service des manœuvres*, à l'occasion duquel il critique fort judicieusement les *sacoches d'ambulances*. Il voudrait qu'on leur substituât, conformément aux idées du médecin-major des chasseurs de la garde, M. Deluy, un *étui solide en forme de portemanteau*. (P. 72.)

Le *transport des malades* rappelle à l'auteur « une institution d'autrefois, abandonnée aujourd'hui, mais justement préconisée par un ancien inspecteur général du service de santé, le baron Percy, dans un savant article sur les *despotats* ou *brancardiers*.

» Ces soldats, faisant fonctions d'infirmiers militaires, étaient chargés d'enlever du champ de bataille tous les blessés.

» N'y eût-il, par régiment, qu'une douzaine de ces soldats brancardiers, — dit M. Larrey, — ils rendraient les plus grands services en campagne. »

La proposition suivante, faite par l'auteur, relativement à une sorte d'apprentissage du *caisson d'ambulance*, nous paraîtrait fort rationnelle. « L'exercice du *caisson d'ambulance*, — dit-il, — (tel qu'il est démontré, par exemple, au Val-de-Grâce) en dehors des besoins de la guerre, devrait figurer au milieu ou à la suite des évolutions stratégiques du camp, sous la direction spéciale d'un officier de santé, soit pour représenter l'intervention des secours de l'art, soit pour simuler le transport des malades ou des blessés à l'ambulance. Ce serait joindre utilement l'assistance du service sanitaire à la manœuvre d'un corps d'armée. »

Après avoir discuté ensuite la question des *omnibus Arnoux*, il conclut que « ces voitures ne réalisent pas, selon lui, un progrès utile aux ambulances... » (p. 79); et il motive la préférence qu'il donne « à la voiture d'ambulance du modèle réglementaire, modifiée ou perfectionnée d'après le système des *ambulances volantes*..., imaginées par Larrey dès 1792, à l'armée du Rhin, qui ont rendu de si grands services dans les campagnes de la république et de l'empire. »

Ce qui est dit surtout au sujet des *ambulances du camp*, tendrait vers l'avantage de « centraliser dans les campements respectifs les principales ressources d'un hôpital. (P. 85.) »

M. Larrey a justement senti que « une précaution rationnelle à prendre pour l'ambulance du quartier général serait d'y placer un pharmacien exercé aux analyses chimiques, et toujours en mesure de résoudre certaines questions d'*hygiène militaire*. (P. 92.) » On voit avec un extrême plaisir qu'un ordre exprès de l'empereur a suffi pour aplanir à l'instant toutes les difficultés que rencontrait l'exécution de cet utile projet.

Après avoir fait l'éloge de tout ce qui concerne l'*hôpital de Châlons*, M. le baron Larrey en vient à l'*exposé des maladies*.

On ne saurait trop louer la sagesse éminemment philanthropique avec laquelle l'auteur s'exprime ainsi qu'il suit: « J'avais adressé aux officiers de santé une recommandation qui me semblait prudente: c'était, en cas d'épidémie, de ne point donner au mal sa dénomination précise, telle que *dysenterie*, *choléra*, *typhus*, et d'y substituer, par exemple, les mots vagues de *fièvre entérique*, *gastrique* ou *typhoïque*, afin de ne point alarmer les esprits et d'épargner, pour ainsi dire, à l'épidémie réelle l'aggravation de l'épidémie imaginaire. (P. 107-8.) »

Parmi les *maladies médicales*, les états morbides du canal digestif ont surpassé de beaucoup tous les autres. Nous avons remarqué que celles des dysenteries qui s'étaient montrées rebelles à l'emploi, ordinairement heureux des préparations opiacées et de l'extrait de ratanhia, étaient sûrement guéries par la poudre de sous-nitrate de bismuth.

Le plus grand intérêt pathologique devait être naturellement fourni par les *maladies chirurgicales*.

Nous devions porter notre attention sur l'opinion de M. Rizet, médecin aide-major des chasseurs de la garde, « supposant que les furoncles et les abcès (assez nombreux au camp) étaient une des suites critiques du scorbut observé par lui en Crimée, dans son régiment et dans d'autres. (P. 121.) »

Nous y voyons que, à l'occasion d'une fracture du radius à son tiers

croire à l'existence d'une hydrocéphalie chronique. L'enfant mourut, et à l'autopsie il n'y avait point de sérosité dans les méninges ni dans les ventricules. C'était une ampliation du cerveau en rapport avec l'écartement rachitique de la boîte osseuse crânienne.

La déformation de l'omoplate est assez grave. Au moment de la guérison du rachitisme, la consolidation arrête d'une manière définitive la forme de ces os, et il en résulte de grandes difficultés pour les mouvements du membre supérieur.

Les mâchoires cessent de se développer, et les arcades dentaires, modifiées dans leur disposition organique, ne se laissent plus écarter comme de coutume par les dents prêtes à sortir. Il en résulte alors un retard plus ou moins prolongé à la sortie des dents. Ce caractère seul suffit presque pour faire deviner la présence du rachitisme.

Telles sont les principales difformités que je me proposais de signaler à votre attention. Dans la prochaine conférence, nous achèverons l'étude de cette affection générale du système osseux, et je vous parlerai de nouveau des deux petites malades qui se trouvent en ce moment dans les salles du service. L. du S.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Hémoptysie de causes diverses. — Rougeole; diarrhée intercurrente; emploi de l'opium chez les enfants. — Remarques sur la compression dans la phlegmasia alba dolens.

L'habitude qu'ont la plupart des médecins de voir dans l'hémoptysie un indice de la tuberculisation pulmonaire est, suivant M. Trousseau, une source abondante d'erreurs. Ce professeur est convaincu que si l'on réunissait toutes les observations d'hémoptysie recueillies dans la pratique civile et dans les hôpitaux, on verrait que dans plus de la moitié de ces cas, le crachement de sang est étranger à la phthisie tuberculeuse. Il est certain, dit-il, que dans la jeunesse et dans les premiers temps de l'âge mur, le fait d'expectorer du sang appartient presque exclusivement aux tuberculeux. Ceci peut être constaté jusqu'à l'âge de quarante ans; mais cette limite franchie, et surtout vers l'âge de cinquante ans, l'hémoptysie est plutôt le signe d'une affection du cœur. On voit aussi des femmes sujettes à des accidents nerveux répétés, qui trois, quatre, cinq fois chaque année crachent un quart de litre, un demi-litre, un litre de sang pendant plusieurs jours de suite, et qui à l'époque de la ménopause cessent complétement d'avoir des hémoptysies. Ces femmes ne sont pas tuberculeuses, et il en est de même de certaines nourrices qui, pendant tout le temps qu'elles donnent le sein, ont des crachements de sang; vous faites suspendre l'allaitement, les hémoptysies cessent, et vous ne constatez aucune lésion du côté des poumons. Il est à remarquer du reste que chez toutes les femmes les ménorrhagies sont communes, et que lorsque le flux menstruel ne se fait pas par les voies normales, il se fait du côté de la poitrine.

Dans la phthisie pulmonaire, l'hémoptysie vient en général avant tout autre phénomène morbide propre à cette maladie. Quelquefois elle se produit un peu plus tard. Rarement, elle termine la marche de la phthisie. Nous avons vu, il y a deux mois, une jeune fille entrée à l'Hôtel-Dieu avec tous les symptômes d'une phthisie avancée, et qui est morte pendant un crachement de sang. M. Trousseau n'a observé ces hémorrhagies ultimes que trois fois dans le cours de sa carrière médicale.

Il faut distinguer aussi l'hémorrhagie bronchique de cause tuberculeuse ou autre, de l'apoplexie pulmonaire, ces deux espèces d'hémorrhagies étant souvent confondues. L'hémorrhagie bronchique se révèle par des crachats spumeux plus ou moins abondants, sans viscosité, et d'une rutilance caractéristique. Tantôt le sang teint à peine quelques crachats, tantôt il coule à flots, et c'est dans ces grandes crises que la vie peut s'échapper. Il est bon, du reste, de savoir que des tuberculeux peuvent avoir des crachats rouillés, visqueux, ce qui tient sans doute à l'existence de quelque inflammation circonscrite du tissu pulmonaire; de même qu'après une hémoptysie suivie de quelques jours de repos, on remarque des crachats noirs constitués par du sang qui s'est accumulé dans les cellules bronchiques et s'est dérobé au contact de l'air.

Dans l'apoplexie pulmonaire il y a exhalation sanguine vésiculaire suivie de coagulation. Or, dans ce cas, si l'expectoration du sang est lente, les crachats ne sont pas aérés; mais si l'expectoration est rapide, il peut y avoir des crachats spumeux.

Quant aux signes stéthoscopiques, ceux de l'hémorrhagie bronchique sont souvent nuls; les signes de l'apoplexie pulmonaire, au contraire, sont toujours appréciables. A l'auscultation, on trouve du souffle dans le point correspondant au noyau d'infiltration et des râles sous-crépitants et crépitants dans le tissu avoisinant, ainsi qu'on peut s'en assurer sur un homme de cinquante ans admis dans le service de M. Trousseau, pour une insuffisance de la valvule mitrale, et chez lequel il y a eu déjà plusieurs hémorrhagies pulmonaires.

Ces hémorrhagies coïncidant avec une affection du cœur sont très-fréquentes et d'un pronostic fort grave. M. Trousseau a vu dans un hôtel un homme de soixante ans qui, deux mois auparavant, avait eu une hémoptysie. Il était, comme le malade précédent, atteint d'insuffisance de la valvule mitrale, avec endocardite. Ses hémoptysies se sont renouvelées, et, après avoir craché tous les jours un demi-verre de sang, il a succombé.

Depuis cette époque M. Trousseau a été consulté par un malade, âgé de soixante-quatre ans, qui éprouvait des douleurs vives au cœur et présentait tous les signes d'une endo-péricardite longtemps méconnue. Chez cet homme le péricarde contenait au moins un demi-litre de sérosité. Sous l'influence d'une saignée, d'un vésicatoire volant, de la digitale, la péricardite a cédé, mais la lésion valvulaire a persisté. Or, depuis plusieurs jours des hémorrhagies pulmonaires sont survenues, et ce malade, ainsi que celui que l'on voit en ce moment dans les salles, succombera bientôt comme le précédent.

— Parmi les accidents de la rougeole, il en est quelques-uns qui méritent d'être signalés. De ce nombre est le flux diarrhéique.

En thèse générale, la diarrhée, pendant la période d'éruption, est un phénomène favorable. L'intestin est un émonctoire de plus; les enfants ont quelquefois quinze à vingt selles dans les vingt-quatre heures; si l'éruption se fait bien, il n'y a pas lieu de s'en effrayer. Mais si les yeux s'excavent, il faut redouter la diarrhée cholériforme. M. Trousseau veut qu'alors on use de l'opium, remède puissant contre la diarrhée, et qui en même temps dirige l'exanthème vers la peau. Seulement il faut savoir donner l'opium aux enfants, et peu de praticiens possèdent cette notion.

On ignore trop souvent qu'à l'âge d'un an, par exemple, une seule goutte de laudanum de Sydenham, c'est-à-dire un vingt-deuxième de grain d'opium, est un narcotique qui stupéfie l'enfant pour deux jours. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu de ces petits enfants plongés dans la stupeur après avoir pris la moitié d'un verre à liqueur contenant une seule goutte de laudanum. En ville on donne le sirop diacode et des lavements avec l'eau de pavots, deux choses également dangereuses; car, d'une part, le sirop diacode, que l'on regarde comme peu offensif, contient, par 30 grammes, 30 centigrammes d'extrait de pavots indigènes, quantité équivalente à plus de 5 centigrammes d'extrait d'opium; et de l'autre, la décoction d'une seule tête de pavot, si elle est gardée, empoisonne invariablement le petit malade. De toutes les préparations d'opium, la plus facile à doser est le laudanum, et par conséquent c'est celle-là exclusivement qu'il convient de préférer pour les enfants en bas âge. Chez les très-jeunes sujets, affectés ou non de rougeole, mais qui ont de la diarrhée avec émaciation des traits, M. Trousseau prescrit :

Eau de chaux.	60 grammes.
Laudanum de Sydenham. . . .	1/2 goutte.

On met, à cet effet, une goutte de laudanum dans une cuillerée d'eau, et la moitié de cette cuillerée, représentant 1/50 de grain d'opium, est mélangée avec l'eau de chaux et prise en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Pour les malades plus âgés la dose de laudanum doit être naturellement plus élevée, mais sans jamais dépasser les limites restreintes qu'impose une prudente réserve.

Il arrive parfois que la diarrhée morbilleuse épuise son action et se termine par la colite glaireuse ou dyssenterie. Il y a des glaires et du sang dans les garde-robes, des coliques, du ténesme.

Il s'agit alors d'une affection spécifique, à forme indépendante et toute personnelle. Cependant, bien que cette affection soit différente de la diarrhée simple, on en vient à bout le plus ordinairement, sans trop de peine, à l'aide des cataplasmes, d'un peu d'opium et d'un jour de patience. Dans le cas contraire on a recours aux lavements, avec le blanc d'œuf délayé dans l'eau chaude, et, en dernier lieu, aux lavements avec une des solutions suivantes :

Sulfate de cuivre ou de zinc. . .	0,25 centigr.
Eau distillée.	100 grammes.

Ou bien :

Azotate d'argent.	0,5 centigr.
Eau distillée.	100 grammes.

Il est rare que cette dyssenterie incidente résiste plus de deux jours à ces puissants substitutifs.

— Aux numéros 15 et 25 *bis* de la salle Saint-Bernard, sont deux malades affectées de *phlegmasia alba dolens.*

La première est une nouvelle accouchée chez laquelle les deux jambes ont été prises à la fois. Elle se plaint de douleurs très-vives aux mollets, aux cuisses et jusque dans les fosses iliaques. Les veines profondes et les veines superficielles, la saphène interne en particulier, forment des cordons résistants et douloureux. Cependant tout cela n'a pas augmenté la fièvre ni compliqué la position de la malade. C'est un état sans gravité qui disparaîtra spontanément. Mais la *phlegmasia alba dolens* n'est pas seulement un phénomène puerpéral, c'est une affection commune dans la phthisie tuberculeuse, le cancer, les grandes brûlures, etc.; la malade couchée au numéro 25 *bis* en est un exemple. Cette femme, âgée de soixante-dix ans, porte au sommet du poumon gauche une énorme excavation tuberculeuse, et présente tous les symptômes de la fièvre hectique. Contre la tuberculisation, contre la fièvre hectique, M. Trousseau emploie ici le sirop de térébenthine et le sulfate de quinine; mais contre la *phlegmasia alba*, il ne fait absolument rien.

Déjà, en traitant de cette maladie les années précédentes, ce médecin avait insisté sur l'inutilité de l'intervention active de l'art pour la combattre, et l'opinion qu'il exprimait à cet égard trouve sa confirmation dans l'observation incessante des faits.

Tout récemment encore, M. Trousseau a été consulté pour un jeune Anglais de vingt-sept ans, dont le cas témoigne de l'inutilité des efforts tentés soit pour prévenir, soit pour guérir l'affection dont il s'agit. Ce jeune homme ayant été pris de phlébite portant sur les veines profondes du membre inférieur gauche, subit, à Dublin, un traitement très-énergique dont les éléments principaux étaient des sangsues, des frictions mercurielles et le mercure donné à l'intérieur. On l'envoya ensuite passer trois mois à Nice. De là il vint à Paris, où il consulta plusieurs médecins éminents qui lui prescrivirent les eaux de Baréges et l'emploi d'un bandage compressif. Cependant, avant de suivre cette prescription et de se déplacer de nouveau pour aller dans les Pyrénées, il désira prendre l'avis de M. Trousseau, et voici dans quel état il se présenta à ce médecin : santé générale bonne; tuméfaction considérable des veines superficielles du membre inférieur gauche sans développement variqueux; engourdissement et léger gonflement de la jambe : le tout augmentant sous l'influence de la marche et de tout exercice un peu violent. Dans ces conditions, les eaux de Baréges et la compression pouvaient-elles être efficaces? A cette demande du malade, la réponse de M. Trousseau a été celle-ci :

« Vos veines profondes sont oblitérées, et désormais le travail de la circulation veineuse se fera dans le membre inférieur par

---

moyen, « l'appareil, bien appliqué au camp, se déplaça en route, et » que le cal devenu saillant, mais non définitif, dut être rompu au Val-» de-Grâce par M. le professeur Legouest, médecin-major, qui en ob-» tint le redressement et la consolidation secondaire à l'aide d'un nou-» vel appareil. (P. 125.) »

« Sur quatre fractures des deux os de la jambe, dit M. Larrey » (p. 126), l'une avait eu lieu chez un artilleur tombé d'une voiture et » siégeait au tiers supérieur du membre, particularité notable eu égard » à la cause de cette fracture. Nous en avons complété la consolidation » au Val-de-Grâce à l'aide de l'appareil plâtré, si solide et si simple, » de MM. Mathysen et Van de Loo, de Hollande. »

A l'occasion d'une *luxation de l'humérus dans l'aisselle*, chez un cuirassier qui était tombé dans une charge de cavalerie, M. Larrey s'exprime ainsi qu'il suit : « .... Sans délai, profitant de l'état de com-» motion où se trouvait ce cavalier, je pus réduire à l'instant même » sa luxation avec autant de facilité que si nous eussions employé le » chloroforme. (P. 128.) »

Mais le cas peut être le plus remarquable de toute la pratique chirurgicale du camp de Châlons, est celui de la réduction d'une luxation du fémur en haut et en arrière, ou sur la fosse iliaque externe, succinctement décrit par M. Larrey de la manière suivante :

« Nous essayâmes, dit-il, successivement, mais en vain, les métho-» des de la flexion et de l'extension plus ou moins modifiées. Je fis » enfin coucher le blessé sur un matelas à terre; le bassin fut main-» tenu dans l'immobilité, et la jambe étendue sur la cuisse; puis, tandis » que des aides exerçaient l'extension suivant l'axe du membre, je le » saisis des deux mains près du tronc, et, *me servant avec force de* » *l'un de mes genoux placé vers la hanche pour refouler la tête du* » *fémur dans la cavité cotyloïde, je parvins ainsi heureusement à ré-* » *duire la luxation.* C'était la première fois que j'avais eu l'idée de re-» courir à ce procédé. (P. 129.) »

Grâce à la suppression de l'ancien usage de manger à la gamelle, suppression à laquelle M. Larrey avait contribué par divers rapports, les stomatites observées au camp de Châlons ont été *légères* au lieu d'être *ulcéreuses*, comme elles l'avaient été si souvent autrefois.

La description et le traitement de blessures graves ayant atteint simultanément deux artilleurs servants d'une pièce, lorsque la poudre de la charge prit feu, terminent ce remarquable *Rapport* si instructif, en faisant connaître en même temps « la sollicitude que l'Empereur » témoigna sur le terrain même à ces malheureux artilleurs mutilés » près de lui, toutes les marques d'intérêt qui leur furent données en » son nom, etc. »

La *mortalité*, au camp de Châlons, ayant été à peu près nulle, nous pouvons espérer, avec le rapporteur lui-même dans ses *conclusions*, que : « ... une fois l'épreuve renouvelée parmi les troupes de ligne, » des heureuses circonstances au milieu desquelles se trouvait placée » la garde impériale, toutes les garanties seront acquises à un camp » inauguré sous les meilleurs auspices et sous le commandement su-» prême du chef de l'Etat. (P. 138.) »

En répondant si bien à la haute confiance de S. M. l'Empereur et au bienveillant encouragement de S. Exc. le maréchal ministre de la guerre Vaillant, M. le baron Larrey doit certainement avoir, selon nous, plus que « ....l'espoir d'avoir fait quelque chose d'utile pour » l'avenir. (P. 138.) »

Nous ne saurions mieux terminer cette analyse rapide, qu'en transcrivant en entier une phrase qui, seule, est un bel éloge, exposant dans tout son jour les sentiments les plus nobles et les plus élevés, ainsi que la bonne confraternité de l'auteur, qui lui mériteront sûrement la reconnaissance de la médecine militaire tout entière.

« Enfin, — dit M. Larrey (p. 139), — je n'ai pas seulement fait tous » mes efforts pour imprimer à l'ensemble du service qui m'était confié » ce caractère d'unité essentiel à l'état sanitaire d'une armée, j'ai cru » aussi du devoir de ma position auprès de S. M. l'Empereur, d'appe-» ler toute sa sollicitude sur la *situation du corps des officiers de santé* » *militaires*, dont le recrutement devient de plus en plus difficile, et » *dont les besoins trop réels, dont les vœux si légitimes attendent une* » *organisation nouvelle et un avenir meilleur.* »

On ne trouvera donc nullement étonnant que Sa Majesté ait hautement exprimé toute sa satisfaction sur la tâche que M. le baron Larrey avait su si dignement accomplir. H. Kuhnholtz-Lordat, Bibliothécaire et professeur agrégé.

Erratum. — Une erreur typographique a défiguré les noms des deux derniers inspecteurs du service de santé militaire : ce sont MM. Hutin et Ceccaldi.

les veines superficielles exclusivement. Or, la capacité de ces veines étant moindre de moitié que celle des veines profondes, il faut bien que leur calibre soit doublé.

» Cette ampliation est nécessaire, et contre une pareille nécessité les eaux de Baréges ne sauraient rien faire. Quant à la compression exercée avec une certaine force, elle est non-seulement inutile, mais irrationnelle. Bornez-vous aux soins hygiéniques, et portez un caleçon de tricot très-doux ou un bas en caoutchouc revêtu de soie qui soutienne les veines superficielles *sans les comprimer.* »

Les inconvénients d'une compression active sont, en effet, très-faciles à démontrer dans les conditions pathologiques dont il s'agit, et devraient frapper les yeux des moins clairvoyants, puisque la compression ainsi pratiquée tend tout simplement à rendre impossible dans le membre inférieur la fonction de l'unique système veineux qui reste au malade après l'oblitération des veines profondes.

Mais, entre comprimer et soutenir les veines superficielles, il y a une différence capitale. Autant une compression trop forte est nuisible, autant il est avantageux de donner à ces veines une enveloppe qui serve d'auxiliaire à la peau et les empêche de devenir variqueuses. Le concours de cet appui est d'autant plus utile que les veines superficielles fonctionnent moins bien que les veines profondes, dans lesquelles le sang est poussé avec une certaine énergie par le *vis a tergo* du cœur, et qui reçoivent en outre une impulsion notable des masses musculaires voisines. Eh bien, pour remédier à la tendance naturelle qu'ont ces veines à se laisser distendre outre mesure et irrégulièrement, il faut simplement venir au secours de la peau dont la résistance est insuffisante. On ajoute à l'enveloppe cutanée non pas des appareils compressifs puissants et d'un contact pénible, mais, comme nous venons de le voir dans la prescription de M. Trousseau, un caleçon en tricot très-doux, ou, mieux encore, un bas en caoutchouc revêtu de soie, dont l'élasticité et la souplesse répondent parfaitement à l'indication qu'il s'agit de remplir. H. Chaillou.

(*Journ. de méd. et de ch. prat.*)

MÉDECINE COMPARÉE.

Innocuité des bains locaux et des lotions arsenicales chez l'homme ;

Par M. L. Cagnat, médecin-vétérinaire à Montmorency.

Si les vétérinaires ont souvent fait d'heureux emprunts à la médecine humaine, si des médecins placés dans des circonstances favorables ont jeté de vives lumières sur l'art de guérir les animaux, cet art, à son tour, a quelquefois fourni d'utiles enseignements pour arriver à la guérison des maladies de l'homme ou au soulagement de ses maux.

Les hasards de la clientèle m'ayant révélé certains faits intéressants peut-être et de nature à éveiller l'attention des médecins, je m'empresse de les mettre sous leurs yeux, espérant qu'il en pourra découler quelque application utile.

La gale du mouton, de même que celle de l'homme, est produite par un acare particulier. Vers 1812, après de malheureux résultats, les vétérinaires bannirent de la thérapeutique de cette affection l'acide arsénieux employé seul sous forme de lotions ou de bains. En 1854, nous résolûmes de rechercher si la proscription de ce médicament était juste, et s'il devait être à tout jamais rejeté de la pratique, ou bien si les résultats funestes obtenus par les premiers expérimentateurs pouvaient être conjurés en n'employant que des doses faibles du toxique, de manière qu'il fût encore insecticide, mais non un agent de destruction pour les malades.

Comme on peut le comprendre, nous apportâmes au début de notre expérimentation tous les soins, toutes les précautions qu'exige le maniement d'un aussi violent poison. Nous allons rapporter les faits que nous avons observés, lorsque, après de nombreux tâtonnements, nous arrivâmes à posséder la hardiesse que donnent toujours l'habitude et l'expérience.

Onze troupeaux, dont plusieurs n'étaient pas composés de moins de 70 à 120 bêtes ovines, prirent sous nos yeux dans l'espace de trois ans un bain dosant, par litre d'eau, 7 grammes d'acide arsénieux, et furent guéris de la gale. Quatre aides étaient nécessaires pour immerger les malades; deux les conduisaient à la bergerie immédiatement après le bain. Chaque bête restait entre les mains des aides cinq minutes à peu près, employées à les frictionner et à exprimer le liquide de sa laine; or comme deux individus étaient baignés à la fois, il s'ensuit qu'un troupeau de 100 à 120 animaux exigeait au moins cinq heures pour son entière immersion. Nous disons cinq heures, car il y avait des pertes de temps occasionnées par quelques instants de repos et certains moutons qui se défendaient.

Pour la médication des onze troupeaux, 45 aides de tout âge et de tout sexe sont donc restés les bras plongés jusqu'au-dessus du coude dans le liquide arsenical pendant un temps qui n'a jamais été de moins de deux heures, et qui souvent s'est élevé à plus de cinq. Les membres thoraciques des vingt-deux individus chargés de conduire les bêtes à la bergerie ne tardaient pas à être également mouillés. Ainsi donc, on peut dire, sans exagération, que 66 personnes ont pris un bain local d'acide arsénieux durant plusieurs heures.

Nous ne choisîmes d'abord nos aides que parmi les gens dont les mains étaient intactes de plaies; mais plusieurs fois, à notre insu, et malgré nos recommandations, quelques-uns d'entre eux ayant impunément continué leur office après s'être légèrement excoriés, nous devînmes de moins en moins rigoureux, et enfin nous permîmes à tous indistinctement de mettre les malades au bain.

Alors il advint qu'en hiver nos aides eurent d'énormes crevasses aux doigts, ainsi que cela se rencontre souvent en cette saison chez les gens de la campagne. Ces plaies, au début de l'opération, étaient le siége d'une vive cuisson. Au bout de dix ou douze minutes, cautérisées par l'acide arsénieux dissous, elles étaient blafardes; avec la disparition de leur teinte vermeille s'était aussi éteint tout sentiment de douleur. Lorsque le liquide du bain jaillissait dans les yeux de ces mêmes aides, il déterminait bien un picotement intense, mais qui cessait au bout de cinq minutes sans résultat fâcheux.

Nous allons rapporter maintenant certains faits qui prouvent que de grandes surfaces cutanées peuvent être également baignées sans danger.

Le sieur Jean-Baptiste Briot, propriétaire, demeurant à Thury (Yonne), transportait de la baignoire à la bergerie les brebis immergées en les tenant entre ses bras. Toute la partie antérieure du tronc et les membres de cet homme furent en un instant baignés de liquide arsenical. Il resta ainsi plusieurs heures.

Le lendemain et le jour suivant, une vésication énergique exclusivement bornée au scrotum se déclara, mais n'eut d'autre conséquence que de gêner la marche du susdit Briot pendant une huitaine de jours.

X..., âgé de vingt-neuf ans, demeurant à Montmorency, s'aperçut, il y a quelques mois, qu'il était littéralement couvert de *pedicus pubis.* Une dissolution d'acide arsénieux dans les proportions de 4 grammes contre un litre d'eau, fit prompte justice des parasites, mais les mêmes phénomènes de vésication scrotale observés sur le sieur Briot se manifestèrent, du reste sans autres troubles morbides.

— Depuis lors, expérimentalement et sur nous-mêmes, deux fois dans une journée, nous avons employé cette préparation. A chaque reprise, nous nous sommes lotionnés toute la partie antérieure du tronc et les membres inférieurs. Quinze heures environ après la première lotion, une cuisson légère des bourses se fit sentir, mais cette partie ayant alors été soumise à un bain savonneux tiède, les phénomènes ultérieurs de vésication furent conjurés.

Consécutivement à l'administration des bains arsenicaux, à laquelle nous prenions toujours une part plus ou moins active, nous nous sommes aperçu que notre appétit augmentait pendant quelques jours. Nos aides, questionnés à ce sujet, nous ont dit souvent avoir ressenti les mêmes phénomènes. Cette activité des voies digestives était-elle le résultat physiologique de l'absorption de l'acide arsénieux, ou simplement celui d'un exercice fatigant? Nous ne saurions le dire. Cependant nous penchons vers la première opinion, car la mise au bain des malades ne nous semble pas nécessiter plus de fatigue que la plupart des travaux auxquels se livrent habituellement les gens de la campagne.

A ces faits qui nous sont propres nous pouvons en joindre d'autres appartenant à la pratique journalière de la médecine des animaux.

Depuis longtemps les vétérinaires se servent avec le plus grand succès de divers bains. Les uns contiennent par litre d'eau 10 grammes d'acide arsénieux et 50 grammes de sulfate de zinc, ou 100 grammes d'alun. Chez d'autres, ces sels sont remplacés par 100 grammes de sulfate de fer, mais par suite de combinaisons chimiques, l'acide arsénieux dissous et libre dans ce cas se trouve réduit à 4 grammes environ par litre d'eau. Ce dernier bain, qui porte en vétérinaire le nom de ferro-arsenical, a guéri radicalement de la gale, d'après une statistique, 36,000 moutons, et jamais un seul individu, parmi les centaines d'aides nécessaires à l'opération, n'a ressenti le plus léger trouble dans sa santé.

Les bains d'acide arsénieux et de sulfate de zinc ou d'alun n'ont pas encore été l'objet d'une aussi vaste expérimentation, mais bien que contenant une dose assez élevée de substance insecticide, jamais ils n'ont altéré la santé des aides.

Plusieurs zoolâtres joignent ainsi des astringents au toxique dans le but de ralentir ou de supprimer son absorption; mais rien ne prouve que cette opinion soit fondée. Des expériences rigoureuses pourraient seules l'asseoir sur une base inébranlable.

Juge incompétent des applications que le bain arsenical peut recevoir, nous livrons à nos confrères de la médecine humaine les faits bruts plutôt que de nous égarer dans le domaine des hypothèses. Qu'on nous permette une réflexion cependant. Lorsqu'on voit chez le mouton la gale la plus intense, celle où la maladie a détruit la toison et pour ainsi dire parcheminé la peau, être guérie après trois ou quatre minutes d'un bain arsenical, nous nous demandons si ce même moyen ne pourrait pas lutter avantageusement avec ceux employés jusqu'ici pour la destruction de l'acare de l'homme.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Derocque, né à Rouen (Seine-Inférieure); *Des kystes pileux de l'ovaire.*

Noblet, né à Pont-Château (Loire-Inférieure); *De la cachexie paludéenne.*

Chalot, né à Arlanges (Meurthe); *De la cachexie séreuse chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées.*

Grazais, né à Nesquer (Loire-Inférieure); *De la fièvre typhoïde.*

Meynet, né à Saint-Just-en-Chevalet (Loire); *Quelques considérations sur quelques points de la physiologie et de la pathologie du cœur.*

Rivière, né à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne); *De l'ulcération du col de l'utérus, suite d'accouchement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 12 juillet 1858, M. Hecht, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé conservateur des collections et du musée de ladite Faculté, en remplacement de M. Wieger, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté du 12 juillet 1858, M. Leudet père, professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de Rouen, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. le docteur Couronné.

M. Hélot, professeur suppléant à la même Ecole, est nommé professeur titulaire de la chaire d'accouchement, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Couronné, dont la démission est acceptée.

— Les doutes que nous avons soulevés relativement à l'application du principe récemment voté par le conseil de l'instruction publique (rétablissement du baccalauréat ès lettres pour les médecins) paraissent aujourd'hui résolus. Non-seulement la nouvelle disposition n'aura pas d'effet rétroactif; mais il est encore question de faire profiter le plus vite possible les nouveaux étudiants du bénéfice du décret projeté, en admettant les bacheliers ès lettres à prendre, après la promulgation de la nouvelle loi, leurs quatre premières inscriptions.

Le décret ne sera applicable dans toute sa rigueur que dans le délai nécessaire pour éviter la rétroactivité (3 ou 4 ans). (*Gazette hebd.*).

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Léginn d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 84. — MARDI 20 JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 84. — MARDI 20 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandat de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 JUILLET 1858.

DE LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE sur la fièvre puerpérale (1).

Nous avons cherché dans les deux articles précédents à montrer que les deux systèmes principaux qui se sont produits dans cette discussion, le système des localisateurs et celui des essentialistes, ne renfermaient ni l'un ni l'autre une notion générale et complète de la fièvre puerpérale; que pour s'approcher le plus près possible de cette notion qui nous manque encore, il fallait embrasser l'ensemble des faits distincts sur lesquels chacun de ces systèmes s'appuie, et se placer à un point de vue différent, qui permît de saisir à la fois les côtés par lesquels ils se rapprochent, et d'apprécier la cause des différences qui les séparent. L'intervention d'un élément que nous n'avons pas la prétention, tant s'en faut, d'avoir introduit dans la discussion, où il a au contraire joué un très-grand rôle, mais auquel nous croyons avoir assigné peut-être une influence plus précise et mieux déterminée, l'épidimicité, nous a permis jusqu'à un certain point de comprendre autrement, sinon mieux, l'ensemble de tous ces faits.

Examinons maintenant à ce même point de vue les autres doctrines qui ont pris place dans le débat.

A côté et en dehors des deux systèmes que nous venons d'examiner, affirmant l'un et l'autre l'existence d'une affection spéciale, essentielle pour ceux-ci, de nature phlegmasique pour ceux-là, nous allons nous trouver en présence de ceux qui nient la fièvre puerpérale comme individualité morbide particulière. Ici encore nous sommes obligé de distinguer, de faire des catégories, car ce n'est pas en vue des mêmes idées et d'une doctrine identique que la fièvre puerpérale a été niée, mais d'après des idées très-différentes au contraire.

On a vu dans l'un des précédents articles, et il était bon de le rappeler ici, que pour M. Bouillaud la fièvre puerpérale n'existait pas comme entité morbide définie, et qu'il n'y avait pas lieu de lui faire une place particulière en nosologie, parce que les deux formes ou les deux manifestations principales dans lesquelles se résument presque tous les phénomènes morbides de la puerpéralité trouvent naturellement leur place soit dans les phlegmasies, soit dans les typhus.

La fièvre puerpérale n'existe pas davantage aux yeux de M. Trousseau; mais on sait dans quel sens il faut entendre cette négation. M. Trousseau n'a nié la fièvre puerpérale que pour l'étendre et la généraliser davantage; c'est-à-dire que l'infection ou la fièvre purulente avec les lésions anatomiques qu'on lui connaît (phlébite des sinus utérins, des veines ovariques, lymphite, phlegmons du petit bassin, abcès métastatiques, inflammations des séreuses, etc.), l'infection putride, et enfin le typhus nerveux puerpéral, qui constituent à ses yeux les trois formes principales de ce que l'on a désigné sous le nom de fièvre puerpérale, se rencontrent en dehors de la puerpéralité, chez le fœtus, chez les nouveau-nés, chez la femme avant le travail, enfin chez les hommes même. En d'autres termes, la fièvre puerpérale n'est autre chose pour lui que la fièvre traumatique des opérés, que ce que l'on pourrait appeler d'une manière plus générale la fièvre d'hôpital, mais avec un caractère de spécificité qui ne procède pas toujours de la femme en couches, et qui n'appartient pas exclusivement à la constitution de la femme.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit déjà à l'occasion de cette manière de voir, qui transforme une analogie très-acceptable sans doute en une identité très-contestable. Quant au caractère de spécificité que M. Trousseau assigne à la fièvre puerpérale ainsi généralisée, il nous a semblé qu'il y avait là une sorte de contradiction à considérer comme spécifique une affection commune, dans laquelle on ferait ainsi rentrer des effets de traumatisme de nature très-diverse.

En restreignant comme il convient de le faire la fièvre puerpérale aux nouvelles accouchées, et en restituant ainsi à cette dénomination son vrai sens et sa véritable signification, le principe de la spécificité est-il mieux établi?

Si l'on prend pour type de la fièvre puerpérale la forme maligne, — produit accumulé d'une série indéfinie d'épidémies qui ont transformé la maladie puerpérale primitive en une sorte de typhus infectieux transmissible de toutes pièces non-seulement aux femmes actuellement placées dans les conditions d'aptitude morbide spéciale, c'est-à-dire aux nouvelles accouchées, mais encore aux femmes qui n'ont point atteint le terme de leur grossesse, et même exceptionnellement, ainsi qu'il en a été cité dans cette discussion un exemple si remarquable, à des femmes hors de toute condition de puerpéralité, — sans doute on peut reconnaître dans une telle affection le véritable caractère de la spécificité avec son cachet indélébile, la contagion. Mais cette spécificité, ainsi que la propriété contagieuse qui en est l'inséparable compagne, vont s'affaiblissant l'une et l'autre à mesure qu'on s'éloigne de ce type, si bien que lorsqu'on arrive aux formes les plus simples et les plus élémentaires, celles dont on saisit la filiation naturelle avec les conditions organiques propres à l'accouchement, la spécificité ne se comprend plus.

Ainsi que l'a dit avec un sens profond et une grande vérité un de nos savants confrères, qui a pris une grande part à cette discussion dans la presse médicale, M. Pidoux, ce qui distingue une maladie spécifique, c'est d'être telle à tous ses degrés, au plus faible comme au plus fort, comme la variole, la scarlatine, etc., qui sont spécifiques et contagieuses par elles-mêmes et indépendamment de leur degré ou de leur gravité. Or, considérée en soi et indépendamment des circonstances qui lui impriment le caractère de malignité, la fièvre puerpérale est loin de se comporter ainsi.

La fièvre puerpérale a été niée encore comme unité morbide, mais à un point de vue très-différent. Dans une série de lettres publiées dans l'*Union Médicale*, et qui résument tout ce que l'observation clinique a pu fournir d'arguments en faveur de la doctrine localisatrice, M. Béhier énonce la proposition suivante, qui est à la fois la prémisse et la conclusion de son travail, savoir : « Que les accidents observés chez les femmes en couches ne sont » pas d'un ordre spécial, sans analogues dans la pathologie; » qu'ils sont nettement expliqués par des lois applicables à d'autres affections non puerpérales, et que la fièvre puerpérale » n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle. »

Pour M. Béhier, comme pour M. Trousseau, tous les accidents dont il s'agit et toutes leurs complications peuvent parfaitement être assimilés à ceux qui résulteraient d'une opération chirurgicale pratiquée sur l'utérus. C'est la doctrine du traumatisme de M. Trousseau, moins la spécificité.

Nous n'avons pas besoin de dire que pour M. Piorry, il ne saurait y avoir de fièvre puerpérale, pas plus qu'il n'y a pour lui de fièvre typhoïde ou de toute autre unité morbide; c'est en fait d'analyse et de dissémination des éléments pathologiques le modèle du genre. Personne, du reste, n'a fait mieux ressortir que M. Piorry la multiplicité et la complexité des accidents puerpéraux, représentant un ensemble d'états pathologiques qui se succèdent et se compliquent de la manière la plus variée; et nul peut-être n'a décrit avec plus d'exactitude leur ordre de succession. Mais plus qu'à tout autre aussi, le lien qui rattache entre eux ces états si divers devait lui échapper.

Il nous resterait enfin une dernière doctrine à apprécier, doctrine que son auteur a désignée, pour la caractériser et la distinguer de toutes les autres, par l'épithète de *physiologique*. Elle repose, en effet, sur cette donnée physiologique dont M. J. Guérin a tiré un si heureux parti dans un autre ordre de faits, savoir la manière toute différente dont se comportent les plaies suivant qu'elles sont mises au contact ou à l'abri de l'air. La plaie placentaire est considérée comme une plaie sous-cutanée quand les choses se passent régulièrement, c'est-à-dire lorsque, après l'accouchement, la matrice revient régulièrement et graduellement sur elle-même; elle est considérée dans le cas contraire comme une plaie découverte, — d'où altération des fluides sécrétés, résorption, et tous les phénomènes morbides qui s'ensuivent.

Cette première partie de la théorie de M. Guérin, se rattachant à la théorie de l'infection putride, serait passible des mêmes objections, qui ne lui ont pas manqué d'ailleurs. Mais ce n'est là

(1) Fin. — Voir les numéros des 13 et 17 juillet.

FEUILLETON.

Les organes des sens et en particulier ceux de l'odorat, du goût et de l'ouïe chez les poissons. — Singulière propriété des *teredo* fossiles.

Nous avons exprimé à plusieurs reprises dans ces causeries le respect et l'admiration que nous commandait la verte vieillesse du Nestor de la médecine et du Muséum. Il est si beau de voir encore à la lutte cet homme que des labeurs de plus d'un demi-siècle invitent au repos! Pour nous, c'est avec bonheur que nous lisons les travaux que M. Duméril communique si fréquemment à l'Institut, et nous croyons que nos lecteurs nous sauront gré de les leur faire connaître.

Il y a quelques semaines le savant professeur étudiait les modifications que le séjour obligé dans l'eau a dû imprimer aux organes du goût, de l'odorat et de l'ouïe des poissons. A côté de faits connus, on trouvera des idées particulières à l'auteur, dont nous ne pensons pas pouvoir accepter la responsabilité malgré la puissante autorité de son nom.

Les yeux des poissons sont le plus souvent symétriques et semblables dans leur structure intime à ceux des autres vertébrés. Les modifications qu'on y observe sont évidemment dépendantes d'un long séjour dans l'eau; telles sont l'absence des paupières et des larmes, l'aplatissement du globe oculaire, le peu de saillie de la cornée transparente, la moindre proportion de l'humeur aqueuse, la sphéricité du cristallin, le plissement de la rétine, etc.

L'organe de l'ouïe a été réduit à sa plus grande simplicité; il n'y a ni conque, ni conduit auditif, ni trompe gutturale, ni tympan, ni caisse aérienne. L'instrument acoustique est logé à la base du crâne; il consiste en un sac membraneux; on y retrouve les trois canaux semi-circulaires élastiques, avec leurs ampoules ou portions dilatées, aboutissant à une sorte de labyrinthe, cavité remplie d'une matière gélatineuse tremblottante, dans laquelle sont maintenues en suspension des matières pulvérulentes, ou des concrétions calcaires vibratiles; sur cet appareil vient s'étaler la pulpe nerveuse, portion spéciale et déterminée du système général de la sensibilité.

Le toucher actif chez les poissons ne consiste que dans la sensation du contact des matières solides. Ces animaux n'ont rien à comparer, à juger qu'à l'aide de leurs autres sens, parce que leurs membres ne peuvent jamais envelopper les points opposés de la surface des corps pour en mesurer les dimensions, la température, la forme, la sécheresse et les autres particularités de la matière. Les tentacules, les barbillons, les lèvres, les suçoirs, les trompes, etc., ne servent guère qu'à palper; c'est un attouchement passif.

Jusqu'ici M. Duméril ne professe que des idées admises par tous, mais voici que nous allons lui voir aborder une question nouvelle et trop étrange pour ne pas soulever d'opposition. Il s'agit de la substitution d'un organe à un autre : le goût résiderait chez les poissons dans l'organe de l'olfaction. Nous laissons la parole à l'auteur de cette proposition :

« On sait que, dans tous les animaux qui vivent dans l'air, l'organe de l'odorat est situé sur le passage du fluide élastique servant à la respiration, puisque c'est le seul véhicule des matières odorantes. Or les poissons ne respirent pas des gaz, c'est de l'eau même qu'ils avalent pour la faire parvenir dans la cavité où se trouvent leurs branchies aquatiques, qui remplissent les fonctions des poumons aériens.

» Cependant, parmi les emplois utiles du sens de l'odorat, il en est un très-important, c'est celui de transmettre des notions sur la direction suivie par d'autres animaux qui peuvent servir à la propre alimentation de l'individu ou subvenir à ses besoins instinctifs pour la conservation de sa race. Il juge ainsi de leur rapprochement ou de leur éloignement. L'atmosphère devient le guide invisible qui dirige l'animal dans toutes ses facultés actives pour attirer, repousser ou poursuivre; pour s'éloigner du danger qu'il doit éviter, ou pour se rapprocher de ce qui peut lui être utile; car tout besoin satisfait est une jouissance ou une sensation de plaisir. N'est-il pas probable que, dans le même but, l'eau apporte en suspension les matières émanées du corps même des diverses espèces, dont quelques parties ont été ainsi dissoutes, et qu'elles peuvent être alors appréciées, comme saveurs, au lieu de l'être comme substances odorantes?

» Ce n'est pas uniquement dans la spécialité du nerf de l'olfaction que réside la faculté d'odorer, mais surtout dans la disposition mécanique de l'organe, qui exige une application directe et immédiate du corps gazeux; car il n'y a de véritable olfaction que chez les animaux qui respirent dans l'air. Un être vivant, constamment plongé dans un liquide, paraît avoir moins besoin d'un sens qui ne lui ferait connaître que les qualités des gaz. Cependant les poissons ont évidemment l'organe, dont les nerfs sont même excessivement développés.

» Les narines existent dans tous les poissons, mais elles ne sont pas situées sur le passage direct de l'eau destinée à la respiration. Le liquide qui entre rapidement dans leur bouche, en sort par une autre issue. Les cavités, que nous pouvons encore nommer olfactives, ne communiquent le plus souvent ni avec la bouche ni avec la gorge; ce sont des impasses, des cupules logées dans les fosses plus ou moins

aux yeux de M. Guérin, que l'un des phénomènes qui peuvent expliquer le point de départ, le début de la fièvre puerpérale; or il y a là un fait d'observation incontestable et dont nous avons été à même de constater la réalité, c'est le rapport fréquent qui existe entre le défaut de retrait de l'utérus et le développement des phénomènes initiaux de la fièvre puerpérale.

Mais M. Guérin a eu garde de faire tout procéder de ce fait seul; il a fait la part de l'influence épidémique ainsi que d'autres circonstances prédisposantes ou modificatrices; et dans ces termes il y a, comme on peut le voir, plus d'un point de conformité entre sa théorie et notre manière de voir.

Les diverses opinions que nous venons de passer ainsi rapidement en revue, mettent en relief une circonstance qui les motive sans les justifier toutefois. On se demanderait volontiers, en effet, où est l'unité morbide de la fièvre puerpérale dans cette série d'accidents si variés qu'on a fait dérouler sous nos yeux, depuis le plus léger degré de phlegmasie utérine jusqu'au typhus puerpéral de forme nerveuse et sidérante, si on ne les rattachait par un lieu étiologique à leur origine commune, et si on ne les considérait tous comme primés et dominés par l'état organique spécial de la femme enceinte ou nouvellement accouchée.

A l'aide de cette donnée, on reconstitue, sinon une unité absolue, du moins un groupe unitaire que nous représenterons volontiers par l'expression collective d'*affections puerpérales*, réservant exclusivement pour la forme typhique l'expression de *fièvre puerpérale* proprement dite, qui ne saurait evidemment convenir aux accidents du premier ordre.

Nous voici parvenu à la partie de notre tâche qui devrait être la plus importante et qui sera la plus courte, parce qu'elle est malheureusement la plus stérile, nous voulons parler du traitement de la fièvre puerpérale.

Pour ce qui est de la fièvre puerpérale grave, épidémique, le typhus puerpéral, ces debats n'ont que trop bien fait ressortir l'inanité absolue de tous les efforts de la thérapeutique; M. Beau a vainement accumulé preuves et arguments pour faire prévaloir les titres de la medication quinique contre une aussi cruelle et radicale sentence; toute l'habileté de son argumentation est venue échouer contre les irrécusables témoignages collectifs de tous ses collègues. Traitement curatif, traitement prophylactique, tout a été noyé dans le même gouffre de la négation. Rien, rien, rien, tel est le dernier mot des hommes les plus consommés dans l'étude de la fièvre puerpérale, et les plus habiles dans l'expérimentation thérapeutique.

Cependant est-ce une raison pour ne rien tenter à l'avenir? Assurement non. Qui voudrait donc se résigner à proclamer l'incurabilité absolue, définitive, d'une maladie quelconque et s'interdire à tout jamais le droit de tenter quelque chose, fût-ce l'impossible! Essayez donc, dirons-nous à nos confrères, suivez pas à pas les indications que chaque cas particulier peut faire naître sous votre active surveillance, et ne vous laissez pas décourager par de nouveaux insuccès. Connaissons nous mieux le traitement spécifique du choléra épidémique? et cependant qui oserait affirmer, ainsi que l'a dit M. Guérard, que les tâtonnements de la thérapeutique n'aient pas plus d'avantages qu'une décourageante inaction? L'expérience à cet égard s'est prononcée.

Toutefois, si l'art est impuissant jusqu'ici contre la fièvre puerpérale proprement dite, telle que l'entendent les essentialistes, s'il est tout aussi dépourvu en présence des symptômes de l'infection purulente, qui est une de ces autres formes graves de l'*affection* puerpérale telle que nous l'avons définie, il n'en est pas de même de tous les autres accidents, qui n'en sont que des degrés ou des préliminaires. Et c'est ici le cas de rappeler l'opportunité de l'adage si vulgaire, mais si sage, *principiis obsta*; car on n'est jamais certain, surtout en temps d'épidémie, qu'une affection puerpérale qui commence avec des apparences benignes, ne changera pas rapidement d'allure, et ne dégénérera pas en fièvre puerpérale grave.

Mais plus décourageante a été à cet égard l'enquête académique, plus active et plus entreprenante doit se montrer la prophylaxie. Il n'y a là-dessus qu'une voix. Il n'y a qu'une voix aussi pour reconnaitre que si les grands centres d'agglomération de femmes en couches ne sont pas la cause positive et exclusive de ces épidémies terribles qui déciment de temps en temps la population féminine, ils sont du moins un aliment qui tend à en multiplier et à en perpétuer les germes.

Nous ne discuterons pas ici les divers moyens qui ont été proposés. Il en est un, entre autres, sur lequel nous nous proposons de revenir plus tard, quand nous aurons pu nous procurer les documents qui nous manquent en ce moment pour démontrer la possibilité et l'opportunité de son application. Nous nous bornerons pour l'instant à déclarer que notre adhésion est acquise d'avance à toute mesure qui tendra à diminuer le nombre et l'étendue de ces foyers, tout en respectant les nécessités de l'enseignement et en faisant la part des positions qui ne sauraient comporter d'autre genre de secours que ceux qui sont répartis dans les maisons publiques d'accouchement. — D[r] Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Influence de la respiration sur le volume du cœur et du foie.

Il y a quelques mois, M. Piorry fut amené par une série de faits plessimétriques à reconnaître que le cœur et le foie chez un individu en état de santé diminuaient de volume par les inspirations forcées. Depuis cette époque, ce savant professeur a cherché à approfondir ce phénomène, et à en tirer toutes les applications cliniques dont il est susceptible. Dans une de ses leçons cliniques si éminemment pratiques, il a résumé les différentes phases par lesquelles cette question a passé, et c'est son opinion sur ce sujet que je vais essayer de développer ici.

Pour plus de clarté, je vais prendre pour exemple la malade qui a servi dans l'expérimentation dernière à montrer le fait aux élèves. On va voir quelles sont les modifications subies par le cœur et le foie.

Au n° 17 de la salle Sainte-Anne est couchée la nommée G... (Maria), atteinte d'hystérie, et qui n'a aucune lésion du côté du cœur ou du foie. Sur cette malade, M. Piorry limite le cœur, et trouve qu'il a 11 centimètres de droite à gauche; il trouve pour le foie 14 centimètres de haut en bas (je néglige les autres diamètres). Ceci fait, il ordonne à la malade de respirer fortement vingt fois de suite, et il percute de nouveau : au lieu de 11 centimètres pour le cœur, il n'en trouve plus que 9 à 9 et demi; pour le foie, au lieu de 14, 12 et demi environ. Ce n'est pas tout : engageant maintenant cette malade à retenir sa respiration, il constate que le cœur et le foie non-seulement reviennent à leur état normal, mais encore augmentent d'une légère quantité.

Comme ce fait se renouvelle à volonté sur tous les malades, on comprend quelle influence il peut avoir pour éclairer le diagnostic et le traitement des maladies de ces deux organes. Ce que je viens de dire du reste est complétement en rapport avec ce que l'anatomie pathologique nous montre tous les jours. Toutes les fois qu'un individu meurt d'asphyxie par l'accumulation de l'écume dans les bronches, le cœur et le foie sont très-gros, gorgés de sang; quand, au contraire, la respiration a été libre jusqu'à la fin de la vie, ces organes sont petits, privés de sang.

Voyons maintenant les applications pratiques que l'on peut tirer de ce phénomène.

Il peut servir pour établir le diagnostic :

1° De l'hypertrophie et de la dilatation du cœur;

2° De l'hépatémie (congestion du foie) avec les lésions de nutrition de cet organe.

Pour établir le traitement de la dilatation du cœur (cardiectasie), de l'hépatémie et de quelques états organopathiques qui sont la conséquence de ces maladies.

1° *Diagnostic de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur.* — Jusqu'à présent on ne pouvait guere distinguer une dilatation du cœur d'avec une hypertrophie qu'à l'aide des symptômes suivants : matité plus étendue à la région précordiale, faiblesse des battements du cœur, absence d'impulsion; ces signes, s'ils étaient toujours bien tranchés, permettraient d'établir le diagnostic de la dilatation d'une manière à peu près certaine; mais dans le plus grand nombre des cas on reste dans le doute. A l'aide des signes physiques que je vais indiquer, le diagnostic ne peut rester un moment douteux; je suppose les cas bien tranchés de deux malades atteints l'un d'hypertrophie, l'autre de dilatation générale du cœur. Je limite exactement le volume du cœur sur ces deux malades, et je leur ordonne de respirer fortement plusieurs fois de suite. Je limite de nouveau, et je trouve que chez le malade atteint d'hypertrophie le cœur n'a pas changé de volume; tandis que chez celui qui avait la dilatation, le cœur est revenu à sa moyenne normale (c'est-à-dire environ 11 centimètres de droite à gauche). Si on avait maintenant affaire à une dilatation ou à une hypertrophie partielle des cavités du cœur, la cavité dilatée reviendrait seule à son état normal par les inspirations répétées; la cavité hypertrophiée conserverait, au contraire, toujours son même volume. Si, ce qui arrive le plus souvent, la dilatation était accompagnée d'une hypertrophie, le diagnostic serait des plus faciles, car dans ce cas, le volume considérable du cœur, qui diminuerait d'une faible quantité par les inspirations répétées, indiquerait l'hypertrophie avec dilatation. Le cœur diminue dans la dilatation en se vidant du sang qu'il contient. Il y a déjà longtemps que M. Piorry avait remarqué qu'en faisant une saignée à un malade atteint de dilatation, le cœur diminuait de volume.

2° *Diagnostic de la congestion du foie avec les lésions de nutrition de cet organe.* — Ce sujet est très-important, car les auteurs ont donné des symptômes bien peu précis pour reconnaître une hépatémie avec une hypertrophie du foie, par exemple; cependant le diagnostic est des plus simples. Dans les congestions, le foie, que l'on trouve par la percussion augmenté de volume, diminue après des inspirations forcées; il conserve, au contraire, son volume normal dans l'hypertrophie, de même que dans la cirrhose, le cancer, l'induration du foie, etc. Dans la congestion inflammatoire du foie (hépatémite), la douleur, jointe à une certaine diminution de volume de l'organe en faisant respirer fortement le malade, permettrait de poser le diagnostic.

Du traitement de la dilatation du cœur, de la congestion du foie et de quelques états organopathiques qui en sont la conséquence.

Tout ce que je viens de dire pour le diagnostic nous permet d'établir d'une manière très-nette le traitement de la dilatation partielle ou générale du cœur, avec ou sans hypertrophie, de l'hépatémie et de l'hépatémite. Dans toutes ces maladies, il suffira de faire faire de temps en temps au malade de profondes inspirations pour voir une amélioration notable survenir. Dans un grand nombre de cas sans doute, surtout pour les dilatations avec hypertrophie, la guerison ne sera pas radicale, mais le malade obtiendra toujours un grand soulagement, et la lésion restant presque stationnaire permettra au malade de prolonger pendant longtemps son existence. Quant à l'hépatémie, la guérison sera rapide, a moins qu'elle ne soit liée a une altération considérable du cœur qui gène le cours du sang dans cet organe.

J'ai déjà vu, dans le service de M. Piorry, beaucoup de malades atteints des lesions que je viens de mentionner, gueris ou soulagés par ce traitement si simple.

---

masquées par des replis érectiles de la peau, garnies de soupapes pour attirer ou chasser alternativement une certaine quantité d'eau, chaque fois que le poisson fait entrer le liquide dans la cavité buccale, par un mécanisme qui dépend de l'articulation et des mouvements des os labiaux et des maxillaires supérieurs. Généralement, la membrane sensitive qui reçoit l'épanouissement du nerf olfactif présente des plis disposés en rayons, partant comme d'un centre concave, toujours protégés par une sorte de mucus.

» Telle est, d'une manière fort abrégée, la disposition de l'organe auquel on attribue presque toujours, et par analogie de structure et de situation, les fonctions des narines. Cependant le physiologiste est aujourd'hui conduit à penser que ces prétendues narines sont plutôt les organes du goût que ceux de l'olfaction. En effet, les matieres sapides ont toujours besoin d'un dissolvant liquide, quand elles ne sont pas actuellement en dissolution. Intrinsèquement les liquides ne peuvent avoir d'odeur, ni les gaz de saveur, sans changer la nature de leurs formes. La sensation qu'ils produisent est le résultat du contact matériel de molécules appliquées immédiatement sur des surfaces sentantes, humides et très molles.

» Les poissons avalent leur nourriture tout d'une pièce, sans la goûter d'avance, sans la diviser ou la mâcher. Ils n'ont, pour la plupart, ni salive, ni glandes salivaires; la cavité de leur bouche est très-ampliﬁable, tapissée par une membrane coriace, peu sensible, parce qu'elle est souvent hérissée de dents ou d'épines, s'opposant à un contact intime de la matière qui doit être avalée. Leur langue est rarement mobile et charnue; elle n'est pas flexible, allungeable, contractile, repliable, parce qu'elle n'a pas de muscles intrinsèques; d'ailleurs sa surface n'est jamais garnie de papilles.

» Il répugne, il est vrai, de penser que l'organe du goût puisse faire défaut absolu à un animal, puisque de cette sensation dépend la conservation de l'individu; ce sens paraîtrait le dernier à s'oblitérer. Cependant, par cette seule circonstance que le mode de respiration n'est plus le même, il s'est opéré un changement qui était devenu nécessaire. Le frottement, le passage continuel de l'eau, ont dû émousser la sensibilité de la bouche. Le besoin de respirer continuellement par cet orifice était un obstacle à ce qu'un aliment pût rester longtemps dans la bouche pour y être soumis à la mastication, acte dans lequel se font spécialement apprécier les saveurs.

» Nous savons que, dans quelques cas, un organe peut être suppléé par un autre. Les aveugles, dans certaines circonstances, ont pu subvenir par l'ouïe à la sensation qui leur manque. Les sourds jugent souvent des sons par la vue ou par des signes qui les représentent. Les saveurs ne pourraient-elles pas être perçues chez les poissons par l'organe de l'odorat? C'est une opinion que nous avons émise et publiée dans une dissertation, il y a plus de cinquante ans, et que nous reproduisons ici. »

Nous n'avons pas voulu toucher à ce travail pour ne rien lui ôter de la conviction de l'auteur, conviction que nous ne saurions partager. Que chez les personnes privées d'un sens, un autre organe prenne un plus grand développement et devienne beaucoup plus sensible, tout le monde est de cet avis; mais il nous semble difficile de croire à la substitution d'un sens par un autre, et de dire, par exemple, qu'on sent par la bouche.

— Pendant un séjour que M. Phipson, savant dont nous avons déjà étudié ici les observations météorologiques, fit récemment à Bruxelles, il eut l'occasion de faire une remarque assez curieuse sur des *Teredo* fossiles.

Des ouvriers travaillaient dans les sables calcarifères des terrains tertiaires de cette ville, c'est-à-dire dans l'étage eocène moyen, et lui apportaient les fossiles qu'ils découvraient : c'étaient des fruits, des tiges de palmiers de bambous, de peupliers complétement pétrifiés, ou bien des coquilles d'huîtres, des nummulites, etc. Un jour, on lui remit un amas de *Teredo*. Ces fossiles exhalaient une odeur de mer extrêmement forte. Mais, à mesure qu'on les abandonnait pendant quelque temps sur terre, ils perdaient leur odeur, qu'on ne pouvait faire accuser de nouveau que par le frottement ou le grattage avec un couteau.

Ces fossiles, plongés dans l'étage eocène moyen, avaient donc quelques milliers de siècles, et, chose singulière, l'odeur qu'ils exhalaient permet d'affirmer qu'aux temps antédiluviens la mer avait les mêmes émanations que de nos jours.

Les *Teredo* dont il s'agit ici appartiennent à l'espèce Teredo corniformis, *Lam.* De nos jours, on la rencontre dans les noix de coco et dans les bois qui flottent dans les mers tropicales. Les tubes varient beaucoup en grosseur et se contournent dans tous les sens; on les trouve parfois en amas, sans le moindre vestige de bois. Les tubes ont deux enveloppes bien distinctes : la plus interne, très-mince, constitue la coquille du mollusque; elle est recouverte d'une couche de calcaire à structure cristalline radiée, qui a quelques millimètres d'épaisseur, et parsemée a sa surface de nombreux cristaux qui lui donnent un aspect rugueux. La cavité des tubes est vide ou remplie de cristaux disposés a la manière des cristaux de géodes. Enfin, à l'extérieur, ils sont recouverts d'un enduit noir d'apparence charbonneuse, qui ne se dissipe ni au feu du chalumeau ni dans l'acide nitrique bouillant.

D[r] E. Renaud.

Dans un cas d'hydropéritonie (ascite) et d'infiltration des membres inférieurs liés à une maladie du cœur, ces deux états organopathiques ont disparu en quelques jours sous l'influence exclusive des inspirations forcées. Voici, du reste, l'observation de la malade qui est actuellement dans le service de M. Piorry.

Le 29 juin 1853, est entrée salle Sainte-Anne la nommée B..., âgée de soixante-quatre ans. Cette femme, d'une constitution médiocre, présente à son entrée dans le service les états organopathiques suivants :

1° Hypertrophie du cœur avec dilatation ;

2° Insuffisance aortique ;

3° Hydropéritonie et infiltration des membres inférieurs ;

4° Tubercules au sommet du poumon droit ;

5° Hyperémie et hydrémie.

La première fois que M. Piorry vit cette malade, il lui vint à l'esprit qu'en faisant diminuer le volume du cœur par des inspirations répétées, il favoriserait la circulation, empêcherait l'épanchement liquide de se faire dans l'abdomen et les extrémités inférieures, et favoriserait la résorption de celui qui était déjà formé. Il ordonna donc à la malade de faire de fortes inspirations ; et afin de voir si réellement le liquide contenu dans le ventre diminuait, il limita exactement la hauteur à laquelle l'épanchement s'élevait, la malade étant couchée sur le dos. Deux jours après, il vint voir de nouveau cette malade et trouva ses jambes presque désenflées ; il ne restait d'œdème qu'à la région postérieure des cuisses ; la hauteur de l'épanchement liquide avait sensiblement diminué. Enfin, samedi 10 juillet, la malade se trouve beaucoup mieux ; son ascite est complétement dissipée ; elle n'est cependant pas guérie ; car l'insuffisance aortique, ces tubercules au sommet du poumon droit sont des maladies trop graves pour obtenir une amélioration complète. Mais la malade, qui était arrivée à la Charité dans un état extrêmement grave, se trouve notablement mieux, et la maladie étant pour ainsi dire palliée, l'existence de cette malade pourra être naturellement prolongée.

Je ferai remarquer, en terminant ce sujet, que c'est à l'aide du plessimètre seul que l'on peut arriver à limiter assez exactement le cœur et le foie pour apprécier les différences de volume, que quelquefois assez minimes, que subissent ces organes. L'opinion que j'émets en ce moment est celle de M. Piorry, qui, voué depuis trente ans à l'étude de la percussion, est une autorité assez imposante pour être crue sans conteste. A. Gros.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Clinique des maladies simulées (1).

Incontinence d'urine. — Simulation. — On donne le nom d'incontinence à l'écoulement involontaire et non douloureux de l'urine par le canal de l'urèthre. Cet écoulement peut être continu ou périodique ; il a plusieurs causes que nous allons rappeler brièvement. Tantôt la sensibilité et la contractilité du corps entier de la vessie sont exaltées, diminuées ou abolies ; tantôt le col vésical seul a perdu plus ou moins complétement sa tonicité. Ces désordres sont habituellement occasionnés par la cystite chronique, simple ou compliquée de tumeurs ou de fongosités, les calculs, les manœuvres de la lithotritie, le rétrécissement ou une dilatation excessive de l'urèthre, l'opération de la taille, l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate avec écartement des lobes latéraux, les contusions de la région lombaire, les altérations morbides de l'axe cérébro-spinal, etc.

On a signalé la débilité générale, la constitution lymphatique, comme les conditions organiques les plus favorables à l'incontinence. Il est à craindre qu'on ait pris quelquefois l'effet pour la cause. En effet, les calculs urinaires, les paralysies, les tumeurs vésicales, sont compatibles avec toutes les constitutions, et les sujets lymphatiques ne sont pas les seuls dont la prostate se déforme ou dont la vessie peut être intéressée par une blessure ou par une opération chirurgicale. Sans doute, un certain degré d'affaiblissement général, de chétivité de l'organisme, rend assez vraisemblable l'incontinence, mais il faut savoir aussi que les qualités opposées ne sont pas toujours une présomption de simulation.

Le diagnostic de cette infirmité est simple et facile. Quand l'écoulement involontaire de l'urine s'effectue d'une manière permanente, le liquide sort du méat urinaire sous forme d'un véritable suintement. L'urine est aqueuse, incolore, insipide ; la verge, le gland offrent une teinte blafarde et une certaine bouffissure. Le scrotum, la partie interne des cuisses, les fesses sont rouges, quelquefois excoriées ou recouvertes d'un sédiment lithique qu'y laisse l'urine en s'évaporant. Le corps, les vêtements de l'individu, exhalent une odeur ammoniacale très prononcée. En général, les incontinents sont peu robustes ; ils ont la face pâle, les membres grêles ; les organes génito-urinaires sont flasques et semblent imbibés de sérosité. Cette complexion spéciale est plus souvent l'effet que la cause de l'infirmité.

L'incontinence persiste rarement au delà du jeune âge. Elle s'observe donc rarement parmi les adultes, à moins qu'elle ne soit chez ceux-ci l'effet d'un accident. Néanmoins les conscrits allèguent fréquemment cette infirmité comme un motif d'invalidité. Le nombre des faux pisseurs est considérable encore dans l'armée, surtout parmi les cavaliers. Qui a confessé un de ces pisseurs, les a tous entendus. Leur maladie date invariablement de l'enfance, ou bien elle résulte d'une chute de cheval ou du haut d'un arbre. S'ils n'ont pas declaré leur infirmité devant le conseil de révision, c'est qu'ils espéraient trouver soit au régiment, soit dans les hôpitaux militaires, les moyens de se guérir.

Voici quelques données à l'aide desquelles on parvient aisément à discerner le mensonge de la vérité, et à déjouer la supercherie quand on la soupçonne.

Il est assez facile au simulateur d'imiter quelques-uns des symptômes de l'incontinence, tels que la pâleur du gland et du méat urinaire, l'odeur ammoniacale, l'érythème des cuisses, en urinant dans ses vêtements et dans son lit. Mais là s'arrête le pouvoir de l'imitation.

Lorsque la simulation s'applique à l'incontinence permanente, il suffit, pour constater la fraude, de vider d'abord la vessie à l'aide d'une sonde, puis de faire coucher l'individu sur un plan horizontal, et après avoir essuyé l'extrémité du gland, d'examiner comment le liquide s'échappe du méat urinaire. Si l'incontinence est réelle, l'urine sort goutte à goutte, à mesure qu'elle est sécrétée, sans efforts de la part du sujet, sans aucune contraction musculaire. Dans le cas contraire, ou bien il ne sortira rien, ou bien l'on s'apercevra à l'action des muscles abdominaux, à la respiration, qui est momentanément suspendue, et au jet de l'urine, qui sort par bonds, que l'individu fait effort pour chasser volontairement quelques gouttes de ce liquide.

Dans l'incontinence périodique, l'individu ne pisse au lit que pendant son sommeil. Ici l'urine s'échappe presque toujours brusquement, avant que le besoin s'en soit fait sentir, et par conséquent sans que le malade ait pu s'y opposer. La simulation de l'incontinence nocturne est moins incommode, moins fatigante, et offre plus de chances de succès que la simulation de l'incontinence permanente ; voilà sans doute pourquoi elle est généralement préférée par les fraudeurs.

On a conseillé pour amener l'aveu d'une imposture de recourir aux épreuves douloureuses, telles que l'application d'un vésicatoire ou de plusieurs moxas sur la face interne des cuisses, sur les lombes ou au périnée. Ces moyens paraîtront peut-être sévères, cruels même, mais il faut convenir pourtant qu'ils constituent l'un des meilleurs traitements à employer si la maladie était réelle.

Fodéré recommande de nouer avec un ruban cacheté l'extrémité de la verge du pisseur. Au bout de quelques instants, dit-il, le canal de l'urethre se gonfle par l'accumulation de l'urine derrière l'obstacle. Dans le cas contraire, il y a lieu de supposer la simulation. La naïveté de ce procédé en laisse facilement pressentir l'inutilité.

On rencontre quelquefois des simulateurs assez simples pour donner dans tous les piéges qu'on leur tend. En voici un exemple assez curieux :

P..., jeune soldat, originaire de la Picardie, entre au Val-de-Grâce, le 6 avril 1853, en qualité de pisseur. Cet homme attribue l'incontinence dont il se dit atteint à une chute faite d'un cerisier il y a huit ans. Après un examen attentif des organes génito-urinaires de P..., M. Champouillon feint d'y reconnaître les signes d'une incontinence vraie. « Vous êtes bien à plaindre, dit-il à ce jeune homme, d'être pour vos camarades un objet de dégoût et de plaisanteries continuelles. Moi, je vous prends en pitié, mais je ne puis pas vous guérir, par conséquent je vais vous faire réformer. Toutefois, avant de vous présenter au général, il faut que je voie moi-même de quelle manière vous pissez : tâchez donc de garder votre urine depuis minuit jusqu'à demain à six heures du matin. »

La joie se trahit dans les yeux de P..., qui n'a garde de manquer à la recommandation qui lui est faite ; au moment convenu, il rendit en effet devant M. Champouillon plus d'un demi-litre d'urine.

Depuis longtemps, M. Champouillon a recours au moyen suivant : il a l'avantage de n'être point douloureux et d'être couronné d'un succès constant, quand il est employé avec habileté. On fait saler fortement les aliments du soir, de manière à provoquer de la soif chez le fraudeur ; une dose de laudanum suffisante pour produire le sommeil, est introduite secrètement dans une tisane quelconque. Vers minuit ou une heure du matin, c'est-à-dire au moment où le pisseur est endormi, le médecin de garde se rend près de lui, sonde la vessie, et en retire presque toujours une quantité considérable d'urine. Le plus souvent l'imposteur témoigne par son silence et de la confusion qu'il se reconnaît vaincu ; s'il n'avoue pas sa défaite, M. Champouillon le fait observer pendant les nuits suivantes, et enjoint de le plonger dans un bain de siége glacé si l'incontinence se reproduit. Sur 144 individus suspects soumis à cette méthode de vérification, un seul s'est obstiné à mouiller ses draps.

L'intimidation a souvent réussi à déconcerter les fourbes les plus obstinés. On peut, à l'exemple de M. Begin, attacher et garotter sur une table ou sur un lit le pisseur, comme si on se disposait à pratiquer sur lui l'opération de la taille ; après l'avoir menacé de cette opération, on s'approche suivi d'un réchaud ardent, on s'empare d'un cautère chauffé au rouge, et on fait mine de le plonger dans le périnée. A cette vue, le coquin ne manque guère de se déclarer guéri. Si, au contraire, il a le courage de se laisser faire, on ne pratique qu'une cautérisation superficielle. On annonce hautement et d'un ton ferme, qu'on reviendra à ces cautérisations jusqu'à ce que guérison s'ensuive, et généralement cette guérison ne se fait pas attendre.

D..., soldat de la réserve de 1851, appartenant à un régiment qui avait été désigné pour l'expédition de la Baltique, chercha à se dérober à l'embarquement, sous prétexte d'incontinence d'urine. Cet homme, d'une constitution vigoureuse, ayant des formes cauteleuses et un maintien lamentable, tomba, à l'âge de seize ans, du haut d'une voiture de foin.

Dans cette chute, les reins avaient donné contre l'une des roues, et, depuis cette époque, D... n'avait plus été maître de ses urines. Son livret était chargé de nombreuses retenues de solde pour dégradation d'effets de literie et d'habillement. La verge et le gland surtout étaient d'un blanc livide, ridés comme les mains d'une lavandière ; le scrotum et la partie interne des cuisses offraient de larges plaques érythémateuses marquetées de petites excoriations. En un mot, chez cet individu se trouvaient réunis tous les signes qui rendent l'incontinence vraisemblable. L'assurance seule manquait dans le regard ; c'en était assez pour rendre l'infirmité suspecte. « Vous êtes un fourbe et non un soldat, lui dit M. Champouillon ; vous n'irez pas dans la Baltique, car vous êtes indigne d'un tel honneur ; mais dans une heure vous serez mis en prison, et dans quelques jours le conseil de guerre vous condamnera à dix ans de boulet pour avoir voulu vous soustraire par le mensonge à un service commandé. » A cette menace, D... se trouble, balbutie d'incohérentes protestations, puis tombe aux genoux de M. Champouillon, auquel il offre trois cents francs et sa vache s'il veut bien lui pardonner. D... a gardé son argent et sa vache, est devenu dans la suite un excellent sous-officier, et ne pisse plus au lit du tout.

Lorsque le pisseur se déclare à la caserne, on le fait surveiller pendant le jour, et à son insu ; s'il est constaté, même une seule fois, qu'il urine à volonté et par jets, son imposture se trouve par là même démontrée. On peut encore, pendant la nuit, le faire éveiller à toute heure en l'invitant à uriner ; au bout de quelque temps, le sujet, ennuyé de ces tracasseries et de ces fréquentes interruptions dans son sommeil, renonce à son rôle et se déclare complétement débarrassé de son infirmité.

Dr Sculfort.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 juillet.

DE L'HYDROPISIE DES VILLOSITÉS CHORIALES

(môle hydatique vésiculaire des auteurs).

Par M. le docteur Mattei.

L'observation publiée récemment par M. le docteur Duhamel (voir la *Gaz. des Hôpit.* du 19 juin) m'a donné l'idée de faire quelques recherches sur ces masses vésiculaires, qui, bien que rares, constituent cependant le cas le plus fréquent de ce que l'on appelle les *môles.*

Le premier auteur qui en fasse mention et en donne la figure est Portal (*Obs. sur les accouch.*, 1685, p. 362). Nous en trouvons ensuite quelques dessins dans Vander Wiel (*Obs. rar.*, vol. I, p. 301, 1687) ; Ruysch (*Thesaur. anat.*, 1724, VI, tab. V) ; Albinus (*Annot. acad.*, 1754, lib. I, cap. XVII) ; Gregorini (*Hydrop. uter.*, 1795) ; Wrisberg (*Comment. med. phys.*) ; Sandifort (*Anat. path.*, lib. II, tab. VI) ; Denman et quelques autres ; mais M. Cruveilhier est celui qui les a représentées avec le plus de vérité (*Anat. path. du placenta*, pl. I et II).

Quant aux indications et même aux descriptions détaillées de cette affection, on en trouve dans presque tous les auteurs qui se sont occupés sérieusement des maladies des femmes. Les premiers observateurs se sont d'abord contentés de signaler le fait ; puis sont venues les explications. C'est ainsi que les vésicules dont ces môles sont composées ont été considérées par Ruysch, Albinus, Lanzoni, Vallisnieri, comme des dégénérescences vasculaires du placenta ; puis on les a prises pour des hydatides, et telle était encore l'opinion qui régnait du temps de Laënnec et de Percy. H. Cloquet en avait même fait une espèce à part (*acephalocystis racemosa*) ; enfin, on les a envisagées comme une infiltration ou une hydropisie des villosités choriales.

Les villosités dont se recouvre le chorion dès les premiers jours de la fécondation, et qu'il conserve encore pendant les premiers mois de la grossesse, avaient suffi à Mme Boivin, et surtout à MM. Velpeau et Cruveilhier, pour dire que ces vésicules n'étaient pas des hydatides, mais de simples cellules développées dans ces villosités.

Les hydatides, en effet, sont des animaux cellulaires qui ont la faculté de s'engendrer par intussusception ; une vésicule produit dans son intérieur d'autres cellules, ce qui n'a pas encore été observé pour les môles dont nous parlons. Ici chaque vésicule est parfaitement isolée et n'a de commun avec ses voisines que quelques filaments ou pédicules. Maintenant peut-on dire qu'on ne trouvera jamais d'hydatides dans l'utérus ? Non ; car, puisque ces entozoaires peuvent se développer dans plusieurs autres parties du corps, il n'y a pas de raison pour qu'ils ne se développent pas quelquefois dans l'utérus. Les études microscopiques auxquelles MM. Coste et Robin ont soumis le placenta à l'état normal et dans l'état morbide qui nous occupe sont venues démentir encore plus la nature hydatique de ces cellules.

Une controverse cependant s'élève entre les observateurs : ainsi les villosités choriales pour M. Velpeau ne sont à l'état normal ni vasculaires ni canaliculées, mais noueuses de sorte que les vésicules malades dont nous parlons ne seraient qu'*une hypertrophie ou raréfaction de ces granulations.* Cette opinion trouve un appui dans la figure donnée par M. Cruveilhier, qui représente la cavité des vésicules comme aréolaire et remplie de liquide.

Les études microscopiques de MM. Coste et Robin auraient prouvé au contraire que chaque villosité, soit dans son pédicule, soit dans ses nombreuses branches, est composée d'une artère qui va jusqu'au bout des dernières ramifications et qui en se recourbant devient une veine. Ils ont constaté d'une manière générale la cloison longitudinale qui sépare les deux vaisseaux dans chaque ramification ; dans quelques ramuscules cependant cette disposition paraît avoir avorté (1). Ainsi, pour ces micrographes, les villosités du chorion sont vasculaires ; celles qui vont former le placenta prennent beaucoup de développement, les autres s'atrophient, mais elles conservent toujours la disposition

(1) *Thèse de M. Cayla*, Paris, 1849.

vasculaire. Ce serait par conséquent dans ces cavités vasculaires des villosités que se ramasserait la sérosité qui constitue les vésicules.

Quant à la structure des villosités, je ferai observer, comme d'autres l'ont remarqué déjà, que dans les nombreuses cellules que j'ai divisées, je n'ai jamais pu trouver la cloison médiane que MM. Coste et Robin ont admise à l'état physiologique des villosités, comme je n'ai pas pu trouver le tissu aréolaire de M. Cruveilhier. Le liquide albumineux de ces vésicules, ayant été condensé par l'alcool, donne au contenu un aspect granuleux et à la paroi des cellules un aspect tomenteux ; mais tout disparaît par le lavage sous un mince filet d'eau. Malgré mes nombreux essais, il m'a été également impossible de faire passer par la pression le liquide d'une vésicule dans les vésicules voisines, quoique le pédicule commun parût être assez développé. Je suis donc porté à admettre que ces villosités sont vasculaires dans toute la portion qui forme le placenta, mais qu'elles ne paraissent pas l'être ailleurs, c'est-à-dire là où se produisent le plus souvent les vésicules que nous étudions.

L'opinion généralement admise sur l'origine de ces môles a été toujours celle qui les considère comme le résultat d'une fécondation. Dès le fait de Portal, on avait trouvé les restes de l'embryon au centre même de la môle. Lorsque l'idée des hydatides fut mise en avant, on crut que ces productions pouvaient se montrer même chez les femmes vierges ; c'est ainsi que Percy sauva l'honneur d'une chanoinesse ; mais aujourd'hui que l'étiologie est mieux connue, il n'y a plus de doutes à cet égard, et M. Cruveilhier lui-même croit ces môles incompatibles avec la virginité.

Il faut cependant faire une distinction. Ainsi on a vu des femmes expulser une simple cellule ou poche membraneuse qu'on a rapportée à la môle vésiculaire, parce qu'elle ne contenait pas de trace d'embryon. Ces cellules, à moins qu'elles n'apparaissent à peu de jours d'intervalle les unes des autres, doivent être considérées comme des œufs entiers déjà morts, et dont l'amnios, le chorion et peut-être la caduque elle-même, ont été excessivement amincis par un excès de sérosité. J'ai eu pour mon compte occasion de voir chez une de mes clientes une de ces poches, grande comme une petite noix, et dans laquelle il n'y avait aucune trace d'embryon.

Tout ferait présumer cependant qu'il s'agissait d'un produit de conception. D'autres fois des œufs à peine plus volumineux, et dont les parois étaient tout aussi minces, offraient des rudiments appréciables de l'embryon. Il n'y a qu'un cas où ces vésicules isolées pourraient ne pas être le produit d'une fécondation, c'est celui où la menstruation s'accompagne de sécrétion plastique à la surface utérine ; il y a alors formation de pellicules, et quelquefois peut-être d'une poche sans ouverture, laquelle pourrait se remplir de sérosité. A part ce cas ou des hydatides bien avérées, la môle unicellulaire comme la multicellulaire est toujours le résultat de la fécondation.

Lorsque le fœtus coexiste avec la dégénérescence vésiculaire des villosités choriales, il cesse ordinairement de vivre; mais il faut établir quelques distinctions :

1° Dans le cas de M. Dubamel comme dans ceux qu'ont représentés Ruysch et Albinus, la cavité amniotique a disparu ; peut-être s'est-elle oblitérée pendant qu'elle était encore peu développée, ou s'est-elle ouverte et déformée, ou enfin a-t-elle été réduite à une telle exiguïté qu'elle a échappé à l'investigation anatomique.

Dans ce cas, on trouve une partie résistante ayant un centimètre d'épaisseur et sur quelques points un centimètre et demi. Cette espèce de calotte solide offre une surface convexe, lisse, qui était en rapport avec l'utérus. L'examen de cette surface fait voir qu'elle est formée par la caduque épaissie et par la superposition de caillots sanguins, qu'il est encore facile de décoller. La face concave de cette calotte donne attache à d'innombrables vésicules enchevêtrées entre elles de mille manières, comme si elles étaient de nombreux chapelets. Les figures de Ruysch et d'Albinus offrent exactement le même aspect, et rendent compte de la comparaison qu'on a faite entre ces môles et une grappe de raisin. Si l'œuf n'avait pas été rompu avant sa sortie, on aurait trouvé, comme dans le cas de Portal, que la coque, dont nous voyons ici une partie, s'étendait sur toute la masse vésiculaire qu'elle contenait dans son intérieur. C'est par la rupture de la caduque, lorsqu'elle se fait avant l'accouchement, que se font jour quelquefois les cellules que les femmes perdent à divers intervalles.

2° Dans d'autres cas, la cavité amniotique subsiste, mais il a été impossible d'y trouver ni les traces de l'embryon, ni les restes du cordon qui lui donne attache. Tels sont deux cas dont parle M. Cruveilhier dans l'article que nous avons signalé.

3° D'autres fois on a trouvé l'embryon, mais d'un volume bien inférieur à l'époque correspondante de la grossesse, ce qui prouve que la mort du produit précède de beaucoup l'hydropisie des villosités. Une fois même on a trouvé l'embryon acéphale (1).

4° Enfin, on cite quelques cas dans lesquels le fœtus, malgré la maladie des villosités, serait arrivé à terme et serait né vivant. L'exemple de Brachet, qu'on cite à ce propos (2), n'est cependant pas concluant, car ici il ne s'agit pas de cellules développées dans le placenta ou à la surface fœtale de cet organe, mais de collections purulentes, ce qui est tout à fait différent.

Il ne me répugne pas cependant d'admettre qu'une ou plusieurs villosités puissent être malades et devenir hydropiques sans la mort du fœtus.

Dans un cas de grossesse double, on a trouvé que l'un des œufs avait subi la dégénérescence vésiculaire, et l'autre, continuant sa marche, avait donné un enfant à terme (*Dict. en* 30 *vol.*, *Œuf*, p. 568).

J'arrive aux phénomènes que les môles vésiculaires produisent chez la femme, et ceci a un véritable intérêt clinique.

En général, lorsqu'il y a môle vésiculaire dans le cours des premiers mois, la grossesse offre tous les signes rationnels d'une gestation ordinaire, mais bientôt la scène change.

Pour s'expliquer la suite de ces phénomènes, il faut savoir que l'œuf a en lui-même une vie propre qui est antérieure à la formation de l'embryon, et qui peut persister jusqu'à un certain point après la mort de celui-ci. La vie propre de l'œuf se traduit par l'absorption des matériaux dans lesquels baignent les villosités, et par un certain degré d'organisation des matériaux absorbés. L'embryon lui-même vit et se développe à la faveur des produits absorbés, et qui s'épanchent dans la cavité amniotique. La circulation placentaire, tout en servant d'hématose, peut servir de moyen de nutrition ; mais plusieurs faits m'ont démontré que lorsque le fœtus est monstrueux, malade ou mort, et qu'il ne peut plus consommer les eaux amniotiques, il y a hydropisie de ses eaux, distension prompte de l'utérus, et cette distension est même une des causes qui réveillent promptement les contractions utérines de l'accouchement.

Pareille chose arrive probablement dans l'hydropisie des villosités. Ici le fœtus peut succomber; si la vie générale de l'œuf continue, les produits absorbés resteront dans les radicules mêmes et les canaux qui leur servent de passage. C'est ainsi que je me rends compte du développement subit que prend l'utérus dans ces maladies. Le moment où commence ce développement indique précisément la mort du fœtus. Dans cette manière de voir, c'est la mort du fœtus qui est le fait primordial, tandis que jusqu'ici on a cru que la maladie des villosités était la cause de la mort du fœtus, produit de la conception.

Malgré le développement des villosités, la grossesse cependant continue souvent, et alors le résultat peut être variable selon que l'œuf reste entier, qu'il s'ouvre à sa partie inférieure, ou qu'il est décollé de la surface utérine qui l'alimente.

Lorsque la caduque qui recouvre les villosités distendues reste intacte, la grossesse ne va pas loin. La distension subite qu'éprouve l'utérus réveille les contractions, et l'œuf est expulsé en entier, comme cela eut lieu dans le cas de Portal. Lorsqu'au contraire la distension de l'œuf lui-même, ou les contractions utérines, ont déchiré la coque de cet œuf, il y a alors écoulement de sang et de sérosité pendant plus ou moins longtemps. Cette perte, sans empêcher le développement des villosités, sert pour ainsi dire de soupape au trop plein, de sorte que la grossesse peut aller loin. Ainsi on l'a vue se prolonger même au delà de neuf mois. Une remarque qu'on a faite en général a été celle-ci, que le développement du ventre éprouve un mouvement d'arrêt après l'apparition de ces pertes séro-sanguinolentes.

Enfin, il y a des cas où probablement la vitalité de l'œuf tout entier est détruite, où sa surface est décollée de la caduque dans laquelle les villosités s'alimentent, car la grossesse reste stationnaire pendant des années entières sans produire d'augmentation et sans occasionner les pertes dont nous avons parlé. Tel est le cas d'une veuve dont parle Lossius (1), chez laquelle le ventre resta gros pendant plusieurs années, et à l'autopsie on trouva que l'utérus renfermait une môle vésiculaire.

Le développement de l'utérus n'est pas seulement remarquable par le volume. Dans un cas rapporté par M. Depaul (2), le globe utérin était bosselé. Le ventre, dit Burns (3), qui a eu lieu d'en voir plusieurs exemples, est plus mou et plus léger que dans les cas ordinaires. Le palper abdominal doit donner ici des signes négatifs pour ce qui concerne les tumeurs fœtales, et M. Piorry aurait même signalé un sentiment de craquement semblable à celui qu'on éprouve quand on pétrit une boule de neige (4).

A côté de ces signes propres de la môle vésiculaire se trouvent les signes négatifs de l'auscultation et du toucher vaginal. M. Depaul aurait entendu le bruit de souffle. Mais M. Pajot n'a pas pu le constater dans un cas analogue (5). Ce bruit, du reste, n'a pas de valeur bien marquée. On a cité aussi des cas où l'on a cru sentir le ballottement ; mais tout porte à croire que c'était là une illusion.

Ainsi, dans les premiers mois, le diagnostic de la môle vésiculaire est presque impossible; dès que le milieu de la gestation arrive, ce diagnostic, quoique difficile, est cependant réalisable.

Une particularité pratique mérite de nous arrêter ici ; c'est le caractère différentiel que peut offrir la perte dans la maladie qui nous occupe, et dans les autres grossesses où il y a menace d'avortement ou bien insertion du placenta sur le col utérin.

L'hémorrhagie dont nous parlons ne pourra pas être confondue avec les hémorrhagies dites externes, car le spéculum suffira à pouvoir porter le diagnostic.

Parmi les hémorrhagies internes, il ne reste donc qu'une congestion utérine avec exhalation, un décollement de l'œuf ou une insertion du placenta sur le col.

Quant à la congestion utérine, lorsqu'elle est active, elle trouve sa raison d'être dans l'époque cataméniale, dans une émotion morale, un mouvement fébrile ou autre chose de ce genre ; cette hémorrhagie est rare, et cesse avec la cause qui la produit. Telle serait encore la congestion passive produite par des moyens mécaniques, dont il est facile de reconnaître l'action et de la faire cesser. Dans tous ces cas, du reste, on ne trouve pas les symptômes que nous avons reconnus en propre à la môle vésiculaire.

Le décollement prématuré de l'œuf lorsque celui-ci est sain est un fait rare, quoiqu'on en ait dit, et lorsqu'on aura plus approfondi l'embryologie, on trouvera que dans l'immense majorité des avortements l'état pathologique de l'œuf est la cause véritable de l'expulsion. Le développement graduel du ventre, du reste, sa forme, sa densité, et surtout les signes stéthoscopiques, viendront ici effacer les doutes.

Quant à l'insertion du placenta sur le col, nous avons, outre les signes stéthoscopiques, l'époque et le mode suivant lequel se fait l'hémorrhagie.

Ainsi, la perte par insertion du placenta sur le col n'arrive pas avant le milieu de la grossesse et même plus tard, c'est-à-dire lorsqu'il est possible de s'assurer de la vie de l'enfant par l'auscultation. Cette perte a presque toujours lieu sans prodromes ; elle va ordinairement en augmentant, et ne s'arrête qu'à l'accouchement. Dans cette perte, il n'y a que du sang pur.

La perte, lorsqu'il y a môle vésiculaire, au contraire, arrive ordinairement avant le milieu de la grossesse, et toujours sans qu'on ait pu sentir positivement les bruits du cœur de l'enfant. Cette perte arrive après des troubles du côté du bas-ventre, et surtout après un développement assez prompt de l'utérus, de manière à dépasser l'époque correspondante de la grossesse. Il y a ici, le plus souvent, peu de sang versé; la perte, surtout en continuant, est plutôt séreuse que sanguine; enfin il y a quelquefois sortie de petites vésicules qui mettent sur la voie du diagnostic.

Si le doute pouvait exister pendant la grossesse, il disparaît au commencement du travail. Ainsi, dans l'insertion du placenta sur le col, les investigations qu'on fait par le toucher, et surtout si l'on essaye de passer le doigt entre le col et l'œuf, ces investigations font augmenter la perte ; le doigt tombe ici sur un corps spongieux, lisse et élastique. Dans la môle vésiculaire, au contraire, les investigations ne font pas augmenter la perte, et le doigt tombe ordinairement sur des vésicules caractéristiques qui s'avancent toujours plus ou moins dans le col.

Le pronostic de cette maladie est, comme nous avons vu, très-grave pour l'enfant, et à moins qu'il ne s'agisse de dégénération partielle du chorion, ce qui est très-rare, la mort de l'enfant précède l'hydropisie des villosités. Ce pronostic est au contraire de peu d'importance pour la mère. La perte qu'elle éprouve étant plutôt séreuse que sanguine, ne l'affaiblit pas autant que s'il s'agissait des autres cas dont nous avons parlé. Il est douteux qu'il y ait eu des cas de mort par suite d'hémorrhagie dans les grossesses vésiculaires; tout au contraire, la femme, après la sortie de la môle, est dans le cas d'un accouchement ordinaire.

Je ne dirai rien du traitement, car il me faudrait faire ici le traitement des hémorrhagies en général, et en particulier des hémorrhagies provenant de l'intérieur de la cavité utérine. Tout le traitement spécial qu'on puisse être appelé à faire quand on est sûr du diagnostic, c'est de hâter ou de faciliter la sortie complète de la môle.

(1) V. un cas de M. Dubreuil, *Rev. méd.*, novembre 1831.
(2) V. *Journ. génér. de méd.*, t. CII, p. 38.

(1) *Obs. méd.*, liv. IV ; et Burns, traduct. encyclop., p. 86.
(2) Voir la thèse de M. Cayla, p. 31.
(3) *Loc. cit.*, p. 86 (*Traité d'accouchement*, traduct. encyclop.).
(4) Voir Fabre : *Biblioth. de méd. prat.*, t. I, p. 468.
(5) Thèse de M. Cayla, p. 33.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Cette année, l'hôpital militaire de Châlons ne fonctionne pas comme l'an dernier ; il reçoit tous les malades sérieux ; les infirmeries du camp ne doivent conserver de malades que comme les infirmeries régimentaires.

M. Perier a la direction générale de l'hôpital et des infirmeries. Le personnel de l'hôpital est composé de trois médecins traitants : MM. Ganderas et Collin pour les fiévreux ; M. Lacronique est chargé du service chirurgical. Il y a de plus un médecin aide-major de 1re classe et cinq médecins sous-aides docteurs, venus de l'école de Strasbourg.

Le service pharmaceutique est sous la direction de M. Ditte, auquel sont adjoints un pharmacien aide-major de 1re classe et deux pharmaciens aide-majors de 2e classe.

Les trois ambulances du camp comportent un médecin-major des corps de troupe, un médecin aide-major et un pharmacien aide major. Les trois médecins majors chargés des ambulances sont MM. Liandon, Martenot de Cordoue et Juliani. (auj. des hôpitaux)

— Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille le lundi 15 novembre 1858, pour la nomination du deuxième chef interne de cet hôpital. Ne seront admis à concourir que des candidats âgés de vingt et un ans au moins, célibataires ou veufs sans enfants, qui n'auront pas encore obtenu le titre de docteur. Ils devront produire : 1° Un extrait de l'acte de leur naissance ; 2° un certificat de moralité; 3° un certificat constatant qu'ils ont fait des pansements et autres exercices de chirurgie, au moins pendant six mois, dans un hôpital.

Programme des examens. — 1° Anatomie et physiologie (question orale) ; 2° pathologie externe (question écrite) ; 3° accouchements ; 4° opérations chirurgicales ; 5° clinique interne et externe.

Le temps d'exercice est de trois ans, à dater du 1er janvier 1859. Les émoluments du deuxième chef interne sont fixés à 1,100 fr. Il sera logé dans l'établissement, mais sans y être nourri. Les frais d'éclairage, de chauffage et de blanchissage seront à sa charge.

— M. le docteur Desmarres vient de recevoir de S. M. la reine d'Espagne la décoration de commandeur de 1re classe d'Isabelle-la-Catholique.

— La Société des sciences médicales du département de la Moselle a mis au concours, pour l'année 1859, les questions suivantes :

1° Faire l'histoire des maladies des ouvriers, déterminées par l'une des principales industries de la Moselle (métallurgie, peluches, mines, etc.).

2° Du régime diététique dans les maladies chirurgicales graves, et spécialement après les grandes opérations.

3° Comparer les différents modes de traitement du rhumatisme articulaire aigu, et déterminer par des faits cliniques celui qui doit être généralement préféré.

Chaque prix consistera en une médaille d'or.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, à la Bibliothèque, à Metz, avant le 1er avril 1859.

— Nous avons reçu d'un abonné une lettre signée G..., dans laquelle on nous demande des renseignements sur les épreuves à subir pour obtenir le diplôme de pharmacien. Nous prions notre correspondant de nous donner son nom et son adresse, il lui sera répondu directement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Notice statistique et médicale sur la Malou-les-Bains (Hérault), suivie de l'application des eaux alcalino-ferrugineuses et arsenicales de la Malou-l'Ancien au traitement du rhumatisme, de la névropathie, de la paraplégie et de la chloro-anémie ; par M. le docteur J. L. Duval, médecin inspecteur. Paris, 1858 ; 1 vol. in-8° de 120 pages. Prix : 2 fr. 50. Chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 JUILLET 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

On se rappelle qu'une commission fut instituée à l'occasion de la communication faite par MM. Bouley et Reynal dans la séance du 29 juillet 1857, sur la ligature de l'œsophage, pour contrôler les expériences de ces deux savants, et examiner l'ensemble des documents relatifs à l'importante question de toxicologie qu'elles ont soulevée. Cette commission a accompli aujourd'hui sa laborieuse et utile mission. Elle a exposé, par l'organe de son zélé rapporteur, M. Trousseau, la série des nombreuses expériences qu'elle a fait répéter sous ses yeux ou qu'elle a faites elle-même, et soumis à la délibération de l'Académie les conclusions qui lui ont paru ressortir de ces expériences et d'une discussion approfondie de tous les documents mis à sa disposition.

Il serait superflu de rappeler ici les circonstances qui ont amené l'Académie à mettre cette question à son ordre du jour. L'origine du débat, son but, les phases diverses par lesquelles il a passé jusqu'au moment où la commission a commencé son œuvre, et la relation des travaux auxquels elle s'est livrée, tout cela a été si bien et si nettement exposé dans le rapport, que nous ne pourrions faire que des répétitions inutiles. Nous nous bornerons pour le moment à reproduire ici les conclusions, qui, à cause de l'étendue de ce travail, — que nous n'aurions pu abréger sans préjudice pour l'intelligence de la question, — n'ont pu trouver place aujourd'hui dans le compte rendu de la séance. Voici ces conclusions :

« 1° L'application d'un lien constricteur sur le tube œsophagien est suivie d'une manière assez constante de symptômes spéciaux qui, quelle qu'en soit la cause, ont un caractère assez sérieux pour qu'on doive en tenir compte dans les études toxicologiques.

« 2° Ces symptômes sont d'autant plus accusés que l'œsophage est serré plus étroitement, d'autant moins que sa constriction est plus lâche.

» 3° La constriction permanente de l'œsophage est mortelle dans les 9/10es des cas.

» 4° La durée maximum de la vie ayant été de six jours chez les sujets des expériences qui ont servi de base à ce rapport, ils en verront cette conséquence, qu'on doit concevoir des doutes sur les propriétés supposées toxiques des substances qu'on expérimente, en maintenant l'œsophage lié, lorsque la mort n'arrive, après leur ingestion, que le 2e, 3e, 4e, 5e ou 6e jour qui suit l'opération ; et à plus forte raison si cette période de temps est dépassée.

» 5° Les symptômes caractéristiques de la ligature permanente de l'œsophage sont ceux d'un abattement profond, une fois passée la période des 24 premières heures.

» 6° Les lésions consécutives à la constriction permanente de l'œsophage consistent généralement dans l'inflammation des nerfs qui accompagnent l'œsophage, inflammation avec ou sans foyer purulent dans la région où s'est exercée l'action traumatique : d'où cette conséquence rigoureuse que toute expérience toxicologique dans laquelle cette complication est intervenue doit être annulée comme entachée de suspicion légitime, attendu l'impuissance où l'on se trouve de discerner si, en pareils cas, les accidents mortels résultent des substances essayées ou de l'inflammation des nerfs du cou.

» 7° La ligature temporaire de l'œsophage ne serait mortelle que trois fois sur 100 d'après les relevés statistiques présentés dans ce rapport.

» 8° En règle générale, ses effets sont d'autant moins graves que le temps de son application est moins prolongé : d'où cette conséquence que pour simplifier autant que possible les expériences de toxicologie, il faut laisser le lien constricteur appliqué le moins longtemps possible sur l'œsophage, en ayant soin de ne le serrer que juste au degré voulu pour mettre obstacle au retour des matières ingérées, mais sans intéresser les parois de l'œsophage.

» 9° La ligature prolongée et étroitement serrée de l'œsophage peut, par les désordres qu'elle produit et par les accidents mortels qu'elle entraîne, faire supposer l'existence de propriétés toxiques dans des substances complétement inoffensives.

» 10° La ligature de l'œsophage pouvant être mortelle par exception, même dans les premières heures qui suivent son application, on doit toujours se préoccuper de cette éventualité dans les expériences toxicologiques et s'assurer, par un examen attentif des nerfs du cou et des organes respiratoires, si aucune lésion n'est intervenue, susceptible de compliquer les phénomènes ; puis, comme en définitive toutes les causes de mort, après la ligature, ne sont pas connues, on ne devra formuler une conclusion qu'autant qu'en réfutant les expériences avec les précautions qui viennent d'être indiquées, on aura obtenu des résultats constamment identiques. »

La discussion est ouverte sur cette importante question. Elle sera engagée mardi prochain par M. Bouley, qui a demandé la parole pour ajouter quelques explications au rapport de son collègue. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Des polypes naso-pharyngiens.

Dans la salle Saint-Maurice est couchée une jeune femme anémique en apparence et dont l'état général, néanmoins, est assez satisfaisant. La lésion dont elle est atteinte est une de ces productions bizarres que l'on rencontre dans divers points de l'organisme et plus spécialement dans certaines régions, où leur mode de développement est curieux à connaître. J'ai cru qu'il était important d'appeler votre attention sur cette affection.

Avant tout, et pour rester fidèle aux lois de la clinique, nous allons vous faire connaître l'histoire de cette malade, préliminaire indispensable pour la recherche du diagnostic comme pour l'établissement du traitement.

Cette femme, âgée de trente ans, est fille d'un pêcheur. Dès sa jeunesse elle a partagé les travaux et les fatigues de son père, vivant sans cesse près des rivières, au sein d'une atmosphère viciée et humide.

Dans de pareilles conditions, il était difficile qu'elle ne ressentît pas les funestes effets de ce mode d'existence. Des inflammations catarrhales se sont déclarées dans la muqueuse naso-pharyngienne. L'insouciance, la misère peut-être, les a laissées se développer jusqu'au point de produire des désordres dont l'intensité et la permanence ont éveillé l'attention de la malade.

A dix huit ans, c'est-à-dire il y a douze ans, elle constata un embarras notable dans la narine gauche ; l'air semblait ne plus circuler dans ce conduit ; l'enchifrènement devint de plus en plus sensible, la gêne plus pénible et surtout plus continue. Peu de temps après, elle éprouva une sensation dont elle ne put se rendre compte, et qui la força de consulter un médecin.

M. Bourgeois (d'Etampes) fut appelé, et constata la présence d'une tumeur, dont il fit l'extirpation. Les suites de l'opération furent très-favorables, et la malade se croyait guérie, lorsqu'au bout d'un certain temps apparut dans l'autre narine une nouvelle tumeur, qui nécessita une seconde opération, dont les conséquences ne furent pas aussi heureuses.

Depuis cette époque, la malade ne cherche plus à combattre son mal, qui progresse tous les jours ; la gêne devient peu à peu plus grande, les douleurs plus vives, les hémorrhagies plus nombreuses, plus graves ; enfin cette jeune femme, dont les forces s'affaiblissent d'une manière notable, se décide à entrer dans l'hôpital pour s'y faire traiter.

Voilà son histoire ; nous allons maintenant examiner avec vous son état actuel.

La narine gauche est à peu près libre ; l'air la traverse en produisant un léger sifflement ; l'odorat est intact.

La narine droite, au contraire, est complétement obstruée ; l'air ne la traverse pas ; l'odorat est éteint.

Cette malade a de la tendance au sommeil, pendant lequel elle est obligée de faire des efforts inouïs et bruyants pour inspirer ; la phonation est gênée ; la voix est nasillarde, la parole est plus faible et moins bien articulée.

En examinant la gorge, vous pouvez voir que la cavité pharyngienne a diminué d'étendue ; on n'aperçoit, en effet, qu'une fente transversale produite par le rapprochement excessif de la langue et du voile du palais, qui, au lieu d'être mobile et concave, comme dans l'état normal, est résistant et saillant en avant.

Si, maintenant, vous relevez le voile du palais et la luette, vous apercevez une tumeur inappréciable d'abord, d'un gris rosé.

En promenant le doigt indicateur sur cette tumeur, on constate qu'elle est lisse, dure, piriforme, non fluctuante, élastique ; le doigt peut la contourner en avant et en arrière ; un peu de côté, il rencontre un pédicule large qui vient des parties supérieures de la cavité naso-pharyngienne. Voilà les symptômes que présente cette femme ; joignez à cela une gêne considérable dans la déglutition et la respiration ; des hémorrhagies fréquentes, des écoulements muco-purulents, de la surdité, etc., et vous aurez l'ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie que nous étudions.

Vous avez comme moi diagnostiqué un polype naso-pharyngien ; mais à côté de cette solution il existe encore quelque embarras : il reste des points à élucider ; il s'agit en un mot de savoir quelle est la nature de la tumeur, où est son siége, qu'est-ce qu'il faudra faire pour la combattre ?

L'étiologie ne peut guère nous servir dans l'étude de la première proposition ; nous avons vu que cette femme avait ressenti les effets de l'humidité ; mais il n'existe pas de relations assez déterminées entre l'irritation que cette cause fait naître et la production de ces corps hétérogènes, pour nous permettre de porter un jugement ; aussi nous laisserons de côté ce point de pathogénie, comme un secret qu'on ne peut découvrir.

Pour nous aider dans la recherche de la nature de cette tumeur, établissons la division des polypes en polypes muqueux, fibreux et squirrheux.

Le polype muqueux présente une coloration blanche et non rosée ; il est très-mobile et surtout très-mou. Voilà autant de signes qui nous font d'ores et déjà les exclure de notre étude comparative.

Les polypes squirrheux sont mous, bosselés, spongieux, très-vasculaires, présentant dans leur évolution un cachet particulier et concordant, d'ailleurs, avec un état sinon de cachexie, du moins d'appauvrissement général facile à constater.

Il y a eu des hémorrhagies chez notre malade, comme on en remarque dans le développement de tumeurs affectant les formes précédentes, soit dans l'utérus ou dans tout autre cavité ; mais cela s'explique moins par sa nature que par le changement de vitalité qu'occasionne le développement de la tumeur.

Donc pas de polype muqueux, pas de polype squirrheux.

Reste le polype fibreux. Ce dernier est d'un blanc rosé, lisse, indolent par lui-même, piriforme, élastique, etc., tous autant de caractères et de signes que nous avons pu constater chez notre malade, et qui nous font conclure à l'existence d'un polype fibreux.

Cela dit, où s'insère-t-il ? quel est son siége ?

Cette question est très-importante et surtout éminemment pratique ; de la connaissance du siége du mal dépend ici la thérapeutique.

Les polypes muqueux ne s'insèrent absolument que sur la muqueuse ; ils sont désignés sous le nom de pharyngiens, quand ils prennent naissance dans le pharynx, et de naso-pharyngiens, quand leur insertion existe à la fois dans les deux cavités.

Les polypes cancéreux peuvent avoir pour point de départ des glandules, des papilles, et occuper aussi le même siége que les polypes fibreux. C'est de ceux-ci que nous allons nous occuper.

Disons tout d'abord que ces polypes ont leur point de départ à l'aponévrose céphalo-pharyngienne, dans certains points déterminés que nous devons vous faire connaître, parce qu'ils peuvent servir de guide à la décision du chirurgien.

Nous proposons ces trois divisions :

1° Polypes qui s'insèrent au-devant de la colonne vertébrale.

2° Polypes qui s'insèrent à l'extrémité postérieure du palais ou de la cloison des fosses nasales.

3° Polypes qui s'insèrent à l'apophyse basilaire, au rocher, etc.

Les tumeurs du premier genre sont plus communes qu'on ne le pense généralement ; c'est de la région cervicale qu'elles partent. Elles rencontrent le pharynx qu'elles tiraillent ou dont elles se coiffent quelquefois ; elles provoquent par leur développement des douleurs intolérables et donnent lieu à des névralgies cruelles, qui persistent même longtemps après la disparition ou la diminution de ces polypes.

Après un certain temps, ces tumeurs viennent faire saillie au-dessous de la mâchoire inférieure, et leur apparition évidente explique suffisamment ces souffrances nerveuses dont on ne pouvait que soupçonner la cause.

Quand vous aurez affaire à ces tumeurs, respectez-les, elles ne sont pas dangereuses ; car elles restent stationnaires ou s'affaissent en ne laissant aux malades qu'une difformité facile à masquer, et une modification très-légère dans la parole et dans le son.

Si je vous parle ainsi, c'est que j'ai des exemples devant moi, et c'est avec bonheur que je me félicite d'avoir agi ainsi pour un fonctionnaire de mes amis, aussi élevé par le talent et le savoir que remarquable par l'esprit et par le cœur.

Les polypes qui s'insèrent à l'extrémité postérieure du palais ou de la cloison des fosses nasales, produisent dès le début une gêne qui augmente proportionnellement à l'accroissement de la tumeur.

La déglutition, la respiration deviennent difficiles ; il existe du ronflement pendant le sommeil, du sifflement pendant l'inspiration ; la phonation est diminuée, la parole est altérée, la voix

nasillarde. L'affection diminue peu à peu et s'éteint. Joignez à cela les connaissances que fournissent l'inspection et le toucher, vous aurez les signes qui vous feront découvrir une tumeur de ce genre.

Les polypes du troisième genre, et ce sont les plus nombreux, produisent les mêmes symptômes; car, par leur propre poids ou par leur direction, ils occupent sensiblement la même position et donnent lieu aux mêmes désordres. De plus, en contournant la tumeur avec le doigt indicateur, vous pourrez apprécier la direction du pédicule et connaître ainsi d'une manière presque certaine le point d'insertion du polype.

En nous résumant et nous basant sur les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, nous dirons que cette tumeur est un polype fibreux inséré sur l'apophyse basilaire.

Ce point bien établi, que faut-il faire?

Nous proscrirons d'avance ces opérations désignées sous le nom de *simples*, telles que la *compression*, la *cautérisation*, l'*arrachement*, la *ligature*, etc. Ce sont des procédés qu'on peut employer quand le polype est petit, à base étroite, et qui deviennent insuffisants, dangereux, même quand le polype est de la nature de celui que présente cette femme.

Il faut alors recourir à d'autres opérations qui permettent d'agir sur le polype avec facilité et de l'extirper sans rencontrer de grands obstacles. Elles se divisent en deux temps : dans le premier on découvre le polype; dans le second on l'enlève.

Beaucoup de chirurgiens se sont occupés de cette question de thérapeutique chirurgicale : M. Flaubert fils, de Rouen, tenta, en 1846, de faire la résection du maxillaire supérieur à une malade que M. Flaubert père avait déjà opérée sans succès par d'autres procédés. Auteur de cette manœuvre opératoire, il la fit connaître au monde médical en en préconisant les heureux résultats.

La propagation de ce procédé se fit sans difficulté; et c'est ainsi que M. Michaud, de Louvain, marchant sur les traces de M. Flaubert, fit une opération semblable dont il envoya la relation à l'Académie de Belgique, en essayant de prouver une seconde fois l'efficacité de ce procédé.

Beaucoup d'autres chirurgiens s'en sont occupés depuis et en ont fait connaître les uns les avantages, d'autres les inconvénients.

Comme je ne veux rien omettre devant vous, vous me permettrez de vous signaler quelques détails sur une opération pratiquée par M. Robert, il y a quelques années, et dont vous trouverez la relation complète dans les archives de la Société de chirurgie. (Voir le compte rendu de la séance du 23 septembre 1853.)

Il avait à combattre un polype naso-pharyngien; voici ce qu'il fit :

Une incision, s'étendant de l'os de la pommette à la commissure des lèvres, fut d'abord pratiquée, et la dissection des lambeaux fut aussitôt opérée. Cela fait, la scie à chaîne étant successivement placée sur l'apophyse montante du maxillaire et sur l'os malaire, M. Robert réséqua la portion d'os intermédiaire, puis après le polype fut enlevé. Cette manœuvre, qui dura une demi-heure, fut suivie d'un écoulement de sang assez abondant, que l'on arrêta peu à peu; et l'opération fut terminée après que ce chirurgien eut ruginé et cautérisé les surfaces osseuses où le polype était inséré.

Cette opération fut laborieuse et douloureuse pour le malade, qui sortit de l'hôpital au bout d'un certain temps.

Trois ans après, le polype avait récidivé, et, cette fois, il avait tout envahi, jusqu'à la face, où il s'étalait à la manière d'un champignon.

Je ne me permettrai aucune réflexion, aucun commentaire à cet égard, c'est à vous de juger.

En 1849, M. Nélaton a adopté un autre procédé, ingénieux et moins grave, qui consiste à inciser le voile du palais, à réséquer une portion de la voûte palatine et de la cloison. Cette opération préliminaire n'ouvre pas une voie aussi large que la précédente pour arriver jusqu'au polype; mais, néanmoins, elle a suffi dans certaines circonstances pour atteindre parfaitement la tumeur et permettre de faciles manœuvres.

Tous ces procédés vous feront arriver droit au but, à la source du mal; mais il ne vous sera pas toujours facile de soustraire le malade à ces complications graves, qui sont la conséquence d'une grande opération.

Dans cette incertitude et dans cette situation, je vais employer devant vous un moyen qui, en offrant les mêmes ressources que les précédentes, a sur eux le grand avantage de ne pas entraîner de mutilation. Voici en quoi il consiste :

1° Faire une incision de bas en haut, commençant à la base des piliers du voile du palais, que l'on détache suffisamment, et se terminant assez haut dans l'épaisseur du voile.

2° Les piliers étant ainsi détachés, saisir avec une pince de Museux le voile du palais qu'on relève à volonté.

3° Prendre la tumeur avec des pinces de Museux que le chirurgien tient lui-même pendant le cours de l'opération.

4° Détacher le pédicule du polype avec un bistouri courbe.

5° Cautériser les restes du pédicule avec le fer rouge.

Nous avons employé ce procédé bien des fois; nous allons le mettre en usage aujourd'hui devant vous, et les succès passés nous donnent le droit d'espérer que cette femme sera débarrassée de sa tumeur et préservée de toute difformité. A. Barde.

Nota. — L'observation de la malade qui a fait le sujet de cette leçon est assez importante par elle-même pour que nous la fassions connaître jusqu'au bout. Il est inutile de rappeler son histoire; nous allons seulement, pour la compléter, faire connaître le résultat de l'opération.

Les manœuvres opératoires, de très-courte durée, ont provoqué quelques douleurs, qui ont bientôt cessé, et un léger écoulement de sang, que la glace a promptement tari. Là se sont bornés les accidents traumatiques, et la malade a pu arriver au terme de sa guérison sans trouble fonctionnel, sans réaction fébrile.

La tumeur examinée a présenté tous les caractères du tissu fibreux jaune, élastique, et se trouvait recouverte par une membrane de nouvelle formation.

L'opérée fut soumise à la diète et aux boissons délayantes pendant les trois premiers jours, et au bout de ce temps nous pûmes voir, en examinant la gorge, que les piliers se rapprochaient de leur base, dont l'incision les avait séparés.

La malade est sortie de l'hôpital avant que la réunion fût complète; mais nous l'avons revue, il y a quelque temps, à la Clinique; cette fois les piliers étaient complétement abaissés, la cicatrice très-régulière, et la malade, dont la voix était bien modifiée, se trouvait dans un état très-satisfaisant.

(*Note du Rédacteur*).

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE

produite pendant l'extraction des dents au moyen de la compression.

Par M. le docteur S. Moreau.

L'extraction d'une dent est toujours accompagnée d'une douleur plus ou moins vive; aussi l'opérateur a-t-il depuis longtemps cherché les moyens de faire disparaître cette sensation si pénible. De ces divers efforts sont sortis pour l'avenir de la chirurgie les moyens si puissants de l'anesthésie. On sait, en effet, que c'est dans le cabinet d'un dentiste que les vapeurs d'éther furent appliquées la première fois sur l'homme. Accueilli d'abord comme une chose merveilleuse, l'éther devait bientôt céder sa place au chloroforme. L'anesthésie générale était trouvée.

On était entré plein de confiance dans cette nouvelle voie, quand on apprit le premier cas de mort par l'emploi de cet agent. L'émotion fut grande, mais elle ne fit bientôt que s'accroître lorsqu'on se vit contraint d'enregistrer un nombre assez considérable de résultats mortels. On n'osa plus alors lui demander l'abolition d'une douleur qui, bien que vive, n'était que passagère.

L'anesthésie locale devait sortir de ce besoin d'éteindre la douleur sans soumettre tout l'organisme aux influences du chloroforme. On avait bien remarqué que l'application de la glace produisait un engourdissement dont on pouvait profiter pour pratiquer une opération rapide; qu'une insensibilité du même genre suivait aussi la compression des nerfs, et parmi les partisans de ce dernier moyen, on comptait en Angleterre les chirurgiens les plus distingués, Bell et Hunter.

Pourquoi ce procédé est-il tombé dans l'oubli? Sans aucun doute, à cause du petit nombre de cas où le nerf peut être comprimé facilement.

Voici un praticien distingué de Paris, M. Jacowski, qui demande de nouveau, à cette compression délaissée, le moyen d'abolir la douleur dans l'extraction dentaire, et, comme presque toujours, c'est une observation des plus simples qui a mis l'opérateur sur la *voie* du procédé.

M. Jacowski avait remarqué, comme chacun a pu le faire, que lorsque les patients souffrent cruellement des dents, ils exercent avec leurs mains une pression énergique vers les oreilles et semblent calmer ainsi la douleur. Partant de ce fait, il s'est demandé si, en établissant une compression au-devant de l'oreille ou même sur l'antitragus, il obtiendrait l'*insensibilité*. L'expérience a répondu à l'espérance qu'avait fait naître l'observation, et nous avons vu, entre autres personnes, une jeune fille très-impressionnable subir sans le moindre geste de douleur l'extraction d'une dent. Nous avons pu nous assurer en dehors du cabinet du dentiste de l'impression qu'elle avait ressentie, et constater de son propre aveu l'insensibilité parfaite pendant l'opération.

Depuis, il nous a été donné de voir d'autres sujets aussi heureusement délivrés de la douleur.

M. Jacowski se sert d'un compresseur très-simple.

Voici en quoi il consiste : une lame d'acier élastique, courbée en cercle à la façon des ressorts anglais destinés à la réduction des hernies, est munie, aux deux extrêmes de l'arc qu'elle représente, de deux renflements en ivoire ou en métal, de forme olivaire ou aplatie. Ce compresseur élastique passe en travers, derrière la tête; les deux renflements sont appliqués, introduits dans les conduits auditifs, ou, mieux encore, appliqués derrière les branches de la mâchoire, en avant de l'oreille.

Que se passe-t-il alors? La compression ne peut porter ainsi directement sur les nerfs maxillaires, leur disposition anatomique s'y oppose. Entre l'articulation temporo-maxillaire et l'antitragus se trouve le nerf auriculo-temporal, branche du maxillaire inférieur. Est-ce à la pression exercée sur cette branche qu'est due l'insensibilité produite? ou bien la compression du conduit auditif vient-elle jeter à son tour quelques troubles par l'assourdissement qu'elle détermine? Nous ne chercherons pas à donner l'explication des phénomènes qui se produisent. Pour nous le fait est avéré, il s'est montré à nous dans toute sa simplicité; et en attendant que la cause de cette insensibilité soit bien établie, nous croyons devoir recommander à nos confrères l'expérimentation d'un procédé qui peut épargner des douleurs toujours très-vives.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juillet 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle ne comprend que l'envoi de quatre tableaux de vaccinations, pour les départements de l'Yonne, de la Nièvre, de la Loire et du Rhône. (Commiss. de vaccine.)

M. le docteur Prosper Hullin, de Mortagne, transmet le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées en 1857 dans les départements de la Vendée, de Maine-et-Loire et des Deux-Sèvres. (Même commiss.)

— M. Dezotteux, médecin aide-major au 8e cuirassiers, communique un mémoire sur les revaccinations pratiquées à la 1re batterie du 10e régiment d'artillerie en garnison à Rome. (Même commiss.)

— M. le docteur Carron du Villars adresse la relation de l'autopsie de M. le docteur Moura, sur lequel, dit-il, M. A. Peixoto a cru avoir lié le tronc artériel brachio-céphalique. Cette autopsie, ajoute M. Carron du Villars, est intéressante sous plusieurs points de vue : elle justifie les doutes émis par M. Malgaigne sur la réalité de la ligature; et elle réalise le vœu exprimé par M. Velpeau de pouvoir faire l'examen direct des pièces.

— MM. Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, et Jules Bouis, docteur ès sciences, prient l'Académie d'inscrire leurs noms sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

M. H. Larrey fait une communication relative aux accidents survenus à la suite de la revaccination chez des militaires de la garnison de Toulouse. Nous reviendrons sur cette communication.

RAPPORTS.

Composition chimique des cendres de cheveux. — M. F. Doudet lit un rapport sur un mémoire de M. E. Baudrimont, ayant pour titre : *Recherches sur la composition chimique des cendres de cheveux.*

M. Baudrimont admet qu'on doit attribuer la coloration des cheveux à des combinaisons dont le fer serait la base. Le fer jouerait le rôle de principe colorant comme dans l'hématine du sang, et l'intensité de coloration serait proportionnelle aux quantités de fer contenues. Développant ce système, M. Baudrimont pense que l'on pourrait expliquer le rapport qui existe entre la couleur plus ou moins foncée des cheveux et les tempéraments plus ou moins sanguins et lymphatiques, par la richesse plus ou moins grande en globules, c'est-à-dire en matière ferrugineuse.

Nous sommes d'avis, dit M. le rapporteur, que les idées émises par M. Baudrimont sont plutôt des pressentiments propres à éclairer la marche dans de nouvelles recherches, qu'une théorie déduite de l'observation des faits.

En résumé, le travail de M. Baudrimont enrichit la science de nouvelles observations sur la composition de la substance minérale colorante des cheveux; M. le rapporteur propose à l'Académie de le remercier de son intéressante communication.

Après quelques paroles échangées entre MM. Caventou, Devergie et le rapporteur, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Ligature de l'œsophage. — M. Trousseau, au nom d'une commission composée de MM. Bégin, Bouley, Johert, Larrey, Renault et Trousseau (rapporteur), lit le rapport suivant :

Dans la séance du 29 juillet 1856, notre collègue M. Bouley a donné lecture d'une note dans laquelle il vous rendait compte des résultats qu'il avait obtenus, de concert avec M. Reynal, chef de service à l'école d'Alfort, en pratiquant sur des chiens *la ligature de l'œsophage*.

Le but de cette note était de démontrer, contrairement à l'opinion soutenue par Orfila, que la ligature de l'œsophage est loin d'avoir la complète innocuité que cet éminent auteur lui a attribuée;

Qu'au contraire, elle a généralement des conséquences très-sérieuses; que presque nécessairement mortelle lorsque le lien constricteur reste à demeure sur le tube œsophagien, elle peut suffire pour causer la mort *en peu de temps*, par le seul fait des désordres qu'elle entraîne, mais qu'elle produit ce résultat d'autant plus vite que les substances ingérées dans le canal digestif sollicitent le vomissement d'une manière plus puissante, ou que les sujets d'expérience sont plus irritables ou plus susceptibles de faire des efforts pour vomir après la constriction de leur œsophage;

Qu'enfin, dans le plus grand nombre des cas, elle est suivie presque immédiatement après son application, de symptômes graves qui, par leur mode d'expression, peuvent mettre en défaut la perspicacité des expérimentateurs.

Cette manière de voir, si contraire à celle qui était généralement adoptée dans la science, et qui avait pour elle l'autorité du nom d'Orfila, ne pouvait passer sans contestation. Plusieurs des membres de cette assemblée, s'appuyant soit sur les expériences qui leur étaient personnelles, soit sur celles qu'ils avaient vu faire à Orfila lui-même, émirent des doutes sur la justesse des conclusions que MM. Bouley et Reynal s'étaient cru en droit de formuler d'après les faits qu'ils avaient observés.

L'Académie a pensé qu'en pareille matière le doute était trop grave pour qu'on le laissât subsister dans les esprits, et qu'avant de discuter la question qui lui était soumise, il était nécessaire qu'elle fût éclairée par de nouvelles expériences, faites par M. Bouley devant une commission spéciale.

Dans plusieurs des séances qui ont suivi celle où M. Bouley a donné lecture de son travail, l'Académie a entendu successivement différentes communications sur le même sujet, qui toutes ont été renvoyées à l'examen de la commission.

Le rôle de cette commission était ainsi élargi; elle avait à examiner ces différents travaux, et à en extraire tous les documents qui pouvaient contribuer à l'éclaircissement de la question qu'elle était chargée d'étudier.

Telle est, en effet, la mission qu'elle a remplie. Voici les résultats auxquels elle est arrivée.

Le problème qui vous est soumis est un problème assez complexe, malgré sa simplicité apparente, et pour en obtenir une solution aussi satisfaisante que possible, il faut l'envisager sous toutes ses faces.

Ce problème comporte deux questions principales : l'une de fait, l'autre d'interprétation.

Considérons d'abord la question de fait ; car, si l'on tombe d'accord sur ce point principal, les opinions pourront rester divergentes relativement à l'autre, sans que cette divergence puisse avoir des conséquences sérieuses dans l'application.

Quels sont les phénomènes qui surviennent après la ligature de l'œsophage ?

Est-il vrai, comme l'a avancé Orfila, que cette opération soit si simple et ait sur l'organisme un si faible retentissement, que les sujets qui l'ont subie y restent comme indifférents, et que ses effets, à peine appréciables, puissent être négligés sans inconvénient dans les expériences de toxicologie ?

Est-il vrai, au contraire, comme le soutiennent MM. Bouley et Reynal, que la ligature de l'œsophage est suivie de désordres fonctionnels très-manifestes, dont il faut tenir compté dans l'appréciation des phénomènes qui se produisent, lorsqu'on étudie les effets des substances ingérées dans l'estomac des sujets sur lesquels l'œsophage a été lié ?

Voilà une première question nettement posée. Pour la résoudre, votre commission s'est rendue au Val-de-Grâce, où notre collègue M. Michel Lévy avait bien voulu mettre à sa disposition tout ce qui était nécessaire pour l'exécution de ses expériences.

MM. Bouley et Reynal ont pratiqué la *ligature simple* de l'œsophage sur cinq chiens.

L'opération a été faite de la manière suivante : Incision de la peau du côté gauche du cou ; isolement de l'œsophage soit avec le doigt, soit à l'aide d'une aiguille mousse, suivant le plus ou moins de facilité qu'on avait à l'extraire ; puis constriction au moyen d'un fil simple, en ayant la précaution la plus attentive de ne pas comprendre de filets nerveux dans le lien constricteur. A ce dernier égard surtout, la commission s'est montrée extrêmement scrupuleuse, et le lien n'a jamais été serré sans que chacun de ses membres se soit assuré que l'œsophage était complétement isolé.

Voici les phénomènes principaux qui ont été observés sur ces différents animaux :

Pendant l'opération, ils ont manifesté une très-vive douleur, par leurs mouvements et par leurs cris, et plus particulièrement pendant la manœuvre qui consiste à saisir l'œsophage et à l'extraire de la plaie.

Après, les symptômes qui se sont montrés sur quatre des sujets d'expérience ont été les suivants : agitation, inquiétude caractérisées par des mouvements continuels de va-et-vient à l'extrémité de la chaîne qui maintenait les animaux. Ils se couchaient et se relevaient incessamment, comme s'ils ne pouvaient trouver une position qui leur convînt. Puis sont survenus des efforts de vomissement. Les animaux contractaient les parois ventrales, tendaient le cou, ouvraient les mâchoires et rejetaient, en faisant entendre un bruit rauque et prolongé, des mucosités spumeuses en quantité considérable, qui s'échappaient par gros flocons et souillaient le sol par places multiples, dans le périmètre où l'animal était libre de se mouvoir.

Ces efforts de vomissement ont apparu sur le chien n° 1 de la première série de nos expériences un quart d'heure après l'opération, et ont duré quatre heures. Le lendemain, ils ont recommencé.

Sur le chien n° 2, ils ont été très-intenses pendant la première heure, puis ils se sont ralentis, et au bout de quatre heures, ils avaient complétement cessé.

Sur le chien n° 1 de la deuxième série, ce n'est que le lendemain de l'opération que des mucosités abondantes ont été rejetées par la bouche.

Enfin, sur le chien n° 3 de cette série, la ligature de l'œsophage a eu cela de particulier, qu'elle a été suivie immédiatement d'un état extrême d'agitation, caractérisé par des mouvements continuels et des cris très-aigus qui n'ont pas cessé pendant plus d'une demi-heure, à tel point que la commission a dû s'enquérir par une nouvelle vérification si cette expression symptomatique si accusée n'avait pas sa cause dans la compression d'un cordon nerveux qui aurait échappé à l'attention de l'opérateur. Examen fait de l'œsophage, il fut constaté qu'il était parfaitement isolé, et que, seul, il était serré dans le lien.

L'agitation de cet animal n'a commencé à se calmer que trois heures après l'opération, et même alors, la respiration continua à être beaucoup plus fréquente qu'à l'état normal.

Aux efforts de vomiturition succéda chez nos différents sujets, à l'exception de celui du n° 3 de la deuxième série, une période de calme relatif. Ils restèrent immobiles, couchés, debout ou assis, paraissant évidemment sous le coup d'une souffrance assez grande, mais sans en être accablés, car ils témoignaient, en général, comprendre les caresses qu'on leur faisait par l'expression de leur regard et l'agitation de leur queue.

Tels ont été les symptômes principaux qui se sont manifestés, le jour de l'opération, sur les cinq animaux auxquels la ligature de l'œsophage a été pratiquée devant la commission.

Ces symptômes sont-ils exceptionnels, ou constituent-ils le fait ordinaire en pareilles circonstances ?

Voyons ce que disent à ce sujet les documents qui nous ont été communiqués.

Le 12 août 1856, M. Orfila neveu vous a donné lecture d'une première note où se trouve la relation de cinq expériences de ligature de l'œsophage, remontant à une date déjà ancienne, expériences d'après lesquelles cette opération ne produisait d'autres symptômes qu'un peu d'abattement.

Mais après avoir fait cette première communication, M. L. Orfila s'est livré à de nouvelles recherches; il a pratiqué la ligature de l'œsophage sur 18 chiens, et il a pu constater, ainsi que cela résulte d'une lettre qu'il vous a transmise le 2 septembre 1856, que la ligature de l'œsophage pouvait entraîner la mort. Le but de cette nouvelle communication de M. L. Orfila est d'expliquer par quel mécanisme la mort survient. Nous y reviendrons plus tard ; pour le moment, nous ne voulons en extraire que ce qui a trait à la symptomatologie. Or voici textuellement ce que dit M. L. Orfila à ce sujet : « Les chiens qui salivent et qui ne peuvent se débarrasser de leur salive, meurent à un » moment plus ou moins éloigné de l'opération, après avoir présenté » les symptômes les plus caractéristiques de dyspnée et de suffocation : » respiration courte, haletante; toux, agitation, quelquefois convul- » sions. Quant aux efforts de vomissement, ils n'ont d'autre but que » l'expulsion de ce liquide, car les animaux qui salivent sont les seuls » chez lesquels on remarque ces efforts. »

Dans la séance du 26 août 1856, communication de M. Follin sur le même sujet.

La note de M. Follin renferme la relation de sept expériences. Sur trois sujets, les mâchoires ont été maintenues rapprochées à l'aide d'un lien, afin de mettre obstacle à la réjection des matières spumeuses qui remplissent la bouche. Dans ce cas, le fait est complexe, et nous ne voulons pas en invoquer, quant à présent, les résultats.

Mais sur les quatre autres sujets, les mâchoires sont restées libres après la ligature, et M. Follin dit avoir constaté sur deux d'entre eux une agitation très-grande, suivie d'un grand abattement.

M. le professeur Sédillot, dans une lettre communiquée à l'Académie, dans cette même séance du 26 août, déclare qu'après la ligature de l'œsophage « il a toujours constaté de grands efforts de vomissement, comme l'a signalé avec une si grande puissance de conviction » l'honorable M. Bouley. » Ce sont les termes de sa lettre.

M. Colin a aussi signalé, dans le mémoire qu'il vous a communiqué à la date du 12 août 1856, les efforts que font les chiens après la ligature de l'œsophage. Il dit, il est vrai, que ces efforts ne se manifestent que sur le plus petit nombre des opérés; il en donne une interprétation; mais, enfin, il les a constatés, et c'est là le seul point sur lequel nous veuillons, quant à présent, insister.

M. Szumowski, médecin de la Faculté de Saint-Pétersbourg, vous a adressé sa thèse en latin, intitulée : *De ligatura œsophagi, sensu physiologico et medico forensi*; thèse inspirée à ce jeune docteur par les débats auxquels la ligature de l'œsophage a déjà donné lieu dans cette assemblée.

Dans cette thèse, où se trouve le compte rendu d'un assez grand nombre d'expériences sur lesquelles nous reviendrons dans le courant de ce rapport, M. Szumowski signale les mêmes symptômes que nous avons observés au Val-de-Grâce, à savoir, l'inquiétude, les fréquentes vomituritions avec éjection d'un fluide blanc et spumeux dans les premières heures, puis enfin l'abattement.

Joignez à cet ensemble de documents, ceux que vous a transmis notre collègue M. Jobert dans la séance du 12 août, où il vous a communiqué les résultats de quelques expériences qu'il venait de tenter pour vérifier les assertions avancées par M. Bouley dans une séance précédente; joignez, enfin, les documents fournis par MM. Bouley et Reynal dans la séance du 29 juillet et dans celle du 19 août, et vous verrez que les différents expérimentateurs se trouvent à peu près d'accord aujourd'hui, pour admettre que, dans les premières heures qui suivent son application, la ligature de l'œsophage détermine, d'une manière assez constante, des effets répétés de vomiturition, accompagnés d'un rejet par la bouche de mucosités spumeuses.

Orfila n'était donc pas absolument dans le vrai lorsqu'il disait « qu'à » la suite de la ligature de l'œsophage, maintenue pendant vingt-quatre » ou trente-six heures, les animaux n'éprouvaient qu'un léger abattement et un peu de fièvre. »

La vérité, nous devons le dire, est plus du côté de notre collègue M. Bouley; mais peut-être que le tableau qu'il vous a tracé des phénomènes qui se manifestent après la ligature de l'œsophage a été par lui un peu trop assombri; peut-être qu'il s'est un peu exagéré la signification des symptômes qu'il observait, car, dans ce que nous avons vu au Val-de-Grâce, nous n'avons retrouvé absolument ce qu'il vous a peint que sur un seul des cinq chiens en expérience, le n° 3 de la deuxième série.

Sur cet animal, les symptômes d'inquiétude extrême, d'agitation, de douleur, de vomituritions répétées et de suffocation se sont manifestés avec un caractère pour ainsi dire excessif, qui, à coup sûr, aurait fait croire à l'action très-énergique d'une substance ingérée dans l'estomac, si effectivement une ingestion quelconque avait été faite avant la constriction de l'œsophage.

En résumé, il nous paraît ressortir de l'analyse des documents qui nous ont été soumis et de l'observation des faits qui se sont produits sous nos yeux, que l'application d'un lien constricteur sur le tube œsophagien est suivie d'une manière assez constante de symptômes spéciaux qui ont un caractère assez sérieux pour que l'on doive en tenir compte dans les études toxicologiques.

Telle est notre première conclusion.

Abordons maintenant un autre point de la question.

Nous venons de voir que la constriction de l'œsophage se caractérisait dans le plus grand nombre des cas par un ensemble de symptômes particuliers.

Mais que deviennent les animaux auxquels cette opération a été pratiquée ?

La lésion traumatique qu'ils ont subie est-elle susceptible d'entraîner la mort par elle-même? ou est-elle compatible avec la conservation de la vie ?

Ces questions ont leur importance, car s'il résultait de l'observation des faits que la ligature de l'œsophage peut être mortelle par elle-même, il est clair qu'il faudrait se tenir en garde dans les expériences toxicologiques contre cette éventualité, afin d'éviter d'attribuer aux substances ingérées ce qui pourrait n'être que l'effet de l'opération elle-même.

Pour mettre de l'ordre dans l'étude que nous allons aborder, il est important de distinguer les effets que peut produire la constriction de l'œsophage, suivant que le lien constricteur est laissé à demeure sur ce conduit, ou suivant qu'il en est détaché à une époque plus ou moins rapprochée du moment où il a été appliqué.

A. *Effets de la ligature permanente de l'œsophage.* — Il nous paraît ressortir des faits recueillis dans les documents soumis à notre examen, et de ceux que nous avons observés au Val-de-Grâce, que la ligature de l'œsophage finit par entraîner la mort dans le plus grand nombre des cas, lorsque le lien constricteur reste à demeure.

Voici un relevé statistique qui prouve que cette assertion est bien fondée :

Dans nos expériences du Val-de Grâce, la ligature a été maintenue sur trois des sujets : tous les trois sont morts.

Elle a été détachée sur les deux autres, ils ont survécu.

Dans les expériences de MM. Bouley et Reynal qui vous ont été communiquées le 29 juillet, sur huit chiens auxquels l'œsophage avait été lié, trois ont survécu ; ce sont ceux sur lesquels le lien a été détaché. Les cinq autres sur lesquels il a été maintenu sont morts.

M. Jobert vous a rendu compte, dans votre séance du 12 août, de quatre expériences de ligature à demeure; deux des sujets de ces expériences sont morts et deux ont survécu.

Dans les expériences de M. Follin, le lien constricteur n'a été maintenu que sur deux chiens, et tous les deux sont morts.

Sur quatre chiens auxquels M. Colin a fait la ligature de l'œsophage, un est mort par accident et deux des suites de l'opération ; un seul a survécu.

Enfin, nous trouvons dans la thèse de M. Szumowski que onze chiens sur lesquels il a pratiqué la ligature de l'œsophage, en laissant à demeure le lien d'étreinte, sont tous morts des suites de cette opération.

D'où il résulte que trois animaux seulement sur 25 ont pu résister et survivre à la constriction permanente de l'œsophage, ce qui donne une mortalité de 88 p. 100.

La durée de la vie après la ligature de l'œsophage a varié, dans les expériences que nous venons de relever, entre moins de deux heures et plus de six jours ; mais le plus grand nombre des animaux est mort du troisième au sixième jour.

Notez bien que, dans ce moment, nous ne faisons que de la statistique ; nous ne recherchons pas les causes de différences aussi considérables dans les résultats; nous prenons, quant à présent, ces résultats tels qu'ils sont donnés par les expérimentateurs.

Or, tels qu'ils se présentent, ils sont, en raison même de leurs différences, d'une extrême importance pour l'application de la ligature aux expériences de toxicologie, car, à supposer, chose que nous aurons à examiner plus tard, que les accidents rapidement mortels qui sont survenus à la suite de la constriction de l'œsophage, soient la conséquence de la lésion des nerfs voisins de ce conduit, il en ressort cet enseignement précieux que ces accidents sont possibles, alors même que l'opération est pratiquée par des mains très-exercées, et, conséquemment, qu'il faut se tenir en garde contre la possibilité de leur intervention dans les recherches expérimentales, où l'on se propose d'apprécier les propriétés des substances toxiques.

D'un autre côté, puisque la ligature permanente de l'œsophage entraîne la mort du plus grand nombre des sujets auxquels elle est pratiquée dans les premier, deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième jours qui suivent son application, il résulte de ce fait cet autre enseignement important, qu'on doit concevoir des doutes sur les propriétés supposées toxiques des substances essayées comme telles, lorsque la mort ne survient, après leur ingestion, que le deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième jours qui suivent l'opération, car alors il est difficile de discerner ce qui a causé la mort. Est-ce la ligature? est-ce la substance administrée ?

Je vois, par exemple, dans la deuxième série des expériences relatées par M. Bouley, dans sa note du 29 juillet, que les chiens portant les numéros 3 et 4 sont morts, le premier trente heures, le deuxième trente et une heure après la ligature de l'œsophage. Au premier, on avait administré 4 grammes de sel marin, et au deuxième 10 grammes. Il est de toute évidence que ce sel n'est pas toxique à si faible dose, et cependant les chiens sont morts; donc, ils n'ont pu mourir que par le fait de l'opération. Voyez à quelles conclusions erronées on pourrait être conduit, si, négligeant en pareils cas l'opération comme chose de peu d'importance, on ne considérait que les substances administrées.

Les symptômes qui se manifestent à la suite de la constriction permanente de l'œsophage sont, en général, ceux d'une extrême prostration : les animaux sont abattus, ils restent presque constamment couchés et demeurent insensibles aux excitations extérieures. Si quelques-uns répondent encore aux caresses qu'on leur fait par l'agitation de leur queue et l'expression de leur regard, ce n'est de leur part qu'une manifestation passagère, et ils ne tardent pas à retomber dans leur état de prostration et d'insensibilité.

Il y a à cet égard un assez parfait accord entre les expérimentateurs. Cet accord ressort surtout du rapprochement des expériences de M. Szumowski et de celles de la commission.

Il faut encore tenir grand compte, dans les expériences toxicologiques, de cet état symptomatique qui se manifeste presque constamment à la suite de la ligature permanente de l'œsophage, pour le rattacher à sa véritable cause et éviter ainsi les déductions erronées.

Lorsque les animaux succombent à la suite de la ligature permanente de l'œsophage, les lésions que l'on rencontre à leur autopsie sont différentes, suivant que le moment où la mort survient est plus éloigné ou plus rapproché de l'époque de l'opération.

Dans deux de nos sujets du Val-de-Grâce, qui ont succombé, l'un 76 heures, l'autre 91 heures après la ligature, l'autopsie a démontré la présence de vastes foyers purulents à la région du cou.

Toutes les membranes de l'œsophage étaient en plusieurs points coupées par la ligature, et l'intérieur du conduit communiquait avec le foyer purulent.

Du reste, les nerfs pneumo-gastriques et récurrents, des deux côtés, n'étaient pas compris dans la ligature.

Les poumons étaient fortement congestionnés, mais surnageaient. Pas d'abcès métastatiques. Muqueuse de l'estomac et de l'intestin parfaitement saine.

Chez l'un d'eux, le foie est très-gros, congestionné ; la vésicule pleine de bile noire.

Mais voici maintenant les lésions trouvées sur le troisième chien, mort vingt heures seulement après la ligature. Les nerfs pneumo-gastriques et trisplanchniques sont trouvés libres et intacts ; quelques filets nerveux déliés, compris dans la ligature, appartiennent exclusivement au tissu de l'œsophage.

L'estomac et l'intestin grêle contiennent une assez notable quantité de substance sirupeuse, brune ou verdâtre; *la muqueuse présente une coloration lie de vin.*

Les poumons paraissent sains, un peu hyperémiés. Les cavités droites du cœur, les veines-caves et le système veineux du foie sont distendus par une grande quantité de sang noir.

On voit qu'il existe une différence très-notable entre les lésions trouvées dans les deux premiers sujets, morts trois et quatre jours après la ligature, et celles que l'on a rencontrées sur le troisième, mort beaucoup plus tôt.

Sur ce dernier, il n'y a pas de foyer purulent ; et, chose très-remarquable et d'une importance considérable au point de vue de l'application de la ligature œsophagienne, aux études toxicologiques, bien qu'aucune substance n'ait été administrée à ce dernier sujet, cependant la mu-

queuse de son estomac et de son intestin grêle présentait *une coloration lie de vin*, comme si elle avait subi le contact d'un violent irritant. Le foie était distendu par une grande quantité de sang noir.

Nous trouvons la relation d'un fait analogue dans le mémoire de M. Colin.

MM. Bouley et Reynal avaient avancé, dans leur note du 29 juillet, que sur les animaux qui succombaient à la suite de la ligature de l'œsophage, on trouvait souvent le foie dans un état de turgescence, et la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle fortement congestionnée.

Le fait que nous venons de rapporter leur donne raison dans une certaine limite ; mais ces lésions ne sont peut-être pas aussi fréquentes qu'ils l'ont avancé, puisque sur trois chiens nous ne les avons rencontrées qu'une seule fois.

Quoi qu'il en soit de ces différences, ces lésions peuvent exister; c'est là le fait important.

Les lésions de la région cervicale, effets directs du traumatisme, paraissent être beaucoup plus communes que celles de l'appareil digestif. Nous les avons constatées sur deux de nos sujets du Val-de-Grâce ; M. Jobert les a signalées dans sa communication du 12 août 1856; enfin, M. le docteur Szumowski les signale également dans les 11 cas où la mort a été la conséquence de la constriction permanente de l'œsophage.

La fréquence de ces lésions traumatiques, qui jouent un rôle principal dans la détermination des accidents mortels après la ligature, doit être prise en grande considération par les expérimentateurs toxicologistes, et il nous semble qu'on peut formuler comme règle rigoureuse que toute expérience de toxicologie dans laquelle cette complication est intervenue, doit être annulée comme entachée de suspicion légitime, attendu l'impuissance où l'on se trouve de discerner si, en pareil cas, les accidents mortels résultent des substances essayées, ou de la présence d'un foyer purulent sur le trajet des nerfs du cou.

B. — *Effets de la ligature temporaire de l'œsophage.*

Nous avons vu, dans un paragraphe précédent, quels étaient les phénomènes qui se manifestaient immédiatement après l'application sur l'œsophage d'un lien constricteur; maintenant, qu'arrive-t-il lorsque l'on détache le lien constricteur à une époque plus ou moins rapprochée du moment de son application?

Dans nos expériences du Val-de-Grâce, la ligature a été détachée sur 2 chiens 44 et 48 heures après l'opération; tous deux ont survécu, mais ils sont restés abattus pendant quelques jours et ils ont conservé l'un et l'autre une fistule œsophagienne.

Premières expériences de MM. Bouley et Reynal. — Elles sont au nombre de trois. La ligature a été détachée sur 3 chiens; deux heures après son application, tous trois ont survécu; les deux premiers sont restés très-abattus pendant 6 à 8 jours; le troisième pendant 24 heures seulement.

Expériences de M. Orfila neveu. — La ligature est levée sur un chien au bout de 40 heures; l'animal survit.

Expériences de M. Follin. — Sur un chien, la ligature a été détachée au bout de 24 heures; l'animal a survécu. Sur un autre, elle a été enlevée au bout de 19 heures; l'animal est mort.

Expériences de M. Colin. — Elles sont au nombre de 14. La ligature a été enlevée sur un chien après 8 heures; sur deux après 10; sur un après 12; sur un après 17; sur sept après 25; sur un après 30; sur un après 48, et tous ont survécu et ont guéri en 6 à 8 jours.

Expériences de M. Szumowski. — Elles sont au nombre de 9. Sur les 9 sujets de ces expériences, la ligature est restée 24 heures en place, puis détachée. Tous ont survécu et ont guéri dans l'espace de 8 à 10 jours.

En résumé, de 31 chiens sur l'œsophage desquels le lien constricteur n'est resté appliqué que temporairement, 30 ont survécu, 1 seul est mort; ce qui donne une mortalité de 3 p. 100.

Dans ces expériences, la moindre durée de l'application de la ligature a été de 8 heures, et la durée extrême de 48 heures.

La comparaison des résultats donnés par la ligature permanente avec ceux de la ligature temporaire conduit à cette conclusion, que c'est surtout la permanence du lien constricteur sur le tube œsophagien, qui rend cette opération dangereuse, puisqu'elle est mortelle dans les 9/10es des cas, lorsque le lien reste à demeure; tandis qu'elle n'entraîne la mort que 3 fois sur 100 lorsque le lien est enlevé de la 8e à la 48e heure.

Hâtons-nous de dire toutefois que si ce résultat statistique est l'expression rigoureuse des faits réunis dans ce paragraphe, il ne faut pas en conclure d'une manière absolue que la ligature peut être laissée impunément sur l'œsophage pendant 48 heures, puisque les faits du paragraphe précédent démontrent qu'elle a été mortelle sur 7 chiens en moins de 30 heures.

Nous voici maintenant arrivés à la question la plus importante de ce débat et qui le domine tout entier, celle de savoir si les accidents mortels qui surviennent chez les chiens auxquels l'œsophage est lié, après l'ingestion dans leur estomac de substances qu'on se propose d'expérimenter, ne peuvent pas être la conséquence de l'action combinée de la ligature de l'œsophage elle-même et des efforts de vomissement, nécessairement impuissants, déterminés par ces substances, alors même qu'elles ne sont pas douées de propriétés toxiques.

Pour résoudre ces questions si graves de toxicologie expérimentale, consultons les faits.

Ici M. le rapporteur rappelle ceux que MM. Bouley et Reynal ont relatés (au nombre de 5) dans leur communication du 29 juillet. Voici l'enseignement qui en ressort :

Pour les deux premiers, il est présumable qu'il y a eu empoisonnement; les sujets de ces expériences sont morts après l'administration de 10 centigrammes d'émétique pour l'un, de 15 centigr. pour l'autre; le premier en cinq heures et demie et le second en douze heures. La marche rapide des phénomènes autorise d'autant plus à admettre ici une intoxication, que, d'après Orfila, 10 centigrammes d'émétique appliqués sur le tissu cellulaire de la cuisse de deux chiens ont déterminé la mort du premier en dix-sept heures et celle du second en trente-six heures.

Les trois autres faits ont une autre signification.

Deux chiens auxquels l'œsophage est lié meurent l'un en trente heures, l'autre en trente et une heure, après avoir pris, le premier, 4 grammes, le deuxième, 10 grammes de sel marin. Il est de toute évidence que dans ces cas la mort ne procède pas de la substance ingérée, car le sel marin n'est pas un poison à 4 ou 10 grammes pour le chien, et la preuve, c'est que celui qui porte le n° 5 dans cette série en a pris 40 grammes, et n'est pas mort; mais le lien constricteur n'est resté que deux heures sur son œsophage.

D'où cette conclusion rigoureuse, que les deux premiers chiens ont été tués non par le sel, mais par l'opération.

Un autre chien prend 60 grammes de sel marin; l'œsophage est lié avec tant de force qu'il est en partie coupé. On le délie au bout de deux heures. Ce chien reste dans un abattement profond, et meurt en soixante-douze heures.

Peut-on dire dans ce cas qu'il est mort empoisonné? Evidemment non, puisque l'expérience enseigne que la ligature suffit à elle seule pour tuer en moins de soixante-douze heures, lorsque l'œsophage est ouvert et laisse s'échapper dans la plaie les liquides qui le parcourent.

La communication que M. Bouley a faite le 19 août est riche de faits extrêmement instructifs :

Quatre chiens auxquels on administre 2 décilitres d'eau tiède avant de leur lier l'œsophage, meurent :

Le premier en 40 heures; le deuxième en 24 heures; le troisième et le quatrième après 30 heures.

Un cinquième meurt également après une ingestion d'eau tiède, bien que cependant la ligature ne soit restée que 24 heures en place. La mort est survenue en 48 heures.

Tous ces chiens avaient fait des efforts considérables de vomissement.

Il n'y a pas lieu, en pareil cas, d'invoquer l'intoxication; donc la mort est survenue parce que l'on a lié l'œsophage.

Ses expériences sur le sel de nitre ont également une grande valeur probative en faveur de sa thèse

4 grammes de sel de nitre sont administrés à deux chiens, qui ne les vomissent pas.

Ces chiens ont parfaitement supporté cette dose; le lendemain ils étaient en santé.

4 grammes de sel de nitre sont administrés à deux autres chiens dont l'œsophage est lié; ils meurent l'un et l'autre en 15 heures.

4 grammes de sel de nitre sont administrés à l'un des chiens de la première expérience, qui avait parfaitement supporté cette dose. Cette fois, on lui lie l'œsophage et il meurt aussi en 15 heures.

MM. Bouley et Reynal administrent le sulfate de zinc à deux chiens, à la dose de deux grammes seulement, et lient l'œsophage : l'un meurt en vingt heures et l'autre en dix-huit heures.

Deux autres chiens, sur lesquels l'œsophage est délié deux heures après l'ingestion de la même dose du même sel, ne meurent pas.

Trois chiens auxquels ils ont donné le sous-nitrate de bismuth à la dose de trois grammes en liant l'œsophage, sont morts en dix-huit et vingt heures.

La même dose est administrée à deux autres chiens auxquels l'œsophage n'est pas lié; ils ne la rejettent pas, et aucun phénomène d'intoxication ne se manifeste.

A l'un de ces deux derniers chiens, trois nouveaux grammes sont administrés; cette fois on lui lie l'œsophage, et il meurt.

50 grammes de sel marin sont administrés à deux chiens de grande taille, dont on lie l'œsophage, pendant deux heures et demie seulement. Ces deux chiens résistent et à l'opération et à l'ingestion du sel.

Tous ces faits sont très-concluants par eux-mêmes, et n'ont pas besoin de commentaires.

La commission a répété au Val-de-Grâce quelques-unes de ces expériences, et voici les résultats qu'elles ont donnés :

Expériences du Val-de-Grâce. — Les expériences avec le *sous-nitrate de bismuth* sont au nombre de quatre.

A un premier chien, on donna le sous-nitrate de bismuth à la dose de 3 grammes, et on lui lia l'œsophage. La ligature fut laissée à demeure. Ce chien mourut au bout de cinq jours avec un vaste clapier purulent le long du cou.

Un chien n° 2 prit la même dose de sous-nitrate de bismuth, et l'œsophage fut lié pendant vingt-huit heures. Il y avait déjà un peu de suppuration autour du lien lorsqu'on le détacha. Ce chien resta très-malade pendant quinze jours, mais il survécut.

Les deux autres chiens de cette série prirent, l'un 4 grammes, l'autre 3 grammes de sous-nitrate de bismuth; mais leur œsophage ne fut maintenu lié que pendant trois heures.

Le lendemain de l'opération, ces deux chiens, sauf une certaine difficulté dans la déglutition, présentaient tous les signes de la santé.

On voit, dans ces expériences, que les symptômes et les accidents sont exclusivement dépendants de la ligature de l'œsophage :

Le chien dont l'œsophage est lié d'une manière permanente meurt;

Celui chez lequel la ligature reste vingt-huit heures est très-malade, mais il survit;

Les deux autres, qui ne conservent leur œsophage lié que trois heures, se ressentent à peine de cette opération.

Ces faits, comme on le voit, sont parfaitement concordants avec ceux qu'ont observés MM. Bouley et Reynal, et ils viennent à l'appui de l'opinion qu'ils ont soutenue sur la *nocuité* de la ligature de l'œsophage et sur la possibilité que des effets qui dépendent d'elle exclusivement soient attribués par erreur à l'action nuisible des substances ingérées dans l'estomac, quoique ces substances n'aient en elles aucune propriété malfaisante.

Quoi de moins dangereux, en effet, que le sous-nitrate de bismuth, surtout à la dose de 3 grammes! Et la preuve qu'il est sans danger, c'est que les chiens auxquels on l'a administré ont récupéré rapidement tous les caractères de la santé dès que leur œsophage a été délié.

Ceux-là seuls sont morts ou ont été très-malades dont l'œsophage est resté lié d'une manière permanente ou pendant très-longtemps.

Quel autre preuve veut-on que les accidents survenus dépendent de la ligature et non pas du sel ingéré?

Deux expériences faites avec le *sel marin* ont donné des résultats qui ont la même valeur probative.

25 grammes de sel sont administrés à deux chiens. Sur l'un, l'œsophage ne reste lié que trois heures; sur l'autre, la ligature est maintenue à demeure. Le premier était très-bien portant le lendemain de l'opération; le second est mort en dix-huit heures. L'autopsie a démontré que les nerfs étaient restés exempts de toute atteinte.

Deux autres expériences auxquelles la commission a assisté ont porté sur le *nitrate de potasse* et le *sulfate de zinc*. Les résultats témoignent encore de l'importance de la ligature de l'œsophage dans les expériences toxicologiques.

Le nitrate de potasse est donné à un chien à la dose, que l'on peut affirmer n'être pas toxique, de 1 gr. 50 c., et son œsophage est maintenu lié. Ce chien meurt au bout de cinquante heures avec un abcès dans la région du cou.

2 grammes de nitrate de potasse sont administrés à un autre chien dont l'œsophage n'est lié que pendant quatre heures. Cet animal mourut au bout de trente-quatre heures.

N'est-il pas évident que dans ces deux cas la mort n'est pas survenue par le fait du nitrate de potasse administré à doses trop faibles pour la causer?

On comprendra l'importance des différents résultats qu'ont donnés les expériences du Val-de-Grâce, en grande partie confirmatives de celles de MM. Bouley et Reynal, si l'on se rappelle qu'Orfila lui-même, le grand maître de la toxicologie, s'est laissé entraîner à quelques erreurs pour avoir méconnu le rôle considérable qui revient à la ligature de l'œsophage dans les expériences où l'on fait intervenir cette opération. Qu'on en juge par quelques citations.

(*La fin au prochain numéro.*)

On se rappelle qu'il y a sept à huit mois environ, des écrivains appartenant à la presse scientifique ont eu l'heureuse pensée de se réunir en vue de resserrer entre eux les liens de confraternité, et de s'éclairer mutuellement sur la valeur des travaux et des découvertes qui se produisent chaque jour dans l'ordre des sciences et des diverses industries qui s'y rattachent. De ces réunions, qui avaient lieu d'abord dans un banquet mensuel, est né un cercle, dont nous avons fait connaître les statuts, et qui a pris rapidement une réelle importance. Lundi dernier, les membres du *Cercle de la presse scientifique* ont inauguré par un banquet leur installation dans les magnifiques salons de l'ancien hôtel du duc de Richelieu, rue de Richelieu, 21. Les membres du Cercle avaient convié à ce banquet un grand nombre d'écrivains, de savants et d'amis des sciences.

Au moment des toasts, M. Louis Figuier, le savant rédacteur du feuilleton scientifique de la *Presse*, président du Cercle, a tracé dans un charmant discours, interrompu à chaque instant par les applaudissements de l'assemblée, l'histoire de la fondation du Cercle, et des nombreuses péripéties par lesquelles il a eu à passer avant d'atteindre l'ère de prospérité dans laquelle il paraît devoir définitivement entrer. M. Babinet, de l'Institut, dans une spirituelle et piquante improvisation, a énuméré les nombreux services que rend chaque jour au public la presse scientifique. Divers discours ont été prononcés ensuite, et des toasts portés par M. Foucon, ancien lieutenant de marine, rédacteur de l'*Ami des sciences*, à la mémoire des savants illustres qui ont élevé, par leurs immenses travaux, le monument actuel des sciences; par M. Gaugain, rédacteur du *Journal des mines*, à la presse départementale et étrangère; par M. Thomé de Gamond, l'auteur du projet de tunnel sous-marin destiné à réunir l'Angleterre à la France; par M. le baron Heurteloup; M. Faure, professeur à l'école centrale des arts et manufactures; M. Béranger, rédacteur de la *Patrie*; M. Lemonnier de la Chesnaye, etc., etc. Enfin, deux savants étrangers illustres, M. Ramon de la Sagra et M. le colonel Menabréa, ont fait ressortir, dans des allocutions chaleureusement applaudies, l'influence considérable que la presse scientifique française exerce à l'étranger, et notamment en Espagne et en Italie.

Les organes de la presse médicale parisienne étaient représentés à cette fête de famille par MM. Caffe, rédacteur du *Journal des connaissances médicales*; Martin-Lauzer, rédacteur de la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*; Bossu, de l'*Abeille médicale*; Mallez, de la *France médicale*; Pétard, de la *Revue étrangère*, et par le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société impériale de médecine de Lyon, dans sa séance du 5 juillet, a conféré le titre de membre correspondant à M. le docteur Paillon, médecin à Sainte-Foy-lès-Lyon (Rhône).

— La Société botanique de France a tenu cette année sa session extraordinaire à Strasbourg.

Outre des membres de l'Institut, on y remarquait plusieurs de nos confrères venus de Paris et d'un grand nombre de villes de toutes les parties de la France. On nous a cité entre autres MM. les docteurs Jamain, Gontier, Lagrange, Marmotton, de Paris, un interne distingué des hôpitaux, M. A. Maugin; M. Mougeot, de Chaumont, etc.

La récolte de plantes faite dans le Bas Rhin et dans les Vosges a été magnifique.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité médical des cataractes, névralgies, amauroses, etc., etc., 4e et nouvelle édition, précédée d'un résumé des principes de médecine spécifique, et appuyée de faits nombreux de guérisons procurées sans opérations chirurgicales sur des personnes affectées de cataractes, aveugles ou qui ne voyaient plus à lire, écrire ou se conduire. Un vol., 6 fr. Par M. le docteur Drouot. Chez J. B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Notice sur le petit-lait en général, et en particulier sur les bains de petit-lait en Bessarabie; par Adrien Baraniecki, médecin polonais, membre fondateur de la Société des médecins polonais de Paris, etc. In-8° de 23 pages. Prix, 1 fr. 50. — Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 86. — SAMEDI 24 JUILLET 1858. (31e ANNÉE.) N° 86. — SAMEDI 24 JUILLET 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rhumatisme articulaire aigu; endo-péricardite; pneumonie plastique; angine couenneuse; mort. — Sur l'identité d'origine et de nature de ces divers phénomènes morbides.

Toutes les fois qu'il existe ou simultanément ou successivement une série non interrompue de phénomènes morbides chez un même individu, il y a toujours lieu de se demander quel lien ou quel rapport existe entre ces divers états; s'ils sont indépendants les uns des autres, s'ils ne constituent qu'une complication fortuite de plusieurs maladies différentes, ou bien s'ils ne seraient pas des manifestations diversifiées seulement par leur siége d'une seule et même cause morbide, qui les tiendrait tous sous sa dépendance; s'ils ne reconnaîtraient pas, en un mot, une origine et une nature communes.

Telle est la question que nous nous sommes posée tout d'abord sur l'énoncé seul de l'observation communiquée à la séance de biologie, par M. Luton, sous ce titre : *Rhumatisme articulaire aigu; endo-péricardite; pneumonie plastique; angine couenneuse.* Nous n'avons pas tardé à nous convaincre, en lisant cette observation, que la question était parfaitement applicable, et que telle était, en effet, la signification qu'entendait lui donner M. Luton en la soumettant à ses collègues. Elle nous a paru assez intéressante, sous ce point de vue, pour la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Une jeune fille de dix-huit ans, domestique, entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet, le 20 décembre dernier, pour s'y faire soigner d'un rhumatisme articulaire aigu. C'était une troisième attaque; elle fut d'une intensité médiocre, se porta rapidement sur plusieurs articulations, et dura à peine dix jours. On lui opposa un traitement antiphlogistique : saignée du bras, diète. On avait noté dans la région du cœur un bruit de frottement très-fort au premier temps, paraissant se rapporter à une lésion déjà ancienne. Vers la fin de décembre, le rhumatisme ayant abandonné les jointures, on constata les symptômes d'une affection thoracique aiguë, de l'engouement pulmonaire, caractérisé par du râle crépitant du côté droit en arrière et un épanchement pleurétique indiqué par le chevrotement de la voix et de la matité du même côté. Deux applications de ventouses scarifiées amenèrent une amélioration rapide.

Mais bientôt on constata d'autres accidents aigus du côté du cœur; la malade se plaignait d'une vive anxiété précordiale et d'une douleur poignante dans la même région; l'oppression était très-forte et l'agitation extrême; il y avait de l'œdème des membres inférieurs; enfin, la percussion et l'auscultation firent constater une surface de matité très-étendue au niveau du cœur, et des battements tumultueux et obscurs. Ces derniers signes firent diagnostiquer l'existence d'une péricardite avec épanchement. Une large saignée du bras fut pratiquée, et l'on appliqua un vésicatoire volant au-devant de la poitrine. La saignée offrit une couenne fortement rétractée, épaisse et très-résistante; le caillot était ferme.

Le lendemain soir, la malade se plaignit d'un mal de gorge très-violent, avec difficulté d'avaler. La paroi postérieure du pharynx était tapissée par une fausse membrane blanchâtre déjà assez épaisse. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient point engorgés; le pouls était fébrile, fort et plein. — Cautérisation à l'acide chlorhydrique; onction d'onguent napolitain sur le cou; gargarismes au chlorate de potasse.

Ce traitement, continué pendant quatre jours, ne produisit aucune amélioration. La fausse membrane s'étendit à l'isthme du gosier et aux fosses nasales.

Le 12 janvier, la malade ne pouvait ni ouvrir la bouche ni parler, mais elle ne paraissait pas suffoquer. Elle succomba le 13 à onze heures du soir.

Voici ce que fit constater l'autopsie : les pseudo-membranes occupaient les fosses nasales, le pharynx, l'isthme du gosier; elles recouvraient l'épiglotte et tout le pourtour de l'orifice supérieur du larynx, pénétraient dans sa cavité, tapissaient les cordes vocales et s'avançaient dans la trachée à 6 centimètres au-dessous de la glotte. Un lambeau pseudo-membraneux, détaché et flottant, semblait avoir fermé l'ouverture de la glotte et déterminé la mort. Ces produits étaient épais et très-résistants. Le reste de la muqueuse bronchique était rouge et injecté, mais il n'y avait pas de fausses membranes dans les petites bronches.

On trouva dans les deux poumons des noyaux grisâtres entourés d'une auréole ecchymotique, ressemblant à de l'hépatisation grise; ils étaient formés non de pus infiltré, mais bien d'une exsudation plastique renfermant de l'épithélium vibratile et des cellules sphériques à petit noyau, et contenant quelques petites gouttelettes de graisse. Il existait un épanchement séreux dans les deux plèvres. Absence d'adhérences.

Le péricarde contenait un liquide louche dans lequel nageaient des flocons pseudo-membraneux et des brides molles étendues d'une paroi à l'autre. Il existait une couche pseudo-membraneuse demi-transparente sur le cœur; plaque laiteuse et lisse ancienne près de la pointe en avant; injection inflammatoire sur la portion intra-péricardique de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les cavités du cœur étaient dilatées et ses parois hypertrophiées, surtout au ventricule gauche. Les orifices du cœur droit étaient sains. L'orifice mitral avait ses bords indurés, épaissis; la valvule semblait s'être rétractée sur elle-même; elle était bordée par une crête finement denticulée, de nature pseudo-membraneuse. Il y avait à la fois rétrécissement et insuffisance. L'orifice aortique n'était point rétréci; ses valvules étaient suffisantes, mais bordées, près de leur bord libre, par une crête denticulée comme l'était la valvule mitrale.

On comprend qu'avec ces lésions multiples du cœur, il était difficile d'accorder une signification quelque peu précise aux bruits anormaux que l'épanchement péricardique empêchait d'ailleurs d'apprécier.

Mais ce n'est pas là le point capital et le plus intéressant de cette autopsie. Ce qui concernait le diagnostic rétrospectif de l'état du cœur devenait ici d'un intérêt secondaire en présence de l'ensemble des phénomènes morbides constatés pendant la vie. C'est dans la succession et la coordination de ces phénomènes, dans leur relation réciproque, que gît réellement tout l'intérêt du fait. Or, voici de quelle manière M. Luton a cru pouvoir résumer tout cet ensemble pathologique :

Sous l'influence de l'attaque rhumatismale, il y a eu tendance aux lésions cardiaques et augmentation considérable de l'élément plastique du sang. Les lésions cardiaques ont amené l'épanchement pleurétique et les noyaux d'hépatisation plastique des poumons. Enfin, l'angine couenneuse développée à la fin de la vie ne peut-elle pas être considérée elle-même comme l'un des résultats de cette prédominance de la fibrine dans le sang? En effet, cette angine n'appartenait pas à la classe des angines malignes, du moins si l'on en juge par l'absence de l'engorgement ganglionnaire, par l'état du pouls resté toujours bon, quoique fébrile, par l'absence des symptômes habituels de l'angine maligne, et enfin par le caractère même de la pseudo-membrane, qui offrait la plus grande analogie avec les produits plastiques trouvés dans les poumons. Or, si l'on considère l'enchaînement de tous les phénomènes morbides qui se sont succédé depuis le commencement jusqu'à la fin de cette maladie, et la liaison intime qui unit et explique toutes les lésions constatées dans les organes thoraciques, et les rattache à la diathèse rhumatismale dont ce sujet était affecté, il est difficile de se défendre de l'idée que l'angine survenue vers la fin de la maladie n'ait été de la même nature et qu'elle ne mérite par conséquent le nom d'*angine rhumatismale* que lui a donné M. Luton.

Traitement abortif de la phlébite par les larges vésicatoires volants.

Frappé de l'insuffisance des moyens de traitement habituellement opposés à la phlébite, M. Nonat, à la suite de recherches entreprises sur ce sujet il y a une dizaine d'années, a adopté une méthode qui lui a donné des résultats dont il n'a eu, assure-t-il, qu'à se louer. C'est un emprunt heureux fait à la méthode dite abortive, dont M. Velpeau tire journellement de si grands avantages dans le traitement du phlegmon diffus et de l'érysipèle phlegmoneux; laquelle consiste, comme on le sait, dans l'application de larges vésicatoires volants sur toute l'étendue de la partie malade.

La première fois que M. Nonat eut l'occasion d'essayer ce moyen, ce fut en 1848, à l'hôpital Cochin, chez un malade atteint d'une phlébite suite de saignée. Dès l'apparition des symptômes de cette affection, il fit mettre un vésicatoire volant sur tout le trajet de la veine enflammée, et, sans le secours d'aucun autre moyen, il put constater le lendemain que la phlébite était enrayée dans sa marche. Tous les phénomènes morbides avaient déjà perdu de leur intensité, et dans l'espace de quelques jours, les accidents étaient conjurés.

Ce premier résultat lui ayant paru encourageant, M. Nonat a eu recours, depuis, à la même médication dans trois autres cas de phlébite suite de saignée, et les effets du vésicatoire ont été aussi rapides et aussi favorables que la première fois.

Enfin, enhardi par ces succès, M. Nonat a pensé que le même mode de traitement était applicable aux phlébites spontanées des membres qui se développent durant la convalescence de certaines maladies, et en particulier de la fièvre typhoïde. Il a exposé, dans une communication faite à la Société de médecine du département de la Seine, les bons effets qu'il en a obtenus. Voici entre autres cas de ce genre, un fait que nous empruntons à cette communication et qui fait ressortir, ainsi qu'on en pourra juger, l'heureuse influence de l'emploi du vésicatoire volant sur la marche de la phlébite spontanée des membres.

Une jeune fille de seize ans fut atteinte d'un œdème de la jambe gauche, à la suite d'une fièvre typhoïde. Cet œdème était dû, ainsi qu'il fut aisé de s'en assurer, à la présence d'une phlébite spontanée occupant les veines principales du membre affecté. M. Nonat fit placer le membre sur un plan légèrement incliné, et il eut recours aux médications généralement employées en pareil cas. L'œdème résista longtemps à l'usage des fomentations d'abord émollientes, puis résolutives, et, à raison du gonflement habituel de la jambe dans la station debout, la malade fut contrainte de porter un bas lacé; au bout de plusieurs années elle ne pouvait s'en passer.

Deux ans plus tard, cette même malade contracta un nouvel œdème qui envahit la jambe du côté opposé. Comme la première fois, cet œdème était sous la dépendance d'une phlébite des veines principales de la jambe droite.

Au lieu de couvrir le membre malade de fomentations émollientes, M. Nonat fit appliquer successivement plusieurs vésicatoires volants sur toute l'étendue qu'occupait la phlébite, et chose digne d'intérêt, le gonflement œdémateux diminua plus rapidement que la première fois, et au bout d'un mois il avait entièrement disparu. La malade n'eut pas besoin de porter un bas lacé, et elle put marcher sans le secours de ce moyen contentif.

Blessure grave du larynx datant de seize ans, ayant amené une atrésie de cet organe compatible avec la vie; laryngite aiguë nécessitant la trachéotomie.

En 1842, une femme âgée alors de trente-sept ans, la dame B..., revenant un soir chez elle, fut attaquée et reçut à la partie antérieure du cou une blessure faite par un instrument tranchant qui divisa le larynx. Le médecin du village où elle fut transportée peu de temps après l'accident, fit une suture, et au bout de quatre jours, la plaie était réunie par première intention. La cicatrice transversale avait environ dix centimètres d'étendue.

Pendant quinze jours environ, la malade eut une aphonie complète; au bout de quatre mois la voix était un peu revenue, mais sifflante et entrecoupée; tout exercice un peu violent lui était impossible. Depuis cette époque, aucune amélioration ne s'est manifestée. Le matin, surtout à l'époque des règles, il arrivait souvent que Mme B... ne pouvait se faire entendre.

Tel était l'état de la malade, lorsque le 11 janvier dernier elle fut prise d'une laryngite très-intense; la toux était très-forte, l'aphonie complète et la respiration difficile. Ces symptômes allèrent en s'aggravant, malgré un traitement énergique consistant en antiphlogistiques et vomitifs rejetés; et l'asphyxie devint bientôt imminente.

Cédant alors aux conseils de MM. Trousseau et Patouillet, Mme B... se fit transporter à la Maison municipale de santé, afin d'y subir la trachéotomie. L'opération, pratiquée le jour même par M. Demarquay, a été suivie d'un succès complet. Une canule à soupape permet à la malade de parler distinctement. Cette canule a dû être maintenue en place pour mettre cette femme à l'abri d'une récidive.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juillet 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

Fin du rapport de M. Trousseau.

M. Trousseau rapporte ici des observations empruntées à l'article AZOTATE DE BISMUTH, et desquelles il résulte qu'en négligeant la ligature de l'œsophage, on pouvait très-rigoureusement conclure que la mort avait été causée par le nitrate de bismuth, dont on connaît au-

jourd'hui l'innocuité; tandis qu'on sait, d'un autre côté, que la ligature de l'œsophage peut tuer en moins de trente-six heures, surtout lorsque ses effets se combinent avec ceux d'une substance ingérée qui sollicite l'animal à des efforts de vomissement; partant de là, ajoute M. le rapporteur, nous sommes conduits à des conclusions diamétralement différentes de celles de l'éminent toxicologiste.

Mais il est inutile d'insister : si nous avons mis en évidence quelques taches dans la grande œuvre d'Orfila, ce n'est pas, on le pense bien, dans un but exclusivement critique, mais afin de faire profiter les expérimentateurs à venir de l'enseignement qui ressort des fautes échappées à un auteur éminent, car c'est là le privilége des hommes supérieurs que les erreurs mêmes qu'ils commettent peuvent servir de leçons utiles à tous ceux qui marchent dans la voie qu'ils ont ouverte.

Les documents que nous avons entre nos mains ne fournissent malheureusement pas beaucoup de données pour l'éclaircissement de la partie de la question que nous venons d'examiner.

Les deux mémoires de M. Colin ne renferment que deux expériences dans cet ordre d'idées. — Deux décilitres d'eau tiède ont été administrés à un chien, avant la ligature de l'œsophage, et 10 centigr. d'émétique à un autre. La ligature a été détachée au bout de 24 heures, et tous deux ont survécu.

Il n'y a qu'une conclusion à tirer de ces faits, c'est que, à la dose de 10 centigr., l'émétique peut n'être pas toxique sur le chien.

Seul de tous les expérimentateurs, qui nous ont adressé leurs travaux sur la ligature de l'œsophage, M. le docteur Szumowski a entrepris quelques expériences sur ce point, mais il a eu le tort, en se proposant de contrôler celles de MM. Bouley et Reynal, de ne pas les répéter exactement et d'en faire d'autres qui en diffèrent essentiellement, en sorte que les résultats des unes et des autres ne sont pas comparables. Quand on se donne pour mission le contrôle d'un travail expérimental, quel qu'il soit, on devrait toujours commencer par s'astreindre à répéter fidèlement les expériences dont on se propose de vérifier l'exactitude. C'est là la route la plus sûre et la plus courte pour arriver à la constatation de la vérité. Malheureusement telle n'est pas celle qu'a suivie M. Szumowski. Aussi qu'en résulte-t-il? C'est qu'il s'est placé à côté de la question qu'il s'agissait de résoudre. Rien d'étonnant donc que, visant à un autre but que celui qui était proposé, il ne l'ait pas atteint.

M. Szumowski conclut, d'expériences faites avec le sulfate de zinc, l'ipécacuanha et l'acide oxalique, que les substances émétiques données à petite dose ne entraînent pas la mort, quand bien même l'œsophage reste lié pendant 24 heures ; mais que si les émétiques sont donnés à dose toxique, les animaux expirent, nonobstant le temps au bout duquel la ligature de l'œsophage est détachée.

Qu'en conséquence cette opération ne saurait OBSCURCIR L'ACTION DES POISONS.

Mais telle n'était pas la question posée par MM. Bouley et Reynal. Ils n'ont nullement prétendu que la ligature pouvait obscurcir l'action des poisons; ils ont dit, ce qui est bien différent, que la ligature de l'œsophage, maintenue d'une manière permanente, pourrait, par les désordres qu'elle produit et par les accidents mortels qu'elle entraîne, *faire supposer l'existence de propriétés toxiques dans des substances complétement inoffensives, expérimentées par l'intermédiaire de la ligature.*

Pour vérifier la justesse de cette proposition, il fallait se servir non pas de substances toxiques, comme celles qu'a employées M. Szumowski, mais bien de matières certainement inoffensives ou peu actives, comme celles dont MM. Bouley et Reynal ont fait usage, et voir la différence des résultats donnés par ces matières, suivant que les animaux auxquels on les administre ont l'œsophage lié d'une manière permanente ou temporairement.

C'est ce qu'a fait la commission, et comme on l'a vu, les résultats qu'elle a constatés concordent assez exactement avec ceux qu'ont relatés MM. Bouley et Reynal.

Donc la proposition qu'ils ont soutenue peut, ce nous semble, être considérée comme vraie.

Ici s'arrête la partie de notre travail qui a trait à la vérification des faits. Arrivons maintenant à leur interprétation.

Il ressort du relevé statistique des faits recueillis dans les différents documents mis à notre disposition pour la rédaction de ce rapport, que la ligature permanente de l'œsophage est mortelle dans les 9/10es des cas, et que la durée de la vie des animaux, destinés à mourir par le fait de cette opération, peut varier entre 2 heures et 6 jours.

Qu'est-ce qui cause la mort en pareilles circonstances?

A cet égard, les opinions sont très-divergentes. Examinons-les successivement.

Pour procéder méthodiquement à l'étude de cette question complexe, il faut distinguer les cas suivant que la mort arrive peu de temps après l'opération ou au bout d'un assez long délai, car il est évident que, dans l'une et dans l'autre circonstance, sa cause ne saurait être la même.

Lorsque la mort arrive tardivement, c'est-à-dire passé la trentième ou la quarantième heure, l'autopsie fait reconnaître presque constamment l'existence, à l'endroit de l'opération, d'un clapier purulent produit soit directement par l'action traumatique, soit par l'effusion dans la plaie de matières putrescibles, échappées de l'œsophage, dont la continuité s'est rompue d'une manière plus ou moins complète sous l'influence de l'étreinte. Dans ce cas, la cause de la mort ne saurait être douteuse pour personne; elle réside évidemment dans l'altération des nerfs vagues, de leurs récurrents et des cordons sympathiques du cou, qui baignent dans le pus et sont enflammés dans une vaste étendue.

Sur ce premier point, il n'y a pas et il ne peut y avoir de désaccord.

Restent donc les cas où la mort survient dans les premières vingt-quatre heures après l'opération.

Ici encore, il y a lieu de distinguer, suivant que la mort arrive dans un très-court délai après l'opération, ou suivant que douze, quinze ou vingt heures s'écoulent avant qu'elle se manifeste.

Dans le premier cas, il y a toute probabilité qu'elle résulte de la lésion directe des nerfs qui accompagnent le conduit œsophagien, soit que ces nerfs aient été froissés dans les manipulations nécessaires pour aller à la recherche de l'œsophage, et pour l'extraire de la plaie, soit que l'un d'eux et notamment les récurrents, aient été compris dans le lien qui enserre l'œsophage.

Les expériences physiologiques militent fortement en faveur de cette interprétation. On sait qu'il suffit que l'un des nerfs vagues soit serré, froissé ou tiraillé, pour que des accidents de dyspnée se manifestent et que l'asphyxie survienne. A plus forte raison doit-il en être ainsi, lorsque l'un de ces nerfs est compris dans la ligature.

La lésion d'un des récurrents peut produire des phénomènes analogues, soit qu'elle détermine la paralysie incomplète du larynx, soit qu'elle facilite l'intromission dans les voies respiratoires du liquide visqueux qui remplit la cavité pharyngienne.

M. Colin, dans son second mémoire, a relaté des expériences qui prouvent la part considérable que la lésion des nerfs vagues peut avoir dans les phénomènes dyspnéiques qui sont quelquefois consécutifs à la ligature de l'œsophage.

Si nous consultons les faits qui servent de base à ce rapport, nous en trouvons deux parmi eux qui témoignent de l'importance de la lésion des récurrents.

L'un de nos chiens du Val-de-Grâce meurt en trois heures, à la suite de la ligature de l'œsophage. A son autopsie, on constate qu'un des récurrents avait été compris dans le lien.

La mort à court délai consécutivement à la ligature de l'œsophage peut donc être très-rationnellement attribuée à la lésion de l'un ou de l'autre des nerfs qui accompagnent ce conduit, pendant ou à la suite des manœuvres opératoires.

Cette conclusion suffirait à elle seule pour prouver que la ligature de l'œsophage est loin d'avoir l'innocuité et la bénignité que l'on s'est plû à lui attribuer; et que, conséquemment, il faut lui assigner, dans les expériences toxicologiques, une autre importance que celle qu'on lui a donnée jusqu'à présent; car enfin, on n'est jamais absolument sûr de laisser les nerfs voisins de l'œsophage à l'abri de toute atteinte quand on va à la recherche de ce conduit; et la preuve, c'est que dans nos expériences du Val-de-Grâce, un des nerfs récurrents a été compris dans une ligature, bien qu'expérimentateurs et commissaires se tinssent sur leurs gardes et cherchassent à éviter cette complication.

Mais la lésion des nerfs ne rend pas compte de tous les phénomènes graves consécutifs à la ligature. Si, en effet, c'était à cette cause que ces phénomènes dussent toujours être attribués, on ne devrait pas les voir cesser dès que la ligature est détachée, puisqu'il résulte des expériences rappelées plus haut qu'il suffit de pincer les nerfs vagues pendant quelques secondes, entre les mors d'une pince anatomique, pour que fatalement surviennent des accidents dyspnéiques et la mort au bout de quelques jours. Or, l'observation démontre que, dans un grand nombre de cas, dès que la constriction de l'œsophage est levée, tous les accidents cessent et les animaux récupèrent la santé en quelques jours.

Il y a donc une autre cause à invoquer que la lésion directe des nerfs pour expliquer les phénomènes qui succèdent à la ligature, et la mort par laquelle quelquefois ils se terminent.

Cette cause, quelle est-elle? C'est ce qu'il s'agit de rechercher.

Nous avons vu plus haut, dans l'exposé des symptômes qui suivent la ligature, que dans la plupart des cas, immédiatement après l'application du lien constricteur, la bouche se remplit de mucosités visqueuses, filantes, qui ne tardent pas à devenir spumeuses par l'agitation, et sont rejetées de la bouche par gros flocons, avec des efforts évidents de vomissement.

D'où viennent ces mucosités? Sont-elles seulement le produit de la sécrétion normale de la muqueuse pharyngienne, et n'apparaissent-elles au dehors en aussi grande quantité que parce qu'elles ne peuvent pas être dégluties comme dans l'état physiologique?

Ou bien n'arrive-t-il pas, en pareille circonstance, que la sécrétion pharyngienne est considérablement suractivée par un effet reflexe, comme cela se remarque toutes les fois que, pour une cause ou pour une autre, un animal est sollicité à vomir? Nous penchons vers cette dernière opinion, car la quantité des spumosités rejetées dans les premiers moments qui suivent la ligature, est beaucoup plus abondante que celle qui, normalement, est sécrétée par le pharynx.

Quoi qu'il en soit, après la ligature l'arrière-bouche et la bouche se remplissent de mucosités visqueuses et spumeuses très-abondantes : voilà le fait important à rappeler pour les développements qui vont suivre.

Deux des expérimentateurs qui vous ont soumis les résultats de leurs recherches, MM. Follin et Louis Orfila, pensent que ces mucosités accumulées dans le pharynx et difficilement rejetées ont une part considérable dans la production des phénomènes qui se manifestent après la ligature. Suivant eux, ce sont ces mucosités qui donnent lieu à des efforts de vomissement; ce sont elles qui, en s'introduisant dans le larynx, la trachée et les bronches, déterminent des accidents de suffocation, et amènent la mort par suite d'une asphyxie rapide ou lente.

Voici les faits sur lesquels MM. Follin et L. Orfila s'appuient respectivement pour soutenir cette opinion, qui a aussi été adoptée par M. Sée, dont les recherches ont été publiées dans la *Gazette hebdomadaire.*

M. le rapporteur reproduit ici les expériences de M. Follin, desquelles celui-ci couclut que la manifestation des phénomènes consécutifs à la ligature est proportionnelle aux difficultés de la respiration produites par la présence des mucosités pharyngiennes; que, lorsque ces mucosités ne peuvent pas s'échapper librement, la mort est prompte, témoin les trois animaux dont il a maintenu les mâchoires rapprochées;

Qu'au contraire, lorsque, soit par le fait de la laxité de la constriction œsophagienne, soit par suite de la ponction de l'œsophage au-dessus de la ligature, les mucosités pharyngiennes peuvent être dégluties et s'échapper du pharynx, les symptômes de suffocation et de régurgitation sont nuls, et l'opération beaucoup moins dangereuse.

Telle est aussi l'opinion de M. L. Orfila.

Suivant cet expérimentateur, les chiens qui ne salivent pas ne meurent pas, même quand la constriction dure pendant vingt-quatre heures;

Les chiens qui salivent meurent plus ou moins vite avec des symptômes de suffocation;

Les efforts de vomissement sont exclusivement causés par la présence de la salive;

Si on tue les animaux pendant ces efforts par la moelle épinière, on trouve à leur autopsie le larynx obstrué par des mucosités qui ont pénétré jusque dans la trachée et les bronches;

Si on les laisse mourir, on rencontre des lésions de l'appareil respiratoire consistant dans l'engouement, la congestion ou l'inflammation du parenchyme pulmonaire; le sang est noir dans les cavités du cœur, comme à la suite de l'asphyxie;

Si, enfin, on perce l'œsophage au-dessus de la ligature, on prévient la manifestation des symptômes d'asphyxie et la production des lésions pulmonaires. Dans ce cas, les animaux peuvent vivre trois, quatre et même sept et huit jours après l'opération.

Les faits que nous venons de rappeler sommairement semblent, à première vue, être tout à fait probatifs en faveur de l'opinion que soutiennent MM. Follin et L. Orfila; mais quand on y réfléchit, on voit qu'ils n'ont pas une portée aussi grande que celle que leur attribuent ces deux expérimentateurs. En général, les efforts de vomissement et la réjection par la bouche de mucosités spumeuses ne durent que pendant les premières heures qui suivent la ligature. Ils cessent ensuite à peu près complétement, et les animaux restent calmes, plus ou moins abattus. A cette époque, la respiration paraît s'effectuer avec liberté. Détachez alors la ligature, la plupart des sujets opérés échappent à la mort, comme les faits exposés plus haut en témoignent; maintenez-la, la plupart, au contraire, succomberont. Comment faire concorder ces résultats avec l'hypothèse que les animaux ligaturés succombent à une asphyxie rapide ou lente, déterminée par l'introduction des matières pharyngiennes dans les bronches?

Si l'introduction de ces matières a lieu, ce ne peut être que dans les premières heures consécutives à l'opération, puisque plus tard leur sécrétion diminue notablement. Si dans ces premières heures, ces matières sont introduites en assez grande quantité pour amener la mort, comment se fait-il que l'enlèvement de la ligature suffise pour prévenir cette terminaison, et que les animaux récupèrent leur santé, malgré ces altérations pulmonaires que l'on dit avoir constatées dès les premières heures de l'expérience, et que l'on croit être suffisantes pour déterminer l'asphyxie?

Cette objection grave contre la théorie de MM. Follin et L. Orfila empêche d'adopter leurs conclusions.

Cependant, on ne saurait contester que la présence dans le pharynx des mucosités gluantes qu'y fait affluer la ligature de l'œsophage n'ait sa part d'influence dans la manifestation des phénomènes qui succèdent à l'opération. Votre commission a vérifié sur trois de ses sujets d'expérience, que la ponction de l'œsophage, au-dessus de la ligature, avait fait cesser immédiatement les efforts de vomissement et mis fin à l'agitation à laquelle les animaux étaient en proie. Toutefois, cet effet n'est pas constant. Nous avons vu sur un chien les mucosités rejetées par la bouche avec effort, bien que l'œsophage fût ouvert. M. Colin, dans son second mémoire, relate un fait semblable.

Quant aux altérations que l'on rencontre dans les poumons des chiens qui ont succombé à la suite de la ligature de l'œsophage, nous n'avons pas trouvé qu'elles eussent l'importance que MM. Follin et L. Orfila leur ont assignée.

Notre cahier d'expériences du Val-de-Grâce renferme la relation de dix autopsies de sujets morts, soit après la ligature simple, soit après la ligature combinée avec l'administration d'une des substances expérimentées.

Voici les résultats que donne le relevé de ces expériences : Abcès métastatiques, 1 fois; poumons sains, 4 fois; poumons congestionnés par places plus ou moins nombreuses, mais surnageant, 5 fois.

Il est intéressant de faire observer que, sur l'un des sujets de cette dernière série, l'œsophage avait été ponctionné au-dessus du lien dix minutes après son application, en sorte que, dans ce cas, les lésions pulmonaires identiques avec celles des autres sujets dont l'œsophage n'avait pas été percé, ne pouvaient pas être rattachées à l'introduction des mucosités pharyngiennes dans les voies respiratoires.

Concluons donc que les accidents mortels consécutifs à la ligature ne procèdent pas exclusivement de l'altération qu'on peut rencontrer dans les poumons, et que cette altération, quand elle existe, ce qui n'est pas un fait constant, ne résulte pas exclusivement de l'introduction dans les bronches des mucosités pharyngiennes.

Maintenant une dernière observation avant de terminer sur ce point. M. L. Orfila, qui d'abord avait contesté les dangers de la ligature de l'œsophage, en se basant sur d'anciennes expériences, s'est livré à de nouvelles études sur ce sujet, et il est venu vous avouer, avec une bonne foi qui l'honore, qu'effectivement cette opération pouvait être mortelle dans quelques cas. Mais suivant lui ces faits nouveaux n'infirmeraient en rien les résultats obtenus par Orfila, et ne sauraient infirmer les études des expérimentateurs qui opéreront comme lui, et se conformeront à ses préceptes, parce qu'Orfila avait toujours l'habitude de pratiquer une ouverture à l'œsophage avant de le lier, pour introduire la substance dont il voulait étudier l'action.

La vérité nous oblige de dire qu'en formulant cette affirmation, M. Orfila neveu n'avait plus bien présent à la mémoire le texte de l'ouvrage de son oncle, car Orfila donne évidemment la préférence au procédé de ligature *sans percement de l'œsophage*, et il le préconise comme supérieur à l'autre, celui *avec percement.* (Voir page 49, t. I de sa *Toxicologie*, édition de 1852.)

Il nous resterait maintenant, pour terminer notre rapport, à examiner l'opinion que M. Bouley a exposée devant vous sur les causes des désordres qui surviennent à la suite de la ligature de l'œsophage; mais là notre mission s'arrête. M. Bouley est membre de cette assemblée, et comme tel il ne saurait être notre justiciable. Vous nous aviez confié le soin d'assister à ses expériences et de vous en rendre compte, c'est ce que nous avons fait dans la première partie de ce rapport.

Quant à sa manière de voir, il l'a lui-même exposée devant vous dans deux communications successives; libre à chacun de la discuter et à M. Bouley le rôle de la défendre.

Toutefois, je dois faire ici une dernière observation, propre à éclairer la question débattue, parce qu'elle prouve que la lésion propre de l'œsophage est en soi une affaire importante, et qui, à elle seule, a sa grande part d'influence dans la manifestation des phénomènes qui suivent la ligature. Cette observation, la voici : c'est que quelque signification que l'on veuille attacher à l'expression des symptômes qui se produisent après la ligature, il est certain que ces symptômes sont d'autant plus accusés, que la constriction est exercée sur l'œsophage d'une manière plus énergique, et a, d'emblée, plus profondément altéré sa structure.

Là se trouve, sans aucun doute, la raison de la différence des résultats qu'obtiennent les différents expérimentateurs qui pratiquent cette opération.

Le mot de cette énigme nous a été donné par l'analyse attentive des mémoires qui nous ont été soumis.

Ainsi, par exemple, M. Follin vous a présenté la relation sommaire de sept expériences. Dans un seul cas la ligature a été maintenue peu

serrée, et le sujet de cette expérience est resté très-calme après l'opération. Le lendemain, il paraissait à peine malade, et dès que la ligature a été détachée, il a repris tous les caractères de la santé. Dans six autres expériences, l'étreinte de l'œsophage a été très-énergique; alors les symptômes se sont manifestés d'une manière très-accusée, et des six sujets de ces expériences, cinq ont succombé.

L'influence du degré de la constriction ressort aussi clairement de l'analyse des mémoires de M. Colin, bien que cet expérimentateur n'en fasse pas mention.

Le but de M. Colin était de prouver, à l'encontre de l'opinion soutenue par MM. Bouley et Reynal, que la ligature de l'œsophage est une opération bénigne qui peut être négligée sans inconvénients dans les expériences de toxicologie.

Dans cette intention, M. Colin a pratiqué quatorze opérations de ligature qui toutes ont réussi, le lien n'étant pas resté au delà de trente heures et le plus souvent ayant été détaché en deçà. En général les symptômes que M. Colin dit avoir observés sont peu accusés, et témoignent que les sujets de ces expériences ne s'en ressentaient que faiblement.

Quel est le secret d'un succès aussi constant et qui a manqué à M. L. Orfila lui-même, malgré le désir si légitime qu'il devait avoir de trouver et de venir vous présenter des arguments en faveur de la doctrine de son oncle? Ce secret, M. Colin va nous le laisser surprendre. A côté des expériences dans lesquelles le lien est nécessairement peu serré autour de l'œsophage, puisqu'on se proposait de ménager l'intégrité de ce conduit afin que les animaux pussent revenir à la santé après la déligation; à côté de ces expériences, disons-nous, M. Colin en a relaté d'autres par lesquelles il se proposait de rechercher *quelles sont les conséquences de la ligature appliquée sur l'œsophage et laissée jusqu'à sa chute ou son élimination*. Dans ce cas, il fallait que le lien fût très-fortement serré, afin de se mettre dans les conditions signalées par notre collègue M. Jobert pour étudier les phénomènes de la cicatrice après la ligature. C'est ainsi que, dans ce cas, M. Colin l'a effectivement appliqué, et alors les symptômes qu'il a déterminés ont été beaucoup plus accusés que dans les expériences précédentes, où la ligature n'avait d'autre résultat que d'effacer la lumière du conduit œsophagien, mais sans intéresser ses parois et conséquemment les filets nerveux en grand nombre qui se ramifient dans sa trame.

On comprendra l'importance de cette observation pour l'application de la ligature de l'œsophage aux expériences de toxicologie.

Ici se termine notre rapport. Nous n'avons plus maintenant qu'à vous présenter, sous formes de conclusions, les différentes propositions qui en ressortent :

« 1° L'application d'un lien constricteur sur le tube œsophagien est suivie d'une manière assez constante de symptômes spéciaux qui, quelle qu'en soit la cause, ont un caractère assez sérieux pour qu'on doive en tenir compte dans les études toxicologiques.

« 2° Ces symptômes sont d'autant plus accusés que l'œsophage est serré plus étroitement, d'autant moins que sa constriction est plus lâche.

» 3° La constriction permanente de l'œsophage est mortelle dans les 9/10es des cas.

» 4° La durée maximum de la vie ayant été de six jours chez les sujets des expériences qui ont servi de base à ce rapport, ils en verront cette conséquence, qu'on doit concevoir des doutes sur les propriétés supposées toxiques des substances qu'on expérimente, en maintenant l'œsophage lié, lorsque la mort n'arrive, après leur ingestion, que le 2e, 3e, 4e, 5e ou 6e jour qui suit l'opération; et à plus forte raison si cette période de temps est dépassée.

» 5° Les symptômes caractéristiques de la ligature permanente de l'œsophage sont ceux d'un abattement profond, une fois passée la période des 24 premières heures.

» 6° Les lésions consécutives à la constriction permanente de l'œsophage consistent généralement dans l'inflammation des nerfs qui accompagnent l'œsophage, inflammation avec ou sans foyer purulent dans la région où s'est exercée l'action traumatique : d'où cette conséquence rigoureuse que toute expérience toxicologique dans laquelle cette complication est intervenue doit être annulée comme entachée de suspicion légitime, attendu l'impuissance où l'on se trouve de discerner si, en pareils cas, les accidents mortels résultent des substances essayées ou de l'inflammation des nerfs du cou.

» 7° La ligature temporaire de l'œsophage ne serait mortelle que trois fois sur 100 d'après les relevés statistiques présentés dans ce rapport.

» 8° En règle générale, ses effets sont d'autant moins graves que le temps de son application est moins prolongé : d'où cette conséquence que pour simplifier autant que possible les expériences de toxicologie, il faut laisser le lien constricteur appliqué le moins longtemps possible sur l'œsophage, en ayant soin de ne le serrer que juste au degré voulu pour mettre obstacle au retour des matières ingérées, mais sans intéresser les parois de l'œsophage.

» 9° La ligature prolongée et étroitement serrée de l'œsophage peut, par les désordres qu'elle produit et par les accidents mortels qu'elle entraîne, faire supposer l'existence de propriétés toxiques dans des substances complétement inoffensives.

» 10° La ligature de l'œsophage pouvant être mortelle par exception, même dans les premières heures qui suivent son application, on doit toujours se préoccuper de cette éventualité dans les expériences toxicologiques et s'assurer, par un examen attentif des nerfs du cou et des organes respiratoires, si aucune lésion n'est intervenue, susceptible de compliquer les phénomènes; puis, comme en définitive toutes les causes de mort, après la ligature, ne sont pas connues, on ne devra formuler une conclusion qu'autant qu'en réfutant les expériences avec les précautions qui viennent d'être indiquées, on aura obtenu des résultats constamment identiques. »

La conclusion dernière de ce rapport est que MM. Bouley et Reynal ont été bien inspirés, en fixant de nouveau l'attention des expérimentateurs sur la ligature de l'œsophage, opération souvent indispensable dans les expériences toxicologiques, mais dont on avait eu le tort d'exagérer l'innocuité.

Maintenant on ne saurait contester que cette opération ait ses dangers, mais il sera possible de les réduire à l'avenir, de les réduire à des proportions bien moindres, en observant les règles que nous venons de formuler d'après l'étude attentive des faits.

C'est à MM. Bouley et Reynal que doit revenir le mérite d'avoir introduit cet important perfectionnement dans la toxicologie expérimentale.

L'Académie doit des remercîments à MM. Colin, Follin, L. Orfila et Szumowski pour les intéressantes communications qu'ils lui ont envoyées, et dans lesquelles nous avons trouvé des documents très-utiles pour la rédaction de ce travail.

Nous vous proposons, Messieurs, de les leur adresser.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juillet 1858. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Trachéotomie ancienne. — M. GUERSANT présente un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui a subi la trachéotomie en juin 1857, et qui depuis lors a été obligé de conserver constamment sa canule. L'accident qui a nécessité cette opération est survenu à la suite d'une fièvre typhoïde, mais on ne peut aujourd'hui en déterminer la nature. Le malade croit avoir entendu dire qu'il s'agissait d'une nécrose du larynx, mais ce renseignement ne peut être considéré comme certain. Plusieurs fois on a essayé de retirer la canule; il a fallu la replacer promptement parce que l'asphyxie recommençait. Le larynx est cependant très-perméable, puisque le malade peut parler distinctement en bouchant avec le doigt l'ouverture extérieure de sa canule. Les cordes vocales paraissent donc n'être pas altérées; mais le larynx s'est sans doute rétréci, comme cela s'observe quelquefois par suite du séjour prolongé des canules dans la trachée. M. Guersant se demande et demande à ses collègues s'il y a lieu de faire quelque chose pour arriver à débarrasser ce malade de sa canule.

M. RICHARD a vu trois individus, deux hommes et une femme, qui, comme le malade de M. Guersant, ont été obligés, après l'opération de la trachéotomie, de conserver définitivement leur canule. Chez eux l'opération datait d'une dizaine d'années environ, et chaque fois qu'on voulait enlever la canule, l'asphyxie recommençait. Les faits de ce genre ne sont pas rares. Pendant les premiers temps qui suivent l'opération, la colonne d'air passe tout entière à travers la canule, et le larynx, ne fonctionnant plus, revient sur lui même à un degré suffisant pour expliquer les accidents qui surviennent après l'ablation de la canule.

M. DEGUISE propose de remplacer la canule que porte le malade par la canule à fenêtre et à soupape d'Aug. Bérard. L'inspiration se faisant librement par la canule, il n'y aura pas à craindre l'asphyxie, et, l'expiration se faisant tout entière par le larynx, il y a lieu d'espérer que cet organe se dilatera peu à peu. Au bout de quelque temps, on pourra essayer d'enlever la canule. Lors même qu'on ne devrait pas y réussir, la canule à soupape aurait sur la canule simple l'avantage considérable de rétablir la phonation.

M. CHASSAIGNAC pense qu'on pourrait chercher à dilater le larynx au moyen de la canule présentée il y a trois ans par M. Richet à la Société de chirurgie. Cette canule, comme on sait, est composée de deux tubes, l'un descendant dans la trachée, l'autre remontant dans le larynx.

Epithelioma de la langue. Récidive tardive dans les ganglions. — M. CHASSAIGNAC présente un homme à qui il a amputé la langue il y a deux ans, au moyen de l'écraseur linéaire, pour un épithélioma. L'ablation de la tumeur a été complète, et aujourd'hui encore la cicatrice est parfaitement saine. Mais il est survenu depuis quelques mois un engorgement dans les ganglions sous-maxillaires. La santé générale est excellente; la tumeur nouvelle paraît circonscrite, et il y a lieu de se demander si une seconde opération pourrait réussir comme la première. Mais ce n'est pas le but principal de la présentation de M. Chassaignac. Il se propose surtout de prouver que l'ablation des épithélioma de la langue peut donner, quoi qu'on en ait dit, des résultats avantageux.

Dans le cas actuel le mal s'étendait à la plus grande partie de la langue; il y avait une large ulcération qui faisait des progrès rapides, et qui avait déjà donné lieu à plusieurs hémorrhagies; il ne paraissait pas possible que le malade vécût plus de deux ou trois mois. L'opération n'a été suivie d'aucun accident sérieux; la cicatrisation a été prompte; il s'est écoulé plus d'un an sans aucune apparence de récidive, et quoi qu'il advienne ultérieurement, on peut déjà affirmer que la vie a été prolongée de deux ans au moins. M. Chassaignac connaît d'autres opérés qui, à la suite de la même opération, ont vécu deux, trois, quatre, et même cinq ans sans récidive. Il pense donc que l'épithélioma de la langue doit être opéré toutes les fois qu'il est possible d'en dépasser les limites.

M. RICHARD pense que ces cas heureux sont très-exceptionnels. Presque toujours les épithéliomas de la langue récidivent très-promptement.

M. HUGUIER insiste sur la nécessité d'opérer l'épithélioma le plus tôt possible. Le fait de M. Chassaignac prouve combien l'intervention de la chirurgie est utile dans le traitement de cette affection. Il n'y a, en effet, aucune trace de récidive dans la cicatrice; c'est seulement dans les ganglions que le mal s'est reproduit, et si on eût pu faire l'opération plus tôt, avant le début de la contamination ganglionnaire, le malade, selon toutes probabilités, serait radicalement guéri.

M. VERNEUIL saisit cette occasion pour donner des nouvelles de deux malades à qui il a amputé la langue pour des épithéliomas, et dont il a parlé l'année dernière à la Société. Le premier a eu une récidive prompte dans la cicatrice et dans les ganglions, et a succombé au bout de peu de temps; mais tout permet de croire que l'ablation avait été incomplète. Chez le second malade, le mal paraissait enlevé en totalité. M. Verneuil a revu cet homme il y a peu de temps; il y avait déjà sur la cicatrice un commencement de récidive, mais c'était peu de chose encore; les ganglions étaient sains, l'état général était excellent, et on pouvait compter sur le succès, au moins temporaire, d'une nouvelle opération. M. Verneuil ne sait ce que cet homme est devenu aujourd'hui; l'opération dans ce cas a certainement prolongé la vie.

—Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. GOYRAND, membre correspondant de la Société à Aix, en Provence, adresse un mémoire manuscrit dont il sera donné lecture dans une prochaine séance.

COMMUNICATION.

Amputation sus-malléolaire. — M. LABORIE a actuellement dans son service à l'Asile de Vincennes deux hommes qui ont subi dans les hôpitaux de Paris l'amputation sus malléolaire, et qui ne sont pas encore guéris. Il présente à la Société le moule en plâtre des deux moignons, et communique les deux faits suivants :

» 1° Théodore Lévêque, vingt-quatre ans, amputé le 18 mai 1857 par M. Chassaignac.

» Le malade était atteint d'une arthrite de cause traumatique, produite par une chute de cheval, sept ou huit mois avant son entrée à l'hôpital. Quinze jours après l'amputation, un abcès se forma à la partie externe de l'articulation fémoro-tibiale; par l'ouverture de cet abcès sortit une petite esquille. Le foyer se cicatrisa peu de temps après.

» Quant à la cicatrice du moignon, elle était obtenue trois mois après l'amputation.

» Un peu au dessus de la section du membre se formèrent de nouveaux abcès également ossifluents. Ces trajets, devenus fistuleux, se cicatrisèrent péniblement; puis, à mesure que le malade put prendre un peu d'exercice, le moignon s'ulcéra.

» Aujourd'hui, voici l'état du membre, quatorze mois après l'opération.

» L'amputation a été faite à dix centimètres environ au-dessus de l'extrémité de la malléole externe. La peau est mobile sur l'extrémité des os; elle est saine, excepté à la partie un peu externe et postérieure du moignon, où existe une ulcération superficielle, elliptique, de 2 centimètres et demi de diamètre. Une ou deux plicatures peu profondes de la peau se rendent vers cette ulcération. L'examen le plus attentif, les recherches les plus minutieuses, ne permettent de trouver sur cette ulcération aucun trajet fistuleux pénétrant dans l'épaisseur du moignon, ou se rendant près des surfaces osseuses.

» La peau se tend fortement pendant les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, et le malade éprouve une douleur assez vive sur l'extrémité du moignon par le fait de ces mouvements.

» Le membre sain, mesuré au niveau de la saillie du mollet, donne 33 centimètres. Le membre amputé, mesuré au même point, donne 24 centimètres seulement.

» 2° Charles Riou, dix-sept ans.

» Tumeur blanche dont les débuts datent de six ans. Abcès articulaires, etc., etc...

» Cet homme, entré à la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve, le 11 février 1858, fut amputé le 19 par le procédé de la fracture et de la section linéaire.

» Il y eut consécutivement beaucoup de suppuration. Quinze jours après l'amputation, il se forma un abcès à la partie externe du moignon.

» *Etat actuel du membre.* — La peau est mobile au niveau des os; elle est assez tendue. Au centre du moignon existe une ulcération qui ne s'est jamais cicatrisée; elle a l'étendue d'une pièce de deux francs; elle est tout à fait superficielle. Pas de douleur pendant la flexion.

» L'amputation a porté à six centimètres au-dessus des malléoles.

» Au niveau de la partie saillante des muscles du mollet, la circonférence du membre est diminuée d'environ 15 millimètres. »

Après avoir communiqué ces deux faits, M. Laborie ajoute qu'il n'a nullement l'intention d'attaquer l'amputation sus-malléolaire. Il est au contraire partisan de cette opération, qui est incomparablement moins grave que l'opération au lieu d'élection. La différence de gravité est assez grande et assez évidente pour que cette considération doive l'emporter sur toutes les autres, quelle que soit d'ailleurs la position sociale ou la profession des malades. Mais c'est précisément parce qu'on est obligé de donner la préférence à l'amputation sus-malléolaire, qu'il importe d'en étudier avec soin les résultats définitifs. Il est clair que cette opération laisse quelque chose à désirer, qu'elle a besoin d'être encore perfectionnée. La connaissance des accidents qui surviennent sur le moignon, conduira peut-être les chirurgiens à introduire dans le manuel opératoire des modifications propres à assurer la solidité de la cicatrice.

M. ROBERT pense que, dans l'étude des résultats définitifs des amputations, il faut tenir grand compte de la méthode ou du procédé qui a été mis en usage, car la situation et la disposition des cicatrices jouent un rôle très-important dans la production des accidents tardifs. L'ulcération consécutive du moignon est un inconvénient qui appartient surtout à l'amputation par la méthode circulaire. M. Robert préfère de beaucoup pour toutes les amputations de la jambe la méthode à deux lambeaux, l'un postérieur plus grand et plus épais, l'autre antérieur plus mince et plus court. On obtient ainsi une cicatrice linéaire très-solide, transversale ou plutôt légèrement oblique, au lieu de la cicatrice centrale, froncée et enfoncée de l'amputation circulaire.

M. Robert, en terminant, demande à MM. Chassaignac et Maisonneuve des renseignements sur les méthodes d'amputation qu'ils ont mises en usage chez les deux malades dont M. Laborie vient d'entretenir la Société.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il a suivi le procédé de M. Lenoir; c'est, comme on sait, une modification de la méthode circulaire. Sans prétendre qu'il n'y ait aucune liaison entre la nature du procédé opératoire et la production de l'ulcération consécutive du moignon, M. Chassaignac pense que cet accident dépend en grande partie de la nature des appareils prothétiques que l'on adapte au membre après la guérison. Il cite à ce propos l'observation d'un ancien cuirassier à qui il coupa la jambe au-dessus des malléoles. Cet homme guérit assez promptement, et se fit faire lui-même un appareil, qui, au lieu de prendre son point d'appui sur l'ischion, le prenait sur la jambe. La cicatrice s'ulcéra, et l'amputé alla pour quelque temps à l'asile de Vincennes. M. Chassaignac l'a revu depuis sa sortie de l'asile; il est maintenant bien guéri, et marche aisément avec un meilleur appareil.

M. VERNEUIL, comme M. Robert, donne la préférence à la méthode à lambeaux, aussi bien pour l'amputation au lieu d'élection que pour l'amputation sus malléolaire. Cette méthode donne de meilleurs moignons que la méthode circulaire, et M. Verneuil, d'après son expérience personnelle, est disposé à la considérer comme moins grave.

M. VOILLEMIER. Les objections qu'on élève contre la méthode circulaire s'adressent surtout aux anciens procédés, dans lesquels on formait la manchette avec la peau disséquée. Mais dans le procédé de M. Lenoir, on ne dissèque la peau qu'à la partie antérieure ; en arrière, on conserve avec la peau toutes les parties molles qu'on détache des os par un coup de couteau oblique. Ce procédé, qui a été créé pour l'amputation sus-malléolaire, mais qui est applicable aussi au lieu d'élection, permet de conserver dans le moignon autant de chairs qu'on en peut désirer. M. Robert vante les résultats de la méthode à lambeaux, qui a eu effectivement beaucoup de succès; mais la méthode circulaire en a eu au moins autant. Toutes deux sont bonnes par conséquent, et on conçoit que chacune d'elles ait des partisans. M. Voillemier est disposé à croire que la méthode circulaire vaut un peu mieux que l'autre. Au reste, il pense que les accidents d'ulcération consécutive dépendent moins de la méthode opératoire que de la nature de la cicatrice que l'on obtient. Les cicatrices *d'affrontement*, c'est-à-dire celles qui unissent directement les parties molles du moignon, sont solides. Les cicatrices de *surface*, qui se produisent lorsque les chairs sont écartées et qui forment des membranes minces et adhérentes aux os, se rouvrent au contraire très-facilement. La méthode à lambeaux ne met pas plus que la méthode circulaire à l'abri de ce dernier mode de cicatrisation, qui peut survenir sur les moignons les mieux constitués, à la suite des opérations les mieux faites, et qui dépend de la rétraction consécutive des chairs. Les cicatrices de surface se produisent à plus forte raison lorsque l'opérateur n'a pas conservé une quantité de parties molles suffisante pour recouvrir entièrement les os, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée et quelle que soit l'amputation pratiquée.

Dans les deux cas présentés par M. Laborie, les cicatrices présentent cette dernière forme. L'opéré de M. Chassaignac a eu, à la suite de l'amputation, plusieurs abcès à la jambe; cet accident, qui se serait produit tout aussi bien après une amputation à lambeaux, explique très-bien la rétraction des chairs et la largeur de la cicatrice. L'opéré de M. Maisonneuve a eu également un abcès; mais, de plus, il a été amputé par un procédé insolite. Les os ont d'abord été cassés, puis les parties molles ont été coupées au moyen de l'instrument que M. Maisonneuve désigne sous le nom de *grand constricteur*, et qui a été montré ici dans la dernière séance. M. Voillemier se demande si dans ce dernier cas il y avait assez de chairs pour recouvrir les os. Il conclut en disant que ces deux faits ne prouvent rien contre l'amputation sus-malléolaire.

M. MAISONNEUVE donne des renseignements sur celui des deux malades en question qui a été opéré par lui. L'amputation a été faite par la méthode diaclastique; mais ce n'est pas à cette méthode que sont dus les accidents du moignon, ils sont dus surtout à la mauvaise constitution du malade. L'appareil prothétique était, en outre, défectueux. L'ulcération de la cicatrice s'est refermée et rouverte plusieurs fois.

M. Maisonneuve ne veut pas anticiper aujourd'hui sur la discussion de sa méthode, discussion qui est renvoyée à une prochaine séance; mais il annonce dès maintenant qu'il conserve autant de chairs que dans les amputations circulaires faites avec le couteau. Ce n'est donc pas le défaut de parties molles qui a été la cause des accidents survenus consécutivement sur le moignon de son amputé.

M. HUGUIER signale la différence des résultats ultérieurs des amputations sus-malléolaires, suivant qu'elles sont pratiquées pour cause traumatique ou pour cause pathologique. Les premières donnent des guérisons bien plus solides que les dernières. M. Huguier a gardé dans son service, pendant cinq mois, un homme que M. Lenoir avait amputé au-dessus des malléoles pour une cause pathologique. Il y avait sur le moignon une ulcération qui s'est refermée il y a huit jours seulement. Comme M. Robert, M. Huguier donne la préférence à la méthode à deux lambeaux; de plus, il a l'habitude d'abattre d'un trait de scie oblique l'angle antérieur du tibia, comme on le fait pour l'amputation au lieu d'élection. Sans cette précaution, le lambeau antérieur est exposé à se gangréner ou au moins à se perforer.

M. MICHON pense que les amputations pathologiques donnent d'aussi bons résultats que les autres, pourvu qu'on enlève tout le mal. Il se prononce également pour la méthode à lambeaux, qui a sur la méthode circulaire le double avantage d'être plus facile à exécuter, et de donner des moignons bien plus solides. Les tendons postérieurs, conservés dans le lambeau principal, viennent se fixer dans la cicatrice audevant de l'os. Les muscles jumeaux continuent donc à agir sur la jambe, et cela suffit pour entretenir leur nutrition. La jambe s'atrophie ainsi beaucoup moins qu'à la suite de la méthode circulaire. Dans cette dernière méthode, au contraire, le tendon d'Achille, coupé au niveau de la section des os, se rétracte au milieu des parties molles; il ne contracte aucune adhérence directe avec les os, et la contraction des jumeaux, tiraillant sans cesse la cicatrice, tend à rendre le moignon de plus en plus conique. L'amputation sus-malléolaire doit donc être pratiquée suivant la méthode à lambeaux, et M. Michon pense qu'ainsi les accidents des cicatrices deviendront beaucoup moins fréquents. Il ajoute qu'il faut éviter, dans le traitement consécutif, tout ce qui pourrait favoriser la rétraction des chairs, et il signale les pansements multipliés et les lotions journalières comme une des causes qui favorisent cette rétraction.

L'heure étant trop avancée, M. Robert demande que la discussion sur les instruments de M. Maisonneuve soit renvoyée à la prochaine séance.

RAPPORT.

M. DÉSORMEAUX lit un rapport sur une observation de M. A. Trélat, intitulée *Décollement très-profond du rectum, opéré et guéri par la méthode du pincement ou méthode de Gerdy.*

Conformément aux conclusions du rapport, la Société décide que le travail de M. Trélat sera inséré dans les *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture du crâne; fractures de côtes; contusion centrale du poumon. — M. MOREL-LAVALLÉE présente le poumon gauche d'un homme âgé de quarante-cinq ans, qui est mort promptement à la suite de blessures multiples qu'il s'était faites en tombant d'un lieu élevé. L'interne a constaté, avant la mort, que les membres inférieurs étaient paralysés de la sensibilité et du mouvement. Les membres thoraciques n'ont pas été examinés. Le blessé avait d'ailleurs perdu connaissance; il avait rendu par la bouche une notable quantité de sang. Les pupilles étaient immobiles et dilatées. A l'autopsie, on a trouvé : 1° une petite fracture incomplète de la malléole externe droite, communiquant avec l'extérieur par une petite plaie, et paraissant produite par le choc de la pointe de la malléole sur l'angle d'une pierre; 2° une fracture du pariétal gauche avec disjonction de la suture lambdoïde. Cette disjonction occupait la partie moyenne de la suture dans une étendue de quatre travers de doigt; les deux bords de la suture n'étaient plus sur le même niveau; il y avait un déplacement suivant l'épaisseur d'environ 2 millimètres; 3° une contusion superficielle de l'un des lobes cérébraux; cette contusion était caractérisée par un grand nombre de foyers sanguins extrêmement petits et ressemblant au premier abord à un simple piqueté; 4° à la face inférieure du cerveau, un épanchement de sang situé à la fois sous l'arachnoïde et dans la cavité arachnoïdienne; 5° trois fractures de côtes du côté gauche; 6° au niveau de l'un des fragments, le poumon gauche était le siége d'une petite plaie qui communiquait par un trajet étroit, oblique et assez long, avec un vaste foyer sanguin creusé au centre du poumon. En quelques points du parenchyme pulmonaire on apercevait de grosses bulles d'emphysème. Il y avait du sang dans la plèvre; le tissu cellulaire de la paroi thoracique ne présentait aucune trace d'emphysème.

M. Morel-Lavallée attire l'attention de la Société sur la contusion centrale du poumon. S'il n'y avait que la déchirure superficielle, on pourrait l'attribuer à la piqûre du poumon par un fragment de côte; mais la déchirure profonde ne peut évidemment pas être rapportée à ce mécanisme. M. Morel pense donc que le poumon a été non pas piqué, mais écrasé comme une masse solide. Rien de pareil ne pourrait se produire sur le cadavre. Après la mort, le poumon peut être comprimé indéfiniment sans se rompre; mais sur le vivant, cet organe est gorgé de sang, et peut se laisser écraser comme la rate.

M. CHASSAIGNAC compare l'apparence du tissu pulmonaire qui entoure le foyer sanguin à celle des muscles broyés. Il fait remarquer que le poumon est déchiré superficiellement au niveau de l'une des fractures de côtes: cette déchirure paraît produite par la pointe d'un fragment, et cependant il n'y a en ce point aucune adhérence entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale. On sait que plusieurs chirurgiens ont avancé que l'existence d'adhérences anciennes et résistantes au niveau du foyer de la fracture était la condition *sine qua non* de la déchirure du tissu pulmonaire.

M. LARREY rappelle que M. Malgaigne a prouvé depuis longtemps que cette théorie est inexacte, et que le poumon peut être blessé sans adhérence préalable par les fragments des côtes fracturées et enfoncées.

Élection de la commission des congés. — Nomination de trois commissaires au scrutin de liste.

Nombre des votants, 18.

MM. Morel-Lavallée. .	15 voix.
Boinet.	13 »
Cazeaux.	8 »
Richet.	8 »

MM. Morel-Lavallée et Boinet ayant obtenu la majorité absolue, sont nommés membres de la commission des congés pour l'année 1858-59.

Pour éviter un second tour de scrutin, M. le président propose de désigner M. Cazeaux comme troisième commissaire.

Cette proposition est adoptée.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, P. BROCA.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association médicale de Loir-et-Cher prend sa tâche au sérieux. Elle vient de poursuivre, en se portant *partie civile*, devant le tribunal correctionnel de Blois, un individu nommé Berthe, qui se livrait sans titre légal à l'exercice de la médecine; et, par un acte de courage qui l'honore, elle n'a pas craint de comprendre dans la plainte un pharmacien qui s'était associé au délit en fournissant des médicaments sur l'ordonnance de Berthe. Voici, dans ses motifs essentiels, le jugement rendu le 11 juin, en ce qui concerne les conclusions de la partie civile :

Statuant sur les conclusions des parties civiles :

Attendu que les médecins ont eu juste sujet de s'émouvoir, eux qui ont obtenu leurs titres par des sacrifices considérables, par de longs travaux et qui sont portés sur les listes, en voyant un homme qui n'a aucune espèce de titre donner publiquement des consultations médicales, depuis plusieurs années, dans la localité où ils exercent;

Qu'encore bien que les médecins ne forment pas une corporation, il ne s'ensuit pas qu'ils soient privés du droit accordé à toute personne de demander, chacune en ce qui la concerne, la réparation d'un préjudice qui les atteint personnellement en causant un dommage à la masse des médecins, et que le silence gardé par plusieurs d'entre eux doive élever une fin de non-recevoir contre ceux qui jugent convenable d'agir;

Reçoit les sieurs Lunier, Dufay, Egret, Bascbet, Yvonneau, Brochetton, Desrivière, Satis père, Chautard, Ferrand, Bonamy, Dolbeau, Houssay, Bourgougnon, Picard et Bernier, intervenants comme parties civiles à l'action publique dirigée contre Berthe et Cazin...

Et statuant au fond,

En ce qui touche Berthe;

Attendu que tout fait quelconque de l'homme qui cause du dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer; qu'il résulte pour les médecins du fait imputé à Berthe un dommage, non-seulement sous le rapport moral, mais encore au point de vue matériel...

En ce qui touche Cazin;

Attendu qu'il est établi aux débats que Cazin, par suite de conventions particulières avec Berthe, délivrait habituellement des médicaments sur les ordonnances de ce dernier; que Berthe donnait des consultations dans l'officine de Cazin; que Veiller écrivait même par l'ordre de Cazin, son patron, des ordonnances que lui dictait Berthe...

Berthe et Cazin ont été condamnés solidairement à payer aux intervenants 300 fr. à répartir entre eux par portions égales, et aux frais de l'intervention.

— Par arrêté du 10 juin, M. le docteur Patézou, qui a laissé, en quittant la médecine militaire, d'honorables souvenirs et d'unanimes regrets, a été nommé inspecteur des eaux minérales de Vittel (Vosges).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Bulletin de la Société impériale de Marseille. Nos 1, 2, 3, 4. Janvier, avril, juillet et octobre 1857. Un vol. in-8°. — Marseille, Vial, imprimeur; Paris, chez tous les libraires de médecine.

Traité de la phthisie pulmonaire et de son traitement, par M. P. CHARTROULE. Un vol. in-8°. Prix, 7 fr., franc de port. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 26 juillet 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

On s'était aperçu depuis quelques années que l'eau qui alimente l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains, perdait dans son parcours une quantité considérable de ses principes sulfureux. Informé de ce fait par les rapports d'inspection de MM. Dubois et Lévy, le ministre de la guerre chargea M. l'ingénieur François et M. le Dr Poggiale d'étudier les causes des altérations de cette eau et les moyens d'assurer sa conservation. Les recherches de ces deux savants les ayant conduits à reconnaître que l'air jouait le rôle principal dans cette altération, il fut ordonné, d'après leurs indications, de procéder à un nouveau système de captage et d'aménagement consistant à mettre l'eau sulfureuse à l'abri de l'air dans toute l'étendue de son parcours, depuis son point d'émergence jusqu'à sa destination. M. Poggiale a fait connaître à l'Académie les résultats de ces utiles travaux, qui permettent maintenant de faire parcourir à l'eau sulfureuse un trajet de plus de 650 mètres, sans subir aucune déperdition de ses principes essentiels. M. Poggiale signale ce fait comme une expérience en grand dont la science et la pratique pourront profiter désormais pour la réfrigération et la conservation des eaux sulfureuses.

M. Fonssagrives a communiqué à l'Académie un cas de tératologie humaine, dont les exemples sont très-rares, à ce qu'il paraît, puisqu'on n'en trouve qu'un seul exemple dans le *Traité des anomalies* de M. Geoffroy Saint-Hilaire ; il s'agit d'un cas d'*hémimélie* complète, c'est-à-dire d'arrêt de développement se répétant uniformément sur les quatre membres. On trouvera la description détaillée de cette curieuse anomalie dans le compte rendu de la séance. Par une circonstance fortuite, au moment même où nous lisions cette communication dans le *Compte rendu*, nous venions de voir à la clinique d'accouchement une petite fille qui présente un cas d'hémimélie bi-thoracique, sorte d'anomalie beaucoup plus commune que celle dont il vient d'être question. Elle consiste dans un arrêt de développement à peu près symétrique des deux membres thoraciques, qui ne sont constitués chacun que par un humérus lui-même incomplet et mal conformé.

MM. Poiseuille et Lefort ont adressé, dans cette même séance, une nouvelle note sur la glycogénie. Cette note a pour but la réfutation de quelques critiques dont leur précédente communication sur ce sujet avait été l'objet de la part de M. Colin.

Nous signalerons enfin deux présentations faites, l'une par M. Élie de Beaumont, au nom de M. Zantedeschi, et la seconde par M. Bussy, au nom de M. Loir : la première est relative à une question de physiologie transcendante, dont nous jugerions téméraire d'aborder l'examen en ce moment. La seconde a pour objet un fait dont la connaissance peut être utile en médecine légale, la présence de l'arsenic dans divers objets de laiton que l'on a coutume, dans quelques pays, de placer dans les cercueils, à côté des corps ou sur les corps eux-mêmes. Une certaine proportion d'arsenic pouvant être rendue libre par suite des réactions produites par la putréfaction, et se mêler alors aux débris cadavériques, on comprend l'importance que peut acquérir ce fait dans certains cas d'exhumations juridiques et d'expertises toxicologiques. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Tardieu.

Rhumatisme cérébral.

(Observation recueillie par M. P. Fischer, externe du service.)

F... (Adèle), âgée de trente ans, cuisinière, entre à l'hôpital le 12 juillet 1858, salle Sainte-Joséphine, n° 10.

Cette femme est d'une forte constitution et d'un embonpoint assez marqué.

Il y a un mois, elle eut froid dans sa cuisine; depuis cette époque, elle a éprouvé du malaise et des douleurs vagues dans les articulations. Les douleurs ayant augmenté, un médecin est appelé et diagnostique un rhumatisme articulaire aigu des deux articulations tibio-tarsiennes. Peu de temps après, les articulations du genou furent prises.

Le traitement a consisté en purgatifs salins (eau de Sedlitz), qui ont amené des évacuations répétées et abondantes.

A l'entrée de la malade (12 juillet), on constate un rhumatisme articulaire généralisé, occupant les articulations du pied et du genou des deux membres inférieurs, et les articulations du poignet et du coude du membre supérieur gauche. Il n'existe pas de gonflement au niveau des parties malades, si ce n'est un peu d'empâtement de la malléole interne de la jambe droite. Les mouvements sont très-douloureux et presque impossibles; pouls à 80, un peu dur et plein; souffle cardiaque au premier temps; peau moite; langue chargée d'un enduit saburral épais. L'état moral est excellent, et la malade répond avec précision aux demandes qui lui sont faites.

Prescription. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; application de ouate laudanisée sur les articulations; diète.

Dans la journée la malade ne présente rien de spécial, si ce n'est de fréquentes selles liquides, de l'élévation du pouls vers le soir et des sueurs abondantes dans la nuit.

Le 13, l'état général n'est pas grave; pouls un peu plus fréquent; souffle au premier temps persistant; le dévoiement continue; langue toujours sale. — Un gramme de sulfate de quinine; bouillon. Le sulfate de quinine est administré à l'état solide, à huit heures du soir, en une fois.)

Dans la soirée, mouvement fébrile; sueurs comme le jour précédent. Amélioration notable dans les douleurs articulaires, qui disparaissent même; les mouvements redeviennent possibles. La malade, se considérant comme guérie, parle de sa prochaine sortie.

A minuit, elle demande fréquemment à boire, parle souvent; ses idées, d'abord raisonnables, deviennent peu à peu délirantes, et ce délire tranquille se change, vers cinq heures du matin, en un état d'agitation qui nécessite l'emploi de la camisole. La malade veut sortir, et manifeste sa crainte d'être réprimandée par ses maîtres si elle reste encore à l'hôpital.

Cet état continue, sous le même aspect, de cinq heures à sept heures du matin; les membres sont agités, et leurs mouvements ne semblent causer aucune douleur.

A sept heures, vomissement d'une petite quantité de mucosités stomacales jaunâtres. La malade accuse une sorte de constriction du gosier et ne peut plus avaler.

Le délire se dissipe; la malade cesse de parler et de s'agiter, le corps est étendu dans le décubitus dorsal, la tête renversée en arrière, les yeux sont fermés. Un état comateux survient; râle trachéal. La malade meurt à huit heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Cadavre bien conservé, muscles rouges et fermes. Pas de lividité cadavérique.

Articulations. — Les parties molles sus-jacentes aux articulations ne sont pas infiltrées, si ce n'est les téguments qui recouvrent la malléole interne de la jambe droite. Les veines voisines sont gorgées d'un sang rougeâtre analogue à de la lavure de chair.

L'articulation tibio-tarsienne gauche présente sur quelques points de la synoviale une injection évidente, s'offrant sous l'aspect de pinceaux vasculaires. La synoviale de l'articulation tibio-péronière inférieure est également injectée. Mêmes désordres, à un moindre degré toutefois, à droite. La synovie, un peu plus abondante, est colorée en jaune, mais n'offre pas les caractères qui dénotent incontestablement la présence du pus.

Les articulations des genoux sont baignées dans un liquide d'un jaune citrin, dans lequel nagent quelques flocons albumineux plus foncés, et qui distend la synoviale. Ce liquide, par ses propriétés physiques, se rapproche autant que possible de la sérosité purulente. On le retrouve dans les articulations du poignet et du coude du côté gauche. A droite, rien à noter.

Le cœur est sain, et ne contient qu'un caillot fibrineux non adhérent; son tissu est ferme, mais plus violacé qu'à l'ordinaire. Le péricarde renferme de la sérosité en petite quantité. Poumons crépitants, légèrement engoués. Estomac offrant sur quelques points des plaques rougeâtres piquetées. La muqueuse est saine, nullement ramollie. L'estomac et tout l'intestin sont tapissés de mucosités liquides, visqueuses, grisâtres, infectes, mélangées à des matières alimentaires digérées. La muqueuse est imbibée sur quelques points par ce liquide, mais non ramollie. Foie, reins normaux. Rate saine, divisée en plusieurs lobes.

Cerveau. — Sinus de la dure-mère remplis de sang noir; veines de la pie mère injectées. Cette membrane se détache facilement sans enlever aucune portion de la substance cérébrale. Pas de sérosité sous l'arachnoïde, pas de pus, ni de fausses membranes. Le cerveau est ferme, sain; à la coupe, on ne découvre rien d'anormal, pas de piqueté; sérosité des ventricules en quantité ordinaire, un peu d'injection des veines qui se rendent aux plexus choroïdes.

Nous avons cherché simplement ici à ajouter un cas de plus aux cas de rhumatisme cérébral qui ont été publiés. Depuis l'ob-

---

FEUILLETON.

TROISIÈME SOMMATION RESPECTUEUSE

A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, A L'OCCASION DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

> Mon fils, ne privez pas le pauvre de son aumône, et ne détournez pas vos yeux de lui de peur qu'il ne se fâche.
> *Ecclésiast. de Jésus, fils de Sirach*, ch. IV, vers. 1 et v.

L'homme vraiment honnête, le philosophe chrétien, dans toutes les circonstances heureuses de sa vie, doit se dire... Et les autres?

Alors que la fortune le sert, qu'il jouit des commodités de l'existence, il doit se souvenir que tout vient de Dieu, et que tout appartient à tous; si le sort l'a mieux pourvu que la multitude, il doit penser à son prochain. A ceux qui le savent, il faut le rappeler; à ceux qui l'ignorent, il faut l'apprendre :

Alteri ne feceris quod tibi fieri non vis.

Il existe en ce canton un bon, brave et loyal curé; il est capable, savant, serviable, mais entaché de deux grands vices : *pauvreté et véracité.* On l'a relégué dans la plus mauvaise paroisse des environs. C'est, dit-il, ce qu'il me faut; à mesure que je descends, mon indépendance augmente, et je tiens plus à être riche de liberté que d'argent et d'honneurs. Ce prêtre, mettant en pratique la charité prêchée par les autres, est seul en possession de dire le fond de sa pensée à ses supérieurs. Comme je lui faisais observer que sa loyauté lui créait des ennemis: Tant mieux, répondit-il, je suis d'autant plus à l'abri de leurs persécutions.

> Car la rage des vents frappe plutôt le faîte
> Du palais de nos rois que du toit des bergers.

Moi, je jouis des mêmes priviléges; n'étant rien et ne voulant rien être, j'imite mon ami le curé, et je dis à tous *ce que tous pensent et ce que personne n'ose articuler.* Je ne crains pas non plus les vengeances; on ne peut m'ôter ni mon siége de gazon ni ma médiocrité.

Or médiocrité en ce monde est mère de félicité. Comme j'honore les hommes contre lesquels je vais parler, je les prie de croire que je n'abuserai pas de mon indépendance pour manquer au respect ou aux convenances.

Cependant il se passe depuis plus de trois mois à l'Académie impériale de médecine quelque chose d'incroyable, ayant pour prétexte *la fièvre puerpérale.*

Les discours prononcés à ce sujet semblent être l'image de l'antique chaos, auquel étaient feu, air, mer, terre, tous les éléments, en réfractaire confusion. L'éloquence de cette compagnie est comme l'industrie merveilleuse de la nature en sa forme de coquillages, tant on y voit de variété dans ses figures et dans ses couleurs, tant on y trouve de traits divers!

Où pousse donc la fureur de tout expliquer? où mène la médecine dite exacte? Que d'artifices, que de peines perdues pour soumettre la raison au raisonnement! « La gloire et la curiosité sont les fléaux de » notre âme; celle-ci nous conduit à mettre le nez partout, et celle-là » nous défend de rien laisser irrésolu ou indécis. » (Montaigne, liv. I, chap. XXXI.)

Si je disais à mon pasteur : Ne conduisez pas votre troupeau dans ce marais, parce que les moutons y prennent des principes de mort, et que ce valet, à l'exemple du maître d'école de la Fontaine, entrât dans des explications pour savoir le pourquoi et le comment, et qu'il continuât à y mener mon bétail, que faudrait-il faire, et que feriez-vous à ma place?

Eh bien, les femmes en couches meurent dans les Maternités, première chose, que dis-je! chose unique à faire, *il ne faut plus les y mettre.* Ceci me paraît être d'une naïveté villageoise! Quand dans vingt ans le système ayant changé bon gré mal gré, on lira tout ce qui a été dit sur cette question... gare le jugement de la postérité!....

J'ai étudié sous Cuvier, Arago, Gay-Lussac, Dupuytren, Boyer, Récamier; quels hommes substantiels, quelle méthode, mais aussi quelles conséquences pour le profit réel de la science, de l'art et de l'humanité!

servation rapportée, il y a un mois environ, par notre collègue M. Boissarie, quatre nouveaux cas se sont présentés à l'hôpital Lariboisière, et l'un d'eux, constaté dans le service de M. Bourdon, a offert les signes évidents d'une méningite encéphalo-rachidienne. L'autopsie de notre malade ne peut faire admettre rien de semblable, puisque le cerveau était sain.

Quand de nouvelles observations, appuyées sur des autopsies, auront fait connaître la proportion relative des cas où la méningite existait, et de ceux où l'encéphale et ses enveloppes n'offraient rien d'anormal, on commencera, nous le pensons, à donner des explications plus ou moins rationnelles touchant l'étiologie et les symptômes de cette redoutable affection.

Au sujet de notre malade, nous ferons remarquer seulement qu'il n'a été administré qu'un gramme de sulfate de quinine, et que la diminution de la douleur, et même sa cessation quelques heures avant l'arrivée des symptômes cérébraux, semblent s'expliquer par une métastase aux yeux de ceux qui expliquent par cette théorie le rhumatisme cérébral.

De plus, ce cas a été pour ainsi dire foudroyant, puisque le délire agité a commencé à cinq heures du matin, le coma à sept heures, et que la mort est survenue à huit heures.

Enfin, on ne peut méconnaître qu'il existait ici, concurremment, une véritable affection ou fièvre bilieuse, caractérisée par l'état saburral persistant de la langue, les nombreuses évacuations alvines, et l'état cadavérique de l'estomac et de l'intestin dans tout leur parcours.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hydropisie ascite. Injection iodée. Introduction de l'air dans le péritoine. Guérison.

Par M. le docteur Letenneur (de Nantes).

Mlle X..., âgée de vingt-deux ans, me fut amenée par ses parents au mois de mai 1854, pour une hydropisie ascite dont le début remontait au moins à trois ans, et qui, dans les premiers temps, s'était développée avec une lenteur extrême.

D'après l'exposé qui me fut fait des antécédents, et d'après mon propre examen, il me fut impossible de rattacher cette maladie à une lésion organique quelconque. Mlle X... n'avait jamais éprouvé de symptômes qui pussent faire soupçonner une affection du foie ou de la rate; elle n'avait eu que de très-rares accès de fièvre intermittente; point de trouble vers le centre circulatoire, et la respiration n'est devenue moins facile que depuis que le ventre a pris un énorme développement; point d'œdème aux membres inférieurs. La menstruation a toujours été régulière, mais à mesure que l'hydropisie augmentait, l'abondance des règles diminuait de mois en mois d'une manière notable.

Le teint est pâle; il existe un peu de souffle carotidien; la maigreur, sans être extrême, est cependant considérable, relativement à l'état d'embonpoint qui existait il y a quelques années.

Le palper et la percussion de l'abdomen ne laissent aucun doute sur l'existence de l'épanchement. Une ponction faite au lieu d'élection donne issue à dix-neuf litres de sérosité citrine, albumineuse. Après l'évacuation du liquide, je pus m'assurer qu'il n'existait aucune trace de kyste, et que l'hydropisie avait bien son siége dans le péritoine. Je pus également reconnaître que les viscères ne présentaient aucun engorgement.

Le ventre fut soutenu et comprimé au moyen d'une serviette et d'un corset, et la malade fut soumise successivement au traitement par le lait, suivant la méthode de Chrestien (de Montpellier), et à l'usage des purgatifs drastiques et des diurétiques; enfin, je conseillai un régime tonique et l'emploi du quinquina et du fer.

Au mois d'août, rien n'annonçait encore la récidive, mais les règles étaient toujours à peu près nulles : je conseillai le séjour à Préfailles (Loire-Inférieure), où l'air vif de la mer et l'usage de l'eau de la source pourraient consolider la guérison. La santé générale se fortifia, en effet, mais quelques mois après le gonflement du ventre reparut, et bientôt il ne fut plus possible de se faire illusion, la récidive était évidente.

Je pratiquai une seconde ponction au mois de novembre 1855. Cette fois, le liquide était incolore, d'une limpidité parfaite; et si en tombant dans le vase il n'eût pas produit d'écume, on aurait pu le comparer à de l'eau distillée. J'annonçai que si malgré un nouveau traitement analogue à celui auquel nous avions déjà eu recours une seconde récidive avait lieu, je proposerais l'injection iodée.

Le 17 septembre 1856, Mlle X... revint à Nantes. Dans la prévision d'une opération plus grave, ses parents s'étaient fait accompagner de leur médecin ordinaire, qui partagea entièrement ma manière de voir et voulut bien me prêter son concours.

La ponction fut faite comme précédemment au côté gauche, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque. Il s'écoula 12 litres d'un liquide en tout semblable à celui obtenu dix mois auparavant. Lorsque le jet commença à diminuer, et que nous pouvions estimer à deux litres au plus la quantité de sérosité qui restait dans le péritoine, nous fîmes une première injection comprenant le tiers du mélange suivant :

Eau.	200	grammes.
Teinture d'iode.	30	—
Iodure de potassium.	2	—

Par suite d'un mouvement de recul du piston de la seringue, qui ne fut pas aperçu, il pénétra, avec le liquide iodé, une quantité d'air assez notable, ce que nous reconnûmes à un glou-glou caractéristique.

Le ventre fut malaxé de manière à mélanger la solution avec la sérosité qui était restée dans le péritoine et à la mettre en contact avec la plus grande surface possible; ces mouvements donnaient lieu parfois à un gargouillement bien différent de celui qui se produit dans la cavité intestinale. Pendant tout ce temps, la malade n'éprouva aucune douleur.

Au bout de huit minutes, je fis écouler par la canule deux litres environ de liquide, qui était uniformément coloré par l'iode. Quand il ne resta plus dans le péritoine qu'une quantité insignifiante de liquide, j'injectai les deux tiers restant de la solution, en dirigeant successivement vers différents points l'extrémité de la canule. Comme la première fois, Mlle X... nous affirma qu'elle n'éprouvait ni douleur ni même de sensation pénible.

Le ventre fut malaxé de nouveau, pendant que la malade changeait de temps en temps de position, et, après un quart d'heure, je fis sortir la moitié du liquide et je retirai la canule, laissant à dessein le reste de l'injection dans l'abdomen.

Le pouls qui, avant l'opération, s'était élevé à 80 pulsations, descendit à 68.

Quelques heures après l'opération, il se manifesta à la gorge un goût âcre et amer, mais ce phénomène fut de courte durée.

Dans la soirée, le pouls s'accéléra, quelques intermittences s'y firent sentir, la peau devint chaude et humide, la soif assez vive; il y eut de la somnolence, mais sans céphalalgie.

Pendant un mouvement que fit Mlle X..., elle remarqua que la serviette qui comprimait le ventre était tachée de sang; je fus prévenu de cet incident, et je vis en effet qu'une petite hémorrhagie avait lieu par la piqûre; je l'arrêtai facilement en pinçant la peau avec une forte serre-fine.

Le lendemain et le surlendemain, rien de particulier : pas de douleur dans le ventre; à peine une pression énergique excite-t-elle un peu de sensibilité.

Le pouls présente toujours des intermittences qui reviennent trois ou quatre fois par minute.

On trouve dans le ventre une plus grande quantité de liquide que celle fournie par l'injection. Il y a toujours de l'air dans le péritoine : la succussion donne lieu à un gargouillement très-marqué et très-sonore, et la percussion à la région sous-ombilicale donne un son tympanique fort remarquable.

Le troisième jour après l'opération, la malade se plaignit d'éprouver de la chaleur à la gorge et de la difficulté d'avaler. L'isthme du gosier présente une rougeur très-prononcée, avec une teinte violacée. Un gargarisme astringent est prescrit, et le lendemain il ne reste plus de trace de cette irritation.

Le quatrième jour, les intermittences du pouls ont disparu. Il y a de l'appétit : je permets quelques aliments; mais, comme il n'y a pas eu de garde-robes depuis l'opération, j'ordonne pour le lendemain un purgatif composé de jalap, 1 gramme, et scammonée, 15 centigrammes, à prendre en deux doses, à une demi-heure d'intervalle.

Ce remède produisit trois évacuations abondantes, sans coliques.

A partir de ce jour, la guérison marcha régulièrement; la malade put se lever quelques heures sur un fauteuil; l'appétit devint excellent, et, à la fin de la deuxième semaine, Mlle X... put quitter Nantes. Au moment du départ, il restait encore dans le péritoine une certaine quantité d'air et de liquide, car, par la succussion, on produisait encore le gargouillement, quoique à un faible degré; mais, quelle que fût la position de la malade, ce phénomène n'avait lieu alors qu'à l'hypogastre; il ne tarda pas, du reste, à disparaître complétement, et, dans l'espace de quelques mois, la santé de Mlle X... ne laissa plus rien à désirer.

Au moment où j'écris ces lignes, il y a quatorze mois que l'injection iodée a été pratiquée, et la guérison ne s'est pas démentie.

Les succès nombreux obtenus depuis quelques années dans le traitement de l'ascite, par les injections iodées, et les travaux publiés sur ce sujet par MM. Dieulafoy, Leriche, Boinet, etc., ont établi d'une manière définitive et incontestable l'efficacité et l'innocuité de ce moyen qui constitue une des plus précieuses conquêtes de la thérapeutique à notre époque.

Cependant, telle est encore sur l'esprit du plus grand nombre la puissance de l'habitude de certaines erreurs traditionnelles ou plutôt d'une interprétation incomplète et inexacte des faits observés autrefois, que chaque jour, des malades succombent aux suites de l'ascite, sans qu'on ait osé avoir recours à l'injection iodée.

Il est donc utile de multiplier les exemples, afin d'encourager les praticiens à marcher dans cette voie nouvelle. A ce titre seul, l'observation précédente offrirait de l'intérêt; mais, en outre, il est rare que des faits étudiés avec soin ne portent pas avec eux quelque enseignement spécial, ne puissent pas devenir la source de quelques réflexions utiles.

Comment, par exemple, concilier l'innocuité des injections iodées, dont je viens de fournir une preuve nouvelle, avec les croyances qui règnent depuis si longtemps dans la science sur le danger de l'introduction dans le péritoine de toute substance irritante? Et ces croyances, il faut l'avouer, n'ont point pris leur origine dans de vaines théories, mais résultant d'observations nombreuses et irrécusables. L'introduction de l'air atmosphérique lui-même dans la cavité abdominale a toujours été redoutée des chirurgiens, et on n'a pas oublié les débats qui ont eu lieu naguère sur ce sujet à l'Académie de médecine, lors de la discussion sur les kystes de l'ovaire.

Cette contradiction dans les faits, et par suite, dans les opinions qui en découlent, étonne au premier abord, car on sait que les phénomènes morbides obéissent à des lois générales et constantes. Mais si on ne se contente pas d'un examen superficiel, on reconnaît bientôt que la différence des résultats tient à des conditions différentes, c'est-à-dire au changement qui s'opère dans le mode de vitalité des membranes séreuses lorsqu'elles deviennent le siége d'hydropisie. Il semble alors que, macéré en quelque sorte par une abondante quantité de sérosité, l'épithélium, qui revêt la face libre de ces membranes, modère et maintient dans de justes bornes l'action des divers agents qu'on met en contact avec lui.

Qui n'a vu des exemples frappants du danger des plaies des articulations par des instruments piquants, lors même que ces plaies semblent présenter toutes les conditions prescrites par la méthode sous-cutanée? Et d'un autre côté, qui ne sait avec quelle simplicité les choses se passent ordinairement lorsque dans les hydrarthroses chroniques on a recours à la ponction suivie d'injection iodée?

Ne puis-je pas ajouter que l'observation de chaque jour permet d'établir, en principe, que dans l'opération de l'hydrocèle, il faut augmenter la puissance stimulante du liquide injecté, en raison de l'ancienneté de la maladie, et qu'on voit quelquefois, même avec la teinture d'iode, l'inflammation dépasser les limites ordinaires, si, dans les hydrocèles récentes, on n'a pas eu soin d'étendre beaucoup le liquide injecté?

Il est donc facile de comprendre la tolérance du péritoine pour les injections iodées en d'autres substances irritantes, lorsque cette membrane a été pendant longtemps baignée par une abondante quantité de sérosité. Mais aussi, il ne faut pas oublier que, dans certains cas, cette tolérance disparaît s'il existe une inflammation préalable du péritoine ou de quelques-uns des viscères abdominaux.

Il ne faut pas oublier non plus que les chances de guérison sont toujours moins grandes dans l'ascite symptomatique que dans

---

Que se passe-t-il à l'Académie? Ce qui a lieu dans toutes les assemblées délibérantes uniques, le contre-poids manquant : s'ils n'y prennent garde, ces corps deviennent des sociétés d'admiration mutuelle; on n'y voit plus rien en dehors de soi-même; les capables sont indifférents; les autres, s'écoutant parler, trouvent leur langage agréable; la scène se passe donc entre quelques-uns, et tout est pour le mieux.

Voilà ce qui est destiné à offrir au monde l'unique médaille de toutes les perfections.

Il y a bien d'autres sociétés médico-chirurgicales en dehors de l'Académie, mais les membres qui les composent se gardent bien de toucher à l'arche sainte, où ils cherchent à pénétrer, et dont la moindre opposition les éloignerait pour toujours.

L'Académie est formée de sections spéciales; or, une question d'accouchement étant posée, les accoucheurs s'en emparent, la développent et en tirent des conséquences; l'office découvre l'homme, et met en évidence ce qu'il avait dans l'esprit, c'est-à-dire qu'alors on connaît certainement ce qu'est le personnage, combien il vaut quand il est appelé au maniement des affaires : aussi, pour se mettre en évidence, ces fines gens remarquent bien plus curieusement les choses que les hommes simples; ils glosent, et pour faire valoir leur interprétation et la persuader, ils se détournent toujours de l'histoire; ils ne représentent jamais les objets sous un jour pur, et les inclinent et masquent selon le visage qu'ils leur ont vu ou qu'ils veulent leur donner.

S'ils ont le sens de travers, ils ornent leurs divagations d'un beau langage, et tout est perdu.

Or vous savez qu'aux ours les petits ours semblent être plus beaux que tout au monde.

Dans cette discussion, les arguments de M. tel ont été réfutés par ceux de M. un tel (toutes puissances *intra muros*); les conseils venus du dehors, quoique considérables, ont été relégués dans l'ombre et regardés comme non avenus.

L'Académie a été ici bien différente de ceux qui pensent que dans les ouvrages difficiles il faut prendre conseil de son apprenti.

L'omnipotence traîne à sa suite l'adoration de soi-même et le mépris des autres.

Les Grecs, les Romains, traitaient tous les peuples de barbares; les Chinois le font aujourd'hui.

En effet, chacun appelle barbarie ce qui n'est pas de son usage. Nous n'avons autre comparaison de la vérité et de la raison que l'exemple et idée des opinions et usances du milieu dans lequel nous vivons; là est toujours la parfaite science, et le parfait et accompli usage de toutes choses.

Un des arguments les plus fréquents et les plus forts a été de répéter ceci : L'utérus, après l'accouchement, est une plaie, et cette plaie est sujette à s'enflammer, etc.

Singulière prétention anatomique qui fait de l'acte naturel et physiologique par excellence une affaire pathologique.

D'autres ont tout expliqué par l'inflammation, et pensent que c'est là le principe de la maladie, parce qu'ils l'ont vu.

En somme, et à quelques exceptions près, c'est la science anatomo-pathologique qui a dominé, et cette prise d'armes aura eu cela d'utile qu'elle sera venue prouver une fois de plus la vanité de ce système.

Nul ne peut nier l'utilité de l'anatomie pathologique; mais il est ridicule, disons-le, il est absurde de vouloir appuyer toute la médecine sur un pareil principe. J'ai déjà dit comment la clinique nosocomiale avait donné un grand crédit à ce genre d'étude; j'ai expliqué pourquoi, dans l'impossibilité de rechercher les causes véritables des maladies chez des individus que l'on n'avait jamais vus et que l'on ne reverrait jamais, il était plus simple de prendre la vérité sur le fait.

C'est-à-dire de s'en tenir *à l'étude de la lésion matérielle* : cela vous représente toute la médecine réduite à ce qui se passe dans l'examen de la dent cariée et de son extraction. Comme ceci est présenté à des élèves, et qu'en somme, pour qui n'en sait pas plus, c'est assez satisfaisant, on comprend que les études puissent marcher ainsi pendant quelque temps; je dis quelque temps, parce que la raison des hommes savants et sérieux n'étant pas satisfaite, il faut que l'échafaudage tombe.

On peut avoir une lésion anatomique très-étendue réputée de nature mortelle par l'école, et vivre de longues années sans en avoir jamais éprouvé rien de fâcheux. Voici pour les maladies chroniques; je l'ai déjà dit.

Les organes les plus indispensables à l'existence peuvent être blessés,

l'ascite idiopathique. Sous ce dernier rapport on a vu que ma malade était dans les conditions les plus favorables.

Mais si j'employais la solution iodée avec une grande sécurité, j'avoue que ce n'est pas sans une certaine inquiétude que j'ai entendu pénétrer de l'air dans le péritoine. Je connaissais, il est vrai, le résultat négatif qui suivit la tentative hardie faite, en 1830, par Roosbroeck, sur une femme qui avait déjà subi sept fois la ponction, et dans le ventre de laquelle ce médecin fit, sans accident comme sans avantage, une injection d'air atmosphérique. (Cette même femme fut guérie quelque temps après par l'injection du gaz protoxyde d'azote).

En racontant le fait qui précède, M. Morel-Lavallée, dans un rapport à la Société de chirurgie (tome 2, page 379), est loin de considérer l'action de l'air comme insignifiante, car il dit : « Il est plus que douteux qu'on puisse jamais faire un agent thérapeutique d'un fluide dont le contact anormal avec nos tissus est souvent la source des plus redoutables accidents. » Nous avons vu comment cette assertion doit être acceptée ou rejetée selon qu'il s'agit du péritoine, à l'état normal, ou du péritoine, siége d'une hydropisie.

Dans ce dernier cas, le fait de Roosbroeck le prouve, l'air seul ne fait pas de mal, il est vrai, mais il ne guérit pas; tandis que l'air chargé d'une petite quantité de vapeur vineuse a amené deux fois, en 1824, la guérison de l'ascite entre les mains de M. Gobert (Annales de médecine physiologique, tome 6), et une fois entre les mains de M. Lhomme, en 1827 (Archives générales de médecine).

Ces trois guérisons m'autorisent à croire que l'air, introduit avec la solution iodée chez ma malade, a dû être plutôt utile que nuisible, et a même contribué pour une grande part à la guérison.

Par suite de la chaleur du corps et des mouvements de malaxation qui ont été opérés, cet air a dû être mélangé d'une notable quantité de vapeur d'iode et même de vapeur alcoolique, et, par conséquent et pendant longtemps, l'action médicamenteuse a porté à la fois sur une surface très-étendue du péritoine. En effet, tandis que le liquide tendait à gagner les parties déclives, l'air formait sous la paroi abdominale antérieure une large couche facile à reconnaître par la percussion et par une certaine mollesse qui n'existe jamais dans le météorisme intestinal.

Ne pourrait-on pas, en mettant à profit cette circonstance, obtenir la guérison de l'ascite en injectant moins de liquide iodé que de coutume, mais en multipliant son action par l'adjonction d'une certaine quantité d'air atmosphérique? Ne pourrait-on pas même arriver au même but en injectant seulement de l'air dans lequel on aurait fait évaporer de la teinture d'iode?

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN

avec issue au dehors de l'intestin blessé. Suture par le procédé de Lembert. Guérison.

Par M. J. J. Mac Elrath (de Camden, Arkansas).

Un esclave âgé de quatorze ans, courant avec un large couteau de boucher à la main, tomba en avant, l'instrument pénétra dans l'abdomen, un pouce au-dessus et à gauche de l'ombilic, et fit à la paroi une plaie verticale d'un pouce et demi de longueur, à travers laquelle s'engagèrent plusieurs pieds d'intestin. M. Elrath vit le blessé peu d'heures après l'accident; il y avait à peine d'hémorrhagie.

L'intestin, couché sur la partie inférieure du ventre et pendant entre les cuisses, était rouge, sec, un peu gonflé; pouls petit, fréquent; peau moite, extrémités froides, dépression considérable des forces L'intestin présentait trois plaies pénétrantes; deux de celles-ci étaient de simples piqûres; elles furent fermées par une ligature circulaire, sans égard à la muqueuse, qui faisait saillie et qui était renversée au dehors.

La plaie la plus large était transversale et mesurait environ un pouce de longueur. Un ascaride lombricoïde de grande dimension s'y était engagé; il fut extrait, ainsi qu'une demi-douzaine d'autres, qui se présentèrent successivement. La plaie fut fermée par cinq points de suture, d'après le procédé Lembert, puis on tenta la réduction. Les manœuvres s'accompagnaient d'une si grande douleur, qu'on jugea nécessaire d'éthériser le malade. Les efforts développés pendant l'anesthésie augmentèrent l'issue de l'intestin. L'insensibilité fut complète, quoique la réduction, faite avec soin et précaution par la manipulation, n'exigeât guère moins d'une demi-heure. La blessure de la paroi fut réunie par quatre points de suture entrecoupée ne comprenant que la peau, et soutenus par des bandelettes agglutinatives, des compresses et un bandage.

Repos dans la position horizontale, régime très-léger, sulfate de morphine à la dose d'un quart de grain toutes les six heures.

La guérison fut prompte; l'intestin fonctionna seul le cinquième jour, et, huit jours après l'accident, l'enfant reprenait ses occupations habituelles comme si rien ne lui était arrivé. Depuis deux mois, rien de particulier ne s'est montré.

L'issue de l'intestin a certainement été dans ce cas la cause du salut. La guérison est la règle dans ce cas : c'est le contraire lorsque la plaie viscérale est soustraite à la vue (*The New-Orleans Med. and Surd. Journal*, mars 1858, p. 182.)

M. Mac Elrath fait suivre cette intéressante observation de quelques remarques qui sont de nature à soulever une discussion délicate. Une plaie de l'intestin étant donnée, est-il réellement d'une grande importance de mettre en contact les surfaces séreuses pour assurer la réunion et obtenir par suite une oblitération de la plaie, ou bien ce précepte ne résulte-t-il pas plus d'une spéculation théorique que de l'observation pratique? Dans un grand nombre d'expériences sur les animaux inférieurs, on n'observe pas de différence dans les résultats ultimes, soit que la séreuse, soit que la muqueuse, aient été mises en contact.

Nous joindrons à notre tour quelques réflexions. Tout d'abord, je signale une petite lacune dans l'observation : l'auteur ne nous dit pas ce qu'il a fait des fils à suture qui ont été placés sur les trois plaies intestinales. A-t-il coupé les chefs près de l'intestin? les a-t-il attirés au dehors? Je suppose qu'il a suivi le premier procédé; mais la chose valait la peine d'une mention. Quant à l'innocuité relative des plaies intestinales, lorsque l'intestin vient immédiatement faire saillie au dehors, nous partageons complétement l'opinion de l'auteur. C'est précisément cette condition qui fait la bénignité de tous les procédés d'entéroraphie pratiqués sur les animaux, procédés qui donnent des résultats beaucoup moins brillants chez l'homme.

Ceci mène à la question posée par M. Mac Elrath. Ce n'est pas la première fois que nous entendons faire quelques objections à la fameuse théorie de l'adossement des séreuses comme condition fondamentale de la cure des plaies de l'intestin; mais jusqu'alors ces objections n'ont été formulées qu'avec timidité. Il faudra bien quelque jour aborder franchement la discussion en faisant un inventaire rigoureux des observations publiées avant et depuis la découverte de ce principe. En attendant, voici ce qu'on peut répondre :

1° L'adossement des séreuses est un bon procédé; mais il n'est nullement *indispensable* à la guérison des solutions de continuité de l'intestin, car cette guérison a été bien des fois obtenue sans que ce principe ait été observé.

2° Le mécanisme de la guérison consiste beaucoup moins dans l'affrontement de telle ou telle tunique de l'intestin que dans les adhérences qui se font autour du point blessé et qui préviennent l'épanchement, soit par la soudure de plusieurs anses voisines, soit par un dépôt plastique qui recouvre à l'extérieur le lieu d'application de la suture.

3° La manière de faire la plus sûre est celle qui consiste à fixer l'anse blessée contre la face postérieure de la paroi abdominale, en supposant l'absence de réunion, volontaire ou non, de la plaie viscérale. L'épanchement donnera naissance à un abcès stercoral qui se fera jour à travers la plaie pariétale, cicatrisée ou non, et la guérison consécutive de la fistule stercorale s'obtiendra sans grande peine.

4° Ce qui prouve bien que la muqueuse ne joue pas dans les sutures intestinales un rôle aussi désastreux qu'on veut bien le dire, c'est la réussite déjà bien souvent constatée du procédé d'Astley Cooper dans les cas de plaies peu étendues de l'intestin. L'observation précédente en est un nouvel exemple.

Mais, comme nous le disions plus haut, c'est là un point de dogme qui est digne d'une critique approfondie.

(*Gazette hebdomadaire.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 juillet 1858. — Présidence de M. Despretz.

Eaux minérales sulfureuses d'Amélie-les-Bains. — M. POGGIALE communique sur ce sujet une note dont voici un extrait :

M. Poggiale a fait, sur l'invitation du maréchal ministre de la guerre, un grand nombre d'expériences pour déterminer la quantité de principes sulfureux que l'eau qui alimente l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les Bains perdait dans son parcours, avant les travaux qu'on vient d'y exécuter; il a étudié avec soin les altérations qu'elle éprouvait dans les réservoirs, dans les piscines et dans les baignoires, et il a trouvé que dans l'intérieur des thermes la quantité de sulfure de sodium ne s'élevait qu'à 0gr,0020 au lieu de 0gr,0117. L'eau minérale ne présentait plus ni l'odeur ni la saveur qu'elle possède à la source; et les réactifs donnaient lieu à des réactions d'autant moins prononcées que l'eau était prise à une plus grande distance du point d'émergence. Il a reconnu, enfin, que l'air jouait le plus grand rôle dans les altérations qu'il avait constatées.

Pour assurer la conservation de l'eau sulfureuse, M. Poggiale a établi par les propositions suivantes les bases du nouveau système de captage et d'aménagement :

1° Les eaux sulfureuses qui ne contiennent pas d'oxygène ne s'altèrent pas dans leur parcours en tuyaux pleins.

2° Lorsqu'elles renferment de l'oxygène, la décomposition du sulfure de sodium est proportionnelle à la quantité de ce gaz.

3° L'eau sulfureuse doit être complétement à l'abri de l'air au point d'émergence.

4° Il faut empêcher d'une manière absolue la pénétration de l'air dans les conduits.

5° Il faut enfin prendre les mesures nécessaires pour fonctionner constamment en tuyaux pleins dans tout le développement de la conduite.

M. François proposa, d'après ces indications, un projet qui fut approuvé par le ministre de la guerre, et les travaux furent immédiatement exécutés.

On a constaté, après les travaux, que la conservation des principes sulfureux est presque complète.

Il résulte des analyses rapportées dans le mémoire de M. Poggiale que l'établissement, qui était alimenté il y a quelques mois par des eaux désulfurées, reçoit, par suite des travaux que le génie vient d'accomplir, de l'eau minérale avec ses propriétés naturelles. Ces thermes fournissent ainsi la preuve expérimentale que l'eau sulfureuse, à 62°,25, peut parcourir une conduite de plus de 650 mètres, sans que la proportion de sulfure de sodium diminue sensiblement. C'est une expérience dont la science et la pratique profiteront pour la réfrigération et la conservation des eaux sulfureuses.

M. Poggiale a fait l'analyse de toutes les sources d'Amélie. Les résultats de ses recherches sont consignés dans le mémoire qu'il soumet au jugement de l'Académie. (Commissaires, MM. Dumas et Rayer.)

Ectromélie hémimélique. — M. FONSSAGRIVES communique la note suivante sur un cas d'ectromélie hémimélique complète qu'il vient d'observer.

Les cas d'hémimélie complète, dit-il, peuvent être considérés comme fort rares. On rencontre assez souvent des hémimélies bi-thoraciques ou bi-fémorales, mais nous ne connaissons pour notre compte qu'une seule observation écrite d'une hémimélie se répétant d'une manière uniforme aux quatre membres. C'est celle d'Albrecht, rapportée par Geoffroy-Saint-Hilaire dans son *Traité des anomalies de l'organisation* (1836, t. II, p. 114). Elle présente avec celle que nous venons de recueillir une similitude presque complète. Le monstre ectromélien hémimèle que nous venons d'observer est né aux environs de Cherbourg, à Virandeville. Il est maintenant âgé de douze jours; à part sa monstruosité, il est dans des conditions ordinaires; sa constitution paraît vigoureuse, et tout fait supposer qu'il vivra. Sa mère est robuste; elle a eu, il y a six ans, un premier enfant d'une conformation parfaitement régulière. Sa grossesse n'a été signalée par aucun accident; elle n'a pas fait de chute, n'a pas reçu de coup sur l'abdomen, et n'a ressenti aucune impression à laquelle elle puisse attribuer la monstruosité de son enfant. Le père est d'une constitution plus débile, mais ne présente

---

déchirés, presque anéantis, et ces désordres ne pas entraîner la mort.

Lisez l'histoire des plaies du cerveau, celles du cœur et des poumons, les déchirures des parois du ventre avec issue de tous les viscères, par conséquent l'ouverture des grandes séreuses quelles qu'elles soient.

Vous comprendrez jusqu'à quel point on peut outrager impunément les organes. Voici pour les maladies aiguës.

Si d'un autre côté on examine avec quelle facilité et par quelles causes très-légères on peut mourir, il faut se dire ceci : La vie et la santé ne gisent pas tout à fait dans la parfaite intégrité des organes. Il y a réellement des êtres qui ont la vie dure; chez d'autres, c'est le contraire. Nous avons invité notre lecteur à se transporter aux abattoirs pour constater ces premiers faits.

Cherchons des exemples pour faire la preuve des autres : 1° Anacréon mourut étranglé par un pepin de raisin; 2° Fabius, préteur romain, fut suffoqué par un poil de chèvre en mangeant une jatte de lait; 3° on lit à Rome, à la porte Flamine, l'épitaphe d'un quidam trépassé pour avoir été mordu au petit doigt par une chatte; 4° Lecanius-Bapus mourut subitement pour s'être fait au pouce de la main gauche une piqûre imperceptible avec la pointe d'une aiguille; 5° Quenesault, médecin normand, mourut subitement à Montpellier, pour s'être tiré un ciron de la main avec un canif; 6° Philomènes cessa de vivre ne pouvant cesser de rire; 7° Spurius Saufeius succomba humant un œuf mollet en sortant du bain; 8° Boccace mourut soudainement en se curant les dents avec un brin de sauge sur lequel un crapaud avait répandu son venin; 9° Zeuxis, à force de rire en voyant le portrait d'une vieille qu'il venait de peindre. Et plus de mille autres.

C'est en vain qu'un audacieux, s'énonçant avec aisance et dominant son auditoire, viendra dans la suite en s'écriant qu'il a trouvé *la pure vérité* en médecine; c'est en vain, qu'au lieu d'observer et d'étudier la nature, il cherchera à la torturer et à la plier aux exigences de son plan, comme jadis le bourreau imprimait, bon gré mal gré, aux membres des suppliciés les formes de la roue; bientôt révoltée elle renversera le système et l'auteur.

Toute sagesse vient de Dieu, le souverain Seigneur; elle a toujours été avec lui et elle y est avant tous les siècles. Qui a compté les sables de la mer, les gouttes de la pluie et les jours de la durée du monde? qui a mesuré la hauteur du ciel et la profondeur de l'abîme?

N'usons pas trop le temps ni l'intelligence à la recherche inutile des causes premières, nul ne peut les connaître ni les approfondir.

Je viens présenter ces observations avec respect; plusieurs des membres de l'Académie impériale de médecine sont mes maîtres, jamais homme ne me rendit service sans récompense ou reconnaissance pour le moins. Je ne suis point ingrat, ne le fus, ni ne le serai!

Mais j'entends dire partout et par tous :

1° Nous désirerions savoir si les médecins sont faits pour les malades, ou les malades pour les médecins?

2° Si les dons de la bienfaisance s'adressent aux pauvres, ou à ceux qui ont la charge de les soigner?

3° Si, pour ne pas se déplacer, Messieurs les médecins des hôpitaux doivent, à l'exemple de certains princes indiens et des anciens druides, offrir des victimes humaines à leurs aises et à leurs loisirs?

Tout le monde médical est d'accord sur ceci : on meurt peu ou point de la fièvre puerpérale en campagne.

Or, c'est assez mourir à Paris.

Je viens donc pour la troisième fois (1re, 26 novembre 1852, thèse pour le doctorat en chirurgie sur l'insalubrité des hôpitaux, Paris; 2me, feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 27 avril et 18 mai 1858), adjurer l'Académie de faire droit à ce qui est vrai et juste;

De détruire ce qui est mauvais, d'établir ce qui est bon, et de permettre qu'enfin le bien des pauvres ne tourne plus à leur détriment et à leur ruine.

Je supplie la docte assemblée de se pénétrer de cette simple formule humanitaire :

Et les autres? Amédée Joux.

P. S. Il paraît que l'Académie n'est pas encore fixée sur les mesures à prendre contre la fièvre puerpérale. M. le président a déclaré la discussion close; on a nommé une commission pour aviser, la religion de la société n'étant pas encore suffisamment éclairée. Un de mes confrères, esprit malin, prétend que l'indécision ne serait pas de longue durée, si une loi contraignait les académiciens à faire accoucher leur femme et leurs filles dans les maternités actuelles.

Mais ce médecin est une mauvaise langue.

aucune difformité. La grossesse a été conduite jusqu'à son terme normal; le fœtus s'est présenté par le sommet, et le travail a duré à peine une demi-heure.

Ce monstre appartient au genre hémimèle, de la classe des ectroméliens de Geoffroy-Saint-Hilaire; il offre un cas d'hémimélie complète. Les membres thoraciques sont réduits aux bras, et encore ceux-ci semblent-ils inachevés; l'humérus se termine en fuseau au milieu des chairs, et son extrémité inférieure n'accuse aucune saillie qui représente les condyles; le jeu de l'articulation scapulo-humérale est libre; l'épaule et la clavicule ont leur conformation et leur développement normaux. Les bras ont de l'aisselle à l'extrémité du moignon 48 millimètres, et de celle-ci au sillon du cou 13 centimètres environ; la circonférence du bras est de 10 centimètres dans sa partie la plus charnue. A l'extrémité de chacun des deux moignons se voit une fossette déprimée. Les membres inférieurs sont réduits à la cuisse, mais celle-ci est complète, et on sent parfaitement à travers les chairs les deux condyles du fémur. La longueur des cuisses est de 9 centimètres. L'extrémité du moignon crural est creusée d'une fossette et surmontée d'un appendice tuberculiforme, simplement cutané, aplati, ridé à la surface, et qui représente à l'état rudimentaire les segments qui font défaut; le tubercule du côté gauche est plus en arrière et plus gros; son volume est à peu près celui d'un haricot ordinaire. Il n'existe pas d'hypospadias. Les testicules sont descendus dans le scrotum; une hernie inguinale existe du côté gauche.

Ce cas diffère de celui d'Alhrecht par ces particularités :

1° Que les bras sont incomplets;

2° Que les tubercules représentatifs des segments qui manquent ne me paraissent pas appelés, si l'enfant vit, à avoir la mobilité qu'Albrecht a constatée chez le monstre qu'il a décrit;

3° Qu'aucune influence de l'imagination n'a paru contribuer à produire cette monstruosité.

Nous noterons enfin la coexistence d'une hernie congéniale. Voilà deux cas d'hémimélie complète, et tous deux chez des enfants mâles. L'ectromélie hémimélique se soustrairait-elle à cette règle que les monstruosités en général se montrent de préférence chez les sujets du sexe féminin? Deux faits sont insuffisants pour juger cette question; mais peut-être ce genre de monstruosité présente-t-il quelque chose de particulier sous ce rapport. (Commissaires : MM. Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire.)

Glycogénie. — MM. POISEUILLE et LEFORT adressent une nouvelle note sur l'existence du glycose dans l'organisme animal, en réponse à des assertions qui les concernent dans le mémoire présenté par M. Colin le 28 juin dernier. Il résulte des détails et des explications que renferme cette note, que la marche qu'ont suivie MM. Poiseuille et Lefort dans leurs investigations est exactement celle que M. Colin leur reproche de ne pas avoir adoptée; et que la conclusion qu'ils ont formulée dans leurs précédentes communications, à savoir, que la théorie de la glycogénie intestinale n'avait aucune raison d'être, doit être maintenue. (Renvoyé, comme les précédentes communications des deux auteurs sur la question de la glycogénie, à la commission des prix de médecine.)

Sensibilité nervo-musculaire. — M. ÉLIE DE BEAUMONT présente, au nom de M. ZANTEDESCHI, un opuscule intitulé *De la mesure des limites de la sensibilité nervo-musculaire de l'homme étudiée comparativement à sa force mécanique*, et en lit l'extrait suivant, rédigé par l'auteur :

Dans ce mémoire, je me suis proposé de scruter l'essence ou la base de la vie des organismes humains; mais de mes études hardies je n'ai pu déduire la mesure précise des corrélations qui lient entre elles les forces qui constituent la vitalité. Seulement les formes des phénomènes se montrèrent avec évidence. La sensibilité nervo-musculaire de l'homme pour l'électricité, qui ne suit ni la raison directe ni la raison inverse de l'âge et de la force mécaniques des individus; la force électrique qui se consomme dans l'exercice de la force mécanique, qui se développe ou disparaît dans la consommation ou dans la disparition de la force mécanique; la force électrique qui reparaît ou se révèle de nouveau quand la force mécanique vient à réapparaître ou à se révéler : telles sont les trois manifestations ou équivalents de la vie qui se sont présentées à mes recherches pendant mes études. Quelle est la base (*substrato*) de cette pile vivante? La science physico-chimique a révélé l'hétérogénéité de la fibre musculaire elle-même. Un pas gigantesque et profond a été fait dans la voie des relations de l'électricité avec les propriétés qui se lient intimement aux phénomènes de la chaleur et de la lumière. On ne tardera pas longtemps à pénétrer plus avant dans ces mouvements spéciaux. En attendant, j'ose l'espérer, les physiologistes ne trouveront pas complétement superflus ces essais qui m'ont fait faire inutilement des expériences nombreuses et de diverses espèces, non décrites dans cette étude, lesquelles m'ont conduit aux conclusions mêmes que j'ai publiées dans mon mémoire sur l'électricité des végétaux. Il n'y a pas d'exercice de la vie sans exercice de l'électricité. Le dualisme l'accompagne toujours, et le dualisme se reproduit ou se renouvelle toujours le même. J'ai trouvé, en attendant, dans ces recherches soigneuses, le fondement d'un nouveau chronomètre pour la mesure des fractions les plus minimes du temps, ainsi que je l'ai démontré dans mes mémoires d'acoustique. Dieu est grand dans les grandes choses, et plus grand encore dans les petites.

L'ouvrage est renvoyé à M. Cl. Bernard, avec invitation d'en faire l'objet d'un rapport verbal.

Présence de l'arsenic dans divers échantillons de laiton, etc. — M. BUSSY présente, au nom de M. LOIR, une note sur la présence de l'arsenic dans divers échantillons de laiton (cuivre jaune) du commerce.

La présence de l'arsenic dans divers laitons, dit l'auteur, est un fait que je n'ai trouvé consigné nulle part; il m'a paru assez intéressant pour être communiqué à l'Académie.

La connaissance de ce résultat est très-importante pour la solution de certaines questions de toxicologie relatives aux exhumations juridiques. En effet, dans quelques pays on a la coutume de placer dans les cercueils des médailles isolées ou attachées à des chapelets. Ces objets, très-souvent en laiton, peuvent, au bout d'un temps plus ou moins long, être attaqués par suite des réactions produites par la putréfaction, et alors se mêlent aux résidus cadavériques sur lesquels les chimistes sont appelés quelquefois à expérimenter.

J'ai constaté la présence de l'arsenic dans dix espèces de laiton. Les proportions très-notables d'arsenic contenues dans de faibles poids de cuivre jaune feront comprendre pourquoi j'ai voulu appeler immédiatement l'attention sur ce fait.

— M. CL. BERNARD présente au nom de l'auteur, M. Francis Devay, un ouvrage intitulé : *Traité spécial d'hygiène des familles, particulièrement dans ses rapports avec le mariage, au physique et au moral, et les maladies héréditaires.*

Sur la demande de M. Dumas, cet ouvrage est renvoyé, à titre de document à consulter, à la commission mixte chargée de l'examen de divers travaux concernant l'éducation des sourds-muets, travaux sur lesquels M. le ministre de l'instruction publique a demandé un rapport.

— M. BECKETT adresse de Londres une note sur sa méthode de traitement du *choléra-morbus*, méthode qui, dit-il, lui a si bien réussi, qu'en ayant fait en 1849 l'application sur plus de 700 cholériques, il n'en a perdu que 8. (Renvoi à la section de médecine constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 juin 1858. — Présidence de M. Paul DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. HAMON (de Fresnay), adresse une observation de *fièvre typhoïde survenue pendant la gestation; ascite; pleurésie; accouchement prématuré artificiel; mort.* Il demande le titre de membre correspondant. (M. Mattei.)

Hydropisie des villosités choriales (môle hydatique des auteurs). — M. MATTEI lit une note sur ce sujet. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 20 juillet.)

M. PAUL DUBOIS. Les observations de faits analogues à celui présenté par M. Duhamel sont assez rares pour que j'aie peu d'expérience à ce sujet, sur lequel je n'ai pas fait de recherches particulières. Je tiens néanmoins à répondre à un point de l'argumentation de M. Mattei, qui a cherché à établir des différences entre une perte utérine causée par une môle hydatique et une perte utérine occasionnée par toute autre cause accidentelle ou spontanée. Je n'ai pas saisi ces différences; car, appelé à reconnaître si j'ai affaire à une perte par suite de môle hydatique ou à un décollement du placenta, je serais bien embarrassé de me prononcer, à moins que le doigt, introduit dans le col, ne vînt à détacher quelque vésicule; mais en l'absence de ce signe, je ne saurais diagnostiquer la môle comme cause de l'hémorrhagie. Du reste, comme pratique, ceci n'offre rien de bien sérieux; l'essentiel est de subordonner l'importance des moyens à l'importance de la perte.

J'enseigne que quelle que soit la cause du décollement, on doit s'occuper de l'importance de la perte et se tenir en garde suivant la gravité de cette perte. Si le cas est léger, le traitement à employer sera simple aussi; mais on doit apporter d'autant plus d'énergie au traitement que la perte est plus violente.

M. MATTEI. Je n'ai pas eu l'intention de parler de traitement; j'ai essayé seulement d'établir un diagnostic différentiel.

M. HAMON a vu deux cas de gestation traversée par des pertes abondantes, et l'accouchement a eu lieu à terme avec expulsion d'énormes paquets d'hydatides. Il a observé aussi un autre fait de gestation durant laquelle des hémorrhagies nombreuses faisaient supposer une mauvaise insertion, et qui néanmoins se termina par la sortie d'un enfant bien portant.

De la taille et de la lithotritie chez les enfants. — M. GUERSANT. Plus je vois d'enfants calculeux, et plus je reconnais la nécessité d'établir des distinctions entre la taille et la lithotritie appliquée aux enfants. J'ai fait ce matin, à l'hôpital, ma centième opération de taille bi-latérale; j'ai bien opéré environ quarante-cinq à cinquante lithotrities, et voici ce que j'ai reconnu :

La vessie des enfants est plus contractile que celle des hommes et des vieillards. Jusqu'à la portion membraneuse, la dilatation est aisée; elle l'est peu chez les hommes jeunes, et ne l'est pas chez les vieillards, dont le col est rigide, dur, fermé à ce point qu'à l'autopsie on ne peut parvenir à faire passer le petit doigt. Chez l'enfant, la vessie active lance l'urine; le vieillard pisse sur ses souliers.

Quand la lithotritie est pratiquée chez les vieillards, après deux ou trois jours ils expulsent un peu de poudre; les gros fragments demeurent. Chez l'enfant, le lendemain de la lithotritie, l'urine, chassée fortement, entraîne les fragments de pierre, et si elle a été broyée en petits morceaux, parfois la terminaison est admirable de rapidité. J'ai vu des fragments d'un demi-centimètre de diamètre rendus dans la journée même de l'opération. Mais si chez les enfants les fragments s'engagent bien dans le col, il n'en est pas de même quand ils arrivent à la portion membraneuse, où souvent ils restent engagés, ce qui expose à des instrumentations secondaires, à des boutonnières, etc. Chez les enfants, il ne faut donc pas lithotritier les gros calculs. Il est donc bon de maintenir l'opinion des maîtres, qui disent que la taille est moins grave chez les enfants que chez les vieillards. J'ai pratiqué la taille ce matin parce que le calcul avait deux centimètres et demi; au-dessus de deux centimètres, je ne lithotritie plus.

M. BOSSU demande à quoi tient la différence de gravité de la taille chez les vieillards et chez les enfants?

M. GUERSANT. La taille, comme toute opération faite sur les enfants, est toujours moins grave que dans un âge avancé; le moral joue un grand rôle. Tous deux pensent à la douleur; mais il y a plus de préoccupations chez le vieillard, et il y en a encore davantage chez les hommes jeunes. Aussi la taille des vieillards réussit-elle plus souvent que celle des hommes jeunes. Chez l'enfant, il n'y a pas eu d'accidents syphilitiques, la vie n'a pas été traversée par les excès, l'état général est sain; enfin la région où l'on opère est plus étroite, il y a moins de tissu divisé et par conséquent moins de surface traumatique.

M. MATTEI voudrait savoir à quoi attribuer la diversité de rigidité de l'orifice de la vessie. Est-ce parce que la prostate est plus grosse chez les vieillards?

M. GUERSANT. C'est une des causes, en effet; mais le col devient habituellement roide avec l'âge.

M. BOSSU a assisté dernièrement à une opération de taille chez un vieillard de soixante-six ans, pratiquée par M. Heurteloup à l'aide d'un nouvel instrument; il s'agit de ciseaux tranchants par leur partie externe. La pierre, extrêmement volumineuse, ne parvenait pas à être extraite.

M. Larrey, présent à l'opération, conseillait d'élargir l'incision; mais M. Heurteloup continua les manœuvres, et parvint, après beaucoup d'efforts, à retirer le calcul.

M. GUERSANT. En pareil cas, et quand le calcul offre un volume considérable, on doit recourir à la taille quadrilatérale de Vidal.

M. FOUCART fait remarquer que dans le procédé de M. Heurteloup, qui consiste à déchirer les tissus au lieu de les couper théoriquement, la douleur doit être très-vive, et puis on n'est pas maître de limiter la déchirure.

M. MATTEI. Les faits dont parlent MM. Bossu et Guersant me rappellent un cas que j'ai observé pendant que je suivais M. Lallemand à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

Il s'agissait d'un ancien officier atteint de pierre vésicale. Le volume de cette pierre, mesuré avec le lithotriteur ordinaire, était tel qu'on ne pouvait espérer la broyer.

La taille bi-latérale de Dupuytren une fois pratiquée, le professeur saisit la pierre, mais elle ne pouvait pas franchir l'ouverture. M. Lallemand l'agrandit par le débridement multiple, et fit de nouvelles tractions infructueuses. Nouveau débridement, nouvelles tractions. Enfin, la pierre sortit, mais suivie d'une anse intestinale. La cavité péritonéale avait été ouverte.

On réduisit bien l'anse intestinale; on donna de l'opium, du calomel, etc.; mais malgré cela, l'homme succomba à une péritonite suraiguë le lendemain de l'opération.

Dans ce cas comme dans bien d'autres, on ne trouva pas de pus dans le péritoine, mais un simple suintement plastique sur des surfaces fortement injectées. La déchirure avait eu lieu sur la partie latérale gauche du col vésical.

Le calcul, très-volumineux, était double, et les deux pierres étaient si bien juxtaposées, qu'elles faisaient un corps ovoïde. Les difficultés de l'extraction et la division naturelle de la pierre mettaient ici sur la voie pour pouvoir faire l'extraction sans violences. C'eût été d'extraire séparément les deux pierres si on s'était aperçu de leur division naturelle, ou de pratiquer la division avec un fort lithotribe dans la vessie pour en extraire successivement les morceaux. Le lithotriteur ordinaire suffit quelquefois pour cela; mais, au besoin, on trouve dans les anciens instruments de la taille de fortes pinces garnies de dents pyramidales et qui, serrées par la main ou par une vis, peuvent bien remplir le but dont je parle.

M. GUERSANT fait observer que toutes les fois que la pierre est volumineuse et qu'il pratique la taille, il a toujours soin de se munir d'instruments de lithotritie pour diviser le calcul par la plaie si cela devient nécessaire.

Le secrétaire annuel, Dr AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du 15 juillet, l'inspection médicale du corps de santé de l'armée aura lieu, en 1858, dans l'intérieur, en Algérie et en Italie, conformément aux indications suivantes :

1er arrondissement. — M. Vaillant, médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées. Les 10e, 11e, 12e, 13e et 14e divisions militaires, moins l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains.

2e arrondissement. — M. Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. Les 15e, 18e, 19e et 21e divisions militaires. L'hôpital du Val-de-Grâce et son école. L'Ecole de Strasbourg. Les hôpitaux thermaux de Bourbonne et d'Amélie-les-Bains.

3e arrondissement. — M. Maillot, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. Les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires, moins l'Ecole de Strasbourg et l'hôpital thermal de Bourbonne.

4e arrondissement. — M. Scrive, médecin inspecteur. Les 1re, 2e, 3e et 16e divisions militaires, moins l'hôpital du Val-de-Grâce et son école.

5e arrondissement. — M. Larrey, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. La partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger. La division d'Oran. L'Italie.

6e arrondissement. — M. Hutin, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. Les 8e, 9e et 20e divisions militaires.

7e arrondissement. — M. Ceccaldi, médecin inspecteur. La 17e division militaire. La partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger. La division de Constantine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Mémoire sur l'épidémie de rougeole et de suette miliaire qui a sévi dans la commune de Rochecorbon (Indre-et-Loire) pendant les mois de février, mars, avril et mai 1857, par M. le docteur LEBLED. — Tours, imprimerie Ladevèze.

Eaux thermales d'Hammam-Meskoutine, près Guelma (province de Constantine); par M. le docteur HAMEL, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Bône. Brochure in-8°. A Alger, chez Tissier, libraire, et à Paris dans toutes les librairies médicales.

De l'alimentation et du régime, par Jacques MOLESCHOTT; traduit de l'allemand sur la 3e édition, par Ferdinand FLOCON, et revu par l'auteur. Grand in-18 de XIV-287 pages. Prix, 3 fr. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

LE SOUSD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 JUILLET 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la ligature de l'œsophage nous paraît devoir être considérablement simplifiée, grâce au soin que la commission a apporté à l'examen des points principaux de la question, et à la sagesse qui a présidé à la rédaction des conclusions du rapport. Que fallait-il pour que l'opinion fût désormais fixée sur les effets réels de la ligature et sur la valeur respective des assertions contradictoires qui ont rendu nécessaire l'arbitrage d'une commission ? Amener les parties contendantes sur un terrain neutre, où l'on pût découvrir les causes de malentendus qui ont donné lieu à la première discussion, et où pussent être faites de part et d'autre les concessions rendues nécessaires par une étude plus attentive de tous les éléments de la question. Or, le rapport de M. Trousseau nous paraît avoir réalisé, en grande partie au moins, les conditions de cette désirable solution. Aussi la discussion qui a commencé à s'engager hier, s'annonce-t-elle avec des allures de modération qui nous sont d'un bon augure pour l'avenir.

En effet, M. Bouley, tout en maintenant son premier dire dans ce qu'il a d'essentiel, n'en a pas moins laissé percer, à travers cette chaleur de conviction et ces vivacités de langage qui lui sont familières, une disposition manifeste à céder un peu sur le sens trop absolu et sur les conséquences trop rigoureuses de ses premières propositions. Nous prenons acte d'autant plus volontiers de cette concession faite aux intentions si manifestement conciliantes de la commission, qu'un pas fait sur cette même voie par l'un de ses principaux antagonistes avait déjà un peu amorti l'opposition et facilité un rapprochement désormais possible.

Après M. Bouley, M. J. Cloquet est venu donner de vive voix quelques renseignements sur la manière dont Orfila procédait en sa présence à ses premières expériences de ligature de l'œsophage, renseignements d'autant plus précieux pour l'appréciation exacte de la question, qu'ils contiennent des détails très-importants incomplétement énoncés ou même souvent omis dans le *Traité de Toxicologie*.

M. Morel-Lavallée a eu la parole à la fin de la séance pour la lecture d'un mémoire sur un nouveau moyen de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures. On trouvera un extrait de ce travail dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'action des sels de plomb sur les animaux, et des névroses saturnines chez l'homme.

Si quelque chose est susceptible de montrer jusqu'à quel point les causes pathologiques impriment un cachet spécifique aux effets qu'elles produisent, c'est bien évidemment l'action des métaux. Il me suffit de nommer le fer, le cuivre, le plomb et le mercure. Que l'on examine, d'autre part, les phénomènes étrangers qui résultent de la manipulation du phosphore, de l'iode et du platine, et l'on se convaincra facilement de la spécificité qui s'attache à ces corps. L'effet étant connu, rien n'est plus simple que de remonter à la cause. Seulement, si l'étude de l'action des agents toxiques est éminemment féconde pour les médecins, il ne faut pas que ces derniers perdent de vue que de la même source étiologique découlent des manifestations morbides multiples, pouvant porter sur un ou plusieurs appareils, quoique agissant toujours et spécifiquement sur le système nerveux.

M. Pécart-Taschereau, fabricant de minium à Tours, connaissait parfaitement les accidents divers dont ses ouvriers étaient souvent victimes, lorsqu'il entreprit des expériences sur les animaux. Chose curieuse, il remarqua que le chien n'était jamais influencé : en vain accompagnait-il son maître dans les ateliers, se roulait-il dans le minium ou la céruse, puis se léchait-il après. Les médecins et les vétérinaires n'avaient rien constaté de semblable.

Le chat, au contraire, est tué très-rapidement; il meurt dans les convulsions, non pas seulement dans les laboratoires de céruserie, mais encore là où le plomb n'est employé qu'accidentellement, chez les imprimeurs et chez les libraires, dans les magasins réservés aux nouveautés bibliographiques, l'encre fraîche retenant toujours une certaine quantité du métal dont le caractère est composé. M. Pécart-Taschereau a fait une expérience plus décisive encore : il a mis des chats dans des cages suspendues au plafond des ateliers, et la mort de ces animaux ne se faisait pas beaucoup attendre.

Les souris, au contraire, — et les manufactures en sont, en général, infestées, — avaient beau se rouler dans le minium, elles ne s'en portaient pas plus mal.

M. Rouart, fabricant de céruse à Clichy, a remarqué que les rats, qui pullulent chez lui en grand nombre, finissaient par être paralysés du train de derrière. Grâce à cette paraplégie, il devient très-facile de les poursuivre et de les tuer.

Les chevaux sont occupés dans les manéges à broyer la céruse, à charrier les tonneaux, et ils stationnent plus ou moins longtemps dans les hangars où le minium est en dépôt. Eh bien, ils sont pris d'un phénomène étrange, de paralysie laryngée. Je me souviens d'avoir vu dans mon enfance les deux chevaux limoniers de M. Pécart-Taschereau ; ils avaient la trachée-artère ouverte, et je m'amusais souvent, avec mes jeunes camarades, à leur introduire de petites pierres par cette plaie béante. Les efforts de ces pauvres bêtes pour expulser ces corps étrangers nous faisaient beaucoup rire. Les chevaux qui travaillent au milieu d'émanations plombiques ont donc une obstruction laryngée qui les rend *corneurs*. Les nerfs récurrents sont frappés de paralysie, le nerf pneumo-gastrique restant parfaitement libre dans le reste de son étendue. M. Delaunay, vétérinaire, a pratiqué la trachéotomie dans ces cas, et il a constaté que cette opération une fois faite, la santé de ces animaux se conservait intacte, et que l'influence de l'agent toxique se bornait aux nerfs respirateurs.

Quant aux accidents observés sur l'homme, vous savez qu'on les rencontre chez les ouvriers des fabriques de blanc de céruse, — que ce produit soit traité par la méthode sèche ou par la méthode humide, — chez les broyeurs de couleurs et les peintres en bâtiments. Ces derniers ont employé le blanc de zinc, mais il paraît que cette préparation ne *couvrait* pas assez, que le pinceau ne badigeonnait qu'imparfaitement, et qu'on était obligé d'appliquer jusqu'à sept ou huit couches. Afin d'éviter des dépenses considérables, on a mélangé le blanc de zinc avec le blanc de plomb; en deux ou trois fois la besogne est terminée, mais les ouvriers prétendent que leur santé s'en trouve infiniment plus mal. Je ne réponds pas de l'exactitude de cette assertion, je cite simplement l'avis des gens du métier. Les polisseurs de glaces, les potiers d'étain, les peintres de joujoux (et l'industrie des jouets d'enfants fait vivre à Paris un très-grand nombre d'individus), tous ceux en un mot qui par profession manient le plomb sont exposés à contracter des accidents saturnins.

L'empoisonnement s'opère lentement, analogue en cela à l'intoxication palustre, et, avant de se traduire par des symptômes graves, il s'annonce par des signes qui témoignent du genre d'occupations habituelles du malade, je veux parler de la coloration spéciale des dents, de cette sertissure d'un gris cendré, de ce liséré ardoisé qui teint le bord des gencives. Cela tient à quelque chose de mécanique, à la formation d'un sulfure de plomb par suite du dégagement par la bouche de gaz particuliers. M. Tanquerel des Planches a quelquefois trouvé en inspectant la cavité buccale, la langue, la voûte palatine et la gorge, des indices caractéristiques de la profession de cérusier.

Il se manifeste ensuite de l'ictère : la sclérotique devient un peu jaune, la peau revêt une teinte pâle et jaunâtre ayant des rapports de similitude avec celle de la cachexie cancéreuse; l'appétit se perd, l'amaigrissement est sensible, et il se déclare de la tendance à la constipation. La circulation se ralentit; la dose d'exercice restant la même, celui qui travaille le plomb transpire moins et urine davantage, tandis que le contraire a lieu pour

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres d'Oribase, traduction de MM. BUSSEMAKER et DAREMBERG. Tome III. Paris, 1858.

Je ne connais ni ne conteste l'importance des recherches qui, en histoire, en philosophie, en littérature, entraînent notre époque dans des études rétrospectives, et lui font demander aux vieux siècles l'explication des siècles modernes. Mais il me semble que la médecine occupe le premier rang dans ce mouvement intellectuel, et que rien ailleurs ne peut se comparer aux travaux des trois hommes dont l'érudition immense et l'incessant labeur ont entrepris de faire revivre pour nous les médecins de la Grèce et de Rome. Deux d'entre eux, MM. Bussemaker et Daremberg, ont eu la bonne fortune de découvrir deux livres inédits d'Oribase. Ce sont les 272 premières pages de ce troisième volume, et ils forment les livres XXI et XXII de la collection. Bien qu'ils ne constituent pas plus que les autres une œuvre originale, ils nous font néanmoins connaître des détails du plus haut intérêt sur l'hygiène privée et sur la vie intime des anciens ; ils sont en partie extraits d'ouvrages qui ont disparu depuis longtemps.

Le XXIe livre est entièrement consacré à l'étude des tempéraments d'après les idées d'Hippocrate sur le chaud, le froid, l'humide, le sec. Ces quatre propriétés actives se combinent entre elles pour former les divers tempéraments ; et, « dans ces tempéraments par combinaison, » les signes de la qualité prédominante auront toujours le dessus. » C'est ainsi que, malgré des théories erronées, on retrouve, sous des expressions différentes, les divers tempéraments que nous admettons aujourd'hui, avec leurs modifications suivant les âges, et l'influence qu'ils exercent sur le moral.

Le XXIIe livre expose d'abord les théories de Galien sur les forces et les fonctions naturelles qui correspondent, comme on sait, à notre vie organique ; puis il traite de la conception, de la gestation et de la superfétation d'après les idées d'Aristote, d'Athénée et de Galien. Tout en admettant que les enfants de huit mois puissent survivre, Aristote dit qu'ils sont moins viables que ceux de sept mois, et que, de plus, en cas d'avortement, ils mettent la mère en danger. Il n'est pas éloigné de croire que la grossesse peut durer onze mois; Galien en réduit la durée à dix mois comme terme extrême, et regarde comme viable l'enfant né au 184e jour : ce sont à très-peu près les limites posées par notre Code pour la légitimité des enfants de 180 à 300 jours.

Des considérations sur plusieurs points d'hygiène, de physiologie et de pathologie générale succèdent à ces données sur la gestation. Les règles hygiéniques sont relatives au régime des jeunes filles et des jeunes gens, à celui des femmes enceintes, au choix des nourrices et à l'éducation des enfants. Lorsque les jeunes filles approchent de la puberté, il ne faut plus, selon Rufus, les laisser toucher ni aux viandes, ni aux autres mets fortement nourrissants, ni au vin : on devra leur prescrire de longues promenades et s'ingénier à trouver toutes sortes d'exercices qui leur conviennent, l'oisiveté étant pour elles tout ce qu'il y a de plus nuisible. Il faut les marier en temps opportun : Hésiode a fixé la date de cette opportunité en disant « que la femme » soit nubile pendant quatre ans et qu'on la marie à la cinquième » année. »

Les conseils donnés aux femmes pour conserver leur santé se terminent par ce passage emprunté à Athénée : « Il est utile pour une femme de surveiller son boulanger, d'admonester son intendant et de lui donner ce dont il a besoin ; et de faire la ronde en regardant si toute chose est à la place où elle doit être..... C'est encore un bon exercice d'humecter et de pétrir la pâte du pain, et de faire des lits. Si une femme s'exerce ainsi, elle doit nécessairement manger avec plus de plaisir et avoir un meilleur teint. »

Tout ce qui se rapporte au choix d'une nourrice et à l'éducation des enfants, Oribase l'a tiré des œuvres d'Athénée, de Mnésithée d'Athènes, de Mnésithée de Cyzique, de Rufus et de Galien. On voit dans ces extraits comme tout était calculé chez les anciens pour perpétuer la beauté de la race et pour donner à la patrie de vigoureux défenseurs. C'est sans doute en partant de ce principe d'économie sociale, qu'ils avaient donné tant d'importance au rôle des nourrices. Celles de la Thrace ou de l'Egypte étaient réputées les meilleures. Il y en avait plusieurs dans les maisons riches, et elles avaient des domestiques affectés à leur service particulier. La plus jeune ne devait pas avoir moins de vingt-cinq ans et la plus âgée dépasser trente-cinq ans. Celle qui était du même âge que la mère devait être préférée. Les qualités physiques et morales, que l'on recherchait en elles, étaient celles que nous leur demandons encore ; et leur régime alimentaire était parfaitement entendu. Mnésithée de Cyzique et Galien indiquent plusieurs procédés pour reconnaître les qualités d'un bon lait et les moyens de remédier à ses altérations. L'allaitement se prolongeait beaucoup plus que maintenant : Rufus en fixait le terme à deux ans ; généralement il était de trois. On ne commençait à donner à l'enfant quelques aliments légers que quand il avait fait ses dents de devant.

Le XXIIe livre se termine par des aperçus physiologiques sur les organes des sens, sur les forces de l'âme, sur la respiration, sur la voix et le mouvement des muscles. Les forces de l'âme proviennent de trois parties : de la tête, qui nous donne les facultés de l'intelligence ; du cœur, d'où procèdent la chaleur et le pouls; du foie, qui régit les onctions nutritives. Ce sont les lésions de ces forces qui constituent

celui qui vit en dehors de la cause toxique dont je traite en ce moment.

Mais arrivons aux grands phénomènes d'intoxication. Les premiers et les plus importants que l'on constate sont des accidents nerveux, des douleurs dans la continuité des membres, dans les articulations, une faiblesse musculaire notable prédominant plutôt d'un côté que de l'autre, et de la paralysie dite saturnine. Au bout d'un certain temps surviennent les coliques, les vertiges, les troubles de la vue, la céphalée, l'obscurcissement de l'ouïe, l'affaiblissement momentané de l'intelligence.

Les signes les plus sérieux qui apparaissent sont l'épilepsie, ou mieux l'éclampsie saturnine, et l'encéphalopathie frappant à la fois sur la sensibilité, sur les facultés mentales et sur les mouvements. Pour ce qui concerne la sensibilité, l'anesthésie se montre principalement sur le tronc, sur la tête, sur les membres, et elle est des plus faciles à reconnaître.

Le délire saturnin est plus commun que la lésion qui précède, et il semble dériver d'un état pathologique très-grave du cerveau; il est annoncé par de violents maux de tête et du coma, et il prend tout à coup l'expression la plus intense, témoin le malade du n° 13 de la salle Sainte-Agnès que j'ai été obligé de faire attacher, tant son agitation était prononcée. La convulsion saturnine, ou l'épilepsie saturnine, et mieux encore l'éclampsie saturnine, survient généralement chez ceux qui ont eu déjà la colique de plomb ou de la céphalalgie, de la somnolence, etc. Mais, sans aller plus loin, voici l'histoire clinique du malade auquel je viens de faire allusion.

Il s'agit d'un homme qui depuis trois ans est employé dans une fabrique où le blanc de céruse s'obtient par la méthode hollandaise; son occupation, dans les deux premières années, a consisté à secouer les pots, à briser la céruse et à l'empaqueter. A deux reprises différentes, il a été très-souffrant. Comme il était bon ouvrier, — et c'est chose rare dans les ateliers, car les cérusiers sont en général des gens de la pire espèce, — il est passé contre-maître, et si, dans ces nouvelles fonctions, il ne manipulait plus l'agent toxique, il n'en restait pas moins en contact avec lui. Atteint, il y a trois semaines, d'une colique de plomb, il est entré à l'Hôtel-Dieu, et il est resté huit jours dans le service de M. le docteur Horteloup.

De retour chez lui depuis une semaine, on le trouve un jour étendu sans connaissance dans sa chambre. Transporté de nouveau à l'hôpital et placé dans les salles de la clinique, je l'interroge, mais ne reçois aucune réponse. Je l'examine alors et je remarque un strabisme convergent très-accentué et une énorme dilatation des pupilles. Aucun renseignement ne me fut donné sur la profession de cet homme; seulement, des contusions à la partie latérale droite du front et au coude du même côté me firent songer à la possibilité d'une chute occasionnée par un accès épileptique. Si j'avais abaissé sa lèvre inférieure et regardé ses dents, j'aurais de suite précisé le diagnostic en disant: C'est de l'éclampsie saturnine. Je ne l'ai pas fait, et j'ai eu tort.

Cependant la coloration spéciale du visage me faisait bien voir que je n'avais pas affaire à une cachexie cancéreuse, et la teinte subictérique aurait dû me mettre sur la trace de la profession de cet homme.

Le lendemain, j'examinai les gencives, et tous mes doutes disparurent. Trois jours après, le malade avait recouvré l'usage de la parole, et il nous déclarait qu'il travaillait dans le plomb.

A son entrée, l'idée d'une méningite s'était présentée à mon esprit, et je songeais déjà aux convulsions symptomatiques de la méningite et de l'encéphalite, mais il n'existait pas de paralysie, et je cherchai en vain la tache méningitique, qui, vous le savez, consiste dans une raie rouge succédant au passage du doigt sur le ventre. Le strabisme et la dilatation considérable des pupilles me décelaient dans tous les cas une affection excessivement grave des centres nerveux. J'étais, en un mot, fort indécis, lorsque heureusement le malade a parlé. Bientôt la paralysie partielle du muscle droit externe (strabisme convergent) a sensiblement diminué.

Je n'ai rien fait; j'ai attendu, et l'état convulsif s'est amendé. Quand cet homme ira mieux encore, que les accès se seront éloignés, que l'éclampsie sera guérie pour ainsi dire, alors, mais seulement alors, je dirigerai contre les coliques de plomb, contre l'empoisonnement saturnin, le traitement prescrit en pareil cas.

Avant lui, et au même numéro de la même salle, vous avez pu voir un homme qui avait déjà reçu des soins dans le service de M. le docteur Briquet, à l'hôpital de la Charité, mais qui y avait été imparfaitement traité, ainsi que me l'a écrit ce savant médecin. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu présentant des phénomènes éclamptiques, et il succomba. A l'autopsie, nous ne trouvâmes absolument rien du côté du cerveau.

Ce dernier individu avait subi des influences plombiques, et celles-ci s'étaient traduites par des convulsions, l'accident le plus grave auquel le cérusier puisse être exposé, car les accès, de rémittents qu'ils sont d'abord, deviennent souvent continus, dégénèrent en *grand mal*, et ne font que précéder la stupeur et la mort.

Après la colique de plomb, la paralysie saturnine est une des manifestations les plus fréquentes de l'intoxication qui nous occupe. Les membres, le tronc, la voix, les organes des sens sont attaqués, suivant M. le docteur Tanquerel des Planches, dans la proportion suivante :

Sur 124 cas :

Membres supérieurs.	97 fois.
Membres inférieurs..	15
Tronc..	3
Voix.	3
Organes des sens.	6

La paralysie n'occupe pas invariablement les muscles extenseurs du bras, ainsi qu'on l'a dit et répété; mais c'est un phénomène très-fréquent, et la main se ferme, présente une concavité et se creuse comme se creuse la main du mendiant. Si l'on essaye de relever le poignet, on ne peut pas étendre les doigts. Aussi, lorsqu'une paralysie de cette forme s'observe d'un côté ou des deux côtés, doit-on supposer une intoxication saturnine.

Il arrive quelquefois que la paralysie va frapper les deltoïdes, et les malades ne peuvent plus alors élever le bras, ou s'ils le remuent, ce n'est que grâce à l'action des muscles qui s'attachent à la colonne vertébrale.

Quand les extrémités inférieures sont atteintes, ce sont habituellement les muscles antérieurs de la jambe (ceux auxquels est dévolu l'usage de relever la pointe du pied) qui ressentent les effets spécifiques.

La paralysie du tronc occupe le grand dentelé et rarement le grand dorsal.

Pour ce qui concerne la phonation, il se passe chez l'homme un des phénomènes analogues à ceux que l'on observe chez le cheval, qui, je vous l'ai dit, devient corneur. La respiration est difficile, la voix s'affaiblit et prend une raucité particulière. En même temps, la paralysie peut gagner la base de la langue, le voile du palais et le pharynx, et avoir ainsi de grands rapports de similitude avec les accidents dont s'accompagne parfois l'affection diphthéritique. Après un temps assez court, les individus guérissent généralement; mais si les influences toxiques restent les mêmes, et si le larynx et le pharynx sont repris de nouveau avec une certaine gravité, le mal devient irrémédiable, et les difficultés de respirer et d'avaler précipitent le dénoûment funeste.

Du côté des organes des sens, j'ai à vous signaler l'amaurose soudaine, qui n'est pas très-rare à la suite d'attaques d'éclampsie, — et notre malade du n° 13 de la salle Sainte-Agnès avait une telle dilatation des pupilles qu'on ne voyait plus l'iris; — puis la surdité.

Un accident assez commun, et qu'a signalé M. Tanquerel des Planches, c'est la rachialgie, cette névralgie qui cause de si vives douleurs le long de la colonne vertébrale. Elle se borne parfois à une ou deux extrémités costales, ou s'irradie aux espaces intercostaux. Enfin, de violentes arthralgies se manifestent et produisent un commencement de faiblesse, qui lui-même est bientôt suivi de cette fatigue énorme signalée par M. le professeur Grisolle. Avant les travaux de Mérat et de MM. Tanquerel des Planches et Grisolle, la colique de plomb avait surtout fixé l'attention des praticiens relativement à ses formes diverses et à sa nature; on avait même fini par contester qu'elle fût déterminée par l'agent métallique, et on la confondait avec la colique des pays chauds et d'autres états pathologiques y ressemblant un peu; mais aujourd'hui le public médical est fixé là-dessus d'une façon très-nette.

L'étiologie des affections saturnines se trouve en général dans la profession exercée par les malades, mais on la rencontre quelquefois en dehors des conditions toxiques ordinaires. C'est ainsi qu'il y a quelques années tous les membres de la famille de l'ex-roi Louis-Philippe présentèrent à des degrés différents des symptômes d'empoisonnement plombique. Après des recherches multipliées, M. le docteur Guéneau de Mussy finit par découvrir qu'un des grands réservoirs d'eau du château était tapissé d'une épaisse feuille de plomb. L'indisposition des hôtes de Claremont n'eut point de suites.

En 1852, je vis à Paris une famille anglaise avec laquelle je suis dans d'excellentes relations d'amitié; le père, la mère et la fille avaient singulièrement pâli. Je prescrivis du fer et quelques préparations de quinquina, mais sans résultat favorable. Au mois d'octobre de cette même année, l'état général de santé de ces personnes s'aggravant chaque jour, je partis pour l'Angleterre, et les trouvai effectivement très-souffrantes. Je me livrai à des informations minutieuses, et j'appris que l'eau arrivait à l'habitation de cette famille au moyen de tuyaux de plomb, et que la distance parcourue était de deux milles. Je fis remplir quelques bouteilles de cette eau, et une fois arrivé à Paris, je priai M. Mialhe d'en faire l'analyse: il y trouva des sels de plomb. Le traitement était indiqué, et la guérison s'ensuivit.

Il y a environ trois ans, tous les médecins des hôpitaux recevaient dans leurs salles un très-grand nombre d'affections saturnines. Des brasseurs, afin de clarifier le cidre et de lui enlever son âpreté primitive, faisaient usage de litharge, et déterminaient ainsi dans leur clientèle un nombre prodigieux d'accidents. Le conseil d'hygiène et de salubrité chargea MM. Guérard et Chevallier de l'examen de cette haute question d'hygiène publique. Un procès fut intenté contre ces brasseurs, et une sévère condamnation les frappa; mais quelques individus avaient péri et d'autres restaient estropiés! Des marchands de vins ont également essayé d'adultérer les boissons, mais une très-habile surveillance est maintenant exercée.

L'inappétence, la constipation, des souffrances arthralgiques, des douleurs abdominales et l'amaigrissement forment le premier cortége des phénomènes habituels de l'intoxication; mais au bout d'un mois ou deux, les malades sont pris tout à coup de coliques épouvantables qui leur font pousser des cris horribles. Cet état s'accompagne d'irradiations pénibles dans la poitrine, le bas-ventre et les testicules, au point d'induire parfois le médecin en erreur et de lui faire commettre de grossières erreurs de diagnostic. M. Grisolle a signalé la rétraction du ventre; mais je dois dire que cet organe est plutôt ballonné dans certains cas. Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui dans ces crises se serrent fortement l'abdomen ou s'appuient contre des meubles, et

---

les maladies. De l'altération de la première, viennent le délire, le phrénitis, la léthargie, l'apoplexie, etc. Les fièvres sont des affections de la seconde; le mauvais état des humeurs, la jaunisse, l'hydropisie, le cancer, etc., ont lieu quand le troisième principe est en souffrance. C'est par des expérimentations multipliées sur les animaux vivants qu'est déterminée la part qui, dans le mécanisme de la respiration et de la voix, revient à chacun des muscles nombreux qui y concourent, à ceux du larynx, de l'abdomen et de la poitrine. Si l'on veut, par exemple, démontrer que la partie de la voix qui se perd est proportionnelle à la lésion des muscles intercostaux, on le fait de quatre manières :

1° Par la section de la moelle épinière;

2° Par celle des muscles intercostaux;

3° Par celle des nerfs qui mettent ces muscles en mouvement;

4° Par l'excision des côtes.

Les deux cent cinquante huit pages qui font suite au XXII° livre traitent de l'anatomie du corps humain; elles sont presque entièrement de Galien, et je n'en parlerai que pour mentionner que l'on y trouve l'indication des phénomènes produits par des sections de la moelle épinière pratiquées à diverses hauteurs; d'abord entre la tête et la première vertèbre; puis successivement entre les deux vertèbres superposées, depuis la première jusqu'à la huitième.

Le reste du volume commence l'exposé des progrès de la chirurgie jusque dans les premières années du cinquième siècle. Cet exposé débute par l'histoire de l'*inflammation*, qui est nettement distinguée des « *états fluxionnaires*, si communs dans la ville de Rome, qui viennent » d'un afflux de sang, de même que l'inflammation, mais qui n'ajoutent » pas de chaleur à cet afflux comme le fait l'inflammation. » De cette observation ressort le principe de ne pas traiter les fluxions avec autant d'énergie que les inflammations, et de ne pas tirer de sang comme dans ces dernières.

Les *abcès* sont divisés en deux classes principales, suivant qu'ils se forment ou non dans une tunique. Les premiers sont les *stéatomes*, les *athéromes* et les *mélicérides*; les seconds sont les abcès proprement dits, et conservent le nom du genre. Quand on n'a pu prévenir la collection du pus, il faut lui donner issue : dans les incisions, il faut avoir égard à la sûreté et à la beauté; c'est ainsi qu'aux membres on fait les incisions perpendiculairement, dans la crainte de diviser quelque nerf ou vaisseau en coupant transversalement; voilà pour la sûreté. Si l'abcès se trouve immédiatement au-dessous des yeux, on donne à l'incision la forme d'une demi-lune, dont le côté saillant est tourné en bas pour se conformer aux courbures naturelles de cette région; voilà pour la beauté. Des règles analogues sont posées pour les diverses parties du corps.

L'histoire des *fistules à l'anus* était très-avancée du temps d'Oribase. On les traitait par les injections, les cautérisations, la ligature et par l'excision, dont le procédé est ainsi décrit : on introduira dans l'orifice de la fistule le bouton d'une sonde auriculaire, et l'on poussera à travers la fistule le plat de cette sonde jusqu'à ce qu'elle arrive dans un espace vide, c'est-à-dire dans le rectum; ensuite on introduira de plus dans le siége le doigt indicateur de la main gauche, et, avec son aide, on fera sortir et on tirera en bas le bouton de la sonde, et alors on excisera toutes les parties comprises dans la fistule.

Le fait qui m'a paru le plus saillant dans cette revue chirurgicale, c'est la hardiesse avec laquelle les anciens pratiquaient la résection des extrémités des os dans les maladies des articulations; c'est la hardiesse plus grande encore avec laquelle ils enlevaient des os dans leur entier; et non pas seulement des os courts, comme l'astragale, mais bien des os longs, comme l'humérus. On conçoit alors avec quelle facilité ils se décidaient à détacher des portions d'os malades à l'aide de plusieurs couronnes de trépan et en retranchant les parties intermédiaires avec des scalpels à excision. Ces grandes entailles dans les os, ces opérations si ingénieuses, mais presque téméraires pour des hommes qui, en général, avaient des connaissances si bornées en anatomie, et dont les ressources contre les hémorrhagies étaient si faibles, me paraissent mériter l'attention des chirurgiens. Les travaux si remarquables de M. Sédillot sur l'évidement des os, malgré la distance des temps et des hommes, ont avec elles un certain lien de parenté et leur donnent une importance d'actualité qui les fera apprécier, je n'en doute pas, plus qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent. MAILLOT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Thérapeutique respiratoire. Traité théorique et pratique des *salles de respiration nouvelles* (à l'eau poudroyée) dans les établissements thermaux pour le traitement des maladies de poitrine; par M. le docteur SALES-GIRONS, rédacteur en chef de la *Revue médicale*, médecin inspecteur des eaux sulfureuses de Pierrefonds (Oise). Un vol. in-8°. — A Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Médecine légale. Des circonstances et des faits qui unissent et séparent en matière criminelle les deux mots *respirer* et *vivre*; par MM. les docteurs DEGRANGES et LAFARGUE, médecins aux rapports près le tribunal de Bordeaux. In-8° de 22 pages. Prix, 1 fr. — Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Fernel rapporte le cas d'un homme qui *se faisait marcher sur le ventre par quatre personnes;* mais cet exemple, si invraisemblable qu'il soit, ne tend à indiquer qu'une seule chose, à savoir, l'influence favorable de la pression.

Les vomissements, la constipation, l'extrême rareté de la diarrhée, la rétraction des testicules et quelquefois d'un seul, en ont assez souvent imposé pour un accès de colique néphrétique, et je tiens à vous en prévenir, car la méprise pourrait vous arriver.

La colique de plomb revient paroxystiquement pendant dix, quinze ou vingt jours. C'est une colique névralgique, comme l'a démontré M. Briquet, et elle se différencie notablement des coliques intestinales, hépatiques, néphrétiques, ainsi que des coliques dites de *règles* (tranchées utérines). Après avoir duré pendant un temps plus ou moins long, elle cède sous l'influence du traitement, mais elle récidive avec une grande facilité et devient alors une affection grave. En général, on peut dire qu'elle précède tous les phénomènes intenses et qu'elle est l'expression principale de l'intoxication saturnine, dont les plus redoutables effets sont ensuite la paralysie et l'éclampsie.

Après tous les essais des médications antiphlogistique, stupéfiante, préventive par l'acide sulfurique, curative par l'alun, il est un moyen qui est resté, qui a survécu à tous les autres, je veux parler des purgatifs. Le traitement de la Charité, qui a joui jadis d'une si grande vogue, n'était autre qu'un mélange de purgatifs, de calmants et de vomitifs. Eh bien, aujourd'hui on en est revenu à l'usage des drastiques aidés de la belladone, du datura stramonium ou de la jusquiame; et sous l'action de ces agents médicamenteux, la colique saturnine se modifie très-promptement. Vous pourrez utilement diriger contre la paralysie l'application de l'électricité, les frictions, la flagellation, la percussion, le massage et l'administration des préparations de noix vomique.

Relativement à l'éclampsie, je ne connais rien de bon à lui opposer. Elle tue lorsqu'elle est très-intense, mais on en guérit quand elle se montre d'une sévérité moyenne.

D[r] Legrand du Saulle.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Considérations sur la varicocèle. Sa décroissance chez les adultes. — Arguments contre l'opération. — Palliatif très-simple.

On s'est beaucoup occupé de la cure radicale de la varicocèle, et naturellement on a fait valoir, à l'appui des opérations pratiquées dans ce but, des motifs empruntés soit à l'étiologie de la maladie, soit à ses conséquences. Mais l'expérience est loin, suivant M. Nélaton, d'avoir légitimé ces motifs, et il est temps de faire justice des inventions de cabinet auxquelles on sacrifie à propos de cette affection,

Nous ne suivrons pas ce chirurgien dans l'examen critique des opinions émises sur les causes présumées de la varicocèle. Tout ce qu'il importe de savoir sur cette question, et nous le savons d'une manière certaine, c'est que l'état variqueux des veines funiculaires coïncide avec l'époque où l'homme possède au plus haut degré la puissance génitale. La varicocèle est une maladie propre à la seconde période de l'adolescence, et tend à disparaître au fur et à mesure que l'on avance dans la vie.

M. Nélaton a été chargé d'examiner des jeunes gens qui aspiraient aux écoles militaires de l'Etat, et il a pu voir que chez ces jeunes gens la proportion des varicocèles était de 1 à 2 sur 50. D'un autre côté le même chirurgien avait un service à Bicêtre, et là, sur une population de 5,000 vieillards, c'est à peine s'il a trouvé un seul sujet affecté de varicocèle. Voilà un fait qu'il ne faut pas oublier.

Il est un autre point qui mérite la plus sérieuse attention: c'est l'influence attribuée à la varicocèle sur l'état anatomique et fonctionnel du testicule. Le testicule correspondant à la varicocèle diminue de volume, a-t-on dit, et s'atrophie. M. Nélaton a voulu voir ce qu'il y avait de vrai dans cette assertion. Il a d'abord examiné un grand nombre de varicocèles, et il a bien constaté que souvent le testicule du côté malade était en effet plus petit que celui du côté sain; mais rien ne prouvait que cette différence de volume fût le produit de la varicocèle. Il n'est guère d'individus qui dans les conditions normales n'aient pas un testicule moins volumineux que l'autre; il est donc très-possible que chez les sujets qui portaient une varicocèle, le testicule correspondant à cette varicocèle fût primitivement plus petit que le testicule du côté opposé. D'ailleurs cette question de volume relatif et d'atrophie n'intéresse que médiocrement les malades. Ce qui les touche plus directement ici, c'est la conservation ou la diminution de l'aptitude génitale. Or ces malades ont-ils oui ou non conservé leurs facultés génératrices? C'est là ce que l'on n'a pas recherché et qu'il s'agit pourtant d'établir. Eh bien, M. Nélaton a pu s'assurer, en interrogeant les nombreux sujets qui l'ont consulté pour des varicocèles, que l'existence de ces varicocèles n'avait diminué en rien leur aptitude aux fonctions de la reproduction, et qu'en admettant qu'il y eût atrophie du testicule, cette atrophie était dans tous les cas bien restreinte, puisque l'activité fonctionnelle du testicule restait la même.

Il résulte de là que M. Nélaton ne fait point de la prétendue atrophie du testicule une nécessité d'opérer la varicocèle. Il lui faut d'autres raisons pour le déterminer à prendre ce parti. Le volume excessif de la varicocèle est-il une de ces raisons? Non; on rencontre nombre de malades qui ont des bourses énormes et qui ne s'en livrent pas moins sans trop de gêne aux exercices les plus violents. Par opposition, on voit d'autres malades qui souffrent prodigieusement de varicocèles très-petites. C'est l'état douloureux et la douleur faisant obstacle à l'accomplissement des devoirs professionnels dont il faut tenir compte, toutes les fois que la question d'opération est posée en présence d'une varicocèle.

Hors ce cas de douleur et d'empêchement grave qui constitue exclusivement l'urgence, M. Nélaton est d'avis de ne pas opérer, et sa réserve à cet égard est justifiée chaque jour par l'observation de faits qui démontrent, comme nous le disions plus haut, que la varicocèle est une maladie de la jeunesse et qu'il tend à passer avec elle spontanément. La clinique offre en ce moment même un exemple de ce phénomène curieux. Un homme âgé de quarante ans est entré dans le service de M. Nélaton, pour un cancroïde de la vessie; il porte en même temps depuis huit ou dix ans une varicocèle qui n'est ni gênante ni douloureuse, diminue chaque année de volume, et ne tardera pas, selon toute apparence, à disparaître complétement.

En présence de pareils faits, la conduite du praticien est toute tracée. Il est évident qu'il doit attendre et se borner à l'emploi des palliatifs pour rendre tolérable l'incommodité qui peut résulter de cette maladie.

Il y a deux ans, un jeune homme vint dans cet état à la Clinique; c'était un garçon de vingt ans. Trois ans auparavant, il avait ressenti des douleurs au niveau de l'anneau inguinal gauche; puis la bourse de ce côté avait pris des proportions exagérées, et elle était devenue douloureuse. On reconnut une varicocèle, et le malade fut opéré pour ce fait à Vitry-le-François, à l'aide de la pince de Breschet, procédé auquel on joignit le fil de M. Reynaud de Toulon. Malgré l'habileté et les soins déployés dans cette circonstance, la guérison ne fut que temporaire, et deux ans après l'opération le malade se présenta dans les conditions suivantes à la consultation de M. Nélaton: la bourse gauche offrait un volume considérable et des bosselures veineuses. Il avait en même temps une hernie pédiculée, très-distincte de la varicocèle; on réduisit la hernie, et quant à la varicocèle déjà opérée et récidivée, M. Nélaton se borna à lui opposer comme agent de cure palliative l'anneau en caoutchouc de M. Richard (du Cantal).

Cet appareil n'est que la réalisation inoffensive de l'idée de Cowper. Le testicule et le cordon veineux étant refoulés vers l'anneau, on saisit la portion pendante du scrotum, et on la tient suffisamment serrée dans un tube élastique qui agit sur elle à la manière d'un bracelet ou d'un rond de serviette. Pour cela, on prend une bande de caoutchouc non vulcanisé, afin que cette matière soit plus adhérente; l'on donne à cette bande une hauteur de 2 centimètres et demi, et l'on mesure sa longueur sur place à l'aide d'un lien. On fait ensuite aux deux extrémités de la bande une coupe fraîche et régulière avec des ciseaux. Les choses étant ainsi disposées, on met les coupes en rapport, et leur soudure est immédiate. Cet appareil, que M. Richard (du Cantal) a imaginé pour lui-même, a été employé déjà plusieurs fois chez des malades de M. Nélaton avec un succès complet. Il permet de se tenir longtemps debout, de marcher, de se livrer à des exercices mêmes pénibles, et son application, comme nous venons de le voir, est des plus faciles.

C'est donc, en résumé, un moyen palliatif précieux, parce qu'il permet d'attendre le bénéfice du temps, et, dans les cas mêmes les plus fâcheux, on fera toujours bien d'en essayer l'usage avant de soumettre les malades aux chances d'une opération qui, quelle que soit la méthode choisie pour la pratiquer, n'est pas dépourvue de périls.

H. Chaillou.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

DES HÉMORRHAGIES DE LA TROMPE DE FALLOPE.

Par M. Albert Puech, chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

En lisant la leçon clinique insérée dans le numéro du 22 juin de la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai vu avec plaisir l'appui donné par M. le professeur Trousseau à des idées que j'ai cherché à faire prévaloir. La théorie qu'il a émise et développée avec un remarquable talent est pour moi d'une incontestable vérité, car elle repose non-seulement sur des déductions, mais encore sur des faits nombreux (Académie des sciences, 17 mai).

Les conclusions de ce travail ayant été reproduites dans ce journal, je ne les rappellerai pas; mais je ferai remarquer que, mises en présence de certains faits, elles en facilitent singulièrement l'explication. Les observations de MM. Bernutz, Follin, Fauvel, Fenerly, ne sont autre chose que des hémorrhagies de la trompe de Fallope. Je pourrais en citer d'autres exemples; mais ceux-là suffisent pour établir avec leur existence la part qu'elles prennent à la genèse des tumeurs sanguines du petit bassin.

Doit-on n'admettre que les hématocèles issues d'une pareille source? Je ne le crois pas, et les raisons sur lesquelles je me fonde tiennent à l'étude que j'en ai faite. En assignant trois origines aux hématocèles, en faisant de cette maladie un genre morbide (Académie des sciences, 22 février), je me suis préoccupé d'en distinguer les espèces non-seulement sur le cadavre, mais encore sur le vivant. Quelque nombreux qu'aient été les faits recueillis, quelque minutieuse qu'ait été l'attention portée à leur examen, j'ai dû y renoncer, et j'y ai été d'autant plus sollicité qu'il n'est pas rare de rencontrer des lésions simultanées. Ainsi, dans mon mémoire sur l'apoplexie des ovaires (*Montpellier médical*, 1[er] juin), dans deux cas cette lésion se rencontre avec l'hémorrhagie des trompes.

Cette distinction ne peut donc être établie, et je le regrette d'autant plus vivement qu'un pareil résultat eût mis d'accord les faits et la théorie.

Quoi qu'il en soit, la question de l'hématocèle rétro-utérine a fait un grand pas; les hémorrhagies de la trompe ont pris place dans l'étiologie, et ce résultat est assez important pour qu'il soit signalé comme un progrès.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juillet 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Des observations relatives à la vaccine, par M. le docteur Remy, de Châtillon-sur-Marne (Commission de vaccine);

2° Le modèle et la description d'un instrument auquel le sieur Quilici, de San-Antonino (Corse), attribue la propriété de prévenir et d'arrêter le développement des hernies;

3° Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1857 dans les départements des Hautes-Pyrénées et de l'Eure. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Morel (de Saint-Yon), Chassinet (d'Hyères), Bardinet (de Limoges), Montrol (de Langres), Lecadre (du Havre), se présentent comme candidats au titre de correspondant national. (Renvoyé à la commission.)

— M. le docteur Lecadre, du Havre, adresse quelques réflexions sur la revaccination. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Brouillet, de Gulpolsheim, adresse quelques considérations sur les effets préservatifs comparés de la vaccine et des revaccinations.

— M. le docteur Imbert-Gourbeyre, de Clermont, communique une note sur trois symptômes nouveaux ou peu connus des épanchements pleurétiques. (Commissaire : M. Barth.)

— M. Sabatté, à Vauchassis (Aube), adresse un mémoire sur la torréfaction des plantes médicinales et de leurs différents produits naturels. (Commissaire : M. Guibourt.)

— M. le docteur Jacques Blechman adresse un mémoire sur l'action physiologique et thérapeutique du froid et de la chaleur employés comme topiques dans le traitement des plaies. (Commissaires : MM. Gimelle et Larrey.)

— **M. le secrétaire perpétuel** donne lecture d'une lettre de M. L. Orfila, en réponse à quelques-unes des assertions contenues dans le rapport de M. Trousseau sur la ligature de l'œsophage.

— **M. Larrey** présente, au nom de M. Mergy, médecin principal de l'armée belge, un ouvrage sur les appareils modèles applicables à toutes les fractures.

— **M. Depaul** dépose sur le bureau :

1° Une brochure de M. le docteur Mazaë Azema, médecin à Saint-Denis (Ile de la Réunion), ayant pour titre: *Mémoire sur l'ulcère de Mozambique;*

2° Au nom de M. le professeur Errico Tacolucci (de Naples), un mémoire en italien sur le *parallèle de la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel dans les cas d'étroitesse du bassin.*

— **M. Moquin-Tandon** fait hommage à l'Académie, au nom de M. L. Soubeiran, d'une brochure sur les *ganglions médians chez les mollusques acéphales.*

— **M. le président** annonce que M. Th. Zizurin, président de l'Académie royale et impériale de médecine de Varsovie, assiste à la séance.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit les cinq rapports qui suivent :

1° Sur la nature de quelques produits provenant des sources minérales de l'établissement d'Alet. Les expériences entreprises dans le laboratoire de l'Académie ont démontré que l'existence de phosphates dans l'eau minérale d'Alet ne peut faire l'objet d'un doute, et qu'elle est surtout très-manifeste dans les dépôts formés spontanément par elle ou après son évaporation, mais que ces phosphates ne se retrouvent pas dans les roches d'où émergent les sources, et qu'il sera utile de faire sur place d'autres recherches.

2° Sur l'eau minérale découverte à Moingt (Loire). Cette eau est acidule, bi-carbonatée, alcaline et terreuse, et analogue à celle de Saint-Galmier. Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source.

3° Sur l'eau minérale de Volleron (Vaucluse). Cette source, minéralisée par de l'acide carbonique et des bi-carbonates alcalins, est anciennement connue et exploitée pour les usages de la médecine. La commission propose de maintenir l'autorisation d'exploiter cette source.

4° Sur l'eau minérale d'une source découverte à Meyras (Ardèche). Considérant que des expériences sur l'action médicatrice de cette eau n'ont pas été convenablement faites et variées, et qu'il n'existe encore aucun établissement thermal pour en faciliter l'emploi médical, la commission propose d'ajourner l'autorisation demandée.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

— M. Duméril lit une note de M. Fonssagrives, sur le tétrodon toxicophore du cap de Bonne-Espérance (*Geneion maculatum* de Bibron), et sur les accidents toxiques causés par l'ingestion de la chair de ce poisson. Dans les quatre cas d'empoisonnement rapportés par M. le docteur Praeger, dit M. Fonssagrives, la mort fut excessivement rapide, précédée de vomissements, de diarrhée, de dépression de la circulation et des forces.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Trousseau. La parole est à M. Bouley.

Discussion sur la ligature de l'œsophage.

M. Bouley ne prend la parole que parce que M. Trousseau l'y a en

quelque sorte convié, et qu'il lui semble nécessaire de revenir sur quelques assertions dont sa première communication a été l'occasion ; ce n'est pas d'ailleurs qu'il s'agisse de reconstruire tout l'édifice élevé par Orfila ; il faudra revoir quelques expériences, en tenant compte des phénomènes qui ont été négligés, et qui ont une grande importance. Mais s'il y a des œuvres destinées à crouler, ce n'est certes pas celle d'Orfila.

M. Bouley persiste à croire que la ligature de l'œsophage est une opération d'une extrême gravité, et qu'il n'a pas, comme le pense M. Trousseau, assombri le tableau des accidents qu'elle entraîne. Il a seulement cherché à colorer un tableau qu'on avait laissé trop pâle. Il cite à ce sujet une expérience empruntée aux leçons professées par M. L. Orfila à l'Ecole de médecine, et dans laquelle cette opération suffit pour entraîner de l'agitation, des convulsions, des bonds énormes.

Il résume ensuite cinq expériences de M. L. Orfila, qui eurent toutes pour résultat la mort par le fait seul de la ligature, en trente-trois ou trente-six heures. Si M. L. Orfila, inspiré par un sentiment très-louable d'ailleurs, n'en persiste pas moins à croire que les expériences de son oncle conservent toute leur valeur, il ne peut m'empêcher de reconnaître qu'en les répétant, il faudra prendre des précautions dont on n'a pas assez apprécié l'importance.

Cette concession est assez significative, poursuit l'orateur, et je crois que M. L. Orfila lui-même ne soutiendrait plus aujourd'hui que son oncle préférait le procédé par lequel on perce l'œsophage. Je trouve tout le contraire dans le *Traité de toxicologie*. (M. Bouley cite à l'appui de son opinion plusieurs passages de cet ouvrage.)

Je pense que les expériences que j'ai faites avec le sel marin, le sulfate de zinc ou le sous-nitrate de bismuth ont prouvé, à ne plus en douter, qu'une substance inoffensive peut entraîner la mort chez un animal auquel on lie l'œsophage. Je regrette seulement que ces expériences n'aient pas été répétées. M. Szumowski en particulier s'est placé dans des conditions tout à fait différentes de celles dans lesquelles j'opérais, et en cherchant à prouver que la ligature de l'œsophage peut entraver l'action toxique de certaines substances, il ne pouvait en rien infirmer les résultats de mes expériences.

J'ai signalé parmi les suites possibles de l'opération des lésions extrêmement graves dans le foie et dans les organes de la digestion. Je conviens avec M. L. Orfila qu'elles sont inconstantes. Mais le fait n'en garde pas moins une importance majeure. Du moment qu'on peut les rencontrer, ne fût-ce que 1 fois sur 100, ces lésions pourront toujours être tout aussi bien la suite de l'opération que l'effet de la substance qu'on expérimente.

M. L. Orfila convient d'ailleurs lui-même que les lésions de l'appareil respiratoire peuvent suffire pour entraîner la mort ; en somme, la gravité de l'opération est bien établie et admise, de fait, sans contestation.

Il y a plus de dissidences sur l'interprétation des accidents. Mon attention avait été attirée spécialement par les efforts de vomissement ; on m'objecte que ces efforts sont sans gravité : ce n'est pas une personne qui a éprouvé les angoisses de ces efforts, quand ils sont impuissants, qui peut faire une pareille objection.

Les lésions des poumons ont-elles réellement l'importance qu'on leur a attribuée ? Je n'hésite pas à dire, me basant en ceci sur mon expérience dans l'art vétérinaire, qu'on en a exagéré la gravité dans bon nombre de cas, et qu'on a souvent mal apprécié la force de résistance des chiens. D'ailleurs, on en voit mourir sans qu'aucune de ces lésions existe à l'autopsie, ou après avoir laissé la ligature en place pendant un temps très-court.

Les tiraillements des nerfs qui accompagnent l'œsophage, leur froissement inévitable pendant l'opération, doivent, de toute nécessité, avoir des suites graves, que la physiologie expérimentale nous permettait d'ailleurs de prévoir.

Aussi, que dirai-je, quand j'entends M. Colin annoncer que, parmi les chiens auxquels il a lié l'œsophage, pas un n'a succombé ? Vous l'avez vu, je le crois ; mais si je l'avais vu moi-même, je ne le croirais pas ! D'ailleurs, pourquoi donc des réticences ? Pourquoi des secrets qu'il a été permis à M. Trousseau de surprendre ? Est-il permis de voir là une entière franchise ?

Je le répète, pour moi la cause des accidents est dans des conditions multiples : malaise général, suite inévitable de la ligature comme de toute opération, lésion des nerfs, efforts de vomissement, introduction des mucosités du pharynx dans les voies respiratoires. Chacun de ces éléments doit avoir sa part.

Et enfin, comme application médico-légale de toutes ces recherches, je dois citer cette opinion d'Orfila : Quand l'analyse chimique est impuissante à découvrir un poison dans des matières suspectes, les accidents que ces matières pourront produire chez un chien, dans l'estomac duquel on les ingérera, permettraient de se prononcer sur leurs propriétés toxiques. En admettant que la ligature de l'œsophage ne produit pas de troubles graves pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, Orfila proposait un réactif trompeur ; nos recherches ont démontré qu'en l'acceptant, on s'expose à des erreurs graves et qui seraient déplorables dans un cas où la vie d'un homme peut dépendre des suites de l'expérience.

M. TROUSSEAU pense que la chaleur de l'improvisation a entraîné M. Bouley plus loin qu'il n'avait l'intention de s'avancer ; en soutenant, par exemple, que la ligature de l'œsophage est une opération excessivement grave, il a oublié que cette règle souffre des exceptions assez nombreuses, puisque la mortalité qui est, il est vrai de 90 sur 100 lorsque la ligature a été permanente, n'est que de 3 pour 100 lorsqu'elle est temporaire.

En parlant des expériences de M. Colin avec une sévérité qu'il regrette déjà à coup sûr, M. Bouley a oublié que la cause de l'innocuité de ses expériences a échappé à M. Colin, et que c'est seulement la commission qui l'a trouvée dans la constriction peu énergique qu'il exerce sur l'œsophage. Comme, dans ces circonstances, la mortalité n'est que de 3 pour 100, ou 1 pour 33, il n'est pas surprenant que quatorze fois de suite M. Colin ait pu voir survivre ses chiens.

M. Trousseau fait encore remarquer qu'Orfila avait sans doute observé les accidents qu'entraîne une ligature très-serrée, et qu'il savait les éviter dans ses expériences ; qu'il est sans doute à regretter qu'il n'ait pas parlé de ces précautions, mais que ses recherches n'en conservaient pas moins une valeur incontestable.

M. CLOQUET a assisté à quelques centaines d'opérations toxicologistes faites par Orfila ; c'étaient les premières qu'il entreprenait.

L'opération se faisait assez rapidement. On faisait saillir l'œsophage au moyen d'un cathéter introduit dans sa cavité, et on le mettait facilement à nu. On introduisait la substance à expérimenter à travers une boutonnière, et on appliquait au-dessous de cette ouverture une ligature assez grosse, mais modérément serrée.

Dans ces expériences, on perçait donc toujours l'œsophage, et M. Cloquet s'étonne qu'Orfila ait négligé de consigner cette particularité dans ses ouvrages. Orfila savait, du reste, fort bien faire la part de l'opération dans les accidents qui survenaient. M. Cloquet pense qu'on s'en exagère peut-être la gravité.

M. BOULEY revient sur la nécessité de comparer la gravité de la ligature suivant que l'estomac est vide ou qu'on y a ingéré une substance quelle qu'elle soit. D'après ses expériences, cette dernière condition est beaucoup plus défavorable que la première. Il serait à désirer qu'on fît à cet égard une statistique comparée, analogue à celle que M. Trousseau a présentée relativement à la ligature permanente et à la ligature temporaire.

M. Bouley admet volontiers, d'après les explications données par M. Cloquet, qu'Orfila perçait habituellement l'œsophage, dans ses premières expériences au moins. S'il a ignoré ce fait, c'est parce qu'Orfila l'a lui-même passé sous silence.

M. Bouley est d'ailleurs convaincu qu'Orfila a dû renoncer plus tard à ce procédé ; il n'est avantageux que dans les premières heures qui suivent l'opération ; plus tard, en permettant l'épanchement dans la plaie de matières putrescibles, variées, il la met dans des conditions très-défavorables, et M. Bouley a toujours vu que, dans ces circonstances, les accidents secondaires étaient plus sérieux que lorsque l'œsophage était resté intact au-dessus de la ligature.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Moyen nouveau de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures. — M. MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, lit sous ce titre un mémoire dont voici un court aperçu.

L'auteur commence par établir que dans les fractures traitées par les moyens ordinaires, la roideur et même l'ankylose des articulations sont des suites fréquentes et graves. Pour cela, il n'a eu qu'à ouvrir nos traités et nos recueils de chirurgie, où l'on rencontre à chaque page des cas dans lesquels, trois mois, six mois, un an, deux ans, cinq ans, vingt ans après la fracture, les articulations voisines n'avaient pas encore recouvré le mouvement. Bien plus, il cite une fracture de cuisse où le genou et le cou-de-pied s'étaient ankylosés, sans que les fragments de l'os se fussent réunis.

Il démontre ensuite que la cause de ces roideurs et de ces soudures des articulations, c'est la longue immobilité à laquelle les condamnent les appareils en usage. Il a imaginé une méthode qui assujettit les fragments, en même temps qu'elle permet le jeu de la jointure, et remplit ainsi deux indications qui paraissent inconciliables. Au lieu d'entourer le membre à la manière d'un cylindre inflexible dans toute sa longueur, son bandage, au niveau de chaque articulation, présente lui-même une articulation correspondante.

Pour établir cette brisure, il suffit, dans un appareil solidifiable ordinaire, d'interposer une mince couche d'un corps gras à deux tours de bande superposés. Ainsi lubrifiés par leurs faces contiguës, ces deux tours restent indépendants et jouent parfaitement l'un sur l'autre. Il n'y a d'ailleurs que deux règles spéciales à suivre dans l'application de ce bandage :

1° Des deux circonvolutions qui composent l'articulation en s'emboîtant l'une l'autre, celle qui entoure l'os fracturé doit être l'interne, enveloppée par celle qui recouvre la jointure du membre, disposition qui laisse entière la solidité de la contention ;

2° Cette *circonvolution interne*, surtout dans les fractures des jointures et dans les fractures voisines des jointures, doit s'avancer jusqu'à l'extrémité brisée de l'os et même un peu au delà, afin de maintenir plus sûrement les rapports des fragments.

On remplit ces deux conditions en posant l'appareil en autant de segments que le membre qu'il doit recouvrir en présente lui-même, en commençant par l'os fracturé, sur lequel la première bande s'épuise en le parcourant d'une extrémité à l'autre ; ensuite on étend une mince couche d'axonge sur la circonvolution initiale de ce segment, si c'est là seulement qu'on veut articuler le bandage, et aussi sur la circonvolution terminale, dans le cas où il doit passer en ce sens sur une autre jointure.

Le corps gras interposé aux circonvolutions ne les a pas tellement séparées qu'elles ne restent encore unies en plusieurs points, ce qui donne temporairement à l'appareil toutes les propriétés d'un moule inflexible.

Après les premiers jours, huit, dix ou davantage, dès que la douleur le permet, une légère flexion imprimée à l'articulation du bandage lui rend sa mobilité. Alors le chirurgien peut, dans une mesure convenable, faire exécuter à la double jointure de l'appareil et du squelette des mouvements chaque jour plus étendus. Ces manœuvres sont sans danger, car la partie efficace du bandage, celle qui est appliquée sur toute la longueur de l'os fracturé, maintient les fragments en rapport. *A priori*, on pourrait craindre, surtout si la lésion osseuse siégeait près d'une jointure ou en intéressait les surfaces, que les fragments, obéissant à la traction des ligaments et des muscles, ne vinssent à se déplacer pendant ces mouvements. Mais, et c'est un des avantages du bandage articulé, en commençant de bonne heure à entretenir la liberté de la jointure, on ne laisse pas aux fibres ligamenteuses ou musculaires le temps de se raccourcir, et elles ne se tendent pas plus ici que dans les mouvements naturels pour lesquels leur longueur a été calculée. Le jeu de cet appareil est donc aussi simple que son exécution. Avec ses anneaux imbriqués, qui se meuvent les uns sur les autres au niveau des jointures, le bandage articulé rappelle certaines pièces de l'armure des anciens chevaliers, le brassard, par exemple, ou mieux encore les animaux à squelette extérieur, parce qu'en effet il semble en quelque sorte suppléer l'os brisé.

Ce n'est au fond, comme on le voit, que le bandage solidifiable ordinaire avec une onction entre deux circonvolutions ; mais on peut le voir aussi, toute minime qu'elle est matériellement, cette modification en change complétement le rôle ; c'est une goutte d'huile qui transforme l'appareil, et qui pourrait bien faire une révolution dans le traitement des fractures. (Commissaires : MM. Robert et Nélaton.)

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE.

A M. le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Ce n'est qu'aujourd'hui que tombe sous mes yeux un article de ma clinique, publié dans le numéro du 15 juillet de votre excellent journal, sur la *conjonctivite purulente des nouveau-nés*. J'y trouve la formule d'un collyre ainsi conçue :

Azotate d'argent. . . . . 8 grammes.
Eau distillée. . . . . . . 2 —

Il s'est glissé là une faute d'impression qui pourrait avoir des conséquences fort graves. La vraie formule est celle-ci :

Azotate d'argent. . . . . 1 gramme.
Eau distillée . . . . 10 —

Vous comprendrez toute l'importance de cette rectification, à laquelle je vous serai bien reconnaissant de donner place dans un de vos prochains numéros.

Agréez, etc. DESMARRES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Berchon, né à Cognac (Charente) ; *Relation d'une campagne aux mers du Sud.*

Lalluyeaux-d'Ormay, né à Argenton-le-Château (Deux-Sèvres) ; *Du scorbut.*

Henry, né à Carysey (Yonne) ; *Des polypes de l'urèthre chez la femme.*

Sanson, né à Jargeau (Loiret) ; *De la leucorrhée.*

Gombault, né à Caen (Calvados) ; *Étude sur l'anatomie pathologique, les causes et le diagnostic de la dilatation des bronches.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Plusieurs nominations et mutations viennent d'avoir lieu parmi les médecins de colonisation, savoir :

Département d'Alger. — A la Rassauta (4e circonscription médicale), emploi créé, M. Gandilhon ;

Au Fondouck (5e circonscription), emploi créé, M. Chadal ;

A l'Arba (6e circonscription), M. Lanfranque, en remplacement de M. Miergues, démissionnaire ;

A Aumale (2e circonscription), emploi créé, M. Drouet.

Département d'Oran. — A Valmy (3e circonscription), emploi créé, M. Heynemann ;

A Saint-Cloud (6e circonscription), emploi créé, M. Perrot ;

A Aboukir (13e circonscription), M. Thenaud, médecin de colonisation de la circonscription modifiée d'Aïn-si-Chérif ;

A la Stidia (14e circonscription), emploi créé, M. Clauzel ;

A Aïn-Tédelès (16e circonscription), emploi créé, M. Combe ;

A Fleurus (7e circonscription), M. Reboul.

Département de Constantine. — Au Kroubs (2e circonscription), emploi créé, M. Richard ;

A Héliopolis (13e circonscription), emploi créé, M. Bellouard ;

A Pentbièvre (15e circonscription), emploi créé, M. Baubonne ;

A Sétif (4e circonscription), M. Lagreula, en remplacement de M. Decœur, démissionnaire ;

A Batna (3e circonscription de la division), emploi créé, M. Calmès.

— Nous recevons des présidents du congrès des médecins et naturalistes allemands, MM. Eisenlohr et R. Voltz, l'invitation suivante, par laquelle ils prient les savants, naturalistes et médecins français d'assister à la réunion qui aura lieu à Carlsruhe (grand-duché de Bade), du 16 au 22 septembre 1858.

« Les soussignés, nommés présidents-directeurs du 34e congrès allemand, font savoir au public médical français que le Congrès se tiendra à Carlsruhe. Le grand-duché de Bade est connu pour un des plus beaux pays de l'Allemagne. Il offre de plus aux branches diverses de la science de nombreuses ressources. Carlsruhe possède de grands établissements scientifiques, une école polytechnique renommée, de riches collections. Heidelberg et Fribourg, universités voisines, fourniront un notable contingent de savants connus, et nous sommes prévenus qu'un grand nombre de savants allemands et étrangers doivent se rencontrer au 34e Congrès.

» La facilité des rapports entre Carlsruhe et la France, le chemin de fer, qui nous met à quinze heures de Paris, tout nous fait espérer que le public français ne laissera pas échapper une occasion aussi favorable de créer des relations personnelles entre les savants des deux pays.

» Nous invitons donc amicalement tous ceux qui pourront être utiles à la science, tous ceux qui pourront retirer quelque avantage de cette réunion scientifique, à venir à Carlsruhe, à se joindre à nous comme membres actifs ou intéressés à la propagation de la science, à augmenter enfin par leur présence l'éclat de notre réunion.

» Nous avons fait tous nos efforts pour rendre fructueuses les heures de l'étude, et agréables les heures de loisir.

» Les personnes qui désireraient retenir à l'avance un logement ou avoir sur la réunion des renseignements quelconques, sont priées de s'adresser directement à l'un de nous, qui s'empressera de satisfaire leurs désirs.

» Nous prenons la liberté de prier tous les organes de la presse de donner à notre invitation une publicité si favorable à la science, et d'assurer les lecteurs français de la cordiale sympathie qui les attend au delà du Rhin.

» Carlsruhe, 6 juillet 1858. EISENLOHR et R. VOLTZ. »

Ceux de nos confrères qui déjà ont été les hôtes de nos voisins d'outre-Rhin, savent combien leur réception est cordiale et affectueuse, combien est utile ce rapprochement des savants et des médecins qui ne se connaissent que par leurs œuvres.

LE SOBRD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la taille médiane, d'après le procédé de M. le professeur Bouisson, désigné sous le nom de taille para-raphéale.

Dans un très-beau mémoire sur la taille médiane, qui fait partie de la collection de mémoires publiée récemment sous le titre de *Tribut à la chirurgie,* M. le professeur Bouisson, de Montpellier, fixé déjà par l'expérience clinique sur la valeur intrinsèque de cette méthode de cystotomie, s'est proposé d'en démontrer les avantages, et de chercher quelles sont, dans le champ des indications qui peuvent encore réclamer l'opération de la taille, — champ très-restreint déjà par les progrès de la lithotritie — les circonstances dans lesquelles la taille médiane lui paraît plus particulièrement appelée à rendre des services. Mais hâtons-nous de dire que l'opération que M. Bouisson s'efforce de réhabiliter aux yeux de ses confrères, n'est plus ce *grand appareil* des frères Colot, tant discrédité de nos jours ; mais bien cette même opération simplifiée par d'heureux perfectionnements, et réduite, grâce au procédé ingénieux qu'il a introduit dans le manuel opératoire, à un simple débridement urétro-prostatique, ou à l'opération de la boutonnière prolongée jusqu'à la partie la plus antérieure du col vésical. Mais une description abrégée du procédé usité par M. Bouisson, et un aperçu de ses résultats en diront plus que tous les commentaires :

Ce qui caractérise le procédé de M. Bouisson, c'est surtout l'adoption d'un cathéter à cannelure large et profonde dans le but de distendre fortement la paroi inférieure de la portion membraneuse de l'urèthre et d'en faciliter l'incision ; et le transport de l'incision à la limite latérale de la paroi inférieure de l'urèthre ainsi distendu. L'incision parallèle à la ligne médiane, mais reportée à quelques millimètres en dehors, imprime à l'opération une modification que M. Bouisson exprime par le mot de taille *para raphéale,* parce qu'on incise à côté du raphé.

Le premier temps de l'opération consiste dans l'incision de la peau et des parties subjacentes. Cette incision, faite avec un bistouri, doit intéresser la couche comprise dans l'aire du triangle urétro-rectal, parallèlement au raphé, et de préférence sur le côté gauche de cette ligne. Elle devra être commencée à 3 ou 4 centimètres au-devant de l'anus, suivant l'âge du malade, et se terminer à 1 centimètre en avant de cette ouverture. M. Bouisson insiste sur un autre détail important ; il recommande de ne pas trop relever le scrotum pendant ce temps de l'opération, ce qui exposerait au retrait de la couche cutanée celluleuse, et par suite à la perte de parallélisme entre la plaie superficielle et la plaie profonde qui intéresse le canal et qui conserve sa fixité, c'est-à-dire à toutes les chances de l'ecchymose de la région scrotale ou des infiltrations urineuses.

Le deuxième temps consiste dans l'incision de l'urèthre. L'incision, faite en arrière du bulbe et non sur celui-ci, comme le faisait Colot, doit s'étendre à toute la portion membraneuse, en faisant glisser le bistouri dans la cannelure du cathéter jusqu'à la prostate. L'urèthre ne doit pas être incisé exactement sur la ligne médiane, mais un peu sur le côté gauche et toujours dans le sens antéro-postérieur, pour éviter le vérumontanum et les canaux éjaculateurs.

Le troisième temps, consistant dans l'incision de la prostate et du col de la vessie, qui est le plus délicat dans les autres modes de cystotomie périnéale, est ici d'une grande simplicité, à cause de la rectitude des premières incisions, qui rend la prostate plus superficielle et la rapproche, pour ainsi dire, de l'opérateur. On peut terminer la taille avec le bistouri même qui a servi à attaquer la portion membraneuse de l'urèthre, en poussant un peu plus loin la pointe de l'instrument dont on relève le manche, et en exerçant une pression modérée dans le sens de la première incision. On entame légèrement la prostate et le col de la vessie, ou seulement la partie antérieure et supérieure de la prostate, de manière à débrider l'obstacle que la résistance de son tissu et de la couche fibreuse qui l'emprisonne forme à l'entrée du canal de l'urèthre. Ce débridement suffit pour les calculs de petite et de moyenne dimension. On peut, dans le cas de calcul volumineux, se servir du lithotome caché, monté à un degré un peu inférieur à l'étendue du rayon prostatique, et agir avec cet instrument comme dans la taille latéralisée, mais en dirigeant son action parallèlement à la ligne médiane et en opérant la section de la prostate de la partie vésicale vers la superficielle.

L'incision accomplie et le cathéter extrait, le chirurgien introduit son doigt indicateur dans la plaie, et, après avoir apprécié par la voie courte et directe qu'il a tracée, l'état des parties, il y engage le gorgeret et les tenettes, etc. Le reste de l'opération se fait comme dans les autres méthodes. « Ainsi ramenée à son minimum d'étendue et de danger, dit M. Bouisson, la taille médiane n'en permet pas moins d'atteindre et d'extraire des calculs d'un volume considérable, et les prétendus dangers de la lésion du rectum et des canaux éjaculateurs sont facilement évités. » Cette phrase seule répond aux principales objections qui avaient été faites contre le grand appareil, et résume les avantages de la méthode modifiée que nous venons de décrire.

Depuis l'année 1849, M. Bouisson a eu quatorze fois recours à la taille médiane ; et non-seulement, dit-il, toutes les opérations ont été suivies de succès, mais chez plusieurs opérés le rétablissement a eu lieu dans un délai très-court.

Voici un fait nouveau que nous trouvons dans le 1er numéro de *Montpellier médical,* (1) et qui, par l'extrême simplicité de ses suites et la rapidité de la guérison, vient encore ajouter un nouveau témoignage à l'appui des avantages que le savant professeur de clinique de Montpellier attribue à cette méthode :

Calcul volumineux ayant pour noyau un fragment de branche de saule introduit dans la vessie. Taille médiane. Guérison en huit jours. — Le nommé D..., âgé de vingt ans, berger, livré à tous les excès de la masturbation, imagine un jour de printemps, au moment où la séve montante isole l'écorce du bois de saule de sa partie ligneuse, d'employer un fragment de branche dénudée pour se titiller le canal de l'urèthre. Ce fragment de bois lui échappa et parvint dans la vessie. Il tint sa mésaventure secrète et ne renonça pas à sa funeste habitude, malgré les douleurs croissantes que la présence de ce corps étranger et la formation d'une concrétion urinaire pouvaient lui occasionner, car l'opération, comme on le verra plus loin, fit retrouver dans sa vessie un autre corps étranger, dont l'introduction paraissait récente.

Vaincu par les douleurs et effrayé surtout par la difficulté d'uriner, D... se décida à consulter un médecin, qui l'engagea à se rendre à Montpellier. M. le professeur Bouisson, auprès de qui il fut amené, après avoir appris les renseignements qui précèdent, procéda à l'examen du malade.

Tous les signes rationnels qui annoncent la présence d'une pierre volumineuse existaient chez D... : difficulté d'uriner, attitudes bizarres pour favoriser l'émission des urines ; parfois interruption brusque du jet du liquide ; besoins fréquents ; incontinence nocturne et même diurne ; urines épaisses, bourbeuses, chargées de mucosités, quelquefois sanguinolentes ; douleur au périnée, etc. L'introduction d'une sonde métallique dans la vessie heurta contre un obstacle dont le contact était rugueux, mais sans résistance notable. L'exploration par le périnée, par le rectum surtout, fit facilement apprécier le volume du calcul. L'état général du malade n'indiquait aucune autre maladie. La douleur, quoique très-intense, n'avait point allumé la fièvre. Enfin, il n'y avait ni lésion rénale ni aucun des dérangements qui accompagnent ordinairement la diathèse lithique. Il était, en un mot, dans les conditions les plus favorables pour une opération.

La lithotritie était contre-indiquée, aux yeux de M. Bouisson, par la circonstance d'un noyau ligneux dans le calcul ; il se détermina immédiatement pour l'opération de la taille ; et, malgré le volume présumé de la concrétion, il opta pour la taille médiane, qui lui avait très-bien réussi dans d'autres circonstances, même pour des calculs volumineux.

Après un jour de préparation par le régime et l'emploi d'un lavement laxatif, le malade fut opéré de la manière suivante :

Préalablement soumis à l'inhalation du chloroforme, D... fut placé et fixé dans la position convenable. Un cathéter à large cannelure fut introduit dans la vessie et confié à un aide, avec recommandation de le maintenir dans une direction parallèle à la ligne médiane en pressant légèrement en bas, de manière que la paroi inférieure de l'urèthre fût par ce moyen rapprochée de la peau. Lorsque l'insensibilité fut complète, l'opérateur divisa les téguments et les couches sous-cutanées à l'aide d'un bistouri droit, sur le côté gauche du raphé, parallèlement à celui-ci et dans l'étendue de quatre centimètres, de manière à terminer à un centimètre au-devant de l'anus. Le doigt indicateur gauche ayant aussitôt senti la cannelure du cathéter à travers la paroi inférieure de l'urèthre, la pointe du bistouri fut portée dans cette cannelure, en arrière du bulbe, et l'instrument dirigé d'avant en arrière, le long de la saillie gauche du cathéter, de manière à faire l'incision directe plutôt sur le côté de la paroi uréthrale que sur la ligne médiane, ce qui constitue l'un des points essentiels du procédé que M. Bouisson a décrit sous le nom de taille *para-raphéale.* Toute la portion membraneuse fut ensuite divisée, et lorsque la résistance de la prostate se fit sentir, le manche de l'instrument fut relevé en pressant modérément du côté de la pointe, pour diviser superficiellement la prostate sans dépasser la faible épaisseur antéro-postérieure, et par conséquent en respectant le rectum.

Le premier temps de l'opération était terminé. Le bistouri ne fut plus nécessaire, car une voie suffisante était ouverte à l'introduction des instruments d'extraction et à la sortie du calcul. Le doigt, porté d'abord dans la vessie en même temps que le cathéter était retiré, toucha une pierre engagée du côté du col. Le gorgeret et les tenettes furent successivement introduits, et les tentatives d'extraction commencées aussitôt.

Des circonstances particulières rendirent cette seconde partie de l'opération plus longue que la première, qui avait à peine exigé deux minutes. Le calcul était volumineux et friable. Il s'écrasa, dès les premiers efforts de pression, en gros fragments qui furent successivement extraits. A une nouvelle tentative, le noyau ligneux s'engagea dans les cuillers des tenettes, dans la direction même de sa longueur, en sorte qu'il ne fallut aucune modification à la manœuvre ordinaire pour les retirer. On reconnut dans ce corps les caractères d'un fragment de branche de saule, malgré les incrustations qui le recouvraient. Sa longueur était d'environ un décimètre, et il était modérément incurvé dans l'ensemble de sa longueur. Il fallut revenir à plusieurs introductions réitérées des tenettes pour compléter l'extraction des fragments ; des injections détersives entraînèrent tout ce qui restait de gravier et de boue graveleuse. L'ensemble des fragments recueillis pesait au delà de cinquante grammes.

En portant de nouveau le doigt dans la vessie pour s'assurer s'il n'y restait pas encore quelque débris susceptible de favoriser une nouvelle formation calculeuse, M. Bouisson ne fut pas peu surpris de se sentir assez fortement piqué. Il venait de découvrir un nouveau corps étranger ; c'était une tige, ou sorte de très-forte épingle de cuivre, dont la grosse extrémité était recourbée en manière d'anneau. L'extraction en fut opérée à l'aide de pinces à pansement à mors croisés.

Après avoir acquis la certitude que l'organe était complétement libre, une dernière injection détersive fut pratiquée. Ce second temps de l'opération avait exigé près d'un quart d'heure.

A une concentration passagère, succéda une réaction modérée et non fébrile. L'opéré dormit plusieurs heures pendant la nuit. L'urine avait coulé facilement par la plaie ; la douleur vésicale avait été modérée ou nulle.

Continuation du bien-être le lendemain de l'opération ; pas de fièvre, pas d'hémorrhagie ; douleur presque nulle. Dans la soirée, les bords cutanés, un peu gonflés, se mettent en contact. Dans la matinée du jour suivant, l'urine commence à être rendue par la verge, et ne s'écoule plus d'une manière continue par l'ouverture périnéale.

Le cinquième jour de l'opération, l'examen de la plaie indique un commencement de cicatrisation, surtout à son angle antérieur ; la plus grande partie de l'urine passe par la verge ; il n'y a ni trace d'ecchymose scrotale ni infiltration d'urine autour de la plaie.

Les phénomènes précurseurs d'une prochaine guérison se dessinent de plus en plus les sixième et septième jour. Il ne s'écoule presque plus d'urine par la plaie.

Le huitième jour, la plaie est cicatrisée : l'opéré éprouve un bien-être général tel qu'il se déclare guéri, et manifeste le désir de se lever. Malgré les recommandations qui lui sont faites, dans la crainte que par la position verticale l'urine ne s'infiltre à travers les lèvres de la plaie trop récemment adhérentes et ne rouvre le passage périnéal, D... se lève dès le neuvième jour. Il n'en résulte aucun inconvénient. Le travail curateur se consolidant de plus en plus, il quitte Montpellier le douzième jour pour retourner à sa ferme. On a appris depuis que rien n'avait troublé

(1) Nouveau journal mensuel, qui, à en juger par les deux numéros qui ont paru, nous promet une ample moisson de faits cliniques intéressants.

les résultats de cette opération, qui, sous le rapport de ses suites, dit M. Bouisson, « n'a pas plus impressionné l'organisme qu'une incision peu étendue pratiquée sur un point quelconque de la peau. »

Procédé de M. Beau pour pratiquer la thoracentèse.

La thoracentèse est une opération popularisée, comme l'on sait, par M. Trousseau, et qui, sous le rapport de son peu de gravité et de sa facile exécution, ressemble assez à la paracentèse abdominale. Aussi, comme cette dernière, est-elle pratiquée habituellement par les médecins et même par les internes de nos hôpitaux, sans l'intervention d'un chirurgien.

Toutefois, l'exécution de cette petite opération est un peu moins facile que celle de la paracentèse abdominale. En effet, dans cette dernière, une fois qu'on a choisi le point où l'on veut faire la ponction, on enfonce sans hésitation le trocart à travers la paroi abdominale, qui se laisse traverser facilement et du premier coup. Il n'en est pas de même dans la thoracentèse, qui ne peut se pratiquer que par la pénétration du trocart à travers l'espace assez étroit du sillon intercostal. Si l'on manque cet espace, le trocart va porter sur la côte, qui s'oppose à son introduction ou qui ne le laisse pénétrer qu'après avoir subi une brèche sur un de ses bords; il y a donc là des tâtonnements douloureux ou des piqûres plus ou moins répétées, qu'il est important d'éviter au patient.

Il est bon de rappeler encore, au sujet de cette difficulté de pénétration, que chez beaucoup de malades les reliefs des côtes ne sont nullement apparents. Souvent, à la simple vue, la côte ne peut pas être distinguée de l'espace intercostal, soit chez les personnes obèses, soit chez les malades qui, se couchant habituellement sur le côté de l'épanchement, ont, par suite de ce décubitus, contracté un œdème qui a comblé tous les sillons intercostaux du côté malade.

M. Beau emploie depuis plusieurs années un procédé qui permet dans tous les cas, et sans la moindre hésitation, de pénétrer sûrement juste au milieu de l'espace intercostal que l'on veut ponctionner. Ce procédé est bien simple. Voici en quoi il consiste :

Après avoir recommandé au malade de fléchir autant que possible le thorax sur le côté sain, pour faire bomber le côté malade et pour en élargir d'autant les espaces intercostaux, on fixe approximativement l'endroit que l'on veut ponctionner. Il s'agit alors de savoir où est l'espace intercostal; on le cherche avec le doigt indicateur de la main gauche, et quand on l'a trouvé, on presse avec ce doigt appliqué sur la face palmaire dans la plus grande partie de sa longueur les parties molles dudit espace, de manière que l'indicateur se trouve enchâssé, pour ainsi dire, sur chacune de ses deux faces latérales, dans les deux côtes qui circonscrivent l'espace intercostal.

Dans cette position respective du doigt et de la paroi thoracique, on comprend que la ligne médiane du doigt réponde géométriquement à la ligne médiane de l'espace intercostal; et par conséquent, en enfonçant le trocart au-devant du bord libre de l'ongle, et juste vis-à-vis le milieu de ce bord libre, la pointe de l'instrument doit nécessairement tomber sur la ligne médiane de l'espace intercostal, à égale distance par conséquent des deux côtes qui limitent cet espace.

Il suffit d'exposer les détails principaux de ce procédé pour qu'on voie à l'instant même l'immanquable réussite du résultat. Le doigt est appliqué par la face palmaire dans l'espace intercostal, comme pour indiquer au-devant de la partie médiane de l'ongle le point précis où il faut enfoncer le trocart, si l'on peut perforer cet espace dans son milieu. Depuis que M. Beau emploie ce procédé, il a toujours pratiqué la ponction thoracique avec une sûreté mathématique.

Il y a une attention à avoir quand on a appliqué l'index de la main gauche dans le sillon intercostal que l'on veut ponctionner, c'est de tendre autant que possible la peau en la tirant fortement à soi dans le sens de la longueur dudit sillon, afin qu'étant ponctionnée avec les parties molles sous-jacentes dans l'état de traction, il y ait, après que le trocart est retiré, défaut de parallélisme entre l'ouverture de la peau et l'ouverture des tissus sous-cutanés, et que dès lors l'air extérieur ne puisse pénétrer dans la cavité pleurale. Cette traction a encore pour résultat de faciliter la pénétration du trocart à travers la peau.

Emploi du perchlorure de fer dans le catarrhe et l'hémorrhagie de la vessie.

Nous trouvons dans la *Revue médicale* que M. le docteur Vigla rédige avec autant de sagesse que d'autorité dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, un exemple d'application heureuse de l'usage interne du perchlorure de fer. Il s'agit des bons effets qu'il vient d'obtenir lui-même dans un cas de catarrhe chronique très-intense de la vessie, dû à la présence permanente d'une sonde dans cet organe frappé de paralysie. Les injections d'eau froide, d'eau de goudron, l'usage intérieur de l'infusion de bourgeons de sapins, de la térébenthine, n'avaient pu modifier la maladie, qui se compliquait d'hémorrhagies assez abondantes pour compromettre la vie du malade. Ces dernières avaient de plus l'inconvénient grave de rendre l'émission de l'urine parfois impossible, le sang coagulé bouchant les yeux de la sonde et obligeant le chirurgien à des manœuvres difficiles et douloureuses.

Saisissant l'indication qui lui était fournie par l'hémorrhagie, M. Vigla a eu recours au perchlorure de fer, qui lui a donné un résultat inespéré, en faisant cesser complétement ce symptôme dès le second jour, et un peu plus tard en diminuant de plus des deux tiers la sécrétion purulente; à tel point, ajoute M. Vigla, qu'en raison des effets obtenus dans les quinze premiers jours, il ne désespère pas de voir céder l'état catarrhal.

Voici la formule dont il a fait usage :

Eau distillée.	250 grammes.
Sesquichlorure de fer. . . .	12 —

Mêlez.

Faire prendre au malade deux fois par jour, un peu avant le repas, une cuillerée à café de la solution, dans un verre d'eau sucrée.

On se demandera peut-être s'il n'eût pas été plus simple, dans ce cas, de faire directement appel à l'action locale styptique, si énergique et si bien connue aujourd'hui de ce même agent, en l'employant en injections. Mais M. Vigla fait remarquer avec raison, que l'emploi du perchlorure de fer en injections doit être tenu pour très-suspect en pareil cas, à cause des accidents que pourrait produire la coagulation du sang dans la vessie. Quant au catarrhe simple, non compliqué d'hémorrhagie, il n'y aurait sans doute pas le même genre de danger à redouter; mais ne devrait-on pas craindre encore que la coagulation du pus ou du mucus devînt le noyau d'un calcul? — Il était donc plus prudent, comme l'a fait M. Vigla, de s'en tenir à l'usage interne, d'autant plus que le résultat a répondu ici à son attente.

— Ce fait, qui vient de nous tomber à l'instant sous les yeux, et que nous n'avons pas voulu laisser perdre pour nos lecteurs, est loin d'être un fait isolé; l'idée qui a suscité cette application n'est elle-même qu'une déduction de faits nombreux et d'une série d'expériences multipliées qui tendent à faire entrer l'usage interne du perchlorure de fer au rang des médications régulières et usuelles. Nous avons à tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui a été fait à cet égard depuis un an environ; et nous commencerons par leur exposer des faits qui nous ont été communiqués tout récemment par plusieurs de nos confrères, et particulièrement par M. le docteur Deleau, médecin en chef de la Roquette.

Ce sera le sujet d'un article d'une de nos prochaines *Revues*.

Sur l'emploi du vésicatoire contre la phlébite.

M. le docteur Bermond, de Bordeaux, nous adresse, avec prière de les transmettre à nos lecteurs, les remarques suivantes qui lui ont été suggérées par la communication contenue dans le numéro du 24 juillet dernier, relativement au traitement abortif de la phlébite par les vésicatoires volants.

Nous nous empressons d'autant plus de souscrire au désir de M. Bermond, que ses remarques ont pour objet de confirmer, par des observations faites sur un grand théâtre, les faits énoncés dans la communication dont il s'agit.

Voici ces remarques :

« Le traitement préconisé par M. Nonat mérite la plus grande considération, et si l'autorité de son expérience n'était pas déjà une garantie suffisante, j'ajouterais de nombreux faits, de date antérieure à l'année 1848, époque où il a fait ses premiers essais à l'hôpital Cochin. Qu'il me suffise de citer ma thèse inaugurale, publiée en 1837, où se trouve la quarante et unième proposition, ainsi conçue :

« La phlébite qui succède à la saignée peut être combattue » efficacement, dès son début, par l'application d'un vésicatoire » sur la plaie de la veine tuméfiée et douloureuse, lors même » qu'il existe déjà des défaillances et des nausées. »

» Avant 1837, j'avais recueilli des exemples de succès tellement remarquables de ce mode de traitement, que je l'ai conservé dans ma pratique. Pendant l'exercice de mes fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, j'ai rendu les élèves témoins de la facilité avec laquelle les trop redoutables phlébites, suite de la saignée, étaient ainsi enrayées dans leur marche, et de suppuratives devenaient adhésives. Naguère encore, dans une séance à la société de médecine de Bordeaux, j'exposais l'excellence du même procédé curatif, même quand le frisson initial est survenu (voir l'*Union médicale de la Gironde*, n° d'avril 1858).

» J'ai l'habitude de donner au vésicatoire, dont le centre doit correspondre à la piqûre enflammée et béante de la veine, une grandeur suffisante pour couvrir les cordons veineux *tuméfiés* en dessus et en dessous de la plaie.

» Bien que dépourvus de nouveauté, les faits mis en relief par M. Nonat auront l'avantage de susciter une notoriété jusqu'ici insuffisante en faveur d'une application thérapeutique de la plus haute valeur. »

OPÉRATION DE PUPILLE ARTIFICIELLE ET DE CATARACTE

par kératotomie linéaire sur un œil perforé de la cornée à la rétine par un corps étranger.

Par le docteur Bergeret (de Saint-Léger-sur-d'Heune).

Le 19 mai 1857, je fus appelé pour me rendre rapidement en Bel-Air, chez le nommé L....., mineur de son état, âgé de cinquante-deux ans. Cet homme, par économie, voulut débourrer un coup de mine pour y placer une nouvelle mèche. L'épinglette d'acier, frottant sur le silex, fit jaillir une étincelle, et L... fut foudroyé.

Immédiatement après l'accident, l'aspect du blessé était effrayant; la tête et la figure étaient recouvertes d'une couche épaisse de poudre; la main gauche était horriblement mutilée, deux doigts y manquaient, les trois autres semblaient devoir nécessiter l'amputation.

Examinons un à un chaque organe blessé. L'œil droit était crevé, un grain de poudre avait traversé la cornée au quart interne du diamètre transversal, franchi la chambre antérieure, perforé l'iris, et continuant son trajet au travers de la chambre postérieure, du cristallin, du corps vitré, était allé se fixer à la rétine en dedans de la papille du nerf optique, où il a produit une ecchymose que l'on ne voit qu'à grand'peine à l'aide de l'ophthalmoscope, à cause de l'état du corps vitré, qui laisse difficilement passer les rayons réfléchis de l'instrument.

La conjonctive présentait un chémosis si gros qu'il a sauvé cet œil, car la boursouflure a recouvert presque toute la cornée. La cornée de l'œil gauche était complétement recouverte par une couche noire de poudre, mais elle n'était perforée nulle part; le chémosis gauche était aussi intense que le droit. Le front, le nez, les oreilles, les joues, les lèvres, le menton étaient entièrement noirs. Le nez, qui est petit chez cet homme, avait presque disparu dans la tuméfaction des joues et du front. Tels étaient l'aspect et les lésions de la face.

A la main gauche, le pouce était noir de poudre, et surtout profondément brûlé à l'éminence thénar, mais il n'y avait ni fracture ni luxation; l'indicateur était fracturé au milieu de sa grande phalange, les fragments osseux étaient à nu et noirs, le bout du doigt était pendant et ne tenait que par les tendons extenseurs et un lambeau de peau brûlée. Le médius et l'annulaire étaient fracturés au milieu de leur phalangine; le petit doigt avait éprouvé une perte de substance à la phalange unguéale; l'os était à nu, mais il n'y avait ni fracture ni luxation.

Il y avait encore de nombreuses brûlures des avant-bras, des bras, du cou, etc.

En présence de si grands désordres, il y avait tant à craindre du côté du cerveau, que je crus qu'il était convenable de ne rien entreprendre pour régulariser les lambeaux des doigts. Je soumis la main à une irrigation continue qui dura douze jours, et qui demandait quatorze seaux d'eau par vingt-quatre heures. Mon attention se fixa particulièrement sur l'œil gauche.

J'appliquai une ventouse scarifiée sur la tempe gauche; elle me donna beaucoup de sang. Je mis ensuite sur chaque moitié de la face, et plus immédiatement sur chaque œil, une vessie d'eau que l'on a maintenue toujours froide. Je fis injecter à vingt reprises dans la journée de l'eau de laitue et de mauve dans les yeux, avec une seringue à injections. On nettoya le visage le mieux qu'on put, sans exercer de frottement dur.

Cet homme avait toute sa raison et pas le plus petit mouvement fébrile; je ne voulus pas le saigner malgré l'insistance des assistants. Je lui donnai des infusions d'arnica et du calomel à doses fractionnées.

Le soir, pas de fièvre; je ne changeai rien à ma prescription de la journée.

Le 20, pas de fièvre; la figure est un peu moins tuméfiée; le malade sent un petit soulagement.

Le 21, la tuméfaction de la face a sensiblement diminué, la peau est lubrifiée par la transsudation de l'eau des vessies; par le râclage on enlève beaucoup de poudre. Les chémosis diminuent, le gauche particulièrement, et le patient ne souffre plus de cet œil. Le malade est constamment resté sans fièvre.

Le 24, j'ai désarticulé le doigt annulaire dans l'article de la phalangine avec la phalange.

Les jours suivants, j'ai enlevé successivement toutes les portions osseuses et charnues qui pouvaient gêner la cicatrisation. J'ai régularisé petit à petit tous les lambeaux.

Un mois après l'accident, toutes les eschares étaient tombées, les moignons se cicatrisaient, moins celui de l'annulaire, dont les tendons fléchisseurs nécrosés ne tombèrent que six semaines après.

Deux mois après, tout était bien et solidement cicatrisé. L... saisissait commodément de gros objets. Avec l'exercice, au bout de trois mois sa main aurait pu lui servir à travailler si sa vision avait été suffisante.

La peau du visage était perforée de milliers de trous; je craignais que chaque grain de poudre ne produisît un petit abcès; mais l'action astrictive de l'eau froide et la lubrifaction continue permirent d'enlever la presque totalité des grains, et chaque petite plaie se réunit par première intention.

La cornée de l'œil gauche se nettoya insensiblement, et douze ou quinze jours après l'accident, cet œil voyait les plus gros objets. Trois semaines après, il put voir sa malheureuse main et le cadran de son horloge. Aujourd'hui cet œil présente encore trente-cinq ou quarante points noirs qui maculent sa cornée et qui ne disparaîtront jamais. Cependant, avant l'opération de l'œil droit, cet homme voyait assez de son œil gauche pour faire certains travaux grossiers.

La perforation de l'œil droit avait été obturée par les lambeaux de l'iris, et la plaie kératique s'était insensiblement cicatrisée. J'ai usé pendant longtemps de collyres au sulfate neutre d'atropine pour rompre les adhérences, car la cornée, l'iris et la cristalloïde étaient unis.

Au moment de l'opération, la synéchie antérieure n'existait plus que par une fibrille irienne, la cornée présentait et présente encore trois taches leucomateuses qui occupent la moitié interne de cette cornée; la plus grande, celle de la cicatrice, s'avance au delà du milieu de la cornée et masque presque entièrement le champ pupillaire.

Le 2 novembre, après m'être assuré de nouveau que la rétine était sensible à la lumière, et avoir reconnu, au moyen de l'éclairage oblique, que le cristallin était entièrement ramolli, même à son centre, j'ai pratiqué une opération de pupille artificielle et de cataracte par kératotomie linéaire, selon la méthode de Jæger, que j'ai vu plusieurs fois exécuter par mon très-habile maître M. le docteur Desmarres.

J'incisai la cornée au côté externe avec un couteau lancéolaire très-large. La plaie kératique me paraissant suffisamment grande, je retirai mon couteau, j'enfonçai une pince courbe jusqu'à la synéchie antérieure; je laissai les branches de la pince s'écarter un peu, l'iris s'engagea entre les branches, je le saisis, le rompis, l'entraînai, on l'excisa. Soit que la cristalloïde antérieure ne se fût pas cicatrisée, soit que je l'eusse perforée en pinçant l'iris, il sortit immédiatement une grande

partie du cristallin. J'exerçai une légère pression sur le globe oculaire, le cristallin sortit presque entièrement. J'introduisis de nouveau ma pince courbe pour saisir la cristalloïde et l'extraire, mais elle se rompit, et aujourd'hui, ce qu'il en reste adhère à la plaie irienne accidentelle et masque une petite portion de la pupille artificielle. Néanmoins, la pupille que j'ai faite est deux fois et demie plus grande que la pupille de l'autre œil et libre de tout obstacle au passage des rayons lumineux.

Cet homme, que j'ai vu le 6 mars dernier, travaille de son ancien métier avec presque autant de dextérité qu'auparavant avec son œil droit, le gauche étant voilé. A quinze ou vingt pas, il reconnaît ses camarades; la vision augmente tous les jours.

Sa main gauche est très-sensible au froid du fer: mais il travaille sans s'apercevoir qu'il lui manque des doigts.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance annuelle du 14 juillet 1858. — Présidence de M. Bouvier.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. Marjolin, secrétaire général, pour la lecture du compte rendu des travaux pendant l'année :

Messieurs et chers collègues,

Chaque année, lorsque je me mets à repasser scrupuleusement vos travaux pour vous rendre compte de leur ensemble, je suis toujours frappé de cette idée, que si l'art de guérir est de toutes les sciences pratiques la plus difficile, nous ne faisons peut-être pas tout ce qui est en notre pouvoir pour en aplanir les difficultés. Le moyen serait pourtant bien facile, ce serait de s'astreindre à ne publier que des observations complètes. Si, dans un musée, notre attention se porte sur un de ces précieux débris de l'art antique, quelque mutilés que soient ces restes, nous les admirons, et involontairement, au milieu de nos regrets, notre imagination cherchant à reproduire ce chef-d'œuvre dans sa perfection primitive, éprouve après une première sensation pénible, une véritable jouissance. Mais lorsque contraints de faire des recherches, nous rencontrons une de ces communications tronquées, incomplètes, malheureusement trop communes dans les recueils des sociétés savantes ou les publications périodiques, un mouvement de découragement et d'humeur nous saisit, et nous jetons loin de nous le livre désormais inutile.

Que ces paroles soient un peu sévères, que déjà, en pareille occasion, je vous aie tenu un langage analogue, je n'en disconviens nullement; mais du moment que vous avez pris pour devise, *vérité dans la science*, je vous dois à mon tour de vous parler une dernière fois avec une pleine et entière franchise. Si l'art de guérir est par sa nature même si difficile, pourquoi, de gaieté de cœur, créer encore pour nous et nos survivants de nouveaux obstacles, pourquoi constamment ne pas faire tous nos efforts pour éviter cet écueil en prenant une ferme et utile détermination? Songez que plus vos travaux vous ont mérité rapidement une juste considération, plus vous devez tenir à ne laisser aucune prise à la critique, et à donner à tous un salutaire exemple. Ceci bien établi, j'arrive à l'examen de vos travaux.

De la compression digitale et mécanique dans le traitement des anévrysmes. — Il y a quelques années, lorsque Pravaz vous communiquait le résultat de ses belles recherches sur les agents hémostatiques et sur la possibilité de les mettre en usage dans le traitement des anévrysmes, l'étonnement passé, chacun suivit avec le plus grand scrupule les préceptes de notre regrettable collègue, et en peu de temps on arriva sinon à la solution complète de la question, au moins à des données excessivement précieuses; et depuis lors la thérapeutique chirurgicale a été mise en possession de nombreuses méthodes de traitement pour les maladies du système circulatoire. Comment, en si peu d'années, a-t-on pu faire tant de progrès? Disons-le tout de suite, c'est que les observations ont été généralement bien prises; la question étant nouvelle, chacun a voulu y prendre une part active, sérieuse, et sans s'en douter on a fait un pas immense, un pas durable. Cette année encore, un heureux destin semble s'attacher à cette question si difficile des anévrysmes, et bientôt, comme tout semble le présager, ces opérations, souvent si pénibles à pratiquer et si redoutables pour leurs suites, ne seront plus qu'une rare exception.

Certes, si à l'époque où le monde savant était tout entier aux discussions soulevées par les travaux d'Anel, de Hunter ou de Scarpa, on fût venu dire : A quoi bon tant de recherches? un jour viendra où, avec un doigt seul, convenablement appliqué sur une artère, dans l'espace de quelques heures, un anévrysme sera radicalement guéri; ces paroles eussent été regardées comme le défi d'un insensé, et un sourire de commisération eût été la seule réponse. Et pourtant, ces paroles ne sont plus aujourd'hui que l'expression de la vérité. N'avez-vous pas entendu le professeur Vanzetti (de Padoue) vous dire : Quarante-huit heures de compression avec les doigts seuls appliqués sur l'artère fémorale, m'ont suffi pour guérir un anévrysme poplité? Et pour être vrai, à mon tour, je dirai que notre curiosité de voir un fait semblable était telle, qu'elle semblait légèrement sceptique.

Personne cependant ne doutait de la franchise de notre confrère ; mais en présence d'un résultat aussi grand, aussi inespéré, obtenu en si peu de temps par un moyen aussi simple, il était permis d'être réservé et de ne pas se laisser entraîner à trop d'enthousiasme. Combien de fois, en effet, n'avons-nous pas eu à revenir sur ces découvertes si merveilleuses, et d'ailleurs ne pouvait-on pas invoquer une heureuse coïncidence? Mais écoutons ce qui va suivre, et cette fois le doute devient impossible : Une année plus tard, nous dit M. Vanzetti, un nouvel anévrysme poplité se présenta; cette fois j'avais affaire à un malade intelligent, pouvant me rendre compte de toutes ses sensations, et se prêtant volontiers à tout ce qui pouvait assurer le succès. Quel temps fallut-il pour faire cesser les battements? Ce ne fut plus quarante-huit heures, mais cinq heures seulement, et la guérison s'est maintenue.

Je ne veux pas entrer ici dans d'autres détails, ni rechercher si à une autre époque il y avait déjà eu quelque tentative semblable; ce que je tiens à constater surtout, c'est l'influence réelle que cette communication faite au sein de la Société de chirurgie a eue sur le traitement général des anévrysmes : aussi, sans revenir sur d'autres faits très-importants qui vous ont été communiqués depuis par le professeur de Padoue, je ne parlerai que de ceux qui lui sont étrangers. Nous avons vu notre collègue M. Michaux (de Louvain) vous adresser l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, atteint en même temps d'une affection grave du cœur et d'un anévrysme poplité volumineux, guérir en très-peu de temps par la compression digitale: notons que chez ce malade il y avait, outre la maladie du cœur, une autre complication locale des plus fâcheuses ; la compression mécanique indirecte ayant déterminé la formation d'une escbare, il fallut y renoncer, et ce fut dans ces conditions si défavorables que la compression digitale intermittente fut mise à l'épreuve. Le second cas, qui appartient encore à la pratique du professeur de Louvain, vient aussi déposer en faveur de la méthode de M. Vanzetti : le malade, qui avait également un anévrysme poplité, entrait dans son service le 15 décembre, et en sortait complétement guéri quatorze jours après. Enfin, chez un vieillard de soixante et onze ans, M. Verneuil a obtenu, en treize heures seulement, la cessation des battements dans un autre anévrysme poplité.

La compression digitale deviendra-t-elle une méthode générale? Je craindrais de lui nuire en faisant trop son éloge; mais on peut, sans se tromper, lui prédire dès aujourd'hui un bien bel avenir. Si elle s'est généralisée aussi promptement, c'est bien moins à cause de sa simplicité, car il lui a encore été fait des objections, mais parce que les observations publiées ont été bien prises; en un mot, parce qu'elles sont si complètes, que ce qui était invraisemblable il y a un an, est devenu vrai aujourd'hui. Cette méthode est-elle sans inconvénients? réussit-elle constamment? A vrai dire, elle est encore trop récente pour qu'on puisse résoudre la question d'une manière convenable. On pourrait même dès maintenant citer un cas d'anévrysme poplité dans lequel, la position du genou rendant impossible toute tentative de compression mécanique, après trois jours et trois nuits de compression digitale continuée malgré les souffrances accusées par le patient, les battements cessèrent à la vérité, mais il survint dans la tumeur une inflammation telle qu'il fallut recourir à l'amputation de la cuisse, et le malade mourut. Dans cette circonstance, ne peut-on pas se demander si on n'eût pas évité cette terminaison funeste, si, à l'exemple de M. Michaux, dont le cas était bien autrement défavorable, on se fût contenté de la compression intermittente?

On peut dire également que, grâce à ce même esprit de sévérité avec lequel ont été recueillies les observations de traitement par la compression mécanique, l'histoire de cet autre procédé sur lequel M. Broca nous a fourni de si précieux documents présente moins de ces lacunes si regrettables qui déroutent à chaque instant le praticien ; aussi devons-nous espérer que d'ici à peu de temps on connaîtra bien les avantages et les inconvénients de cette méthode, et dans quels cas elle devra encore être préférée à la compression digitale.

Parmi les observations de compression mécanique et de compression digitale qui vous ont été communiquées cette année, je citerai comme doublement intéressante celle de M. Michaux. Il avait mis en usage la compression mécanique intermittente pour un anévrysme de l'artère crurale ; la peau s'étant gangrenée, il dut recourir à la compression digitale, et au bout de quarante-huit heures il obtenait une pleine et entière guérison. Dans un autre cas, emprunté également à la pratique de notre honorable collègue de Louvain, nous voyons que dans un anévrysme poplité la compression mécanique ayant échoué, non-seulement il dut recourir à la ligature, opération qui entraîna la gangrène du pied et de la jambe, mais dans cette circonstance le malade ne guérit qu'après l'amputation de la cuisse.

Il faut maintenant dire que si la compression mécanique a plusieurs fois échoué, plusieurs fois aussi elle a donné de magnifiques résultats, témoin les deux beaux faits d'anévrysme poplité que M. Larrey vous a communiqués; témoin également les deux succès obtenus par MM. Denucé et Triffet.

Présentée ainsi, la science doit marcher rapidement, le parallèle des méthodes s'établit de suite, et eût-on des préventions contre tel ou tel procédé, on est bien obligé de se rendre à l'évidence des faits et de rendre à chacun ce qui lui est dû.

La difficulté de suivre à de longs intervalles certains malades étant un des plus grands obstacles à la connaissance de la vérité, la Société ne saurait trop encourager les communications qui, en rappelant à notre souvenir de précieuses traditions, complètent en outre des observations en quelque sorte perdues. Aussi avez-vous écouté avec beaucoup d'intérêt M. Robert vous rapporter l'histoire d'un malade affecté d'anévrysme cirsoïde de la région temporale, qu'il avait vu en 1819 dans le service de Dupuytren. La ligature de la carotide avait entravé la marche de la tumeur jusqu'en 1848 ; puis, à dater de cette époque, elle avait fait de nouveaux progrès; des hémorrhagies avaient été à grand'peine arrêtées par le perchlorure de fer, et, l'état du malade s'aggravant, il avait fallu prendre une prompte détermination.

Fallait-il revenir à la ligature du côté opposé, ou employer de préférence les hémostatiques, et entre autres le chlorure de zinc, qui avait si bien réussi à un de nos collègues, M. Bonnet (de Lyon), dans un anévrysme de l'artère sous clavière? Les avis étaient très-partagés, et, sans reproduire les détails de cette discussion, je dirai que M. Broca, qui était opposé à la ligature, citait à l'appui de son opinion un cas analogue guéri par une injection de perchlorure de fer. M. Robert préféra la ligature, et si le malade succomba plus tard, ce ne fut pas aux suites de l'opération, qui avait été aussi heureuse que possible, mais à l'épuisement dans lequel l'avaient plongé les hémorrhagies antérieures.

Je ne voudrais pas trop prolonger cette partie de mon compte rendu dans la crainte de dépasser les limites que je me suis imposées, et cependant je ne puis omettre de vous parler de quelques autres communications ayant trait aux lésions artérielles. Ainsi, M. Legouest vous a fait part d'une variété particulière d'anévrysme traumatique, et deux fois il a pu se convaincre par l'opération que la tumeur n'était alimentée que par le bout inférieur. M. Soulé (de Bordeaux) vous a adressé une observation de plaie de l'aisselle ayant nécessité la ligature de la sous-clavière, et M. Fleury (de Clermont) un cas d'anévrysme faux primitif de l'artère crurale tellement compliqué qu'il dut recourir à l'amputation.

Pour terminer enfin tout ce qui a trait aux affections du système circulatoire, mentionnons deux observations de tumeurs veineuses traumatiques de la voûte du crâne. Ces faits, que nous devons à M. Azam (de Bordeaux), ajoutés à ceux communiqués antérieurement par M. Verneuil, contribueront à compléter l'histoire d'une maladie pour laquelle il faut bien se garder de tenter aucune opération.

Sur quelques affections du tissu osseux, et en particulier sur le mal de Pott. — Lorsque j'eus terminé le paragraphe précédent, j'éprouvai une sorte de soulagement, et en même temps un peu d'amour-propre professionnel : Allons! me dis-je, voilà un ennemi de moins ; désormais, qu'un anévrysme se présente, on peut en devenir maître. Mais en abordant cette terrible phalange des affections du système osseux, je sentis que cette fois la lutte n'était plus à notre avantage. En vain je cherchai dans tous les moyens qui vous ont été présentés celui qui offrait le plus de chances ; à chaque examen, mes doutes augmentaient, et je me disais en moi-même : Quel service la Société de chirurgie rendrait, si elle pouvait, à force de recherches et de persévérance, fixer la science sur ce point! Si jamais il est indispensable d'avoir de bonnes observations, n'est-ce pas dans cette circonstance? C'est le mémoire de M. Gillebert Dhercourt sur l'immobilité prolongée et le redressement gradué de l'incurvation vertébrale, dans le traitement du mal de Pott, qui a soulevé la discussion, et bien que dans ce mémoire il ne fût nullement question de l'anatomie pathologique, involontairement la discussion s'est agrandie, et on peut dire que tout ce qui avait trait à cette maladie a passé sous vos yeux.

La méthode de M. Gillebert Dhercourt, exposée par M. Gosselin, n'est pas nouvelle ; seulement, comme elle venait se mettre en opposition flagrante avec une méthode tout opposée conseillée par des hommes d'un grand mérite, elle devait nécessairement soulever de nombreuses et graves objections; et, comme l'a observé M. Bouvier, les deux faits rapportés en sa faveur ont encore besoin de la sanction du temps : ils sont de date trop récente pour être considérés comme des cures radicales. Et lorsque, venant à son tour vous faire part de sa longue pratique, notre digne président vous a dit qu'une seule fois il avait réussi, nous avons été péniblement impressionné, car c'était une preuve de plus que cette affection si désolante se jouait de tous nos moyens. On a réussi avec tout ce qui a été employé ; la nature seule, abandonnée à elle-même, a guéri sans nous dévoiler son secret, et au lieu d'avouer dans beaucoup de cas notre impuissance, nous sommes restés avec des prétentions exagérées, qui chaque jour échouent devant le mal. Oui, je le répète, ce serait une tâche digne de la Société de chirurgie, de chercher à établir sur des bases solides, par des faits bien observés, la somme des succès ou des insuccès que chaque méthode a le droit d'invoquer; et si elle peut un jour résoudre cette grande question, elle aura fait un pas immense, car elle aura dit le dernier mot sur tous ces traitements auxquels sont voués depuis des siècles les malheureux atteints d'affections du tissu osseux. L'anatomie pathologique, bien envisagée, peut être d'un grand secours dans cette circonstance; aussi avez-vous écouté avec un vif intérêt le débat élevé entre MM. Broca et Bouvier sur ce sujet, si important au point de vue du pronostic.

J'ajouterai enfin qu'après avoir entendu M. Boinet nous communiquer les heureux résultats qu'il a obtenus dans quelques cas d'abcès par congestion à l'aide des injections iodées, et avoir rendu pleine et entière justice à ses efforts persévérants, on a pu, malgré cette importante découverte des temps modernes, poser cette triste conclusion: c'est que, dans l'état actuel de la science, nous sommes encore très-souvent impuissants, et qu'il nous reste à établir quel est le meilleur mode de traitement pour chacune des phases de cette affection.

Vis-à-vis des affections articulaires, des tumeurs blanches, nous sommes peut-être moins malheureux, parce que, dès son origine, on peut reconnaître le mal, le combattre, et que l'on peut se rendre mieux compte de l'effet du traitement, parce que, dans bon nombre de circonstances, on peut, sans nuire à l'état local, trouver dans les moyens généraux de précieuses ressources. Mais combien encore il reste à faire! C'est à cette question que se rattache naturellement celle du redressement dans le traitement des arthrites douloureuses, sur laquelle votre attention s'était déjà portée, et il faudra aussi bien des faits pour faire admettre en principe l'efficacité et l'innocuité de ce moyen.

Des affections cancéreuses. — J'aurais bien désiré ne pas vous parler des affections cancéreuses, car la question reste toujours si peu avancée, qu'on se borne de toutes parts à énumérer les tentatives infructueuses de cure radicale; cependant, comme cette année la question de l'emploi des caustiques dans le traitement de cette affection s'est représentée de nouveau, il serait bien important aussi d'établir par des observations bien prises quelle est la valeur réelle de cette méthode. A-t-on, par ce moyen, plus de chances que par tout autre de prévenir la récidive, ou n'est-ce, au contraire, qu'un moyen de pénétrer là où l'instrument tranchant s'arrête? Pour ce qui est des prétentions d'une cure radicale et de l'innocuité du moyen, je crois qu'aujourd'hui nous savons tous à quoi nous en tenir; mais pour ce qui est de l'éloignement de la récidive, la question est-elle aussi tranchée? Y a-t-il avantage, dans des circonstances données, à employer de préférence telle ou telle substance? Les débats soulevés par les communications de M. Maisonneuve ont prouvé qu'il était indispensable de fixer l'état de la science sur ce sujet, et nous avons une fois de plus, malheureusement, constaté que si dans quelques cas trop rares la maladie ne s'était pas reproduite, dans la plus grande majorité des cas la récidive était la règle; et cette triste loi n'a été que trop confirmée par les documents adressés par M. le professeur Heyfelder.

Sur les amputations anciennes de Chopart et sur quelques points de médecine opératoire. — Dans le commencement de ce compte rendu, je vous disais qu'il était indispensable, pour la solution de certaines questions en litige, de suivre les malades, afin de pouvoir bien juger soit de la durée de la guérison, soit de certaines modifications survenues depuis le moment de l'opération. Comme exemple, je citerai l'amputation de Chopart, procédé qui, au dire de quelques personnes, entraîne presque toujours l'élévation du calcanéum à un tel point, qu'on est obligé plus tard de pratiquer la section du tendon d'Achille. M. Verneuil, qui a soutenu cette opinion avec quelques membres de la Société, vous a fait voir un malade opéré depuis douze ans par Blandin, et qui ne présentait aucunement cette difformité. M. Broca vous a présenté un autre malade ayant subi cette double amputation il y a qua-

rante ans, et ayant depuis exercé longtemps la profession de tailleur, et qui malgré cela marche en appuyant très-bien le talon par terre. Comme vous le voyez, si chacun de nous veut se prêter à ces recherches, on saura bientôt dans quelles conditions le calcanéum se trouve nécessairement relevé.

Quant à la question de l'amputation sus et sous-malléolaire, si souvent remise à l'ordre du jour, la Société ne cesse de recueillir de précieux documents ; ainsi, cette année, nous devons à l'obligeance de M. Fabrizi, de Modène, une série de moules provenant des hôpitaux de Londres. Cette suite d'empreintes, réunie à celle que M. Laborie vous a présentée, sera très-utile pour résoudre ce problème si important, et la nature même des points en litige dont M. Michon vous entretenait tout récemment, fait espérer que d'ici à peu la lumière sur ce sujet sera complète.

De la gangrène de l'extrémité des membres. — Par suite de ce qui précède, je suis amené presque forcément à vous parler de quelques malades ayant eu les extrémités inférieures gangrénées. Dans un des cas qui vous fut présenté par M. Larrey, la gangrène était le résultat d'applications tellement irritantes faites sur les jambes d'un jeune nègre, que les deux pieds se détachèrent spontanément, et lorsque le malade dut subir l'amputation, il y avait six mois qu'il était en proie à de cruelles souffrances.

Dans un second cas, également présenté par M. Larrey au nom de M. Larbès, après la gangrène sèche, il y eut une élimination naturelle de la portion sphacélée, et la cicatrisation du moignon se fit de la manière la plus régulière. M. Chassaignac a soumis à votre examen un malade chez lequel M. Gerdy avait dû pratiquer une amputation plus ou moins considérable sur les quatre membres, suivant toute probabilité à la suite d'une congélation. C'est à ce propos qu'a été posée cette question : Faut-il, daos ces cas, devancer par l'amputation l'élimination des parties mortifiées ? MM. Legouest et Guersant y ont répondu par l'affirmative.

Des cicatrices vicieuses. — Dans ces comptes rendus annuels, vous devez facilement comprendre qu'il est de toute impossibilité même d'énumérer les diverses présentations qui ont été faites, et si je mentionne ici les travaux de MM. Decès et Verneuil sur les cicatrices vicieuses et l'opération de M. Deguise pour un cas de syndactylie congéniale, c'est que ces recherches font suite à d'autres qui, à diverses reprises, ont occupé la Société.

Des hernies et de l'anus contre nature. — Maintenant, avant de vous entretenir d'affections qui par leur siége peuvent se grouper assez facilement, permettez-moi de vous dire quelques mots sur certaines présentations de hernies fort curieuses. Dans l'une de ces observations communiquées par M. Richet, la hernie crurale avait un sac à deux collets superposés ; le collet inférieur ayant seul été débridé, l'étranglemeot persista et devint mortel. Dans un second cas, dû à M. Huguier, il s'agissait d'une entéro-épiploccle inguinale étranglée, dans laquelle l'S iliaque et le côlon transversal étaient disposés de telle sorte autour du collet, qu'inévitablement le gros intestin eût été lésé si le débridement eût porté soit en avant, soit en arrière.

M. Gosselin vous a également donné lecture d'une observation de hernie péri-ombilicale très-volumineuse, daos laquelle, rencontrant deux anses intestinales étranglées, il dut en retrancher 63 centimètres de longueur, puis procéder à la réunion des deux bouts à l'aide de la suture à points passés.

Comme complément à l'histoire des hernies, je n'oublierai pas de vous parler d'un anus contre nature consécutif à une hernie crurale gangrenée. Dans cette circonstance, l'entérotome fut appliqué trois mois après à deux reprises différentes, de manière à n'avoir aucune saillie de l'éperon ; la maladie fut ensuite abandonnée à elle-même pendant quatre mois ; puis, comme il existait une fistule, M. Piachaud aviva tout le pourtour et pratiqua la suture enchevillée. Cette fois encore notre confrère de Genève fut obligé de recourir à une seconde opération. Mais aussi sa persévérance fut récompensée par un plein succès, et le malade, revu au bout d'un an, n'avait éprouvé aucun de ces accideots consécutifs à un rétrécissement intestinal. Dans un autre fait d'anus contre nature, situé dans la fosse iliaque droite, deux fois l'opération fut tentée, une première fois par M. Chassaignac, une seconde fois par M. Reybard, sans pouvoir arriver à le fermer.

Sur quelques affections des organes génito-urinaires chez l'homme. — Il m'eût été littéralement impossible, surtout aujourd'hui, en vous rendant compte de vos travaux, de m'astreindre à un ordre classique. J'ai dû choisir les questions snivant leur importance, et lorsque j'ai pu grouper celles qui appartenaient à un organe, je me suis empressé de le faire.

Ainsi, pour ce qui est des organes génito-urinaires chez l'homme, rarement en une seule année vous aurez vu autant de vices de conformation de l'urèthre et de la vessie. MM. Bialet, Danyau, Vedrenne et Lhoste vous ont présenté les cas d'exstrophie de la vessie les plus curieux. De plus, M. Verneuil vous a fait voir un cas d'hypospadias avec torsion congénitale du pénis. L'histoire des plaies et des fistules de l'urèthre s'est complétée de plusieurs faits des plus curieux. Dans l'un, appartenant à M. Arlaud, de Rochefort, la fistule urinaire était accompagnée de rétrécissement de l'urèthre, et elle fut guérie par l'uréthrotomie et l'autoplastie ; dans un autre cas, communiqué par M. Demarquay, où il y avait déchirure complète de l'urèthre avec écartement des deux bouts, à l'occasion de la méthode opératoire que notre collègue mit en usage pour retrouver le bout postérieur, MM. Richet et Verneuil ont insisté sur la préférence qu'ils donnent à l'incision sur la ligne médiane. Faut-il maintenant attendre, faut-il procéder de suite à l'uréthrotomie dans les cas de fistules urinaires ? Cette question, soulevée dans cette circonstance, ne pourra jamais être résolue d'une manière définitive, car ce sont les indications qui doivent guider le chirurgien dans sa détermination.

Dans un autre cas de rupture du canal de l'urèthre, M. Voillemier ponctionna la vessie ; puis, introduisant une sonde par la fistule hypogastrique, il a montré de nouveau que l'on pouvait se servir avantageusement de ce procédé pour rechercher l'orifice postérieur du canal. De plus, après la guérison du malade, il a constaté que par suite des adhérences de la vessie à la paroi antérieure de l'abdomen, elle ne pouvait plus très-bien revenir sur elle-même ni se vider entièrement. Enfin, comme dernière communication sur les affections des organes génito-urinaires, il reste à vous rappeler un mémoire de notre collègue M. Fleury (de Clermont) sur les avantages de la ponction de la vessie dans la rétention d'urine.

Des affections des organes génito-urinaires chez la femme. — Sans parler de plusieurs cas de phlegmons péri-utérins, question dont la Société s'est déjà occupée, et d'un polype fibreux pour l'abaissement duquel M. Chassaignac dut employer le forceps afin de pouvoir faire glisser la chaîne de l'écraseur, il y a, pour ce qui regarde les affections des organes génito-urinaires de la femme, deux faits qui méritent surtout d'être rappelés.

Dans le premier cas, il s'agit d'une occlusion congénitale de la partie supérieure du vagin chez une jeune fille de dix-huit ans ; ce diaphragme étant assez résistant pour n'avoir pas été rompu par l'accumulation du sang menstruel qui formait dans le ventre une tumeur de la grosseur de la tête d'un adulte, remontant jusqu'à l'ombilic, M. Piachaud pratiqua une ponction et un débridement latéral, et tous les accidents cessèrent.

Dans le second fait, communiqué par M. Huguier, vous avez pu voir combien parfois le diagnostic d'une tumeur de l'utérus pouvait présenter de difficultés, surtout à l'époque de la grossesse, par suite de l'influence que ce nouvel état exerce sur la vascularisation de la tumeur. Cette influence est tellement marquée qu'elle donoe lieu à une véritable fluctuation, et que les hommes les plus habiles, se méprenant sur la nature de l'affection, se comportent comme s'il s'agissait d'un kyste. C'est à la suite de cette présentation que vous avez entendu M. Cazeaux énoncer cette proposition bien importante pour le pronostic, c'est que ces mêmes tumeurs qui subissent un accroissement si marqué pendant la grossesse, peuvent diminuer ensuite et même disparaître complétement.

En commençant ce travail, mon but était de démontrer principalement que, si parfois on pouvait reprocher à vos procès-verbaux quelques rares observations incomplètes, vos travaux avaient porté cette année encore sur un vaste ensemble de questions pratiques, et que sur plusieurs points importants, grâce à votre persévérance et à votre zèle, il y avait eu des progrès réels ; puis insensiblement, et contre mon gré, je me suis laissé aller à vous parler de quelques questions de détails qui avaient soulevé de sérieuses discussions ; et maintenant, puisque je suis entré dans cette voie, permettez-moi de vous rappeler le travail de M. Blot sur la désarticulation du bras lorsque la version est impossible ; les cas de fracture du crâne dans l'accouchement rapportés par MM. Danyau et Voillemier, et cette fois les pièces ont démontré qu'il ne pouvait pas y avoir de doutes sur la nature de la lésion.

Comme complément précieux à des travaux précédents, je devrais vous parler de nombreuses présentations de fractures en coin et de fractures inter-condyliennes, et à ce propos insister sur l'influence remarquée par M. Larrey de la paralysie des membres inférieurs sur la prédisposition aux fractures du corps du fémur, prédisposition qui n'a jamais été constatée par M. Deguise chez les aliénés atteints de paralysies générales progressives. Il y aurait encore à faire un long chapitre sur les faits si curieux d'éléphantiasis et d'enchondrome des doigts observés par MM. Voillemier, Guersant, Larrey, faits qui, s'ajoutant à ceux que possède déjà la Société, peuvent fournir d'utiles renseignements pour l'histoire de cette maladie.

Cela terminé, aurai-je épuisé toute la série de vos travaux ? Non certes ; les communications de M. Goyrand sur les tumeurs adénoïdes du sein, plusieurs faits de luxations du coude réduites au bout d'un temps considérable, des recherches faites par M. Morel-Lavallée sur plusieurs cas de lipome d'un diagnostic difficile, et tant d'autres que je ne puis citer, prouveraient que vos séances ont été cette année encore bien employées, et que, si une ou deux fois vous vous êtes permis un peu de repos, c'était pour entendre une communication anatomo-physiologique des plus intéressantes faite par M. Martins (de Montpellier) sur le parallèle des membres supérieurs et des membres inférieurs, et sur l'analogie qui existe également dans les parties molles lorsque l'on fait subir au fémur un certain degré de torsion autour de son axe ; et une autre communication de M. Giraldès sur l'origine du plus grand nombre des kystes du cordon spermatique. En un mot, il y aurait encore, si je ne craignais de fatiguer votre attention, assez de communications non citées pour faire un compte rendu suffisamment riche. Mais est-ce par le nombre des communications qu'il faut chercher à briller ? Non ; vos travaux ne rouleraient pendant tout le cours d'une année que sur un très-petit nombre de questions ; du moment qu'elles ont été bien étudiées vous pouvez être certain qu'il y a toujours un pas de fait en avant ; mais pour faire ce pas, pour qu'il reste acquis à jamais, plus de communications incomplètes.

Caton l'Ancien terminait ses harangues par ces mots : *Delenda Carthago*. A mon tour, je terminerai en vous disant : Désormais plus d'observations incomplètes, et en servant la science vous aurez bien mérité de l'humanité.

La lecture du compte rendu terminée, M. le président annonce que le prix Duval a été remporté cette année par M. Decès, dont la thèse avait pour sujet : *Les anévrysmes cyrsoïdes*.

La séance est ensuite levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les registres d'inscription de la faculté de médecine de Strasbourg, clos le 15 de ce mois, constatent la population suivante des étudiants :

Aspirants au doctorat en cours d'inscription.	129
— — en cours d'examen.	119
officiers de santé.	8
Total des étudiants français. . . .	256
Auditeurs bénévoles (la plupart étudiants étrangers ne prenant pas d'inscriptions).	43
Total des étudiants.	299

— Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté, ont été nommés internes à l'hôpital civil : MM. Sellier, Chatelain, Rustegho et Schæfflin.

Et externes au même hôpital : MM. Putz, Rumbach, Zimberlin, Lebert et Lévy.

— La société impériale de Marseille a procédé, dans sa séance du 14 juillet, à la nomination d'un vice-président, en remplacement de M. Seux, passé à la présidence par suite de la démission de M. Froment.

M. Pirondi a été nommé vice-président.

— M. le docteur Bonard, ancien médecin militaire, depuis longtemps fixé à Calais, où il s'était acquis une estime universelle, vient de mourir dans cette ville.

— Nous avons rapporté l'arrêt rendu par la Cour de cassation contre les médecins homœopathes prévenus de distribution de médicaments (affaire Moreau). Nous savons de bonne source qu'une demande, émanée du camp homœopathique, a été adressée à M. le ministre, pour le prier de prendre ou d'autoriser certaines mesures destinées à remédier aux conséquences ultérieures de cette jurisprudence. La demande a été envoyée par le ministre à M. Dupin, qui a, dans un avis motivé, maintenu tous les principes qu'il avait si fermement exposés devant la Cour, et conclu au rejet.

Le Soud.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 90. — MARDI 3 AOUT 1858. (31e ANNÉE.) N° 90. — MARDI 3 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 AOUT 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Colin a communiqué à l'Académie les résultats de recherches expérimentales sur la force du cœur. Il a cherché à déterminer par des expériences quel est le poids qu'ont à supporter les parois du cœur (le cœur gauche), de la part de la colonne sanguine qui presse sur elles, et la force de contraction qu'elles ont à développer pour chasser le sang dans l'aorte. Il a cherché en outre quelle est la force du cœur suivant l'âge, la taille et la vigueur des animaux, et quelles sont les circonstances qui en modifient l'intensité ; il a constaté que les principales circonstances modificatrices sont les mouvements respiratoires, les grands efforts musculaires, et surtout les divers degrés de plénitude des vaisseaux. Enfin, M. Colin a constaté ce résultat digne d'attention, c'est que les émissions sanguines font diminuer la force du cœur dans une relation directe avec leur abondance, et que la mort arrive dès qu'elle est réduite au cinquième à peu près de son chiffre normal.

L'Académie a reçu dans cette séance deux communications relatives au croup. Dans l'une de ces communications, M. le docteur Jodin s'est proposé de démontrer que le croup et les angines couenneuses ou croupales ne sont que des affections parasitaires ou des moisissures ; d'où cette conséquence pratique, que ce n'est point par des moyens généraux, ni même par des cautérisations, que l'on peut espérer de combattre avec succès ces affections, mais par des applications parasiticides. Le meilleur parasiticide serait, suivant lui, le *perchlorure de fer*. Cette assertion repose-t-elle sur une simple vue de l'esprit ou sur des expériences cliniques ? Le silence du *Compte rendu* nous laisse malheureusement à cet égard dans une ignorance complète. Avant de recommander ce moyen, encore faudrait-il savoir jusqu'à quel point l'expérience nous y autorise. Nous attendrons.

La seconde communication sur ce même sujet est de M. Bouchut. Elle a pour objet de faire connaître un nouveau symptôme du croup ; ce symptôme, exclusivement propre à la troisième période de la maladie, est une anesthésie générale de la peau, conséquence d'une hématose imparfaite et d'un commencement d'asphyxie. Tout le monde saisira l'importance de ce signe, qu'il sera toujours facile d'apprécier, et qui deviendra une indication formelle et urgente de recourir à la trachéotomie.

M. Ch. Lombard a adressé, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, la seconde édition de son intéressant ouvrage sur le climat des montagnes considéré au point de vue médical.

Une série de communications sur le choléra, et ayant toutes des prétentions au prix Bréant, complète la partie de cette séance qui a trait aux sciences médicales.

— Notre compte réglé avec l'Académie des sciences, nous laissons la parole à M. Louis Orfila sur l'importante question de la ligature de l'œsophage, qui se débat en ce moment à l'Académie de médecine. — Dr Brochin.

DE LA LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE,

Par M. Louis ORFILA.

Ce n'est qu'après quelques hésitations que je me décide à rédiger encore de courtes observations au sujet de la ligature de l'œsophage. On a fait jouer un si grand rôle au respect que je professe pour la mémoire d'Orfila, à propos de mon intervention dans le débat actuel, que je me demande si l'on n'a pas réussi à atténuer la valeur des recherches que j'ai faites sur ce point. Cette lettre montrera, j'espère, que ce sentiment n'exclut pas chez moi l'amour de la science. Je suis du reste tout disposé à admettre que, chez mes contradicteurs, l'amour de la science n'exclut pas d'autres sentiments.

Au point où en est la question, depuis que M. Bouley a déclaré que, suivant lui, un petit nombre seulement d'expériences d'Orfila sont sujettes à révision, il semblerait que toute discussion est devenue inutile ; mais comme la pensée de M. Bouley peut ne pas être ainsi comprise de tous d'après le texte de ses deux premières communications sur la ligature de l'œsophage, comme le rapport d'ailleurs n'est pas explicite sur ce point, nous croyons qu'une courte explication est nécessaire pour éviter tout équivoque.

En consultant la *Toxicologie* d'Orfila, on peut s'assurer qu'il y avait pour lui deux manières de pratiquer la ligature de l'œsophage ; il distingue la ligature faite après que l'œsophage a été percé, et la ligature faite sans percement. En comparant les différentes éditions de la *Toxicologie* d'Orfila, il est facile de voir qu'à très-peu d'exceptions près, toutes ses expériences sur l'action des différentes substances sont contenues dans les trois premières éditions, qu'il ne parle pas de la ligature de l'œsophage sans percement avant la 4e édition, et que les mots *œsophage lié* des trois premières éditions, sont remplacés dans les suivantes par les mots *œsophage lié et percé*, lorsqu'il est question des effets de la ligature de l'œsophage. Or, comment n'aurait-il pas parlé, avant sa quatrième édition, du procédé sans percement, qu'il considère comme bien supérieur à l'autre ? C'est qu'il n'avait pas songé à cette manière d'agir.

Il est donc bien certain que, dans toutes les expériences, sauf de très-rares exceptions, faites par Orfila pour étudier l'action des substances toxiques, l'œsophage *avait été percé en même temps que lié*. M. Cloquet, pendant longtemps témoin et souvent collaborateur d'Orfila, a du reste porté à la tribune de l'Académie un témoignage conforme à cette assertion.

Combien d'expériences a faites M. Bouley en perçant l'œsophage au moment de le lier ? Aucune. Combien en a fait la commission ? Trois. Et dans ces trois expériences, le rapport constate qu'un calme complet a succédé, aussitôt que l'ouverture a été pratiquée à l'œsophage, à une extrême agitation, résultat qui concorde parfaitement avec ceux annoncés par Orfila, par M. Follin, par M. Sée et par nous-même, et admis du reste par M. Bouley dans son dernier discours. Mais le rapport ne donne aucun détail sur l'époque à laquelle est survenue la mort des animaux ainsi opérés, ni sur les lésions que présentaient leurs organes. Il me semble donc que, dans l'état actuel de la question, je suis en droit d'affirmer que les *expériences d'Orfila n'ayant pas été contrôlées ni par M. Bouley ni par la commission, conservent aujourd'hui exactement la même valeur qu'elles avaient avant la première communication de M. Bouley* ; et, en formulant cette conclusion, je me conforme au principe si vrai rappelé dans le rapport, à savoir que : « Quand on se donne pour mission le contrôle d'un travail expérimental quel qu'il soit, on devrait toujours commencer par s'astreindre à répéter fidèlement les expériences dont on se propose de vérifier l'exactitude. »

Et que pensera-t-on de la manière de faire de M. Bouley, quand on saura qu'il n'a étudié les effets de la ligature de l'œsophage que pour contrôler un travail toxicologique de M. Goubaux sur le sel marin ; et que M. Goubaux a pratiqué une incision à l'œsophage avant de le lier ? En effet, tout à fait au début de son mémoire (voy. *Archives de médecine*, t. VIII, 5e série, p. 4), M. Goubaux dit : « Enfin une ligature a été appliquée sur l'œsophage, en dehors et en arrière *de l'incision qui y avait été pratiquée*. »

Mais enfin je veux bien que, comme il l'a dit dans son dernier discours, M. Bouley ne fût pas tenu de connaître comment opérait Orfila. Depuis qu'il a été averti, il aurait pu étudier la ligature faite avec percement, et il aurait du reste, d'après ce qui vient d'être dit, bien mieux rempli le but qu'il s'était proposé en entreprenant ses recherches sur la ligature de l'œsophage. Mais n'importe, c'est au précepte de ne pas percer l'œsophage que s'en prend M. Bouley : arrêtons-nous à ce précepte. Qu'il me soit permis seulement de rappeler qu'Orfila n'a jamais conseillé la ligature permanente, et que jamais elle n'est utile en toxicologie, de sorte que l'on peut se demander encore quel a été le but de M. Bouley en étudiant les effets d'une ligature permanente soit en particulier, soit devant la commission. Laissons donc de côté la ligature permanente.

Comment se fait-il, dira-t-on, qu'Orfila, qui préconise le procédé de ligature de l'œsophage sans percement comme supérieur à celui avec percement, ait fait toutes ses expériences en perçant l'œsophage ? C'est bien simple. Orfila n'a essayé de lier l'œsophage sans le percer qu'à un moment où il avait fait toutes ses expériences pour étudier l'action des substances sur l'économie animale ; c'est à ce moment qu'il a fait cinquante expériences sans percer l'œsophage, et, comme les cinquante expériences se sont terminées par la guérison des animaux, il a formulé le précepte de ne pas percer l'œsophage ; en effet, par ce moyen, la terminaison *pour lui* était une guérison certaine, et il pouvait rapporter à la substance qu'il essayait les accidents qu'il observait le troisième jour, aussi bien que ceux qui se manifestaient pendant les premières quarante-huit heures ; tandis que, quand on perce l'œsophage, on ne peut attribuer à la substance essayée que les accidents survenus pendant les premières quarante-huit heures, parce que ce n'est que pendant ce laps de temps que la ligature accompagnée de percement ne détermine jamais (tout le monde est d'accord sur ce point) que de l'abattement et une légère fièvre. Mais cette innovation ne modifiait nullement la signification des expériences qu'il avait faites jusqu'alors en perçant l'œsophage : aussi ne crut-il pas devoir refaire cet immense travail, et se consacra-t-il tout entier à la recherche des poisons absorbés.

Les cinquante expériences mentionnées par Orfila (page 46, 5e édit.) prouvent, il me semble, que, *faite par lui*, la ligature de l'œsophage ne détermine pas d'accidents ; mais, comme il n'a pas indiqué les soins qu'il faut prendre en pratiquant l'opération, il est tout naturel que des expérimentateurs habiles, mais moins habitués que lui à pratiquer cette opération, MM. Bouley et Reynal, par exemple, aient observé des accidents graves après avoir lié l'œsophage ; et aujourd'hui il n'est pas contestable que le précepte d'Orfila peut induire en erreur les expérimentateurs qui étudieront l'action des substances sur les chiens en liant l'œsophage *sans le percer*, à moins toutefois qu'ils ne se conforment aux préceptes formulés sous forme de conclusions dans le rapport.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier que la commission de l'Académie a constaté que M. Bouley avait tout d'abord exagéré les dangers de la ligature temporaire. Suivant le rapport, la moyenne de la mortalité des chiens qui ont subi cette opération serait de 3 p. 100 ; et si l'on ajoute dans ce calcul les expériences d'Orfila à celles des autres expérimentateurs, le chiffre sera réduit à 1,2 p. 100, soit 12 p. 1000.

En somme donc, je m'associe aux conclusions du rapport, quoique je ne puisse pas admettre quelques détails importants de ce travail ; mais je crois que la marche ultérieure de la toxicologie serait singulièrement retardée si l'Académie ne déclare pas, ainsi que c'est bien établi aujourd'hui, que les expériences d'Orfila n'ont pas été mises en cause par les recherches de MM. Bouley et Reynal.

Encore un mot pour terminer. M. Bouley attache une grande importance aux expériences qu'il a faites en injectant des substances inoffensives dans l'estomac des chiens auxquels il liait l'œsophage, parce que ces chiens sont morts.

C'est bien naturel, et le contraire eût été bien surprenant. M. Bouley tue presque tous les chiens auxquels il lie l'œsophage sans rien injecter dans l'estomac. Ce n'est pas l'injection qui peut modifier la terminaison de semblables expériences.

On peut aussi ne pas se préoccuper du danger que présenterait pour la pratique médico-légale le précepte formulé par Orfila. Si M. Bouley connaissait mieux l'ouvrage d'Orfila, il saurait que, pour lui, les symptômes et les lésions de tissu ne constituent que des signes très-secondaires d'empoisonnement ; de sorte que M. Bouley peut aujourd'hui ne pas trembler pour les accusés plus qu'il ne le faisait en 1856, au moment où il fit à l'Académie de médecine ses premières communications sur la ligature de l'œsophage.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LEGOUEST.

Application de l'autoplastie au symblépharon.

A la suite de plaies, et surtout de plaies contuses, qui ont intéressé les paupières dans toute leur épaisseur et provoqué immédiatement ou amené ultérieurement l'évacuation des humeurs de l'œil, il arrive souvent que des adhérences s'établissant entre le moignon de l'organe et les paupières, ne permet-

tent pas de placer un œil artificiel dans la cavité orbitaire en partie comblée ; il existe alors un symblépharon accidentel ou traumatique.

C'est ordinairement la paupière supérieure, plus longue et plus large que l'inférieure, qui adhère au moignon de l'œil : cette union peut être intime et complète ; mais le plus souvent elle est constituée par des cicatrices en forme de brides plus ou moins solides, dont la profondeur et la largeur sont généralement en rapport avec les désordres causés par l'agent vulnérant. Lorsque les plaies sont à lambeaux, lorsque le bord libre de la paupière avec le cartilage tarse a été complétement divisé, lorsque le gonflement des parties est considérable, que les accidents inflammatoires sont intenses, immobilisent les paupières et s'opposent à l'application de points de suture ou à un pansement méthodique, on doit s'attendre à voir survenir un symblépharon compliqué quelquefois de lagophtalmie, de cicatrices plus ou moins vicieuses de la face externe de la paupière, difformités surajoutées à la première. Les cicatrices extérieures attirent vers le sourcil la paupière, dont elles diminuent la hauteur, et se continuent ordinairement par les bords isolément cicatrisés du cartilage tarse avec les brides internes constituant le symblépharon.

La profondeur des cicatrices qui unissent le moignon de l'œil à la paupière s'étend du bord jadis libre de celle-ci, ou mieux des bords isolément cicatrisés de sa division, au fond du cul-de-sac oculo-palpébral, attiré en avant ou complétement effacé. La largeur en est variable, et partage la cavité orbitaire en deux loges ou culs-de-sac plus ou moins égaux.

Dans ces cas, la prothèse d'un œil artificiel est impossible, et ne devient praticable que par la mise en liberté de la paupière et la restauration de la cavité conjonctivale. Ce but a été tenté au moyen d'opérations chirurgicales souvent assez complexes, et plus souvent encore frappées de nullité dans leurs résultats définitifs.

La division même des brides cicatricielles ne peut jamais présenter de difficultés sérieuses à une main exercée; mais le complément indispensable de l'opération, c'est-à-dire la cicatrisation isolée des surfaces saignantes et la laxité permanente des cicatrices palpébrales, constituent un écueil contre lequel ont fréquemment échoué les efforts des chirurgiens les plus habiles.

Les poudres et les pommades dessiccatives appliquées sur les surfaces fraîchement divisées, les cautérisations et les déchirures répétées des adhérences renaissant entre les surfaces, restent aussi souvent impuissantes à empêcher une coalition nouvelle que l'interposition de lames de verre ou d'argent, que l'écartement permanent des parois conjonctivales par des ressorts ou le collodion, que la section de la cicatrice elle-même par tous les procédés connus de ligature ; et si, à l'aide de ces moyens habilement combinés, on est parvenu à obtenir la cicatrisation isolée des surfaces saignantes, on n'a fait que très-peu de chose pour s'opposer à la rétraction des cicatrices, et l'on n'a pas toujours atteint le but principal, la restauration permanente de la cavité conjonctivale.

Une autre série d'opérations semble s'adresser plus particulièrement à la rétraction du tissu cicatriciel; telles sont la suture des bords de la plaie succédant à la section de l'adhérence, dans le dessein d'en obtenir la réunion par première intention, l'ablation dans toute sa longueur de la bride, laissée en place par un pédicule à sa partie la plus reculée, et la suture de la paupière ainsi avivée, mise en usage par le professeur d'Ammon, la fixation par un fil dans le cul-de-sac oculo-palpébral de la cicatrice détachée du globe de l'œil, pratiquée par MM. Laugier et Jarjavay. Aussi ingénieuses que soient ces opérations, si elles évitent en partie la reproduction des adhérences ayant pour point de départ le fond même du cul-de-sac conjonctival et la rétraction consécutive des cicatrices de nouvelle formation, elles ont l'inconvénient de soumettre les paupières à des tiraillements, de rétrécir la cavité orbitaire et de diminuer d'autant l'espace nécessaire à l'introduction et au maintien d'un œil artificiel.

Les procédés d'autoplastie paraissent devoir donner des résultats plus satisfaisants que les opérations précédentes. Quelques tentatives heureuses de leur emploi ont été faites ; mais malheureusement ils ne peuvent être généralisés, et ils ne sont applicables qu'aux cas dans lesquels une partie du bulbe oculaire est libre, et où les culs-de-sac conjonctivaux ont une certaine étendue, comme chez le malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Le 29 novembre 1857, P..., gendarme à la compagnie de Seine-et-Marne, fut atteint à la face par de nombreux éclats d'une bouteille en verre remplie de poudre, qui fit explosion. L'un de ces morceaux de verre déchira la paupière supérieure du côté droit, divisa le cartilage tarse et vint se perdre dans le grand angle de l'œil, après avoir pénétré cet organe et amené l'évacuation partielle de son contenu.

Des accidents locaux très-graves se déclarèrent, nécessitèrent l'incision profonde de ce qui restait du globe de l'œil, et ne cédèrent qu'après l'extraction du corps étranger.

P... ayant perdu l'œil, entra dans les salles de clinique de M. Legouest, le 8 avril 1858, cinq mois après son accident, pour réclamer une opération qui lui permît de porter un œil artificiel, à l'adaptation duquel s'opposait l'état des parties.

Sur la paupière supérieure droite, à la réunion de son tiers moyen à son tiers interne, existait une échancrure considérable entre les bords isolément cicatrisés du cartilage tarse; le fond de cette échancrure est attiré vers le sourcil par une cicatrice des téguments de la paupière relevée; celle-ci adhère au moignon de l'œil par une bride cicatricielle commençant en avant à la division du cartilage tarse et se prolongeant jusqu'au fond de la cavité conjonctivale. Dure et résistante, haute de deux millimètres et large de cinq à six, l'adhérence efface totalement à son niveau la cavité orbitaire et la divise en deux culs-de-sac latéraux : l'un, externe, peut admettre l'extrémité du petit doigt, l'autre, interne, ne peut recevoir que le bec d'une sonde de femme. Le moignon de l'œil, à découvert dans l'écartement des deux paupières, n'a qu'une mobilité très-limitée.

M. Legouest pensa qu'une double opération d'autoplastie entreprise l'une sur la cicatrice externe, l'autre sur l'adhérence conjonctivale, pouvait seule remédier à cette difformité, et la pratiqua le 14 avril.

Les bords de la division de la paupière étant saisis avec deux pinces et attirés en avant, un bistouri étroit et mince fut plongé en troisième position, d'avant en arrière, dans l'épaisseur de la cicatrice, dont il parcourut toute la profondeur au-dessous de la paupière : un lambeau, constitué par la moitié de l'épaisseur de la bride et par une portion de la conjonctive tapissant le moignon de l'œil, fut taillé en dehors ; un lambeau interne fut formé de la même manière.

La paupière, devenue plus libre, put être attirée en avant dans une étendue plus considérable; son élongation complète fut obtenue en comprenant, dans les incisions et le lambeau de Jones, la cicatrice externe qui la retenait encore. Elle présentait alors, appendus verticalement à sa face postérieure, deux lambeaux qui furent relevés l'un vers l'autre, appliqués par leur surface saignante sur la paroi interne de la paupière, dans l'espace nouvellement formé par la restitution de l'extensibilité des parties, et maintenus en place au moyen de bourdonnets de charpie introduits en assez grande quantité pour remplir l'orbite et faire bomber la paupière.

L'indocilité de l'opéré ne permit pas de réunir, par la suture, les bords de la perte de substance de la conjonctive oculaire, à laquelle une partie des lambeaux avait été empruntée, et rendit très-difficile l'achèvement de l'opération de Jones, entreprise sur la cicatrice extérieure.

Un mois après, la cavité conjonctivale, parfaitement libre d'adhérences, put recevoir un œil artificiel et le contenir sans douleur, sans gêne et avec solidité. Cet œil, aujourd'hui, trois mois après l'opération, devenu trop petit, sera remplacé par un autre plus gros et plus en rapport avec la laxité des paupières.

Cette opération diffère essentiellement des procédés autoplastiques appliqués jusqu'ici au symblépharon. M. Hays, de Philadelphie, sectionnant la bride, a disséqué les bords de la conjonctive oculaire, et, les faisant glisser l'un vers l'autre, les a réunis par trois points de suture ; il a employé l'autoplastie par *glissement* sur le globe oculaire seulement, mais il n'a entrepris aucune opération pour rendre à la paupière une laxité permanente, et s'opposer à la rétraction de la cicatrice palpébrale. M. Decès, de Reims, s'est servi de la cicatrice elle-même pour former la commissure oculo-palpébrale, et son procédé semble n'avoir d'autre but que d'empêcher une réunion nouvelle entre l'œil et la paupière, comme dans certaines opérations de syndactylie.

Le procédé autoplastique mis en pratique sur le gendarme P... a restauré la paupière supérieure par sa face interne au moyen de lambeaux empruntés à la conjonctive oculaire se continuant avec la cicatrice, elle-même utilisée, réunissant ainsi cette double condition de succès durable, d'une part l'impossibilité du rétablissement des adhérences, de l'autre celle du retrait consécutif du tissu cicatriciel.

L'ablation de l'œil par les procédés chirurgicaux laisse presque toujours un espace suffisant pour la mise en place et le maintien d'un œil artificiel; mais il n'en est pas de même lorsque l'œil a a été simplement vidé soit dans un but thérapeutique, soit accidentellement. Dans ces circonstances, le moignon, composé des muscles et des membranes de l'organe flétri et revenu sur lui-même, est habituellement libre et isolé vers la partie externe de la cavité orbitaire, tandis qu'en dedans et en haut il sert de point d'insertion à une corde tendue et proéminente qui se perd dans l'épaisseur de la paupière supérieure ; cette corde est constituée par la portion réfléchie du muscle grand oblique dont la saillie s'oppose à l'adaptation exacte d'une pièce artificielle que l'on est souvent obligé d'échancrer à l'endroit correspondant au détriment de sa fixité. C'est le seul inconvénient qui persiste chez P... : il serait très-probablement possible d'y remédier en pratiquant la myotomie sous-cutanée du grand oblique; mais l'imperfection n'est point assez considérable pour autoriser une opération qui serait sans doute parfaitement indiquée dans des cas où la corde du grand oblique serait plus prononcée.

DE L'HYPERTROPHIE DE LA GLANDE PAROTIDE.

Rapport sur un mémoire de M. Bauchet par M. Robert.

Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 21 juillet.

Messieurs,

M. le docteur Bauchet vous a adressé, à l'appui de sa candidature à la Société de chirurgie, un mémoire sur l'*Hypertrophie parotidienne.*

Il y a quelques années seulement, cette maladie était encore inconnue ; on la confondait avec les différentes affections que peut présenter cette glande, sous le nom de squirrhes de la parotide, et la plupart des chirurgiens, sans trop s'en rendre compte, divisaient ces tumeurs en squirrhes bénins et squirrhes malins.

Vous vous rappelez que le 3 septembre 1851, à l'occasion d'un travail de M. Gensoul, qui annonçait la guérison d'une tumeur parotidienne datant de quinze ans et qui avait été réputée encéphaloïde, M. Maisonneuve répétait cette assertion généralement admise que, « par un privilége spécial, les cancers de la glande parotide ont une moindre tendance que beaucoup d'autres à la récidive et à la généralisation. » Votre rapporteur, qui avait eu déjà à cette époque l'occasion d'observer plusieurs cas d'hypertrophie parotidienne, s'éleva contre cette assertion et démontra que ces prétendus squirrhes bénins de la parotide n'étaient autre chose que des cas d'hypertrophie glandulaire, ce qui explique parfaitement la bénignité de ces tumeurs. L'examen microscopique, fait par MM. Lebert, Robin et Verneuil, a clairement démontré la nature anatomique de ces pièces pathologiques.

Le premier fait d'hypertrophie parotidienne, observé par votre rapporteur, date du 27 décembre 1850. Depuis cette époque, un certain nombre de cas de ce genre ont été recueillis par MM. Velpeau, Chassaignac, Gosselin et votre rapporteur. Enfin, M. Bauchet a eu l'occasion d'enlever une de ces tumeurs hypertrophiques de la parotide en 1854. C'est alors qu'il songea à réunir les observations de ces chirurgiens, et, en y joignant la sienne propre, d'en faire une monographie dont j'ai à vous rendre compte aujourd'hui.

Après avoir exposé d'une manière sommaire l'anatomie normale de la glande parotide et de la région parotidienne, M. Bauchet commence l'étude des différentes variétés que peut présenter l'hypertrophie de la parotide.

1° Relativement à L'ÉTENDUE de l'altération, l'hypertrophie peut être *générale* ou *partielle.*

2° Eu égard au SIÉGE, elle peut être *superficielle*, *interstitielle* ou *profonde*, et dans ces différents cas, elle est tantôt *diffuse*, tantôt au contraire *circonscrite*.

3° La *nature* de l'altération est très-variable : elle est *glandulaire, épithéliale, fibreuse, cartilagineuse, graisseuse*, ou enfin constituée par du tissu *fibro-plastique.*

Les *caractères anatomiques* que présente cette hypertrophie se résument de la manière suivante :

1° *Peau* : Elle est saine et libre de toute adhérence, si ce n'est lorsque la tumeur, ayant acquis des proportions énormes, comprime les téguments qui s'ulcèrent alors ou se gangrènent.

2° *Tissu cellulaire* : Il est intact et s'étale en membrane, de manière à former une enveloppe à la tumeur.

3° *Parties voisines* : Elles sont saines ; les ganglions sont normaux: quelquefois le conduit auditif est comprimé et il y a surdité ; le *nerf facial* peut être placé soit en dedans, soit en dehors de la tumeur; il est alors isolé, ou bien il est englobé dans la masse hypertrophique, mais il est rarement assez comprimé pour produire une paralysie faciale; celle-ci existe pourtant à un faible degré dans certains cas (obs. 10); la carotide externe est également tantôt isolée, tantôt comprise dans la tumeur.

Volume. — Le volume de ces tumeurs est variable, tantôt il atteint les dimensions d'une noix, d'une orange, tantôt au contraire il devient énorme. La tumeur enlevée par M. Bauchet pesait 3 kilogr.

Forme. — Bosselée, irrégulièrement arrondie au début, plutôt ovoïde ou piriforme quand la tumeur s'est développée.

Consistance. — Elle est également très-variable : elle peut être tantôt presque fluctuante (*obs. de M. Bauchet*), ou molle, dépressible, élastique (*obs.* 9), ou dure, presque ligneuse (*obs. de M. Gosselin*); en un mot la consistance varie avec la nature de l'hypertrophie ; molle et fluctuante quand elle renferme un grand nombre de kystes formés par le développement des culs-de-sac glandulaires, plus ferme au contraire quand c'est l'élément fibreux ou fibro-plastique qui prédomine.

Sous le microscope, ces tumeurs offrent la disposition générale de la glande salivaire : tantôt les acini forment la plus grande partie de la tumeur, tantôt ils y sont en petit nombre, mais ils ne manquent jamais. On y rencontre aussi, en différentes proportions, des cellules épithéliales, du fibro-cartilage (obs. 7, 9, 10) ou des lobules graisseux ; dans certains cas (obs. 2), on y trouve une grande quantité de tissus fibro-plastiques formant la presque totalité de la tumeur, ou bien il y est seulement en faible proportion (obs. 4).

Quand ces tumeurs ont atteint un développement considérable, il n'est pas rare d'y trouver des foyers sanguins, des kystes formés par le développement des conduits excréteurs et contenant du pus et des portions sphacélées de tissu hypertrophié. Enfin, comme nous l'avons vu, elles peuvent ulcérer la peau et produire des bourgeons sanieux et saignants, ou bien des eschares, des décollements et des fusées purulentes.

Etiologie. Age. — C'est seulement chez l'adulte de dix-huit à quarante-cinq ans que l'on a rencontré l'hypertrophie parotidienne.

Sexe. — D'après les faits observés, les femmes sembleraient y être beaucoup plus sujettes que les hommes : sur 11 observations il y a *dix* femmes; mais cette statistique repose sur un trop petit nombre de faits pour qu'on en puisse tirer des conclusions bien certaines.

On regarde comme pouvant donner lieu à l'hypertrophie parotidienne, les phlegmasies du conduit auditif, de l'oreille, la stomatite se propageant au conduit de Sténon, les oreillons. Pour tout dire, en un mot, nous savons fort peu de chose sur l'étiologie de cette maladie.

Symptômes. — Au début, petite tumeur indolente, mobile sous la peau, marchant avec une grande lenteur; cependant, chez les femmes, la menstruation et la grossesse semblent en activer le développement; celui-ci continuant graduellement, la tumeur peut finir par atteindre des proportions énormes (la tumeur enlevée par M. Bauchet pesait trois kilogrammes). Malgré cela, l'état général est bon; la peau qui recouvre la tumeur est saine; les veines sous-cutanées sont parfois dilatées. Dans certains cas, la tête est entraînée par le poids de la tumeur, et la colonne cervicale est courbée du côté de la tumeur. Il n'y a pas de douleur, même à la pression, quel que soit le degré de développement de la maladie. Enfin il peut y avoir des ulcérations de la peau, des eschares et des bourgeons saignants, comme M. Velpeau l'a observé dans les cas de tumeurs adénoïdes du sein.

Complications. — On observe quelquefois de la surdité par suite de la compression du conduit auditif, un peu d'hémiplégie faciale, de la gêne dans la mastication, inclinaison de la tête, sécheresse de la bouche du côté de la tumeur, par compression du conduit de Sténon.

Diagnostic. — Intégrité de la peau mobile sur la tumeur, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de douleur, maladie bien limitée, tels sont les principaux signes qui caractérisent l'hypertrophie parotidienne. Il est facile de la distinguer de l'adénite cervicale, dans laquelle il y a de l'empâtement des parties voisines; les ganglions voisins sont en-

flammés; il y a de la douleur. Elle se différencie du cancer par la lenteur de sa marche, son indolence, l'intégrité des ganglions et de la peau, caractères opposés à ceux que l'on rencontre dans le cancer. Quant aux enchondromes et aux fibromes de la parotide, ce sont des variétés de l'hypertrophie de cette glande, se reconnaissant aux symptômes que nous avons indiqués.

En un mot, le diagnostic n'est pas difficile; on pourra presque toujours reconnaître, avant l'opération, les tumeurs hypertrophiques de la parotide, et les distinguer des affections malignes de cette glande.

Pronostic. — Il est peu grave en ce qui concerne la maladie en elle-même, car l'opération la guérit radicalement. Mais, en pratiquant celle-ci, il y a beaucoup de précautions à prendre pour ne pas blesser les vaisseaux voisins, pour éviter de diviser le nerf facial et de produire une paralysie de la face; enfin il est presque impossible de ne pas ouvrir quelques-uns des conduits excréteurs de la glande, et d'éviter la formation d'une fistule salivaire.

Les tumeurs hypertrophiques de la parotide ne récidivent pas après l'opération. Cependant votre rapporteur a enlevé dernièrement la totalité de la glande sur une femme chez qui une première opération avait été faite par Blandin en 1847; les parties restantes de la parotide étaient le siége d'une nouvelle tumeur hypertrophique. Peut-être les tumeurs dans lesquelles les cellules épithéliales sont altérées en grand nombre sont-elles susceptibles de se reproduire. Enfin, il n'est peut-être pas impossible que ces tumeurs deviennent à la longue le siége d'une dégénérescence maligne, ainsi que M. Velpeau l'a observé pour les tumeurs adénoïdes du sein.

Traitement. — Le seul moyen de guérir est d'extirper ces tumeurs, en ayant soin, comme nous l'avons dit, d'éviter attentivement les vaisseaux et les nerfs: du reste, l'énucléation est facile dans un certain nombre de cas. Enfin il faut toujours réunir la plaie par première intention, afin de donner au malade une cicatrice peu apparente.

Tel est le résumé rapide du travail de M. Bauchet, qui constitue la première monographie que nous possédions sur les tumeurs hypertrophiques de la parotide, et nous donne, malgré de nombreuses incorrections de langage, une bonne description des différentes variétés que présente cette maladie.

D'ailleurs, le nom de M. Bauchet n'est pas inconnu des chirurgiens; il a déjà publié quelques travaux intéressants, et récemment, par le concours, il est arrivé au Bureau central des hôpitaux.

Nous vous proposons donc :

1° De renvoyer ce mémoire au comité de publication;

2° De placer M. Bauchet sur la liste des candidats pour une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Ces deux propositions sont mises aux voix et adoptées.

NOTE SUR LA SUPPURATION VERTE.

(Suppuration bleue des auteurs.)

Par M. C. Bergouhnioux, ex-préparateur de chimie et de physique à la Faculté des sciences de Clermont, élève externe à l'hôpital des Cliniques.

Il y a cinq ans, tout au début de mes études médicales, à propos d'une coloration verte observée pendant plusieurs jours sur les linges à pansement de l'un des malades dont j'étais chargé, j'interrogeai l'un de mes maîtres, M. Fleury, chirurgien à l'hôpital de Clermont, sur les causes du phénomène. L'explication qui me fut donnée ne me satisfaisant pas, je recherchai, sans y mettre plus d'importance, la nature de cette coloration. Les réactions que j'obtins furent nettement tranchées : j'avais affaire à la matière colorante de la bile.

Croyant n'avoir rien trouvé de nouveau, ou qui pût avoir quelque importance, je ne m'inquiétai de mes expériences que pour les répéter à l'occasion et montrer que j'avais raison. Mais aujourd'hui M. Nélaton, mon maître, au sujet d'un malade de notre service, demande, lui aussi, à quoi peut tenir cette coloration, qu'il a vue souvent, surtout, dit-il, dans des cas de plaies osseuses; et je suis très-étonné de voir, après quelques recherches bibliographiques, combien la question a été étudiée, controversée et peu résolue. Dès que j'aurai complété ces recherches et contrôlé sévèrement mes expériences, je publierai sur ce sujet les résultats qui me sont personnels.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 juillet 1858. — Présidence de M. Despretz.

Force du cœur. — M. G. Colin communique un mémoire ayant pour titre ; *De la détermination expérimentale de la force du cœur.*

Des faits exposés dans ce mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La pression du sang artériel se mesure par la hauteur à laquelle s'élève ce fluide dans un tube vertical adapté à une artère.

2° Cette pression, s'exerçant sur le ventricule gauche et proportionnellement à sa surface, dès que les valvules sigmoïdes sont soulevées, fait supporter au cœur un poids considérable.

3° Pour le déterminer dans chaque espèce et dans chaque individu, il suffit de trouver, d'une part, la hauteur que le sang atteint dans un tube fixé à une artère quelconque, et, d'autre part, l'étendue de la surface interne du ventricule gauche.

4° Comme chez le cheval la colonne sanguine qui presse sur le cœur aortique a une élévation moyenne de 2 mètres et une base de 565 centimètres carrés représentant la surface interne du ventricule gauche, celui-ci supporte, dès le début de la systole, un poids de 118 kilogr.

5° La contraction du même ventricule doit nécessairement déployer chez cet animal une force capable de soulever un poids de 118 kilogrammes, et sans laquelle le sang ne pourrait être lancé dans l'aorte.

6° La force du cœur gauche, toujours en rapport avec la pression du sang artériel, varie suivant l'âge, la taille et la vigueur des animaux.

7° Les circonstances qui en modifient le plus l'intensité sont les mouvements respiratoires, les grands efforts musculaires, et surtout les divers degrés de plénitude des vaisseaux.

8° Les émissions sanguines la font diminuer de beaucoup et dans une relation directe avec leur abondance.

9° La mort arrive dès qu'elle est réduite à peu près au cinquième de son chiffre normal. (Commissaires : MM. Milne-Edwards, Rayer et Delaunay.)

Nature et traitement du croup. — M. Jodin adresse un travail sur le croup.

Cette étude de la maladie par une méthode nouvelle conduit, dit l'auteur, à démontrer :

1° Que le croup et les angines couenneuses ou croupales ne sont que des affections parasitaires ou moisissures;

2° Que le traitement de ces affections n'exige ni moyens généraux, ni cautérisations incendiaires; de simples applications parasiticides suffisent pour les faire disparaître et amener ainsi la guérison.

Relativement à l'agent thérapeutique à employer, l'auteur, après avoir passé en revue plusieurs de ceux dont on a fait usage dans cette affection ou dans des affections analogues, annonce « qu'à tous ces agents infidèles, effrayants ou dangereux, il a préféré le *perchlorure de fer*; ce médicament, pénétrant complétement le champignon et bornant son action à la surface, peut être absorbé sans danger. Non-seulement il tue le parasite, mais encore il modifie l'état hémorrhagique qui existe constamment dans les points envahis et dans leur contour. Enfin il provoque immédiatement le besoin de cracher, et par suite amène l'expulsion des fausses membranes. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau et Tulasne.)

— M. Cloquet présente, au nom de l'auteur M. Boucbut, des recherches sur un nouveau symptôme du croup, servant d'indication à la trachéotomie.

1° La troisième période du croup est accompagnée d'une anesthésie générale de la peau.

2° Cette anesthésie augmente par degrés à mesure que s'épaississent ou que s'étendent les concrétions fibrineuses du larynx.

3° Elle n'est complète que lorsque l'obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons est considérable et date de quelques heures.

4° C'est la conséquence d'une hématose imparfaite et d'une asphyxie prochaine.

5° On l'observe, dans les cas d'asphyxie latente sans cyanose, comme dans les cas d'asphyxie la plus apparente avec cyanose et suffocation.

6° Elle n'existe pas dans la diphthérite assez grave pour occasionner la mort par elle seule, sans extension au larynx.

7° Sa présence est d'un très-fâcheux pronostic.

8° C'est une indication formelle de recourir à la trachéotomie.

9° Cette anesthésie cesse lorsque, après l'ouverture de la trachée, les fonctions de l'hématose se sont rétablies. (Commissaires : MM. Andral et Cloquet.)

— M. Guimberteau, qui avait dans une précédente séance adressé une note destinée au concours pour le prix du legs Bréant, en envoie une seconde dans laquelle il insiste sur l'efficacité du mercure dans le traitement de cette affection. Ayant eu occasion, dans la première épidémie cholérique, de remarquer que, parmi les hommes qui peuplaient les hôpitaux et les ambulances, ceux qui avaient fait usage du mercure échappaient au choléra, il lui sembla évident que pour ces individus le mercure était un préservatif, et il en fut conduit à soupçonner qu'employé comme remède, une fois la maladie déclarée, il n'aurait pas moins d'efficacité. Des essais qu'il a faits pour vérifier ce soupçon, lui ont prouvé, dit-il, qu'il était bien fondé. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

L'Académie renvoie à la même commission d'autres communications également relatives au choléra, adressées par MM. Ch. Reade, R. Morley-Edwards, W.-A. Schmitt, Lewis, un mémoire adressé par un auteur dont le nom est compris sous pli cacheté, une note de Mme Eyssartier, enfin une nouvelle lettre de M. Marty, sur un remède pour la guérison des dartres.

— M. Ch. Lombard adresse au concours pour les prix du legs Montyon (Médecine et chirurgie) un exemplaire de la deuxième édition de son ouvrage *Sur le climat des montagnes considéré au point de vue médical.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juillet 1858. — Présidence de M. Deguise.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Legouest présente à la Société un militaire auquel il a pratiqué une blépharoplastie pour détruire un symbléparon partiel et placer un œil artificiel. Cet homme lui a été adressé par M. Houzelot, de Meaux.

Le procédé suivi a consisté à plonger un bistouri d'avant en arrière dans l'épaisseur de la cicatrice qui fut parcourue par l'instrument dans toute sa profondeur au-dessous de la paupière supérieure, et à tailler deux lambeaux, l'un externe, l'autre interne, constitués tous deux par moitié de l'épaisseur de la bride cicatricielle et par une portion de la conjonctive empruntée au moignon de l'œil.

Les deux lambeaux, appendus verticalement à la face postérieure de la paupière, furent relevés l'un vers l'autre, appliqués par leur surface saignante sur la paroi interne du voile palpébral, dans l'espace nouvellement formé par la restitution de son extensibilité, et maintenus en place au moyen de bourdonnets de charpie introduits dans la cavité orbitaire, en assez grande quantité pour faire bomber la paupière.

L'indocilité du malade ne permit pas, comme l'opérateur se le proposait, de réunir par la suture les bords de la perte de substance de la conjonctive oculaire qui avait fourni une partie des lambeaux; néanmoins, un mois après l'opération, la cavité conjonctivale restaurée put recevoir un œil artificiel et le contenir sans douleur, sans gêne et avec solidité; cet œil, aujourd'hui, trois mois après l'opération, est devenu trop petit, et sera remplacé par un autre plus gros et plus en rapport avec la laxité des paupières.

M. Verneuil regarde le procédé employé par M. Legouest comme participant des caractères de deux méthodes générales :

1° Celle dans laquelle on utilise la bride cicatricielle elle-même, au lieu de la diviser simplement en travers comme dans les méthodes anciennes. C'est l'idée que notre collègue M. Decès (de Reims) a beaucoup préconisée, et qu'il a mise en usage avec succès;

2° Celle qui consiste dans l'emprunt de lambeaux pris sur la conjonctive saine. — C'est la combinaison ingénieuse de ces deux modes opératoires qui donne une valeur spéciale à l'opération de M. Legouest.

M. Huguier remarque que l'œil adapté se meut comme l'autre; il propose d'augmenter son volume à mesure que la cicatrice deviendra moins sensible.

Absence ou bifidité du sternum. — M. Marjolin présente un enfant âgé de dix jours (E. Michel, rue Basfroid, n° 14), présentant un vice de conformation assez rare; il y a ou absence du sternum ou bifidité du sternum; la mère a eu huit enfants, tous bien conformés.

Lorsque l'on examine ce petit enfant, on est frappé de la conformation vicieuse de la poitrine : au niveau de la région sternale il existe un vide comblé par la peau seule, présentant une ulcération superficielle analogue à celle qui pourrait résulter d'un abcès froid. La hauteur de cette ulcération, située au niveau de la partie moyenne de la poitrine, est de 4 centimètres de hauteur sur 1 et demi de largeur. Sur ses bords, la peau est amincie et violacée. De l'extrémité inférieure de cette ulcération part une sorte de raphé étroit, saillant, qui rejoint l'ombilic non encore cicatrisé. Ce raphé, qui est un peu violet, semblerait être la trace d'une réunion opérée pendant la vie intra-utérine. L'anneau ombilical est plus large que dans l'état normal; aucune trace de hernie, aucun écartement sur la ligne blanche au niveau du raphé.

Lorsque l'on mesure le tronc de ce petit enfant, on trouve, des extrémités claviculaires au pubis, 17 centimètres. Entre les deux extrémités claviculaires internes, il y a cinq centimètres d'écartement; c'est là où l'écartement est le plus sensible. Il simule un V dont l'ouverture serait tournée en haut. Au niveau de la fourchette sternale, l'écartement n'a qu'un centimètre. Du reste, cet intervalle varie suivant les mouvements d'ampliation de la poitrine; ces mesures, assez difficiles à préciser, ont été prises dans leur maximum. La distance entre les deux seins est de dix centimètres. On sent très-bien les deux extrémités internes des clavicules, qui se continuent avec une ligne non interrompue réunissant les côtes, ligne probablement cartilagineuse, et qui peut, de chaque côté, être une trace de sternum bifide. Le cœur occupe toute la partie supérieure de l'écartement; on sent très-bien ses battements; pendant l'inspiration les clavicules sont fortement élevées, et la peau forme en arrière une sorte d'enfoncement.

M. Chassaignac compare l'état de l'enfant qui vient d'être présenté à la dépression qu'on observe au niveau du sternum chez les enfants qui viennent au monde à six mois; il pense que, dans l'un et dans l'autre cas, l'ossification du sternum ne s'est pas faite.

M. Broca. Le sternum ne manque pas chez l'enfant présenté à la Société; il est seulement divisé par défaut d'ossification. Les deux moitiés de la division sont peu développées, ce qui peut en imposer pour l'absence du sternum. C'est toujours ainsi que cela se produit, et cette bifurcation est un acheminement vers l'ectopie du cœur.

M. Marjolin attire l'attention de la Société sur une cicatrice qui va de la plaie jusqu'à l'ombilic; il la regarde comme une réunion qui s'est opérée dans le sein de la mère.

Renouvellement du bureau. — M. Bouvier, président sortant, adresse le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

L'usage veut qu'au moment de quitter le fauteuil, je vous adresse encore de cette place des paroles d'adieu. Quel que soit le mérite de cette coutume, j'y trouve du moins l'heureuse occasion de vous exprimer une fois de plus les sentiments dont je suis pénétré. Après m'avoir fait l'honneur insigne, à moi nouveau venu parmi vous, de m'élever à la présidence, vous avez bien voulu seconder mes efforts, vous avez prêté à mon inexpérience un constant et favorable appui. Je vous dis de nouveau : Merci.

L'année que nous venons de passer ensemble n'a rien à envier à celles qui l'ont devancée. La Société de chirurgie a persévéré dans cette voie d'investigation et d'appréciation qui lui a valu le rang qu'elle occupe parmi les institutions médicales de l'époque. Le savant compte rendu de notre honorable secrétaire général vous en a fourni la preuve. Les travaux du dehors ont continué d'affluer, à tel point que le zèle et l'activité des commissions y suffisent à peine. Un relevé de notre infatigable secrétaire général vous a rappelé les rapports arriérés, et a fait connaître à chacun de nous la part qui lui incombe dans cette dette du passé. L'année écoulée n'a pas réduit cet arriéré. Huit membres seulement, MM. Danyau, Desormeaux, Follin, Giraldès, Gosselin, Laborie, Morel-Lavallée, Verneuil, ont rendu compte de travaux renvoyés à leur examen. Je ne doute pas que leurs vingt-cinq collègues attardés n'attendent impatiemment leur tour de lecture. N'y aurait-il pas une mesure à prendre pour leur donner satisfaction, pour leur assurer une place dans l'ordre du jour de chaque séance? Ne pourrait-on, par exemple, après avoir fixé le jour de chacun, arrêter qu'à une heure dite la parole sera donnée, toute autre affaire cessante, aux rapporteurs inscrits? Les discussions provoquées par les présentations de malades, celles qui naissent à l'occasion du procès-verbal, ont un intérêt que je suis loin de méconnaître; mais n'est-il pas à craindre qu'en leur laissant prendre trop de développement, on ne finisse par absorber un temps nécessaire pour d'autres travaux, et par décourager ceux de nos collègues qui sont le plus disposés à consacrer leurs veilles à leurs devoirs de membres de la Société?

Le personnel de la Société de chirurgie n'a pas varié cette année quant aux membres titulaires. Je crois rendre la pensée de tous en exprimant le vœu que la commission des élections, composée de MM. Danyau, Michon et Monod, soit promptement en mesure de nous présenter le travail qui doit amener la nomination de deux nouveaux membres.

Parmi les membres honoraires, nous avons perdu M. Phil. Boyer, ce

digne fils de l'homme dont la parole et les écrits ont formé la plupart des chirurgiens français de ce siècle.

Nous avons acquis MM. Velpeau et Bégin, successeurs immédiats de ce premier maître, placés à leur tour à la tête de la chirurgie civile et de la chirurgie militaire de notre temps.

Un de nos correspondants nationaux, M. le docteur Chapel (de Saint-Malo), nous a été enlevé à un âge qui nous promettait encore un long et utile concours.

Parmi les correspondants étrangers, nous avons à regretter MM. Benjamin Travers, Georges Balingall, Philippe Crampton, dont la Société de chirurgie avait toutes les sympathies.

Un seul membre correspondant, M. Arlaud (de Brest), a été élu cette année. De nombreuses candidatures n'attendent que le fonctionnement du nouveau mode d'élection récemment adopté.

Vous le voyez, Messieurs, l'année qui commence reçoit de celle qui finit plus d'une sorte de legs. Si elle lui est redevable de quelque éclat, elle hérite aussi de tout ce que son aînée n'a pu accomplir. La capacité éprouvée, l'activité juvénile des nouveaux membres du bureau honorés de votre choix, ne failliront pas à la tâche que nous avons été contraints de leur laisser.

J'invite ces honorables collègues à vouloir bien prendre place au bureau.

— M. DEGUISE fils fait une allocution dans laquelle il remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence. Il félicite M. Marjolin de s'être désisté d'une candidature qui eût été contraire aux traditions de la Société.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine :

1° *Appareils modelés du nouveau système de ligature pour les fractures des membres*, par M. Z. Merchie, médecin principal de l'hôpital militaire de Gand. Gand, 1858, in-8° ;

2° *Documents sur la chirurgie de la guerre de Crimée, avec des remarques sur le traitement des blessures par armes à feu*, par M. George Mac Leod, ex-chirurgien de l'hôpital général du camp devant Sébastopol, professeur de chirurgie militaire à l'hôpital de Glascow. Cet ouvrage, présenté par M. Larrey au nom de l'auteur, est accompagné d'une lettre de candidature pour le titre de membre correspondant étranger.

— M. Lizé, du Mans, sollicite le titre de membre correspondant national, et envoie à l'appui de sa candidature dix observations ou mémoires manuscrits. Une commission, composée de MM. Gosselin et Houel, est chargée de faire un rapport sur les travaux de M. Lizé.

— M. Heyfelder père, membre correspondant de la Société de chirurgie à Saint-Pétersbourg, adresse la lettre suivante sur la question de la désarticulation de la mâchoire, qui a été discutée dernièrement dans la Société.

« J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt la discussion sur cette opération, qui occupa la Société de chirurgie pendant plusieurs séances. Comme j'ai pratiqué la désarticulation de la mâchoire en Allemagne, en Finlande et ici, à peu près aussi fréquemment que M. Maisonneuve, je demande la permission de communiquer à la Société les résultats de mes observations.

» Il y a ici deux questions à résoudre, savoir :

» 1° Est-il préférable d'exécuter l'opération en coupant avec le bistouri (et des ciseaux) toutes les insertions musculaires et toutes les parties molles qui s'attachent à l'os maxillaire inférieur, ou de détruire toutes les attaches par une manœuvre composée de tractions et de torsions, ce qu'on avait nommé procédé d'arrachement ?

» 2° Réussit-on toujours et sans grande difficulté à détacher le muscle temporal de l'apophyse coronoïde, ou faut-il quelquefois couper cette apophyse à sa base, à l'aide de la pince coupante de Liston, et l'écarter après en la fixant avec une pince à crochets, et en se servant des ciseaux de Cooper ?

» Je crois que tous les chirurgiens tombent d'accord avec moi, lorsque je dis que le détachement du tendon du muscle temporal de l'apophyse coronoïde est le seul acte qui, quelquefois, présente des difficultés. M. Chassaignac a prouvé devant la Société, que la longueur de cette apophyse n'est pas toujours la même, et qu'elle diffère assez souvent de la mesure ordinaire. Eh bien, j'ai observé la même chose, mais principalement ici, à Saint-Pétersbourg, soit que j'exécutasse l'opération sur des vivants ou sur des cadavres, dans les cours de médecine opératoire.

» Dans la plupart des cas, je réussis à détacher le tendon du muscle temporal de l'apophyse coronoïde avec le bistouri ou avec les ciseaux de Cooper, en baissant la mâchoire avec les doigts de la main gauche; mais deux ou trois fois cela ne suffit pas, et je fus obligé de couper la base de l'apophyse avec la pince coupante, ce qui ne se fait pas toujours très-facilement lorsque l'os est ici très-dur. Cependant, j'avoue que je ne connais aucun autre instrument préférable, sous ce rapport, à la pince de Liston. Une fois, M. Ried, professeur de la clinique chirurgicale d'Iéna, fut présent quand je me servis de la pince coupante, et il m'avoua avoir regardé d'abord ce procédé comme superflu, tandis que ce cas lui prouvait le contraire. Ainsi, je suis d'avis qu'il faut toujours écarter aussi l'apophyse coupée, ce qui se fait mieux en la fixant avec une bonne pince à crochets, et en se servant des ciseaux de Cooper.

» Le détachement du condyle des parties molles, au contraire, ne présente pas du tout les mêmes difficultés. Ici, on peut couper avec le bistouri et les ciseaux toutes les insertions musculaires, et ouvrir le ligament capsulaire de l'apophyse condyloïde, après quoi une légère traction suffit ordinairement pour en faire la séparation complète, procédé que l'on ne pourrait pas nommer procédé d'arrachement.

» Il m'est arrivé plus d'une fois que l'os à écarter se fractura pendant que je détachais les parties molles. Cependant je ne trouvai pas que cet accident augmentât trop les difficultés pour achever l'opération. Dans deux cas où je fis l'ablation complète de la mâchoire, l'os se cassa immédiatement aux deux condyles; cependant je réussis à les écarter sans trop de difficultés.

» Le procédé d'arrachement ainsi pratiqué ne produit pas la gangrène de la plaie, accident que je n'ai observé qu'une seule fois, mais à une époque où toutes les plaies se sphacélèrent plus ou moins facilement. On a aussi parlé des hémorrhagies consécutives au procédé d'arrachement. Ces hémorrhagies paraissent plutôt naître lorsqu'une petite artère est blessée très-près de leur origine, de la carotide, et que la ligature mise s'est détachée quand l'opéré mâche du pain ou de la viande, déjà dans les premiers jours. De cette manière, j'ai vu mourir un malade trois jours après l'opération, le médecin de jour ayant négligé de mettre une ligature sur la carotide, ou d'en faire une compression convenable, ce que j'eusse fait si on m'eût instruit de suite de cet accident. »

— A l'occasion de la correspondance, M. Broca fait part d'une réclamation qui lui a été adressée par M. le docteur Liégard père, de Caen, à propos de la dernière discussion sur l'amputation du col utérin. Il y a longtemps déjà que M. Liégard a fait construire un instrument spécial pour pratiquer cette opération sans abaisser préalablement le col. C'est une petite faucille demi-circulaire, fixée sur un long manche qui lui est perpendiculaire, et désignée par l'auteur sous le nom de *métrastome.* Cet instrument, présenté en 1827 à la Société de médecine de Caen et à l'Académie de médecine, a été décrit par l'auteur dans ses *Mélanges de médecine et de chirurgie pratiques*, Caen, 1837, in-8°, p. 161-167. M. Liégard rappelle que, dans cette publication, il a signalé le danger de l'abaissement forcé de l'utérus.

M. Robert adresse à la Société un rapport sur un travail de M. Bauchet, candidat à l'une des deux places de membre titulaire. A la veille de partir, il n'a pas voulu retarder les travaux de la Société, il demande donc que son rapport soit lu en son absence. M. Broca en donne lecture. (Voir plus haut.)

M. LARREY regrette que l'absence de M. Robert ne permette point la discussion de son rapport sur le travail de M. Bauchet. Il voudrait savoir, par exemple, si l'auteur s'est assuré que les travaux publiés sur la parotide ne mentionnent pas l'hypertrophie. Murat, par exemple, n'a-t-il pas signalé, dans une dissertation sur la *parotide*, cette forme d'engorgement, ou ne l'a-t-il pas décrite d'après Sabatier? Scavini, moins connu, l'a peut-être comprise dans ses *recherches sur les gonflements de la parotide ;* et Auguste Bérard, que nous ne saurions oublier, n'a probablement pas omis de dire quelque chose de l'hypertrophie dans sa thèse sur les *maladies de la parotide et de la région parotidienne.* C'est là ce qu'il serait utile de connaître, tout en accordant à M. Bauchet le mérite d'une description nouvelle et de l'observation spéciale.

M. Larrey, sans vouloir non plus engager la discussion sur un autre point, ne saurait admettre cependant certains caractères du diagnostic différentiel établis par l'auteur. Ainsi, d'après le rapport de M. Robert, M. Bauchet dirait que l'hypertrophie de la parotide diffère essentiellement de l'adénite parotidienne, en ce que l'adénite doit présenter de la douleur ou des symptômes d'inflammation aiguë. Mais il faudrait, pour cela, exclure l'engorgement chronique des ganglions parotidiens, dont la similitude avec l'hypertrophie de la glande ne paraît pas contestable ; de même que certaines formes du cancer de cet organe ressemblent tout à fait à quelques dégénérescences des ganglions. C'est même d'après cette ressemblance que l'on a cru extirper quelquefois la parotide. Il y aurait donc lieu, sur ce point et sur quelques autres, d'ajourner la discussion.

M. MICHON regrette de voir insérer dans les *Mémoires* de la Société un travail qui n'a pas été discuté. Il ne faut pas, dit-il, que nous ayons l'air de donner notre assentiment à des idées qui pourraient être combattues par la majorité des membres de la Société, si elles subissaient le contrôle de la discussion. Il demande donc qu'on veuille bien ajourner toute résolution au sujet du travail de M. Bauchet.

M. MOREL-LAVALLÉE repousse l'ajournement. La Société, dit-il, n'est pas solidaire de tout ce qu'elle publie; en insérant un travail dans ses *Mémoires*, elle indique qu'il renferme des idées neuves ou intéressantes à un autre titre, sans pour cela en accepter la solidarité. Ce n'est pas d'ailleurs l'insertion dans les *Mémoires* qui a été votée, mais le renvoi au comité de publication, qui sera bon juge et seul responsable de ce qui devra être fait. Comme la question soulevée par le mémoire de M. Bauchet est intéressante, M. Morel-Lavallée propose de profiter de la première occasion pour la discuter.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEMARQUAY présente les organes génitaux d'un homme de quarante-sept ans, qui, après avoir répété plusieurs fois l'acte du coït dans un temps très-court, tomba comme s'il eût été assommé. Porté dans le service de M. Monod, il ne tarda pas à succomber après être resté quelques jours dans un état que le chef du service compare à celui d'un animal surmené.

A l'autopsie, on constata une gangrène partielle de l'urètbre, du pénis et de la vessie; le bulbe urétbral était tuméfié, et M. Demarquay pense que cette tuméfaction est due à un épanchement de sang. Il n'y avait pas d'infiltration urineuse.

M. MAISONNEUVE parle d'un malade qui succomba dans des circonstances à peu près semblables; mais il attribue la mort à une rupture de l'urètbre provoquée par des manœuvres violentes qui furent exercées pendant le coït.

— M. Levenne, interne à l'hôpital de la Pitié, dépose sur le bureau une pièce d'anatomie pathologique provenant du service de M. Michon. Voici les renseignements dont il accompagne sa communication :

Un homme âgé de quarante ans, présentant les symptômes d'une hernie inguinale étranglée, fut apporté à l'hôpital le 4 juillet.

Les accidents d'étranglement existant depuis trois jours, M. Michon crut devoir pratiquer immédiatement l'opération. La hernie, dont le volume était considérable, était constituée par la presque totalité de l'intestin grêle. Dans cette masse intestinale, on distinguait deux parties distinctes : l'une formée par un grand nombre de circonvolutions noires, ramollies, froides, gangrenées; l'autre, plus nouvellement sortie, quoique noire en quelques points, était généralement rouge et chaude.

Trois heures après l'opération, le malade succomba.

A l'autopsie, on reconnut que le testicule droit était en contact immédiat avec l'intestin hernié, et que c'était, par conséquent, un cas de hernie dans la tunique vaginale.

Une autre particularité intéressante de cette observation consistait en l'absence des testicules dans le scrotum. Tous les deux siégeaient au niveau des anneaux inguinaux externes. Le gauche était sous-cutané, enveloppé par une poche du péritoine, immobile en sa place, aplati et de dimensions moindres que celles d'un testicule normal.

Le droit, du volume des testicules d'un enfant de dix ans, était situé dans la cavité abdominale. Les deux testicules ont une structure normale. Les vésicules séminales sont très-minces; elles ne contiennent, ainsi que les testicules, aucun animalcule spermatique.

M. HOUEL, rappelant la discussion qui eut lieu à l'occasion d'un travail de M. Morel, fait remarquer que depuis ce temps, qui n'est pas bien éloigné, plusieurs observations de hernies dans la tunique vaginale ont été communiquées à la Société, et toutes prouvent que l'étranglement de cette espèce de hernie est plus grave que lorsqu'il se produit dans une hernie ordinaire.

M. MOREL reconnaît qu'il a été trop exclusif, et qu'il est plus facile qu'il ne le croyait de reconnaître pendant l'opération l'existence de la hernie dans la tunique vaginale. Le jour même de la séance, il a opéré une hernie qui s'était manifestement produite dans la tunique vaginale. Dans ce cas, il a pu constater plusieurs brides sur les parois du sac.

M. MAISONNEUVE regarde, avec MM. Houel et Nélaton, les hernies congéniales comme plus graves que les autres. A cause de cette gravité, il les opère lorsqu'elles s'étranglent dès qu'il en a reconnu la nature. Il serait à désirer, dit-il, que l'on pût, pendant la vie, établir une distinction qui n'est, le plus souvent, appréciable qu'après la mort ou pendant l'opération.

Connaissant un enfant affecté d'une hernie congéniale, M. Maisonneuve fut appelé près de lui pour procéder à la réduction ; mais à cause des circonstances antérieures qui lui étaient connues, le taxis ayant été insuffisant, il opéra de suite comme s'il avait eu affaire à une hernie crurale. Dans les cas où la hernie inguinale existe en dehors de la tunique vaginale, M. Maisonneuve n'opère que le plus tard possible.

M. BROCA, comme M. Morel, ne peut pas s'être trompé sur la nature des faits qu'il a communiqués à la Société, puisqu'il les a recueillis dans des autopsies faites à l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Trouvés. Il faut bien admettre que chez les nouveau-nés il y a très-peu de hernies congéniales; mais comme, d'un autre côté, on ne peut pas nier que cette espèce de hernie soit assez fréquente chez l'adulte, n'est-il point très-probable que la plupart des hernies dans la tunique vaginale se produisent longtemps après la naissance, dans les cas de descente tardive du testicule?

M. DEMARQUAY croit que l'opération dont il est question est très-grave. Toutes les fois qu'il a opéré des hernies congéniales, les malades ont succombé. La mort n'épargna même pas un jeune homme qu'il opéra quelques heures seulement après l'étranglement.

M. Demarquay a été frappé, comme beaucoup de chirurgiens, de l'état cholériforme des individus qui souffrent d'un étranglement herniaire. Il a produit le même résultat en liant le tube digestif sur des animaux, et il a vu que le froid était d'autant plus prononcé que la ligature avait porté sur une partie plus rapprochée de l'estomac.

— M. CHASSAIGNAC rapporte l'observation d'un vieillard qu'il a opéré pour une hernie congéniale. Dans ce cas, la hernie était coiffée en avant par le cordon testiculaire, dont les éléments s'étaient étalés, ce qui pouvait être une cause d'accident pendant l'opération. Le sac herniaire ayant été ouvert, et l'intestin étant réduit, le chirurgien aperçut en arrière une masse jaunâtre qui pouvait en imposer pour un paquet de l'épiploon. Ce n'est qu'en se rappelant l'observation de cystocèle dans laquelle M. Roux avait ouvert la vessie herniée, que M. Chassaignac reconnut qu'il avait affaire à une cystocèle. Le malade ainsi opéré se rétablit promptement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Rocque, né à Mailleboit (Eure-et-Loir); *Essai sur la physiologie et la pathologie de la ménopause.*

Lécorché, né à Saint-Marié-en-Otbe (Aube); *De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse* (maladie de Bright).

Morand, né à Mareau-au-Bois (Loiret); *Recherches sur la cataracte congénitale.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La société médico-psychologique, dans sa séance du 26 de ce mois, a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été nommés :

MM. Cerise, président.
Alfred Maury, vice-président.
Brière de Boismont, secrétaire général.
Loiseau, secrétaire rédacteur.
Brochin, trésorier archiviste.
Trélat, Delasiauve, Michéa, membres du comité de rédaction.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Indicateur médical et topographique d'Aix-les-Bains (Savoie) pour 1858, par M. le docteur baron DESPINE, comprenant un précis topographique et historique d'Aix, ses sources minérales, les maladies traitées, les divers modes d'application des eaux, les précautions nécessaires avant, pendant et après la cure; les promenades, curiosités, frais de séjour; avec un tableau d'analyses chimiques des différentes sources, 15 vignettes explicatives et une carte itinéraire des environs d'Aix. 8e édition, revue et augmentée. In-16 de 72 pages, avec une carte et vignettes. Prix, 1 fr. — Paris, chez Victor Masson.

Leçons de Toxicologie, par M. ORFILA, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8°.

Traité de la phthisie pulmonaire et de son traitement, par M. P. CHARTROULE. Un vol. in-8°.

Ces deux ouvrages se vendent à Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

LE SOCRD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 91. — JEUDI 5 AOUT 1858. (31e ANNÉE.) N° 91. — JEUDI 5 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôtel-Dieu (M. Jobert). De l'érysipèle. — Guy's Hospital (M. Addison). Observation de peau bronzée datant de trois ans; mort; autopsie. — Ablation d'une tumeur ostéo-sarcomateuse embrassant la clavicule gauche, etc. — Quelques mots sur la pellagre. — Les pessaires, dans l'état actuel de la science, doivent-ils être regardés comme opportuns dans le traitement des déplacements utérins? — Académie de médecine, séance du 3 août. — Chronique et nouvelles.

Paris, le 4 aout 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Ce n'est plus la ligature de l'œsophage seulement, mais la vaste question de l'expérimentation toxicologique qui a été discutée hier; l'œuvre entière d'Orfila a été mise en cause; Orfila lui-même a été traduit devant la barre de l'Académie. Attaque et défense, tout cela s'est passé entre deux orateurs, M. Devergie et M. Trousseau.

M. Devergie a d'abord pris à partie le rapport: non qu'il ait eu des objections sérieuses à faire au travail de la commission; mais c'est aux conclusions qu'il s'en est pris, aux conclusions, qu'il trouve trop mitigées, trop douces à l'égard du passé, et trop optimistes pour l'avenir. Les conclusions qu'il aurait tirées pour son compte des expériences de la commission se résumeraient à peu près en ces termes : « Les renseignements fournis par les expériences faites avec la ligature de l'œsophage ont pu être trompeurs à l'égard des poisons dont l'action n'est pas nettement accusée, et il y a lieu de chercher un moyen autre que la ligature pour s'opposer aux vomissements. »

Puis passant de la question spéciale de la ligature de l'œsophage à la question plus générale à laquelle elle se rattache, à l'expérimentation toxicologique, M. Devergie, avec un calme et une modération qui lui ont valu les félicitations de M. Trousseau et l'approbation de l'Académie tout entière, s'est mis à disséquer imperturbablement, pièce à pièce, et aussi impassiblement que s'il se fût agi d'un vrai cadavre, l'œuvre monumentale d'Orfila; non toutefois sans reconnaître et proclamer chemin faisant, et en très-bons termes, les grands services rendus à la science par cet éminent toxicologiste. Mais, tout compte fait, vérités et erreurs mises dans la même balance, il s'est trouvé que les expériences d'Orfila ne pouvaient, dans l'opinion de l'orateur, éclairer ni la symptomatologie de l'empoisonnement, ni la connaissance des doses toxiques, ni celle des contre-poisons...

Voyant ainsi « esgorgiller tout doulcettement » son ancien collègue, M. Trousseau s'est élancé aussitôt à la tribune, et, dans une allocution dont la chaleur et la vivacité faisaient un singulier contraste avec le débit froid et compassé qu'on venait d'entendre, il a remis les choses à leur place; non sans laisser voir toutefois qu'il avait été impressionné lui-même, comme avait paru l'être l'assemblée, par la force et la solidité de quelques-uns des arguments de M. Devergie.

Cette argumentation, froide et tranchante comme l'acier, disait un de nos voisins, — mais qui doit une grande partie de sa force aux fausses conséquences qu'elle prête au système adverse, en laissant supposer qu'on y conclut rigoureusement du résultat des expériences sur les animaux à ce qui doit se passer chez l'homme, — cette argumentation, disons-nous, alors même qu'on la réduit à sa juste valeur, renferme en effet des considérations d'une grande importance, et qui méritent toute l'attention des toxicologistes. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

De l'érysipèle.

Les phlegmons diffus, les diphthérites, les gangrènes, les infections purulentes, les érysipèles, disparaissent ou se perpétuent dans nos salles sans raison connue, en produisant parfois des phénomènes étranges. Pourquoi? Cette question m'a vivement préoccupé depuis longtemps, et, c'est parce que je l'ai étudiée avec conscience, je dirai même avec le fanatisme qu'inspire la recherche du vrai, que je profite de l'occasion offerte aujourd'hui pour vous faire connaître mes appréciations personnelles sur un sujet aussi intéressant.

La salle Saint-Côme, de très-ancienne mémoire, possède le triste et fatal privilége de renfermer dans ses murs un grand nombre de ces affections, dont la plus fréquente est sans nul doute l'érysipèle.

Vous le rencontrerez souvent dans votre pratique, et cette considération importante me détermine à vous faire part de mes idées sur cette singulière maladie.

Cette question, si féconde en luttes scientifiques, en controverses médicales, a été jugée bien diversement; et la diversité même de ces solutions atteste que leurs auteurs ont été tour à tour dominés par les doctrines qui ont successivement régné dans le monde médical.

Placé dans des circonstances favorables pour l'étude de ces faits et dégagé d'ailleurs de tout esprit de système, je pense qu'il me sera possible de faire naître chez vous les convictions que j'ai, et qui, selon moi, sont l'expression de la vérité.

Et d'abord, qu'est-ce que l'érysipèle? Est-ce une affection locale, est-ce une maladie générale? J'adopte sans hésiter cette dernière hypothèse, parce qu'elle rend bien suffisamment compte des phénomènes que nous observons, et parce que l'efficacité du traitement dirigé contre cette affection prouve bien évidemment sa nature. Encore une fois : *Naturam morborum curationes otendunt.*

L'érysipèle se développe, marche et disparaît comme une fièvre éruptive, et cette analogie a conduit beaucoup de pathologistes, et je suis de ce nombre, à placer l'érysipèle dans le même cadre nosologique.

Ainsi donc, l'érysipèle est pour nous une fièvre éruptive aiguë, se manifestant *ordinairement* par une tuméfaction et une rougeur de la peau, dont nous allons parler tout à l'heure. Je dis ordinairement, parce que la fièvre érysipélateuse existe quelquefois sans éruption, comme il existe une variole sans boutons varioleux. Cela doit vous étonner, messieurs; d'autres cependant l'ont dit avant moi; d'ailleurs, je vous le demande, quel nom donnerez-vous à la maladie de celui qui, placé au milieu d'une épidémie d'érysipèles, présente tous les symptômes de cette affection, moins l'éruption cutanée, symptômes que vous combattrez par les mêmes moyens avec un égal succès? Oui, je ne crains pas de le dire, c'est là la même entité morbide.

De plus, dans notre opinion, il n'y a pas d'érysipèle traumatique possible, et cette rougeur qui entoure et complique les plaies n'est qu'un érythème purement local qui disparaît par des soins appropriés. Cependant je dois dire que la peau fine, les plaies, certaines régions du corps sont très-favorables à la localisation du mal; proposition autrement juste, autrement vraie que celle qui consiste à envisager les plaies, la peau fine, etc., comme les causes de l'affection.

Si vous interrogez les malades avec soin, vous découvrirez toujours un signe, un symptôme qui vous expliquera d'une manière satisfaisante l'apparition de la rougeur. C'est parce qu'on a trop négligé ces investigations nécessaires qu'on a dit qu'il suffisait de connaître le siége du mal pour en déterminer la nature! Étrange préjugé, singulière erreur qui a fait dire à Blandin que le point de départ était dans les ganglions lymphatiques, et à Ribes dans le système veineux, alors que son siége véritable est celui de la plupart des maladies éruptives, c'est-à-dire le corps muqueux. Là viennent se manifester ces effets qui dévoilent l'existence d'un principe morbide incorporé dans l'organisme.

L'érysipèle peut être épidémique, endémique ou sporadique; dans tous les cas, il est toujours lié à une cause générale que l'étude de la constitution médicale et de l'atmosphère vous fera apprécier. Néanmoins ne croyez pas qu'un même état atmosphérique, une même constitution médicale produisent toujours le même résultat; il faudrait pour cela que l'économie possédât une impressionnabilité constante, une disposition déterminée, en un mot qu'il y eût *capacité réciproque*, comme le disait Récamier.

Ainsi donc, vous admettez avec moi l'influence d'un génie épidémique dont les résultats varient suivant les saisons, les climats, les lieux, l'organisme frappé, et qui se manifeste souvent par des maladies de même nature, accusées par des symptômes très-différents. C'est ainsi que dans notre salle des hommes, vous voyez se produire en même temps des érysipèles, des gangrènes, des phlegmons diffus, des pourritures d'hôpital, etc., manifestations diverses d'une cause essentiellement une.

Quels sont les signes auxquels vous reconnaîtrez un érysipèle? Les voici : le malade éprouve à certains intervalles un frisson passager, des nausées, une céphalalgie intense, des douleurs à l'épigastre, une lassitude spontanée, un malaise général; il a la bouche amère, la langue sale, de l'anorexie, de la constipation ou de la diarrhée, le pouls quelquefois dur et fréquent, et des engorgements douloureux des ganglions lymphatiques. Ces symptômes ne se montrent pas toujours simultanément sur le même sujet; mais vous conviendrez avec moi qu'il suffit de l'apparition d'un certain nombre d'entre eux pour être en droit de soupçonner dans l'organisme l'existence d'un principe morbide que vous dénommerez quand il se montrera.

Tout à coup, au bout de deux, trois, quatre jours, les douleurs s'apaisent, le malaise diminue, en un mot les symptômes s'amendent, et vous voyez apparaître autour d'une plaie, s'il y en a une, dans les parties comprimées, aux régions où la peau est très-délicate, un picotement incommode immédiatement suivi d'une rougeur caractéristique.

Dans quelques circonstances, vous ne serez pas aussi heureux; l'éruption n'apparaîtra pas, et alors vous remarquerez quelque part, dans le cerveau, dans l'intestin, etc., des troubles dont il vous sera facile de découvrir l'existence et de déterminer la nature, en rappelant à votre mémoire le groupe de symptômes qui ont précédé la localisation du mal. Ce sont, je l'avoue, des cas exceptionnels; mais leur rareté ne doit pas nous empêcher de les connaître.

Revenons à l'éruption. Elle peut affecter toutes les nuances comprises entre le rose tendre et la couleur rouge-foncé; les parties atteintes sont le siége d'un engorgement uniforme dû à l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané; la chaleur est en ce point très-vive, la peau tendue et la douleur très-intense. Si l'érysipèle règne dans une grande étendue, il n'est pas rare de voir se manifester des symptômes de réaction analogues à ceux qui ont précédé le développement de la fièvre exanthémateuse. Quelquefois il abandonne son premier lieu d'élection pour apparaître et se développer dans d'autres points superficiels, ou bien se fixer sur des organes profonds. Vous le savez, dans le premier cas il est dit ambulant, dans l'autre métastatique.

Mais, lorsqu'il suit une marche régulière, au bout d'un, deux ou plusieurs septénaires le mal diminue, et une autre période commence. C'est la période de desquamation. En effet, l'état général est alors satisfaisant, la tension de la peau diminue d'une manière sensible, l'épiderme se plisse et se soulève, l'engorgement de la partie qui présente un aspect violacé s'efface, la chaleur s'éteint, la douleur est amoindrie, une sécrétion urinaire très-abondante s'opère comme une crise bienfaisante, et la maladie disparaît.

Quelquefois la nature et les médecins ne produisent pas d'aussi heureux résultats; la terminaison de la maladie n'est pas toujours si avantageuse. Certes, la résolution n'est pas le seul mode de terminaison de l'érysipèle; la suppuration, la gangrène, viennent dans quelques cas augmenter le danger, et nous ne serions pas éloigné de croire à la continuité d'action sur l'organisme de l'influence délétère, parce qu'il est des circonstances individuelles qui font varier l'état des forces, et qu'il n'est permis ni de modifier ni de maîtriser.

Avant de vous faire connaître la thérapeutique de cette maladie, arrêtons-nous un instant sur un point bien digne d'intérêt, je veux parler de la contagion.

Beaucoup d'observateurs ont repoussé la contagion; d'une part, parce qu'ils admettaient que l'affection était purement locale, et de l'autre, parce qu'ils négligeaient peut-être les éléments utiles dans la solution de cette question. Quant à nous, nous avons remarqué que les malades couchés dans des lits voisins de celui où l'érysipèle s'était développé, étaient atteints à leur tour de cette même affection et la communiquaient à ceux qui étaient près d'eux. Mais je ne m'étayerai pas sur ces faits pour conclure à la contagion dans la fièvre érysipélateuse; son existence tient à des causes d'une nature plus élevée.

Pour qu'il y ait contagion, il faut un virus d'une certaine intensité et une économie convenablement disposée. Mais l'action violente ou miasmatique n'est pas constante dans ses effets, et son insuccès dépend des changements survenus dans les qualités du virus, du miasme lui-même ou du défaut d'aptitude des sujets, ou bien encore de certaines influences étrangères qu'il n'est pas toujours permis de préciser.

Vous comprendrez dès lors combien la contagion est bizarre et mystérieuse dans ses effets, et pourquoi certains sujets sont entièrement respectés, tandis que d'autres succombent à la puis-

sance virulente ou miasmatique. Voilà les raisons qui m'ont fait croire, avec Arnold, Lawrence, Gibson, etc., à la contagion dans la fièvre érysipélateuse.

Cela dit, passons au traitement. Comme dans bien des maladies, les chirurgiens, inquiétés par cette fâcheuse complication, ont employé dans ce cas tous les moyens que la thérapeutique pouvait offrir.

Ceux qui croyaient à l'existence d'un mal purement local, ont employé, pour le faire avorter, les cautérisations au fer rouge, les vésicatoires, les bordures vésicantes, etc..., et pour arrêter ses progrès, l'onguent napolitain, la solution de sulfate de fer, les scarifications, qui ont entraîné quelquefois la phlébite, les ventouses, les saignées, les sangsues, préconisées surtout par ceux qui croyaient que l'érysipèle avait son point de départ dans les ganglions lymphatiques, et dont l'application, à peu près généralement proscrite, produisait assez souvent des abcès, des ulcères, toujours très-difficiles à guérir.

Ces moyens, dans notre opinion, n'attaquent pas la cause, et ne s'adressent qu'à l'effet; ils sont impuissants. Placé à ce point de vue, j'aime mieux, pour éteindre l'érysipèle sur place, pour l'empêcher d'augmenter d'intensité, employer la pommade au nitrate d'argent (30 p. 4), qui dans beaucoup de circonstances a été pour moi d'une utilité bien reconnue. Elle fait naître une éruption vésiculo-pustuleuse, un ecthyma artificiel, et possède, contrairement à l'émétique et à l'huile de croton, l'immense privilége de ne pas laisser après elle des traces indélébiles.

Mais, comme vous le pensez bien, là ne se borne pas le traitement de cette affection; il faut aussi attaquer la cause, et on le fait merveilleusement par l'usage des évacuants.

Dans la première période du mal, donnez l'ipéca à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 centigrammes, l'émétique, les purgatifs tant que l'état saburral persiste; prescrivez aussi la diète et le repos.

Quand l'éruption a eu lieu, alors permettez à vos malades quelques bouillons, et combattez l'état local par la pommade au nitrate d'argent, ou par les applications émollientes et calmantes, si vous les jugez plus propices.

Alors vous verrez les malades marcher à grands pas vers la guérison, et vous aurez la conviction, vous, d'avoir secondé la force médicatrice.

A. Barde.

GUY'S HOSPITAL. — M. Addison.

Observation de peau bronzée datant de trois ans. Mort. Autopsie.

Le fait suivant est un des plus remarquables qu'on ait encore publiés. Il s'agit d'un malade atteint de peau bronzée depuis trois ans, c'est-à-dire ayant vécu probablement les plus longs jours qui puissent se concilier avec une désorganisation profonde des capsules surrénales. Le diagnostic était porté depuis deux ans; le médecin avait annoncé publiquement l'affection, et la mort qui devait en être la conséquence. La fin s'est longtemps fait attendre; le pronostic n'a pas été moins confirmé. Peut-on demander davantage comme diagnostic ou pronostic? En face d'une semblable évidence, peut-on douter encore de la valeur des symptômes de la peau bronzée, lorsqu'ils sont étudiés par un praticien éclairé? Nous recommandons la lecture de cette observation à ceux qui, de ce fait que des rats ont survécu quelques mois à l'extirpation des capsules surrénales, ont cru pouvoir conclure que ces capsules n'étaient pas essentiellement nécessaires à la vie de l'homme.

Thomas L..., âgé de trente-trois ans, entre dans le service le 2 juillet 1858. Son état général est celui d'un malade très-débilité; trois jours après sa réception, il meurt subitement. Son histoire était bien connue, car il avait été déjà en traitement plus de deux ans. Ce malade, après s'être présenté cinq mois à la consultation, était entré une première fois, le 10 octobre 1856, dans le service du docteur Habershon. Il racontait alors que franc viveur, il avait eu la gonorrhée, la syphilis, que depuis douze mois il sentait ses forces diminuer et voyait sa peau prendre une teinte noirâtre. Un médecin consulté avait diagnostiqué une affection du foie. Le patient accusait de la douleur dans un côté.

Au moment de son admission, toute sa personne respirait une expression de fatigue profonde; il était maigre; sa peau semblait celle d'un mulâtre: au scrotum, elle était tout à fait noire; ses lèvres et ses gencives étaient très-brunes; les battements du cœur étaient faibles; le pouls à 64, chétif. Poitrine, urine, à l'état normal. La vue est troublée. Abattement à la suite du moindre exercice.

Le docteur Habershon reconnut le mal d'Addison, et, lors de la discussion du traitement, il crut trouver dans la perte de fonctions du ganglion semi-lunaire et du plexus solaire (ces parties présentant d'intimes connexions avec les capsules surrénales) la cause des symptômes asthéniques du malade. L'électricité, l'administration interne de l'iodure de potassium et le quinquina constituèrent le traitement, et, au bout de quelques semaines, le malade sortait soulagé. Le mieux était assez sensible pour lui permettre de reprendre ses travaux; mais, trois semaines après sa dernière admission, Thomas L..., à la suite d'un refroidissement, sentit reparaître son mal. Il revint donc à l'hôpital le 6 de ce mois.

Il est satisfait de sa vigueur; mais ce malade se trouve évidemment accoutumé à son état anormal, car il ne veut pas reconnaître son extrême faiblesse alors même qu'il peut à peine se tenir debout. La peau est sombre; sa teinte est plus foncée au nombril, aux mamelons et au scrotum. La muqueuse des gencives et des lèvres présente des taches qui rappellent la teinte du plomb. Éblouissements, obscurcissements de la vue quand le malade essaye de marcher. Anorexie. Mort le 5 juillet au matin.

Autopsie. — Le corps est maigre, mais sans exagération; il existe encore du tissu graisseux sous-tégumentaire, surtout à l'abdomen. Les muscles sont rouges et d'un bon volume, comme s'ils avaient été encore récemment exercés.

Sa couleur est très-remarquable; elle ressemble à celle d'un mulâtre et contraste vivement avec celle d'un corps placé près de lui et dont il avait lui-même la blancheur trois ans auparavant. On pourrait facilement le prendre pour un homme de couleur, si on ne connaissait son histoire. La teinte est universellement répandue sur tout le corps, excepté à l'extrémité des membres, dont la couleur est plus claire. De plus, tout le corps présente également la même teinte, si ce n'est deux taches sur le visage. Nous avons déjà signalé plus haut les parties où la couleur est plus foncée.

Les lèvres n'offrent pas de taches distinctes de pigment; mais leurs bords ont un aspect sombre. Chevelure noirâtre, yeux gris.

Le cerveau, le corps pituitaire, les poumons, sont à l'état sain. Le sommet du poumon droit contient une petite concrétion crétacée de la grosseur d'un pois; ce poumon présente quelques adhérences.

Le cœur est petit; il est rouge, ferme, sain; il contient un petit coagulum dans sa cavité droite; les veines sont remplies de sang.

La membrane muqueuse de l'estomac est très-injectée et est couverte d'un mucus épais, comme s'il y avait eu quelque irritation ou forme de gastrite.

Les intestins, généralement sains, offrent cependant vers la terminaison de l'iléon une proéminence remarquable des taches de Peyer et des glandes solitaires.

Les glandes mésentériques et autres lymphatiques, le foie, la rate, le pancréas, ne présentent aucune altération.

Les reins, à l'exception du sommet de l'un d'eux, sont à l'état normal.

Les capsules surrénales, toutes deux entièrement détruites par le dépôt d'une substance albumino-crétacée, semblent avoir offert l'inflammation de leur capsules, et sont si intimement unies aux tissus environnants, qu'il est difficile de les disséquer. La capsule droite adhère au foie et au sommet d'un des reins, et la graisse, qu'on détache si facilement, ne peut être enlevée qu'au moyen d'un grattage La capsule surrénale droite a son volume normal; la gauche est au contraire arrondie comme une châtaigne. A la coupe, elle présente l'altération de cette maladie, c'est-à-dire cette matière blanchâtre amorphe qu'on prenait pour un produit scrofuleux. On peut les considérer comme formées de deux parties distinctes: une matière blanche crétacée et une substance semi-translucide, ressemblant à un blanc-manger dont la teinte serait sale. La première constituerait le dépôt original, primitif; la seconde ne serait que la dégénérescence de ce premier dépôt. La capsule droite est de plus molle dans son intérieur, et contient environ un drachme d'un liquide crémeux. De ce côté le rein a un peu souffert, et son sommet présente une tache molle et blanchâtre.

Le microscope démontre l'état amorphe du dépôt; les parties semi-translucides sont composées d'une substance amorphe mêlée de granules groupés en petit nombre sous l'apparence de noyaux et de cellules, mais sans présenter de fibres ni de cellules bien distinctes.

La matière friable jaunâtre consiste en petits grains crétacés et graisseux. La tache blanche du sommet du rein en contact avec la capsule renferme des noyaux et des fibres nucléées, et semble le produit d'une simple inflammation.

Les ganglions semi-lunaires sont à l'état normal, mais leurs branches nerveuses vont se perdre dans les capsules affectées. Une incision de la peau permet de bien étudier la disposition du pigment. Il est situé sous l'épiderme, dans le réseau muqueux, suit la direction des papilles, et reproduit ainsi parfaitement le système tégumentaire d'un noir. (*The med. Times and Gaz.*)

ABLATION D'UNE TUMEUR OSTÉO-SARCOMATEUSE

embrassant la clavicule gauche, le sternum, les muscles sterno-cléido-mastoïdien et scalène antérieur, et présentant des adhérences avec le tronc brachio-céphalique veineux, le premier intercostal, etc.

Par M. E. S. Cooper.

L'Amérique est depuis longtemps déjà la terre de la chirurgie audacieuse et terrible. Les journaux viennent de temps à autre nous apporter le récit d'opérations dont le succès justifie à peine l'épouvantable hardiesse. Voici un de ces cas, dignes d'être enregistrés comme une curiosité chirurgicale. Il s'agit d'une tumeur embrassant des vaisseaux d'une très-grande importance, et dont la lésion eût été mortelle. Les annales de la science rapportent une semblable opération. C'était en 1828: M. Mott (de New-York) enleva avec succès une tumeur placée sur les côtés du cou, et présentant un nombre immense de vaisseaux hypertrophiés qui commandaient la ligature. Quatre ans après, le docteur Warren (de Boston) fit une opération presque identique; mais le malade mourut. Enfin, le 18 juin 1854, MM. Qwens (de Monticello), Ark, publiaient dans le *New-Orleans medical et surgical Journal* l'observation d'un malade chez lequel deux jours auparavant il avait enlevé la moitié sternale de la clavicule gauche pour une tumeur sarcomateuse qui n'avait pas d'adhérences aux environs. Cette dernière observation est restée incomplète; car dix jours ne suffisent pas pour établir l'innocuité d'une semblable opération, et on n'a jamais entendu parler du malade. Telles sont les données que nous trouvons dans le *Pacific medical and surgical Journal*, auquel nous empruntons le récit suivant:

La tumeur s'étendait plus en arrière qu'en avant, et soulevait la clavicule, siége de l'affection. Une partie des muscles sterno-cléido-mastoïdiens et scalène antérieur, ainsi que la portion adjacente du sommet du sternum, étaient dégénérées. L'articulation sterno-claviculaire, les veine et artère sous-clavières, la veine innominée et l'artère carotide primitive enclavées dans la tumeur, présentaient les rapports suivants: la paroi antérieure de la veine sous-clavière et du tronc brachio-céphalique veineux, avaient contracté des adhérences dans l'espace de deux pouces (6 centimètres environ), trois pouces (9 centimètres) du muscle sterno-mastoïdien, et deux pouces du scalène antérieur, juste au point où ce dernier croise la veine sous-clavière, étaient dégénérés. Le premier muscle intercostal adhérait à la tumeur.

Celle-ci occupait donc la position la plus défavorable à une ablation, et aucune dissection ne demandait plus de soin et de patience pour éviter les gros vaisseaux. Leur atteinte par l'instrument tranchant eût donné lieu à une hémorrhagie mortelle, et si le tronc brachio-céphalique veineux eût été ouvert, la mort était inévitable lors même qu'on eût réussi à se rendre maître de l'écoulement sanguin.

Opération. — Le malade couché sur le dos, je fis une première incision parallèle à la clavicule, commençant à la partie interne près l'articulation sterno-claviculaire, et se dirigeant vers la partie externe. Les lambeaux qui couvraient la tumeur furent alors disséqués, et permirent de constater que celle-ci prenait son origine sur la clavicule, et qu'elle comprenait le sternum et les autres organes importants de ce côté du cou. L'incision fut alors prolongée d'un pouce et demi de part et d'autre.

Près de la partie moyenne de cette première incision, j'en dirigeai une seconde, transversale, longue de 5 pouces, et disséquai les quatre lambeaux ainsi obtenus. Je divisai le sterno-mastoïdien au-dessus de la tumeur, et bientôt, après une dissection attentive, je séparai le scalène antérieur de ses adhérences.

Les muscles peaucier et grand pectoral furent divisés par des incisions au-dessus et au dessous de la tumeur. Alors on pratiqua rapidement une ouverture derrière la clavicule, et une peau de chamois put être introduite au milieu de l'extrémité supérieure du triangle sous-claviculaire. Une scie à chaîne, glissée entre la peau de chamois et la clavicule, permit la section. Des difficultés réelles surgirent alors: la veine sous-clavière, placée en avant et en dehors du scalène antérieur près de son origine, était enveloppée par la tumeur, qui en haut adhérait à ce muscle et en bas au 1er intercostal. Bien plus, les adhérences inférieures de la clavicule et une partie du sterno-mastoïdien détruites, il fallait encore séparer le muscle scalène antérieur dégénéré et hypertrophié des parties sur lesquelles il prenait des points d'appui (arcade de l'artère sous-clavière, nerf phrénique, artère carotide primitive, canal thoracique, etc.).

Cette opération préliminaire s'était passée au milieu de l'inquiétude d'une dissection très-laborieuse: la tumeur était mobile, je crus les grandes difficultés surmontées et me mis à agir avec moins de précautions. Peu s'en fallut même que je n'eusse à m'en repentir, car je fus sur le point de donner un coup de scalpel qui aurait pu tuer le malade. Je cite le fait pour servir d'avertissement.

Le tronc brachio-céphalique veineux et une portion de la veine sous-clavière adhéraient à la partie postérieure de la tumeur. On ne pouvait bien voir cette disposition qu'en soulevant la partie externe de l'ostéo-sarcome, et alors les tuniques du vaisseau devenaient pâles, exsangues, de sorte que la veine se présentait avec l'apparence d'une membrane de peu d'importance, qu'on pouvait diviser sans inconvénient, ce que j'aurais fait si j'avais ignoré que, par sa position anatomique, la tumeur devait reposer directement sur un tronc veineux important. Je redoublai donc de précautions, et je réussis à m'assurer de la nature de ce vaisseau.

Les attaches supérieures et inférieures de la tumeur étaient détruites, elle pouvait donc se mouvoir dans tous les sens. Je profitai de cette circonstance pour la pousser en dehors, et je passai avec un peu de difficulté la branche d'une pince de Liston derrière le sommet du sternum, à droite de la ligne médiane de cet os. J'essayai alors de couper l'os, et une plaque mince se détacha du bord supérieur dégénéré.

Devenu ainsi plus libre dans mon exploration, je pus m'assurer que la tumeur adhérait au gros tronc veineux postérieur. Sa parfaite mobilité facilitait la dissection, qui fut cependant proportionnellement la partie la plus longue de l'opération. Le malade avait été soumis à l'action du chloroforme.

L'opération dura deux heures: la tumeur avait été enlevée sans lésion de vaisseau important; la perte de sang était peu considérable. Un seul petit vaisseau fut lié. On mit alors à nu les nerfs et les vaisseaux sanguins.

La portion du scalène antérieur enlevée, étant immédiatement en avant de la courbure de l'artère sous-clavière, il eût été facile, au besoin, d'appliquer une ligature sur ce vaisseau en dedans des scalènes, — toute hasardeuse que puisse paraître une telle opération, — ou lier la thyroïdienne inférieure ou la vertébrale en arrière.

En arrière, la tumeur n'avait pas pris un égal développement dans tous les points, mais elle s'unissait, en haut, au scalène antérieur, et en bas au premier intercostal, au lieu de prendre ses adhérences au tubercule de la première côte et à l'origine du scalène. Elle entourait la veine sans la comprimer par une trop grande pression.

La guérison fut rapide. L'opération avait été pratiquée le 3 décembre 1857, et le 26 du même mois le malade put quitter le service.

Le 12 janvier, la plaie n'était pas tout à fait cicatrisée, mais le malade allait fort bien; la force du bras revenait et augmentait même d'une manière surprenante. (*Pacific med. and surg. Journ.*)

QUELQUES MOTS SUR LA PELLAGRE.

Par M. le Dr Hiarn, de Mugron.

J'habite une contrée où, comme tout le monde le sait, la pellagre est endémique. En attendant que je fasse une étude particulière de cette affection, ainsi que j'en ai l'intention, voici ce que j'ai observé touchant sa nature et son traitement.

La pellagre, cette compagne habituelle de la classe nécessiteuse, est due à un principe inconnu dont l'effet principal est une altération des liquides et des solides, qui a pour escorte un af-

faissement et un trouble de l'innervation : d'où l'aspect terreux de la peau, l'imbécillité, le délire, les idées de suicide, l'impotence musculaire, l'œdème des membres et autres suffusions séreuses intra-pectorales et peut-être céphaliques. Différents symptômes d'irritation n'apparaissent dans cette maladie que comme les efforts d'une nature impuissante contre un mal qui, pour moi, a un caractère tout opposé; et même lorsque cette irritation semble se localiser pour rougir la langue et aboutir à la diarrhée, ce n'est là qu'un accident assez rare et exceptionnel. Il est évident que la force vitale est amoindrie dans la pellagre; c'est là le fait capital.

Il y a environ dix-huit ou vingt ans que j'observai pour la première fois cette maladie. Elle sévit sur sept membres d'une même famille de vignerons. Je ne la reconnus pas, je la pris pour des dartres, pour un érythème *sui generis*. Pour le beau-père et la belle-mère, âgés environ de soixante ans, j'épuisai saignées, purgations, vésicatoires, lotions salines; l'un et l'autre moururent dans le délire au bout de trois mois. A bout de voie, ayant soupçonné le caractère atonique du poison, j'envoyai les cinq autres pellagreux, le gendre, la belle-fille, trois enfants, aux bains de l'Adour : c'était dans le mois de juillet; au bout d'une vingtaine de bains ils furent guéris, et la guérison depuis s'est maintenue. Fort de cette observation, toujours après une ou deux purgations, dans la saison d'été j'envoie mes pellagreux à l'Adour. Son eau salutaire ou les guérit ou améliore considérablement leur état. Ceux qui ne guérissent pas la première année, guérissent d'ordinaire la seconde. Depuis que j'ai préconisé cette méthode, elle est assez généralement suivie par mes confrères.

Mais je ne me suis pas arrêté là, comme vous allez le voir. L'année dernière, Marie, vigneronne, âgée de quarante-huit ans, avait si bien amélioré sa pellagre par quelques bains à l'Adour, que je la croyais et qu'elle se croyait guérie, lorsque dans le mois d'avril, sans que l'érythème pellagreux eût reparu, elle accusa des vertiges, des faiblesses dans les jambes, manifesta le désir de se noyer, prétendant que le diable le lui avait ordonné. Elle a le pouls assez fort, sa peau est d'un jaune terreux, les pieds et les jambes sont œdématiés. Ne pouvant, vu la saison, songer aux bains froids, je fais la médecine des symptômes, une saignée, deux purgations, des vésicatoires, des sinapismes. Le pouls faiblit, le mal s'aggrave, le délire augmente, la respiration est gênée, elle tombe dans le mutisme et ne quitte plus le lit depuis huit jours. Un éclair illumine ma pensée; comparant cet état à la torpeur qui suit la période aiguë de l'encéphalite, je prescris ce que l'on ferait dans ce cas, une friction mercurielle sur la tempe et le front.

Dès le lendemain la malade avait pu se lever, mais sa parole est brusque, mes questions l'ennuyent. Quinze jours de frictions lui ont rendu toute sa tête, et sa convalescence paraît aujourd'hui assurée. Si elle chancelle, j'ai tout lieu d'espérer que les bains de l'Adour amèneront une santé entière, car la peau a pris presque sa couleur normale et l'enflure des pieds a disparu; en un mot, Marie a repris tous ses travaux.

Depuis, deux ou trois frictions mercurielles et le calomel à doses fractionnées pendant huit jours, ont aussi mené à bien un pellagreux à peu près dans la même position que celle où était Marie.

LES PESSAIRES, DANS L'ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE, doivent-ils être regardés comme opportuns dans le traitement des déplacements utérins?

Par M. Clément OLLIVIER.

Telle est la question que je me suis posée en voyant l'article du 27 avril sur les pessaires de M. Pouillien, question déjà traitée par moi, il y a plus de vingt ans (*Gazette médicale*, n° 41, 1836; *Essai sur le traitement rationnel de la descente*, brochure in-8°, 1842; *Gazette des Hôpitaux*, 4 septembre 1849, n° 103.)

Si l'on considère le grand nombre de femmes affligées de déplacements utérins et autres affections de ce genre, on se rendra facilement compte de l'importance d'une pareille question.

Il y a longtemps que l'usage des pessaires serait aboli, si l'on se fût bien entendu sur la cause des déplacements utérins; mais l'on est encore à discuter sur l'existence même des affections les plus fréquentes de cet organe.

En effet, personne n'a oublié la longue discussion académique de 1849.

Presque tous les auteurs anciens, excepté Hippocrate et Levret, ont méconnu la véritable cause de la descente, et l'ont attribuée au relâchement des ligaments.

Cependant Jean-Louis Petit mentionnait, comme cause des rétentions d'urines, les engorgements utérins.

Mauriceau dit avoir vu chez deux filles pendre entre les cuisses la matrice de la *grosseur d'une tête d'enfant*.

Halle, dans un article remarquable de l'*Encyclopédie*, dit que les affections graves de la matrice ne sont que le résultat des engorgements de cet organe.

Levret prétend et prouve que les ligaments de l'utérus ne peuvent jamais donner lieu par leur relâchement à ces déplacements, si l'organe n'est lui-même préalablement malade.

Du reste, comment pourrait-il en être autrement? Qu'on réfléchisse au volume normal de l'utérus, à son poids.

Le volume normal de l'utérus, sans augmentation de densité, pourrait-il gêner par sa descente dans le vagin les fonctions des organes contigus?

Le poids normal de l'utérus pourrait-il causer ces tiraillements dans les aines, etc.?

Mais si les ligaments sont tiraillés, ils ne sont donc pas relâchés? et s'ils sont tiraillés, le poids qu'ils soutiennent a donc subi quelque modification dans son poids normal?

Les douleurs occasionnées par ces tiraillements ne précèdent-elles pas la descente, et, ainsi que l'observe Lévret, ne suivent-elles pas tous les degrés de ce déplacement?

Comment la présence de l'utérus à l'état normal pourrait-elle être cause de si grandes douleurs, lorsque les pessaires, qui ne sont maintenus dans le vagin que par leur enclavement, peuvent y être supportés?

Portal parle d'une chute totale de la matrice survenue pendant le travail de l'accouchement. L'enfant, le placenta, les eaux, étaient encore renfermés dans le corps de la matrice : il en dilata doucement l'orifice, et tira un enfant qui vécut deux ans. Après avoir détaché le placenta, il fit rentrer la matrice; la femme se rétablit parfaitement, sans qu'il fût nécessaire de lui appliquer de pessaire.

Saviard, Harvée, Decreux, citent des observations du même genre.

Jamais assurément les ligaments de la matrice n'ont pu éprouver de tiraillements plus considérables que dans de pareils cas, et arriver par conséquent à un plus grand état de relâchement. Or, si la matrice a pu reprendre sa position normale dans des circonstances aussi extraordinaires, il est donc vrai que le relâchement de ses ligaments ne peut contribuer à sa chute sans autre affection préalable.

Les causes des déplacements pathologiques de l'utérus sont de deux sortes, directes et indirectes, et donnent lieu à des déplacements de deux genres, déplacements actifs et déplacements passifs.

Les déplacements actifs sont constamment le résultat d'affections utérines susceptibles d'augmenter la densité ou le volume de cet organe. Tels sont les engorgements inflammatoires ou indolents.

Les déplacements passifs sont toujours le résultat d'une impulsion étrangère.

Les pessaires sont-ils susceptibles de guérir ces deux genres d'affections?

Commençons par les déplacements passifs.

Le relâchement des ligaments de l'utérus, sans affections de cet organe, ne peut donner lieu à aucun déplacement sensible si les parois vaginales et le plancher périnéal n'ont subi aucune modification morbide. Telle est l'opinion suffisamment prouvée de Lévret, et que la réflexion ne fait que confirmer.

Les parois vaginales ne pouvant être entraînées par le poids normal de l'utérus, suffiraient à elles seules pour soutenir cet organe, dans le cas où les ligaments seraient insuffisants à remplir cette fonction.

Mais si, après un accouchement laborieux, une distension trop grande des fibres vaginales, la déchirure du plancher périnéal viennent à donner lieu à un cystocèle ou à un rectocèle vaginal, l'utérus est nécessairement entraîné par le renversement des parois du vagin. Toutefois, cet abaissement forcé ne peut être confondu avec la descente.

Le pessaire peut-il dans cette circonstance être employé efficacement comme moyen curatif? Non assurément.

Dieffenbach, après Richter, au lieu de maintenir le vagin au moyen de pessaires, excise tout autour de son ouverture vulvaire les plis relâchés de la face interne des grandes lèvres et du périnée; les plis que l'on enlève doivent former autant de rayons dont la convergence ait le vagin pour centre, et de manière que leur extrémité pénètre d'un demi-pouce dans l'intérieur du canal.

Marshall-Hall, dit M. Moreau, a guéri une descente de matrice en enlevant à la membrane muqueuse du vagin une lanière d'un pouce et demi de largeur dans toute la longueur de ce canal; la plaie fut réunie par des points de suture.

Ces opérations seraient couronnées d'un plein succès dans le traitement des cystocèles et rectocèles vaginaux, tandis que les pessaires ne feraient qu'augmenter ces infirmités en opérant une pression permanente au-dessus de leur partie supérieure, ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater nombre de fois.

Fricke à Hambourg, Bellini en Italie ont eu recours à des moyens identiques.

La cause des déplacements actifs de l'utérus est l'augmentation de poids de cet organe par un engorgement partiel ou général, ou par les premiers mois d'une grossesse, unis à un défaut d'équilibre dans les ligaments.

Or, dans ces circonstances, quelle peut être la marche rationnelle à suivre?...

Si un malade se présente avec un anthrax au membre supérieur, qui en empêchera l'usage, devra-t-on se contenter de le soutenir au moyen d'une écharpe?...

Il doit en être de même pour les déplacements utérins.

Les engorgements utérins sont divisés par moi, ainsi que les déplacements, en passifs et actifs.

Les engorgements passifs dus à un état général de débilitation, soit chlorotique, soit scorbutique, ne peuvent réclamer de traitement direct que dans le cas où un traitement général méthodique deviendrait insuffisant à rendre à l'utérus son état normal; ils sont, du reste, rarement cause des déplacements utérins.

Il n'en est pas ainsi des engorgements actifs de l'utérus, qui sont la cause unique des déplacements actifs de cet organe.

Après avoir préalablement insisté sur le repos horizontal, le traitement des engorgements actifs de l'utérus devra se renfermer dans des moyens essentiellement directs.

Le hasard paraît avoir démontré les avantages que l'on peut retirer du traitement local dans ces affections si fréquentes.

Un hasard, dit l'honorable et modeste docteur Duparcque, m'a fourni l'occasion d'appliquer des sangsues sur le col de l'utérus, non sans quelque inquiétude sur les suites de cet incident dont je n'ai pas su tirer parti à ce moment. Il appartenait à Récamier de faire profiter la thérapeutique d'un moyen aussi précieux.

Cependant cette méthode des émissions sanguines directes dans le traitement des engorgements utérins a toujours éprouvé de nombreuses et puissantes oppositions dans la pratique, d'où elle semble encore si injustement proscrite, malgré la publicité donnée aux observations si nombreuses et si remarquables de M. Duparcque.

La difficulté toute naturelle, qui existe dans l'étude des maladies des femmes, semble être la cause de la préférence accordée dans leurs traitements aux moyens empiriques.

Toutefois, les accidents éprouvés, lors des premiers essais de la méthode des émissions sanguines directes, étaient bien capables d'effrayer les praticiens encore peu expérimentés.

En effet, on reproche à cette méthode d'occasionner des hémorrhagies et des coliques violentes susceptibles d'augmenter le mal au lieu de le guérir.

Ces résults négatifs ont des causes faciles à éviter, et ne doivent pas faire repousser le seul moyen curatif d'affections aussi graves et aussi fréquentes.

Ainsi 1° l'on doit éviter l'introduction des sangsues dans l'intérieur même du col de la matrice, et, à cet effet, on se gardera d'emboîter le col utérin avec le spéculum, ayant soin de ne présenter à la succion des sangsues que l'une ou l'autre lèvre du col.

2° Ne jamais employer que des sangsues de moyenne grosseur et jamais en plus grand nombre que 5 à 6. (Voir la *Gazette des Hôpitaux*, 1849, 4 septembre, n° 103.).

Constamment employée par moi depuis vingt-trois ans, cette méthode m'a réussi d'une manière infaillible dans le traitement de tous les déplacements utérins, et m'a fourni de nombreux et quelquefois bien brillants succès. Aussi suis-je autorisé, par mon expérience, à formuler bien nettement l'opinion que les pessaires ne sont pas plus capables de guérir les déplacements utérins, que l'écharpe qui soutient un bras affecté d'anthrax n'est susceptible de guérir cet anthrax.

Qu'il me soit permis d'ajouter que l'usage des pessaires, qui détruit tous rapports conjugaux et réduit les pauvres femmes à devenir un objet de dégoût pour elles-mêmes et ceux qui les entourent, non-seulement ne peuvent jamais guérir les affections pour lesquelles ils sont employés, mais qu'ils les augmentent constamment, et font naître le plus souvent les désordres les plus épouvantables, ainsi que l'ont prouvé déjà de nombreuses observations, auxquelles je pourrais ajouter celles qui me sont personnelles.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 août 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique invite M. le président de l'Académie à assister à la distribution des prix du concours général qui aura lieu le 9 août à la Sorbonne.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une lettre de M. Laforêt, de Lavit (Tarn-et-Garonne), qui demande qu'une médaille d'or lui soit accordée en récompense de son dévouement pendant le cours de l'épidémie de variole dont la commune de Castera-Bouzet a été atteinte en 1856 (commission de vaccine);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aisne en 1857;

3° Un rapport de M. Masson sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Halleroy (Côte-d'Or) [commission des épidémies];

4° Deux rapports de MM. les docteurs Penissat et Peyronnet sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf et de la Bourboulle (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1856;

5° Un rapport de M. le docteur Charmasson sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) pendant la même année. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Fucecchio, de Luglio (Toscane), adresse deux notes : l'une sur le traitement abortif du choléra-morbus; l'autre sur l'usage du gayac dans la vérole. (Commissaires : MM. Roche et Ricord.)

— M. le docteur Petit adresse un mémoire sur la ventilation. (Commissaires : MM. Rostan, Bouchardat et Londe.)

— M. le docteur Notta, de Lisieux, sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants.)

— M. Lerns, docteur ès-sciences à Besançon, à l'occasion du rapport lu par M. Boudet dans la séance du 13 juillet, sur le pyrophosphate de fer, expose ses travaux sur ce sujet et signale à l'Académie l'importance thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude, qui offre,

dit-il, sous le même volume, un composé plus riche en fer métallique que tous ceux proposés jusqu'à ce jour.

M. Leras joint à cette lettre une note de M. le docteur Baume, directeur de l'asile Saint-Athanase, sur l'emploi thérapeutique de cet agent. (Commissaires : MM. Barth, Boudet et Bouchardat.)

— M. LE SECRÉTAIRE signale enfin parmi les pièces de la correspondance une lettre de M. Colin, d'Alfort, en réponse à quelques passages du dernier discours de M. Bouley sur la ligature de l'œsophage. M. Colin se plaint dans cette lettre d'avoir été l'objet d'insinuations blessantes et d'attaques malveillantes.

Vu le caractère personnel de cette lettre, et considérant d'ailleurs que M. Trousseau a suffisamment défendu M. Colin en répondant à cette partie du discours de M. Bouley, le Bureau a décidé qu'il n'y avait pas lieu à en donner lecture.

— M. CAZEAUX dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Bertberand (de Lille), intitulé : *Documents comparatifs sur l'efficacité du vaccin pris de bras à bras ou conservé sur verre.*

L'auteur conclut que les résultats sont les mêmes dans les deux cas, opinion que M. Cazeaux déclare pour son compte ne pas partager. (Commission de vaccine.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets, lit plusieurs rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Eaux minérales. — M. BOUDET, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport concluant à ce que l'autorisation d'établir à Beaune une fabrique d'eaux et de limonades gazeuses soit accordée au sieur Courvoisier, à la condition que les tubes de communication entre le premier et le second laveur de son appareil et entre celui-ci et le vase où s'opère la distillation du gaz seront en étain fin, qu'il ne vendra pas d'eau gazeuse sous le nom d'eau de Seltz, et qu'il ne préparera aucune eau minérale médicinale. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la ligature de l'œsophage.

La parole est à M. Devergie.

Discussion sur la ligature de l'œsophage.

M. DEVERGIE rappelle en peu de mots l'origine du débat et passe ensuite à l'examen des résultats qui découlent pour la pratique du rapport de M. Trousseau. M. Devergie croit que la commission les a considérablement atténués en renonçant à s'occuper de la question soulevée entre le passé et l'avenir, en se contentant d'établir qu'il sera possible *dans l'avenir* d'éviter les inconvénients attachés à la ligature de l'œsophage, en mettant enfin de simples inductions à la place de conclusions catégoriques.

La commission a eu le tort de ne pas préciser les cas où la ligature de l'œsophage peut fausser les résultats de l'expérimentation toxicologique, et ceux où l'on n'a pas à redouter cette source d'erreur. Il en résulte que si une affaire d'empoisonnement vient à surgir, et si les experts viennent à invoquer des expériences sur les chiens, le rapport de M. Trousseau sera toujours une excellente arme pour la défense par le discrédit qu'il jette sur ces expériences.

Annonçant ensuite qu'il essayera de résoudre la question que la commission a laissée sans réponse, l'orateur résume d'avance son opinion dans le passage suivant, emprunté à la 1re édition de son *Traité de médecine légale* (1836).

« Je ne prétends pas réduire à zéro les recherches que l'on peut faire sur les animaux par ce mode d'expérimentation. Je sais qu'il peut être utile dans beaucoup de cas, mais je pense que l'on en a trop exagéré les résultats. On n'a pas assez tenu compte d'une opération que l'on considère comme tellement simple, qu'il suffit d'une minute pour l'exécuter. Et cependant, on ne peut se dissimuler qu'elle entraîne toujours avec elle la ligature des filets nerveux qui avoisinent l'œsophage, qu'elle nécessite l'ouverture de ce conduit, ainsi que des tractions plus ou moins énergiques, toutes circonstances fâcheuses qui accompagnent l'opération faite de la manière la plus heureuse, et qui doivent, par leur gravité, apporter des modifications aux symptômes développés par les poisons et à la durée de la vie de l'animal qui se trouve sous leur influence. »

A ces objections, Orfila avait répondu, dans sa *Toxicologie*, en ces termes :

« Toutes les objections faites par M. Giacomini, et depuis par M. Devergie, tombent devant ces faits. M. Devergie dit que cette opération entraîne toujours avec elle la ligature des filets nerveux qui avoisinent l'œsophage et apporte des modifications dans la durée de la vie de l'animal qui l'a subie. *Cela n'est pas exact*, et il ne se serait pas aussi grossièrement trompé, s'il s'était donné la peine de pratiquer cette opération avec les soins qu'elle réclame. »

Et voilà qu'au bout de vingt-deux ans, M. Trousseau vient prouver à son tour qu'Orfila se trompait.

M. Devergie trace ensuite à grands traits la marche suivie par Orfila dans ses travaux.

Au commencement du dix-neuvième siècle, les travaux de Pringle, Frank, Fodéré (*Médecine légale*, 1813), Chaussier (*Mémoire sur le sublimé*, etc.), Tartra (*Mémoire sur l'empoisonnement par l'acide nitrique*), avaient inauguré la toxicologie. Fodéré, qui lui consacrait tout un volume, avait proposé une classification des poisons, basée sur leur action et sur leur nature. Mais tous ces auteurs ne s'étaient occupés que de la symptomatologie. La chimie toxicologique restait à créer.

Ce fut l'œuvre d'Orfila, qui joignit cette nouvelle partie à la partie médicale ; il lui donna un développement considérable en poursuivant les poisons dans les mélanges alimentaires et dans le contenu du canal digestif, où toutefois il laissa des lacunes importantes qui ont été comblées depuis, et d'abord par M. Stas à l'occasion du procès Bocarmé ; il étudia ensuite les modifications subies par les poisons pendant la putréfaction, en imitant les conditions de l'inhumation. Enfin, utilisant les travaux de Beissenhirtz (1823), Gmelin et Tiedemann, Wibmer, Cantu, Krimer et Mayer, sur l'absorption des substances toxiques, il les poursuivit le réactif à la main, jusque dans les viscères, tels que le foie, les poumons, etc.

Ce n'était pas tout. L'article 301 du Code pénal définit le poison: toute substance capable de donner la mort, de quelque manière qu'elle soit administrée. Il faut donc que le médecin légiste sache quels sont les symptômes et les lésions anatomiques propres à chaque poison, la dose à laquelle il devient mortel et ses antidotes.

Il était impossible d'attendre, même de la carrière la mieux remplie, la solution de toutes ces questions, s'il fallait la demander aux empoisonnements observés chez l'homme. Les recherches bibliographiques, qui devaient remonter jusqu'à Erasistrate, s'accordaient mal avec l'infatigable activité d'Orfila. Il s'adressa à l'expérimentation sur les animaux, et son choix se fixa sur le chien, qu'il crut pouvoir assimiler entièrement à l'homme pour l'étude des symptômes et de l'anatomie pathologique.

« Les expériences faites sur les chiens, dit-il, remplaceront à merveille celles qu'on pourrait faire sur l'homme », et, parlant des symptômes : « la différence est nulle chez l'homme et chez le chien. »

Ses expériences ne ressemblaient en rien à celles de son époque, qui faisaient de l'animal un réactif dans les cas d'enquête à l'occasion des empoisonnements. De ce que les matières contenues dans l'estomac d'un homme empoisonnent un animal, il ne s'ensuit pas que cet homme soit mort empoisonné. Morgagni déjà l'avait prouvé par un fait frappant.

La ligature de l'œsophage devint nécessaire, à cause de la facilité avec laquelle les chiens vomissent les matières toxiques.

Il y avait dans l'assimilation complète du chien et de l'homme une source d'erreur. L'un se nourrit d'aliments corrompus qui empoisonnent l'autre, et chez lui les conditions créées par le don de la raison, les relations sociales, etc., n'existent pas. L'impressionnabilité nerveuse est donc différente. Raison suffisante pour ne s'en remettre qu'à l'observation clinique pour la symptomatologie des empoisonnements.

La plupart des expériences d'Orfila n'étaient d'ailleurs pas faites avec les minutieuses précautions exposées par M. Cloquet dans la dernière séance. M. Devergie a souvent eu occasion de le constater, et M. Moreau lui a communiqué la même observation.

Les ligatures de l'œsophage devaient donc entraîner des accidents que n'ont pas pu observer les membres de la commission, parce qu'ils opéraient avec beaucoup plus de précautions, et M. Trousseau avait bien raison de dire que toutes les causes de mort inhérentes à cette opération ne sont pas connues.

Qu'est-il résulté maintenant de toutes ces expériences pour la symptomatologie ? Au bout de trente-deux ans, après des milliers d'expériences, Orfila convenait qu'elles étaient insuffisantes pour donner d'une manière générale la description des symptômes que produit l'arsenic ! Il avait vu tantôt des vomissements, de la diarrhée, des convulsions, une grande chaleur; tantôt, au contraire, le coma, le refroidissement, des syncopes. Dans une affaire criminelle, la défense aurait trouvé là un excellent moyen pour mettre en doute la valeur d'une expertise.

Au contraire, il suffit, à l'occasion d'un empoisonnement qui eut lieu en 1849 chez neuf personnes, pour établir que la première série d'accidents s'explique par l'action caustique de l'acide arsénieux concentré, et la seconde par l'influence qu'il exerce sur l'organisme alors qu'il est absorbé.

A propos du même poison, Rognetta et Orfila ne pouvaient s'entendre sur l'influence qu'il exerce sur la sécrétion urinaire, l'un affirmant qu'il y avait suppression d'urine, l'autre le niant; ils se trompaient tous les deux. Il suffit à M. Devergie d'un empoisonnement accidentel qu'il a observé à Saint-Louis pour établir qu'il n'y a qu'une rétention de l'urine, qui continue à être sécrétée.

L'anatomie pathologique profita davantage des expériences d'Orfila, qui l'enrichit de l'histoire des lésions produites par les caustiques et de celles qu'on observe souvent du côté du cœur et du rectum.

Mais la détermination des doses auxquelles les poisons peuvent entraîner la mort ne pouvait être faite de la même manière, quoiqu'on tînt compte du volume des animaux. On en trouve un exemple frappant dans l'histoire du fameux éléphant de Genève (1820) : en vain lui donna-t-on 90 grammes d'acide cyanhydrique, puis autant d'acide arsénique; le canon seul put en faire justice.

Ainsi encore 5 centigrammes de phosphore suffisent pour empoisonner un chien, d'après Orfila, et pourtant on a pu en administrer 15 centigr. chez l'homme sans accident. Des expériences analogues ont été faites pour l'émétique, l'eau de laurier-cerise, le chlorure de baryum, etc.

Pour les contre-poisons, c'est bien pis. En prenant pour base les chiffres donnés par Orfila, il faudrait pour neutraliser 8 grammes d'acide arsénieux une livre de peroxyde de fer, et pour arrêter les effets de 10 grammes de sublimé, on devrait faire avaler 216 œufs; on dissoudrait ainsi tout simplement le précipité formé par les premières doses de blanc d'œuf.

Enfin, Orfila a vu lui-même trois chiens qui avaient pris chacun 1gr,80 de nitrate d'argent, l'un sans contre-poison, l'autre en ingérant quelque temps après 8 grammes de chlorure de sodium, et le troisième en avalant en même temps le poison et l'antidote, mourir, le premier après six jours, le second après cinq, et le troisième après quatre jours. C'est précisément l'inverse qui aurait dû arriver.

Ainsi, les expériences d'Orfila ne peuvent éclairer les trois questions de la symptomatologie, des doses et des contre-poisons.

M. Devergie revient, après cette discussion, aux conclusions du rapport de la commission. Selon lui, ce ne sont pas des conclusions, mais des inductions fort mitigées, fort douces à l'égard du passé, et excessivement optimistes pour l'avenir.

La commission dit en effet : « On ne saurait contester que cette opération ait ses dangers, mais il est possible de les réduire à l'avenir à des proportions bien moindres, en observant les règles que nous venons de formuler. »

M. Devergie cherche d'ailleurs en vain ces règles dans le rapport, et il croit que ces garanties sont tout à fait illusoires, ainsi que semble l'indiquer le passage suivant du rapport lui-même :

« A supposer que les accidents rapidement mortels, qui sont survenus à la suite de la constriction de l'œsophage, soient la conséquence de la lésion des nerfs voisins de ce conduit, il en ressort cet enseignement précieux, que ces accidents sont possibles alors même que l'opération est pratiquée par des mains très-exercées. »

Et pourtant la commission, après avoir montré des accidents de plus en plus graves, s'ajoutant les uns aux autres, ne conclut pas, comme tout le monde le fera en lisant le rapport, au rejet de la ligature de l'œsophage.

Protestant encore une fois contre les conclusions douces et mitigées, M. Devergie résume ainsi celles qui lui semblent le mieux résumer le rapport :

« Orfila a retiré des expériences sur les animaux, avec la ligature de l'œsophage, tous les enseignements qu'on peut en déduire.

» Ces enseignements ont pu être trompeurs à l'égard de cette catégorie de poisons dont l'action n'est pas nettement accusée, et ils pourront l'être encore si l'on persiste dans l'emploi du même moyen, malgré les précautions que l'on pourrait prendre.

» Il y a donc lieu de chercher un moyen de s'opposer aux vomissements, autre que la ligature de l'œsophage.

» S'il est une voie dans laquelle on doive s'engager pour compléter l'étude des poisons en ce qui concerne la symptomatologie, et les doses auxquelles ils donnent la mort, c'est celle de l'observation chez l'homme. »

Le discours de M. Devergie est accueilli avec des signes manifestes d'approbation.

M. TROUSSEAU félicite en toute sincérité M. Devergie de l'extrême modération qu'il a apportée dans sa critique des expériences d'Orfila, modération à laquelle pouvaient ne pas s'attendre les personnes qui ne connaissent pas ou qui ont oublié les polémiques si vives qu'a soutenues autrefois l'honorable secrétaire annuel. Toutefois il se sent obligé de revenir sur quelques conclusions de son collègue qui lui paraissent erronées, et sur quelques insinuations qui ne lui semblent pas très-légitimes.

Tout d'abord, M. Trousseau proteste avec énergie contre toute influence qui aurait pu l'empêcher, lui ou la commission, de dire la vérité et toute la vérité. Puis il établit que la ligature de l'œsophage, telle que la pratiquait Orfila, d'après la communication de M. Cloquet, n'entraîne nullement celle des nerfs voisins, comme le croit M. Devergie. Il suffit pour cela de se conformer aux règles formulées par la commission. M. Trousseau s'étonne qu'elles aient pu échapper à M. Devergie. Ce sont les suivantes :

1° Éviter les nerfs ;

2° Ne pas exercer une constriction trop énergique ;

3° Enlever le lien à temps.

En s'y conformant, 3 chiens sur 100 meurent, et dès lors 97 opérations sur 100 peuvent servir à étudier l'action des poisons, car en variant les expériences on peut toujours apprécier parmi les accidents quels sont ceux dus à la ligature.

M. Trousseau insiste sur les services rendus par Orfila à la chimie toxicologique et à l'anatomie pathologique; il admet avec M. Devergie que, dans ses expériences, Orfila a poussé quelquefois trop loin l'assimilation de l'animal et de l'homme; mais il ajoute que ce n'est pas d'après les expériences faites sur les animaux qu'Orfila instituait la symptomatologie; il la basait sur l'observation clinique, et l'expérimentation ne servait que de contrôle.

Après quelques considérations sur les différences produites dans l'action des poisons par leur nature, par l'espèce animale, par l'état des organes digestifs et de la constitution, M. Trousseau exprime sa conviction que la commission a rempli sa tâche en faisant connaître les effets de la ligature de l'œsophage. Elle a démontré que, peu grave dans des conditions déterminées, cette opération peut produire néanmoins des accidents et faire supposer l'existence de propriétés toxiques dans des substances complétement inoffensives.

Il reste donc établi, suivant M. Trousseau, que, s'il faut toujours en revenir à l'homme et aux phénomènes que produisent chez lui les divers poisons, les expériences sur les chiens resteront toujours comme moyen légitime de contrôle, attendu qu'il est facile de faire la part de la ligature dans la production des accidents observés.

M. DEVERGIE lit, en réponse à M. Trousseau, le passage suivant du rapport : « Car enfin, on n'est jamais absolument sûr de laisser les nerfs voisins de l'œsophage à l'abri de toute atteinte quand on va à la recherche de ce conduit; et la preuve, c'est que dans nos expériences au Val-de-Grâce, un des nerfs récurrents a été compris dans une ligature, bien qu'expérimentateurs et commissaires se tinssent sur leurs gardes et cherchassent à éviter cette complication.

M. TROUSSEAU répond que cela n'est arrivé qu'une fois.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Amable Cade, de Bourg-Saint-Andéol (Ardèche), connu par ses travaux sur la cataracte, a été nommé récemment membre correspondant des sociétés de médecine de Lyon, Marseille, Bordeaux, Tours et Toulouse.

— M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fera, durant les vacances, le résumé clinique de la pathologie cutanée spéciale. La première leçon aura lieu le mardi 17 août, à huit heures et demie du matin. (Visite des salles Saint-Charles et Saint-Jean à huit heures. Toute l'année, visite clinique le lundi et consultation publique.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Lettres de Georges Cuvier à C. M. Pfaff, sur l'Histoire naturelle, la Politique et la Littérature, de 1788 à 1792, traduites de l'allemand par M. le docteur Louis MARCHANT. Grand in-18 de 314 pages, avec une planche. Prix, 3 fr. 50 c. — Paris, chez Victor Masson.

Recherches sur les fièvres paludéennes, suivies d'études physiologiques et médicales sur la Sologne ; par M. le docteur Edouard BURDEL. In-18 de 240 pages. Prix, 3 fr. — Paris, chez Victor Masson.

LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 92. — SAMEDI 7 AOUT 1858. (31e ANNÉE.) N° 92. — SAMEDI 7 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du staphylome postérieur.

Scarpa, à qui l'on doit la première notion de l'affection oculaire généralement connue de nos jours sous le nom de *staphylome postérieur*, après en avoir tracé la description, ajoutait ces mots : « Les chirurgiens parviendront peut-être, à l'aide d'observations ultérieures, à en déterminer les caractères diagnostiques..... » Ce *desideratum*, exprimé il y a plus de quarante ans, est accompli depuis très-peu d'années, grâce à la belle découverte de M. Helmoltz. L'ophthalmoscope, en effet, qui a opéré une véritable révolution en ophthalmologie, est venu jeter un jour tout nouveau sur cette affection, en permettant de lui assigner des caractères précis et d'en établir, par conséquent, le diagnostic, jusqu'alors à peu près impossible.

Nous devons à un de nos jeunes confrères, M. le docteur Noizet, une très-bonne et très-complète description de cette affection, dont il a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Nous empruntons à ce travail les principaux traits de cette histoire, qui n'intéresse pas moins les praticiens, à qui elle donne la clef de symptômes très-communs et qu'on ne savait jusque-là à quelle lésion rapporter, que la science qu'elle éclaire sur plusieurs points d'ophthalmologie les plus délicats et les plus controversés.

L'anatomie pathologique étant ce qu'il y a de mieux connu, la seule chose connue même, à vrai dire, jusqu'ici dans l'histoire du staphylome postérieur, nous nous abstiendrons de la rappeler et nous aborderons de suite la symptomatologie, la partie la plus neuve et la plus originale de ce travail, basée sur un grand nombre d'observations recueillies par M. Noizet dans les principales cliniques d'ophthalmologie de Vienne et de Paris.

D'après les observations de M. Noizet, voici les renseignements invariables que donne le malade au début : les yeux se fatiguent facilement ; il y a du larmoiement après une fixation de quelque durée, mais ordinairement la vision demeure parfaitement distincte, puis il y a une sensation de tension dans le fond de l'œil. Jusque-là ce sont tous symptômes qui constituent une simple asthénopie ou fatigue de l'appareil d'accommodation. En effet, dans la première période de la maladie, tous les signes peuvent presque se résumer en un seul, la myopie.

Dans les cas de myopie forte avec fatigue de l'accommodation, on constate d'abord une pupille dilatée, mais surtout un agrandissement remarquable de la chambre antérieure. Mais tous ces caractères ne peuvent que faire soupçonner la maladie ; l'ophthalmoscope seul peut donner des signes certains.

Voici ce que l'on voit à l'aide du miroir oculaire, à l'image renversée d'abord : milieux transparents, papille du nerf optique un peu élargie transversalement ; rien d'irrégulier dans les vaisseaux centraux ; le fond de l'œil, au pôle postérieur, paraît de teinte normale ; la décoloration ne se montre qu'immédiatement autour de la circonférence interne du nerf optique.

Si maintenant on examine à l'image droite, on peut passer en revue toute l'étendue de l'entrée du nerf optique, et l'on constate d'abord une teinte jaune plus rouge de la pupille ; sa circonférence interne apparaît nettement limitée, mais à sa circonférence externe se trouve exactement appliqué un croissant plus ou moins étroit, dont la convexité regarde vers la *macula lutea*, et dont la surface ne se distingue de celle du nerf auquel il est accolé que par une teinte plus claire, plus blanche ; les vaisseaux centraux passent au-dessus sans offrir la moindre modification ; la courbe qui limite cette bande blanche en dehors est assez régulière et ne dépasse pas la moitié de la circonférence du nerf optique. On ne constate, du reste, aucun trouble des milieux transparents, sauf parfois une légère hyperémie rétinienne. C'est là le premier degré d'après les divisions établies par M. Jæger.

A une période plus avancée, période d'état de la maladie (2e degré de Jæger), tous les phénomènes déjà indiqués ont pris de l'extension : la myopie a augmenté d'une manière frappante. Pour les sujets qui sont obligés de se livrer à des travaux où la vue joue un rôle très-actif, il se manifeste une asthénopie extrême, que les verres concaves ne font qu'augmenter encore : il y a tension dans le fond de l'œil, maux de tête, et les objets fins sont vus dans un brouillard. Chez beaucoup de sujets la vision est conservée parfaitement nette, et ils ne se plaignent que de douleurs dans l'œil, et surtout du raccourcissement de la vue, quand ils ont trop longtemps fixé un objet ou regardé des objets fins.

Voici ce que l'on constate chez ces sujets à un examen extérieur : Pupille dilatée, chambre antérieure remarquablement agrandie, ce dont on juge par l'agrandissement des méridiens de l'œil appréciable en faisant regarder fortement en dedans, mais surtout par les divers procédés connus de mensuration.

Le toucher du globe de l'œil fait constater une augmentation dans sa résistance ; il y a une dureté manifeste sous le doigt. On constate, en outre, un certain état de paresse des mouvements de latéralité, c'est-à-dire de la rotation en dehors. L'iris a conservé sa contractilité normale, quoique la dilatation de la pupille soit la disposition habituelle ; de plus, il est fortement enfoncé par l'accumulation de l'humeur aqueuse qui remplit la chambre antérieure.

A l'examen ophthalmoscopique, on trouve les milieux transparents, l'axe optique allongé, reflet d'un blanc brillant au fond de l'œil (image renversée) ; puis, peu après, on voit que cette image est située sur la demi-circonférence interne et supérieure de l'entrée du nerf optique, dont la teinte mate est effacée par la teinte plus éclatante du limbe qui lui est accolé. Par les progrès de la maladie, le simple croissant, qui a été décrit dans la première période, s'est étendu graduellement, mais seulement par sa convexité. La rétine paraît normale.

Si l'on examine ensuite à l'image droite, on voit la pupille de couleur rosée ; sa demi-circonférence interne paraît nettement limitée ; l'externe, au contraire, est bornée par la tache conique blanche, resplendissante, couleur qui contraste assez avec la teinte mate de la pupille, pour qu'à l'image renversée on soit frappé tout d'abord par le reflet pathologique du fond de l'œil ; le contour de cette tache est plus ou moins régulier : quand cette courbe externe est régulière, on la voit encadrée par une bande uniforme de pigment condensé au-devant de l'extension progressive du mal. Une délimitation ainsi régulière, fait remarquer M. Noizet, est toujours un signe favorable, car il coïncide avec une marche lente de la maladie et dispose à un état stationnaire. Mais bien souvent il n'en est pas ainsi, et ce contour extérieur est irrégulier ou dentelé ; ces saillies sont reçues par des échancrures très-pigmentées des parties adjacentes de la choroïde ; alors cet état correspond à une marche plus aiguë ou activée par des exacerbations qui se traduisent par ces poussées irrégulières, envahissant les tissus sains.

En poursuivant les vaisseaux centraux à leur sortie de la pupille, on les voit cheminer sur la surface blanche d'une manière plus distincte qu'à l'état normal. En examinant le fond de l'œil en dehors de la tache morbide, on ne constate encore rien d'anormal : la *macula lutea* est intacte et parfaitement libre de toute atteinte de l'altération qui marche toujours vers elle ; la rétine, à part un léger état hyperémique, est normale et transparente, même au niveau de la tache, dont le reflet brillant prouve le degré de transparence.

Cette surface si fortement réfléchissante, qui correspond à la tache nacrée de l'examen cadavérique, est produite par la membrane fibreuse mise à nu après la disparition successive des éléments de la choroïde en ce point limité, macération du pigment superficiel d'abord, puis dénudation des vaisseaux, raréfaction du stroma cellulo-vasculaire, enfin résorption du pigment interstitiel, tous phénomènes qui suivent de près la fusion plastique de la choroïde à la sclérotique primitivement altérée.

Tant que l'agrandissement de la tache aveugle est peu considérable, elle continue à voir de la même manière — corrigée qu'elle est par le jugement — que la tache aveugle normale, ce qui explique comment la vision peut persister encore assez nette

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

« *Dei Medici et degli Archiatri dei Principi della R. Casa di* » *Savoia*, etc. » (Des Médecins et des Archiâtres des Princes de la royale maison de Savoie) (1), par M. le commandeur TROMPEO.

SECONDE PARTIE. — **Catalogue raisonné, par ordre chronologique, des archiâtres de la royale maison de Savoie, etc.**

Ainsi que l'a fort bien dit la *Gazzetta piemontese* dans un excellent mais trop court article, signé R..., la première partie de l'œuvre du savant commandeur Trompeo est un avant-propos exposant les idées générales relatives, d'abord à la nature et au but de son œuvre, et ensuite aux faits et événements qui devaient être exposés, développés et soutenus par des preuves historiques dans la seconde partie : si bien que ces deux divisions naturelles, l'une et l'autre étroitement liées, forment un seul nœud et s'identifient dans un seul corps.

La première partie expose savamment, en effet, ce qu'ont été les archiâtres, quels furent et quels sont encore les devoirs de leur charge, leurs positions sociales et leurs conditions, en divers temps et en diverses cours ; et la seconde fait connaître le nombre et le mérite de ces hauts médecins de la royale maison de Savoie, et par quels services personnels ils ont plus ou moins contribué au progrès de la science et au bien-être de la société.

A la fin de notre premier article sur le remarquable travail du savant médecin de Turin, nous avions dit, en parlant de la *seconde partie*, qu'on ne devait pas longtemps attendre : « Cette suite sera une » nouvelle *bonne fortune*, à laquelle nous nous empresserons de faire » participer nos lecteurs. » Invinciblement lié par une promesse envers le public, nous devons justifier notre sentiment sur cette œuvre et tenir notre engagement.

La nature de l'écrit qui nous occupe rend son analyse rigoureuse, absolument impossible... La *Gazette piémontaise* l'avait justement senti : presque toutes les divisions et subdivisions de cette œuvre sont elles-mêmes des extraits. Nous allons pourtant céder à notre bonne volonté et nous livrer à de courageux efforts, quelque persuadé que nous devions être qu'il nous fallait ici lutter contre une impossibilité.

I. Cette seconde partie se compose de trois divisions. La première division, la principale, est un *Catalogue chronologique des archiâtres de la maison de Savoie*, dont la *première partie* a fait connaître l'histoire. La démonstration de l'utilité d'un pareil ouvrage se trouve dans le projet, conçu par deux savants amis de l'auteur, de publier des ouvrages analogues pour leurs pays respectifs : par le professeur Rubio, archiâtre de S. M. la reine Marie-Christine, pour l'Espagne ; et par le docteur del Punta, archiâtre de S. M. I. le grand-duc, pour la Toscane.

Après avoir rappelé les honneurs, les distinctions et les titres dont la maison royale de Savoie récompensait ses archiâtres, énuméré dans une note pleine d'intérêt les nombreux médecins célèbres fournis par le comté de Nice, et fait des vœux nouveaux pour que l'on possédât enfin une histoire médicale du Piémont, l'auteur aborde son sujet, en se conformant au titre de la première subvision indiquée de son œuvre.

Voici quels sont les traits que nous avons cru devoir plus particulièrement faire remarquer dans ce rapide coup d'œil chronologique :

Le maître physicien Bernard, appelé de Montpellier en 1324, pour être consulté sur la maladie du comte Edouard le Libéral, est désigné évidemment Bernard de Gordon, auteur du fameux *Lilium medicinæ*. Ranclini dit de cet auteur : « Il vivait encore en 1318... » Mais le précieux document historique fourni par M. Trompeo attesterait que Gordon vivait même en 1324...

A l'occasion de Gian Jacopo, c'est-à-dire Joannes Jacobi ou Jean Jacques, nommé chancelier de l'université de Montpellier vers 1364, M. Trompeo nous désigne comme ouvrages manuscrits de ce médecin les écrits suivants, conservés dans la bibliothèque de l'université de Paris :

« *De pestilentia*, imprimé plus tard ;

» *Secretarius practicæ medicinæ* ;

» *Magistri Joannis Jacopi secretum secretorum* ;

» *Thesaurum medicinæ*, aussi imprimé », dont l'historien de la Faculté de médecine de Montpellier, Astruc, ne dit absolument rien.

Jean Grandville est signalé, en 1391, comme ayant empoisonné Amédée VII, à Ripaille, non par préméditation criminelle, mais par inadvertance ou simple ignorance, ce qu'on peut voir dans l'histoire du comte Rouge (Amédée VII) par le savant commandeur historiographe L. Cibrario.

Au mois d'août 1495, on vit le moine Nicolo, médecin du duc Charles II, administrer à ce prince malade un cordial composé de poudres d'or, de perles et de pierres précieuses, coûtant 6 florins, et qui néanmoins ne l'empêcha pas de mourir.

Ce que dit l'auteur, d'après une communication du savant chevalier Promis, bibliothécaire du roi, d'une *Vie du duc Emmanuel Philibert* par le célèbre médecin Fiocchetti, encore aujourd'hui inédite..., nous ferait vivement désirer la publication de cet écrit. On y voit avec étonnement que le duc Emmanuel Philibert, fort sujet à des hémorrhagies, a pu perdre en *deux évacuations* seulement, *à trois jours de distance*, d'abord *huit livres* et ensuite *six livres de sang*, sans y succomber.

La publication de cette œuvre biographique par Fiocchetti serait d'ailleurs extrêmement utile pour rétablir des faits historiques d'une grande importance.

M. Trompeo nous fait connaître un Nicolas Colot, dont aucun dictionnaire de médecine ne fait mention, et qu'il dit appartenir à la famille

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 31 octobre 1857.

malgré tous les désordres qui viennent d'être décrits. Mais lorsque le développement de la tache devient considérable, au point d'atteindre le voisinage de la *macula lutea*, alors les malades se plaignent de la présence d'une tache sombre, qui siége, par rapport à l'objet fixé, excentriquement et en dehors, et qui entrave notablement la vision libre, mais surtout la vision fixe (dans la lecture, par exemple); ou bien ils se plaignent en outre d'éblouissements avec un reflet coloré sur les bords. Quelquefois ils indiquent d'une manière précise le bord nettement tranché de la choroïde, vers l'endroit mis à nu de la sclérotique, comme la limite de leur vision centrale.

La maladie poursuit sa marche envahissante jusqu'à ce qu'elle atteigne sa période ultime (troisième degré), où elle perd, par suite des accidents secondairement développés, le caractère d'originalité qu'elle présentait à ses premiers degrés.

A cette dernière période du staphylome postérieur, les malades ont renoncé à la vision fixe, ainsi qu'à l'usage de toute espèce de verres correctifs; ils ne se livrent qu'à la vision libre, forcés qu'ils sont d'éviter tout effort d'activité des yeux. Ils se plaignent alors d'un obscurcissement variable de la vue, d'une grande faiblesse de la fonction optique, qui se manifeste surtout par l'incorrectibilité et par une grande incertitude à reconnaître les objets les plus rapprochés. Il en est qui accusent une grande sensibilité à la lumière, et qui voient survenir des phénomènes d'éblouissement dus sans doute au reflet sclérotical. Parfois aussi il y a de violentes apparitions lumineuses, toutes subjectives, ou bien ce sont des points noirs qui se montrent dans le champ visuel : des mouches volantes, un brouillard plus ou moins épais, etc. ; tous phénomènes qui, bien que différents en apparence, peuvent être rattachés à une même cause, la distension de la sclérotique produisant à son tour des tiraillements ou des compressions de la rétine. Enfin, à ces renseignements fournis par les malades, il faut ajouter la sensation de tension dans la profondeur des yeux qui se rapporte à la plénitude de ces organes.

A l'examen extérieur de l'œil, on constate : pupille très-dilatée, iris peu mobile et enfoncé en arrière; chambre antérieure toujours profonde, diminution de la mobilité latérale de l'œil.

L'examen ophthalmoscopique à travers les milieux plus ou moins transparents, montre les signes suivants, à l'image renversée : l'axe optique allongé, la papille du nerf optique fort irrégulièrement circonscrite. La tache blanche falciforme ou conique, a dégénéré en une tache de forme à peu près ovalaire, à contours déchiquetés et à grand diamètre dirigé transversalement; son extension la plus grande s'est faite aux dépens de l'extrémité externe, qui tend vers la *macula lutea*, et peut même l'atteindre.

Indépendamment de cette tache caractéristique et constante, on en trouve très-souvent une autre sur la demi-circonférence opposée de la pupille, de nature identique à la première, et qui complète la zone pathologique autour du nerf optique, de telle sorte que la papille ressemble à une île isolée par l'altération environnante. Cette tache complémentaire est toujours plus petite que l'autre, mais dans son développement tardif elle subit rigoureusement les mêmes phases.

Dans le voisinage de la figure blanche principale, il n'est pas rare de voir, à cette période avancée de la maladie, de très-petites taches également blanches et en forme d'îlots, qui ont tout à fait la même signification, à part un bien moindre développement. Enfin un grand nombre de semblables taches disséminées, qui se relient plus ou moins entre elles ou à l'image principale, représente le dernier tableau du staphylome pur.

Tous ces signes sont confirmés, si l'on regarde à l'image droite, ce qui permet d'observer plus exactement quelques-uns de ces phénomènes.

Il nous resterait maintenant, pour compléter ce tableau symptomatologique du staphylome postérieur, à faire connaître les phénomènes secondaires dont il a été déjà question, les complications, à en déduire le diagnostic différentiel, et enfin à exposer ce qui est relatif à la marche, au pronostic et au traitement. C'est ce que nous ferons dans la prochaine *Revue*.

De l'usage des vésicatoires appliqués à la curation des éruptions cutanées syphilitiques.

M. Cullerier a eu depuis longtemps l'idée d'appliquer les vésicatoires dans le traitement des éruptions cutanées syphilitiques; les effets qu'il en a obtenus sont, à ce qu'il paraît, assez satisfaisants, pour que cette méthode soit devenue usuelle dans son service de l'hôpital du Midi. Appelé à un service temporaire dans cet hôpital, M. Hervieux s'est empressé, d'après les indications qu'il a recueillies sur les lieux, de soumettre ce moyen à l'expérimentation. Voici, d'après une note qu'il a communiquée au *Bulletin de thérapeutique*, les résultats qu'il a obtenus.

Le nombre des cas de syphilides qu'il a soumis à cette épreuve est de dix. De ce nombre sont exclues naturellement ces roséoles aigues, fugaces, qui ne réclament aucune médication spéciale, et dont la guérison n'eût donné lieu qu'à une appréciation tout à fait illusoire.

La syphilide papuleuse est la forme que M. Hervieux a eu le plus souvent occasion de soumettre à l'action des vésicatoires. C'est aussi celle dans laquelle ce genre de médication lui a paru le mieux réussir. Il suffisait habituellement d'un vésicatoire pour modifier notablement certaines syphilides papuleuses passées à l'état chronique et durant depuis plusieurs mois. Le cas le plus remarquable qu'il dit avoir rencontré est celui d'un lichen syphilitique qui comptait déjà un an de durée, et contre lequel on avait vainement épuisé tous les traitements internes les plus actifs et les plus efficaces. Dans l'espace de huit jours environ, pendant lesquels trois larges vésicatoires furent successivement appliqués sur la partie antérieure et sur la partie postérieure du thorax, le lichen avait disparu.

La syphilide squammeuse a paru résister beaucoup plus à l'action des vésicatoires. Néanmoins, dans deux cas de psoriasis, l'un en plaques et l'autre circulaire, qui ont été combattus par ce moyen, on a vu survenir au bout de quelques jours un amendement incontestable, malgré la durée déjà longue de la maladie. Au bout de deux septénaires, les squammes étaient détachées, et il ne restait plus presque partout que les macules consécutives à cette variété de syphilide.

Les syphilides pustuleuses ont paru à M. Hervieux devoir tenir le second rang parmi celles sur lesquelles le vésicatoire semble exercer une action thérapeutique favorable. Il a vu quelques cas d'acné syphilitique qui ont été très-heureusement et très-rapidement modifiés par ce mode de traitement.

M. Hervieux n'a point fait usage des vésicatoires dans l'impétigo syphilitique de la face et du cuir chevelu. Dans trois cas de ce genre qu'il a recueillis pendant la durée de son service, il a eu recours à l'usage de la solution concentrée de nitrate d'argent. Ces trois cas sont, à ses yeux, des exemples remarquables de l'efficacité de ce moyen. Il est parvenu, à l'aide de badigeonnages faits avec cette solution, à débarrasser complétement plusieurs individus d'impétigos de la face des plus invétérés, et qui constituaient le masque le plus hideux.

Enfin, au moment où il a quitté le service, après un séjour de trois mois, il avait en traitement plusieurs malades atteints, l'un de syphilide varioliforme, un autre d'ecthyma syphilitique, un troisième d'une syphilide à la fois ecthymateuse et bulleuse, tous trois soumis à l'action des vésicatoires; et dans ces trois cas, il y avait déjà une amélioration notable qui faisait pressentir une guérison probable.

Il est utile d'ajouter que dans aucun des cas où M. Hervieux a fait usage de cette médication, il n'a eu lieu de le regretter, car elle ne lui a paru avoir aucun des inconvénients que l'on aurait pu être porté, *à priori*, à lui attribuer.

Maladie bronzée.

Nous avons publié dans le dernier numéro une observation de *peau bronzée* recueillie dans le service de M. Addison, à qui l'on doit la connaissance de cette singulière affection. Quelque temps auparavant un fait semblable était observé à l'hôpital Saint-Louis par M. Hardy, chez un homme entré dans le service de ce médecin pour un prurigo pédiculaire. L'issue de la maladie a été, chez ce malade, ce qu'elle a été à peu près constamment jusqu'ici dans ce cas, c'est-à-dire la mort. A l'autopsie M. Hardy a constaté les lésions suivantes dans les capsules surrénales.

Les capsules, anormalement développées, se présentaient sous l'aspect de corps irrégulièrement quadrilatères, enveloppés par un tissu cellulaire rougeâtre, infiltré d'une assez grande quantité de sérosité. Leurs bords étaient mousses, et atteignaient dans quelques points un millimètre environ. Leurs faces, l'antérieure et la postérieure, étaient aplaties, lisses; on y voyait de petites granulations jaunâtres en différents points.

La capsule gauche était plus volumineuse, plus épaisse surtout que la capsule droite. Le bord répondant au rein était moins épais que le bord interne; l'épaississement était plus considérable surtout vers le milieu de l'organe.

Incisée dans son milieu, elle présentait sur toute l'étendue de la section une véritable membrane d'enveloppe, tranchant par sa coloration jaunâtre sur la couleur plus rouge du tissu sous-jacent. A la loupe, cette coque présentait dans différents points de son épaisseur des granulations tuberculeuses.

Au-dessous existait un tissu dont l'aspect se rapprochait de la couche corticale du rein; puis vers l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, un tubercule de la grosseur d'un petit pois, non ramolli; et çà et là, dans l'épaisseur de l'organe, des granulations disséminées, beaucoup moins volumineuses que la première.

La capsule droite ne contenait pas une aussi grande quantité de granulations tuberculeuses, et elles étaient moins volumineuses. Mais on y trouvait la coque jaunâtre qui existait aussi pour la capsule gauche.

Les reins ne présentaient aucune altération notable.

Bien qu'ici les lésions ne soient pas à beaucoup près aussi accusées que dans le cas de M. Addison, elles le sont assez cependant pour les faire entrer en ligne de compte avec les faits déjà nombreux où l'on a constaté la coïncidence — nous ne voulons pas dire encore la relation — de la coloration bronzée de la peau avec un état morbide quelconque des capsules.

— Nous pourrions rapprocher encore ici de ces deux faits l'observation recueillie dans le service de M. le docteur Bennet, et rapportée dans le *Medical Times and Gazette* du mois de mai dernier, d'un jeune garçon de onze ans qui présentait les symptômes les plus caractéristiques de la peau bronzée. Les progrès envahissants de la maladie ayant rapidement entraîné la mort, on trouva

---

des Colot, dans laquelle le talent et la juste célébrité de lithotomistes furent longtemps héréditaires.

Pierre-Louis Boursier, réformateur de l'université de Turin, prétendait avoir le premier fait usage du quinquina, en guérissant d'une fièvre (probablement *intermittente* ou *rémittente*) le prince Maurice de Savoie.

Gio Bernardino Blanchietto fournit à M. Trompeo l'occasion de faire connaître les *Lettres patentes de noblesse* fort remarquables octroyées à ce savant médecin par Charles-Emmanuel, le 10 avril 1658.

L'article Carlo Ricca exige de l'attention et quelques détails. Cet archiâtre du roi Victor-Amédée II, célèbre par ses écrits sur des épidémies de Turin, regardé comme le Sydenham du Piémont, et auteur d'une traduction du poëme de Fracastor sur la syphilis, qui n'a pas été publiée, a été proclamé par le proto-médecin Guidetti « restaurateur de la médecine hippocratique et l'honneur des archiâtres. » L'admirable musée anatomique qu'il possédait lui valut de la part du célèbre Pestalosse, son ami intime, la dédicace de sa belle dissertation *De monstris*.

En parlant de Jean Fantoni, M. Trompeo rappelle que c'est à ce président de la Faculté de médecine de Turin que P. B. Calvo dédia une précieuse et curieuse *Lettre sur une extraction de fœtus humain par l'ombilic*, publiée en 1714, avec la réponse de Fantoni à sa suite.

Fantoni a laissé des manuscrits estimés sur la matière médicale, des recueils d'observation de médecine, et des traités de médecine pratique.

En parlant du célèbre archiâtre de Turin Ignazio Somis, le savant M. Trompeo ne pouvait pas passer sous silence la dissertation ayant pour titre : *Ragionamento sopra il fatto di Bergemoletto, in cui tre donne sepolte sotto le falde della neve, furono trovate vive dopo 37 giorni ecc.* — Torino, 1758; in-4°, con 2 tavole in rame. — Des faits d'*asphyxie* ou *mort apparente*, analogues, pour être rares, n'en sont pas moins très-réels, et doivent faire partie de la vraie science de l'homme.

L'auteur devait particulièrement s'étendre sur l'article Jean-Ambroise Bertrandi, autre Ambroise qui fut pour le Piémont ce que Paré avait été pour la France.

M. Trompeo fait ressortir le mérite de cet illustre archiâtre dans son habileté chirurgicale, dans ses excellents écrits chirurgicaux, dans sa fondation de l'enseignement obstétrical, dans ses travaux en ovologie, etc.; il rappelle avec un juste orgueil national les paroles suivantes de deux monarques, à l'occasion de la mort de ce chirurgien célèbre :

1° Celles de Charles-Emmanuel III : « Je perds un chirurgien qui » m'a bien servi; il a fait honneur à mon pays et à moi, et il a été le » flambeau de la Faculté. »

2° Celles du duc de Savoie, plus tard roi, Victor-Amédée III : « J'ai toujours trouvé dans sa bouche le style de l'homme savant et » véridique. »

Ces mémorables paroles, fussent-elles seules, équivaudraient certainement à un brevet de célébrité.

Notre auteur mentionne plus tard Giusep Audiberti, traducteur justement estimé du *Traité de Hunter sur les maladies vénériennes*, et célèbre directeur général des *vaccinations*, que ses éminents services firent élever à la dignité de comte par l'excellent roi Victor-Emmanuel Ier. Ce savant archiâtre donna des preuves d'autant de mérite clinique et obstétrical que d'attachement et de dévouement inaltérables à la maison royale de Savoie.

Même dans une énumération succincte d'articles choisis nous ne saurions nous dispenser de signaler Louis Rolando, célèbre professeur d'anatomie de l'Université de Turin et archiâtre de S. M. Victor-Emmanuel Ier.

Les travaux anatomiques de Rolando sur les fonctions du cerveau et du système nerveux ont été généralement estimés et appréciés comme ils méritaient de l'être, quoique des anatomistes étrangers les aient quelquefois usurpés, en se les appropriant sans citer leur auteur. Heureusement Rolando a trouvé plus de justice dans les éloges et les articles biographiques ou autres que lui ont consacrés les savants : Demaria, Bellingeri, Martini, Carron, Coster, Flourens et Dezeimeris.

Pour avoir parlé des Bertrandi et des Rolando, nous ne devons pas nous taire sur le compte de François Rossi, savant auteur, et intrépide et habile opérateur, qui ne craignit pas de conserver son indépendance nationale même sous la pression temporaire obligée de la possession étrangère; il avait su, par son dévouement sans bornes à la maison de Carignan, empêcher que cette famille tout entière ne fût faite prisonnière et retenue comme otage par ordre du Directoire de Paris.

Les services de divers genres rendus par le célèbre Rossi à sa patrie sont des plus éminents. Ceux de ses nombreux manuscrits inédits, qui n'ont point été perdus, ses ouvrages imprimés, tous d'une grande importance, les grandes opérations qu'il a faites avec un brillant succès, et les distinctions dont il a joui, en sont les preuves irréfragables.

Parmi ses idées plus particulièrement originales, nous signalerons ses applications de l'électricité et du galvanisme à la médecine, et ses observations sur la singulière transmissibilité du sublimé corrosif par le courant galvanique....

Un seul fait suffirait pour attester l'éminent talent de Rossi comme lithotomiste : il guérit par la taille le juif Emilio Vitta de Casal, que l'immortel Scarpa lui-même avait jugé inopérable.

Du reste, les belles qualités de son âme ne s'étaient pas seulement montrées à l'occasion de la maison de Carignan : Rossi était obligeant par nature, et M. Trompeo, qui lui aussi avait été son obligé comme tant d'autres, témoigne hautement la reconnaissance qu'il lui devait, à la page 83 de son travail actuel.

J. P. Vastapani est ensuite cité comme ayant rendu de grands services par ses importantes *Remarques sur l'emploi du quinquina contre les fièvres synoches putrides*, par ses savants *Commentaires sur Hippocrate*, et par le succès avec lequel il soigna en qualité de médecin

à l'autopsie une désorganisation considérable des deux capsules, dont l'origine paraissait devoir remonter assez loin.

—Enfin, dans une communication faite récemment par MM. Addison et Hutchinson, à la Société royale médico-chirurgicale de Londres, il est question d'une jeune personne de dix-huit ans qui, à seize ans, était encore parfaitement bien portante, et qui peu à peu perdit la santé, ses forces et ses couleurs. Quand elle alla consulter M. Addison, celui-ci fut frappé de son aspect. Elle était brunâtre, presque noire; elle était anémique et si faible qu'elle était prise d'éblouissements dès qu'elle se tenait debout. Elle ne tarda pas à mourir. A l'autopsie, on trouva les deux capsules surrénales converties en deux poches purulentes; le pus s'en échappa en grande quantités.

Nous nous bornons, pour le moment, au rapprochement de ces faits, les derniers qui soient parvenus à notre connaissance. Nous croyons qu'il serait prématuré encore de chercher à examiner les nombreuses et délicates questions de physiologie pathologique qui se rattachent à cette maladie encore si incomplétement connue. Mais plus ces questions sont nombreuses et plus elles sont obscures, plus il nous semble utile de faire connaître les faits dont la réunion devra concourir un jour à en constituer la notion scientifique.

OBSERVATION CURIEUSE D'ANGINE INFLAMMATOIRE,

jugée par une hémorrhagie critique, suivie de quelques réflexions sur les crises.

Par M. PÉCHOLIER, prof. agrégé à la Faculté de méd. de Montpellier.

Il s'agit d'un homme âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament sanguin, atteint d'une angine gutturale tellement intense, que M. Emile Chauffard, dans le service duquel était le malade, jugea convenable de pratiquer la section de la luette pour livrer passage à l'air et prévenir une asphyxie qui devenait imminente. Cette opération amène un soulagement immédiat, mais de courte durée. Quelques heures après, le malade rend en toussant d'abondantes gorgées de sang. A mesure que cette hémorrhagie, provenant de la base de la luette divisée, continue, l'air entre avec moins de peine dans la poitrine, l'hématose se rétablit, la face et les extrémités perdent une partie de leur teinte cyanosée, le pouls se relève. Au bout d'un assez long temps, l'écoulement sanguin s'arrête, et bientôt les phénomènes d'asphyxie reparaissent. Mais l'hémorrhagie recommence avec plus d'intensité que jamais, et, un quart d'heure après, tout danger d'asphyxie s'est évanoui pour la seconde fois. En tout, le malade n'a pas rendu moins de cinq livres de sang.

Le cinquième jour, la tuméfaction et la rougeur du voile du palais ont à peu près disparu, et la paroi postérieure du pharynx paraît saine. Le douzième jour, le malade sort guéri de l'hôpital.

M. Pécholier attribue à la nature médicatrice tout l'honneur de cette cure merveilleuse. Quant à nous, nous serons meilleur confrère, et, n'en déplaise à M. Pécholier et à la bonne nature, nous rapporterons l'honneur de cette guérison à M. Émile Chauffard. Nous doutons fort, en effet, que la nature, toute bienveillante qu'elle est, eût provoqué cette salutaire hémorrhagie, sans le secours des ciseaux de M. Chauffard, qui avait coupé si à propos la luette.

Il est évident que la perte de sang, qui a été si considérable, a agi dans ce cas de deux manières, localement d'abord, en dégorgeant les parties enflammées; puis sur les organes thoraciques et le système circulatoire, en diminuant la masse du sang et en favorisant la circulation pulmonaire, d'où la cessation de la stase sanguine, le rétablissement des fonctions d'hématose et la disparition des symptômes d'asphyxie. Nous estimons qu'une ou plusieurs saignées du bras, suffisamment copieuses, auraient peut-être produit d'aussi beaux résultats. (*Gaz. hebd.*).

DE L'USAGE DES BAINS DE SABLE EN ORIENT.

Par M. le professeur LANDERER, à Athènes.

Les Orientaux aiment beaucoup tous les genres de bains, car en Orient existe le préjugé que par la transpiration on débarrasse l'économie des principes morbifiques qu'elle peut renfermer. C'est pourquoi l'on voit tous les malades, au début de leurs affections, affluer aux bains de vapeur. Peu leur importe la nature de la source, ils y viennent de confiance dans l'espoir de se débarrasser de tous leurs maux, par une transpiration abondante; le médecin n'est même jamais consulté sur le choix de l'établissement thermal.

Parmi les bains les plus rarement employés sont les bains de sel et les bains de sable, ce qui nous a fait penser qu'il ne serait pas inutile d'en dire quelques mots.

Le sel s'obtient en Orient en détournant, dans des fosses appropriées à cet usage, sur le bord de la mer, l'eau de mer, qu'on abandonne ensuite à l'évaporation spontanée. Le sel cristallisé en est retiré au moyen de puisoirs ou de vannettes et amoncelé en tas, pour subir la dessiccation sous l'influence des rayons solaires. C'est dans ces tas de sels que le patient s'enterre souvent, ou bien il se fait recouvrir d'une épaisse couche de sel humide, de façon que la tête seule soit libre, tandis que le corps est entièrement immergé. C'est de la même manière qu'agissent les Orientaux avec les bains de sable sur les bords de la mer. Ils restent des heures entières enfouis dans le sable, jusqu'à ce qu'une transpiration abondante les oblige à en sortir, en rampant, comme le ver sort de la terre. Quelquefois ils se laissent couvrir par les flots de la mer, afin de joindre à leur bain de sable le bénéfice du bain de sel. Généralement, les malades qui viennent y chercher leur guérison sont ceux qui sont atteints de lèpre, d'éléphantiasis, d'hypochondrie, d'hépatite ou de splénite chronique.

Les bains que prennent les Bédouins et les Arabes sont ceux de limon et de sable. Les premiers consistent à enduire complétement le corps du malade du limon du Nil, limon rougeâtre, à base ferrugineuse, de façon que tout l'individu, sauf sa noire figure et ses cheveux crépus, a pris une teinte ocrée. L'enduit a quelquefois jusqu'à deux et trois doigts d'épaisseur. Ainsi barbouillé, le malade se couche sous les rayons d'un soleil de plomb jusqu'à ce que son enveloppe se fendille et l'empêche d'endurer un plus long supplice : son corps ruisselle de sueur, on le débarrasse de son moule; couvert encore de boue, il revêt ses habits, ou, s'il est près des bords du Nil, il se lave, et, selon la coutume arabe, il s'enduit le corps d'huile, de beurre, de graisse d'autruche ou de crocodile.

Les Arabes attribuent aux bains de sable des propriétés antiphlogistiques puissantes, et ils prétendent qu'ils hâtent la cicatrisation des plaies. A l'appui de cette opinion, on pourrait citer le fait suivant. Les jeunes enfants destinés au service d'eunuques, et qu'on soumet à dix ou douze ans, ou plus jeunes encore, à l'opération de la castration, sont enfouis jusqu'au cou dans le sable du désert, et on les y laisse plusieurs jours jusqu'à ce que l'on croie la plaie suffisamment cicatrisée. Le sable, disent les Arabes, est un moyen héroïque pour combattre l'inflammation consécutive aux opérations. Les opérés qu'on y enfouit ne courent pas le moindre danger, et sur 100 sujets soumis à la castration, ils en perdent à peine 1.

Dans d'autres affections, les malades sont soumis à ce traitement, et laissés recouverts de sable jusqu'à ce que les symptômes se soient amendés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juillet 1858. — Présidence de M. DEGUISE.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DEMARQUAY présente une femme qui, à la suite d'une tentative d'assassinat dirigée contre elle, il y a quinze ans, a toujours eu un peu d'embarras de la respiration. Cette année, ayant eu la grippe, elle fut subitement atteinte d'une suffocation pour laquelle M. Trousseau l'envoya à la maison de santé. En l'absence de M. Monod, M. Demarquay crut devoir pratiquer la trachéotomie, qui soulagea la malade. Comme la suffocation reparaissait dès qu'on retirait la canule, on se décida à laisser à demeure une très-grosse canule que la malade porte encore aujourd'hui et avec laquelle elle peut parler. A l'occasion de cette présentation, M. Demarquay signale comme très-remarquable l'insensibilité des personnes qui subissent l'opération de la trachéotomie.

M. BOINET. Cette remarque sur l'insensibilité a été faite par tous les chirurgiens qui ont pratiqué la trachéotomie. On dirait que les enfants ont alors la conscience du danger qu'ils courent. Dans le fait qui nous est soumis, l'air peut encore passer par le larynx, puisque la malade parle, et pourtant il y a suffocation dès que l'on retire la canule. On observe la même chose chez plusieurs opérés, et en particulier chez un homme qui est encore dans le service de M. Chassaignac. M. Boinet demande comment les malades se trouvent ainsi condamnés à porter toute leur vie une canule qui est une cause incessante d'irritation pour le larynx.

M. CLOQUET a présenté lundi dernier, au nom de M. Bouchut, un mémoire dans lequel l'auteur s'occupe de l'insensibilité des enfants affectés du croup. Cette anesthésie paraît être en rapport avec l'insuffisance de l'hématose.

M. MICHON peut répondre en partie à la question de M. Boinet. Il opéra, il y a une douzaine d'années, une femme qui étouffait par suite d'une phlegmasie chronique du larynx. La trachéotomie permit à la malade de respirer à l'aide d'une canule; mais quand on retira cet instrument, la suffocation se reproduisit. L'expérience ayant été répétée plusieurs fois, M. Michon appliqua une canule à soupape, avec laquelle la femme opérée pouvait parler plusieurs heures de suite sans fatigue. Eh bien, voici l'explication de ce fait : le larynx est encore assez large pour que la voix s'y produise, et sa largeur est insuffisante pour que la respiration se fasse sans angoisse et sans fatigue. Dans le cas dont il vient d'être question, la malade a besoin de l'ouverture supérieure de la canule pour parler et de l'antérieure pour respirer.

M. Michon ayant été amené à parler de cette opération, signale les hémorrhagies comme étant fort à redouter dans les cas où la trachéotomie est pratiquée pour une inflammation chronique du larynx.

M. CHASSAIGNAC répond à l'interpellation de M. Boinet que, chez son malade, l'ouverture du larynx étant insuffisante pour la respiration, il pensa d'abord que ce serait là un cas dans lequel il serait utile d'appliquer la canule de M. Richet; mais l'introduction de cet instrument étant impossible, il eut recours à une canule fenêtrée avec laquelle il espérait arriver à agrandir le calibre du larynx; mais des bourgeons charnus, s'étant développés, ont ramené les accidents de suffocation, et il a dû employer la canule ordinaire.

M. Chassaignac a observé, comme M. Michon, une hémorrhagie survenue chez un malade affecté d'une phlegmasie chronique du larynx, pour laquelle il dut pratiquer la trachéotomie. Bien qu'aucune artère importante n'eût été lésée, l'opérateur ne parvint à arrêter l'hémorrhagie qu'en appliquant de la glace sur la poitrine de l'opéré.

M. DEMARQUAY n'a pas remarqué chez les enfants l'insensibilité qui l'a frappé en opérant la malade qu'il vient de présenter à la Société. Chez cette femme, les canules à soupape ont été insuffisantes, il a dû recourir à l'emploi d'une canule d'un très-fort calibre.

M. MOREL pense que l'insensibilité dont il est question provient d'une atteinte profonde à la vie et non d'une hématose incomplète. Il propose de remédier à l'inconvénient de la canule dont M. Chassaignac s'est servi, en dirigeant la fenêtre de l'instrument en arrière, parce que, dit-il, c'est par en haut et en avant que les bourgeons charnus ont dû s'introduire dans la canule.

S. A. R. le duc de Gênes, qui devint plus tard le roi Charles-Félix.

M. Trompeo entretient ensuite ses lecteurs de Joseph Despine, médecin ordinaire du roi et de la famille royale, proto-médecin et directeur de l'établissement thermal d'Aix. Ses ouvrages et ses services lui valurent le titre de baron, transmissible à ses enfants, qui aujourd'hui même soutiennent dignement le nom et la réputation de leur père, l'un comme médecin directeur de l'établissement thermal d'Aix, et l'autre comme inspecteur des mines et député au parlement national.

Notre savant commandeur des SS. Maurice et Lazare a trop de considération pour Montpellier et trop d'attachement aux principes de son ancienne doctrine hippocratique pour avoir pu omettre dans son énumération l'archiâtre Jean-Antoine Guilland, qui avait pris son titre de docteur dans la faculté de médecine du midi de la Fance, appelée avec raison l'école de Cos moderne. M. Trompeo n'avait point oublié d'ailleurs que J.-A. Guilland n'avait obtenu cet honorable grade qu'en soutenant avec talent une dissertation fort remarquable, ayant pour sujet l'*Influence du climat sur le tempérament*. J.-A. Guilland a partagé avec le comte de Vignet l'honneur d'avoir fondé *la société royale académique de Savoie, en 1820*.

Enfin, Louis Fontana termine la longue énumération de ces archiâtres, on peut dire *tous célèbres*, et l'on voit dans l'article qui le concerne un extrait des honorables *lettres patentes*, signées de Charles-Albert, attestant la haute considération que la famille royale de Sardaigne professait pour ce personnage.

Ainsi que l'avait annoncé l'auteur, ce catalogue ne comprend à dessein que l'énumération des archiâtres morts, précisément à cause du si rare avantage dont jouissent les archiâtres actuellement vivants, d'être heureusement doués d'autant de modestie que de vrai mérite. En terminant cette division de son œuvre, M. Trompeo témoigne de nouveau sa reconnaissance à Son Excellence le commandeur L. Cibraris, son ami, à l'occasion des précieux documents historiques qu'il a bien voulu mettre à sa disposition.

II. Ce catalogue, dont il nous était impossible de faire connaître autre chose que les points pour ainsi dire les plus culminants, est suivi d'une *Courte notice sur quelques archiâtres des États Sardes qui ont été médecins de princes ou de souverains étrangers*, rangés selon l'ordre chronologique.

Dans cette notice nous devions, nous, plus particulièrement remarquer ce qui est dit de Léonard Botal, d'André du Laurens, de Louis-Claude Berthollet.

III. Viennent ensuite des preuves historiques qui, sous le titre de *Documenti*, occupent les soixante-quatre dernières pages de cette remarquable et précieuse composition.

I. Le premier de ces documents est une réunion de pièces dont les dates, s'étendant de septembre à novembre de l'année 1530, sont relatives à un « *Procès original contre un certain Accomino Becuto de Sanico, accusé d'avoir propagé la peste et donné la mort à plusieurs personnes de cette localité, par la distribution qu'il faisait de certaines poudres, de liniments pestiférés et d'onguents empoisonnés*, etc. »

Il résulte de ce procès ce que l'on a vu malheureusement, même à des époques peu éloignées de la nôtre, que pendant le règne de meurtrières épidémies, dans certaines contrées, le peuple consterné, plongé dans le désespoir, se laissait aller à un tel dé ire, qu'il regardait comme des assassins et des empoisonneurs ceux même qui, au risque de leur propre vie, voulaient de toute leur âme au moins le soulager, quand ils ne pouvaient pas le guérir et l'arracher à la mort!

Qu'est devenu dans ces malheureuses circonstances ce bon sens du peuple, qui a pu faire dire avec raison, dans d'autres occasions: *Vox populi, vox Dei?...*

Les XV autres *Documents historiques* sont : des consultations, des procès-verbaux de maladies et d'ouvertures de cadavres de princes de la maison de Savoie (II, VII, IX, X, XI, XII, XIII et XVI), des lettres de divers princes de cette maison royale sur divers sujets.

III. Cessation de la quarantaine de Turin après la peste de 1599;

IV. Recommandation en faveur du médecin Figone;

V. Maladie de V. Marg. de Savoie; . . .

VI. Maladies de M. A. la duchesse Christine, de la princesse Louise et de sa fille;

VIII. Diverses lettres du médecin ducal J. Fantoni à S. A. R. le duc de Savoie, etc;

XIV. Autres lettres du même médecin à divers personnages princiers ou autres;

XV. Lettres du prince et de la princesse de Savoie-Carignan, à leur médecin G.-A. Prandi.

En rappelant même très-succinctement les considérants des honneurs, des distinctions de divers genres, des qualifications de barons, de comtes, etc., octroyées par des princes ou monarques à leurs premiers-médecins ou archiâtres, et en faisant connaître les titres des ouvrages soit imprimés, soit surtout manuscrits *inédits* laissés à leurs contemporains ou à la postérité par ces hautes notabilités scientifiques, M. le commandeur Trompeo a rendu un grand service à sa patrie, au monde médical et aux peuples civilisés tout entiers.

L'histoire de la médecine, la philosophie médicale et la bibliographie doivent donc une égale reconnaissance à notre savant confrère de Turin.

Mettant fort habilement en œuvre les précieux *documents historiques* que lui avaient libéralement fournis des savants soit étrangers, soit nationaux, parmi lesquels les Demaria, les Promis, les L. Cibrario, occupent le premier rang, M. Trompéo a été assez heureux pour élever un véritable monument en l'honneur de sa patrie.

Ce bel exemple a déjà porté ses fruits, en Espagne et dans le grand-duché de Toscane. Osons espérer que ces deux états ne seront pas longtemps les seuls à se montrer véritablement progressifs, en ce qui concerne l'histoire générale des archiâtres ou médecins des princes et des rois.

H. KUHNHOLTZ-LORDAT,
Bibliothécaire et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

M. LARREY pense que pendant la trachéotomie il n'y a pas insensibilité, mais que les malades restent immobiles à cause du danger auquel ils sont exposés pendant la trachéotomie. Il en est de même de toutes les opérations que l'on pratique sur le cou.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL soumet à l'examen de la Société deux sujets qui ont subi l'amputation de la jambe au quart inférieur, c'est-à-dire l'amputation sus-malléolaire. La méthode à deux lambeaux a été mise en usage, et elle a donné les résultats les plus avantageux. Une de ces opérations a été pratiquée par M. Verneuil, l'autre par M. Huguier. Voici une analyse de ces deux observations.

Un enfant de ....., ans, entra à l'Hôtel-Dieu au mois d'août 1857, salle Saint-Jean, n° 36. Depuis plusieurs années, il était affecté d'une lésion organique de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le cou-de-pied était considérablement tuméfié, de nombreuses fistules versaient une suppuration abondante. La jambe offrait plusieurs cicatrices provenant d'anciens abcès qui avaient fusé dans les espaces intermusculaires. L'état général était mauvais, les douleurs vives. L'amputation seule offrait quelques chances de guérison, elle fut exécutée après la préparation convenable par les purgatifs et les bains. Le couteau dessina deux lambeaux, l'un antérieur, plus court, étendu du bord interne du tibia au bord externe du péroné, l'autre plus long, taillé par transfixion. Deux artères furent liées et la plaie réunie par six points de suture entortillée. Compresses imbibées d'eau fraîche pour tout pansement. Réunion immédiate de la presque totalité de la plaie, ablation des points de suture commencée dès le lendemain, terminée le troisième jour; absence complète de tout phénomène inflammatoire local. Le cinquième jour, les compresses d'eau fraîche furent remplacées par des cataplasmes froids.

Au onzième jour, la cicatrisation était complète. L'enfant se leva bientôt, et quelques jours après il marchait avec des béquilles, puis avec un appareil.

S'il est permis de faire ici une légère digression, on peut donner ce cas comme un des plus beaux exemples des avantages de l'alimentation substantielle après les grandes opérations chirurgicales. A peine revenu des effets anesthésiques du chloroforme, l'enfant prenait une tasse de bouillon. A quatre heures, il mangeait de bon cœur une côtelette de mouton; la nuit, un peu de bouillon fut encore permis. Le lendemain, le même régime fut continué; il se composait de pain, de soupe, de deux côtelettes et d'eau rougie. L'opéré nous déclara spontanément que, depuis bien longtemps, il n'avait passé une aussi bonne nuit, et n'avait fait un aussi bon repas que depuis l'amputation. Pendant toute la première semaine, il n'y eut pas trace de mouvement fébrile; le seul phénomène à noter fut un appétit extraordinaire, auquel on satisfit avec prudence toutefois, et en faisant choix d'aliments substantiels, mais de facile digestion.

Pour en revenir aux suites de l'opération, on voit aujourd'hui le moignon tel qu'il était quinze jours après le sacrifice du membre; seulement la ligne cicatricielle indiquant la réunion des deux lambeaux a été attirée en arrière et un peu élevée. L'extrémité des os mousse non gonflée, non douloureuse, répond principalement à la face profonde du lambeau antérieur, dont la sépare une double bourse séreuse. Jamais le moignon n'a été la source de la moindre douleur.

L'appareil prothétique employé dans les premiers jours, prenait son point d'appui; terminé par un pilon, il était composé de deux tiges de bois latérales, dans l'écartement desquelles le membre dans l'extension vient se placer sans presser nulle part, et sans que l'extrémité du moignon touche en aucune façon. Dans toute son étendue, le membre artificiel est rigide, de manière que les mouvements du genou sont abolis.

Quelque temps après, un appareil ne différant du premier que par la brisure qu'il présente au niveau du genou, est mis en usage, et permet la marche avec aisance et solidité (1).

(1) Note de M. Lebelleguie, orthopédiste-mécanicien :

Poids de la jambe de bois sans articulation. . .		1 kilog.
— avec articulation. . .		1 k. 500 gr.
Prix de la jambe sans articulation.		25 fr.
— avec articulation.		40 fr.
Dépense annuelle.	5 à	6 fr.
Poids de la jambe artificielle avec pied. . . .		2 k. 500 gr.
Prix de la jambe artificielle avec pied. .	de 80 à	150 fr.
Entretien annuel.	de 40 à	50 fr.

Le second malade est actuellement âgé de vingt-cinq ans, serrurier, d'une constitution moyenne. Il y a près de cinq ans, une masse de fer d'un poids très-considérable heurta en tombant les membres inférieurs. La cuisse gauche fut fracturée à sa partie moyenne; le pied droit fut écrasé, au dire du malade; toujours est-il qu'on fut obligé d'extraire la malléole externe au bout d'un temps indéterminé. On tenta la conservation du membre, et pendant dix-huit mois il y eut suppuration, gonflement, trajets fistuleux, repos au lit, impossibilité de poser par terre le pied, qui était tout à fait déformé. La santé générale se ressentit de cet état. Le malade entra en 1855 dans le service de M. Huguier, qui proposa l'amputation. La faiblesse était si grande qu'on ne crut pas devoir user de l'anesthésie. Le rétablissement fut assez prompt. Aucun accident ne survint, et quarante jours après l'opération tout était cicatrisé. Au bout de trois mois, on appliqua l'appareil qui sert encore aujourd'hui.

Depuis cette époque, notre sujet a repris son ancienne profession; il travaille toute la journée, souvent de cinq heures du matin à huit heures du soir, toujours debout. Il monte et descend les escaliers, soulève au besoin des fardeaux de 100 livres, et peut, sans grande fatigue, faire deux ou trois lieues dans la journée. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur dans le moignon; jamais celui-ci n'a présenté ni inflammation, ni fistules, ni excoriations, en un mot sa jambe lui rend presque les mêmes services qu'autrefois. Le moignon est des plus beaux. La cicatrice, reportée en arrière des extrémités osseuses, est déprimée, étroite, flexueuse, très-solide, sans adhérences étroites aux os; son trajet indique qu'on a pratiqué la méthode à lambeaux. C'est le lambeau antérieur qui recouvre l'extrémité des os, dont il est séparé par une bourse séreuse. Deux indurations épidermiques s'observent sur le point où le lambeau est réfléchi.

L'appareil prothétique employé est articulé au niveau du genou; il se termine par un pied artificiel et prend son point d'appui sur le cône charnu que forme la cuisse, et y reste fixé uniquement par le contact. Cet appareil est assez solide et se détériore peu. Cependant, déjà six fois une des branches d'acier latérales a cassé, sans déterminer de chute, il est vrai. Le malade, serrurier, comme il a été dit, répare lui-même son appareil.

— M. LE PRÉSIDENT rappelle que, pour se conformer au règlement, les présentations de malades ne seront plus faites qu'après les rapports et la lecture du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu la *Gazette des Hôpitaux*, la *Gazette hebdomadaire*, le numéro de juillet du *Montpellier médical*, le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, la *Revue thérapeutique du Midi*.

— M. le docteur Gallard adresse une brochure intitulée : *Note scientifique sur l'homœopathie*.

— M. le docteur A. Bois adresse sa thèse inaugurale intitulée : *Etude sur quelques tumeurs de la bouche et de l'arrière-bouche*, Paris, 1858.

— M. BROCA présente, de la part de M. le docteur Soubie, de Libourne, un appareil à extension continue pour les fractures de jambe. Cet appareil ressemble à plusieurs égards à ceux qui sont connus, depuis Galien, sous le nom de glossocomes; le seul avantage qu'il présente est d'être plus simple et plus facile à construire. Une courte description et un dessin représentant l'appareil en place accompagnent cet envoi. (Commissaires : MM. Morel-Lavallée, Michon et Huguier.)

— Nomination d'une commission pour l'examen des comptes : MM. Cazeaux, Boinet, Verneuil, Richet, Maisonneuve.

— Commission pour le Catalogue : MM. Broca, Boinet, Cazeaux.

A 5 heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté, en date du 30 juillet 1858, M. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de présider la session d'examens, qui aura lieu au mois de septembre prochain, pour la réception des officiers de santé et sages-femmes de deuxième classe dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie des académies de Paris, de Douai, de Caen, de Rennes et de Poitiers.

Sont chargés de présider les sessions d'examens des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain, pour la réception des pharmaciens et herboristes de deuxième classe :

M. Bussy, directeur et professeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour les écoles situées dans les académies de Paris, de Douai et de Caen;

M. Chatin, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour les écoles situées dans les académies de Rennes et de Poitiers.

Sont chargés de présider les sessions d'examens des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain, pour la réception des candidats au diplôme d'officier de santé, de sage-femme de deuxième classe, de pharmacien et d'herboriste de deuxième classe :

MM. Martins, professeur à la faculté de médecine de Montpellier, et Cauvy, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier, pour les écoles situées dans les académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux.

— Le procès intenté, par un certain nombre d'homœopathes, au journal *l'Union médicale*, à propos d'un article de M. le docteur Gallard, ne recevra pas encore sa solution. L'affaire, après avoir été appelée plusieurs fois, est décidément renvoyée après vacations, c'est-à-dire au mois de novembre. On sait que la défense de notre confrère, M. Gallard, est plus spécialement confiée à un jeune avocat d'un très-grand mérite, Me Andral, le fils du savant professeur de pathologie générale, lequel ne fait en cela que continuer les traditions paternelles; et il y a tout lieu de croire que l'homœopathie ne sera pas mieux traitée par lui au Palais de Justice qu'elle ne l'a été par son père devant l'Académie de médecine en 1835. Me Paul Andral sera du reste parfaitement secondé par Me Bethmont et Me Victor Lefranc. Quant à la plainte des homœopathes, elle sera présentée par un avocat également très-distingué, Me Emile Ollivier; et il ne s'agit plus seulement pour lui d'obtenir une condamnation contre l'article publié dans le numéro du 24 octobre 1857 de *l'Union médicale* : ses clients demandent, en outre la suppression du mémoire à consulter que M. Gallard a présenté au tribunal pour sa justification. Ce mémoire étant compris dans la plainte, nous ne nous permettrons pas de l'apprécier ici; nous nous bornerons à dire qu'il a été parfaitement accueilli par presque toutes les sociétés médicales de Paris, et que plusieurs d'entre elles en ont ordonné la publication et la distribution à leurs frais.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité médical des cataractes, névralgies, amauroses, etc., etc., 4e et nouvelle édition, précédée d'un résumé des principes de médecine spécifique, et appuyée de faits nombreux de guérisons procurées sans opérations chirurgicales sur des personnes affectées de cataractes, aveugles ou qui ne voyaient plus à lire, écrire ou se conduire. Un vol., 6 fr. Par M. le docteur Drouot. Chez J. B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Histoire de l'inoculation préservative de la fièvre jaune, pratiquée par ordre du gouvernement espagnol à l'hôpital militaire de la Havane, rédigée par Nicolas B. L. Manzini, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. in-8o de 243 pages. Prix, 3 fr. 50 c. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Études sur la nature et le traitement des fièvres puerpérales, des résorptions purulentes et des résorptions putrides; par M. le docteur Mattei, professeur particulier d'accouchements. In-8o de 51 pages. Prix, 1 fr. 25 c. — Paris, librairie d'Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur Legrand du Saulle. Paris, 1857, brochure in-8o; chez T. Viàt, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 93. — MARDI 10 AOUT 1858. (31e ANNEE.) N° 93. — MARDI 10 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

A partir d'aujourd'hui, les bureaux du Journal sont transférés rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

PARIS, LE 9 AOUT 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une communication de M. J. Cloquet sur un cas curieux d'affection calculeuse ayant entraîné la rétention d'urine et finalement la mort chez un jeune yak (individu appartenant à une variété précieuse de la race bovine que M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire a entrepris d'acclimater en France) ; et un rapport de M. Balard sur un mémoire de M. Fernet, relatif à l'absorption des gaz par le sang; telles sont les deux principales pièces de cette séance. On trouvera dans le compte rendu la relation du fait communiqué par M. Cloquet, et les considérations pratiques dont il l'a fait suivre. Quant au rapport de M. Balard, dont l'objet intéresse la physiologie, nous en rapportons quelques extraits qui suffiront pour donner une idée de l'importance des recherches de M. Fernet, auxquelles l'Académie a donné la plus haute sanction en en ordonnant l'insertion dans le recueil des *Savants étrangers*.

— Nous profiterons du court espace que nous laisse l'Académie des sciences pour combler une lacune dans l'appréciation et le compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine. Nous avons mentionné seulement dans ce compte rendu (voir le numéro du 5 août), une lettre de M. Leras, inspecteur de l'Académie de Besançon. Cette lettre a pour objet de rappeler à la savante compagnie les travaux que ce chimiste distingué a faits depuis plusieurs années sur le pyrophosphate de fer et de soude, ainsi que les communications qu'il lui a adressées à diverses époques sur ce sujet; travaux et communications qui n'ont été jusqu'ici l'objet d'aucun examen, et qui lui constitueraient cependant des titres de priorité à l'égard du travail sur lequel M. Boudet a lu récemment un rapport.

Nous n'avons pas ici, pour le moment, à nous ériger en juge de la légitimité des prétentions de M. Leras, ni à nous prononcer sur la question de savoir s'il y a ou non parité chimique et identité de propriétés thérapeutiques entre le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal et le pyrophosphate de fer et de soude. Mais vu l'oubli où l'on a laissé jusqu'à présent les travaux d'un savant recommandable, nous avons cru devoir appuyer l'appel qu'il fait au jugement de l'Académie.

Nous publions plus loin un extrait de cette lettre, où l'on trouvera un exposé des faits sur lesquels M. Leras fonde sa réclamation. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. BEAU.

De l'arthrogelure.

Je donne ce nom à une espèce d'arthrite qui se rattache à l'engelure par la région qu'elle affecte, par sa marche, par sa cause, qui est le froid, et surtout par sa coïncidence avec l'engelure ordinaire.

Cette arthrite, de même que l'engelure, n'est pas une affection qui se voit dans les hôpitaux; je l'ai observée uniquement dans la pratique civile.

Elle affecte l'articulation du gros orteil (première articulation métatarso-phalangienne), ou plutôt je dirai, pour rester dans les limites de l'observation, que je ne l'ai pas encore vue siéger ailleurs.

Les symptômes de cette arthrite sont ceux des arthrites qui affectent les petites articulations. L'articulation malade présente un gonflement plus ou moins considérable, avec chaleur et rougeur; les mouvements articulaires sont rendus impossibles, ou au moins très-douloureux par suite de la phlegmasie des parties articulaires. La tuméfaction est souvent d'un rouge très-luisant, et fait penser involontairement à la goutte, avec laquelle on la confondait toujours dans les différents cas que j'ai observés.

Je l'ai vue une fois portée au point de faire garder le lit; mais jamais je n'ai observé ni symptômes généraux ni altération des fonctions digestives.

Ce qui donne surtout un cachet particulier à l'arthrite en question, c'est qu'elle coïncide habituellement avec les engelures. Elle se développe ave elles sous l'influence du froid, s'exaspère avec elles et se dissipe avec elles. On ne la voit jamais que pendant la saison froide, et notamment dans les temps de gelée.

Quelquefois je l'ai observée seule et saus cette complication habituelle d'engelures : ou aurait pu la prendre pour une arthrite goutteuse. Mais son apparition après les premiers froids du mois de novembre, son exaspération pendant la recrudescence du froid et sa terminaison définitive au printemps, me firent reconnaître une arthrogelure de la même nature de celles que jusque-là j'avais vues accompagnées d'engelures ordinaires. Il faut admettre que dans ces cas exceptionnels le tissu de l'articulation affectée avait été très sensible à l'influence du froid, tandis que la peau avait résisté complétement à la même influence.

Les sujets sur lesquels j'ai observé cette affection arthritique étaient jeunes (depuis l'enfance jusqu'à 30 ans), d'une santé délicate et d'un tempérament dit *lymphatique*. Mais en prenant de l'âge, leur constitution s'est fortifiée, et au bout de quelques années ils n'ont plus été affectés ni d'engelure ni d'arthrogelure.

Je me rappelle entre autres une jeune fille de seize ans, grande, mince et délicate, qui chaque année, dès le mois de novembre, était atteinte d'engelures et d'arthrogelures à chaque pied, à un degré d'intensité telle, que, ne pouvant se chausser convenablement pour sortir, elle était obligée de garder la chambre pendant la plus grande partie de l'hiver. Elle se maria à dix-huit ans, et dès ce moment elle n'eut plus ni engelures ni arthrogelures.

Je connais un jeune homme de trente ans environ, d'une assez faible complexion, bien qu'ayant l'apparence d'une bonne santé, qui pendant les plus grands froids de l'hiver est affecté d'arthrogelure au gros orteil droit, dont il se plaint vivement, et en même temps de quelques engelures.

Sous le rapport de la fréquence, il y a cette différence entre l'engelure et l'arthrogelure, que la première, comme on le sait, est très-commune, tandis que l'autre est comparativement assez rare. Ainsi donc, chez quelques personnes le froid produit l'arthrite du gros orteil, comme chez le plus grand nombre il détermine sur la peau l'érythème que l'on appelle engelure.

Quand je dis que le froid produit l'arthrogelure et l'engelure, il faut s'entendre. Ce n'est pas le froid seul, uniquement par lui-même, qui détermine la production de ces phlegmasies locales, c'est le froid auquel vient brusquement succéder la chaleur artificielle du feu. On sait que les personnes sujettes aux engelures les préviennent facilement, en combattant le froid des pieds ou des mains par la chaleur naturelle que donne l'exercice musculaire.

Le traitement de l'arthrogelure est le même que celui de l'engelure. Il y a à employer d'abord les moyens généraux contre la faiblesse de la constitution, sous l'influence de laquelle se fait la disposition aux inflammations produites par le froid; et puis les moyens locaux, les topiques divers (émollients, résolutifs, etc.), appliqués sur les parties enflammées, articulaires ou cutanées.

Tout l'intérêt de la question que je traite en ce moment se concentre sur l'observation et la précision d'une espèce d'arthrite qui, jusqu'à présent, était considérée comme une arthrite goutteuse. C'est en effet le diagnostic auquel je m'arrêtai la première fois que j'observai cette maladie.

Pour montrer que l'arthrogelure est bien une maladie qui n'a pas encore été envisagée sous son véritable aspect, je dois produire et discuter quelques passages d'auteurs, qui, au premier abord, semblent l'avoir observée.

Quelques traits du tableau que Sydenham nous a donné de la goutte, pourraient, au premier abord, se rapporter à l'arthrogelure. C'est ainsi que la goutte, d'après ce célèbre pathologiste, se développe particulièrement l'hiver, pour disparaître l'été. Mais elle attaque indistinctement l'articulation du gros orteil, celle du genou, du poignet, etc. On ne la rencontre jamais chez les adolescents comme l'arthrogelure, et quand on l'observe dans l'âge viril, elle va toujours en augmentant jusqu'à la vieillesse, bien différente en cela de l'arthrogelure, qui se dissipe au fur et à mesure que la constitution se fortifie et que l'individu prend de l'âge. La goutte affecte particulièrement les hommes, tandis que l'arthrogelure se rencontre surtout chez les jeunes sujets du sexe féminin. L'arthrogelure s'accompagne habituellement d'engelure, tandis que la même coïncidence n'a jamais été observée pour la goutte. J'ajouterai enfin que l'arthrogelure existe, d'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, dans des familles tout à fait exemptes de la diathèse goutteuse.

Je devais chercher, et j'ai effectivement cherché dans la dissertation longtemps classique de Musgrave, *De arthritide symptomatica* (1), pour voir si, parmi les nombreuses espèces d'arthrites symptomatiques qu'il admet, on trouve celle dont je viens d'esquisser l'histoire. Dans le nombre de celles qu'il décrit, telles que la *mélancolique*, la *scorbutique*, l'*asthmatique*, etc., il y en a une qui, suivant cet auteur, se développe chez les jeunes filles chlorotiques. Musgrave s'étonne que l'arthrite puisse se montrer à cet âge et sous l'influence d'une maladie comme la chlorose.

Sous le rapport des symptômes, il en reconnaît deux espèces : une vague, qui parcourt les articulations, et une autre qui reste fixée à l'articulation envahie; il regarde la forme mobile comme liée au rhumatisme. Quant à la fixe, elle se reconnaît à une tuméfaction, d'abord molle, de l'articulation, puis à la longue la mollesse des tissus affectés fait place à des concrétions pierreuses et tophacées.

On retrouve donc dans ces deux espèces d'arthrites qui, suivant Musgrave, affectent les jeunes filles chlorotiques, tous les caractères des arthrites rhumatismales et goutteuses. Ce seraient, en un mot, des chloroses compliquées d'arthrite rhumatismale et d'arthrite goutteuse; mais il y a loin de là à cette arthrite qui est produite par le froid intense des pieds, qui se montre avec les engelures, qui disparaît avec elles, et qui cesse d'apparaître quand le corps s'est fortifié.

Il y a, pour nous résumer, deux espèces d'engelures ou d'inflammations produites par l'influence locale du froid :

1° Une engelure de la peau, qui n'est pas autre chose qu'un érythème spécial à forme *noueuse*;

2° Une engelure arthritique qui affecte l'articulation métatarso-phalangienne.

La première est fort commune; la seconde l'est bien moins.

DE LA DIGESTION ARTIFICIELLE (PEPSINE)

Dans le traitement de la dyspepsie et de l'apepsie,

Par M. EDWARD BALLARD,

Professeur à l'école de médecine, adjoint à l'hôpital Saint-Georges, Membre de la société royale de médecine et de chirurgie de Londres.

(Extrait d'une traduction, par le docteur Chaisès.)

En portant à la connaissance de mes confrères de ce pays (Angleterre), l'emploi de la digestion artificielle comme remède direct et naturel dans certains cas de maladie où l'estomac accomplit mal ses fonctions, je crois utile de faire précéder mes observations par un résumé ou une sorte de memento des diverses conditions pathologiques qui peuvent réclamer l'emploi de ce moyen.

1° Il y a diverses conditions de l'économie dans lesquelles la digestion s'opère imparfaitement, par suite d'une sécrétion insuffisante des sucs appelés à transformer la nourriture;

2° La plus importante de ces conditions est la foiblesse, surtout celle qui provient de la vieillesse et qui accompagne ou suit les maladies graves;

3° Lorsque l'estomac sécrète imparfaitement le suc gastrique, on observe certains phénomènes morbides, tels que l'anorexie, un sentiment de malaise, une pesanteur, une douleur accompagnant le changement subi par les aliments; une altération chimique dans la transformation des aliments, ce qui produit une grande quantité de gaz et de matières acides, enfin des vomissements dans lesquels les aliments sont rejetés dans un état indigéré ou à peu près inaltérés. Quand, par une cause ou une autre, l'estomac est le siége d'une sensibilité exagérée, la douleur peut être presque intolérable. D'autres symptômes peuvent s'y joindre, tels qu'une lassitude considérable, de la céphalalgie, de la tendance au sommeil après les repas, un état fébrile, etc.

(1) *Sydenham opera*, Genevæ, 1769, t. II.

4° Les conséquences de l'apepsie peuvent être non-seulement gastriques, mais aussi intestinales; ce dernier cas est même celui qui se présente le plus souvent. On le remarque surtout chez les enfants en bas âge. La nourriture passant non digérée le long du canal intestinal, y agit comme un corps irritant; il se produit alors des vomissements, de la diarrhée, des coliques.

On retrouve dans ces cas la nourriture non digérée dans les évacuations. La diarrhée n'est pas toujours le résultat immédiat de la pepsie; mais elle survient quelquefois consécutivement à un état chronique de mauvaise santé, et, comme le dit M. Barthez: « L'enfant devient frêle, maigrit; il s'œdématie, perd sa force, sa santé, son appétit, puis après quelque temps survient la diarrhée. » Parfois les enfants mangent beaucoup, mais ils ne profitent pas. Les médecins connaissent parfaitement cette sorte de diarrhée, qui est une des causes de la plus grande mortalité chez les enfants. Mais les désordres intestinaux de l'apepsie ne se bornent pas à exercer leurs ravages sur l'enfance; chez des personnes adultes, nous voyons aussi quelquefois les intestins se ballonner et la diarrhée survenir.

5° Un autre résultat plus éloigné, mais non moins terrible de ce défaut de digestion, c'est l'inanition plus ou moins complète. L'affaiblissement du pouvoir digestif s'observe sous la forme suivante : la nourriture prise sans appétit dégoûte bientôt; on quitte la table sans avoir presque mangé, et ce que l'on a mangé ne sert nullement à renouveler les forces et à réparer les pertes du corps. Ceci se remarque dans la convalescence, après une maladie grave.

On ne peut mettre en doute que ce défaut de sécrétion gastrique ne soit au fond la cause de beaucoup de chloroses progressives ou de débilités prolongées auxquelles on oppose en vain et longtemps la médication ordinaire.

C'est à ces résultats divers de l'apepsie provenant de la sécrétion insuffisante ou de la qualité imparfaite du suc gastrique que le système de traitement par la digestion artificielle est surtout applicable. Il y a aussi des circonstances de maladies aiguës qui réclament une attention journalière de la part du médecin, qui doit s'efforcer de sauvegarder la vie de son malade, jusqu'à ce que la nature ait opéré son œuvre de réparation, jusqu'à ce que l'expérience lui ait prouvé qu'il y a espoir de salut si la vie peut être prolongée encore quelque temps, circonstances, en un mot, où gagner du temps, c'est sauver la vie. Il y a aussi des cas de maladie du canal digestif où il est de la première nécessité de nourrir le malade et en même temps d'utiliser la nourriture prise de façon à laisser le moins de résidus excrémentitiels possible. Dans chacun de ces cas, l'emploi du système à suivre est clairement indiqué, et en le suivant, on peut compter sur les résultats les plus heureux. J'en citerai tout à l'heure des exemples tirés de ma propre pratique.

Les cas de *mal-nutrition* auxquels cette méthode n'est pas applicable, sont ceux où la digestion, c'est-à-dire la conversion des *aliments* en *nutriment*, n'est pas imparfaite, mais dans lesquels le nutriment, après avoir été formé, n'a pas été convenablement absorbé, ceux, en d'autres termes, où l'assimilation est en défaut.

Cas dans lesquels on peut employer la digestion artificielle comme remède. — (Nous supprimons ici tous les détails historiques et techniques sur la découverte des propriétés de la pepsine et sur les divers modes de préparation, détails déjà connus de nos lecteurs; et nous arrivons de suite aux effets thérapeutiques constatés par l'auteur.)

Effets thérapeutiques (1). — On prévoit qu'en se servant de ce médicament on a en vue de donner une nourriture animalisée; néanmoins, la pepsine opère en quelque façon sur les substances féculentes de la nourriture, ou du moins sur ceux qui ont déjà été transformés en glycose, et en amène la conversion définitive en acide lactique. C'est probablement là la cause de l'efficacité de la présure dans le traitement des diabètes.

On remarque parfois, mais non pas toujours, à la suite d'une dose de pepsine dans le traitement de la dyspepsie le retour d'un appétit perdu depuis longtemps. Plusieurs doses produisent généralement l'appétit pour plusieurs repas, et on remarque dès lors que des malades, qui ne pouvaient qu'avec dégoût avaler la nourriture, arrivent souvent, après l'usage de la pepsine, à faire des repas complets avec bien-être.

Dans les circonstances où un appétit vorace accompagne une diarrhée prolongée, suite de l'apepsie des enfants, il redevient normal dès que l'effet de l'amélioration de la nutrition est appréciable. Après l'emploi de la pepsine le soulagement et la disparition des sensations pénibles de la dyspepsie est très-marquée.

On peut en dire autant de la suspension des vomissements dus à la même cause, et des distensions provenant de la décomposition chimique des aliments.

C'est surtout dans les cas où les dérangements surviennent à la suite de l'injection de nourriture animale, que l'emploi de la pepsine est indiqué. Elle met souvent celui qui n'osait essayer de manger à même de le faire avec impunité, et ce résultat n'est pas long à obtenir.

D'habitude, la première dose produit son effet, et, après deux ou trois fois, on n'éprouve plus de malaise.

Les cas les plus violents de douleurs gastralgiques, venant après le repas, ont été soulagés comme par enchantement.

(1) Tous les préceptes qui précèdent et les effets actuellement décrits sont ainsi indiqués dans l'ouvrage de M. Corvisart. (*Note du traducteur.*)

Lorsqu'il n'y a pas soulagement après trois doses, et qu'après quelques autres encore il n'y a pas d'aide à une digestion pénible, il est probable que la dyspepsie ne provient pas d'un manque de sécrétion gastrique, ou bien qu'il y a quelques autres conditions morbides, telles que l'hyperesthésie de l'estomac ou une atonie des parois musculaires.

Lorsque l'hyperesthésie s'ajoute, et que quoique soulagée la dyspepsie n'a pas cessé, on peut ajouter à chaque dose de pepsine une petite proportion d'hydrochlorate de morphine.

Celle-ci tempère la sensibilité de l'estomac et n'entrave pas les résultats produits par la pepsine. La poudre nutrimentive n° 2 est basée sur cette combinaison. Chaque dose de 1 gramme contient 1 centigr. de chlorhydrate de morphine. Dans les cas d'atonie, on peut y joindre l'emploi de la strychnine.

La poudre n° 3 en contient 3 milligr.

Quand il existe tout à la fois hyperesthésie et atonie avec un manque de sécrétion, on peut prescrire en diverses proportions les n°s 2 et 3.

Il arrive parfois dans la dyspepsie que, quoique l'acide se forme librement, cependant la pepsine de la sécrétion n'est pas suffisante et la digestion en conséquence est imparfaite.

Une forte acidité n'est pas une preuve que la sécrétion du suc gastrique est capable de transformer les aliments. Dans ces circonstances, si l'on emploie la pepsine, il faut prescrire le n° 4 (la pepsine neutre).

Mais la pepsine agit parfois mieux qu'à titre de suppléant de la sécrétion naturelle, car la pepsine rappelle souvent cette dernière et rétablit les fonctions naturelles de l'estomac.

Ce n'est pas un remède simplement palliatif, comme on a semblé le croire, c'est souvent, je le dis par expérience, un remède curatif.

La vérité de cette observation se reconnaît à ce que, après l'absorption de quelques doses de pepsine, on peut en diminuer la quantité sans voir diminuer les effets; on peut aussi en borner l'emploi au dîner ou au principal repas. Dans les cas les plus graves de dyspepsie, c'est là le seul repas auquel il faille l'employer dès le principe; le pouvoir digestif se rétablit assez promptement pour pouvoir n'en pas user pour les petits repas. On peut s'en assurer en suspendant quelque temps l'emploi du médicament. Après six doses, en général, la digestion s'opère bien, et il n'est plus nécessaire de recourir à la pepsine. Si ce résultat n'avait pas lieu, on peut facilement revenir à ce médicament. Dans certaines maladies chroniques, il y a avantage à en faire un emploi journalier pendant des semaines et même des mois.

Dans quelques circonstances, j'ai trouvé que les intestins jusque-là resserrés ont cessé de l'être, et que les selles sont devenues plus molles. Dans d'autres, le médicament a amené un relâchement complet accompagné de tranchées et de borborygmes; mais ceci n'augmentait pas la faiblesse, et cessait dès qu'on suspendait le médicament.

Dans deux circonstances, mes malades ont eu recours à la pepsine pour soulager la constipation.

L'action du remède dans les cas de diarrhée, lorsque l'atonie digestive permet aux aliments de passer avec les selles, est une des plus remarquables. On sait combien dans ce cas la médecine est pauvre.

La pepsine nous offre un remède sans pareil.

Les exemples cités prouvent une fois de plus la vérité de la maxime : *Sublata causa tollitur effectus.* Je cite surtout les cas rapportés par M. Barthez. L'amélioration est marquée par la disparition dans les selles des aliments qui y passaient indigérés, la diminution des évacuations et le retour de l'embonpoint des malades.

Quelques doses souvent suffisent pour produire l'amélioration, et l'on peut alors cesser la médication. Quelquefois à la diarrhée succède la constipation.

Il y a avantage à employer ce médicament dans le traitement de la diarrhée chez les enfants.

Le service rendu par la digestion artificielle résultant de l'emploi de la pepsine est une addition aux remèdes que nous avons déjà pour la guérison de l'anémie.

Dans quatre des faits que je cite on verra que le résultat favorable des préparations ferrées n'a pu être obtenu qu'après le rétablissement complet des fonctions digestives de l'estomac par la pepsine.

La débilité avec toutes ses suites disparaît rapidement à mesure que l'état de l'estomac s'améliore et reprend ses fonctions normales.

Mais il est des circonstances où, tout en ne remarquant pas de symptômes d'indigestion, nous sommes convaincu que l'estomac est souffrant.

Dans les époques avancées des maladies aiguës, la vie du malade dépend souvent de la quantité de nourriture qu'on peut lui donner, et nous savons aussi que l'estomac partage la condition générale de faiblesse, d'anémie et de débilité de tout l'organisme. Dans de pareilles circonstances, la digestion artificielle produite par la pepsine a sans aucun doute servi à conserver l'existence.

Voici quelques observations à l'appui des considérations qui précèdent :

1er *cas.* — *Dyspepsie, débilité, anémie grave et prolongée.*

Une demoiselle de quarante et un ans, tempérament nerveux, présentant à un très-haut degré les caractères de l'anémie, très-émaciée et débile, avait de graves symptômes de dyspepsie pour lesquels elle avait suivi sans succès un traitement durant huit mois. Pendant une partie de l'été précédent, elle était incapable de garder aucune nourriture. A l'époque où elle vint nous consulter, les principaux symptômes consistaient dans une impossibilité de prendre aucune espèce de nourriture sans qu'il y eût douleur, sentiment de tension à la base de la poitrine, gonflement à l'épigastre et à l'hypochondrie, sensations permanentes la nuit. L'exploration ne faisait percevoir ni tumeur ni quoi que ce soit d'anormal; la souffrance était très-intense après une nourriture animale. Depuis plus de quatre ans, il y avait relâchement intestinal. La langue était légèrement pâteuse. La malade avait eu une névralgie faciale très-douloureuse, et une éruption furonculeuse générale.

Le traitement avait consisté en purgatifs, toniques, fer, etc., mais les toniques et les stimulants amenaient toujours un état fébrile et des douleurs de tête.

Pendant les trois premières semaines du traitement, nous cherchâmes à rétablir l'intégrité des fonctions intestinales. De forts purgatifs à haute dose furent administrés, et nous obtînmes à plusieurs reprises des selles très-abondantes, très-foncées, dures et douloureuses.

La malade continuait à être encore excessivement faible, anémiée; elle n'était arrivée seulement qu'à pouvoir digérer de très-petites quantités de lait, de gruau, de pain ou de sagou, pris à de courtes intervalles. J'essayai d'administrer un tonique; il y eut une telle excitation fébrile et une si grande céphalalgie, que je fus forcé d'en abandonner l'emploi. Dans ces circonstances, j'eus recours à la pepsine à la dose d'un gramme. Les trois premiers jours, son régime consista en une bouillie claire de lait, de pudding et d'œufs. Après avoir mangé, la malade ne sentit seulement qu'un léger malaise, qui disparut une heure après ayant pris une petite gorgée d'eau acidulée par quelques gouttes d'acide lactique. Le quatrième jour, elle déclara qu'elle se sentait mieux et plus forte; elle mangea une côtelette de mouton a son dîner avec le pudding accoutumé, seulement elle se plaignit d'un peu de gonflement. J'ajoutai alors à la pepsine 6 centigrammes de fer de Quevenne, répétée à chacun des deux repas.

Contrairement à ce qui avait eu lieu auparavant, lorsqu'on avait donné du fer, la malade convint qu'elle était cette fois remarquablement bien, et le sixième jour de l'emploi de la pepsine et du fer, elle était presque délivrée de toute incommodité après avoir mangé, assurant qu'elle désirait le moment du repas, et que la digestion n'avait jamais été aussi bonne depuis plus de douze mois. Elle commença alors à prendre de la viande à déjeuner comme à dîner, et gagna rapidement en force et en couleur.

Douze jours après avoir commencé l'emploi de la pepsine, elle déclara qu'elle n'avait jamais mangé mieux, de meilleur appétit, et ne s'était jamais senti si bien depuis plusieurs années. Elle mange chaque jour du perdreau, de la volaille froide, une tasse de café à son déjeuner, une côtelette et son pudding à dîner, un peu plus de viande dans l'après-midi, et prend encore une tasse de café le soir; tout cela sans douleur, ou seulement avec un très-léger gonflement.

Le treizième jour du traitement par la pepsine, ayant encore de la constipation, la malade prend un purgatif. Il suffit de 8 grains de coloquinte en pilules et de 1/15e gr. de strychnine, qui sont pris chaque nuit. Or, lors du premier traitement, avant l'usage de la pepsine, il fallait 8 grains de coloquinte en pilules avec 2 grains de calomel, additionnés de médecine noire, pour produire un médiocre effet.

Durant l'hiver, la pepsine fut continuée et le poids de la malade augmenta de six livres au mois de février. En mars, je revis cette demoiselle. Elle avait cessé de faire usage du fer et de la pepsine, et paraissait alors admirablement bien portante et ses digestions se faisaient très-bien. Lorsque l'appétit venait à faire défaut, elle reprenait de la pepsine, et il se développait aussitôt de nouveau. Enfin elle reprenait parfois aussi la pepsine lorsque, à la suite d'accès, il reparaissait un peu de dyspepsie. Les douches froides pendant l'été ont beaucoup augmenté les forces générales.

2e *cas.* — Jeune fille de dix-huit ans. Anémie intense qui avait résisté au fer et aux remèdes ordinaires; administration de la pepsine après l'usage d'une purgation; amélioration. Emploi réuni du fer et de la pepsine. Rétablissement.

3e *cas.* — Homme de trente-cinq ans. Dyspepsie et anémie; insuccès du traitement ordinaire. Emploi de la pepsine; prompt rétablissement.

4e *cas.* — Jeune personne de quatorze ans. Anémie et dyspepsie. Emploi du citrate de fer et de la quinine; pas d'amélioration. Emploi de la pepsine avec de l'iodure de fer; diminution immédiate des douleurs dyspeptiques et guérison de l'anémie.

5e *cas.* — Demoiselle de trente et un ans. Dyspepsie datant de quelques années; incapacité à digérer la nourriture animale; faiblesse; symptômes gastriques une première fois soulagés par les remèdes ordinaires. Emploi de la pepsine; retour de la faculté de digérer la nourriture animale; rapide amélioration dans l'état général des forces et de la santé.

6e *cas.* — Femme de soixante-six ans. Gastralgie intense remontant à quatre ans; vive douleur lors de l'ingestion des aliments; émaciation et grand affaiblissement. Emploi de la pepsine; retour immédiat de la faculté de digérer de la viande sans peine sensible. Emploi combiné de l'hydrochlorate de morphine; abandon de la pepsine è la suite de diarrhée : rétablissement complet.

7e *cas.* — Homme de soixante-sept ans. Ulcère du duodénum (?); attaque d'hémorrhagie; grande anémie; faiblesse; perte d'appétit. Emploi de la pepsine; amélioration de la force et de l'appétit, digestion rendue facile. L'abandon de la pepsine, qui produit de la diarrhée (1).

8e *cas.* — Enfant de neuf mois allaité par une mère faible, et qui depuis quelques semaines n'avait donné le sein à l'enfant que dans la nuit et le matin. Nourri, dans l'intervalle, avec de la bouillie composée de lait et de biscuit de Robb. Pris de diarrhée; selles nombreuses le jour, très-fréquentes dans la soirée, liquides ordinairement et d'une

(1) Un effet presque constant observé par M. Corvisart est l'arrêt de la diarrhée par l'usage de la pepsine, d'où il suit que les observations sixième et septième sont exceptionnelles. (*Note du Trad.*)

couleur normale, mais parfois vertes et gluantes, d'autres fois d'une consistance naturelle; langue blanche; ventre douloureux, etc. — 50 centigrammes de pepsine par jour avec le biscuit de Robb; diminution des selles de moitié. Cessation du traitement; retour de la diarrhée. Reprise du traitement, à trois doses de 30 centigrammes; retour des selles, à deux par jour.

9e *cas.* — Enfant de quinze mois pris de diarrhée le 16 mai; neuf mois auparavant il était revenu de la campagne, et avait été traité pour une diarrhée continue et épuisante qui avait amené une grande maigreur. Sous l'influence du lait d'ânesse, puis de celui d'une nourrice, l'enfant se rétablit et engraissa. L'allaitement fut continué. Mais après quinze jours, on essaya de donner deux ou trois repas de lait et de biscuit de Robb; un troisième repas de bouillie pour remplacer la mamelle fit revenir la diarrhée. Deux ou trois doses de pepsine, de 30 centigrammes chaque, l'arrêtèrent.

DE LA MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE,

et de son traitement par le sulfate de quinine à haute dose.

(Thèse de M. le docteur Barbrau.)

Une grande question divise aujourd'hui les médecins au sujet de la fièvre puerpérale; c'est de savoir si cette maladie est une pyrexie ou une phlegmasie. Cette question paraît tranchée par les expériences de M. Hersent et de MM. Becquerel et Rodier, qui ont trouvé que la constitution du sang des femmes affectées de fièvre puerpérale est celle du sang phlegmasique, c'est-à-dire que ce sang contient une prédominance de fibrine. Ce sera, si l'on veut, une phlegmasie de la plus mauvaise nature, une phlegmasie des moins franches; mais à coup sûr ce n'est pas une pyrexie ou une fièvre essentielle.

Les accoucheurs s'accordent presque tous pour voir dans cette fièvre puerpérale une fièvre essentielle, tandis que les médecins non accoucheurs voient plus généralement en elle une fièvre phlegmasique. Cela se conçoit jusqu'à un certain point, dit M. Beau, car les accoucheurs, à force de voir cette fièvre et de ne voir que cette fièvre, ont fini, malgré eux, par la spécialiser; tandis que les autres médecins, ajoute-t-il, éclairés par l'observation comparative des autres maladies, ont mieux analysé les éléments qui la constituent. C'est pour cette raison que les découvertes faites jusqu'à ce jour dans la fièvre puerpérale sont dues presque pour la plupart à des médecins ou chirurgiens non spécialement accoucheurs. Ainsi, Bichat a montré la fréquence extrême de la péritonite dans la production de la fièvre puerpérale. Dance a découvert la phlébite utérine; M. Tonnelé la lymphangite; M. Velpeau a montré la grande part d'influence que le pus a dans la production de la fièvre; M. Beau, enfin, a continué cette série d'investigations pathogéniques en montrant :

1° Que certaines lésions anatomiques de la fièvre puerpérale peuvent être diagnostiquées, que d'autres ne peuvent pas l'être;

2° En distinguant, sous le rapport de la gravité, les péritonites puerpérales en péritonites sous-ombilicales et sus-ombilicales;

3° En montrant que la fièvre puerpérale se termine ordinairement, dans les cas de mort, par des concrétions sanguines formées dans le cœur ou les gros vaisseaux;

4° Enfin, en nous faisant connaître le traitement de cette maladie par le sulfate de quinine à haute dose, traitement qui doit être celui que l'on emploie, depuis M. Briquet, dans le rhumatisme articulaire aigu.

Entrons en matière, et apprenons de M. Barbrau, dont le zèle et le dévouement pour ses malades ont sans doute contribué aux succès de la médication quinique, apprenons de lui les idées professées à l'hôpital Cochin.

Après l'accouchement, les femmes sont fréquemment sujettes à des inflammations de l'appareil utérin et des parties qui l'avoisinent, inflammations ordinairement purulentes et se développant rapidement.

Elles peuvent se grouper dans deux localisations principales, la péritonite et la métrite.

La première comprend la péritonite proprement dite, dans laquelle le pus est sécrété à la surface de la séreuse, et la péritonite sous-séreuse, dans laquelle le pus est déposé sous la face adhérente du péritoine.

Ici nous trouvons les abcès des ligaments larges, de la fosse iliaque, de l'ovaire, du tissu cellulaire du bassin. La péritonite peut être bornée au bassin et s'appeler alors péritonite pelvienne, comme elle peut se généraliser dans toute l'étendue du ventre.

La seconde embrasse l'inflammation du tissu propre de la matrice (métrite simple ou parenchymateuse), et l'inflammation de ses vaisseaux veineux ou lymphatiques, etc. (métrite vasculaire ou angio-métrite), avec abcès métastatiques.

Toutes ces divisions sont faciles à reconnaître sur le cadavre, mais il n'en est pas de même au lit du malade. Il est à peu près impossible de distinguer une péritonite pelvienne d'une métrite, de reconnaître si la péritonite est suppurée à sa surface libre ou à sa surface adhérente, si la métrite est parenchymateuse ou vasculaire.

A ces deux espèces anatomiques (*péritonite* et *métrite*) se lient deux espèces cliniques qui se présentent à peu près toujours les mêmes, quant à leurs symptômes, à leur durée et à leur temps d'apparition.

Première espèce. — Apparaissant dans le premier septénaire, elle débute le plus souvent par un frisson, suivi d'une fièvre intense, de douleur et de tuméfaction dans la zone sous-ombilicale. Sa marche est continue et rapide. C'est la *péritonite puerpérale.*

Deuxième espèce. — Se présentant dans le second septénaire, elle offre les caractères d'une fièvre rémittente, c'est-à-dire que la fièvre continue offre d'une manière intermittente, périodique ou non, de véritables accès à stades (frisson, chaleur, sueur), complets ou incomplets. La malade accuse, à la pression, une douleur à la matrice, qu'il est facile de sentir derrière le pubis. Bientôt se développe de l'ictère.

Sa durée est moins courte et sa marche moins rapide. C'est la *phlébite utérine avec abcès métastatiques.*

Après avoir parlé de la fièvre de lait, M. Barbrau entre dans le développement de la péritonite puerpérale et de la phlébite utérine avec abcès métastatiques. Il s'étend longuement sur la première, et suit avec attention ses diverses phases. Elle est divisée en trois degrés suivant sa gravité. A ce degré ultime tout est désespéré, et la mort frappe sa victime, que celle-ci soit soumise à des symptômes de péritonite ou à des symptômes cardiaques.

Il examine ensuite avec son maître ces deux modes de terminaison de la maladie.

Prédominance péritonique. — Par cette expression, M. Beau entend le développement considérable de gaz dans la cavité intestinale sous l'influence de la péritonite; tympanite intestinale qui refoule en même temps le diaphragme en haut, et, par suite, les viscères intra-thoraciques, comme l'avait déjà remarqué M. Tonnelé. On comprendra combien peut être gêné le jeu de ces organes, quand on saura que le centre phrénique du diaphragme peut se trouver à la hauteur de la quatrième côte et même de la troisième. Ce refoulement du diaphragme donne lieu de chaque côté du thorax, jusque dans la fosse sous-épineuse, à une matité que l'on pourrait prendre pour un double épanchement pleurétique, si l'on n'était averti à cet égard. Il en résulte aussi une dyspnée considérable et une douleur violente dans les deux hypochondres, laquelle tient vraisemblablement à l'espèce d'étranglement des intestins tympanisés par le rebord des côtes, et à la tension des attaches du diaphragme violemment refoulé.

Prédominance cardiaque. — Aussi fréquente que la précédente, on la reconnaît aux signes suivants : On ressent souvent brusquement un extrême sentiment d'anxiété, d'oppression et parfois de douleur dans la région du cœur. Il y a 60 et 80 inspirations par minute. La face est grippée ou hippocratique. Le pouls très-petit, très-fréquent, régulier ou non, bat 150 à 160 fois par minute. Les extrémités sont froides. Le murmure vésiculaire des poumons est intense, puéril, et les bruits normaux du cœur confus et embarrassés. La peau se couvre de sueur, les veines jugulaires se gonflent souvent et les lèvres deviennent violacées; bien qu'affaiblie, l'intelligence est ordinairement conservée, et parfois aussi elle fait place à un léger délire ou à du coma.

Cette prédominance cardiaque a été soupçonnée par beaucoup d'auteurs, et en particulier par White.

Dans cette nouvelle terminaison fatale de la péritonite puerpérale, le cœur est évidemment atteint dans ses fonctions; il émet moins de sang qu'il n'en reçoit, et dès lors la circulation est enrayée dans son centre. C'est à cette lésion fonctionnelle du cœur que M. Beau a donné le nom d'asystolie. Enfin, arrivée à son dernier terme, la patiente tombe dans un état complet d'analgésie facile à constater par des piqûres et des pincements. Elle ne sent plus ses douleurs, elle ne se plaint plus d'oppression, bien que ses inspirations soient de plus en plus fréquentes; elle est là étendue, la face altérée, le pouls insensible, les mains glacées; elle va mourir, et, ô pénible contraste, elle se croit mieux, et elle s'éteint en parlant de convalescence et de santé.

Après avoir dit un mot de la marche et du pronostic de la maladie, il passe à une question longtemps débattue et pas encore généralement résolue : Quelle est la nature de la péritonite puerpérale? Pour M. Beau c'est évidemment une phlegmasie.

On regardait autrefois cette maladie comme une fièvre primitive, bilieuse, putride, dont l'inflammation des viscères pelviens était un résultat. C'était l'opinion de Willis, Doublet, Leake, etc.; mais les travaux de Bichat et de Gasc (1804) ont renversé cette idée, et ont prouvé que la fièvre phlegmasique dépendait de l'inflammation du péritoine. Cependant, depuis quelques années, des accoucheurs célèbres sont revenus aux idées anciennes. Ils ont posé un certain nombre d'objections aux partisans de la nature phlegmasique de la maladie, et M. Barbrau a pris à tâche de les battre en brèche et croit avoir réussi. Cette partie de son travail, sérieusement méditée, mérite la plus grande attention. Nous ne parlerons que de la sixième objection, qui est celle-ci : Le sang de la fièvre puerpérale a l'apparence de celui des affections pyrétiques, etc. Le sang des phlegmasies, réplique M. Barbrau, se reconnaît à la prédominance de la fibrine. Eh bien, dans deux analyses faites par MM. Becquerel et Rodier, dans l'une le chiffre de la fibrine était augmenté, et dans l'autre il était normal. Mais M. Barbrau aurait pu ajouter que M. le docteur Hersent, qui a analysé avec le plus grand soin le sang de 17 femmes atteintes de fièvre puerpérale, a trouvé comme moyenne de la fibrine 4,4. Il cite même des cas où elle s'est élevée jusqu'à 5,7, 6,7, 7,1. Nous savons, il est vrai, d'après les travaux de MM. Andral et Gavarret, que, dans les trois derniers mois de la grossesse et après l'accouchement, il y a dans le sang une plus grande quantité de fibrine; mais nous savons aussi que la richesse de la fibrine est une prédisposition aux phlegmasies. Or, à l'état normal, la proportion de la fibrine est de 3 parties pour 1,000, tandis que dans la grossesse le maximum est de 4,8 et la moyenne dans le dernier mois 4,3. Aussi pensons-nous, avec M. Hersent, que les résultats qu'il a obtenus contredisent complétement l'opinion commune qui rapproche la composition du sang dans la fièvre puerpérale de celle du sang dans la fièvre typhoïde; en un mot, « que le sang, comme il le dit, a généralement conservé toute sa proportion de fibrine et même plus; que, par conséquent, il n'est pas différent, comme on le pensait. »

Mais, ajoute M. Barbrau, on a fait une septième objection. Les lésions anatomiques, a-t-on dit, sont quelquefois trop légères pour expliquer la mort, et dans quelques cas, rares du reste, elles sont nulles. Nous savons que la maladie se termine par la prédominance péritonitique ou par la prédominance cardiaque. Eh bien, dans ce dernier cas, le péritoine peut ne rien présenter de bien grave à l'autopsie.

Quant aux cas rares et exceptionnels où les lésions sont tout à fait nulles, M. Barbrau, d'accord avec son maître M. Beau, admet qu'on a affaire à une pyrexie. Mais pourquoi ne pas la distinguer de la péritonite? C'est une maladie à étudier à part, et on ne doit pas la confondre avec les affections fébriles de l'état puerpéral (péritonite, phlébite métastatique, pleurite puerpérale). Qu'on l'étudie à part, et on arrivera sans doute à la reconnaître. N'a-t-on pas séparé la fièvre typhoïde du typhus *fever* des Anglais, la blennorrhagie du chancre, et M. Bassereau ne veut-il pas dédoubler le chancre, et distinguer le chancre vérolique du chancre non vérolique?

M. Barbrau cherche ensuite la cause de la mort par prédominance cardiaque, et il la trouve dans les concrétions sanguines, couenneuses ou fibrineuses que l'on rencontre dans le cœur. Il faut lire ce chapitre, où il passe en revue les opinions de M. Bouillaud, de Laënnec et de M. Beau. C'est certainement un des plus intéressants de sa thèse.

Quant à la phlébite métastatique, l'auteur n'en dit que peu de mots. Qu'il nous suffise d'indiquer sa nature, qui serait une inflammation purulente accompagnée du ramollissement de la rate et souvent de diffluence comme moitié liquide des principaux viscères. C'est là l'effet du pus répandu dans l'organisme.

Un mot sur le traitement, et nous aurons, avec la plus grande impartialité, rendu compte de la thèse si remarquable de M. Barbrau.

Traitement. — Après avoir indiqué la manière dont M. Beau gouverne ses accouchées depuis douze ou quinze ans, il passe au traitement par le sulfate de quinine à haute dose. On administre d'abord une potion ipéca-stibiée (ipéca, 1 gramme; tartre stibié, 10 centigrammes), et quelques heures après la cessation des vomissements, le sulfate de quinine en potion préférablement. La dose est de 1 à 3 grammes 50 dans 125 grammes de véhicule. On la fait prendre en trois doses de huit en huit heures, à moins que la gravité ne soit considérable, cas dans lequel à la première dose on administre la moitié de la potion. De cette manière, on tient constamment sa malade sous l'influence quinique, ce qui est essentiel.

M. Barbrau entre ensuite dans des détails d'administration qu'il est nécessaire de suivre, et dans l'exposition des effets physiologiques du médicament. Il ne néglige pas les soins hygiéniques, et surveille la convalescence.

Le traitement de la phlébite utérine métastatique est le même.

Faisant l'historique de la médication quinique, il nous apprend comment M. Beau fut conduit à administrer le sulfate de quinine comme traitement de la fièvre puerpérale, puis il donne la relation des différentes épidémies qui ont été traitées à l'hôpital Cochin de mai 1856 à juillet 1857.

Dans la première, du mois de mai au mois d'août, il y a eu 38 cas de péritonite puerpérale. Sur ce nombre, 32 femmes ont guéri, et 6 sont mortes; de ces 6, 3 n'ont pas été soumises au sel quinique.

Dans la seconde épidémie (octobre et novembre), sur 20 malades, 10 guérisons et 10 morts.

La troisième s'étend du 15 février à la fin de mars. Quatorze femmes furent atteintes. Il y eut 6 guérisons et 8 morts.

Enfin la quatrième (juin et juillet 1857) ne contient que 5 cas. Toutes les malades ont guéri.

Le traitement de la péritonite puerpérale par le sulfate de quinine n'est pas nouveau. Dès 1843, 1844, 1845, M. le docteur Leudet, de Rouen, l'employa à titre de moyen prophylactique. Aucune des femmes qui en firent usage ne tomba malade. M. le docteur Dubreuilh, à Bordeaux, et M. Cazeaux, ne furent pas aussi heureux.

Plus tard, M. le docteur Lecomte, d'Eu, administra le sulfate de quinine comme préservatif et comme curatif. Les résultats, publiés en 1851, furent extrêmement favorables.

En 1854, M. le docteur Zandyck, à Dunkerque, en fit également usage. Il compte 6 succès sur 9 cas graves.

Depuis lors, d'autres médecins ont employé cette méthode. Quelques-uns ont obtenu des succès, mais d'autres ont complétement échoué. Leurs revers ne pourraient-ils pas provenir de ce qu'ils n'ont pas employé le médicament comme l'ont indiqué MM. Beau et Barbrau? Dans des choses de cette importance, les détails ont de la valeur, et, selon l'idée de M. le professeur Trousseau, le *modus faciendi* d'un traitement a quelque chose de sacramentel.

Il ne faut pas croire, cependant, que le sulfate de quinine guérisse toutes les fièvres puerpérales. Personne n'a cette prétention.

Dans des cas nombreux et suivant le génie épidémique, il échoue fréquemment; mais il n'en reste pas moins le médicament le plus précieux contre cette terrible maladie, tout comme, dans les fièvres pernicieuses, il est toujours regardé comme le remède héroïque, quoique, d'après les observations de M. le docteur Maillot, son action soit souvent nulle. Dr NICOLAS.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE.

Extrait d'une lettre adressée à M. le président de l'Académie de médecine dans la séance du 3 août, par M. LERAS.

Monsieur le président,

J'ai lu dans l'*Union médicale* que la question du pyrophosphate de fer citro-ammoniacal avait été résolue tout à fait à l'avantage de M. Robiquet, et que celle du pyrophosphate de fer et de soude avait à peine été mentionnée. Permettez-moi de vous exposer brièvement mes travaux sur ce point, et de montrer à l'Académie l'importance thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude, qui, sous le même volume, offre un composé plus riche en fer métallique que tous ceux proposés jusqu'à ce jour.

Et d'abord, je n'ai pas inventé le pyrophosphate de fer et de soude: cette découverte appartient à M. Persoz; seulement son sel, ainsi que l'a fait remarquer M. Boudet dans son rapport, ne peut être administré, à cause de la grande quantité de pyrophosphate de soude qu'il tient en dissolution. En 1847 et 1848, après de longues recherches sur la composition de ce sel, je parvins, en modifiant les éléments employés par M. Persoz, et avec un *modus faciendi* nouveau, à dissoudre, sous un même volume, plus de fer métallique, tout en diminuant les doses de pyrophosphate de soude. Mes recherches sur l'emploi de ce sel en thérapeutique et son action sur le suc gastrique, ont été communiquées à l'Académie des sciences et résumées dans ses comptes rendus du 17 septembre 1849; la préparation que je soumettais alors était, sans saveur des sels de fer, complétement neutre, et ne précipitait pas en présence du suc gastrique.

En 1854, le 17 novembre, je crois, j'ai présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur l'utilité et l'importance en thérapeutique de mon nouveau pyrophosphate de fer et de soude; j'attends que l'Académie veuille bien examiner mon travail.

En 1857, M. Robiquet a présenté un pyrophosphate de fer; à cette occasion, j'ai eu l'honneur d'écrire à l'Académie, le 28 mars et le 17 novembre 1857, pour réclamer la priorité; M. le rapporteur n'a tenu aucun compte de ces indications.

Qu'il me soit permis de faire connaître à l'Académie en quoi la préparation que je propose diffère des autres et quels sont ses avantages. Le pyrophosphate de fer et de soude, tel que je le prépare et le préparerai sous les yeux de votre commission, est le plus riche en fer métallique des préparations de ce genre, et peut se concentrer à volonté sans altération. Celui avec lequel j'ai obtenu de beaux résultats s'obtient par les proportions suivantes :

Eau distillée très-pure. . . .	600 grammes.
Pyrophosphate de soude. . .	30 —
Sulfate de fer pur.	14,93

Ces quantités de sel correspondent à la formule 3 $(2NaO.PhO^5) + 2Fe^2O^3.3PhO^5 + 6\,(NaO.SO^3)$. La réaction a d'abord lieu entre trois équivalents de pyrophosphate de soude et deux équivalents de sulfate ferrique. Le pyrophosphate de fer qui se forme se dissout dans trois équivalents de pyrophosphate de soude.

Il peut s'administrer sous forme de sirop; mais comme activité, je conseille toujours la solution de préférence.

Le sel que j'obtiens contient :

Plus du double de fer que celui de M. Persoz, et moitié moins de pyrophosphate de soude ;

Six fois et demie seulement plus de fer que celui de M. Soubeiran, et un tiers seulement de pyrophosphate de soude qu'il emploie ;

Près de trois fois et demie de fer de plus que celui de M. Robiquet.

Je suis, en outre, parvenu à obtenir le pyrophosphate de fer et de soude entièrement soluble, sous forme d'une poudre blanche, sans saveur, et contenant 9 p. 100 de fer métallique.

On a reproché au pyrophosphate de fer et de soude sa saveur désagréable; je puis affirmer que les nombreux malades qui ont pris cette préparation n'ont jamais émis une telle plainte; d'ailleurs, le sirop est très-agréable et se conserve toujours très-blanc.

Je ne puis mieux faire pour confirmer ce que j'avance que d'invoquer le témoignage des savants médecins qui l'ont mis en usage, et parmi lesquels je suis heureux de citer MM. Arnal, Aran, Barth, Bazin, Bernutz, Cazenave, Costilhes, Denonvilliers, Gillette, Gros, Guibout, Monod, Martin Saint-Ange, Natalis Guillot, Otterbourg, Pelletan, Robert, Schuster, Vernois, etc.

J'ai l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien renvoyer mon mémoire à une commission à la disposition de laquelle je me mettrai avec empressement, si elle le désire.

Recevez, etc. LERAS,

Docteur ès sciences, inspecteur d'Académie à Besançon.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 août 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Affection calculeuse d'un jeune yak. — M. J. CLOQUET communique à l'Académie une observation relative à une maladie des voies urinaires d'un jeune yak (taureau de la Chine), mort au mois de juin dernier, observation recueillie par M. Missonier, vétérinaire à Murat, et que M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire l'a prié d'examiner.

M. Missonier apprit de l'un de ses confrères que ce jeune taureau, avant de mourir, n'avait pas uriné depuis deux jours; que cette rétention avait été précédée de vives douleurs et d'efforts violents pour expulser seulement quelques gouttes d'urine; que l'appétit avait disparu; que les selles étaient dures, et enfin que l'animal était mort après de violentes convulsions. Le médecin-vétérinaire qui avait d'abord été appelé, s'était contenté d'administrer des breuvages et des lavements adoucissants, et d'appliquer un bandage compressif sur une tumeur herniaire située sur le côté droit de la partie moyenne du pénis. M. Missonier, à l'inspection du cadavre, constata l'existence d'un engorgement considérable s'étendant depuis le plat des cuisses jusqu'à la moitié inférieure du sternum; de plus, la membrane muqueuse du rectum était fortement renversée, la bouche écumeuse et les yeux très-injectés.

L'autopsie fit reconnaître que cet engorgement était dû à l'infiltration d'un liquide séreux ayant effacé le relief du pénis et de la hernie. Les testicules étaient également engorgés par l'infiltration; les muscles du train postérieur étaient pâles, infiltrés et comme lavés. On sentit à travers les parois de la verge, à 10 centimètres environ de l'extrémité de l'urèthre, des corps résistants, comme pierreux. Le canal étant ouvert, on trouve cinq calculs, adossés les uns à la suite des autres, et retenus par une sorte de poche de la membrane muqueuse entraînée par ces corps étrangers lors des efforts pour l'expulsion de l'urine. La membrane muqueuse, ainsi repliée et épaissie, était fortement injectée, et dans cet endroit le canal était complétement obstrué sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Le repli de la membrane muqueuse étreignait fortement les calculs.

En examinant la prostate, on reconnut qu'elle renfermait également un calcul développé dans un cul-de-sac de la membrane muqueuse, épaissie et fortement injectée. Dans cette région cependant, le canal n'était pas complétement obstrué, et permettait le passage d'un petit filet d'urine.

La vessie était contractée, plissée, plongée au milieu du liquide séreux contenu dans l'abdomen, et renfermait aussi un calcul, le plus volumineux de tous. Ce dernier calcul semblait avoir déterminé une ulcération de la vessie, de la largeur d'une pièce de deux francs, à bords calleux, très-ecchymosés. Les reins étaient sains : la plèvre contenait de trois à quatre litres de sérosité, et le péritoine un peu davantage. Les poumons étaient congestionnés et gorgés d'un sang noir et poisseux. Des caillots abondants remplissaient le ventricule droit du cœur et les gros troncs veineux qui aboutissent à l'oreillette correspondante. Les vaisseaux du cerveau et des méninges étaient distendus d'un sang noir.

Les calculs, de forme et de volume différents, présentent tous la même apparence à leur surface. Le plus volumineux, trouvé dans la vessie, est arrondi et légèrement aplati; les autres sont plus ou moins anguleux. La surface de ces calculs est formée par l'agglomération de petites granulations sphériques qui lui donnent une apparence chagrinée, et présentent un reflet métallique qui a jusqu'à un certain point la couleur et le brillant de l'or, ou plutôt du deuto-sulfure d'étain connu sous le nom d'or *mussif*. J'ai déjà observé cette couleur brillante métallique sur des calculs urinaires d'autres espèces de bœufs, de moutons et sur des calculs de la prostate chez l'homme. Le brillant qu'ils présentent n'est point altéré par leur séjour prolongé dans l'alcool ou dans l'éther. Ces calculs sont formés de couches concentriques minces, fortement adhérentes entre elles. Leur odeur est fétide. M. le docteur Lecomte, agrégé de la Faculté de médecine, que j'ai prié de vouloir bien analyser ces concrétions, a trouvé au centre de l'une d'elles, et lui servant de noyau, des débris organiques présentant l'aspect de poils, mais ayant sous le microscope l'apparence de granulations et de cellules épithéliales.

Il résulte de l'analyse chimique que ces calculs sont formés de matières organiques insolubles ayant l'apparence de cellules épithéliales, et de matières minérales représentées par le carbonate de chaux et le phosphate ammoniaco-magnésien, ce dernier en moindre quantité que le carbonate de chaux.

L'observation de M. Missonier, ajoute M. Cloquet, est intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous montre dans l'espèce bovine le chatonnement de calculs urinaires par une dilatation de l'urèthre et la duplicature de sa membrane muqueuse : cas pathologique que l'on rencontre quelquefois chez l'homme et qui rend l'opération de la taille délicate et grave, surtout lorsque la poche muqueuse est intimement adhérente à la surface du calcul, et qu'on ne peut faire l'extraction de ce dernier sans tiraillement et dilacération des parties voisines. En 1816, j'ai été témoin d'un fait de ce genre à l'hôpital de perfectionnement de la Faculté de médecine.

Un jeune paysan fut reçu dans la salle de cet hôpital pour y être traité d'un calcul urinaire qui s'était arrêté ou développé au niveau de la portion bulbeuse de l'urèthre, et dont il était atteint depuis plusieurs années. Ce calcul était volumineux et faisait au dehors une saillie remarquable entre le périnée et les bourses. Il laissait passer, quoique difficilement, l'urine qui avait creusé un léger sillon sur l'un des points de sa surface, comme on le reconnut après son extraction. L'opération, pratiquée par le célèbre chirurgien qui dirigeait alors un établissement dans lequel il a laissé de précieux souvenirs, fut longue et douloureuse, et l'opérateur eut beaucoup de peine à dégager le calcul de la poche muqueuse qui le coiffait, et adhérait très-fortement à la plus grande partie de sa surface. Les tiraillements, les déchirements qu'on avait été obligé d'opérer furent suivis d'une réaction inflammatoire des plus violentes, d'infiltration urineuse, de gangrène, et le malade succomba quelques jours après avoir subi cette opération.

Le jeune taureau yak, dont j'ai relaté l'observation, a manifestement péri à la suite des accidents auxquels a donné lieu la rétention de l'urine par cause mécanique, comme l'ont démontré l'exposition des symptômes et l'autopsie cadavérique (1).

Il est à regretter que le vétérinaire qui fut appelé en premier lieu n'ait pas reconnu la nature précise de la maladie par la palpation attentive du pénis, à travers les parois duquel il aurait pu sentir probablement les concrétions qui l'obstruaient, et par l'introduction d'un cathéter. Peut-être alors, malgré sa gravité, l'opération aurait-elle pu sauver la vie de l'animal.

(1) L'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané n'était point due à un épanchement d'urine, car il y aurait eu de la gangrène, et M. Missonier l'aurait noté dans son observation. Nous devons observer ici la coïncidence qui existait entre la rétention d'urine d'une part, et, de l'autre, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire et l'épanchement considérable de sérosité dans la cavité des plèvres et du péritoine.

Absorption et dégagement des gaz par les dissolutions salines et par le sang. — M. BALARD lit en son nom et au nom de MM. Dumas, Milne-Edwards et Cl. Bernard, un rapport sur un mémoire de M. Fernet, intitulé : *Sur l'absorption et le dégagement des gaz par les dissolutions salines et par le sang.*

Ce mémoire, dit M. le rapporteur, est destiné à éclairer par des déterminations précises quelques-uns des problèmes que présente la respiration. L'absorption et le dégagement de gaz qui accompagnent cette fonction sont-ils le résultat d'une action purement physique, et peuvent-ils être expliqués par le simple phénomène de la solution? C'est l'opinion qui a été soutenue par quelques expérimentateurs. Les faits connus tendent cependant à faire penser que pour le sang l'absorption des différents gaz, sans être indépendante de la pression, s'écarte assez notablement de la loi de Dalton pour faire penser que ces phénomènes, dus en très-grande partie à la solution proprement dite, pourraient bien être modifiés par une action chimique véritable exercée par quelques-uns des matériaux du fluide sanguin. Faire la part de ces deux ordres de phénomènes, savoir ce qu'il faut attribuer à la pénétration dans les intervalles moléculaires des liquides, de groupements gazeux conservés intacts, condensés par un phénomène purement physique, et variant dès lors avec la pression; apprécier pour quelle portion y entre la combinaison ou la préparation à la combinaison elle-même qui donne lieu à des groupements nouveaux, phénomènes sur lesquels influe la nature du liquide, mais qui sont indépendants de la pression, telle est la connaissance plus précise que M. Fernet a voulu ajouter aux observations de ses nombreux devanciers.

Suit le détail des expériences, dont M. le rapporteur résume ensuite les résultats en ces termes :

L'action des matériaux inorganiques du sang une fois appréciée, M. Fernet a pu saisir pour quelle part entrait dans ce phénomène complexe celle des matières organiques quand on opère soit avec le sérum du sang, soit avec le sang lui-même chargé de ses globules. Le résultat général de ses expériences faites avec le sérum, c'est que la présence de l'albumine qui le constitue d'une manière presque exclusive, diminue la solubilité de l'azote et de l'acide carbonique, dont les quantités dissoutes par un simple phénomène de solution varient proportionnellement à la pression, tandis que la présence de cette albumine détermine une solubilité plus grande de l'oxygène, qui semble déjà retenu par une espèce d'affinité.

Mais ce sont surtout les globules sanguins qui contribuent à cette absorption et à cette fixation d'oxygène dans le sang. Ces globules n'influent pas sensiblement sur la solution de l'acide carbonique; mais ils absorbent l'oxygène et le condensent, par une activité qui leur est propre, avec beaucoup d'énergie. La quantité d'oxygène fixée par cette cause est cinq fois plus grande que celle dont se chargerait le sérum par un simple phénomène de dissolution, et cela en opérant à la pression ordinaire. Or, si l'on réfléchit que dans l'air l'oxygène ne supporte que le cinquième de la pression, et que la masse dissoute doit n'être dès lors qu'un cinquième de celle qui serait dissoute si on respirait de l'oxygène pur, il en résulte que dans le phénomène de la respiration le volume d'oxygène condensé par les globules sanguins est vingt-cinq fois plus considérable que celui dont la partie liquide du sang se charge par un simple phénomène de dissolution. Si l'on admet que la fibrine telle qu'elle existe dans le plasma ne modifie pas notablement l'action que le gaz défibriné exerce sur l'oxygène, c'est dans ces globules qu'on devra voir le véritable régulateur de l'action de l'oxygène : ce sont eux qui rendent le phénomène à peu près indépendant de la pression.

Dans quel état existe cet oxygène? Agit-il d'une manière immédiate sur la matière organique qui l'a condensé? Non, il reste disponible pour produire plus tard les phénomènes de la combustion intérieure, semblable en cela à cet oxygène condensé par l'essence de térébenthine qui avant de la transformer en résine se maintient pendant quelque temps libre et avec des aptitudes à la combinaison exaltées, et qui lui font produire des phénomènes d'oxydation que l'oxygène ordinaire ne réaliserait pas. Cet oxygène condensé par les globules, on peut l'extraire par l'action du vide presque absolu, aidé d'une température voisine de celle des animaux à sang chaud; on peut aussi l'éliminer par un courant de gaz étranger, sans qu'il entraîne avec lui de l'acide carbonique, fait important observé par M. Marchand et que M. Fernet a été amené à vérifier dans l'exécution de ses propres recherches.

M. le rapporteur termine en ces termes :

« Nous pensons que par la bonne direction donnée à ses recherches et le soin avec lequel elles ont été exécutées, M. Fernet a fourni pour la solution du grand problème des fonctions de la vie, des données précises que les physiologistes peuvent, dans leurs études, employer avec confiance; et c'est pour que l'Académie elle-même rende ce témoignage, que nous demandons que le travail de M. Fernet soit inséré dans le recueil des *Savants étrangers*. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— M. LEWIS présente au concours pour le prix du *legs Bréant* un mémoire sur les causes des dartres.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

— L'Académie renvoie à la même commission une note de M. CH. WILLIAMS, de Londres, sur l'efficacité de l'ammonio-citrate de fer dans le traitement du choléra-morbus.

La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 11 août, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du douzième arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; 2° Communication sur la fièvre puerpérale, par M. Mattei; 3° Des affections nerveuses du col de la vessie, par M. Vial de Rajat; 4° De l'intervention chirurgicale dans les ophthalmies par M. Coursserant; 5° Communications diverses.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Depuis le 10 courant, les bureaux du Journal sont transférés rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

PARIS, LE 11 AOUT 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a repris hier, pour la terminer, la discussion sur la ligature de l'œsophage. M. Trousseau, obligé de s'absenter, a confié à M. Bouley le soin de défendre le rapport. M. Bouley, avant de livrer les conclusions au vote de l'Académie, a cru devoir insister de nouveau sur les dangers de cette opération, apportant à l'appui le témoignage de M. Briquet, qui a vu des chiens auxquels il avait administré une dose déterminée de sulfate de quinine, puis lié l'œsophage, succomber rapidement, tandis que les mêmes doses avaient été supportées sans accidents par des chiens dont l'œsophage n'avait pas été lié; et il a pris occasion de ce nouveau surcroît de preuve pour insister encore une fois sur les dangers qu'il y aurait à s'en remettre désormais à ce genre d'expériences pour l'étude des agents toxiques. Les intérêts du rapport, qui ne conclut pas précisément tout à fait dans ces termes, étaient déjà, comme on voit, quelque peu compromis.

Les preuves que la ligature de l'œsophage peut donner lieu à des accidents graves, souvent même mortels, dans un temps plus court que celui qui avait été assigné par Orfila, ces preuves abondent maintenant ; et si les expériences de MM. Bouley et Reynal n'avaient point suffi pour établir ce fait, celles qui ont été faites sous les yeux de la commission et par la commission elle-même, l'eussent au besoin suffisamment démontré. Mais là n'est plus aujourd'hui la question. Les faits de M. Bouley sont vrais, personne n'en doute; mais ils ne peuvent détruire les faits contraires d'Orfila. Or, ce qu'Orfila a vu et fait, de nombreux témoins l'ont vu avec lui et comme lui, et quelques-uns sont venus encore aujourd'hui affirmer qu'ils n'avaient jamais vu la ligature de l'œsophage produire entre les mains d'Orfila les résultats observés par la commission. Quelle est la cause de cette différence? Telle était la question qu'il eût surtout importé de résoudre après avoir mis en présence des faits éminemment contradictoires. La commission a bien essayé de résoudre la question, et nous lui avons à cet égard rendu déjà la justice qu'elle méritait ; elle a indiqué quelques-unes des causes auxquelles elle a cru devoir attribuer, en partie au moins, cette différence capitale dans les résultats : entre autres le degré de constriction et le soin ou la négligence que l'on avait mis à éviter les nerfs qui longent l'œsophage. Mais malgré cette utile distinction et les sages prescriptions qu'elle en a déduites dans la rédaction de ses conclusions, il a paru encore à quelques membres que cette question n'était pas suffisamment élucidée.

M. Bouillaud, qui a fait de nombreuses expériences sur des chiens, et qui sait par conséquent combien ces animaux résistent en général aux opérations les plus graves, ne se rend pas compte des accidents qu'on met maintenant sur le compte de la ligature, accidents qui n'ont jamais été constatés ni par Orfila ni par Magendie, qui pratiquait aussi la ligature de l'œsophage dans ses expériences sur l'action de l'émétique.

M. Velpeau s'est montré tout aussi peu édifié, et il a eu l'indiscrétion de demander à M. Bouley comment il s'expliquait lui-même de semblables contradictions.

Enfin M. Bouillaud, plus pressant encore dans une deuxième réplique, a demandé formellement que de nouvelles expériences fussent instituées pour rechercher les causes de ces différences, et compléter ainsi l'élucidation d'une question que le rapport laisse à cet égard dans une demi-obscurité.

Mais M. Bouley, qui fait sans doute partie de la Société protectrice des animaux, s'y est nettement refusé. Assez de victimes comme cela! s'est-il écrié. L'Académie est suffisamment éclairée sur les faits. Et l'Académie, peut-être un peu lasse de discussions, n'a pas mieux demandé que de se déclarer éclairée. Les conclusions ont été votées alors une à une, avec quelques modifications introduites dans les deux dernières seulement, sur la proposition de M. Devergie.

Les retranchements faits aux deux dernières conclusions ont une signification qui ne peut échapper à personne; elles donnent une sorte de consécration au fait établi par les expériences de M. Bouley. Aussi le délégué du rapporteur n'a-t-il opposé qu'une assez molle résistance aux propositions de plus en plus restrictives de M. Devergie. Il est certain que les conclusions, telles qu'elles résultent maintenant de cette délibération, sont peut-être plus conformes à l'esprit et au texte du rapport, que la rédaction primitive où l'on avait laissé percer une disposition évidente à la conciliation. Mais, dans ces termes, il faut oser le dire maintenant, l'œuvre de la commission n'est plus complète; elle laisse une lacune importante sur laquelle nous appelons l'attention des futurs expérimentateurs. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. GOSSELIN.

Observation de fissure à l'anus réfractaire aux moyens de traitement habituels.

Réflexions sur cette variété de fissure, et sur son traitement par la dilatation quotidienne.

Une malade qui a quitté il y a peu de jours l'hôpital Cochin, a fourni à M. Gosselin l'occasion d'exposer les résultats de son observation clinique sur les fissures à l'anus.

Parmi ces fissures, il en est, et ce sont les plus nombreuses, qui guérissent facilement par l'un des moyens connus, et d'autres dont la guérison est très-difficile à obtenir et n'a lieu qu'après des traitements variés; encore n'est-on jamais sûr en pareil cas que la maladie ne récidive pas.

Les fissures qui guérissent facilement, quoique douloureuses pendant la défécation, sont celles qui ne sont pas anciennes, et celles qu'on observe chez les hommes. M. Gosselin en a vu guérir quelques-unes à la suite d'un pansement quotidien avec les petites mèches enduites de pommade à l'extrait de ratanhia, ou d'onguent de la mère, comme l'a conseillé Campaignac; mais le plus grand nombre ont cédé à la dilatation forcée ou à l'incision du sphincter, suivant la méthode de Boyer. Le chirurgien de l'hôpital Cochin n'a pas de préférence exclusive pour l'une ou l'autre de ces opérations. Il reconnaît que la première est plus expéditive et plus commode pour les malades que la seconde, mais cette dernière met plus sûrement à l'abri des récidives, et il a remarqué que la persistance de la fissure et de ses douleurs après la dilatation forcée s'observait plus souvent chez la femme que chez l'homme. Pour cette raison, et aussi parce que beaucoup de femmes disposent plus facilement de leur temps pour se soigner que les hommes, il conseille volontiers à ceux-ci la dilatation forcée, et aux femmes l'incision.

Il lui est arrivé à plusieurs reprises, notamment dans quelques cas où la dilatation forcée avait échoué, de combiner les deux méthodes, c'est-à-dire de faire d'abord la dilatation, puis, séance tenante, d'inciser la fissure, devenue facile à voir et à découvrir dans toute son étendue.

Il résulte, en un mot, des faits nombreux qu'a rencontrés M. Gosselin, tant à l'hôpital de Lourcine, où cette maladie est fréquente, qu'à l'hôpital Cochin et dans sa pratique particulière, que la fissure à l'anus peut guérir et guérit souvent par l'emploi de l'une ou l'autre des méthodes généralement connues, et, s'il lui était permis de généraliser, il donnerait la préférence à la dilatation forcée pour l'homme et à l'incision pour la femme. Mais il reconnaît qu'à côté de ces fissures qui guérissent promptement, un certain nombre d'autres résistent à plusieurs méthodes successivement employées, ou guérissent pour être suivies bientôt de nouvelles fissures aussi douloureuses que la première. Dans ces cas, plusieurs moyens doivent être employés les uns après les autres, comme dans l'observation qu'on va lire, dans laquelle, après avoir échoué, ou n'avoir réussi qu'imparfaitement avec la dilatation forcée seule, la dilatation forcée suivie d'incision, l'incision seule, les petites mèches enduites d'onguent de la mère, M. Gosselin a fini par obtenir la guérison presque complète avec la dilatation modérée répétée tous les jours.

La malade dont il s'agit était âgée de vingt-trois ans ; elle souffrait en allant à la garde-robe, et après y avoir été, depuis environ six années, sans avoir eu ni accouchement ni maladie vénérienne qui en aient été le point de départ. Elle a été traitée pour ces douleurs, en 1852, par M. Maisonneuve, qui a, dit-elle, reconnu une fissure, a fait respirer du chloroforme, et a dilaté fortement avec ses doigts. Elle eut au bout de quelques jours une garde-robe facile et non douloureuse ; mais bientôt après les douleurs reparurent après la défécation, ce qui ne l'empêcha pas de dire au chirurgien qu'elle se trouvait bien et qu'elle était guérie. M. Gosselin fait remarquer à ce propos que les femmes atteintes de maladies de l'anus sont assez disposées à induire ainsi les chirurgiens en erreur, et, pour se soustraire à de nouvelles investigations, à déclarer qu'elles vont bien lorsqu'elles n'ont obtenu qu'une légère amélioration. Quoi qu'il en soit, notre malade ne tarda pas à revenir dans l'état où elle se trouvait auparavant, c'est-à-dire à être fort constipée, à n'aller à la garde-robe que tous les quatre ou cinq jours avec des douleurs souvent intolérables. Néanmoins, elle se refusa longtemps à consulter et à se faire traiter de nouveau, et elle se contenta de prendre de temps à autre des lavements qui palliaient le mal sans le guérir. Fatiguée de souffrir toujours, elle se décide enfin à entrer à l'hôpital Cochin, où on constate à la partie postérieure de l'anus une petite fissure se terminant en bas par une hypertrophie condylomateuse de la peau. La malade est endormie par le chloroforme, et l'habile maître procède alors à la dilatation forcée avec ses doigts, et incise séance tenante au niveau de la fissure.

La malade est pansée les jours suivants avec une mèche enduite de cérat. Pendant quelques jours elle ne va pas à la garde-robe et ne se plaint d'aucune douleur ; mais le premier jour qu'elle y est allée, elle a souffert beaucoup. Les jours suivants la douleur s'est encore reproduite, seulement avec un peu moins d'intensité. Enfin, au bout d'une quinzaine de jours, la malade continuant à se plaindre, M. Gosselin fait une nouvelle incision du sphincter, à la partie antérieure de l'anus, et excise les deux petits condylômes. Après cette nouvelle opération, la malade a eu des garde-robes plus faciles, mais encore un peu douloureuses, et lorsque la cicatrisation a été complète, elle a continué à dire qu'elle souffrait toujours un peu, pendant huit ou dix minutes après le passage des matières fécales. Elle fut pansée avec de très-petites mèches enduites soit de cérat opiacé, soit d'onguent de la mère, et comme ce moyen ne réussissait pas encore, quoique la cicatrisation se maintînt, le judicieux chirurgien de Cochin prit le parti de faire tous les jours la dilatation avec le doigt indicateur introduit dans l'anus. Après une vingtaine de jours de ce nouveau traitement, la malade s'est trouvée mieux en ce sens qu'elle allait de temps en temps à la garde-robe sans souffrir, et que la douleur, quand elle paraissait, était moins vive et moins prolongée qu'avant. Elle a dès lors demandé à partir. Depuis sa sortie, la malade est venue témoigner sa reconnaissance à M. Gosselin et lui apprendre qu'elle ne souffrait plus du tout en allant à la garde-robe, et qu'elle était dans l'état le plus satisfaisant.

Cette observation prouve donc que les douleurs de la fissure à l'anus ne guérissent pas toujours aussi facilement et aussi vite qu'on le croit généralement, et que ces douleurs, au lieu d'être dues, comme on le dit assez habituellement, à la contracture du sphincter, sont entretenues par une sensibilité particulière qui se développe en même temps que les fissures, ou que l'herpès ou l'érythème dont elles sont précédées. M. Gosselin compare cette sensibilité anormale à celle du côté, à la suite du zôna. En effet, il a eu souvent l'occasion, à l'hôpital de Lourcine, de constater que les fissures de l'anus étaient précédées d'un herpès ou d'un érythème ano-périnéal, maladies assez communes chez les femmes atteintes d'affections vénériennes. La douleur, à la pression, s'éveille en même temps que la fissure se produit, et on comprend que les femmes prédisposées par un état particulier de leur constitution, puissent conserver cette sensibilité, alors même que la solution de continuité a disparu. Dr A. NICOLAS.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE.—M. BERTULUS.

Dans quels cas doit-on employer les émissions sanguines au début des fièvres exanthématiques, et notamment de la scarlatine.

(Leçon recueillie par M. E. MAURIN, élève externe du service.)

Pinel, dans sa *Nosographie philosophique*, a rangé l'érysipèle

symptomatique, la rougeole et la variole dans la classe des phlegmasies cutanées, ce qui fait déjà pressentir le rôle que jouent pendant leur cours l'irritation et la pléthore sanguine, et l'utilité que peuvent avoir contre elles les émissions sanguines. Hâtons-nous de dire toutefois qu'il est impossible de considérer ces affections comme de simples phlegmasies. Ne serait-ce pas prendre l'effet pour la cause, confondre le symptôme avec l'état général dont il n'est que l'expression? car il ne faut pas oublier que l'érysipèle lui-même, dans l'immense majorité des cas, est symptomatique, et que la variole, la scarlatine et la rougeole, sont généralement attribuées à l'élaboration dans l'économie de principes virulents particuliers. La nature s'efforce d'amener l'élimination de ces principes à l'aide d'une véritable crise qui se fait par la peau, et qui a pour résultat final l'éruption pathognomonique. C'est de ce double travail d'incubation et d'élimination que dérivent tous les troubles fonctionnels qui marquent les diverses périodes des fièvres exanthématiques.

Le traitement des fièvres éruptives varie nécessairement selon qu'elles sont bénignes ou intenses, simples ou compliquées de différents éléments morbides dont il faut tenir compte.

Parmi ces complications, les plus communes sont les fluxions graves qui s'établissent souvent au moment de l'invasion sur les divers organes renfermés dans les cavités splanchniques, et notamment sur le cerveau, les poumons et le tube digestif. Dans les cas simples, la diète, les boissons délayantes et légèrement diaphorétiques, telles que les infusions de sureau, de mauve, chaudes et miellées, suffisent pour favoriser l'éruption et amener une solution heureuse. Mais lorsque la période d'invasion se prolonge sans que l'éruption puisse se décider, et que par cette cause même on voit survenir du délire, des mouvements convulsifs, une agitation extrême, ou bien encore une dyspnée inquiétante qui se rapporte à un engouement pulmonaire justifié par l'auscultation, faut-il se borner à la simple médication que nous venons de mentionner? De même, dans la variole et dans l'érysipèle, faudra-t-il demeurer impassible devant une gastro-entérite compromettante pour la vie du sujet? Et dans la scarlatine, doit-on oublier que l'angine gutturale qui l'accompagne presque toujours, peut, lorsqu'elle acquiert un certain degré d'intensité, se terminer par la gangrène?

Nous pensons que dans ces divers cas, qu'on peut à la rigueur considérer comme exceptionnels, mais qui se présentent néanmoins assez fréquemment, le médecin observateur doit modifier profondément la thérapeutique ordinaire des fièvres éruptives, en appliquant à toutes l'aphorisme si connu de Cotuguo :

Morborum curatio ita fere instituenda est in variolis, uti institueretur si variolæ non adessent.

D'après ce raisonnement, la saignée peut donc être indiquée dans le cours des fièvres exanthématiques; voyons quelles sont sur ce point les opinions des plus grands praticiens.

Sydenham employait la saignée générale dans le cours de la variole et de la rougeole, et la proscrivait contre la scarlatine. Mais nous pensons, avec MM. Trousseau et Pidoux, qu'il n'avait à traiter que des cas extrêmement bénins de cette maladie, où même de simples érythèmes, car il n'est question dans ses écrits ni du mal de gorge pathognomonique, ni de l'anasarque consécutive à l'affection.

Dans le *Traité des maladies les plus fréquentes*, publié en 1724, à l'article *Petite Vérole*, Helvétius dit : « Lorsque la fièvre devient violente, qu'elle est suivie d'assoupissement ou de transport au cerveau, de rêveries ou d'inquiétudes extraordinaires, il faut faire saigner le malade du pied, pourvu que ce soit pendant le temps de l'éruption, car cette saignée deviendrait inutile plus tard. »

Huxham, dans son *Traité des fièvres*, a dit, en parlant de la petite vérole : « Lorsque le pouls est plein ou ondoyant, la chaleur excessive, la respiration laborieuse, le visage enflammé, les yeux ardents, que le malade est dans la frénésie et que les artères carotides et temporales battant avec force dénotent l'inflammation des méninges ou du cerveau, on ne saurait trop se hâter de recourir à la saignée du bras. Après elle, je ne connais rien qui produise un meilleur effet que la saignée du pied. Dans ces sortes de cas, la saignée ne retarde jamais l'éruption. »

Lieutaud dit sur le même sujet : « La saignée est quelquefois nécessaire au début de la scarlatine; elle peut même convenir après l'éruption, si l'état du pouls et celui de la tête l'exigent. *Je n'ai pas vu dans ce cas qu'elle l'ait fait rentrer, ainsi que le vulgaire se l'est persuadé.* Même opinion pour la rougeole et la variole. »

Voici les paroles de Stoll : « *Je n'ai aucun égard à l'éruption quand le sujet est pléthorique, disposé aux inflammations, et je recours sans hésiter à la saignée et aux autres moyens antiphlogistiques.* »

Cullen (*Éléments de médecine pratique*, t. I), parle en ces termes : « Lorsqu'il y a un degré assez intense de fièvre, avec un pouls plein et un gonflement considérable des amygdales, la saignée est très-convenable surtout chez les adultes; mais il est rarement nécessaire de la réitérer. » Même opinion relativement à la petite vérole et à la rougeole, lorsque des phénomènes alarmants ont lieu au moment de l'éruption.

D'après Nysten (*Manuel de Médecine*, art. Scarlatine) : « La saignée générale favorise l'éruption et modère les phénomènes généraux intenses qui en marquent le début. »

La même opinion est formulée dans le *Grand dictionnaire des sciences médicales* et dans le *Dictionnaire* en 21 volumes, art. Scarlatine.

MM. Trousseau et Pidoux font remarquer que dans la scarlatine les émissions sanguines sont moins indiquées que dans la rougeole et la variole. « Il existe, disent-ils, chez certains scarlatineux, un état de turgescence générale, de congestion cérébrale, de tuméfaction douloureuse avec roideur dans les articulations, pouls assez élevé, vomissements, difficulté de l'éruption à se généraliser, etc.; accidents qui semblent déterminés et produits par une pléthore évidente, pléthore impossible, sans doute, à séparer de l'état spécifique, pléthore scarlatineuse, et en cela ne supportant la saignée qu'avec des ménagements calculés; *il n'en est pas moins vrai* qu'aucune autre indication formelle ne se présentant, il faut tirer du sang dans ce cas et se conduire ensuite suivant le précepte *a Juvantibus et lædentibus*. »

Enfin un médecin anglais, M. Dewar, a publié, en 1835, un tableau statistique d'où il résulte qu'ayant employé dans 183 cas de scarlatine la saignée jusqu'à disparition de l'éruption, et cela avec un succès constant, il n'a jamais vu survenir l'anasarque consécutive.

Mais, avec MM. Trousseau et Pidoux, nous croyons que l'on ne saurait adopter une méthode aussi exclusive sans tomber dans un empirisme grossier.

Le bain, la saignée générale, les applications de sangsues, trouvent leurs indications lorsque l'éruption se fait difficilement, et lorsque des fluxions viscérales et des inflammations intenses se présentent. Employés en temps et lieu, ces moyens thérapeutiques deviennent héroïques et assurent souvent une heureuse terminaison aux plus dangereuses fièvres éruptives. — Vous avez eu, entre autres, sous les yeux, l'année dernière, un cas de variole qui s'est présenté à nous sous la fausse apparence d'une pneumonie à caractère insidieux : une saignée de 300 grammes fut faite, les symptômes de la fluxion vers les poumons disparurent, l'éruption variolique se montra, et la maladie eut une heureuse terminaison.

Voici, d'ailleurs, un cas tout récent qui confirme une fois de plus la vérité des principes que nous venons d'exposer.

Le jeune P..., né à Saint-Pierre (Martinique), âgé de dix ans, tombe malade le 3 courant; céphalalgie, angine intense, déglutition très-difficile, coryza, râles sibilants en haut et en arrière des deux côtés de la poitrine, toux fréquente, forte fièvre, langue pointillée, rouge sur les bords, plaques rouges manifestées à la région antérieure du thorax; du reste, pas de gargouillement, pas de stupeur. — Prescription : 10 sangsues à l'anus dans le but d'obtenir une dérivation de la fluxion gutturale; tisane de mauve chaude miellée.

Le 4 juin, même état; l'éruption n'a pas persisté; *subdelirium*, agitation extrême. Deux mouches de Milan aux jambes, infusion de sureau; potion à prendre par cuillerées toutes les heures avec l'eau de gomme, l'esprit de Mindérérus et la teinture de castoréum; application de dix sangsues sur le trajet des jugulaires au bas du cou.

Le 5, diminution notable de l'angine, du délire et de l'agitation. L'éruption n'a pas reparu pourtant, mais un peu de moiteur s'est manifestée à la peau, qui jusqu'à ce moment avait été aride. Continuation de la tisane et de la potion.

Le 6, à trois heures du matin, sueurs générales très-copieuses, diminution considérable du mouvement fébrile, déglutition libre, plus de délire; même prescription. La transpiration dure pendant trois jours aussi abondante, et le malade entre en convalescence le 9 juin.

En dehors des bons effets produits par les applications de sangsues, malgré l'âge peu avancé du sujet, il faut encore noter dans cette observation que la médication diaphorétique concurremment employée, si elle n'a pas eu pour résultat de ramener l'éruption, qui avait semblé un instant vouloir s'établir, a du moins jugé la scarlatine par des sueurs abondantes qui ont sans doute éliminé le principe morbide.

De tout ce qui précède, et sans entrer dans de plus longs détails, nous nous croyons en droit de conclure que les émissions sanguines peuvent trouver souvent leur place au début et pendant le cours des fièvres exanthématiques, et que non-seulement dans les cas graves que nous avons rappelés elles n'empêchent pas l'éruption de se faire, mais qu'elles la rendent encore plus facile. Tout le talent du praticien consiste à savoir les employer avec réserve et à ne pas y revenir trop souvent, n'en déplaise à M. le professeur Bouillaud, qui a appliqué, par exemple, à l'érysipèle sa formule des saignées coup sur coup, sans prouver toutefois qu'elle fût plus efficace dans cette affection que dans les diverses phlegmasies dans le traitement desquelles il l'a vantée.

Enfin, le praticien doit-il attacher une grande importance et se laisser intimider par le préjugé populaire qui réprouve les bains et les émissions sanguines dans les maladies cutanées fébriles? La réponse à cette question n'est pas douteuse : avant de subir la pression d'un vulgaire ignorant et de penser à ses intérêts matériels, il faut que l'homme qui s'est voué au soulagement de l'humanité souffrante fasse appel à sa conscience et obéisse à sa voix.

ACTION MÉDICALE DE LA LUPULINE,

Par M. Walter Jauncey.

Extrait d'un mémoire lu à la Société royale de médecine de Birmingham; traduit par M. J. Hursh, aide-major au 14e d'artillerie.

La lupuline est une poudre d'un jaune foncé, adhérant au doigt, allant au fond quand on la répand sur l'eau. Son odeur est caractéristique et assez agréable, sa saveur amère et aromatique. On y trouve mêlés quelquefois des fragments d'écailles et même des graines de houblon. Exposée à l'air, la lupuline perd toute son efficacité, et l'influence de la lumière lui enlève et sa force et sa couleur. J'ai observé que, pour obtenir les mêmes effets, il faut employer des doses plus fortes, lorsque la lupuline n'est plus de première fraîcheur. De tous ses principes constituants, le plus important paraît être une huile essentielle peu soluble dans l'eau, très-soluble au contraire dans l'alcool et l'éther. Son odeur, quoique plus forte et moins agréable que celle du houblon, y ressemble beaucoup, et sa saveur est excessivement âcre. Elle a une teinte d'acajou. Sa solubilité partielle dans l'eau en rend la distillation très-difficile. Une particularité de la lupuline, c'est la volatilité de son principe aromatique, chose importante, du reste, puisqu'elle permet de la distinguer des autres amers, qu'on y substitue dans la fabrication. Quand on laisse tomber sur la langue une goutte d'huile essentielle pure de lupuline, une saveur désagréable analogue à celle produite par l'inhalation de l'acide cyanhydrique s'étend immédiatement au pharynx et à toute l'arrière-gorge. L'huile de houblon se forme pendant l'opération du séchage, puisque je n'ai pu l'obtenir du houblon mûr, qui n'avait pas subi cette opération, et qu'une teinture faite avec du houblon vert, quoique d'une amertume bien marquée, est loin d'avoir l'odeur aromatique qui se dégage de la teinture de la lupuline desséchée.

D'après mes observations personnelles sur le mode d'action de cette huile, je puis conclure qu'elle est sédative et anodine. Elle calme les douleurs sans produire nécessairement le sommeil. De fortes doses diminuent le pouls de 20 à 30 pulsations par minutes (le docteur Maton est arrivé à le réduire de 36), causent de la céphalée, des nausées et la perte de l'appétit. L'inhalation et l'ingestion de l'huile produisent des effets identiques. A hautes doses, elle est légèrement diurétique, et je l'ai vu produire une diminution sensible des désirs vénériens.

Un jour, je pris 120 grains de lupuline, par doses répétées de 10 grains, de demi-heure en demi-heure. Le pouls diminua de 30 pulsations à la minute et devint intermittent. A ces symptômes se joignirent un abattement sensible et un malaise général, qui me firent suspendre l'expérience. J'avais opéré avec tout le soin imaginable.

Un autre jour, vers deux heures après midi, je m'enfermai dans ma chambre, pendant que de la lupuline distillait à vase ouvert. L'odeur particulière de l'huile essentielle ne tarda pas à envahir ma chambre. Mon pouls était à 84, je me trouvais très-bien et parfaitement à mon aise. Après une demi-heure, mon pouls ne donnait plus que 69 pulsations, je sentais des maux de tête très-intenses. Après une seconde demi-heure le pouls était descendu à 60, ses battements devenaient intermittents, la céphalalgie était insupportable, je sentais des nausées. Je cessai l'inhalation, le pouls redevint régulier, mais ses battements ne revinrent au chiffre normal qu'au bout d'une vingtaine de minutes. Deux heures après, la céphalalgie et les nausées duraient encore : je rendis une quantité notable d'urine très-claire, à réaction légèrement acide, et si nous lui donnons pour chiffre 10,26, celle du jour précédent et du jour suivant seront respectivement 10,19 et 10,20. Je ne pus cependant découvrir l'odeur de l'huile ni dans l'urine ni dans la transpiration cutanée.

Un homme, employé à fouler les houblons desséchés et à les mettre en ballots, m'a assuré que parfois l'odeur du houblon l'abattait tellement, qu'il était obligé de sortir du magasin pour respirer en plein air. Il ressentait, dit-il, des vertiges, et il lui semblait que ses forces allaient l'abandonner. Un jour, je le vis dans cet état de prostration, son pouls était lent et intermittent. Et il est remarquable que ces symptômes n'atteignent jamais ceux qui manient les houblons dans les houblonnières.

Outre l'huile volatile, le tannin et la matière extractive, la lupuline contient un principe qu'on a appelé *humuline* ou *lupulite*. Quelques auteurs ont cru que c'était là le principe actif du houblon; pour moi, je n'ai jamais pu y découvrir d'action sédative : son action sur les voies digestives est celle d'un léger tonique. Je ne lui ai jamais vu produire les symptômes que j'ai signalés en parlant de l'huile essentielle.

Un jour, je pris une forte décoction de lupuline dépouillée de son huile, et je l'évaporai. Je tins mes narines pendant près d'une demi-heure au-dessus du vase, pendant la marche de l'opération. L'odeur, bien différente de celle de l'huile, est plus agréable, et ressemble quelque peu à celle qui se dégage du brassin. Je n'observais aucun effet particulier, surtout je signalais l'absence de nausées. Je n'ai pu réussir à donner la mort aux animaux inférieurs, en leur administrant à haute dose soit l'huile, soit la lupuline en substance; je donnai cependant jusqu'à cinq gouttes d'huile à un petit basset.

Quant aux maladies que la lupuline peut être appelée à combattre, je dirai que je l'ai administrée, en bon nombre de cas, avec des résultats variables. Il suffira de mentionner les faits généraux sans entrer dans les détails.

Elle m'a été très-utile chez les ivrognes atteints de tremblement de la langue, inappétence et surexcitation du système nerveux. Jointe au bismuth, elle réussit dans le pyrosis, et produit d'excellents résultats dans la dyspepsie quand on l'administre unie aux acides minéraux.

Dans les cas peu graves de gastralgie, elle remplace avec avantage l'acide hydrocyanique.

Je n'ai pas réussi en l'employant dans certains cas de rhumatisme articulaire, quoique le docteur Maton assure avoir obtenu des succès. Trois sur cinq malades, atteints de sciatique, disent avoir été soulagés par ce médicament.

Dans deux cas de pleurite, il n'y eut aucun effet.

Son action a été remarquablement marquée dans tous les désordres du système nerveux. Un malade (d'une maison de santé) pris souvent d'attaques épileptiformes, souffrait beaucoup d'une surexcitation nerveuse excessive. Il me pria, après en avoir essayé une fois, de lui en donner une dose pour la nuit; car elle empêchait, disait-il, le retour d'un sentiment pénible qu'il redoutait, qui s'accompagnait de paroles incohérentes dont il ne se rendait pas compte, et qui troublait son sommeil. Deux jeunes dames souffraient de douleurs nerveuses qui leur faisaient pousser chaque minute des cris perçants. Le docteur Evans (de Birmingham) vit ces deux malades à sa consultation; il donna l'hystérie pour cause à ces douleurs, dont le siége était l'abdomen. Après avoir, sans succès, employé l'opium, la morphine, le camphre, la jusquiame; après n'avoir obtenu qu'un soulagement momentané des inhalations de chloroforme, il prescrivit la lupuline, et en fort peu de temps les symptômes s'amendèrent et l'affection finit par disparaître complétement.

Un homme de quarante-neuf ans, fondeur de cuivre, souffrait depuis deux ans d'une douleur de plus en plus vive et de sensibilité du côté gauche de la moelle épinière. Au moment où la douleur était à son summum d'intensité, on donna sans succès la morphine à l'intérieur. Le cautère actuel, appliqué sur les côtés du rachis, ne produisit pas plus de soulagement, tandis qu'il obtint les meilleurs effets de doses répétées de 10 grains de lupuline. Quelques semaines après, j'appris que le membre droit avait été frappé de paralysie.

Une dame sur le retour, femme d'un chirurgien, souffrait, dans la région lombaire, de douleurs névralgiques d'une intensité désespérante, et qui duraient plusieurs jours sans intermission. Elle prit de la jusquiame et des toniques, elle prit à l'intérieur l'aconit et le chloroforme, le tout sans succès. Deux ou trois doses de lupuline suffirent pour amener un soulagement durable.

Quatre cas de chorée furent traités sans succès par ce médicament.

Le docteur Heslop (de Birmingham) le prescrivit à une jeune dame atteinte de lipémanie avec perte du sommeil. M. Dufton (de Birmingham) l'employa dans une affection analogue, et le succès fut complet dans les deux cas.

Deux cas de nymphomanie ont été soulagés par l'emploi de la lupuline; mais comme les sujets étaient presque idiots, ils ne sont pas satisfaisants comme sujets d'observation.

Dans quelques affections des organes génito-urinaires, je ne puis que confirmer l'opinion favorable qu'en ont Lambaco et Hertzfelder. Elle rendit de grands services dans cinq cas de spermatorrhée légère et d'érections pénibles. Un homme du monde, qui, quoique marié et père de famille, était inquiété par des pollutions nocturnes, en fut débarrassé pour longtemps en prenant de la lupuline. Vers le même temps, je dois dire que M. L. Parker ne réussit pas dans un cas où il le prescrivit. Ses succès ont été incontestables dans les érections douloureuses de la gonorrhée. Dans deux cas d'écoulement chronique, elle a paru diminuer la sécrétion; par contre, j'ai vu deux exemples de chaude-pisse cordée à tension très-douloureuse, où son administration resta sans effets. M. le docteur Heslop la donna tous les soirs à un petit garçon de huit ans, atteint d'incontinence d'urine congénitale, et qui fut admis à l'hôpital de la Reine pour une variole légère. Au bout d'une semaine, le malade était guéri.

Souvent la lupuline débarrasse les malades des maux de reins et de poitrine qui accompagnent la leucorrhée.

J'en ai retiré de bons effets dans les cas d'ulcérations du col, et presque toujours elle calme les douleurs produites par le cancer de l'utérus. J'ai noté onze cas semblables et un de cancer du rectum où l'on obtint un soulagement notable.

Le docteur Paterson (de Tiverton) l'employa dans un cancer du sein comme calmant; M. Kite (de Bromwich) dans un cas analogue, et le docteur Bell Fletcher (de Birmingham) dans quelques cas de cancer.

Dans deux cas d'avortement où le fœtus avait été expulsé de l'utérus, la séparation du placenta ne fut pas hâtée par l'administration de la lupuline, quoique dans chacun des deux cas une seule dose d'ergot ait suffi pour l'obtenir. Chez deux vieilles femmes, la lupuline calma presque instantanément une grande irritabilité de la vessie.

Mes conclusions sur la lupuline sont donc les suivantes :

1° Elle contient deux principes distincts et différents;

2° L'un des deux (l'huile essentielle) est simplement sédatif et anodin;

3° L'autre, qui est probablement l'humuline, n'exerce qu'une action tonique sur le tube digestif;

4° La lupuline peut être donnée à haute dose (10 grains ou 0,65), chaque demi-heure, sans produire d'effet toxique;

5° Son principal avantage sur les autres anodins, c'est que dans les affections qu'elle soulage elle augmente plutôt qu'elle ne diminue la puissance digestive. Ses effets sont variables selon les individus : les uns ont besoin de doses plus fortes ou plus fréquentes pour arriver au même résultat; chez quelques sujets, elle semble perdre, après une administration prolongée, son action et son influence.....

Quant au mode d'administration, je l'ai donnée en substance et en teinture; j'ai essayé d'un extrait aqueux, que j'ai trouvé inerte, l'huile essentielle s'étant probablement perdue pendant l'opération. La teinture que j'emploie est dans la proportion de 55 grammes pour 250 grammes d'alcool rectifié. La dose ordinaire est de 3 à 4 grammes; le meilleur procédé employé pour l'obtenir est la filtration : si l'on opère par macération, que l'opération dure longtemps, ou que la lupuline ne soit pas fraîche, la teinture devient laiteuse.

En général, j'aime mieux donner la lupuline en substance, en en plaçant 0,60 sur la langue; on en facilite la déglutition avec un peu d'eau. On répète selon les besoins cette dose toutes les trois ou quatre heures. On peut encore incorporer la lupuline dans des pilules qu'on aura soin de triturer dans un mortier préalablement chauffé. (*Edimburgh méd. Journ.*)

OBSERVATION DE GANGRÈNE PULMONAIRE.

Par M. GINTRAC.

Laënnec pensait qu'on peut à peine ranger la gangrène du poumon au nombre des terminaisons de l'inflammation de cet organe. Cette opinion est au moins trop exclusive; on pourra s'en convaincre en lisant l'observation suivante :

J. B..., âgé de dix-neuf ans, d'une assez bonne constitution, placé dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, se nourrissant bien, a été atteint de bronchites multipliées, et dans le courant de 1857 il eut à deux reprises une pneumonie du côté droit. Il contracta une nouvelle pneumonie du même côté vers le commencement de janvier 1858, et entra le 2 février à l'hôpital avec une hépatisation de la partie inférieure du poumon accusée par les symptômes ordinaires; les crachats étaient visqueux, imprégnés d'un sang noirâtre, fièvre inflammatoire franche, etc. — Saignée, émétique.

Le 5, hémoptysie abondante; sang noirâtre, horriblement fétide; même odeur de l'haleine; plus grande fréquence de la toux, du pouls et de la respiration; matité et souffle comme les jours précédents. — Saignée de 300 grammes; oxyde d'antimoine; digitale.

Les jours suivants, les crachats sont sanieux, d'une odeur gangréneuse; l'hémoptysie se répète; du gargouillement et un souffle à timbre à la fois amphorique et caverneux se font entendre au sommet du poumon; la réaction fébrile est d'abord franche (nouvelle saignée), puis le malade s'affaiblit, le sommeil se perd, le pouls devient difforme. Mort le 11.

A l'autopsie, on trouva dans le sommet du poumon droit une cavité mesurant 12 centimètres de diamètre, contenant une sanie noirâtre, d'une odeur infecte, et un détritus de matière organique, espèce d'eschare détachée en quelques points, encore adhérente en d'autres.

Cette cavité était traversée par des lambeaux de tissu pulmonaire à demi mortifié, et communiquait avec des ramifications bronchiques dont la muqueuse violacée était tapissée de quelques caillots. Plus bas, le poumon offrait un tissu ramolli, noirâtre, imprégné d'un liquide séro-sanguinolent, et, dans quelques points, un putrilage infect. Hépatisation grise de la partie postérieure du lobe inférieur. Le poumon était adhérent dans toute sa partie postérieure. Le poumon gauche était sain, ainsi que les autres viscères.

On ne peut guère invoquer comme cause de la terminaison par gangrène de cette pneumonie qu'un excès d'inflammation, dit M. Gintrac; car il n'existait ni obstacle à la circulation des liquides, ni tubercules, ni œdème pulmonaire. Il n'y avait point eu, dans le principe, des indices d'hyposthénie, ni d'altération des fluides. Le sang s'était montré très-riche en fibrine dans les diverses saignées qui furent faites.

Nous ajouterons seulement que les deux pneumonies antérieures, que les altérations de structure qu'elles ont pu laisser dans le poumon, n'ont peut-être pas été étrangères à la production de la gangrène. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 août 1858. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le modèle d'une ceinture hypogastrique de l'invention de madame Messager;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans l'arrondissement de Montauban;

3° Le rapport de M. le docteur Contesse sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Pannessières (Jura);

4° Le rapport final de M. Bouyer sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Callas (Var). (Commission des épidémies);

5° Un rapport de M. le docteur Nivet sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme) en 1856. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Laforgue (de Toulouse) adresse une lettre par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission des correspondants.)

— **Pyrophosphate de fer.** — M. Robiquet, en réponse à la lettre de M. Leras, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président, je croyais en avoir fini avec le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, et surtout avec les réclamations dont il avait été l'objet. Puisque M. Leras persiste dans ses attaques, auxquelles il me semblait avoir suffisamment répondu une première fois; je viens déclarer tout d'abord que je m'en remets au jugement de la nouvelle commission nommée par l'Académie.

» En attendant, permettez-moi, monsieur le président, quelques observations très-courtes :

» M. Leras réclame la priorité au sujet du rôle thérapeutique du pyrophosphate de soude et de fer et de la propriété qu'il posséderait de ne pas précipiter le suc gastrique. Eh bien, cette priorité, je ne l'ai jamais contestée; ce sel double de soude et de fer, je ne m'en suis occupé que pour dire qu'il avait été découvert par M. Persoz; qu'il précipitait le suc gastrique; qu'enfin pour l'abandonner, comme se prêtant mal aux diverses formes médicamenteuses, et le remplacer par le pyrophosphate citro-ammoniacal.

» Or, si la deuxième commission juge, comme la première, que le pyrophosphate de soude et de fer a été découvert par M. Persoz, que la propriété que lui attribue M. Leras de ne pas précipiter le suc gastrique n'existe pas, qu'enfin ce sel double sodico-ferrique n'est pas du tout la même chose que mon pyrophosphate citro-ammoniacal, que reste-t-il donc à M. Leras? Rien.

» M. Leras parle de mémoires, de communications à l'Académie et à l'Institut, de formules.

» Ses deux communications, j'en ai remis la copie textuelle à la première commission, qui les a longuement jugées dans le rapport que M. Leras n'a pas dû lire en entier, et au sujet duquel il réclame bien précipitamment.

» Ses formules, je les cherche partout et je ne les trouve nulle part.

» M. Leras, dans sa dernière réclamation, annonce avoir réussi à préparer un pyrophosphate sodico-ferrique, en poudre blanche, contenant 9 0/0 de fer métallique; c'est déjà beaucoup, et je voudrais bien connaître la formule d'une si heureuse préparation.

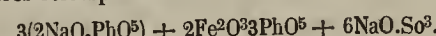
» Cependant, encore avec un peu moins de précipitation, M. Leras aurait vu que mon pyrophosphate citro-ammoniacal en contient 19 0/0 à l'état hydraté, et que ce chiffre a été vérifié par la commission. Comment faire accorder avec le tableau où, quelques lignes plus loin, M. Leras cherche à démontrer que son sel contient trois fois plus de fer que le mien? Mais c'est assez occuper l'Académie d'une question si simple à résoudre, et d'ailleurs, quand on a le bonheur d'avoir pour juges des hommes tels que MM. Bouchardat, Boudet et Barth, on n'a rien de mieux à faire que de s'en remettre à leur loyauté éclairée.

» Je viens donc déclarer que je suis tout prêt à répéter mes expériences devant les membres de la nouvelle commission, et je désire que ce soit le plus tôt possible. »

— M. Leras adresse une nouvelle lettre sur le même sujet. Il remercie l'Académie d'avoir bien voulu prendre en considération ses travaux sur le pyrophosphate de fer et de soude, et lui soumet les trois nouvelles formules suivantes :

1°	Eau distillée.	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude sec. . .	30 —
	Sulfate ferrique sec.	14,93

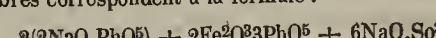
Ces nombres correspondent à la formule :


$$3(2NaO.PhO^5) + 2Fe^2O^3 3PhO^5 + 6NaO.So^3.$$

Cette formule, ajoute l'auteur, a un avantage sur les deux suivantes, c'est que la liqueur peut être obtenue à un grand degré de concentration, tout en conservant sa limpidité; et en l'additionnant, dans cet état, de deux fois son volume de sirop simple, on obtient un médicament qui par 20 centim. cubes (cuillerée à bouche), contient au moins 0,14 centigr. de fer métallique. Ce sirop, du reste, est incolore et très-agréable.

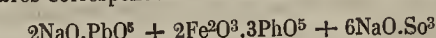
2°	Eau distillée.	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude sec. . .	30 —
	Sulfate ferrique sec.	17,916

Ces nombres correspondent à la formule :


$$2(2NaO.PhO^5) + 2Fe^2O^3 3PhO^5 + 6NaO.So^3.$$

3°	Eau distillée.	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude sec. . .	30 —
	Sulfate ferrique sec.	22,396

Ces nombres correspondent à la formule :


$$2NaO.PhO^5 + 2Fe^2O^3.3PhO^5 + 6NaO.So^3.$$

Le sel de cette troisième formule est le moins soluble des trois; mais sous un même poids de pyrophosphate de soude, il contient beaucoup plus de pyrophosphate de fer.

Le sel solide se dissout dans une suffisante quantité d'eau froide, mais il est plus soluble dans l'eau bouillante.

Les dissolutions suffisamment étendues d'eau n'éprouvent pas de modification lorsqu'on les porte à l'ébullition, même après avoir été refroidies.

Les dissolutions concentrées, lorsqu'on les porte à l'ébullition, se troublent; et à mesure que l'eau s'évapore, le sel se dépose; mais en y ajoutant une nouvelle quantité d'eau, le précipité se dissout à mesure que la température s'élève.

Ces indications suffisent pour faire voir que ce sel, dont les propriétés thérapeutiques sont bien connues, peut se prêter très-facilement à toutes les formes pharmaceutiques.

Ces deux lettres sont renvoyées à la même commission composée de MM. Barth, Boudet et Bouchardat.

— M. le docteur Kemmerer (de l'Ile de Ré) adresse une lettre sur une nouvelle méthode d'enseignement des sourds-muets. (M. Beau, rapporteur.)

— M. Devilliers communique un travail intitulé : *Nouvelles recherches sur les maladies du personnel de la compagnie du chemin de fer de Paris à Lyon.* (Commissaires : MM. Cloquet et Guérard.)

— M. le docteur Aurelio Finizio, membre de l'Académie de médecine de Naples, adresse une lettre dans laquelle il fait connaître les résultats des expériences qu'il fait depuis dix mois avec son forceps céphalotribe modifié, dont M. Tarsitani s'est attribué, dit-il, l'invention. (Commissaires : MM. Moreau et Depaul.)

— M. le docteur L. Bouyer, de Fursac (Creuse), communique une observation de fièvre pernicieuse dysentérique survenue pendant la

convalescence d'une méningo-myélite, et guérie par l'emploi de l'opium et de la quinine. (Commissaires : MM. Louis et Jolly.)

— M. Nonat adresse une lettre sur les effets de la ligature de l'œsophage, avec une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur les oxydes de fer considérés comme contre-poison de l'acide arsénieux*, par MM. Sandras, Deville, Nonat et Guibourt. (Renvoyé à M. Trousseau.)

— M. VELPEAU présente deux mémoires de M. Namias, de Venise, l'un relatif à l'inutilité des hypophosphites de chaux et de soude dans le traitement des tubercules et des cancers ; l'autre relatif à la tuberculisation de l'utérus et de ses annexes, qui a été niée par M. Rokitanski.

— M. CAZEAUX dépose sur le bureau : 1° Deux brochures de M. le docteur Alphonse Falciani, relatives à la fièvre continue commune ; 2° Trois brochures de M. le professeur Joseph de Nasca; l'une sur la syphilis, la seconde sur la phthisie scrofuleuse des enfants ; la troisième intitulée : *Collection complète de mémoires sur la pathologie médicale*.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la ligature de l'œsophage.

La parole est à M. Bouley.

Discussion sur la ligature de l'œsophage.

M. BOULEY reprend la parole pour insister sur la différence qu'on remarque dans la mortalité des animaux, suivant que l'on a simplement lié l'œsophage, ou que l'on a en même temps introduit dans l'estomac une substance quelconque, fût-ce de l'eau tiède.

Dans le premier cas, il y a 3 morts sur 100, dans le second 95 p. 0/0, d'après les expériences faites soit par M. Bouley, soit par la commission, avec du sel marin, du nitre, du sulfate de zinc, de l'eau tiède ou du sous-nitrate de bismuth. Ces expériences sont au nombre de 22; il y a eu 21 morts, et toujours entre la quinzième et la soixante-douzième heure.

Quatre fois seulement la mort est survenue après la trente-sixième heure; or, en deçà de ce terme, si l'on en croyait Orfila, la ligature n'aurait aucun inconvénient. Ce qui prouve bien qu'au contraire c'est elle qui a été la cause de la mort, et non quelque propriété toxique des substances ingérées, c'est que 9 chiens sur lesquels les mêmes expériences furent répétées, en ne laissant la ligature que deux ou trois heures, survécurent tous.

D'autre part la durée moyenne de la vie, quand la ligature est appliquée, l'estomac étant vide, est de quatre-vingt-une heures environ; dans les conditions contraires, elle n'est que de vingt-neuf heures un quart; la différence est de cinquante-deux heures.

Pour démontrer une fois de plus les dangers de la ligature de l'œsophage, M. Bouley donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. Briquet, et qui contient des détails sur les expériences faites par ce médecin avec le sulfate de quinine.

Six chiens auxquels M. Mêlier donna 1 à 6 grammes de sulfate de quinine en leur liant l'œsophage, succombèrent tous. M. Briquet répéta l'expérience sur 11 chiens et eut 10 décès. Mais 8 chiens auxquels il administra de même du nitre à dose non toxique, moururent tout aussi bien, tandis que le sulfate de quinine, ingéré à l'aide d'une sonde et sans ligature, fut parfaitement supporté aux doses précédemment indiquées. Ces expériences sont consignées dans la première édition du *Traité du quinquina* de M. Briquet (1853).

M. Bouley insiste de nouveau, à l'occasion de ces faits, sur les dangers qu'il y aurait à s'en remettre encore à des expériences qui ont conduit Orfila à conclure que le sel marin est un poison énergique, malgré les protestations de tous les cétacés de l'Océan.

Annonçant ensuite que M. Trousseau, empêché d'assister à la séance, l'a chargé de défendre son rapport, M. Bouley cherche à établir, contrairement à l'opinion de M. Devergie, que la commission a répondu catégoriquement aux diverses questions dont elle avait à s'occuper.

M. BOUILLAUD n'est pas suffisamment édifié sur la gravité propre à la ligature de l'œsophage; il croit qu'elle a été exagérée par la commission, qui est d'ailleurs arrivée à des chiffres très-différents de ceux que vient d'invoquer M. Bouley. Il fait remarquer que les accidents qu'on lui attribue n'ont pas été signalés par Magendie, qui a le premier pratiqué la ligature de l'œsophage lors de ses recherches sur l'action de l'émétique, et que d'ailleurs les chiens résistent fort bien aux opérations les plus graves.

M. Bouillaud demande encore à M. Bouley si les animaux qui ont subi la ligature après avoir ingéré une substance inoffensive font toujours des efforts de vomissement; et, s'il n'en est pas ainsi, il lui demande comment il se rend compte de leur mort.

Il croit enfin qu'on pourrait se dispenser de lier l'œsophage en muselant convenablement les chiens, comme il l'a fait avec succès dans ses recherches sur l'émétique, à l'occasion des fièvres bilieuses.

M. VELPEAU n'est pas plus éclairé, quant à la gravité de l'opération, que M. Bouillaud. Il ne comprend pas qu'elle ait été si grande dans les expériences de la commission, alors que la plupart des animaux qu'il a vu opérer par Orfila résistaient parfaitement. Il s'étonne que la mortalité soit tantôt de 3 pour 100, tantôt de 95 pour 100, sans qu'on ait pu préciser les causes de cette différence.

M. Velpeau pense d'ailleurs que les accidents causés par la ligature ne peuvent en rien simuler les symptômes spéciaux produits par les divers poisons, et que, dès lors, il est toujours facile de dégager les résultats expérimentaux de cette source d'erreurs.

Il lui est impossible de comprendre comment la durée moyenne de la vie peut être diminuée de 52 heures par le seul fait de la présence dans l'estomac de quelques décilitres d'eau tiède.

C'est d'ailleurs bien à tort que M. Devergie a accusé Orfila d'avoir assimilé l'homme au chien à l'égard de la symptomatologie des poisons.

Dans son enseignement comme dans ses écrits, Orfila a toujours subordonné l'expérimentation à l'observation clinique.

Revenant sur les différences des résultats, suivant qu'on consulte les expériences d'Orfila ou celles des praticiens modernes, M. Velpeau pense que la commission devra en rechercher la cause, et que la question ne peut en rester là où elle l'a laissée.

M. BOULEY ne s'étonne pas qu'on ait de la peine à accepter des connaissances nouvelles quand on en a d'anciennes dans la tête; mais il ne comprend pas qu'on puisse mettre en doute un fait bien démontré, uniquement par la raison qu'on ne se l'explique pas. Il ne se charge pas de dire à M. Velpeau pourquoi les chiens meurent plus facilement après avoir avalé de l'eau tiède que lorsque leur estomac est vide, mais le fait n'en reste pas moins.

La commission a d'ailleurs fort bien mis en évidence les causes des erreurs dans lesquelles est tombé Orfila; il est incontestable qu'il en a commis. M. Bouley cite à ce sujet les expériences desquelles Orfila concluait à l'action toxique du sel marin et du sous-nitrate de bismuth. Il croit que, lorsqu'un grand homme s'est trompé, c'est un devoir d'équité et d'humanité de dire qu'il s'est trompé, et qu'il ne faut pas laisser passer des monstruosités comme celle de dire que le sulfate de quinine tue à la dose de 1 gramme.

En faisant connaître les causes de ces erreurs et les moyens de les éviter, la commission n'a rien laissé à faire. A quoi bon y revenir encore?

Répondant ensuite à M. Bouillaud, M. Bouley fait remarquer qu'il a toujours insisté sur la gravité des accidents abdominaux, et qu'on trouvera des détails circonstanciés sur la fréquence des vomissements dans ses divers mémoires; il ne croit pas, du reste, qu'il soit nécessaire d'y revenir.

M. BOUILLAUD est fort surpris que M. Bouley renonce à rechercher la cause des graves accidents qui surviennent lorsque l'estomac n'est pas vide. Il ne s'agit pas ici de causes occultes, et c'est avant tout de cette question que M. Bouley aurait dû s'occuper.

M. Bouillaud ajoute qu'Orfila, avant de procéder à ses expériences toxicologiques proprement dites, en avait institué d'autres préliminaires (rapportées dans la *Toxicologie générale*); or il n'est nullement question, dans ces expériences, des efforts de vomissement sur lesquels M. Bouley insiste tant. C'est là encore un désaccord qu'on ne s'explique pas.

M. CLOQUET assimile les accidents qui suivent la ligature de l'œsophage à ceux de l'étranglement : suivant que la constriction est brusque et très-énergique, ou lente et peu serrée, les accidents seront plus ou moins graves. Les différences qu'on a tant de peine à s'expliquer, tiennent donc simplement à des procédés opératoires différents.

M. Cloquet donne ensuite des détails sur les expériences d'Orfila relatives à l'arsenic, postérieures d'un certain nombre d'années à celles dont il a parlé dans sa première communication.

Dans ces expériences, on injectait le poison à l'aide d'une sonde œsophagienne, et on liait l'œsophage sans le percer.

Trois séries d'expériences furent instituées, avec les résultats suivants :

Première série : Injection du poison, non suivie de la ligature de l'œsophage; plusieurs de ces chiens vomissaient; les autres mouraient après un laps de temps qui variait peu.

Deuxième série : Ligature de l'œsophage après l'injection; la mort survenait dans un espace de temps à peu près constant et sensiblement égal à celui au bout duquel les chiens de la 1re série succombaient.

Troisième série : Ligature de l'œsophage sans injection de poison; pas de décès, pas d'accidents saillants, rien qu'un peu de tristesse.

M. Cloquet pense qu'aucun reproche ne peut être adressé à des expériences si bien contrôlées, et que si d'autres expérimentateurs n'ont pas été aussi heureux qu'Orfila, c'est parce qu'ils n'ont pas procédé comme lui.

M. BOULEY est convaincu que les conclusions de la commission donnent toutes les garanties désirables pour l'avenir, sans incriminer le passé. Je demande que ces conclusions soient mises aux voix.

M. DEVERGIE, répondant à M. Velpeau, maintient qu'il n'a fait que reproduire l'opinion d'Orfila, en soutenant que le célèbre toxicologiste assimilait presque complétement l'homme au chien; il répète qu'on lit dans sa *Toxicologie* cette proposition : « Les expériences faites sur les chiens remplaceront à merveille celles qu'on pourrait faire sur l'homme. » Et celle-ci : « La différence est nulle chez l'homme et chez le chien, » quant aux symptômes.

Arrivant aux conclusions du rapport, M. Devergie fait remarquer que la commission est en contradiction avec ses propres expériences en disant dans la dixième conclusion : « La ligature de l'œsophage pouvant être mortelle, *par exception*, même dans les premières heures qui suivent son application.... » M. Devergie demande en conséquence que les mots *par exception* soient supprimés.

M. BOULEY consent à cette suppression.

Il faut également supprimer, suivant M. Devergie, le passage suivant : « Opération souvent indispensable dans les expériences toxicologiques, mais dont on avait le tort d'exagérer l'innocuité.

» Maintenant on ne saurait contester que cette opération n'ait ses dangers; mais il sera possible de les réduire à l'avenir à des proportions moindres en observant les règles que nous venons de formuler. » Ce passage est en effet en contradiction avec celui où la commission convient qu'elle-même n'a pas toujours pu éviter les accidents.

M. BOULEY. Je ne demande pas mieux qu'on supprime ce dernier paragraphe.

M. BOUILLAUD demande que chaque conclusion soit mise aux voix séparément.

M. CLOQUET appuie la motion de M. Bouillaud.

M. LARREY demande la parole pour une motion d'ordre; il pense qu'il serait convenable, avant de procéder au vote des conclusions, d'attendre que M. Trousseau puisse y assister.

M. BOUILLAUD appuie cette motion, et il voudrait que jusque-là la commission fît de nouvelles expériences pour s'assurer si les accidents qu'on a imputés à la ligature de l'œsophage ne surviennent pas également quand les chiens sont seulement muselés solidement.

M. BOULEY déclare qu'il n'en est rien, d'après ses expériences, attendu que les chiens parviennent à vomir alors même qu'ils sont muselés jusqu'aux commissures des lèvres.

M. BOUILLAUD affirme qu'il a pu parfaitement empêcher les chiens de vomir en les muselant (M. BOULEY : Jamais!); il est convaincu que les efforts de vomissement ne suffisent pas pour expliquer la gravité de l'opération, et il demande encore une fois que cette question soit remise à l'étude.

M. BOULEY. Assez de supplices! L'Académie est suffisamment éclairée. Chargé par M. Trousseau de le représenter en cette occasion, je demande qu'on passe au vote sur les conclusions.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la motion de M. Larrey, qui n'est pas adoptée.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture des conclusions du rapport. L'Académie adopte les neuf premières conclusions sans modifications; la dixième conclusion est adoptée, avec les modifications proposées par M. Devergie, dans les termes suivants :

« 10° La ligature de l'œsophage pouvant être mortelle, même dans les premières heures qui suivent son application, on doit toujours se préoccuper de cette éventualité dans les expériences toxicologiques, et s'assurer, par un examen attentif des nerfs du cou et des organes respiratoires, si aucune lésion n'est intervenue, susceptible de compliquer les phénomènes ; puis, comme en définitive toutes les causes de mort, après la ligature, ne sont pas connues, on ne devra formuler une conclusion qu'autant qu'en répétant les expériences avec les précautions qui viennent d'être indiquées, et surtout sans pratiquer la ligature, comme le faisait Orfila, et comme il recommandait de le faire (4e édit., p. 20), on aura obtenu des résultats constamment identiques.

La conclusion dernière de ce rapport est que MM. Bouley et Raynal ont été bien inspirés en fixant de nouveau l'attention sur la ligature de l'œsophage.

L'Académie doit des remercîments à MM. Colin, Follin, L. Orfila et Szumowski, pour les intéressantes communications qu'ils lui ont envoyées, et dans lesquelles nous avons trouvé des documents très-utiles pour la rédaction de ce travail.

Nous vous proposons, Messieurs, de les leur adresser. »

M. LE PRÉSIDENT proclame la clôture de la discussion sur la ligature de l'œsophage.

— La séance est levée à cinq heures.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

Nous avons fait part l'année dernière à nos lecteurs du malheur qui a frappé la famille d'un de nos honorables confrères. M. Le Peytre, médecin d'asile, enlevé dans la force de l'âge, a laissé sa femme et six enfants dans la plus affreuse misère. Nous sommes heureux de leur apprendre aujourd'hui que l'appel que nous avons fait à cette époque à leur sympathie, a été entendu par un certain nombre de confrères. Une souscription a été ouverte parmi les membres titulaires et correspondants de la société médico-psychologique, composée en grande partie de médecins aliénistes. Voici quel a été le résultat de cette souscription :

MM. Alfred Maury, 10 fr.: Bourdin, 5; Brierre de Boismont, 60; Loiseau, 10; Pinel (Casimir), 10; Calmeil, 20; Ferrus, 30; Schnepf, 5; Baillarger, 50; Blanche, 50; Trélat, 10; Ott, 5; Delasiauve, 10; Cerise, 10; Peisse, 10; Archambault, 20; Moreau (de Tours), 10; Falret père, 50; Falret (Jules), 50; Voisin, 50; Morel (de Rouen), 15; Brochin, 10; Legrand du Saulle, 10; Baume (de Quimper), 10; veuve Follet, 10; Lesbros, interne à l'asile de Quimper, 2; un anonyme, 5; Du-Grand-Launay (de Saint-Dizier), 10; Seraine (de Niort), 10; Reber (de Maréville), 10; Thore (de Sceaux), 10, Morel (2e souscription), 15. — Total, 592 fr.

Les souscriptions sont reçues chez MM. Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial daté de Cherbourg, le 6 août, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur: MM. Colson et Chaspoul, chirurgiens de 1re classe de la marine, et M. Jules Lecoq, chirurgien de 1re classe, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de marine.

— Par arrêtés en date du 30 juillet, M. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de présider la session d'examens, qui aura lieu au mois de septembre prochain, pour la réception des officiers de santé et sages-femmes de deuxième classe dans les écoles préparatoires des Académies de Paris, de Douai, de Caen, de Rennes et de Poitiers.

MM. Bussy, directeur, et Chatin, professeur à l'Ecole de pharmacie, sont chargés de présider les sessions d'examens des écoles préparatoires, qui doivent avoir lieu à la même époque pour la réception des pharmaciens et herboristes de deuxième classe; le premier dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen; le second, dans les Académies de Rennes et de Poitiers.

MM. Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Cauvy, professeur à l'Ecole de pharmacie de la même ville, sont chargés de présider les sessions d'examens des écoles préparatoires pour la réception des candidats au diplôme d'officier de santé, de sage-femme de deuxième classe, de pharmacien et d'herboriste de deuxième classe, dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux.

— On nous écrit de Vittel, 10 août : « La saison est magnifique dans nos Vosges. Tout notre bassin est rempli de baigneurs, et cette année les succès obtenus par les eaux de Vittel en particulier avanceront la juste réputation de cette nouvelle et importante station.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

Depuis le 10 courant, les bureaux du Journal sont transférés rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du staphylome postérieur (1).

Dans la dernière *Revue clinique*, nous avons exposé, des intéressantes recherches cliniques de M. Noizet sur le staphylome postérieur, tout ce qui a trait à la symptomatologie, sauf les phénomènes secondaires et les complications; il nous reste aujourd'hui à compléter cette exposition, et à faire connaître la théorie étiologique à laquelle notre jeune confrère a été conduit par cette étude, et les indications thérapeutiques qu'il en a déduites.

Parmi les phénomènes secondaires le plus étroitement liés au développement du staphylome postérieur, les plus importants à signaler sont les altérations des milieux transparents de l'œil, qui font essentiellement partie de la période ultime de la maladie.

Le corps vitré est liquéfié dans une plus ou moins grande étendue, ce que l'on constate par la présence de petits corps flottants, de filaments, de stries, également mobiles; on peut distinguer en outre des opacités plus ou moins larges qui oscillent derrière la pupille. Plus tard on découvre un trouble au pôle postérieur du cristallin, accusé à l'examen ophthalmoscopique par une opacité en forme de tache, laquelle, dans les mouvements de l'œil, semble se rattacher à un reflet de la cornée. C'est là la cataracte capsulaire centrale postérieure des anciens ophthalmologistes, ou cataracte pyramidale postérieure. Cette opacité du pôle postérieur du cristallin se développe très-lentement, et même peut rester longtemps stationnaire; aussi l'on ne peut fonder nécessairement sur sa présence le développement d'une opacité totale de la lentille. Dans beaucoup de cas, toutefois, il se forme une cataracte sous la seule influence du trouble primitif; mais cette cataracte est alors petite, dure, et sa plus grande densité répond au pôle postérieur.

On comprend que toutes ces lésions secondaires finissent par amener ordinairement, à la longue, l'extinction de la fonction visuelle. Ce résultat est plus sûrement atteint encore lorsqu'il survient une des complications suivantes : choroïdite plus ou moins étendue avec macération du pigment, exsudations plastiques, ecchymoses, plaques de pigment de nouvelle formation, hydropisie sous-rétinienne, décollement de la rétine, hydrophthalmie, etc., etc.

La marche de cette maladie est essentiellement lente. D'une manière générale, l'affection, dans son début ou même parvenue à son deuxième degré de développement, peut rester indéfiniment stationnaire, si elle est surveillée convenablement. La principale cause d'aggravation de l'état de ces malades est dans les efforts soutenus d'accommodation par la tension musculaire et la stase sanguine qui en résulte. M. Noizet signale ici surtout l'usage des verres concaves comme des plus pernicieux, l'usage de ces verres ayant pour effet d'augmenter la force de réfraction de leurs yeux, et d'empirer par là même la conformation myopique aussi bien que l'embarras de la circulation.

A la condition qu'elle soit surveillée de bonne heure, cette affection peut passer pour peu grave généralement; dans la plupart des cas la vision persiste d'une manière distincte; même les amblyopies dépendantes du staphylome postérieur ne peuvent être considérées comme très-graves, car elles peuvent rester longtemps stationnaires, sinon s'améliorer sous l'influence de moyens rationnels et d'un traitement antiphlogistique dirigé contre l'hyperémie interne.

Le diagnostic repose sur ces deux données principales : la production de la myopie ou son accroissement, si elle existait déjà, jointe aux signes tirés de la chambre antérieure et des méridiens de l'œil, pourra déjà faire soupçonner la maladie. L'ophthalmoscope confirmera ce diagnostic avec d'autant plus de facilité que l'on a à diriger son attention toujours sur un seul et même point du fond de l'œil, c'est-à-dire à l'entrée du nerf optique, où l'on cherchera la tache caractéristique. L'agrandissement de la chambre antérieure, quand il existe, la courbure de la cornée étant normale, permet déjà avec une grande probabilité de soupçonner une protubérance postérieure du bulbe.

Les affections qu'on pourrait confondre avec le staphylome postérieur sont : la myopie forte, le glaucome, la choroïdite.

La myopie forte se différencie du staphylome postérieur, d'abord par l'absence de signes caractéristiques du fond de l'œil, puis par l'efficacité de verres de correction, qui remédient à la myopie simple, mais ne font qu'exaspérer la myopie symptomatique du staphylome postérieur.

La confusion avec le glaucome ne serait possible que dans une période avancée, quand le staphylome paraît se compliquer d'immobilité de la pupille avec dilatation, amblyopie, de dureté du globe oculaire, etc.; mais l'ophthalmoscope lèverait, dans ce cas, tous les doutes.

La disposition spéciale de la décoloration produite dans le fond de l'œil, dans la choroïdite, ne peut pas non plus être confondue avec les signes caractéristiques du staphylome postérieur, à moins que la choroïdite ne soit survenue comme complication.

Quelles sont les causes et quelle est la nature du staphylome postérieur ?

Partant d'un fait d'observation ainsi formulé par Von Graefe — sur 10 yeux fortement myopes, il en existe au moins 9 affectés de staphylome postérieur —, M. Noizet croit pouvoir en conclure que la myopie et le staphylome postérieur doivent procéder du même phénomène physiologique, lequel n'est autre que l'accommodation.

C'est, en effet, vers l'âge de la puberté que la myopie se décide, c'est-à-dire à l'âge où la sclérotique, à peine consolidée, est exposée à une série d'efforts qui, à un moment donné, peuvent la faire céder; d'où l'allongement de l'œil, qui, si la première cause persiste, pourra subir la transformation staphylomateuse au pôle postérieur. Or cette période de l'existence est justement celle où l'œil est soumis aux premiers efforts, soit à l'occasion des études, en général, soit à propos de l'apprentissage de métiers où la vision joue le rôle le plus important.

Il est, en outre, une autre circonstance très-importante comme cause prédisposante, ce sont les maladies antérieures de l'appareil de la vision, depuis la cataracte centrale congénitale, les ophthalmies des nouveau-nés jusqu'aux ophthalmies dites scrofuleuses de l'enfance. C'est là qu'est l'origine de ces cas rares de myopie congénitale, de myopie chez les enfants et de staphylome postérieur dans un âge encore peu avancé. Ces affections, en effet, constituant des troubles des milieux transparents, dont quelques-uns sont plus ou moins persistants et entravent la netteté de la vision, il en résulte que pour corriger cet état il faut une activité de l'appareil d'accommodation qui, à cet âge, équivaut à un effort, lequel, aggravé par le défaut de consolidation de la sclérotique, entraînera les mêmes conséquences que celles qui ont été constatées dans les conditions d'âge de puberté indiquées plus haut.

Nous ne suivrons pas ici M. Noizet dans les développements qu'il donne à l'analyse de ce fait, l'effort d'accommodation, comme cause des phénomènes pathologiques : analyse à l'aide de laquelle il démontre, d'une part, dans quel rapport étroit se tiennent les deux signes caractéristiques du staphylome postérieur, la saillie du pôle postérieur de l'œil et la tache blanche circonscrivant la papille; et d'autre part, comment un phénomène primordial, la distension, préside à leur développement simultané.

En résumé, la théorie étiologique du staphylome postérieur peut, d'après M. Noizet, être formulée dans cette proposition :

La saillie du pôle postérieur du globe de l'œil et la tache morbide de la circonférence du nerf optique, représentent les deux termes extrêmes d'une proportion dont le terme moyen est la distension mécanique.

Quant à la thérapeutique de cette affection, la partie la moins avancée encore de son histoire, il faut malheureusement le reconnaître, voici comment M. Noizet entend qu'on pourrait la déduire des conditions étiologiques qu'on vient de faire connaître; elle se résumerait à peu près dans les indications suivantes : faciliter la circulation intra-oculaire, combattre les exacerbations de la maladie, éviter toutes les causes de fatigue de l'appareil d'accommodation.

Contre l'état congestif de l'œil, M. Noizet conseille d'entretenir la liberté du ventre, de pratiquer des instillations d'atropine. Ce dernier moyen lui paraît essentiellement indiqué ici, les préparations belladonées, d'après l'observation générale, agissant sur l'œil par le relâchement des muscles et facilitant la circulation intra-oculaire. La belladone, d'après Warthon Jones, excite la contraction des fibres radiées exclusivement; de plus, elle paraîtrait exercer une action astrictive sur les petites artères, et accélérerait ainsi la circulation en contractant ces vaisseaux. De là résulterait une activité plus grande dans la résorption, dans le mouvement interstitiel de composition et de décomposition des éléments organisés. Cette efficacité est en effet démontrée par l'expérience dans toutes les affections congestives ou exsudatives de l'œil.

Dans les cas d'exacerbation de la maladie, avec douleurs de tête ou tension intra-oculaire, les antiphlogistiques locaux sont directement indiqués.

Le point thérapeutique essentiel consiste dans l'hygiène de l'accommodation : éviter la lumière directe, lire le moins possible, ou pas du tout, et se borner à la vision en champ libre; en fait de lunettes, n'employer que de simples conserves, mais jamais de verres concaves. En résumé, ménager le plus possible la fonction de l'accommodation.

Ces simples précautions, suivant M. Noizet, peuvent suffire pour maintenir la maladie longtemps stationnaire, et même l'arrêter complétement quand elle n'a pas dépassé sa première période.

(1) Voir le numéro du 7 août.

Traitement de la syphilis des nouveau-nés.

Le service des nourrices de l'hôpital Necker est très-fécond en exemples de syphilis des nouveau-nés. C'est, comme on le pense bien, à peu près exclusivement la syphilis secondaire que l'on y observe.

Les formes sous lesquelles elle se manifeste sur la peau ou sur les muqueuses sont très-variées, d'où les nombreuses dénominations distinctes qu'on leur a données. Toutefois, en ne considérant toutes ces formes diverses que comme autant de phases d'un même phénomène morbide, — ce qui nous paraît parfaitement juste, — on peut parvenir à en simplifier parfaitement l'étude. C'est ce qu'a fait M. le professeur N. Guillot, qui a de très-nombreuses occasions d'observer cette affection dans son service. On nous saura gré de reproduire ici, d'après un compte rendu de sa clinique publié par M. le docteur A. Foville, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, les résultats de ses observations à cet égard.

M. N. Guillot, disons-nous, considère toutes les variétés de forme de la syphilis secondaire chez les nouveau-nés, comme autant de phases diverses d'un même phénomène morbide, modifié suivant la région où il se manifeste.

Voici en quoi il consiste :

Il se forme sur la peau de petites taches de quelques millimètres de diamètre, taches qui d'abord sont rouges et susceptibles de disparaître par la pression, puis bientôt deviennent plus foncées, d'une teinte jaune-cuivré et persistante, sans élévation du tégument. Bientôt l'épiderme qui couvre ces taches se ride, puis il est soulevé par une sérosité qui devient rapidement purulente, et il finit par se rompre. Le derme dénudé s'ulcère, se couvre de croûtes. Ces ulcérations peuvent s'étendre capricieusement de manière à présenter le caractère serpigineux, ou bien au contraire se gonfler et venir faire au-dessus de la peau environnante une saillie qui constitue une vraie plaque muqueuse. — Telle est l'évolution complète d'une de ces taches; mais, comme celles-ci se produisent non pas toutes en même temps, mais bien par séries successives, il en résulte qu'on peut parfois observer à la même époque, chez le même sujet, la série complète des transformations des taches rouges en taches jaunes, vésiculeuses, pustules, ecthyma, ulcérations, papules, plaques muqueuses.

Outre ces vérités, dépendant de l'âge de la lésion, il y en a de non moins nombreuses en rapport avec son siége. A la surface du corps et des membres la peau est assez résistante, et l'on ne voit souvent que des taches rouges ou jaunes; dans les endroits où elle est encore plus épaisse, aux talons et à la paume des mains, il n'y a quelquefois pas de taches bien nettes; mais l'épiderme se sépare, s'enlève par plaques et laisse le derme à nu. Là, au contraire, où la peau est le plus mince et tend à revêtir l'aspect

des muqueuses, autour des orifices naturels, les lésions parcourent toutes leurs périodes et présentent leur maximum de développement. C'est surtout dans la région sous-pubienne, où le contact des urines et des fèces est, malgré toutes les précautions possibles, une cause fréquente d'irritation, que les lésions syphilitiques acquièrent leurs caractères les plus tranchés. L'anus est entouré d'un cercle érythémateux parsemé d'ulcérations à bords nets, faites comme à l'emporte-pièce. En en écartant les bords, on voit les plis radiés plus ou moins ulcérés, quelquefois entièrement rongés ; l'épithélium en est détaché. Au-dessous, le derme est inégal et suppure. Quelque chose d'analogue se voit au pourtour de la vulve chez les filles. L'ombilic présente souvent, en petit, un cercle analogue. Autour de la bouche les plis des commissures se couvrent de petites plaques muqueuses. Le pourtour des ongles se déchausse et s'ulcère.

Du côté des membranes muqueuses, les lésions sont les mêmes ; seulement elles présentent quelques particularités dues à leur siége, et affectent plus spécialement la forme ulcéreuse. Dans la bouche, elles offrent l'aspect d'aphthes ; dans les fosses nasales, elles déterminent un coryza ulcéreux ; dans le conduit auditif externe, elles produisent de l'otorrhée.

Toutes ces lésions, bien entendu, ne se produisent pas toujours à la fois, et d'après l'ancienneté du début, les soins de propreté, la constitution de l'enfant, on peut observer toutes les formes intermédiaires entre celle où il y a à peine une éruption directe de nature encore indéterminée, et celle où le corps sera presque entièrement couvert de croûtes, d'ulcérations et de plaques muqueuses.

Voici les moyens de traitement auxquels M. N. Guillot, d'après une longue expérience, donne la préférence, et qui produisent chaque année dans son service un certain nombre de guérisons.

Les enfants prennent à l'intérieur du proto-iodure de mercure. Le meilleur procédé pour l'administrer consiste à le faire dissoudre dans une potion que l'on formule ainsi :

Julep gommeux.	125 grammes.
Proto-iodure d'hydrargyre. . . .	0,025 milligr.

A faire prendre dans les vingt-quatre heures.

La dose de 25 milligrammes est celle qui convient le mieux en général ; lorsque l'enfant est fort ou un peu plus âgé, M. N. Guillot ne voit pas d'inconvénient à donner une dose un peu plus forte, en ayant soin de veiller à l'état des organes digestifs, et à diminuer les quantités, ou même à supprimer momentanément le traitement s'il y avait de la diarrhée ou des coliques.

M. N. Guillot associe au mercure à l'intérieur un autre remède qui, suivant lui, n'est ni moins nécessaire ni moins utile : c'est l'emploi des bains de sublimé. Il fait prendre tous les deux jours à l'enfant un bain d'une demi-heure dans lequel on a mis :

Sublimé.	10 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . .	6 —

De l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur.

Les effets styptiques et hémostatiques si remarquables dus à l'action topique du perchlorure de fer, devaient naturellement conduire les praticiens à étudier l'action de ce médicament à l'intérieur : c'est, en effet, ce qui a eu lieu. C'est d'abord contre les hémorrhagies de source interne qu'on a dirigé les premiers essais de la médication perchloro-ferrique ; puis des hémorrhagies, on a passé aux affections catarrhales des muqueuses, aux leucorrhées, à la blennorrhagie ; et enfin de celles-ci aux scrofules, à la syphilis, aux ulcères de diverse nature, au scorbut et aux maladies cutanées. Nous avons exposé dans la *Revue clinique* du 31 juillet un exemple heureux d'application de cette médication au traitement du catarrhe et de l'hémorrhagie de la vessie, ajoutant que ce fait était loin d'être isolé, que l'idée qui avait suscité cette application n'était elle-même qu'une déduction de faits nombreux et d'une série d'expériences cliniques. Ce sont ces faits et ces expériences cliniques que nous nous proposons de faire connaître dans une rapide revue rétrospective.

L'initiative de l'usage interne du perchlorure de fer revient, croyons-nous, à M. le docteur Deleau, médecin en chef de la Roquette. Du moins, s'il n'était pas le premier à l'avoir employé, c'est certainement lui qui s'en est le plus activement occupé, et qui aura contribué pour la plus grande part à introduire cette nouvelle médication dans la pratique. Quoi qu'il en soit, voici en quels termes, à peu près, M. Deleau exposait, il y a un an, à l'Académie des sciences, les résultats de plusieurs années d'essais à l'infirmerie de la Roquette :

« L'usage intérieur du perchlorure de fer, aussi bien que son application externe, disait-il, sont sans danger ; le perchlorure de fer est l'hémostatique le plus puissant ; c'est un modificateur thérapeutique des membranes muqueuses dans les blennorrhagies et dans les leucorrhées, un médicament d'une grande puissance médicatrice dans les affections scrofuleuses, enfin un anti-syphilitique, etc. »

Nous ne reproduirons pas ici tous les faits qui ont servi à M. Deleau à formuler ces propositions, dont quelques-unes d'ailleurs ont encore besoin d'être contrôlées par une expérience plus étendue avant d'être définitivement adoptées ; mais nous signalerons çà et là, en passant, quelques-uns de ceux qui ont servi en quelque sorte de jalons pour étendre successivement les applications de la nouvelle méthode.

Après avoir d'abord constaté la propriété hémostatique du perchlorure de fer administré à l'intérieur à des doses et sous des formes pharmaceutiques que nous ferons connaître plus loin, dans un certain nombre de cas d'hémorrhagies (métrorrhagies, épistaxis, hémoptysies, flux hémorrhoïdaires ou intestinaux, etc.), M. Deleau reconnut dans quelques-uns de ces cas que le perchlorure de fer, indépendamment de son action hémostatique, exerçait une action modificatrice remarquable sur les membranes muqueuses.

Chez un malade, par exemple, auquel il avait prescrit le perchlorure de fer pour des hémoptysies, et qui avait en même temps un catarrhe bronchique, il vit avec une vive satisfaction, sous l'influence de cette médication, la sécrétion abondante de la muqueuse des bronches se tarir.

L'application du perchlorure de fer aux pertes utérines a également fourni à M. Deleau l'occasion de reconnaître l'utilité de cet agent dans la leucorrhée. Ainsi c'est en combattant une métrorrhagie par les injections de perchlorure de fer, qu'il a vu disparaître du même coup et l'hémorrhagie et une leucorrhée abondante déjà ancienne. Partant de ces diverses observations, M. Deleau a été amené à essayer ce même agent dans la blennorrhagie, et subsidiairement dans la syphilis.

L'emploi du perchlorure de fer dans la blennorrhagie devant faire plus tard l'objet d'un article spécial, nous nous abstenons d'exposer ici les résultats obtenus par notre confrère, ainsi que les considérations qui l'ont conduit à étendre l'usage de ce médicament de la blennorrhagie à la syphilis. Notre but d'ailleurs n'est ici que de rappeler sommairement l'origine et la série successive des essais à l'aide desquels M. Deleau a cherché à constituer la médication perchloro-ferrique. Nous nous bornons pour le moment à cette indication, nous réservant de reprendre et d'examiner dans autant d'articles particuliers les principaux groupes de faits.

Voici, en attendant, une nouvelle série d'applications qui nous est communiquée par M. Deleau et qui donnera aux lecteurs une idée de la manière de procéder de notre confrère.

INFIRMERIE DE LA PRISON DE LA ROQUETTE.

M. Deleau.

Observations relatives à l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur.

Obs. I. — Le nommé L..., détenu, âgé de 19 ans, tempérament lymphatique, cheveux châtains, décoloration du visage, amaigrissement extrême des membres, est affecté d'une teigne humide à la partie supérieure de la réunion des os de l'occiput. Soumis au sirop et à la pommade de perchlorure de fer, sa maladie se dissipe après dix semaines de traitement, en présentant le phénomène singulier d'un changement dans la couleur des cheveux, qui prennent la teinte noirâtre. Le tempérament se modifie sous l'impression de la médication du sel ferrique, qui donne au malade une activité plus prononcée dans les voies digestives.

Obs. II. — Le nommé P..., détenu, âgé de trente-six ans, tempérament sanguin, coloré, barbe forte, est depuis plusieurs années tourmenté d'une mentagre granuleuse avec suppuration incomplète des boutons, qui conservent de la dureté dans le foyer malade. Le traitement par le sirop et la pommade pendant l'espace de deux mois confirme l'efficacité de la médication perchloro-ferrique par la disparition des boutons indurés et par la netteté de toute la surface du menton, qui se garnit de nouveaux poils sans altération dans leur couleur et leur force.

Obs. III. — Le nommé C..., détenu, se présenta à notre visite avec un acné bien prononcé sur le visage. Ce prisonnier, médecin lui-même, a subi plusieurs traitements, et n'a trouvé de guérison radicale que par la solution normale appliquée en lotions, tous les jours, pendant l'espace d'une quinzaine.

Obs. IV. — Le nommé N..., âgé de cinquante ans, tempérament bilioso-sanguin, détenu. A l'aspect de taches violacées sur les cuisses, de la tuméfaction des jambes, d'une rougeur vive, érysipélateuse, je reconnais une affection scorbutique (le malade est blanchisseur de son état). Je le soumets à l'usage du sirop et aux lotions de perchlorure de fer.

Après quinze jours de traitement, les taches pâlissent, la peau reprend sa couleur normale, l'œdème érysipélateux se dissipe aussi bien que la teinte violacée.

Le malade quitte la prison guéri de sa maladie, et avec la joie de recouvrer sa liberté.

Obs. V. — Le nommé G..., détenu, âgé de cinquante-cinq ans, constitution athlétique, est souvent pris d'accès de goutte. Une attaque a lieu sous l'influence fâcheuse d'une condamnation. Le malade entre à l'infirmerie, avec douleurs vives, rougeur dans les articulations du pouce du pied droit, avec malaise dans toutes les articulations, fièvre, inappétence. Le malade a fait usage antérieurement de tous les médicaments préconisés contre cette maladie, sans avoir obtenu une amélioration rapide. Il est soumis à l'usage d'une cuillerée à bouche, matin et soir, de sirop de perchlorure de fer, qui procure, par son action sédative, un soulagement inconnu au prisonnier. Quinze jours de traitement suffisent pour obtenir la guérison.

Obs. VI. — Le nommé L..., âgé de quarante-deux ans, tempérament bilieux, constitution chétive, amaigrissement et pâleur générale, a été frappé d'une hémiplégie du côté gauche avec mouvements pénibles des membres paralysés, traînant la jambe dans le mouvement de progression. Le malade a été traité d'après les symptômes qui ont eu lieu pendant la maladie. Il entre à l'infirmerie de la Roquette, où il est soumis à l'usage du sirop de perchlorure de fer.

Cette médication procure tous les jours un changement favorable. Le malade, après vingt jours de traitement, éprouve une sensibilité plus vive dans les membres inférieurs, qui augmente les forces musculaires. Au bout d'un mois il peut se livrer avec facilité à l'exercice de la promenade, et il ne quitte la prison que pour être transféré à Poissy entièrement guéri, avec un certificat signé de notre main, qui atteste que le prisonnier peut être transporté sans danger dans une maison départementale.

Obs. VII. — Le nommé A..., détenu, âgé de vingt-sept ans, tempérament sanguin, se présente à la visite avec une contraction spasmodique des membres supérieurs, qui le mettait dans l'impossibilité de porter ses bras en arrière ou de les élever à la hauteur de sa tête. Le malade ne peut se servir de ses mains pour les usages ordinaires de la vie ; un infirmier est obligé de lui servir d'aide pour le faire manger. Cette infirmité est le résultat d'une impression fâcheuse sur le système cérébral, à la suite d'une condamnation ou d'un séjour prolongé dans les prisons. Le malade est soumis à l'action médicatrice du sirop de perchlorure de fer, qui dissipe en peu de temps les contractions spasmodiques, et qui modifie l'organisme en lui restituant toutes les conditions physiologiques de la vie.

Obs. VIII. — Le nommé G..., âgé de quarante-cinq ans, fort de corps, tempérament bilioso-sanguin, est souvent affecté de douleurs atroces à la région du sacrum, qui l'obligent à garder le repos. Les douleurs sont tellement vives qu'il ne peut faire le plus léger exercice. Il entre à l'infirmerie. Les sinapismes, une potion opiacée, n'amènent point de calme. Frictions avec un liniment de chloroforme, laudanum ; même état. Les frictions avec le baume Opodeldoch déterminent des souffrances plus aiguës. L'eau perchlorurée est ordonnée en frictions ; elle amène un peu de calme. Même prescription pendant trois jours. Les douleurs s'amendent, pour disparaître entièrement à la quatrième friction. Le malade sort de l'infirmerie le sixième jour de l'usage du perchlorure, dans des conditions de parfaite santé.

Les détenus passent sous les yeux du médecin, à leur entrée dans la prison, pour qu'il constate l'état de leur santé et s'assure s'ils ne sont point atteints de quelque maladie contagieuse. Les prisonniers qui ont la gale sont placés dans une salle à part, où ils sont soumis aux lotions de perchlorure de fer, lequel agent par son action escarhotique détruit l'*acarus* après deux ou trois lotions.

— Voici les principales formules dont se sert M. Deleau à la Roquette :

Sirop.

Perchlorure de fer liquide à 30°. . . .	10 grammes.
Sirop de sucre.	490 —

Ce sirop, exactement mêlé, contient 1 p. 100 de perchlorure de fer.

Pilules.

Perchlorure de fer liquide à 30°. . . .	5 grammes.

P. 1, sans action décomposante sur le perchlorure de fer ; q. s. pour faire 100 pilules ; chaque pilule contient 25 milligrammes de perchlorure de fer.

Injections, lotions.

Perchlorure de fer liquide à 30°.	de 32 à 125 grammes.
Eau.	500 —

Cette prescription contient de 1 gramme à 4 grammes dans 30 grammes d'eau, suivant l'action plus ou moins énergique que l'on peut produire.

Pommade.

Perchlorure de fer liquide à 30°.	de 8 à 20 grammes.
Axonge.	q. s.

Cette pommade peut contenir depuis un cinquième jusqu'à un dixième de perchlorure de fer, suivant l'effet à produire.

Sparadrap.

Perchlorure de fer liquide à 30°. . . .	30 grammes.
Solution de colle de poisson.	120 —

A étendre sur de la toile.

NOTE SUR LA SUPPURATION BLEUE.

Par M. X. Delore.

Le pus de quelques plaies jouit de la propriété de colorer en bleu la charpie ou les linges de pansement. Frappés de ce phénomène, des chirurgiens et des chimistes se livrèrent à des expériences diverses pour en découvrir la cause.

MM. Dumas et Persoz l'attribuèrent à du cyanure de fer, opinion qui fut combattue par M. Conté.

M. Pétrequin admit que du sulfure de fer donnait quelquefois au pus une couleur verdâtre, et que la coloration bleue des pièces de pansement était due peut-être au bleu de tournesol.

Dans ma thèse inaugurale (1854), j'ai rapporté un travail de M. le docteur Coutaret, où se trouvent consignées quelques recherches sur ce sujet. Nous avions conclu de ces expériences que la coloration bleue de certains pus était produite par une modification de l'hématine.

A peu près vers la même époque, M. Robin écrivait que la suppuration bleue tenait à de la biliverdine, ou matière colorante de la bile.

Cette idée vient d'être reproduite par M. Bergouhnioux, dans le numéro 90 de la *Gazette des Hôpitaux*.

Depuis la publication de ma thèse, j'ai eu de nouvelles occasions d'étudier la suppuration bleue. Elle provient souvent de plaies osseuses ; mais cette origine n'est pas exclusive, puisque je l'ai vue deux fois à la suite de vésicatoires. M. Robin a déjà fait la même remarque.

Elle se manifeste surtout chez les individus de mauvaise constitution, et dont les plaies versent un pus séreux. La matière purulente elle-même ne possède qu'une légère teinte verdâtre ; mais elle colore les appareils de pansement, et la couleur est sur-

tout prononcée aux extrémités de la tache. Faut-il attribuer cela à l'ammoniaque qui se dégage des plaies ?

La nuance est tantôt bleue, tantôt verte, ce qui est dû sans doute à une modification légère du principe colorant.

Voici par quel procédé M. Coutaret est parvenu à l'isoler complétement :

Les linges de pansement sont traités à froid par l'eau distillée et exprimés. La dissolution, additionnée d'un peu d'alcool, est portée à la température de l'ébullition, puis filtrée. On chasse ensuite l'alcool en faisant bouillir de nouveau ; on agite avec du chloroforme, qui enlève la matière colorante à l'eau. Ce chloroforme est ensuite évaporé, et on obtient une matière pulvérulente d'un bleu foncé, qui devient verte en l'agitant avec l'éther, et qui reste bleue dans l'eau.

Ce dernier fait démontre l'identité des couleurs verte et bleue.

Quelle est la nature de cette matière colorante? Est-ce la biliverdine, ou élément colorant de la bile? Cette opinion est celle qui réunit en sa faveur le plus d'assentiment.

En effet, la biliverdine se rencontre dans le sérum du sang normal. Dans l'ictère, elle y existe en quantité plus considérable. Il n'y aurait donc rien d'étonnant qu'une substance qui se trouve dans le sang passât dans le pus.

Cependant j'incline à considérer cette matière comme un produit intermédiaire entre l'hématine et la biliverdine, comme un de ces mille produits qui ne sont pas encore bien nettement définis, et qui appellent de nouvelles études.

Déjà en 1824, M. Chevreul avait signalé une substance colorante bleue dans le sang normal; l'ammoniaque avait le pouvoir de la verdir, et un acide lui rendait alors sa teinte première. Elle existe également dans la bile.

A vrai dire, cette matière diffère par quelques-unes de ses propriétés de celle que nous avons étudiée dans la suppuration bleue; cela est dû probablement à un autre mode de préparation. Toutes deux, par exemple, verdissent par l'ammoniaque, mais une seule rougit par les acides, fait déjà signalé par M. Pétrequin.

Quant à la biliverdine, elle emprunte ses matériaux à l'hématine, et ce sont deux substances fort voisines par leurs caractères d'ordre chimique et organique. Mais le principe colorant de la bile ne prend pas la teinte bleue signalée par plusieurs observateurs dans la sécrétion de certaines plaies; il n'offre point des réactions en tout semblables, et de plus aucun ictérique soumis à mon observation et affecté de solution de continuité n'a eu de suppuration bleue. Ces raisons me semblent jusqu'ici suffisantes pour différencier de la biliverdine la substance isolée par M. Coutaret.

L'ÉTAT DU POUMON

peut ne pas être toujours une preuve irrécusable que l'enfant a vécu.

Par M. Thomas Williamson, médecin de l'hôpital de Leith.
(Traduction de M. J. Hursch.)

On doit enregistrer avec beaucoup de soin tous les cas nouveaux qui peuvent jeter quelque lumière sur la question médico-légale de l'infanticide.

Dans les dix-huit ou vingt années qui viennent de s'écouler, il s'est présenté à mon observation, dans ma pratique d'accoucheur, cinq ou six exemples qui sont bien loin de corroborer les remarques faites, dans son *Traité de médecine légale*, par le docteur Taylor, relativement au soin excessif et aux précautions nombreuses que doit prendre le médecin, lorsqu'il est appelé à donner son avis sur les causes de la mort d'un enfant. La preuve que l'enfant a respiré, tirée de l'état seul du poumon, n'est nullement suffisante par elle-même pour établir le fait que l'enfant est né vivant. Lorsqu'il traite cette question, le docteur Taylor dit : « M. Price a communiqué à la *Gazette médicale* l'observation d'un cas où le cordon ombilical était si étroitement resserré autour du cou de l'enfant, qu'il fut obligé d'en opérer la section avant de terminer l'accouchement. Tout autour du cou régnait un sillon profond, et son opinion ainsi que celle d'un de ses confrères, était qu'en l'absence de preuves, ils auraient naturellement été amenés à soutenir que la strangulation avait été volontairement opérée au moyen d'une corde. Dans ce cas, le cordon était fort court. »

Dans tous les accouchements, dont je parle ici, je fus également obligé de diviser le cordon avant la naissance de l'enfant. Si j'avais manqué d'agir ainsi, la mort était inévitable ; et cependant, qu'un médecin, étranger à l'historique de ces faits, ait été appelé pour faire l'examen médico-légal des cadavres, il serait certainement arrivé à conclure que les enfants étaient nés vivants.

Dès que la tête s'était dégagée, l'enfant avait librement respiré; mais en introduisant les doigts autour du cou, pour amener les épaules, on rencontrait un ou plusieurs tours du cordon, comprimant fortement le larynx. En général, dans tous les cas analogues, on éprouve peu ou point de difficulté à dégager en même temps l'anse du cordon, pour permettre aux épaules d'être expulsées ; mais dans le cas spécial, vu l'extrême brièveté du cordon, cette manœuvre était parfaitement impossible. Chaque nouvelle contraction de l'utérus resserrait de plus en plus le lien formé par le cordon, la respiration cessait, la face devenait bleue et turgide.

Quelquefois j'ai réussi, avec beaucoup de difficulté et dans l'intervalle de deux douleurs, à jeter une double ligature sur le cordon et à le diviser au hasard ; d'autres fois, j'étais forcé d'opérer la section sans pouvoir prendre cette précaution, exposant ainsi au même danger et la mère et l'enfant, courant le risque d'une hémorrhagie mortelle pour la première, ou tout au moins pour le second.

J'ajouterai que le cordon avait rarement plus de 16 ou 18 pouces de long, et qu'il avait laissé tout autour du cou de l'enfant une empreinte profonde. Dans le dernier cas, survenu il y a peu de jours, peu après la naissance de l'enfant, pendant que je m'occupais de la délivrance, je m'aperçus que le placenta était fortement implanté sur la surface utérine. L'utérus était bombé, fortement contracté, et on ne put obtenir de nouvelles dilatations qu'après l'administration des opiacés. Cet état lui-même n'était-il pas fait pour prévenir tout déplacement sérieux de l'utérus, le placenta étant encore solidement fixé sur lui, pendant que l'enfant, menacé de suffocation, faisait tous ses efforts pour arriver au jour ?

Dans certains cas d'infanticide présumé, l'idée qui doit d'abord venir à l'esprit du médecin chargé de l'examiner, c'est le danger qui menace l'accusée si l'autopsie prouve que l'enfant a respiré. La conclusion qu'on tire d'habitude de l'examen du poumon, quand on reconnait que l'enfant a respiré, c'est qu'il est venu vivant au monde. Si les cas que j'ai enregistrés avaient été abandonnés à eux-mêmes, les enfants seraient morts en naissant. Leur cou aurait présenté un sillon profond; et cependant, à l'autopsie, on aurait trouvé toutes les preuves qu'on considère d'habitude comme positives que les enfants avaient vécu. Ces considérations nous montrent combien le médecin doit être circonspect à donner son avis dans tous les cas de mort de cette nature. (*Journ. méd. d'Edimb.*)

COLORATION BRONZÉE DE LA PEAU CHEZ UN ENFANT. MORT.

Désorganisation des deux capsules surrénales par une lésion ancienne.

Par M. le Dr Bennett.

Un jeune garçon, âgé de onze ans, faible et émacié, fut placé à l'hôpital par son père, le 15 avril. Il avait commencé à maigrir et à perdre ses forces depuis quelque temps, mais il n'avait présenté ni phénomènes morbides aigus, ni aucun symptôme d'affection pulmonaire. Il put venir à l'hôpital d'une distance de deux milles à pied, et retourner de même à la maison paternelle, sans se plaindre de fatigue. Le docteur Bennett et M. Couzens, le chirurgien de l'hôpital, reconnurent dès l'abord, à la complexion du jeune garçon, la nature de sa maladie. Son visage offrait les caractères très-prononcés de la *teinte bronzée*; la couleur était répandue sur toute la surface, mais plus foncée sur certains points que sur d'autres. Sur le milieu du front était une tache très-foncée, dont les bords allaient se fondre par nuances graduelles dans la teinte moins sombre du tégument environnant.

Toute la surface du corps et des extrémités avait une coloration anormale, mais moins marquée que sur le visage, à l'exception de la partie postérieure des mains et des parties latérales des genoux. Quelques taches, pareilles à celles qu'on ferait avec de légères taches d'encre de Chine, se voyaient sur la membrane muqueuse des lèvres. Aucun signe de maladie intra-thoracique. D'après le père, la teinte bronzée est devenue beaucoup plus foncée dans les dernières semaines, et certaines circonstances font croire qu'elle est apparue il y a plus de six mois. Jusque dans les derniers temps, il ne paraissait point malade, et même il a continué jusqu'à ce moment à jouer avec les autres enfants comme auparavant.

Le lendemain de sa visite à l'hôpital, sans qu'on ait pu déterminer la cause, l'enfant devint sérieusement malade. Il fut pris de diarrhée et d'accès convulsifs répétés. Il meurt au bout de huit jours instantanément. Pendant les derniers jours, il fut visité chez lui par M. Edmond Bletchley, qui reconnut aussi immédiatement la véritable nature du mal.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion dans les viscères thoraciques ou abdominaux, si ce n'est dans les glandes mésentériques et dans les capsules surrénales. Plusieurs ganglions mésentériques étaient gros comme des billes, et contenaient de la matière caséeuse enfermée dans une enveloppe très-dure ou même calcaire.

Ces dépôts ressemblaient à des tubercules ramollis. Dans aucune glande on n'a trouvé de tubercule récent. Les deux capsules surrénales étaient tout à fait désorganisées, et renfermaient de la matière crayeuse et caséeuse retenue dans un tissu fibreux résistant. Il n'y avait plus trace de leurs éléments normaux; on ne voyait non plus aucun vestige d'inflammation récente. La maladie était évidemment en voie de guérison spontanée, et existait depuis longtemps. (*Gaz. hebd.*)

OBSERVATION D'OVARITE SPONTANÉE,

suivie de suppuration; ouverture artificielle de l'abcès au-dessus de l'arcade crurale; guérison.

Par le docteur Faurès.

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-deux ans, mariée et mère de quatre enfants, qui éprouva subitement, dans le mois de juin 1853, une suppression des menstrues, à la suite d'une promenade faite le soir sur les bords humides de la Garonne. On épuisa vainement tous les moyens imaginables pour rappeler le flux menstruel. Trois jours après, la malade était prise de tous les signes d'une inflammation de l'ovaire droit. Malgré l'emploi des antiphlogistiques et des mercuriaux, la phlegmasie marcha rapidement vers la suppuration; et au bout de quelques jours on put constater l'existence d'une collection purulente, bosselée, du volume d'une tête de fœtus, occupant toute la fosse iliaque et appuyant contre la paroi antérieure de l'abdomen, derrière l'arcade crurale. Cette tumeur était le siége d'une douleur extrême, qu'exagérait la moindre pression. La malade éprouvait de légers frissons, une très-grande anxiété, et se trouvait en proie à une réaction fébrile intense.

Lorsque l'abcès parut suffisamment rapproché de la paroi abdominale, des cataplasmes irritants et maturatifs furent appliqués sur le point le plus déclive, au niveau de l'arcade crurale, dans le but de provoquer un travail adhésif entre ces parties et la poche purulente. Vers le cinquième jour après ces applications, M. Faurès ouvrit l'abcès avec toutes les précautions que réclamait son siége dans le voisinage du péritoine et des vaisseaux cruraux. L'écoulement du pus dura une vingtaine de jours ; puis l'ouverture de l'abcès resta fistuleuse, et laissa suinter pendant quelque temps un peu de sérosité, qui finit par s'arrêter et permit à l'ouverture de s'oblitérer.

Au bout de deux mois la malade a été complétement rétablie.
(*Journ. de méd. de Toulouse* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 août 1858. — Présidence de M. Deguise.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. **Verneuil** indique les prix des appareils qu'il a présentés à la Société.

M. **Lenoir** rappelle que ces appareils ne sont pas nouveaux ; il y a longtemps, dit-il, que M. Martin nous les a fait voir pour la première fois. L'inventeur les livre aux hôpitaux pour 80 fr. Ceux de M. Lebelleguie n'offrent donc rien de bien intéressant.

M. **Verneuil** répond qu'il n'a pas présenté les appareils de ses malades comme nouveaux ; c'est à l'occasion de sa présentation qu'il en a parlé. Il a voulu répondre au reproche qu'on lui avait fait d'être hostile à l'amputation sus-malléolaire, en amenant devant la Société deux hommes qui, ayant subi cette opération, marchent facilement et se livrent à des travaux pénibles.

Les appareils qu'il a montrés étant très-satisfaisants et d'un prix modéré, on ne pourra plus dire que l'amputation sus-malléolaire ne convient pas aux pauvres.

M. **Lenoir** admet pourtant quelques exceptions. Deux boulangers, opérés par lui, ayant besoin de déployer une grande force dans l'exercice de leur profession, durent renoncer à la jambe artificielle, pour se servir du pilon en bois.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme guéri par la compression digitale intermittente. — M. Houzelot, médecin en chef de l'hôpital général de Meaux, présente un malade sur lequel il donne les renseignements qui suivent :

D..., musicien aux dragons de l'impératrice, en garnison à Meaux, reçut en duel, sur la face dorsale du carpe, la main étant en supination complète, un coup de sabre qui divisa les parties molles transversalement à la hauteur de l'angle que forment entre eux les métacarpiens du pouce et de l'indicateur droits. Pansé presque aussitôt après, D... fut envoyé immédiatement à l'hôpital général de Meaux par M. le docteur Morel, aide-major, qui ne signala rien de particulier dans l'état du blessé ; le cas, selon toute probabilité, ne devait pas être grave.

Le lendemain, à la visite, plaie simple, bien qu'un peu déchirée et contuse, large de deux centimètres environ. Le sabre a labouré la face dorsale de la main en se dirigeant vers l'articulation radio carpienne. A son côté externe et postérieur, il a divisé ou tout au moins atteint le tendon du court extenseur du pouce, dont les mouvements d'élévation ne se produisent que difficilement. En explorant les parties voisines, parfaitement intactes du reste, MM. Vilpelle, chirurgien en chef de l'hôpital, et Bruneau, médecin-major du corps, reconnaissent sur la face antérieure du poignet, à 3 centimètres environ de l'articulation radio-carpienne, sur le trajet de l'artère radiale, une tumeur de la grosseur d'une aveline, parfaitement circonscrite, et présentant tous les symptômes pathognomoniques d'un anévrysme; examen fait de la tumeur, je me range à l'avis de mes confrères, que M. Morel lui-même partagea bientôt.

Je propose la compression digitale intermittente, qui vient, à l'étranger et en France, de donner quelques cas de guérison. A titre d'essai, elle est pratiquée au-dessus et au-dessous de la tumeur à l'avant-bras, mais sans résultat pendant deux jours ; on l'abandonne pour être reportée à l'humérale, au pli du coude, où elle sera pratiquée par le malade lui-même de la manière suivante : Compression pendant le jour seulement, avec repos d'une heure d'intervalle, en sorte que la suspension de la circulation dans le membre, partant dans la tumeur, n'aura réellement lieu que durant six ou huit heures pendant vingt-quatre. Examinons ce qui va se passer.

Le 25 juillet, la tumeur a son volume primitif; molle, extensible, elle présente à l'œil nu des mouvements d'expansion très-visibles, sensibles au toucher; battements isochrones à ceux du cœur, bruissement caractéristique.

Le 26, au matin, la tumeur, plus dure, conserve son volume ; les mouvements d'expansion, à peine visibles, sont encore sensibles au doigt. Bruissements moindres.

Le 27, tumeur dure dans son entier ; mouvements d'expansion, bruissements nuls. Une pression un peu forte fait seule percevoir des battements profonds.

Le 28, mouvements d'expansion, bruissement, battements, tout a disparu ; la tumeur, encore plus dure que la veille, a commencé à décroître. La compression est levée à une heure pour ne plus être reprise. Elle a été exercée pendant deux jours et demi, c'est-à-dire dix-huit ou vingt heures seulement.

Le 4 août, au bout de dix jours, la tumeur a diminué des deux tiers ; je continuerai à observer le malade pour rendre compte à la Société quand la guérison sera définitive. On perçoit très-bien aujourd'hui les pulsations de la radiale au-dessus et au-dessous de la tumeur, dans laquelle la circulation est complétement interrompue ; on pourrait donc, à la rigueur, dire le malade guéri.

J'ai dit qu'on devait attribuer la formation instantanée de la tumeur

anévrysmale à la rupture d'une ou de plusieurs des tuniques de l'artère, par un mouvement brusque. Le malade affirme, en effet, qu'avant le duel il n'avait rien à l'avant-bras qui le gênât dans ses fonctions de musicien et de copiste. On ne peut admettre que la pointe du sabre ait lésé l'artère; des désordres qui n'ont pas eu lieu auraient alors été observés dans les parties voisines. La plaie du carpe et la tumeur sont à 4 centimètres de distance; la première, à la face dorsale de la main, n'a que 1 centimètre 1/2 de largeur; la seconde est située à la face palmaire de l'avant-bras. D'ailleurs, en passant brusquement de la supination à la pronation pour arriver à la parade, ainsi que le malade en rend compte, le radius aurait, par sa révolution même, couvert l'artère. Il faut donc chercher ailleurs que dans une lésion traumatique la cause de l'anévrysme, dont l'existence n'est pas douteuse. Bien que la rupture instantanée des tuniques artérielles, comme dans le présent cas, soit rare, elle n'est pas impossible; le fait a déjà été observé, non pas sur la radiale peut-être, mais ailleurs.

M. CHASSAIGNAC a souvent observé des kystes au niveau du point où siége la tumeur du malade présenté par M. Houzelot; il se demande s'il n'y aurait pas eu erreur de diagnostic dans le cas qui est soumis à la Société. Ce qui lui donne cette pensée, c'est qu'il ne comprend pas comment un anévrysme a pu se former à la face antérieure de l'avant-bras, quand le coup de sabre a porté sur la tabatière anatomique. Un kyste existant antérieurement derrière l'artère radiale, pourrait induire en erreur les praticiens les plus habiles.

M. HOUZELOT répond aux observations de M. Chassaignac que MM. Bruneau, Morel et Vilpelle, ont admis comme lui l'existence d'un anévrysme. Il pense que cet anévrysme s'est produit par rupture dans l'effort que le blessé a fait pour parer le coup qui lui était porté. Il ne s'explique pas comment, dans l'hypothèse de M. Chassaignac, la tumeur eût pu diminuer sous l'influence de la compression faite dans un point éloigné.

M. DESORMEAUX fait remarquer que les battements n'existent plus dans la radiale au niveau de la tumeur, tandis qu'on les perçoit facilement au-dessus et au-dessous. L'existence d'un anévrysme et sa guérison peuvent seules donner l'explication de ce fait.

Après ces explications, M. CHASSAIGNAC ne croit pas devoir insister; il pense que M. Houzelot a eu affaire à un anévrysme; mais il est bien aise d'avoir, à l'occasion de cette présentation, rappelé l'existence des kystes, qui ont dû plus d'une fois en imposer pour des tumeurs anévrysmales.

LECTURE.

Anévrysme poplité. — Compression de la fémorale avec l'appareil de M. Broca. — Guérison en dix-huit jours. — L'observation suivante est lue au nom de M. Triffet, aucien interne des hôpitaux de Paris.:

Vers le 15 juin 1857, M. Lambré, notaire à Cartignier, me fit appeler près de son fils, âgé de vingt-deux ans, pour un gonflement des jambes survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Après quelques jours de repos, l'œdème ayant presque disparu, nous avons remarqué au milieu du jarret droit une tumeur pulsatile du volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur présente tous les caractères d'un anévrysme circonscrit entièrement réductible. Le malade accuse une douleur très-vive vers la tumeur, s'irradiant dans tout le membre et redoublant à la moindre pression, au moindre mouvement. Le genou reste légèrement fléchi, et l'œdème est beaucoup plus prononcé dans ce membre que dans l'autre.

Une saignée immédiatement pratiquée diminue sensiblement les douleurs; mais, malgré les cataplasmes, le repos absolu, les préparations de digitale et les opiacés, le malade peut à peine avoir quelques heures de sommeil.

Le 8 juillet, la tumeur anévrysmale faisant des progrès, je me décide à employer la compression indirecte, et j'écris à M. Charrière pour lui demander l'appareil de M. Broca.

Le 16, la tumeur augmentant d'une manière désespérante et craignant une rupture de la poche anévrysmale, j'ai fait transporter le malade chez moi, afin de l'avoir sous la main en cas d'événement et pouvoir mieux surveiller le traitement.

Pendant le transport, j'ai appliqué un tourniquet sur l'artère fémorale, et l'y ai maintenu médiocrement serré jusqu'à l'arrivée de l'appareil tant désiré dans la crainte d'une rupture du sac.

Enfin, le 19 juillet l'appareil arriva; le malade était alors dans l'état suivant :

La jambe est légèrement fléchie, œdémateuse; une tumeur oblongue paraissant plus volumineuse que le poing, fluctuante, réductible, agitée de battements d'expansion énergiques, remplit complétement le creux du jarret droit et refoule latéralement les tendons qui circonscrivent le creux poplité. La mensuration comparative des deux membres donne une différence de 7 centimètres; les pulsations se font sentir aussi bien dans ce membre que dans l'autre. Les douleurs, qui redoublent à chaque pulsation, disparaissent par la compression de la fémorale. Le pouls donne 85 pulsations.

La compression fut commencée le 19, vers trois heures du soir. L'appareil fut disposé de manière que les deux pelotes, destinées à être serrées et relâchées alternativement, pussent comprimer l'artère fémorale, l'une dans l'aine, l'autre vers l'anneau du troisième adducteur. Après avoir essayé la sensibilité de l'appareil et m'être convaincu que les pelotes fonctionnaient d'une manière irréprochable, j'ai commencé la compression par la pelote inguinale, en ayant soin de la serrer assez pour diminuer les battements de l'anévrysme, mais en n'interrompant pas complétement la circulation, c'est-à-dire que la pelote fut serrée de manière à donner au tourniquet le maximum d'agitation.

Au bout de dix minutes, la pression devenant douloureuse, la pelote inférieure fut appliquée de la même manière, et l'autre relâchée. Ainsi de suite.

Le malade fut mis à la demi-ration, de l'eau pour toute boisson, 30 grammes de sirop diacode chaque soir, et un granule de digitaline le matin et le soir.

Bien que le patient fût très-intelligent et qu'il comprît l'importance et le mécanisme de la médication, j'ai toujours laissé près de lui des aides capables pour appliquer régulièrement les pelotes sur l'artère et les maintenir convenablement serrées.

Les 20, 21 et 22, la compression est parfaitement supportée; seulement il faut changer les pelotes toutes les dix ou douze minutes. Le pouls descend à 80, et s'y maintient jusqu'à la fin du traitement.

Le 23, la poche anévrysmale n'a pas encore acquis de consistance; la tumeur est encore complétement réductible.

Les 24, 25, 26 et 27, le traitement est continué de la même manière; seulement, la pelote inguinale étant très-douloureuse, il a fallu la descendre un peu plus bas, dans le triangle crural.

Le 28, les battements sont beaucoup moins prononcés dans la tumeur; elle n'est plus entièrement réductible; on sent que les parois de l'anévrysme ont acquis une certaine épaisseur et que des caillots commencent à se développer dans la poche anévrysmale.

Le 29, la gouttière, qui presse sur le grand trochanter et sur la tubérosité de l'ischion, n'est plus tolérable; mais un coussin de balle d'avoine modère les accidents.

Du 30 au 5 août, le traitement est supporté avec peine; les pelotes doivent être fréquemment changées de place, depuis l'aine jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, sur tout le trajet de la fémorale; la gouttière se déplace à chaque instant; l'appareil tourne, glisse sur les coussins de paille d'avoine, et il faut une surveillance des plus attentives. Les artères collatérales se développent; la tumeur devient de plus en plus dure; mais la circulation se fait encore régulièrement dans toutes les artères de la jambe.

Enfin le 6, vers dix heures du matin, les artères collatérales ayant acquis un grand développement, la tumeur étant très-dure, irréductible, les mouvements d'expansion presque nuls, et le malade se fatiguant du traitement, j'ai fait serrer les pelotes de manière à intercepter complétement la circulation.

Vers onze heures du soir, le malade accuse une douleur très-vive dans le membre, de l'engourdissement, des crampes et un malaise indéfinissable; il dit qu'il ne peut plus continuer le traitement plus longtemps et qu'il va se trouver mal.

Remarquant que le membre se refroidit et que la sensibilité s'émousse, j'enlève l'appareil, afin de laisser reposer le patient, et surtout dans l'espoir que la circulation va ramener la chaleur et la vie dans le membre. Mais l'oblitération de la poche anévrysmale était complète et le sang ne traversait plus du tout l'artère poplité; plus de mouvement d'expansion dans la tumeur, plus de battements ni dans le vaisseau, ni dans l'artère tibiale postérieure, ni dans la pédieuse. On ne sentait que deux collatérales, dont l'une, l'interne, avait acquis le volume d'une plume d'oie.

Pendant toute la nuit et le jour suivant on s'occupe de réchauffer le membre par tous les moyens convenables, et au bout de 48 heures tous les accidents avaient disparu; les battements commençaient à se faire sentir à l'artère pédieuse.

Le 29, le malade allait de mieux en mieux, la tumeur diminuait de volume, aucun battement ne s'y faisait sentir; les mouvements de flexion et d'extension revenaient de plus en plus, lorsqu'une méningite se déclara et faillit nous enlever cet intéressant jeune homme. Heureusement nous avons pu le sauver et suivre le retrait de la tumeur anévrysmale, qui, au bout de deux mois, n'avait plus que le volume d'un marron, et qui aujourd'hui a entièrement disparu; du moins on ne peut plus rien sentir à travers la peau.

M. Lambié, aujourd'hui 25 février, se porte admirablement bien et marche comme s'il n'avait jamais rien eu. Sauf l'absence des battements de l'artère poplitée et le développement énorme de la collatérale interne, il ne serait point possible de reconnaître le membre qui a été malade.

J'ajouterai que plusieurs de nos confrères ont vu M. Lambié avant, pendant et après la guérison de son anévrysme, et que M. le docteur Wiart a suivi le malade pendant tout le traitement.

M. CAZEAUX présente, de la part de M. le docteur Basset, la thèse inaugurale de ce dernier, intitulée : *De l'hydrorrhée dans la grossesse*.

— M. MIDDELDORPF, membre correspondant de la Société à Breslau, adresse un exemplaire de son mémoire intitulé : *De polypis æsophagi atque de tumore hujus generis primo prospere exstirpato*. Breslau, 1857, in-4°. A la demande de plusieurs membres, M. Follin est chargé de rendre compte de ce travail.

— M. Bauchet adresse un exemplaire de son travail intitulé : *Du panaris et du phlegmon de la main*. Paris, 1858.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Les journaux judiciaires et quelques grands journaux ont fait grand bruit d'une affaire judiciaire, dans laquelle un médecin de Vaugirard a été l'objet d'un blâme excessivement sévère de la part du président du tribunal et de l'organe du ministère public, pour avoir refusé, a-t-on dit, de donner des soins à un blessé faute d'avoir reçu le prix qu'il en avait exigé d'avance. Nous avons appris depuis que ce médecin, M. Niel (nous pouvons et nous devons même le nommer, puisque son nom a déjà reçu une si triste publicité), a été victime d'une indigne calomnie.

La commission générale de l'Association des médecins de la Seine, informée de ces faits et de la position précaire dans laquelle se trouve ce médecin, qu'un long exercice de son art n'a pas mis à l'abri du besoin, lui a voté, dans sa dernière réunion, un secours temporaire; et une démarche doit être faite en son nom auprès de son conseil, Me Paillard de Villeneuve, pour aviser aux moyens de lui faire rendre justice.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 96. — MARDI 17 AOUT 1858. (31e ANNÉE.) N° 96. — MARDI 17 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Depuis le 10 courant, les bureaux du Journal sont transférés rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

PARIS, LE 16 AOUT 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une communication faite dans le mois de janvier dernier, M. Cl. Bernard a montré que le sang veineux glandulaire et le sang veineux musculaire présentent une coloration absolument opposée quand on les considère pendant l'état d'activité des organes. Quand le muscle agit et se contracte, disait M. Bernard dans cette communication, le sang veineux qui en sort est très-noir. Quand la glande fonctionne et expulse le produit de sa sécrétion, le sang veineux qu'elle fournit est au contraire d'une couleur rutilante, parfois tout à fait identique à celle que présente le sang des artères. D'où il suit que dans les glandes à sécrétion intermittente, il existe une alternative de coloration rouge et noire dans le sang veineux, suivant que l'organe est dans l'état de fonction ou dans l'état de repos.

Ces faits établis, M. Bernard a poursuivi ses recherches dans le but de déterminer quelles sont les modifications de composition qui correspondent à ces différences de coloration. Mais avant d'exposer les expériences à l'aide desquelles il pense être parvenu à découvrir l'explication chimique de ce phénomène, il a cru devoir faire connaître les conditions physiologiques du système nerveux qui règlent ces actions chimico-organiques spéciales. La communication qu'il a faite dans cette séance a pour objet de montrer que les conditions chimiques particulières qui, dans les glandes, font apparaître le sang veineux, tantôt rouge, tantôt noir, sont déterminées par l'influence de deux nerfs qui ont des origines distinctes et possèdent une action en quelque sorte antagoniste ; ou, en d'autres termes, qu'il existe un nerf glandulaire qui laisse couler le sang veineux rouge, et un autre qui fait devenir le sang veineux noir. De telle sorte qu'il existe une corrélation nécessaire entre les modifications chimiques que le sang éprouve dans les tissus organiques et les conditions mécaniques de la circulation capillaire qui sont sous l'influence immédiate des nerfs.

De la série des faits exposés dans ce travail, il ressort cette conséquence physiologique importante, savoir : que les glandes — et M. Bernard pense que cela peut être dit de tous les organes de l'économie — possèdent une circulation individuelle qui dans ses variations est indépendante de la circulation générale. « Chaque partie est liée à l'ensemble par les conditions communes de la circulation générale, et en même temps, par le moyen du système nerveux, chaque partie peut avoir une circulation propre et s'individualiser physiologiquement. » Le système nerveux spécial qui anime chaque système capillaire et chaque tissu organique, serait l'agent régulateur qui réglerait, dans chaque partie, le cours du sang de manière à le mettre en rapport avec les états fonctionnels chimiques particuliers des organes.

M. Flourens a signalé parmi les pièces de la correspondance un opuscule de M. de Martini, de Naples, concernant les effets produits sur la vision par la santonine. On sait, d'après des observations déjà anciennes, que la santonine a cette singulière propriété, que les personnes qui en font usage voient, au bout de quelques minutes, tous les objets colorés en vert. L'étude particulière que M. de Martini a faite de ce phénomène l'a conduit à y découvrir d'assez grandes variétés, soit dans l'intensité de la teinte, soit dans ses nuances, ainsi que dans les conditions diverses de sa production. Le fait général n'en a pas moins été constaté comme très-réel. Quant à sa cause, M. de Martini a cherché à l'expliquer par une action moléculaire sur la rétine...

M. A. Legrand a présenté dans cette même séance un mémoire sur la cautérisation destructive appliquée au traitement du névrome. La lettre d'envoi que nous publions dans le compte rendu fait suffisamment connaître l'objet de ce travail.

Enfin M. Rayer a fait hommage à l'Académie du t. IV de la 2e série des *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie*. Nous ferons prochainement connaître le contenu de cette nouvelle publication. — Dr Brochin.

SUR LA LIGATURE DE L'OESOPHAGE,

Par M. le Dr L. ORFILA.

Aujourd'hui, la discussion ouverte devant l'Académie de médecine sur la ligature de l'œsophage est terminée. Le moment est donc venu de rechercher quelle lumière elle a jetée sur la question en litige. Je désirerais publier encore quelques réflexions à ce sujet : elles ne seront pas longues, et elles me paraissent au-dessus de toute contestation.

Le point de départ de la discussion a été, comme chacun le sait, la communication faite par M. Bouley à l'Académie de médecine dans la séance du 29 juillet 1856. Dans cette note, MM. Bouley et Reynal annoncent qu'ils ont pratiqué sur huit chiens la ligature de l'œsophage, et que sauf trois animaux, auxquels la ligature a été enlevée deux heures après l'opération, tous sont morts très-rapidement ; un d'eux n'a survécu que *trois heures*, et un autre *une heure trois quarts*.

On comprend que de pareils résultats aient causé une extrême surprise, quand on se rappelle ce que dit Orfila au sujet de l'opération en question. En effet, Orfila, dans son Traité de toxicologie (p. 46), s'exprime ainsi : « Il est avéré par plus de 50 expériences, dont plusieurs ont été faites publiquement devant un nombreux auditoire et en présence de plusieurs membres de l'Académie de médecine, que si, après avoir isolé l'œsophage, on le lie, et qu'on maintienne la ligature pendant vingt-quatre ou trente-six heures, les animaux n'éprouvent qu'un léger abattement et un peu de fièvre : dès que la ligature est enlevée, les chiens boivent, ne tardent pas à manger, et sont parfaitement rétablis. »

En présence de deux faits aussi contradictoires et aussi bien constatés, tout esprit vraiment scientifique reconnaît que la différence des résultats observés dépend nécessairement d'une différence dans les conditions de l'expérimentation. Il s'agissait donc, après la communication de M. Bouley, de rechercher quelle circonstance peut expliquer la gravité des opérations pratiquées par cet expérimentateur, et c'est dans ce but que l'Académie crut devoir nommer une commission ; mais, au lieu de poursuivre cette recherche en variant les expériences, M. Bouley n'a fait devant la commission que répéter exactement les expériences relatées dans sa communication, et aucun autre opérateur n'a été appelé à expérimenter devant la commission. Aussi est-il impossible de méconnaître que la commission n'a fait que vérifier la réalité des faits annoncés par MM. Bouley et Reynal : à savoir que les chiens opérés par MM. Bouley et Reynal meurent peu de temps après l'opération ; elle n'a pu arriver à l'interprétation sans être conduite à puiser en dehors des faits dont elle a été témoin, et elle a dû se borner à des conjectures.

En somme donc, *aujourd'hui comme le 29 juillet 1856*, nous sommes en présence de deux faits contradictoires bien constatés, sans pouvoir nous rendre compte de la source de la contradiction. Si Orfila nous avait indiqué exactement quelles précautions il prenait pour obtenir des succès aussi constants, nous pourrions y trouver l'explication des insuccès de M. Bouley. Mais il y a à ce sujet une lacune importante dans la *Toxicologie* d'Orfila ; c'est cette lacune que M. Bouley était appelé à combler en présence de la commission ; les expériences qu'il a répétées en présence de ses collègues ne peuvent pas conduire à ce résultat si désirable : aussi les conclusions du rapport, adoptées du reste par l'Académie, ne peuvent être considérées que comme une *solution provisoire* de la question, et le service rendu par M. Bouley *consiste à avoir signalé un danger*. Nous en sommes réduits à demander des études ultérieures pour apprendre le moyen *certain* d'échapper à ce danger.

Tout ce qui a été fait jusqu'à présent permet de prévoir que ces études mettront hors de doute que la différence des résultats observés d'un côté par Orfila et de l'autre par MM. Bouley et Reynal dépend du procédé opératoire, d'un détail d'opération. En effet, si les accidents observés par MM. Bouley et Reynal étaient causés par une circonstance *inhérente* à l'opération, Orfila les aurait constatés. Ce qui est certain, c'est qu'il existe un procédé au moyen duquel on ne détermine que des accidents insi-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire général des sciences médicales pour l'année 1857 ; par Aug. CAVASSE, interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique (1).

On a souvent reproché aux médecins français de négliger l'érudition ; et certes, il faut en convenir, jamais reproche ne fut plus justement adressé. A en juger par l'ignorance en bibliographie de la plupart des maîtres, il semblerait même que pour eux inventer fût plus facile que lire, et que chacun laissant de côté les travaux de ses prédécesseurs et ceux de ses contemporains, voulût borner à l'histoire de ses œuvres toute l'histoire de la médecine.

Un dédain aussi général entraîne parfois les plus singuliers résultats. Tantôt c'est un travailleur honnête, un chirurgien ingénieux qui, après de laborieuses méditations, arrive à retrouver ce qu'un autre avait depuis longtemps imaginé, et qui se trouve ainsi avoir perdu son temps, et pour lui-même et pour les progrès de la science. D'autres fois, c'est une méthode ancienne enfouie au milieu de travaux que personne n'avait l'idée de consulter, et qu'un intelligent chercheur fait reparaître au grand jour sous un nouveau costume. Habilement exploitée, cette facile découverte fait la fortune du nouvel inventeur, lui sert de titres scientifiques, et il faut ensuite à ceux qui savent réellement et veulent rendre à chacun ce qui lui appartient, de longues années et d'acerbes discussions pour désabuser le public et démasquer le trompeur.

Si de l'érudition en notre propre langue, nous passons à l'érudition étrangère, nous trouverons naturellement une ignorance bien plus complète. Il y a quelques années, savoir l'allemand pouvait tenir lieu, en France, de travail et d'imagination ; et tout récemment encore, n'a-t-on pas vu présenter à l'une de nos sociétés savantes la traduction d'un ouvrage anglais et la faire accepter pendant plusieurs mois pour un travail original?

En face d'un pareil état de choses, venir mettre à la portée de tous l'indication des sources où chacun peut puiser, c'est rendre un véritable service à la science, et c'est ce qu'a fait M. A. Cavasse en publiant l'*Annuaire général des sciences médicales*.

Ce mot d'*annuaire* est devenu si vulgaire, il a été appliqué à tant de livres dont le but n'est rien moins que scientifique, qu'il faut un certain courage pour l'employer. Cependant, sous ce modeste titre, on voit aussi quelquefois paraître de sérieux ouvrages ; et si l'on veut bien nous suivre un instant, on reconnaîtra que le livre dont nous parlons mérite à tous égards le titre d'*ouvrage sérieux*.

La première partie est tout officielle. L'auteur rapporte les lois, les règlements nouveaux parus dans le cours de l'année 1857. Il réunit la liste des divers prix offerts par les sociétés savantes de France et de l'étranger ; il n'y a là que le mérite de l'à-propos, mais il y est assurément ; car il est permis d'espérer que si les questions mises au concours n'étaient pas aussi généralement ignorées, perdues comme elles le sont dans des journaux épars, on verrait moins souvent de solitaires concurrents n'avoir à vaincre que leur propre insuffisance.

D'ailleurs, quelques pages seulement sont consacrées à ce sujet.

Commence ensuite la partie originale de l'ouvrage. L'ordre adopté par l'auteur est le suivant : d'abord l'anatomie, puis la physiologie, avec un chapitre additionnel sur l'anesthésie ; l'anatomie pathologique ; la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, l'aliénation mentale, la thérapeutique et la matière médicale, les eaux minérales, l'hygiène, la toxicologie et la médecine légale.

Tout ce qui a été publié sur ces divers sujets dans le cours de l'année 1857 a été passé en revue. Livres, mémoires, journaux, thèses, comptes rendus des Académies et des Sociétés savantes, tout a été dépouillé avec soin. Les publications étrangères, allemandes, anglaises, italiennes, ont été elles-mêmes consultées. Pour cette année, toutefois, cette dernière partie n'est pas aussi complète qu'on aurait pu le désirer ; l'auteur l'annonce lui-même dans sa préface, et s'engage à s'en occuper davantage les années suivantes.

Avec un cadre aussi vaste à remplir, ne faire qu'indiquer les sources pour chaque sujet, c'eût été déjà rendre un grand service aux travailleurs. Au lieu d'avoir à parcourir des centaines de journaux, des mil-

(1) Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

gnifiants. Il s'agit de le retrouver. Nous en sommes maintenant pour la ligature de l'œsophage au même point que pour la préparation de mille substances, le vert de Chine, par exemple, ou les cendres bleues qui nous viennent d'Angleterre. Ces substances existent, mais leur mode de préparation n'est pas connu de tout le monde. Il est à regretter que MM. Bouley et Reynal ne se soient pas voués à la recherche du procédé opératoire ; personne n'avait plus de chances de réussir que ces deux habiles opérateurs.

Après avoir été moi-même un instant ébranlé, je reconnais aujourd'hui que le passé de la toxicologie, non seulement n'est pas incriminé (suivant l'expression de M. Bouley), mais n'est même pas atteint par les conclusions du rapport et par tout ce qui a été dit et écrit dans ces derniers temps sur la ligature de l'œsophage, et je suis certain que mon opinion sera partagée par tout homme qui étudiera sérieusement la question. *Non-seulement l'ensemble des travaux toxicologiques d'Orfila, mais encore chacune de ses innombrables expériences conserve la même valeur qu'avant le débat actuel.*

Cette conclusion me paraît tout aussi importante, tout aussi utile pour les générations futures, dont se préoccupent tant M. Bouley et M. Devergie, que les conclusions formulées au bas du beau rapport de M. Trousseau. En effet, s'il est bon de prémunir les expérimentateurs contre les chances d'erreur qui peuvent entacher les résultats de leurs expériences, il n'est pas moins important, ce me semble, pour les progrès de la science, de ne pas forcer sans besoin les travailleurs à recommencer éternellement, nouveaux Sisyphes, la tâche de la veille. N'oublions pas que les conquêtes modernes des sciences ont été préparées par nos devanciers, et que si chaque génération avait abandonné à la légère l'héritage qu'elle a reçu des générations passées, nous ne posséderions encore aujourd'hui ni les chemins de fer ni le télégraphe électrique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Rayer.

Observations de néphrite albumineuse avec altération de la vision.

Recueillies par M. E. Lecorché, ancien interne du service.

Les troubles de la vision qui accompagnent la néphrite albumineuse aiguë ou chronique (maladie de Bright) ont fixé depuis quelques années d'une manière particulière l'attention des observateurs. Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* connaissent les nombreux et importants travaux qui ont été publiés sur ce sujet, la plupart ayant été publiés ou analysés dans les colonnes de ce journal. Depuis la publication de ces travaux, de nouveaux progrès ont pu être faits dans cet ordre de recherches, grâce au perfectionnement des procédés d'exploration. L'examen des phosphènes, dont M. le docteur Serre (d'Uzès) a révélé la valeur séméiologique par ses ingénieuses et habiles expériences, et l'invention récente de l'ophthalmoscope, en permettant de saisir sur l'homme vivant l'état des parties profondes de l'œil, ont ajouté des notions importantes à l'histoire de cet intéressant fait pathologique. M. le docteur Lecorché, ancien interne du service de M. Rayer, ayant été à même de recueillir plusieurs observations de néphrite albumineuse à divers degrés pendant le cours de son internat, a mis cette occasion à profit pour se livrer, à l'aide de ces nouveaux moyens d'exploration, à une nouvelle étude de ce phénomène et de ses rapports avec l'affection en question. Il a fait des résultats de cette étude le sujet de sa thèse inaugurale, qu'il vient de soutenir récemment devant la Faculté de médecine de Paris (le 30 juin dernier). Nous nous proposons de résumer incessamment cet intéressant travail; mais nous avons cru utile d'exposer ici préalablement les observations cliniques qui, avec les documents scientifiques et historiques consignés dans les divers recueils de médecine, constituent le fond et la base principale de ce travail.

Voici ces observations :

Obs. I. — *Amblyopie dans un cas de néphrite albumineuse chronique avec œdème des membres inférieurs; guérison de la néphrite albumineuse; persistance de l'amblyopie.*

N..., fleuriste, âgée de vingt ans, entra à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Basile, 30, dans le service de M. Rayer) le 25 juillet 1854, et sortit le 5 août.

Malade depuis quelques semaines seulement, cette fille, d'une constitution robuste, se plaignait, lors de son entrée, de douleurs abdominales très-vives et d'un *affaiblissement très-marqué de la vue*. Ce trouble visuel n'était pas constant; il survenait surtout après un excès de travail : tous les objets semblaient alors voilés. La malade accusait en même temps de l'œdème, que l'on put constater aux membres inférieurs. La figure n'était pas bouffie; la fièvre était peu marquée; la région rénale n'était pas douloureuse.

Les poumons étaient sains. On constatait au cœur un léger bruit de souffle pendant le premier temps; une leucorrhée abondante était habituelle.

La sécrétion urinaire n'était pas augmentée; *l'urine contenait une proportion considérable d'albumine.*

On soumit la malade à l'usage de la teinture de cantharides unie au laudanum, après avoir appliqué des ventouses sur la région rénale. La malade resta dans le même état jusqu'au 5 août, jour de sa sortie de l'hôpital.

Rentrée chez elle, la malade fit usage de l'alcool nitrique, d'une tisane de raifort, d'une alimentation azotée et de bains de vapeurs. Peu à peu l'œdème disparut, ainsi que l'albumine de l'urine; mais *l'affaiblissement de la vue persista*. Cette amblyopie devint très-irrégulière, cessant quelquefois deux ou trois mois pour reparaître pendant quelques jours sans cause connue, sans œdème à l'extérieur du corps et sans albumine dans l'urine.

J'ai eu l'occasion de suivre cette malade jusque dans ces derniers temps, et j'ai constaté l'absence de l'albumine dans l'urine.

En janvier 1858, elle accoucha sans accident; mais, à la suite de la parturition, les troubles visuels furent plus prononcés, sans que l'albumine reparût dans l'urine. Dernièrement j'ai examiné à l'ophthalmoscope les yeux de cette femme, et je n'ai rien trouvé qui expliquât l'altération de la vision. Les milieux de l'œil étaient parfaitement clairs; les phosphènes étaient conservés; le champ périphérique de la rétine n'était pas diminué; la rétine paraissait intacte.

Obs. II. — *Amblyopie et attaques convulsives à la suite de l'accouchement dans un cas de néphrite albumineuse chronique; guérison de la néphrite; persistance de l'amblyopie; nulle altération des membranes de l'œil visible à l'ophthalmoscope.*

N. T..., âgée de vingt-six ans, entra en novembre 1855, et sortit en juin 1856 (salle Saint-Basile, service de M. Rayer).

Grande, forte, bien constituée, cette malade fut toujours bien portante, jusqu'à l'âge de dix ans, époque où elle fut réglée. A onze ans, sans cause connue, arrêt de la menstruation et érysipèle de la face, revenant périodiquement chaque mois; six mois après, retour des règles, disparition de l'érysipèle. Les règles depuis lors se montrèrent tous les mois pendant huit jours, s'accompagnant de douleurs rénales qui cessaient avec elles.

En 1855, grossesse; accouchement en novembre à l'hôpital de la Charité. Quatre jours après, cette femme présenta tous les symptômes d'un phlegmon du ligament large gauche; douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, saillie de la tumeur qu'on peut sentir par le vagin, ouverture probable du phlegmon dans le rectum; paralysie du membre inférieur gauche, qui dure jusqu'au 19 février.

Le 28, sans cause appréciable, la malade fut prise d'agitation, de fièvre; le pouls marquait 110 pulsations par minute; la nuit fut sans sommeil.

Le 29, le visage était bouffi; l'urine, examinée, contenait de l'albumine.

L'œdème s'étendit aux jambes et aux mains. La proportion d'albumine augmenta dans l'urine. Il survint, à la suite de nausées et de vomissements, un trouble très-marqué de la vue. Cette amblyopie n'avait pas constamment la même intensité : parfois il y avait presque cécité, puis, peu de temps après, la vision avait recouvré sa netteté.

La fièvre persista, l'œdème augmenta et se compliqua, le 16 mars, d'une rougeur érysipélateuse du nez.

Dans la nuit du 16 au 17, convulsions avec sentiment de constriction à la gorge, nausées et vomissements de matières filantes et glaireuses; l'affaiblissement de la vue reparaît, la cécité est presque complète; mais le soir, tous les troubles visuels sont presque disparus.

Le 18, nouvelles attaques pendant sept heures avec de légères rémissions; nouveaux troubles visuels.

Le 19, herpès à la commissure gauche des lèvres; amélioration sensible dans l'état de la malade.

La proportion d'albumine ne varie pas dans l'urine, qui contient en outre de l'épithélium, des tubuli et des globules sanguins. On applique des cautères sur la région lombaire, et on administre la teinture de cantharides et du laudanum.

Les mois d'avril et de mai se passent sans accidents. La malade suit régulièrement son traitement, les forces reviennent peu à peu. L'œdème disparaît complètement, et la proportion de l'albumine diminue dans l'urine.

Le 2 juin, la malade fut de nouveau prise de troubles visuels et de convulsions qui ne se renouvelèrent pas; l'albumine, après avoir diminué peu à peu dans l'urine, disparut bientôt complètement.

Vers la mi-juin, la malade sortit de l'hôpital, ne conservant qu'une légère altération de la vue.

Depuis que cette femme est sortie de l'hôpital, l'albumine n'a point reparu dans l'urine, mais la vue est restée faible; ainsi la malade ne peut pas coudre et ne lit que les grands caractères d'impression. C'est à la suite des règles, surtout si elles ont été abondantes, que l'amblyopie est le plus prononcée; la sclérotique est alors, au dire de la malade, d'une coloration bleuâtre.

M. Desmarres a examiné dernièrement les yeux de N..., et n'a trouvé aucune lésion dans la rétine.

Les phosphènes sont tous conservés, et le champ périphérique de la rétine a son étendue normale.

Obs. III. — *Amblyopie dans un cas de néphrite albumineuse chronique; œdème des membres inférieurs; œdème de la rétine.*

N... (Léopold), cultivateur, âgé de trente-deux ans, né à.... (Somme), entra à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, nº 3 (service M. Rayer), au mois de mars 1856 pour une amblyopie double fort avancée.

Cette amblyopie datait de dix-huit mois. Vers la fin de l'année 1854, en regardant une lumière éclatante, il ressentit une douleur très-vive dans l'œil droit; il remarqua, à partir de ce moment, qu'il ne voyait les objets que d'une manière confuse. Cet état s'aggrava peu à peu; il survint de la diplopie; un strabisme convergent avec exophthalmie de ce côté. En février 1855, l'œil gauche devint malade, la diplopie cessa, le strabisme fut moins prononcé; la vision fut tellement troublée qu'il dût quitter tout travail. Il fut tourmenté de visions variées : c'était, au dire du malade, des étoiles, des feux d'artifice, etc., qui passaient devant ses yeux.

Le soir, ces phénomènes variés disparaissaient; la vue était plus nette; le malade se plaignait de tiraillements dans l'orbite et de pesanteur de tête sans céphalalgie.

Au mois d'avril, N... vint à Paris, et consulta M. Sichel, qui lui fit appliquer un séton à la nuque, lui conseilla des purgatifs et des frictions sur les tempes avec une pommade dont le malade ignore la composition. Plus tard, M. Desmarres prescrivit des sangsues aux tempes et à l'anus.

L'état du malade s'aggrava, et il survint vers la fin de 1855 un malaise général avec fièvre, perte d'appétit et douleurs rénales. Sous l'influence des purgatifs et d'une diète sévère, les troubles généraux cessèrent en partie; mais l'amblyopie persista, et peu à peu la santé du malade s'altéra davantage; il maigrit beaucoup, et revint à Paris au mois de mars 1856. C'est alors qu'il entra dans le service de M. Rayer.

On constata que les pupilles, surtout la gauche, se contractaient sous l'influence de la lumière, que les phosphènes n'existaient ni à droite ni à gauche, que les jambes étaient œdématiées, et que le malade avait une démarche mal assurée. On examina l'urine, et on y trouva une quantité considérable d'albumine. La région rénale n'était pas douloureuse; l'urine était peu abondante. Il n'y avait rien d'anormal au cœur ni aux poumons; l'appétit était peu prononcé; le pouls marquait 72 pulsations par minute.

Le malade prit chaque jour une potion contenant plusieurs gouttes de laudanum et de teinture de cantharide. Il quitta l'hôpital le 6 juin 1856. L'état général était alors assez satisfaisant, l'albumine avait beaucoup diminué dans l'urine, mais l'amblyopie persistait toujours.

M. Rayer le fit examiner par M. Desmarres, qui constata un *œdème rétinien* et *sous-rétinien* sans tache graisseuse ni ecchymose.

---

liers de feuilles, on n'avait plus qu'à chercher à la table d'un petit volume de moins de 500 pages. Mais M. Cavasse ne s'en est pas tenu à composer ainsi un simple index. Un grand nombre de publications ont été analysées. Une ou plusieurs pages, tout au moins quelques lignes, donnent le résumé succinct de l'ouvrage, du mémoire ou de l'article.

On voit que la constante préoccupation de l'auteur a été de présenter au lecteur l'idée et les résultats de tout travail d'un mérite quelconque, et il faut reconnaître que presque toujours il s'est tiré avec succès de cette tâche difficile.

Cet annuaire ne servira donc pas seulement à simplifier les recherches; dans plus d'un cas, les résumés qu'il contient pourront dispenser de remonter jusqu'aux sources.

Pour mieux faire apprécier du reste la justesse de nos remarques, nous indiquerons ici quelques articles : les *Recherches microscopiques* de M. Mandl; les *Études sur les ostéoplastes*, par M. Robin; l'*Anatomie du système nerveux*, par M. Gratiolet; les *Recherches sur l'histologie du système nerveux*, par M. Jacubowitsch, la plupart des articles de physiologie, etc.

Nous citerons également les résumés de plusieurs discussions académiques sur l'anesthésie, au point de vue de la responsabilité médicale, sur la méthode sous-cutanée, etc.

Mais ce n'est pas seulement — et nous insistons sur ce point — aux étudiants et aux hommes de cabinet qu'un ouvrage de ce genre peut rendre de grands services, c'est encore aux praticiens, à ceux qui, absorbés par leur clientèle, ne s'occupent plus que de loin des progrès de la science, ou qui, éloignés des grandes villes, sont entièrement privés de l'appui de leurs confrères. Parfois, dans la plus modeste clientèle, se présente tout à coup un cas extraordinaire; l'homme le plus habile et le plus expérimenté est pris au dépourvu; il pourrait peut-être trouver des ressources dans sa bibliothèque, il se rappelle, à quelques mois près, avoir lu une observation analogue, mais il ne sait où ni comment chercher, et il est forcé de s'en rapporter à sa seule inspiration, dans une science qui tire peu de profit de l'inspiration privée de l'appui de l'expérience.

En pareil cas, l'*Annuaire général des sciences médicales* devient le catalogue intelligent de toute bibliothèque, et sous ce point de vue, à l'inverse de tous les ouvrages de science, il ne fera que gagner avec les années.

Que M. Cavasse nous permette toutefois de lui adresser une observation. Il a fait une table très-longue et très-détaillée (elle a 32 pages); mais il a suivi un ordre qui nous semble laisser quelque chose à désirer. Les recherches seraient plus faciles et plus rapides, si les divers articles sur un même sujet étaient tous groupés les uns à côté des autres, au lieu d'être disséminés, comme ils le sont, tantôt au nom de la maladie, tantôt au nom de l'organe malade. Nous conseillerions aussi d'ajouter une table alphabétique des auteurs avec renvoi à leurs divers travaux. D'un article, on ne se souvient souvent que du nom de l'auteur.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que répéter en finissant ce que nous avons dit plus haut : l'*Annuaire général des sciences médicales* est appelé à rendre de grands services. Il sera utile aux élèves, aux praticiens, aux savants qui professent ou qui écrivent, et à ce titre, nous lui prédisons le succès pour le moment actuel et pour l'avenir.

J. D.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De la fièvre puerpérale devant l'Académie de médecine de Paris, et des **Principes du vitalisme hippocratique** appliqués à la solution de cette question; par M. le docteur Edouard Auber, chevalier de la Légion d'honneur. In-8º de 110 pages. Prix, 3 fr. 50. — A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes, par M. F.-J. Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer, lauréat et membre de plusieurs Sociétés savantes. 2e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Un très-fort volume grand in-8º de 1100 pages, avec un atlas de 200 plantes. Prix, figures noires, 16 fr.; coloriées, 22 fr. franc de port dans toute la France et l'Algérie. — A Paris, chez Labé, libraire.

Essai sur l'Eclampsie, par M. le docteur Braun, professeur d'accouchements; traduit par M. F. Petard, rédacteur en chef de la *Revue étrangère médico-chirurgicale*. Une brochure in-8º de 66 pages. Prix, 1 fr. Paris, Germer Baillière.

Obs. IV. — *Amblyopie, ecchymoses et dégénérescence graisseuse de la rétine dans un cas de néphrite albumineuse chronique sans œdème membres.*

N..., typographe, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital de la Charité le 1er avril 1858, salle Saint-Michel, n° 11 (service de M. Rayer).

D'une constitution assez faible, cet homme n'avait jamais été malade lorsqu'il vint à Paris en 1855. Depuis cette époque, il eut de fréquents malaises, se plaignit de maux de tête violents et presque continuels qui revenaient surtout le soir.

Il y a cinq mois (en novembre 1857) la céphalalgie devint plus intense; il s'aperçut alors qu'il distinguait moins nettement les objets, surtout de l'œil gauche. Il consulta M. Desmarres, qui trouva à l'ophthalmoscope *une hyperémie de la papille du nerf optique gauche avec ecchymoses nombreuses au pourtour;* l'une des ecchymoses recouvrait presque entièrement la tache jaune. Il y avait, en outre, sur la portion interne de la rétine, de nombreux amas de pigment.

A droite, il n'y avait dans la rétine qu'une légère hyperémie; *l'urine était albumineuse.* Dans le courant de janvier, la vision devint moins nette à droite.

Le 4 avril, M. Desmarres examina de nouveau les yeux de N... A gauche, il constata de nouvelles ecchymoses éloignées de la pupille; celles qu'il avait observées en janvier avaient disparu et étaient remplacées par des *taches jaunâtres*, au niveau desquelles trois vaisseaux de la rétine paraissaient brisés et dissimulés. A droite, il y avait, outre l'hyperémie, des ecchymoses, mais moins nombreuses qu'à gauche.

Le malade, au mois d'avril, voyait les objets comme enveloppés d'un nuage, et ne les distinguait bien que quand ils étaient très-rapprochés. Lorsqu'on les dirigeait vers la partie interne, ou en face de l'œil gauche, ils devenaient invisibles. Se plaçait-il devant un miroir, en fermant l'œil droit, N... ne voyait que le haut et le bas de son visage, et n'apercevait pas son œil. Voulait-il lire un mot isolé, il y parvenait assez facilement; mais toutes les lettres se confondaient lorsqu'il dirigeait son attention sur une ligne entière.

Les pupilles étaient très-contractiles, les phosphènes conservés. La céphalalgie, générale d'abord, s'était limitée aux tempes et à la nuque. Le malade ne se plaignait de visions lumineuses que lorsqu'on frappait un corps dur près de lui.

L'urine était toujours albumineuse; elle ne contenait pas de sucre; il n'y avait ni fièvre ni œdème.

Depuis lors, l'albumine a presque entièrement disparu dans l'urine : mais l'amblyopie est toujours aussi intense.

Obs. V. — *Deux grossesses successives suivies d'avortement; œdème affaiblissement de la vue; strabisme convergent; urine albumineuse; cécité complète; épistaxis. Mort. — Altération des reins* (6e forme); *lésions de la choroïde et de la rétine.*

N..., âgée de vingt-trois ans, giletière, entra à l'hôpital de la Charité le 18 novembre 1857, salle Saint-Basile (service de M. Rayer).

Cette femme, d'une constitution assez faible en apparence, a échappé, dit-elle, aux maladies de l'enfance, et en particulier aux fièvres éruptives. Réglée à l'âge de quinze ans, elle est devenue enceinte en 1856; elle fit une fausse couche à l'hôpital, à quatre mois de grossesse. Devenue de nouveau enceinte, elle fit, un an après, une seconde fausse couche au même hôpital. A la suite de cet accident, les jambes enflèrent pendant quelque temps, et chaque matin on examinait, dit-elle, son urine. Hors de l'hôpital, elle conserva dans le bas-ventre, tantôt à droite, tantôt à gauche, des douleurs que la marche et la station verticale augmentaient.

En novembre 1857, survinrent de nouveaux accidents : elle fut prise d'une céphalalgie intense presque continuelle; les jambes enflèrent; *la vue s'affaiblit peu à peu*, et bientôt cette femme fut incapable de travailler et se fit admettre à l'hôpital de la Charité. Nous n'avons pu savoir quel avait été le résultat de l'examen des urines, fait à l'hôpital Beaujon, aux époques où cette femme y fit les deux fausses couches; mais, à l'hôpital de la Charité, l'examen des urines par la chaleur et l'acide azotique y démontra une proportion considérable d'albumine.

Les régions rénales n'étaient pas douloureuses; les fonctions digestives étaient régulières, la respiration naturelle; les battements du cœur étaient un peu forts; la vue n'était pas nette.

On constata un *strabisme convergent et de la diplopie.* Cette diplopie persista pendant environ trois semaines. Vers la fin de décembre, la vision simple avait lieu, bien que le strabisme n'eût pas cessé.

On soumit la malade aux purgatifs et à l'usage de la teinture de cantharides unie au laudanum de Sydenham, sans obtenir d'amélioration. La vue baissa peu à peu, et dans les premiers jours de janvier 1858 la cécité était complète.

Vers le 15 janvier, les yeux devinrent saillants; l'exophthalmie existait surtout à gauche; puis vint une conjonctivite oculo-palpébrale avec chémosis et photophobie. Ces accidents cédèrent en cinq ou six jours à l'obscurité et aux purgatifs.

Le 1er février, il n'y avait plus traces d'inflammation de la conjonctive, lorsque survint tout à coup un *prolapsus de la paupière gauche*, sans altération de la sensibilité ou du mouvement dans d'autres parties du corps.

Le 2, les milieux transparents de l'œil ne paraissent point altérés; les pupilles sont mobiles.

Le 10, le prolapsus de la paupière disparaît; le strabisme persiste; la céphalalgie est aussi intense qu'au début. La malade se plaint d'insomnie, de perte d'appétit. Survient, pendant la nuit, une épistaxis qui disparaît à plusieurs reprises et dure pendant cinq jours. — Traitement tonique et astringent.

Le 17, agitation de la malade, pouls fréquent (120 pulsations par minute); perte complète d'appétit. La dyspnée est extrême, et, pour respirer moins difficilement, la malade reste sur son séant.

A l'auscultation, râles sous-crépitants nombreux, surtout à droite; battements du cœur intenses. *L'urine est toujours albumineuse.*

Le 18, diarrhée abondante; vomissements et persistance de la fièvre.

Les 19 et 20 l'épistaxis reparaît, et cesse le 21. L'état général est toujours le même.

Le 22, dyspnée intense; râles nombreux dans la poitrine; un peu de matité à droite. La face est œdématiée; le pouls est à 128.

A quatre heures du soir, le pouls est petit; la malade tombe en syncope. Le corps est couvert d'une sueur froide; la respiration est courte et embarrassée. Mort dans la nuit.

Autopsie trente-deux heures après la mort.

Tête. — Sérosité assez abondante dans les membranes du cerveau, dont l'aspect et la consistance sont à l'état normal. Il n'y a pas d'altération apparente dans les parties du cerveau qui président à la vision.

La cécité était due à des lésions des milieux et des membranes de l'œil, ainsi que l'a constaté M. Giraldès, qui en fit l'examen avec beaucoup de soin.

La cornée et la sclérotique ne présentent rien d'appréciable; le nerf optique a son volume normal. Il n'y a point d'injection dans le tissu cellulaire péri-sclérotidien. Les muscles moteurs de l'œil ne sont point altérés; les artères et les veines ciliaires ne sont pas dilatées à leur passage à travers la sclérotique.

Il n'y a point d'épanchement entre les membranes oculaires. La *choroïde*, complétement dépouillée de son épithélium, est très-adhérente à la rétine, qui laisse à la face interne de la choroïde de petits tractus blancs lorsqu'on vient à l'enlever.

La membrane interne de la choroïde, qui, dans l'état normal, est si fine et qui se distingue à peine, est ici épaisse et blanchâtre; son aspect peut être comparé aux taches qu'on trouve parfois à la surface du cœur. En outre on aperçoit à la face interne de la choroïde des tractus d'un blanc plus marqué qui correspondent aux vaisseaux les plus internes de cette membrane.

Les artères choroïdiennes sont dilatées et volumineuses; les veines ont un calibre moins considérable qu'à l'état normal. L'ensemble de la choroïde présente une altération qu'on peut résumer ainsi : 1° absence de pigment; 2° épaississement de la membrane interne; 3° atrophie du réseau veineux.

La *rétine*, détachée de la choroïde qui lui adhère fortement, présente de nombreux petits points blancs, au niveau desquels son épaisseur normale est augmentée. On n'a point examiné au microscope si ces petits points étaient dus à une dégénérescence graisseuse. Ils sont si nombreux qu'ils ressemblent à un semis de grains de semoule.

Le *corps vitré* est légèrement jaunâtre; à la face postérieure du cristallin est une cataracte corticale commençante. La membrane cristalloïde est très-épaissie, mais transparente.

Cavité thoracique. — Cœur volumineux; ventricule gauche hypertrophié sans lésions des orifices; poumons infiltrés de sérosité; dans le poumon, deux ou trois noyaux indurés, disséminés à la partie inférieure.

Cavité abdominale. — Le foie, l'intestin et la rate n'offrent rien à signaler; mais les reins sont volumineux et présentent les altérations qui caractérisent la *cinquième* et la *sixième forme* de la néphrite albumineuse chronique.

ÉCLAMPSIE SURVENUE AU 5e MOIS DE LA GROSSESSE,

chez une primipare.

Par M. le Dr Carville, médecin de la maison centrale de Gaillon.

La nommée X..., âgée de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, cheveux blonds, teint pâle, mariée depuis dix-huit mois, a éprouvé depuis l'âge de la puberté jusqu'à une certaine époque avant son mariage, des accidents de nature chlorotique, pour lesquels il m'a fallu lui donner des soins à plusieurs reprises. — Depuis deux ans, cependant, je n'entendais plus parler d'elle, lorsque, le 3 mars, on vint en toute hâte me prier de me rendre auprès de cette jeune femme, enceinte de cinq mois, et prise tout d'un coup de convulsions affreuses.

Ces accidents, qui débutèrent vers dix heures du matin, avaient été précédés de céphalalgie avec nausées et vomissements; la malade n'avait pas repris connaissance, et, quand j'arrivai près d'elle, vers midi, les accidents convulsifs se reproduisaient pour la troisième fois depuis le moment de leur invasion.

Tous les muscles du corps étaient convulsés : la femme, placée dans le décubitus dorsal, le tronc dans une extension permanente, n'affectait pas de tendance au déplacement; la tête était renversée en arrière, les muscles de la face horriblement contractés, les paupières agitées de clignotements rapides, les yeux convulsés à droite où ils restaient immobiles, les pupilles dilatées, la face vultueuse par suite de la suspension de l'hématose, les arcades dentaires fortement rapprochées et laissant échapper une écume sanguinolente, suite de morsures de la langue. Les bras et les jambes, placés dans une extension forcée, étaient agités de secousses convulsives.

L'appareil musculaire de la vie nutritive ne restait pas lui-même étranger à cette scène de désordre : les matières fécales, les urines, les aliments, étaient rejetés par la contraction convulsive de leurs réservoirs.

La respiration était stertoreuse, irrégulière; le pouls plein, donnant 110 à 120 pulsations par minute; la perte de connaissance complète; la sensibilité non entièrement éteinte cependant, puisque la femme faisait effort pour retirer son bras quand on le lui pinçait fortement, et que ce ne fut qu'avec peine qu'on parvint à la contenir pour y introduire la lancette.

Une saignée de 400 grammes lui fut pratiquée, des compresses imbibées d'eau froide appliquées sur la tête, et les révulsifs extérieurs largement employés. — Inutile d'ajouter que toute médication interne était interdite, à cause du rapprochement forcé des mâchoires et de l'état des muscles du pharynx, qui ne permettaient pas à la déglutition de s'opérer, même dans l'intervalle des accès.

A ce désordre de tout l'organisme, qui ne dura pas moins de dix minutes, succéda un état comateux profond, accompagné de résolution complète des membres, de mâchonnement continuel et d'abolition entière de l'intelligence. — Le pouls conservait néanmoins sa force et son développement, et cette prostration, dont la durée fut environ d'une demi-heure, fit bientôt place à une sorte d'agitation, d'anxiété, qui n'étaient que le prélude d'un nouvel accès. — Un quatrième accès survint, en effet, semblable au précédent, de même intensité, de même durée, avec tout le cortége des symptômes que je viens d'énumérer, et n'étant nullement modifié par la déplétion sanguine qui venait d'avoir lieu.

Mais là ne devait pas s'arrêter encore la marche constamment progressive du mal : cinq nouveaux accès s'étaient succédé, tous séparés par un état comateux dont il était impossible de tirer la malade, quand je fus rappelé près d'elle vers trois heures et demie de l'après-midi.

Une nouvelle saignée de 400 grammes, comme la première, lui fut pratiquée, avec recommandation de faire, en mon absence, une application de vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, si les accidents ne s'amendaient pas par suite de cette seconde perte de sang.

Les choses allaient de mal en pis, les accès augmentant en intensité et en durée, le coma qui leur succédait offrant, à part une respiration stertoreuse, l'image de la mort, le pouls perdant un peu de sa force et gardant toujours sa fréquence, quand on me prie, vers minuit, de retourner auprès de la malade.

Quinze nouveaux accès s'étaient produits depuis ma dernière visite, tous ne le cédant en gravité à ceux qui les avaient précédés; les deux systèmes nerveux, cérébral et splanchnique, étaient littéralement déchaînés; les battements du cœur de l'enfant, que j'avais pu percevoir encore dans l'après-midi, ne se faisaient plus entendre; tout concourait à faire concevoir sur cet ensemble d'accidents le plus fâcheux pronostic.

Que faire cependant quand le principal agent thérapeutique, employé à deux reprises différentes, l'a été sans succès; quand la saignée capillaire, dont l'écoulement continue encore, n'a pas modifié davantage l'état de choses; quand le pouls n'offre plus cette plénitude du début?

L'embarras était grand, en face surtout d'un sujet chlorotique, aux jambes œdématiées, à la face et aux mains légèrement bouffies, aux urines albumineuses.

Et cependant ce n'était pas à l'arsenal pharmaceutique qu'il fallait demander du secours; nous savons tous, et l'expérience vient nous le prouver chaque jour, que l'art de guérir n'est pas l'art d'administrer des drogues, et qu'à côté d'une douzaine de médicaments dont l'efficacité est incontestable pour certains cas donnés, le reste est au moins fort problématique.

Ici il ne fallait rien de problématique, les moments étaient comptés; il fallait, convaincu d'être dans la bonne voie, poursuivre, malgré une apparence d'insuccès, cette médication énergique en rapport avec l'énergie du mal; il fallait aborder avec confiance une troisième déplétion sanguine.

La face était pâle, il est vrai; le pouls était d'une force moyenne, et de plus il était fréquent : mais il n'était pas l'expression vraie de la situation; il n'était plus libre, il était sous la domination d'une puissance en désordre, et grande eût été l'erreur si cet état, qui n'était qu'apparent, eût été pris pour l'état réel.

Je pratiquai donc une nouvelle saignée de 500 grammes, et presque aussitôt après apparut un nouvel accès plus terrible que les précédents, d'une durée bien autrement longue, puisqu'il ne cessa qu'au bout de vingt minutes : c'était le vingt-cinquième dans l'espace de quatorze heures; mais, hâtons-nous de le dire, ce devait être le dernier.

L'état de prostration qui lui succéda se rapprochait davantage du sommeil naturel; la respiration était moins pénible; la peau, de sèche qu'elle était, avait quelque tendance à se lubréfier; quelques cuillerées d'eau sucrée introduites dans la bouche éveillaient des mouvements de déglutition; certains signes d'intelligence commençaient même à apparaître.

Tel fut l'état de la malade dans la journée du 4, le sommeil toutefois l'emportant toujours.

Le 5, le mieux va toujours progressant; le pouls est calme, l'intelligence devient un peu plus lucide, la déglutition se fait plus facilement; la malade avale quelques tasses de bouillon de poulet; cependant elle est toujours sous l'empire d'une somnolence invincible.

Le 6, elle accouche d'un fœtus mort sans en avoir la conscience; elle commence à répondre par des monosyllabes aux questions qui lui sont faites, et affecte plus de prédilection pour le bouillon que pour les tisanes, qu'elle repousse.

Le 7, elle reste éveillée pendant plusieurs heures, et semble prendre intérêt à ce qui l'entoure; c'était la fin de cet état léthargique. A une tempête de quatorze heures avait succédé, durant trois grands jours, un calme plat, à la faveur duquel les systèmes nerveux, musculaire et circulatoire, un instant sortis des voies qui leur sont assignées, rentraient enfin dans le jeu régulier de leurs fonctions.

A dater de ce moment, la convalescence était acquise, et chaque jour apportait dans la situation de la malade une amélioration notable.

Toucherai-je en terminant le côté étiologique de cette affection? En passant en revue les causes, toutes plus ou moins éloignées, assignées par les auteurs à cette espèce morbide, je n'en trouve aucune qui me satisfasse, pas même l'infiltration et l'albuminurie, qui cependant se présentent sous un jour si saillant chez le sujet de cette observation. Quel rapport y a-t-il, en effet, entre les phénomènes cérébraux et cette bouffissure générale? Est-ce que cet état d'anémie, c'est-à-dire cette diminution des globules du sang, n'est pas, à des degrés différents, l'état habituel chez les femmes enceintes? Est-ce que l'albuminurie elle-même ne s'y rencontre pas plus souvent que dans toute autre condition?

Mais, à côté de ces modifications, n'en est-il pas une autre que tout le monde connaît, que chacun a pu apprécier? La circulation générale ne redouble-t-elle pas d'activité pendant l'état de grossesse? Le sang lui-même, s'il perd de ses globules, n'offre-t-il pas en revanche un certain excès de fibrine qui le rapproche du sang des phlegmasies?

En quoi donc répugnerait-il d'admettre que, sous l'influence de causes occasionnelles qui nous échapperont toujours, l'organe central de l'innervation, fouetté par un sang aux propriétés stimulantes, ne réagisse à sa façon contre ce *stimulus*, quand la médication la plus franchement antiphlogistique vient pleinement confirmer cette manière de voir?

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 août 1858. — Présidence de M. Despretz.

Influence des nerfs sur les variations de couleur du sang veineux dans les glandes. — **M. Cl. Bernard** lit un mémoire ayant pour titre : *De l'influence de deux ordres de nerfs qui déterminent les variations de couleur du sang veineux dans les organes glandulaires.*

Après avoir rappelé les résultats dont il a fait part à l'Académie dans la séance du 25 janvier dernier, relativement aux changements de coloration du sang veineux dans les glandes et dans les muscles, suivant que ces organes sont à l'état de repos ou d'activité fonctionnelle, M. Bernard annonce qu'il a poursuivi ses recherches dans le but de déterminer quelles sont les modifications de composition qui correspondent à des différences de coloration, et qu'il croit être parvenu à trouver cette explication.

Mais avant d'entrer dans l'exposé des expériences qui se rapportent au côté purement chimique du phénomène, je crois, dit-il, indispensable de faire connaître les conditions physiologiques du système nerveux qui règlent ces actions chimico-organiques spéciales.

Je désire montrer aujourd'hui que les conditions chimiques particulières qui, dans les glandes, font apparaître le sang veineux tantôt rouge, tantôt noir, sont déterminées par l'influence de deux nerfs qui ont des origines distinctes et possèdent une action en quelque sorte antagoniste. Ce qui veut dire, en d'autres termes, qu'il existe un nerf glandulaire qui laisse couler le sang veineux rouge et un autre qui fait devenir le sang veineux noir. Je ferai voir ensuite que chacun de ces nerfs, pour agir chimiquement sur le sang, modifie d'une manière opposée les phénomènes mécaniques de la circulation capillaire. De telle sorte qu'il s'établit une corrélation nécessaire et facile à comprendre entre les modifications chimiques que le sang éprouve dans les tissus organiques et les conditions mécaniques de la circulation capillaire qui sont sous l'influence immédiate des nerfs.

Tous les résultats d'expériences rapportées dans ce travail ont été obtenus sur la glande sous-maxillaire du chien.

1° Quand on considère la glande sous-maxillaire pourvue de tous ces nerfs et à l'état de repos, c'est-à-dire quand rien ne sort par son canal excréteur, on constate que son sang veineux possède une couleur noire bien nette. Mais si à ce moment on vient à faire fonctionner le nerf glandulaire signalé précédemment (filet provenant de la septième paire, constitué surtout par la corde du tympan et qui s'accole à la cinquième paire dont il se détache en arrière du nerf lingual), on voit le sang veineux, qui auparavant coulait noir, devenir de plus en plus rouge et apparaître bientôt tout à fait rutilant, comme le sang artériel, si l'action nerveuse a été suffisamment intense. Ce fait est constant, et il permet d'établir cette proposition physiologique, que toutes les fois que l'action du nerf tympanico-lingual se manifeste énergiquement, le sang veineux de la glande sous-maxillaire apparaît rouge, tandis qu'il devient noir chaque fois que ce filet nerveux n'agit pas ou que son action cesse d'être prépondérante.

Voici comment M. Bernard donne la preuve expérimentale de cette influence spéciale du nerf tympanico-lingual sur la couleur rouge du sang veineux. Lorsque après avoir mis à découvert la veine glandulaire et le filet nerveux en question, on vient à déterminer sur la langue une impression gustative par l'instillation d'un peu de vinaigre dans la bouche, on voit le sang devenir rapidement rutilant dans la veine, parce que l'impression gustative produite sur la langue et portée au centre nerveux a été transmise par action réflexe au moyen de la corde du tympan. La preuve de cette interprétation se donne immédiatement, car si l'on coupe le filet tympanico-lingual, au moment où il se sépare du nerf lingual, on voit le sang veineux de la glande rester noir; et, dès ce moment, malgré l'instillation du vinaigre sur la langue, malgré la sensation gustative perçue, la coloration rutilante du sang ne réapparaît plus, parce que la voie nerveuse par laquelle arrivait cette influence modificatrice du fluide sanguin a été interrompue. Mais alors si, prenant ce nerf glandulaire dans le point où l'on en a opéré la section, en arrière du lingual, on irrite au moyen du galvanisme son bout périphérique qui tient encore à la glande, on voit aussitôt, sous l'influence de cette cause excitatrice artificielle, le sang devenir rouge dans la veine glandulaire, puis reprendre sa couleur noire quand l'excitation a cessé.

Mais il ne faudrait pas croire que, dans le cas de repos de la glande, la couleur noire que l'on constate dans le sang veineux ne fût rien autre chose que le résultat passif de la paralysie ou du défaut d'action du nerf tympanico-lingual. Cette couleur noire du sang est due elle-même à l'effet d'activité d'un autre nerf qui agit en rendant le sang noir, et dont l'influence permanente se montre antagoniste au nerf tympanico-lingual dont l'action paraît avoir plus spécialement le caractère intermittent.

2° Le nerf qui rend le sang veineux noir dans la glande sous-maxillaire provient du grand sympathique, et arrive dans la glande en accompagnant les branches artérielles de la carotide externe qui s'y rendent : l'une, plus petite, pénétrant la glande par sa partie postérieure et supérieure ; l'autre, artère glandulaire principale, entrant par le hile de la glande à côté de son conduit excréteur.

Lorsque l'on considère la glande sous-maxillaire à l'état physiologique avec tous ses nerfs et au repos, son sang veineux est noir, avons-nous dit. Or cela tient à ce que, en ce moment, l'activité du grand sympathique, qui rend le sang noir, est prédominante sur celle du nerf tympanico-lingual, qui rend le sang rouge. Cela se prouve très-facilement ; car, dans cette condition, si l'on vient à couper tous les filets sympathiques qui se rendent à la glande sous maxillaire, on voit le sang veineux perdre sa couleur noire pour prendre alors une couleur rutilante qui devient permanente, parce que l'influence nerveuse du sympathique est interrompue et n'arrive plus à la glande. Mais si alors on rétablit artificiellement l'activité de ce nerf et si l'on excite par le galvanisme le bout périphérique du filet sympathique qui tient à la glande, on constate bientôt que le sang veineux devient très-noir, pour reprendre sa couleur rouge dès que la galvanisation du nerf a cessé d'agir. Nous pouvons donc formuler pour le grand sympathique une proposition physiologique inverse à celle que nous avons exprimée pour le nerf tympanico-lingual, et dire que le sang veineux de la glande sous-maxillaire est noir toutes les fois que le sympathique agit, et qu'il est d'autant plus noir que ce nerf exerce une action plus énergique.

Par tout ce qui précède nous avons donc acquis la démonstration expérimentale que les variations de couleur du sang veineux glandulaire sont dues à deux influences nerveuses bien déterminées et tout à fait distinctes. Mais comment comprendre le mécanisme de cette influence des nerfs sur le sang? Il n'y a pas de continuité anatomique, et, par conséquent, pas d'action chimique directe possible de la part des nerfs sur les globules du sang pour modifier leur couleur. Il faut dès lors qu'il y ait là d'autres phénomènes intermédiaires entre l'action nerveuse et la modification chimique du globule sanguin. En effet, ces conditions intermédiaires existent et elles sont constituées par les modifications mécaniques diverses que chaque nerf apporte dans la circulation capillaire de la glande, modifications qui tiennent au resserrement et à la dilatation des vaisseaux.

3° M. Bernard démontre ensuite expérimentalement que parmi les deux nerfs signalés dans la glande sous-maxillaire, l'un dilate les vaisseaux, tandis que l'autre les contracte.

En dernière analyse, ajoute-t-il, nous arrivons à voir que les deux nerfs qui modifient la couleur du sang veineux en rouge ou en noir, sont les deux nerfs moteurs qui agissent primitivement en resserrant ou en dilatant les vaisseaux sanguins. Le nerf sympathique est le nerf constricteur des vaisseaux sanguins ; le nerf tympanico-lingual est leur dilatateur.

4° En résumé, après avoir analysé successivement toutes les conditions du mécanisme par lequel les nerfs tympanico-lingual et grand sympathique font apparaître le sang veineux de la glande sous-maxillaire alternativement rouge et noir, nous sommes arrivé à cette conclusion : que ces deux nerfs n'agissent réellement ici que comme agents de contraction ou de dilatation des vaisseaux sanguins. Cette action, qui ne diffère en rien de celle des nerfs moteurs en général sur les éléments contractiles ou musculaires, amène cependant à sa suite, par un enchaînement tout naturel de phénomènes, une série de modifications physico-chimiques dans le fluide sanguin. Quand le nerf sympathique constricteur des vaisseaux agit, le contact entre le sang et les éléments de la glande se trouve prolongé, les phénomènes chimiques qui résultent de l'échange organique qui se passe entre le sang et les tissus a eu le temps de s'opérer, et le sang veineux coule très-noir. Quand au contraire le nerf tympanico-lingual, qui dilate les vaisseaux, vient à agir, le passage du sang dans la glande est rendu très-rapide ; les modifications de veinosité qui se passent au contact du sang et des tissus s'accomplissent autrement, et le sang sort de la veine avec une couleur très-rutilante et conservant l'aspect du sang artériel. Ainsi nous pouvons toujours saisir entre l'action physiologique primitive du nerf et le phénomène chimique qui s'ensuit, un intermédiaire qui modifie mécaniquement la circulation spéciale de l'organe glandulaire.

Enfin, grâce à l'influence des deux nerfs dont nous avons indiqué le rôle physiologique, la glande sous-maxillaire se trouve posséder en réalité une circulation individuelle, qui dans ses variations est indépendante de la circulation générale, et ce que je dis ici pour la glande sous-maxillaire peut être avancé sans doute pour tous les organes de l'économie. La pression du système artériel et l'impulsion cardiaque sont les conditions mécaniques communes que la circulation générale dispense à tous les organes. Mais le système nerveux spécial qui anime chaque système capillaire et chaque tissu organique règle dans chaque partie le cours du sang en rapport avec les états fonctionnels chimiques particuliers des organes. Ces modifications nerveuses de la circulation capillaire se font sur place et sans qu'aucune perturbation circulatoire soit apportée dans les organes voisins, et à plus forte raison dans la circulation générale. Chaque partie est liée à l'ensemble par les conditions communes de la circulation générale, et en même temps, par le moyen du système nerveux, chaque partie peut avoir une circulation propre et s'individualiser physiologiquement.

Reste actuellement à savoir quelle est la modification chimique du sang qui prend naissance dans les conditions physiologiques que nous avons indiquées pour donner lieu à cette alternative de coloration rouge et noire du sang veineux glandulaire. Ce sera le sujet d'une nouvelle communication.

Cautérisation appliquée au traitement du névrome. — **M. A. Legrand** adresse une note sur la cautérisation destructive appliquée au traitement du névrome ; il la résume en ces termes :

J'ai eu l'occasion de faire l'application de cette méthode dans deux cas de véritables névromes, que j'ai eu le soin de distinguer des *tumeurs sous-cutanées douloureuses* si bien étudiées par Wood.

Dans le premier cas, j'ai eu à traiter un névrome du nerf saphène, qui depuis huit ans rendait bien pénible l'existence d'une ouvrière inscrite au bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement. Seize cautérisations pratiquées dans un intervalle de temps de deux mois ont procuré une guérison radicale, et qui ne s'est pas démentie depuis cinq ans qu'elle a été obtenue.

Je n'ai point été aussi heureux dans le second cas pour un névrome paraissant avoir son siége sur le nerf sciatique; mais je dois attribuer cet insuccès au conseil d'un chirurgien consultant qui m'a détourné de pratiquer une sixième et même une septième cautérisation (il en avait été fait cinq du 24 juillet au 27 août 1852), qui auraient sans aucun doute rendu durable une cure qui paraissait complète après la chute de la dernière eschare, mais qui se démentait dans les premiers mois de 1853. De sorte que M. le marquis de X... se fit opérer de nouveau en juin 1855, mais cette fois avec l'instrument tranchant. Cette dernière guérison ne s'est pas démentie depuis qu'elle a été obtenue (15 juillet 1858).

Ce second malade, opéré dans les conditions d'insensibilité que lui avait *heureusement* procurée le chloroforme, préfère, comme on pense bien, la seconde méthode à la première, qui a l'incontestable inconvénient d'être douloureuse, mais ne paraît point en avoir d'autres et ne vous expose point aux dangers, incontestables aujourd'hui, de l'anesthésie. Avec la cautérisation, si je ne m'abuse pas, si elle est rationnellement appliquée : pas d'érysipèle, pas de gangrène, pas d'infection purulente, pas de paralysie du mouvement ou de la sensibilité, pas de fièvre nerveuse mortelle : phénomènes morbides qui peuvent trop souvent compliquer l'ablation des névromes par le histouri et dont j'ai cité des exemples puisés dans les publications d'auteurs qui ont cru devoir avant tout dire la vérité, mais la vérité toute entière : exemple que je m'efforce de suivre, mettant au-dessus des considérations de toute nature les intérêts de la science et de l'humanité.

— **M. Flourens** signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un opuscule de M. de Martini, concernant les effets produits sur la vision par la santonine (voir au *Bulletin bibliographique*), et donne de vive voix une idée des résultats observés par le savant médecin napolitain.

La santonine (substance cristallisée et amère, qu'on tire des fleurs de l'*Artemisia santonica*), a cette propriété singulière que les personnes qui en font usage voient, au bout de quelques minutes, tous les objets colorés en *vert*.

Ce phénomène est déjà connu par deux ou trois observations publiées en 1855; mais jusqu'ici personne n'en avait fait encore le sujet d'un travail suivi.

La *coloration* de la vue est-elle la même chez toutes les personnes qui usent de la *santonine?* Ou bien la *couleur* varie-t-elle selon les personnes? Varie-t-elle selon les doses? C'est ce que s'est proposé de chercher M. de Martini.

Une malade, qui prenait de la *santonine* à titre d'anthelminthique, voyait vingt minutes après tous les objets colorés en *vert* intense, tandis qu'un élève de M. de Martini (M. Cassano) voyait les objets colorés en *bleu ;* dans la plupart des expériences, les personnes soumises à l'usage de la *santonine* ont vu les objets colorés en *jaune paille*.

Les doses du médicament ont aussi leur influence ; un jeune homme, à qui 5 grains de *santonine* faisaient voir les objets colorés en *jaune*, trente-six minutes après avoir doublé la dose, ne les voyait plus en *jaune* ou en *vert*, mais en *rouge ;* une demi-heure après ; il les voyait en *orangé*, et puis de nouveau en *jaune*.

Au contraire, M. Cassano, soit à la dose de 5 grains, soit à la dose de 10 grains de *santonine*, voyait toujours les objets colorés en *bleu*, et un autre élève, M. Pedretti, les voyait toujours *jaune paille*.

La *coloration*, dans quelques individus, n'est pas permanente, mais intermittente ; elle disparaît pendant cinq ou six minutes, puis revient. Dans aucun cas, elle n'a subsisté plus d'un jour.

Quelle est la cause de ce phénomène? On a cru pouvoir l'expliquer par un *ictère* momentané, ou par une coloration en jaune du *sérum* du sang. M. de Martini ne pense pas que des effets si *variables* puissent être expliqués par ces deux causes, qui toutes deux sont constantes. Comment l'*ictère*, ou la coloration en *jaune* du sérum du sang, pourraient-ils faire voir successivement en *bleu*, en *rouge*, en *vert*, etc.?

Tout cela conduit notre auteur à supposer, dans la *santonine*, une *action moléculaire* sur la rétine, par laquelle est changée la tension et la réaction vibratoire des molécules nerveuses de cette membrane sous l'impression des rayons lumineux.

Tout le mémoire de M. de Martini est plein d'intérêt, et nous avons cru utile d'en recueillir ici les faits principaux.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire adressé de Lyon par M. Givaudan pour le concours du prix Bréant, et ayant pour titre : « Sur le véritable spécifique du choléra-morbus. » (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

L'Académie renvoie à la même commission une note adressée de Fucecchio, en Toscane, par M. Od. Turchetti, note ayant pour titre : « Méthode abortive de traitement pour le choléra-morbus. »

— **M. L. Da Via** adresse, au nom de la municipalité de Bologne, un exemplaire de l'*Histoire de l'école anatomique bolonaise*, ouvrage du professeur Michel Medici, imprimé aux frais de la ville, conformément à une décision du conseil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial, les nominations suivantes dans l'ordre de la Légion d'honneur viennent d'avoir lieu :

Commandeur : M. Amédée Lefèvre, directeur du service de santé à Brest.

Officiers : MM. Vincent, premier pharmacien en chef de la marine à Brest; Campmas, médecin principal à l'hôpital militaire de Baréges; Peyre, médecin principal à l'hôtel des Invalides.

Chevaliers : MM. les docteurs Gallerand, chirurgien de marine de 1re classe; Durand-Fardel, inspecteur des eaux d'Hauterive-Vichy; Marquet, à Clamecy; Regnier (J. B.), ancien chirurgien militaire en retraite; M. Perrin, pharmacien-major en retraite.

— Le nouvel asile des aliénés de la Haute-Garonne, construit au quartier de Braqueville, à quatre kilomètres de la barrière de Muret, a été inauguré le 5 juillet dernier. Le transport des malades s'était effectué sans la moindre difficulté. M. le docteur Marchant a la direction de cet établissement, qui compte MM. Dubian et Besse en qualité d'élèves internes, et M. Bonnal fils en qualité de pharmacien.

Les soins accessoires et la surveillance des aliénés ont été confiés aux sœurs de la Sagesse.

De la Péliose rhumatismale ou Erythème noueux rhumatismal, par MM. les docteurs Fréd. Duriau et Max. Legrand. Une brochure in-8°. — Paris, Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Etudes cliniques sur les troubles nerveux de la locomotion observés dans la chloro-anémie (thèse inaug.), par M. le docteur Arzouman. — Paris, imprimerie Rignoux.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 97. — JEUDI 19 AOUT 1858. (31e ANNÉE.) N° 97. — JEUDI 19 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 19 aout 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous avons eu aujourd'hui un écho de la dernière séance. M. Nonat avait adressé mardi dernier à l'Académie une lettre sur la ligature de l'œsophage, dont le bureau avait ordonné le renvoi à la commission sans qu'il en eût été donné lecture. Les conclusions du rapport votées, la commission n'existe plus. La lettre était par conséquent comme non avenue. Elle renfermait pourtant l'énoncé d'un fait qui ne manquait pas d'importance au point de vue de la question débattue. Il résulte en effet d'une série d'expériences faites il y a une quinzaine d'années, par MM. Nonat, Sandras, Deville et Guibourt, que la ligature de l'œsophage, pratiquée avec les précautions que recommande aujourd'hui le rapport, c'est-à-dire en évitant les nerfs et en ne serrant que modérément le lien, n'amenait point d'accidents immédiats capables d'altérer les résultats d'une expérience d'intoxication. M. Velpeau n'a pas voulu que ce témoignage passât inaperçu, et il a exposé en quelques mots devant l'Académie le contenu de cette lettre, que nous considérons à notre tour comme un devoir de reproduire dans le compte rendu.

L'Académie devait consacrer aujourd'hui une partie de la séance à un comité secret pour discuter les titres des candidats à la place actuellement vacante. Mais elle avait un ordre du jour très-chargé. Parmi les membres inscrits pour prendre la parole se trouvaient M. Bonnet (de Lyon), l'un de ses nouveaux associés nationaux, et M. Serre (d'Uzès), l'un de ses plus anciens et plus distingués correspondants. Elle leur a fait la galanterie de leur sacrifier le comité secret, et cette galanterie lui a porté bonheur. L'assemblée a entendu, en effet, avec le plus grand intérêt, les communications de M. Bonnet et de M. Serre.

Tout le monde connaît les beaux travaux de M. Bonnet sur les maladies des articulations et sur leur traitement à l'aide de son système si ingénieux d'appareils à mouvement. Sa communication a eu pour objet de faire connaître les heureux résultats qu'il a obtenus en étendant ce système d'appareils au traitement des difformités de la poitrine et de la dyspnée qui en est la conséquence.

La communication de M. Serre est relative à la démonstration de la théorie physiologique du stéréoscope. M. Serre est parti des résultats acquis par ses intéressantes recherches sur la vision binoculaire et sur les conditions physiologiques du relief, pour donner une théorie rationnelle du phénomène de la stéréoscopie ; explication rationnelle qui paraît avoir échappé à l'inventeur lui-même, faute d'avoir tenu compte d'un certain ordre de phénomènes et de lois fondamentales de la vision, qui ont été de la part de M. Serre l'objet d'une étude toute spéciale.

Une troisième communication qui ne le cède en rien pour l'intérêt aux deux précédentes, a été faite par M. Ch. Robin. Elle a pour sujet des recherches sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux. Ce travail n'étant point susceptible d'être résumé, nous en publierons un extrait dans le prochain numéro. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Du traitement consécutif à la trachéotomie.

Deux jeunes enfants ont quitté depuis peu de jours les salles de la clinique, après avoir subi l'opération de la trachéotomie. Ils étaient mourants à leur entrée à l'hôpital, et nous les avons renvoyés complétement rétablis. L'un d'eux, le dernier, avait été opéré par moi, sous vos yeux, dans ce même amphithéâtre.

Mon intention n'est pas de reprendre ici l'histoire des angines et de vous présenter quelques considérations sur la trachéotomie en elle-même : ces deux sujets, nous les avons longuement traités dans le semestre d'été de 1855 (1), mais je désire fixer principalement votre attention sur les soins que réclame l'enfant aussitôt après l'introduction de la canule, car, selon moi, le succès de l'entreprise dépend bien souvent d'une foule de minuties thérapeutiques que je ne saurais trop religieusement vous signaler.

Le traitement consécutif à l'opération est d'une immense importance : une trachéotomie mal faite et bien traitée guérit dans un tiers des cas, tandis qu'une trachéotomie bien faite et mal traitée est invariablement suivie de mort. Voici en quoi consiste la médication, et, tout d'abord, je vous déclare qu'elle est excessivement simple. Autrefois, par exemple, je laissais la plaie exposée à l'air libre, et je me contentais de la panser avec un peu de charpie enduite de cérat. Cette plaie se recouvrait de fausses membranes, s'enflammait d'une odieuse façon, et se gangrénait même. Je place maintenant sur la charpie une rondelle de taffetas ciré, percée d'un trou au milieu, pour que les oreilles de la canule ne blessent point la plaie ; le taffetas est de cette manière interposé entre le pavillon de la canule et la plaie du cou.

Aussitôt après l'opération, je mets une cravate autour du cou de l'enfant ; sans elle, je réussirais beaucoup moins souvent. Pendant les froids, ou quand la bise souffle avec violence, un grand nombre de personnes s'affublent d'un cache-nez au moyen duquel il n'y a plus que les yeux qui ne soient pas protégés contre l'inclémence du temps. Sous cette espèce de vêtement, qui s'imprègne de vapeur d'eau à chaque expiration, elles inspirent un air humide et chaud au lieu de l'air sec et froid du dehors. Il y a une vingtaine d'années, nous faisions à grand'peine de la vapeur d'eau dans la chambre des enfants trachéotomisés ; aujourd'hui cette précaution avantageuse, mais d'une difficile exécution, est remplacée par l'application d'une cravate en laine tricotée, demi-serrée, faisant deux ou trois fois le tour du cou. L'enfant respire à travers cette laine. Si vous placez votre main entre le pavillon de la canule et la cravate, vous sentez qu'il s'y accumule un air chaud, humide, mêlé à une grande quantité de vapeur d'eau. De même qu'un individu affecté de coryza voit ses narines se sécher et s'approvisionner de croûtes dures s'il va au dehors respirer un air sec et froid, de même, après l'opération de la trachéotomie, le cou de l'enfant *étant découvert*, l'air pénètre directement dans la trachée, y dessèche le mucus qui tapisse ce conduit et donne lieu à la formation de petites masses obstruant sans cesse la canule.

Des fausses membranes et du mucus desséché venaient bientôt recouvrir et fermer la canule ; la trachée-artère s'enflammait et prenait sa part de diphthérie ; de là de fréquentes suffocations ou l'invasion d'une bronchite capillaire qui emportaient le petit malade. Pour parer à ce très-grave inconvénient, j'instillais jadis de l'eau dans la trachée et dans les bronches, et par une espèce d'écouvillonnement j'allais déplacer, briser le mucus desséché ou épaissi, et je l'enlevais avec des efforts inouïs.

Ces manœuvres, très-douloureuses, difficiles, ne pouvaient être faites que par le médecin, ce qui l'obligeait à des visites répétées ou à laisser un aide auprès de l'enfant.

Aujourd'hui, dès que l'opération est faite, j'enveloppe le cou avec la cravate, de telle sorte que l'air expiré soit repris en partie, conservant de la chaleur et surtout de l'humidité. Il en résulte que le mucus de la trachée et des bronches ne se durcit plus, que l'expectoration est facile et que les injections et l'écouvillonnement ne sont jamais nécessaires.

La cautérisation de la solution de continuité est quelque chose de très-important, car trente-six heures après l'opération, les bords se recouvrent de couenne diphthéritique ; et si l'on ne s'en préoccupe pas très-sérieusement, une résorption terrible se fait, et l'enfant meurt de sa plaie. La cautérisation est plus indispensable encore que la cravate ; faites-la brutalement avec le nitrate d'argent ; crayonnez jusqu'au fond de la plaie, et cela le lendemain au plus tard. Vers le quatrième jour elle se détergera, et la surface vous apparaîtra nette et rosée. Une condition tout à fait indispensable au rétablissement de l'enfant, c'est qu'il mange. Vous avez le plus souvent à vaincre son obstination ; car le voisinage de la canule nuit un peu aux mouvements de déglutition, et détermine de la douleur. Ne cédez jamais sur ce point, et, malgré la fièvre, prescrivez du lait, de petits potages, des jaunes d'œufs, du chocolat ou des crèmes. Obéissez, si vous le voulez, aux caprices des malades ou des parents, en laissant ingérer des aliments de fantaisie ; cela importe peu ; l'essentiel est que l'opéré se nourrisse. C'est en forçant les enfants à manger, c'est en les menaçant, que je suis parvenu à en sauver un certain nombre.

Parmi les accidents qui surviennent après l'opération de la trachéotomie, j'ai déjà signalé l'inflammation de la plaie, et je vous ai dit combien la cautérisation était efficace dans ce cas ; mais vous pouvez encore avoir à lutter contre une fièvre vive. Ne vous en tourmentez pas à l'excès, elle disparaîtra insensiblement.

Une affection péripneumonique se montre assez fréquemment ; on intervient avec l'oxyde d'antimoine, l'extrait de digitale, le sirop de digitale ; mais s'il se déclare une inflammation capillaire des bronches, la mort s'ensuit presque infailliblement.

Une autre complication fort désagréable, c'est la difficulté qu'éprouvent les enfants dans la déglutition ; ils avalent de travers, selon l'expression vulgaire. L'aliment liquide ingéré passe par le larynx, revient par le nez, occasionne une toux pénible, du dégoût, de la douleur, et l'enfant, pour ne plus souffrir, refuse énergiquement de manger et de boire, et s'expose ainsi à une fin qui n'est pas rare, la mort par inanition. La sonde œsophagienne est une ressource, mais une pénible ressource, et qui, si l'emploi en est continué, ne fait que retarder un peu l'issue fatale.

Au moment où on fait boire le malade, M. Archambault a imaginé de fermer la canule. Cette méthode, qui lui réussit, échoue complétement entre mes mains. Lorsque l'enfant est peureux, il est difficile d'obtenir quelque chose de lui et d'harmoniser les mouvements de son pharynx et de sa glotte. La crainte le fait continuer à avaler de travers, et le plus souvent alors il succombe. Le meilleur moyen consiste à enlever le plus tôt possible la canule, ce qui rend la déglutition de plus en plus facile. Si vous donnez de l'eau, du café, du lait, du bouillon, du chocolat, ces substances suivent fréquemment une fausse route ; mais faites servir un potage filandreux, au vermicelle non émietté ou au macaroni, qui se prenne avec la fourchette, et vous aurez la satisfaction de voir ce genre d'aliment arriver sans obstacle jusque dans l'estomac. Des enfants mourant de faim avec une nourriture liquide, sont, par ce petit moyen, merveilleusement revenus à la vie.

Il est très-difficile d'indiquer le moment précis auquel il convient de retirer la canule. Il m'a fallu une fois attendre le quarante-quatrième jour. Un enfant de l'hôpital des Enfants malades l'a conservée sept mois, un autre cinq ans. Ce dernier vit encore, mais il a une fistule aérienne. Dans l'angine diphthéritique, c'est habituellement du sixième au neuvième jour qu'on en vient là ; quelquefois dès le quatrième, et rarement après le onzième.

Généralement, au bout de trois jours, je retire les bandes, j'enlève la canule, je laisse la plaie béante ; je nettoie, je renouvelle le taffetas, je ferme ensuite la plaie avec du coton, et j'observe s'il entre de l'air dans le larynx. S'il n'en passe point, je remets la canule.

Si tout va bien, il suffit de mettre sur la plaie du taffetas d'Angleterre, de rouler une petite bande autour du cou et de rester auprès de l'enfant une heure ou deux, afin de s'assurer s'il respire bien. Du mucus venant à sortir par le larynx, vous refaites le pansement, et une fois que vous êtes bien convaincu que la respiration se fait de la manière la plus normale, vous traitez la plaie, pendant trois, quatre ou cinq jours, avec de la charpie et du cérat, puis tout est dit.

Quand vous serez familiarisé avec l'opération de la trachéotomie, vous pourrez faire, mais avec prudence, quelques essais, et tenter d'enlever la canule un peu plus tôt que je ne vous l'ai conseillé ; mais attendez pour cela que l'air pénètre avec facilité dans le larynx, et ne craignez pas, s'il le faut, de rester plusieurs heures auprès du malade, dans la prévision de nouveaux accidents.

Toutes les fois que l'on est appelé auprès d'un enfant dans la période extrême du croup, on est sûr de trouver des vésicatoires sur la poitrine ou aux cuisses, déplorable médication qui entrave la marche de la maladie et entraîne la mort. La propagation des fausses membranes au larynx ne réclame point d'intervention chirurgicale externe, d'application d'exutoires ; cette façon de procéder n'est pas seulement irrationnelle, mais absurde.

Le médecin qui voit l'inflammation diphthéritique gagner le larynx, et qui ouvre la veine ou pose des sangsues, ne fait rien de bon à coup sûr, mais il procède au moins avec logique. S'il couvrait son petit malade de vésicatoires dès qu'il y a un en-

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* des 24 juillet et 11 octobre 1855.

rouement, et comme moyen préventif, on pourrait peut-être excuser une aussi pitoyable chose; mais jamais cela ne se passe ainsi, et le vésicatoire n'est appliqué que quand la fausse membrane est formée, et toujours en désespoir de cause, alors qu'on ne sait plus que faire et que l'on se voue à tous les saints.

Le dentiste qui, pour extraire une dent, placerait un emplâtre sur la nuque de son client, aurait la consolation de se dire à lui-même que, faute de bien, il n'a point fait de mal. Mais en est-il de même pour vous? Qu'espérez-vous de votre vésicatoire? Eteindra-t-il l'inflammation? détruira-t-il la fausse membrane? Non; mais il se recouvrira, lui, de fausses membranes, et autant de vésicatoires vous aurez mis, autant de nouvelles productions diphthéritiques auxquelles vous aurez donné accès. Vous voilà désormais empêtré par cette dangereuse complication; la résorption se fait, la cachexie diphthéritique arrive, et l'enfant est tué par le vésicatoire. N'en appliquez jamais. Si vous vous êtes trompé, si vous avez pris un pseudo-croup pour une véritable diphthérie, ou plutôt une véritable diphthérie pour un pseudo-croup, cas auquel le vésicatoire est indiqué, intervenez avec une médication cathérétique, crayonnez le derme deux ou trois fois par jour, et la surface du vésicatoire se détergera. Pansez avec du cérat calomélisé ou mêlé à de la ratanhia, saupoudrez avec du sucre et du calomel, c'est un moyen encore excellent; mais prenez bien garde, si le malade a déjà fait usage du calomel à l'intérieur, qu'il ne survienne une salivation inquiétante, ou même une stomatite hydrargyrique.

Les autres parties de la peau devront être attaquées par le crayon, le sulfate de cuivre; et s'il y a sphacèle, je vous conseille d'avoir recours à une mixture de ratanhia et d'albumine. En tannant la peau, en modifiant la douleur, vous arrêterez quelquefois les progrès du mal; mais habituellement, dans les cas de sphacèle, vous ne tarderez pas à voir succomber vos malades.

Dans la diphthérie, le vésicatoire sera donc toujours pour vous un *delenda Carthago*.

EXAMEN DE LA QUESTION DU DANGER DE LA SAIGNÉE dans l'apoplexie cérébrale.

Par M. le docteur A. Joire, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Lille.

Les doctrines médicales manquent bien rarement de se réfléchir dans la thérapeutique; il est cependant des points de celle-ci qui doivent, à des considérations de haute valeur sans doute, d'avoir vu passer devant eux sans subir de modifications importantes des systèmes variés qui ont fait sentir ailleurs leur influence réformatrice : il faut compter de ce nombre la thérapeutique de l'apoplexie cérébrale. A aucune époque, en effet, l'assentiment de la science n'a fait défaut au traitement admis dans cette affection. L'empirisme, si l'on veut, a pu seul le fonder d'abord; mais l'investigation rationnelle appliquée de nos jours à tous les faits de la science, loin de le faire repousser, est venue au contraire lui appliquer l'autorité de sa valeur logique; les données de la physiologie et de l'anatomie pathologique en ont sanctionné en tous points la haute utilité pratique; cependant il semble qu'on ne veuille point accepter ce legs de l'antiquité; l'utilité même des émissions sanguines dans l'apoplexie cérébrale n'est pas seulement contestée, on va jusqu'à attribuer à cette médication les conséquences funestes qu'entraîne trop souvent cette grave maladie.

L'apoplexie cérébrale est sans contredit à tous les points de vue l'une des maladies les plus graves qui puissent atteindre l'organisme. Nous applaudissons sans réserve aux louables efforts qui ont pour but de régulariser la thérapeutique qu'elle réclame, et de poser la base des indications ou contre-indications que peut rencontrer la médication antiphlogistique.

Ces recherches ont eu de nos jours une influence dont personne ne conteste la valeur et les résultats. Mais une opinion du genre de celle contre laquelle je m'élève ici, qui n'a pour base qu'un simple rapport de succession dans les phénomènes que quelques cas ont présentés, entraînerait des conséquences trop sûrement funestes, si elle se glissait dans le domaine de la science et parvenait à ébranler quelques convictions. C'est à nous, aux médecins plus spécialement livrés à l'étude des lésions organiques de l'encéphale, qu'incombe, ce semble, le devoir de relever ce que nous considérons comme une fatale erreur.

Je présenterai d'abord le résumé de l'opinion nouvelle qui s'est produite par rapport aux résultats funestes de la saignée dans l'apoplexie cérébrale; je signalerai les motifs sur lesquels elle s'appuie, et je m'efforcerai d'en apprécier la valeur. Un travail analogue sera fait pour l'opinion ancienne; l'examen des bases qui de tout temps ont paru la justifier sera posé avec tous les développements qu'il comporte; je tâcherai d'arriver ainsi à des conclusions que la logique et les données de la science, pas plus que l'expérience, ne viendront repousser.

L'indication de la saignée dans l'apoplexie ou l'hémorrhagie cérébrale est l'une de celles qui paraissent le mieux fondées en pathologie; dire à quelle époque dans l'antiquité remonte cette pratique serait chose assez difficile : l'expérience l'avait sanctionnée.

Des doctrines fort diverses lui ont accordé avant nous un assentiment unanime, et de nos jours, celle qui a marqué par un bruit éclatant son rapide passage, n'a fait que confirmer l'opinion déjà établie. En ce moment l'apoplexie cérébrale, objet de recherches sérieuses, voit sa thérapeutique livrée à une scrupuleuse et profonde analyse, et les indications, variables comme les faits, formulées avec une heureuse et louable précision.

Cette investigation analytique a fait connaître des faits qui sont devenus la base de jugements divers. La saignée employée pour combattre les phénomènes de l'apoplexie consommée ou les premières manifestations qui en révélaient l'imminence, n'a pas répondu dans certains cas à l'heureuse attente que semblait promettre l'antique célébrité de ce moyen, et, au lieu d'amener la cessation des premiers phénomènes morbides ou d'arrêter ceux qui semblaient menaçants, il a entraîné immédiatement à sa suite les désordres fonctionnels si graves de l'hémorrhagie cérébrale accomplie. Une thèse inaugurale publiée il y a quelques années, a appelé l'attention sur l'examen de la question du danger de la saignée dans l'apoplexie. L'auteur, relevant d'abord quelques paroles des leçons orales de M. le professeur Cruveilhier, qui recommande la circonspection dans l'emploi de la saignée dans l'apoplexie cérébrale, a recueilli un certain nombre de faits dans lesquels la saignée, employée dès les premiers phénomènes de l'apoplexie, a été immédiatement suivie d'accidents paralytiques. L'arrivée immédiate de ce grave phénomène à la suite de cette médication a porté naturellement les témoins de la scène étrangers à la science à le lui attribuer comme conséquence rigoureuse; et le médecin lui-même, dérouté et déçu, a vu ses convictions ébranlées à l'endroit de ce moyen, et a cru trouver, non sans peine peut-être, dans les données de la physiologie, des motifs suffisants pour admettre ce rapport de causalité.

L'influence de la saignée sur la circulation générale a paru à quelques-uns pouvoir être invoquée pour justifier ce résultat; d'autres, plus circonspects, n'ont osé risquer aucune explication, mais entraînés, ce semble, par l'évidence et par l'identité des phénomènes dans les faits où apparaissait ce funeste résultat, ont cru devoir y reconnaître une conséquence réelle, et leur conduite en face des faits d'apoplexie cérébrale en a reçu une hésitation, une incertitude, qu'il est bien permis, à mes yeux, de considérer comme malheureuse.

Cette appréciation fâcheuse de la saignée dans l'apoplexie a eu ailleurs qu'en France ses représentants; et il n'y a pas bien longtemps qu'un mémoire sur ce sujet, extrait des journaux italiens, était reproduit dans nos publications. Ici l'intervention de la suractivité de la circulation générale, à la suite de la saignée, n'était plus invoquée pour expliquer la conséquence dont il s'agit, d'autres motifs étaient mis en avant; la dégénérescence des parois artérielles recevait la plus grande part.

Mais que telle soit la principale cause du résultat de la saignée, la chose est loin d'être admise et plus loin encore d'être démontrée, dût-on y adjoindre le plus souvent une altération identique des appareils valvulaires du cœur et l'hypertrophie consécutive de cet organe.

Tout le monde sait le partage d'opinions qui subsiste aujourd'hui entre les sommités de la science sur l'influence de l'hypertrophie du cœur dans l'apoplexie cérébrale. Mais une autre affection cérébrale est posée comme amenant rapidement, et sous l'influence de la saignée, les phénomènes de la paralysie. L'auteur signale à ce titre l'atrophie du cerveau. J'ignore si jamais des relevés ont été faits sur les rapports de l'apoplexie avec l'atrophie du cerveau; mais je n'entrevois pas du tout de quelle manière peut s'exercer ce rapport d'influence. J'ajoute, d'ailleurs, qu'en supposant même admise la réalité de ces rapports pour les deux affections précitées, la dégénérescence artérielle et l'atrophie du cerveau, celles-ci n'ayant pour se révéler que des manifestations vagues et incertaines, et n'étant le plus souvent reconnues que sur le cadavre, on ne peut tirer de là aucune induction utile pour le traitement de l'apoplexie; l'auteur lui-même reconnait qu'il ne peut y avoir sur leur présence que de bien vagues conjectures; ses recherches à cet égard ne conduisent, pour la thérapeutique de l'apoplexie, à aucun résultat.

De telles idées, néanmoins, ne doivent pas passer inaperçues, et me semblent mériter un sérieux et profond examen.

Voyons d'abord les faits dans lesquels la saignée a été immédiatement suivie de l'aggravation des accidents de l'apoplexie, et tâchons de les soumettre à une investigation rigoureuse et précise. Les détails manquent à la plupart d'entre eux pour apprécier si les conditions générales des sujets comportaient bien l'indication de la saignée. Passons cependant sur cette première considération, bien que le plus souvent, quelle que soit la lésion organique dont on soupçonne l'existence, l'indication des émissions sanguines puise largement ses motifs dans l'état général actuel de la circulation et la constitution organique du sujet; nous admettons volontiers que souvent pour l'apoplexie cérébrale imminente ou consommée, l'extrême gravité des phénomènes morbides impose seule d'urgence l'emploi immédiat de ce moyen.

Supposons que telle a été l'impression des praticiens appelés à juger ces faits; la saignée est intervenue dans des conditions où elle devait, ce semble, entraver la marche progressive des accidents ou en prévenir l'apparition imminente, et, dans tous ces cas, c'est le contraire qui a eu lieu. Ici l'imminence de l'apoplexie n'a pu être conjurée par la saignée, et le sujet était hémiplégique quand à peine la veine était fermée; là les premiers phénomènes de l'hémorrhagie cérébrale étaient apparents depuis peu de temps, et l'hémiplégie suivit immédiatement l'emploi de la saignée; une autre fois la saignée intervient encore à la suite des premiers troubles fonctionnels de l'apoplexie, entraîne immédiatement une aggravation de tous les symptômes, et l'emploi d'une nouvelle saignée le lendemain détermine une hémiplégie complète. D'autres faits du même genre ont été rapportés par plusieurs auteurs, et dans tous, les conséquences immédiates de la saignée ont été une aggravation subite des phénomènes morbides, la détermination de l'hémiplégie.

Plusieurs fois les personnes étrangères à la science, à la vue de l'apparition si rapide de pareils accidents à la suite de la saignée, en ont fait peser sur elle toute la responsabilité, et les médecins eux-mêmes, frappés de ce rapport de succession, n'ont pu se défendre du même sentiment. Mais, je le demande, doit-on admettre comme rigoureusement logique une pareille induction? Je comprends chez les gens du monde ce jugement produit par l'impression reçue de ce rapport, mais quel est le médecin qui osera affirmer que l'aggravation des accidents ou la détermination des phénomènes de l'hémiplégie a été rigoureusement le résultat de la saignée? Je vois bien là, sans doute, une succession de deux phénomènes, mais pas autre chose; et rien ne m'autorise à reconnaître dans le premier la cause du second. Les phénomènes d'hémiplégie constituent l'une des manifestations symptomatiques les plus ordinaires de l'apoplexie cérébrale; ils en signalent quelquefois le début, et sont précédés parfois d'autres désordres fonctionnels analogues à ceux qui ont préludé dans les faits qui précèdent. L'hémiplégie était donc là tout à fait imminente, et à un moment donné elle fait son apparition; la saignée intervient tout juste avant ce grave phénomène; mais qui oserait soutenir qu'elle en a été la cause, quand tous les jours, en son absence, on voit apparaître le même désordre fonctionnel?

Personne assurément, pas même les gens du monde, ne demeure spectateur passif devant l'imminence d'une apoplexie ou l'apparition de ses premiers symptômes, et en l'absence du médecin, que l'on désire surtout pour pratiquer une saignée, on se hâte, avec l'espoir de n'être pas inutile aux malades, de faire appel aux agents révulsifs; pédiluves irritants, sinapismes, etc... Il est bien rare que pendant ce temps les phénomènes morbides ne s'aggravent pas. Pourquoi donc alors, si la paralysie se prononce davantage, n'en accuse-t-on pas l'usage de ces moyens, qui ne sont pas assurément sans exercer sur la circulation générale une influence prononcée?

Mais le médecin attentif acceptera-t-il un pareil jugement? Non, sans doute; car cette aggravation est la conséquence naturelle de l'hémorrhagie accomplie dans la substance même du cerveau, et dont nulle médication ne pouvait alors entraver la manifestation symptomatique. La saignée, pas plus que les révulsifs, ne pouvait empêcher ces conséquences de se produire, et elles seraient apparues sans doute au même instant, en l'absence de toute médication. C'est donc une appréciation fausse et erronée de causalité que d'attribuer la manifestation des symptômes plus graves de l'hémorrhagie cérébrale au fait même de la saignée.

Cependant le besoin de justifier une pareille interprétation a fait surgir plusieurs théories pour expliquer ce rapport de cause à effet. Il règne à cet égard une divergence complète entre les auteurs, et dans chacun des trois travaux que j'ai à signaler ici, je trouve une explication différente, sinon opposée. Prenons acte de cette dissidence d'opinions, et donnons à l'examen de chacune d'elles quelques moments d'attention.

C'est une remarque faite depuis longtemps que le pouls, au moment de l'apoplexie, ne manifeste souvent aucun signe de réaction; calme et d'une force médiocre, il semble révéler que la circulation générale n'est intervenue par aucun trouble fonctionnel dans le désordre produit. Mais si alors une saignée est pratiquée, le pouls, concentré et sans fréquence notable, répond immédiatement par un surcroît d'activité; les pulsations du cœur se réveillent sous le double rapport de la rapidité et de l'énergie. Le cerveau reçoit à son tour le contre-coup de cette réaction, et un épanchement, imminent par la turgescence sanguine de l'organe, peut, dit-on, se produire alors instantanément; ou bien déjà préalablement commencée, l'hémorrhagie interstitielle s'accroît et s'étend sous l'empire de cette cause. Telle est l'explication donnée de l'effet de la saignée dans l'apoplexie.

On ne peut se dissimuler la possibilité rigoureuse d'une telle succession de phénomènes; mais, si en face de ces faits, qui, on me permettra bien de le croire, sont de beaucoup les plus rares, il en surgit d'autres en plus grand nombre dans lesquels apparaissent, du côté de la circulation générale, des phénomènes identiques et dont la gravité est immédiatement conjurée par l'intervention de la saignée; si celle-ci, mise en usage alors que l'apoplexie était ou imminente ou traduite déjà par ses symptômes ordinaires, est suivie aussitôt d'une amélioration notable et de la disparition rapide de tous les accidents, il faut bien reconnaître que ce n'est pas la saignée qui entraîne les graves conséquences dont il s'agit, et qu'elles tiennent ordinairement à d'autres causes. Or, à côté de ces quelques cas malheureux qui font la base de l'opinion que je combats en ce moment, combien sont nombreux les autres qui ont retiré de la saignée les plus heureux résultats? Quel est le praticien, quelque peu étendue que soit son expérience pratique, qui n'ait pas devant lui un nombre plus considérable d'observations dans lesquelles des phénomènes apoplectiques traduisant soit une simple congestion cérébrale, soit

un travail déjà commencé d'expansion sanguine interstitielle, ont été conjurés par l'emploi d'une ou de plusieurs émissions sanguines, ou qui, au lieu de s'aggraver, se sont arrêtés dans leur marche et ont rétrogradé ensuite vers la résolution?

Mais ce n'est ici encore que la face vraisemblable de la question. J'ai admis que ce fait de la suractivité de la circulation cérébrale, sous l'empire d'une saignée récente, pouvait à la rigueur être considéré comme possible, je viens actuellement en combattre la réalité. Je ne prétends pas nier, qu'on veuille bien le reconnaître, que le cœur, projetant avec lenteur l'ondée sanguine avant la saignée, ne manifeste pas après l'opération une suractivité plus grande et n'accroisse la fréquence et la vitesse de ses contractions. C'est là un fait dont personne ne peut contester l'évidence; mais ce que j'affirme et prétends démontrer, c'est que, sous l'empire de ces contractions plus nombreuses, le cours du sang dans les canaux n'en reçoit pas un surcroit proportionné de vitesse. C'est une question importante de physiologie dont on me permettra de ne formuler ici que le simple énoncé. Tous les développements qu'elle comporte seront donnés plus loin, alors qu'il s'agira d'exposer les motifs sur lesquels repose l'indication de la saignée dans l'apoplexie.

Contentons-nous donc de remarquer ici que les conséquences funestes qui ont suivi l'emploi de la saignée n'en ont pas été la conséquence directe, et dépendaient de toute autre cause; qu'en face de quelques faits qui se sont aggravés sous son influence, il en existe dans la science un nombre d'autres infiniment plus grand dans lesquels cette médication, loin d'être nuisible, a été suivie d'une amélioration notable et de la cessation des phénomènes de l'apoplexie. Au point de vue donc de l'investigation des faits, cette question ne peut être résolue au préjudice de la saignée, et il sera démontré plus tard que l'explication donnée pour rendre raison de cet effet nuisible, est le résultat d'une appréciation physiologique erronée.

L'autre explication qu'on a fait intervenir pour expliquer le fait avancé diffère totalement de la première. Ce n'est plus la suractivité de la circulation qui, par son action sur le cerveau, détermine la production de l'hémorrhagie; c'est la débilitation rapide qui succède aux saignées trop copieuses qui devient pour l'apoplexie une condition aggravante, et donne lieu par suite à une exhalation séreuse soit dans les méninges et les ventricules, soit dans le tissu médullaire lui-même, et finalement à la compression du cerveau.

Voilà donc deux causes diamétralement opposées qui sont invoquées pour expliquer le même fait. Voyons si celle-ci est en mesure de mieux justifier ses prétentions.

Ce ne serait plus ici une seule émission sanguine employée contre les premiers phénomènes de l'apoplexie qui deviendrait passible de l'aggravation des phénomènes subséquents, ce ne serait que dans le cas où ce moyen répété fréquemment à de courts intervalles aurait entraîné une débilitation profonde de l'organisme tout entier.

Ramenée à ces termes, la question qui s'agite ne peut plus être mise en doute.

Il est incontestable qu'un sujet actuellement frappé d'apoplexie, ou sous l'imminence simplement d'une hémorrhagie cérébrale, soumis à des évacuations sanguines copieuses et fréquentes hors de proportion avec les conditions de son organisation, éprouvera bientôt les conséquences désastreuses d'une pareille médication. Un exhalation séreuse, ou du tissu cérébral ou des méninges, viendra révéler une diminution notable des éléments solides du fluide sanguin, et la compression de l'encéphale se traduira par de nouveaux phénomènes apoplectiques.

Mais alors ce n'est pas la première ni même la deuxième émission sanguine qui est suivie de ces manifestations morbides; ce n'est que plus tard qu'elles apparaissent, et cette circonstance établit déjà entre les deux interprétations une différence profonde. On ne suppose pas sans doute ici un praticien inattentif, qui pousse outre mesure l'emploi d'une médication aussi importante que la saignée. Sans tenir compte des conditions de l'organisme individuel, et s'exposer ainsi aux conséquences graves dont il s'agit, il ne peut être question que de sujets qui supportent mal les émissions sanguines, qui, débilités déjà par des causes étrangères et frappés tout à coup d'apoplexie, sont néanmoins soumis à ce genre de médication, eu égard à la gravité même de l'affection qui les atteint. Mais dans ce cas quel est le praticien qui osera multiplier les émissions sanguines? On se contentera d'y recourir une ou deux fois au plus, et en ayant soin de ne prescrire que des évacuations très-petites. Eh bien, alors, je soutiens que cette médication n'est pas constamment nuisible; d'ailleurs, comme nous l'exposerons plus loin, l'altération cérébrale qui se traduit par l'apoplexie n'est pas constamment identique; tantôt elle est bien évidemment une hémorrhagie ou cérébrale ou méningée, et alors on ne viendra pas contester l'utilité de la saignée; tantôt la lésion est tout autre, et au lieu d'une hémorrhagie, c'est une exhalation séreuse qui a déterminé primitivement l'attaque apoplectique, et ce qui, dans l'interprétation donnée, était considéré comme la conséquence des émissions sanguines, n'était autre que la lésion primordiale, cause des premiers désordres cérébraux.

Je conçois que dans ce dernier cas on puisse avoir quelque raison de contester l'utilité des émissions sanguines; mais comme il ne diffère pas des autres par ses premières manifestations symptomatiques, la difficulté, l'impossibilité même de le discerner, font qu'il subit bien souvent la même médication, et c'est alors, j'en conviens, qu'elle peut entraîner des conséquences fâcheuses, l'aggravation des lésions déjà existantes: tels étaient incontestablement les faits qui ont donné lieu à l'interprétation que je relève ici.

Ce n'est donc qu'à un nombre de cas infiniment restreint qu'elle peut s'appliquer, et en quelque sorte à de rares exceptions; l'immense majorité des faits lui échappe évidemment.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DE LA PELLAGRE.

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

Dans le numéro 91 de la *Gazette des Hôpitaux* (5 août 1858), a paru un article portant pour suscription : *Quelques mots sur la pellagre*, par le docteur Hiard, de Mugron. S'il ne s'était agi que d'opinions sur le siége indéterminé de la pellagre, ou bien d'hypothèses plus ou moins vraisemblables sur la nature encore mal définie de cette affection, nous aurions laissé passer ces théories, en ne leur accordant que l'attention et la valeur que chacune d'elles mérite. Mais cet article contient, d'après tous ceux qui se sont occupés de cette maladie, une hérésie symptomatologique à l'endroit de la pellagre. On ne pouvait pas laisser sans réfutation subsister une erreur aussi grave, qui bat en brèche et détruit un des symptômes principaux de cette affection, et qui, en outre, se trouve en opposition non-seulement avec notre observation particulière, mais encore avec celle de tous les médecins qui ont écrit sur la pellagre.

Citons d'ailleurs le passage de l'article incriminé, et hâtons-nous de prouver que la diarrhée est un symptôme commun dans cette maladie.

« Différents symptômes d'irritation n'apparaissent dans cette maladie que comme les efforts d'une nature impuissante contre un mal qui, pour moi, a un caractère tout opposé; et même lorsque cette irritation semble se localiser pour rougir la langue, et aboutir à la diarrhée, ce n'est là qu'un accident assez rare et exceptionnel. »

Je laisse de côté ces symptômes d'irritation qui n'apparaissent que comme les efforts d'une nature impuissante, pour arriver de suite à l'erreur la plus grave. La diarrhée, d'après cet article, ne serait dans la pellagre qu'un fait assez rare et exceptionnel, tandis que l'observation démontre que ce phénomène est ordinaire et très-commun.

La pellagre est, d'après les idées actuellement admises, une affection caractérisée par trois ordres de symptômes : gastriques, cutanés et nerveux.

Chacun de ces groupes n'a pas la même importance, puisque les phénomènes cutanés (peau ansérine des mains et des pieds) que l'on regarde en général comme indispensables et nécessaires à l'existence de la pellagre, peuvent manquer, et l'affection exister dans ce cas sous le nom de pellagre larvée. Son diagnostic reposera alors exclusivement sur les symptômes gastriques et nerveux, et ces phénomènes suivront un ordre de développement tel qu'ils imprimeront à la pellagre un cachet spécial, une physionomie toute particulière.

Des trois groupes de phénomènes qui apparaissent toujours les premiers dans la pellagre, — car l'érythème cutané se montre lorsque la maladie existe déjà, — le plus important, celui qui est inhérent à cette affection, et sans lequel la maladie ne peut pas exister, est le groupe des symptômes gastriques; et il y a un fait remarquable et vraiment triste à constater, c'est qu'aucune partie du tube intestinal ne paraît échapper à l'influence de la pellagre. En effet, la langue est rouge, fendillée, la muqueuse qui tapisse le voile du palais est érythémateuse. Les glandes salivaires donnent lieu à un ptyalisme abondant, la déglutition est douloureuse; le pellagreux éprouve à la gorge un sentiment d'ardeur incroyable. Son estomac devient le siége d'un poids, d'une douleur qui disparaît lorsque des eaux filantes, claires, s'échappent par la bouche, et enfin l'intestin proprement dit, enflammé comme les parties supérieures du canal alimentaire, laissera échapper un flux diarrhéique ou dyssentérique.

Depuis six ans que nous étudions d'une manière spéciale la pellagre des Landes, ce fait s'est constamment présenté à notre observation. Du reste, ouvrons les auteurs qui, tant en Italie qu'en France, se sont occupés de cette affection.

« Souvent, avant l'efflorescence cutanée, on observe des troubles gastro-intestinaux : savoir : des borborygmes, des flatulences, de l'inappétence ou de la voracité, du pyrosis, de la diarrhée, etc. » (Bergnani, *Considerazioni sulla pellagra.*)

« Chez le plus grand nombre des pellagreux, la maladie se déclare primitivement par un dérangement des voies digestives, et par une prostration générale excessive des forces. » (Rizzi; *Strambio, sulla pellagra.*)

« Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la pellagre s'accordent à dire que cette maladie débute le plus souvent par un dérangement des fonctions gastriques, par des borborygmes, des rapports, des nausées et de la diarrhée, etc. » (Cerri, TRATTATO SULLA PELLAGRA, *Annales de Thérapeutique* du docteur Rognetta, page 177.)

M. Brierre de Boismont professe la même opinion.

C'était celle aussi de l'illustre Hildebrand : « La maladie exerce d'abord, dit-il, son action sur le tube gastro-entérique, tantôt sous forme d'irritation inflammatoire, tantôt avec l'apparence d'inertie ou de torpeur de ces organes. Dans l'un et l'autre cas, il y a une langueur notable des forces et flux diarrhéique. » (*Annales scholæ*, 1826; Hildebrand.)

Nous lisons dans l'excellent traité du docteur Roussel, pag. 64 et 65, à propos du mémoire du docteur Hameau :

Symptômes des intestins. — « Douleurs du bas-ventre, surtout vers l'ombilic; fièvre continue et diarrhée séreuse très-abondante. » — Plus loin, il ajoute : « L'hiver, du moins, la diarrhée cesse, et les selles reprennent leur cours habituel. Enfin arrive un été où la maladie recommence pour ne plus finir qu'à la mort; la fièvre et la diarrhée reviennent avec violence. »

Dans les deux observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis en 1842, on lit (Roussel, p. 326) : « Des maux d'estomac survirent, accompagnés de vomissements, et bientôt après de diarrhée, etc. »

Nous n'insisterons pas davantage sur la diarrhée, ce symptôme qui se montre dans la pellagre, et qui est enrayé facilement par le sous-nitrate de bismuth à haute dose.

Quant au traitement, nous ne partageons pas entièrement la confiance exprimée dans l'article cité. Pour nous, malgré la diarrhée qui existe chez nos pellagreux de la Chalosse, nous conseillons les bains de l'Adour, ainsi que les bains sulfureux et ferrugineux que nous possédons dans le département. Depuis trois ans, quatre de nos pellagreux, dont les maisons sont situées à 100 mètres de l'Adour, prennent des bains de rivière. L'état de ces malheureux s'est amélioré. Mais cependant la pellagre existe toujours, et depuis cette époque l'éruption des mains et des pieds, qui avait disparu pendant l'hiver, s'est reproduite au printemps.

Nous sommes persuadés que la pellagre est curable après un temps plus ou moins long, lorsqu'on a soustrait le paysan aux causes affaiblissantes qui l'assiégent de toutes parts, telles que un travail excessif et une alimentation insuffisante, peu réparatrice. C'est là le secret de la curabilité de la pellagre, qui disparaîtra de nos contrées lorsque les améliorations sociales placeront les populations des campagnes dans d'excellentes conditions hygiéniques, surtout sous le rapport d'une bonne alimentation.

HÉMORRHAGIE VULVAIRE

avec fluxion des mamelles et sécrétion lactée chez un nouveau-né.

Par M. Jacob, médecin à Courtomer (Oise).

Appelé à Theillières le 30 juin, dix heures du soir, auprès de la femme G..., primipare, d'une bonne constitution, éprouvant les premières douleurs de l'accouchement, je constate (passant rapidement sur toutes les phases du travail) une antéversion prononcée de l'utérus, distension considérable de l'organe, les douleurs très-éloignées et fugitives; douze heures après, le col est à peine effacé, la dilatation se fait très-lentement; présentation du sommet. Je fais tous mes efforts pour réduire l'utérus, mais les contractions vont en s'affaiblissant; je romps les membranes de bonne heure, et je reconnais que la distension anormale de l'utérus tenait à une trop grande réplétion de l'œuf.

Le travail reprend bientôt alors toute son énergie, le sommet se présente en première position, et l'enfant est expulsé le 2 juillet à 3 heures du matin; il est du sexe féminin, bien vivant, mais chétif, pesant 2 kilogr. au plus; le placenta est d'une petitesse remarquable; pas d'accidents ultérieurs à noter pour l'accouchée.

Le 4 juillet, on me fait remarquer chez la petite fille un léger écoulement leucorrhéique; il devient dans la journée légèrement roussâtre; et le lundi matin une hémorrhagie vulvaire était déclarée.

L'enfant perdit, dans les vingt-quatre heures qui suivirent, environ la valeur au moins de 2 centimètres cubes de sang.

Après avoir visité les organes génitaux avec soin, autant que faire se pouvait, sans rien découvrir, mon examen se porta du côté des seins, et je constatai un léger engorgement des glandes mammaires avec sécrétion de quelques gouttes de sérosité lactescente.

J'ai pratiqué ce jour-là et les deux jours suivants, au moyen d'une petite seringue à canule très-fine, deux injections par jour dans le vagin d'eau légèrement chargée d'extrait de Saturne, et ordonnai dans l'intervalle quelques lotions froides à l'entrée de la vulve avec de l'eau de guimauve.

Le mardi, la chute du cordon eut lieu; la cicatrice se fit sans suppuration; le jeudi l'hémorrhagie diminua beaucoup, pour cesser entièrement le lendemain. La fluxion des mamelles a persisté trois ou quatre jours de plus, avec inflammation et induration légères de l'aréole. Deux petits cataplasmes de farine de riz en ont fait justice.

L'enfant, qui refusait le sein les premiers jours, le prend avec avidité aujourd'hui; la miction se fait bien; les fèces sont bonnes; il n'a plus maintenant qu'un peu de muguet discret, qui tend aussi à disparaître.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 août 1858. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture transmet :

1° De nouveaux échantillons de barégine envoyée par MM. les inspecteurs des eaux de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), d'Olette et d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales) (commission des eaux minérales);

2° Le rapport de M. le docteur Caloy (de Toulon) sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Bandol en 1858;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Somme en 1857. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Lanelongue, de Casseuil (Gironde), sollicite le titre de

membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

— M. le docteur Thomas Moffat (de Londres) demande le titre de correspondant étranger. (Commission des correspondants étrangers.)

— M. le Dr Garreau (de Laval) soumet à l'examen de l'Académie un nouveau mode de traitement de la prostatite chronique, avec trois observations de guérison rapide. Ce traitement consiste à porter de l'onguent napolitain dans la région prostatique avec une sonde à piston, que l'auteur a fait fabriquer par M. Mathieu. Cet instrument se compose d'une sonde courbe bien polie à l'intérieur, afin que le jeu du piston soit plus doux; le troisième anneau que l'on voit à la partie inférieure de l'instrument, tient à la tige du piston, et permet de lui faire exécuter le mouvement de va-et-vient avec le pouce pendant que l'index et le médius maintiennent la sonde par les deux anneaux qui y sont fixés. (Commissaire : M. Laugier.)

— **M. VELPEAU**, à l'occasion du procès-verbal, exprime le regret, qu'avant de procéder au vote des conclusions du rapport sur la ligature de l'œsophage, on n'ait pas pris en considération la lettre que M. Nonat a écrite à l'Académie sur ce sujet. Voici le contenu de cette lettre, dont il croit devoir donner connaissance à l'Académie :

« En lisant avec attention les 22 expériences qui servent de base à notre travail, dit M. Nonat, on pourra se convaincre que la ligature de l'œsophage pratiquée dans tous les cas, n'a nullement altéré la précision des résultats que nous avons obtenus.

» En effet : 1° Après la ligature simple de l'œsophage, deux chiens ont vécu de six à sept jours, comme ceux qui ont été soumis à une abstinence absolue ;

» 2° L'acide arsénieux donné seul a amené la mort au bout d'un temps variable de trois à douze heures ;

» 3° Les chiens auxquels nous avons administré l'acide arsénieux concurremment avec les protoxyde et deutoxyde de fer, sont morts aussi promptement que s'il n'avait pas été donné de contre-poison ;

» 4° Dans une dernière série d'expériences, 12 chiens ont pris de l'acide arsénieux et de l'hydrate de peroxyde de fer sec ou humide. La vie s'est prolongée d'autant plus que la dose du contre-poison a été plus élevée.

» Je dois ajouter que quatre de ces animaux ont survécu six à sept jours, absolument comme s'ils n'eussent subi que la ligature de l'œsophage.

» Ce qui donne au résultat que je viens de faire connaître un plus haut degré de certitude, c'est : 1° la concordance de tous ces faits entre eux, et 2° leur confirmation par le contrôle des expériences chimiques de M. Guibourt.

» De ce que j'ai vu dans cette circonstance et dans d'autres encore, je crois pouvoir conclure que, pratiquée d'une manière convenable, c'est-à-dire en serrant modérément le lien et en évitant de comprendre les nerfs voisins, la ligature de l'œsophage est une opération utile et qui doit être conservée dans les recherches toxicologiques. »

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL s'excuse de n'avoir pas donné publiquement lecture de cette lettre dans la dernière séance, en se fondant sur les usages académiques, qui s'opposent à ce qu'on laisse intervenir dans une discussion une personne étrangère à l'Académie. D'ailleurs, la lettre de M. Nonat avait été renvoyée à la commission.

M. BOUILLAUD se joint à M. Velpeau pour exprimer le regret que les faits énoncés dans la lettre de M. Nonat n'aient point été communiqués à l'Académie. Il n'admet pas l'excuse que fait valoir M. le secrétaire annuel. On a bien fait intervenir dans la discussion une lettre de M. Briquet, qui n'est pas non plus de l'Académie; on aurait dû en faire autant pour celle de M. Nonat.

M. LE PRÉSIDENT vide cet incident en déclarant que la lettre de M. Nonat sera envoyée à l'examen de M. Trousseau.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses plus anciens membres, M. Kéraudren, inspecteur général en retraite du service de la marine, membre de la section d'hygiène, décédé le 17 août dans sa quatre-vingt-dixième année.

RAPPORTS.

Vaccine. — **M. DEPAUL** lit pour **M. BOUSQUET**, absent, le rapport annuel sur la vaccine pour l'année 1857.

L'ordre du jour étant très-chargé, M. Depaul, sur l'invitation du président, après avoir fait connaître sommairement le contenu du rapport, donne lecture des conclusions.

Ces conclusions, relatives aux récompenses à décerner aux médecins qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine pendant l'année 1857, ne devant être rendues publiques que dans la séance annuelle, nous nous abstenons de les reproduire ici.

LECTURES ET COMMUNICATIONS.

Des appareils de mouvement dans les déviations de la taille et les dyspnées qui en sont la conséquence. — **M. BONNET** (de Lyon) lit sur ce sujet un mémoire dont voici le résumé :

Malgré des travaux nombreux et des tentatives variées, les déformations de la taille restent souvent incurables, ou ne sont améliorées que partiellement et pendant un temps très-court. L'impuissance de l'art en ce qui regarde les difformités du tronc tient en grande partie à la roideur qui se produit avec l'âge dans les articulations de la colonne vertébrale et des côtes. Cette roideur accroît les difficultés du traitement jusqu'au point de les rendre insurmontables après l'adolescence, et elle produit ces oppressions si graves, si fréquemment mortelles, qui font qu'après la quarantième année les déviations prononcées de la poitrine ne sont plus de simples difformités, mais de graves lésions.

Les causes de cette ankylose incomplète dépendent de la difformité d'abord, de l'immobilité ensuite. D'où il résulte que, pour rendre un jeu libre aux os du tronc dans les déviations de la taille, il ne faut pas se contenter d'agir sur la direction vicieuse par des pressions ou des tractions prolongées, mais qu'il faut faire mouvoir avec persévérance les os dont le jeu est depuis longtemps ralenti ou supprimé.

La gymnastique et les manipulations étant impuissantes à remplir cette dernière indication, j'ai été conduit à étendre aux roideurs de la poitrine compliquées de difformités de la taille le principe des appareils de mouvement que j'ai imaginés et employés d'abord pour les articulations des membres. Aucune application de ce genre n'a présenté d'aussi grandes difficultés. Je n'ai obtenu quelques résultats que par la persévérance de mes efforts réunis à ceux de M. Blanc, mécanicien orthopédiste à Lyon.

Ceux que j'ai fait construire pour les tailles déviées sont de deux espèces. Les uns tendent uniquement à faire cesser la torsion vicieuse du thorax; les autres ont pour effet simultané de combattre cette torsion et de redresser les incurvations latérales de la poitrine. Quelle que soit la disposition que l'on adopte, l'essentiel est de faire agir le levier par pressions intermittentes répétées aussi souvent que les efforts d'expiration.

Lorsqu'on exécute cette manœuvre, on voit, si l'ankylose n'est pas complète, la série des apophyses épineuses former une courbe moins prononcée, arriver à la ligne droite ou même s'infléchir en sens inverse; la taille s'allonge momentanément, et cet allongement peut aller jusqu'à un et même deux centimètres dans les premiers moments qui suivent une séance d'un quart d'heure à une demi-heure.

En présence de ces effets immédiats, on ne peut douter que l'usage des appareils de mouvement ne contribue au rétablissement d'une bonne direction.

Depuis huit ou dix ans que je les emploie, je les ai toujours associés, indépendamment des modificateurs de la constitution, à l'usage d'une gouttière vertébrale qui empêche toute position vicieuse pendant le séjour au lit, et à celui d'un corset tuteur qui tend à soutenir la colonne pendant la station debout.

Les pressions exercées à l'aide de l'appareil, ont été répétées deux fois par jour pendant une durée croissante de 15 à 40 minutes.

Cet office a été confié aux personnes qui soignent les malades; et comme l'emploi de ces moyens n'offre aucune difficulté et n'entraîne aucune douleur, les traitements ont été suivis, non dans des établissements spéciaux, mais dans les familles ou dans des pensionnats.

Dans quelques difformités peu prononcées, sans roideurs notables et chez des sujets de moins de dix ans, on a pu obtenir une disparition de toute difformité; mais dans la grande majorité des cas, l'âge des malades étant de douze à dix-huit ans, et les courbures très-prononcées et très-solidement maintenues, nous n'avons obtenu que des améliorations très-notables, il est vrai, lorsque les malades ont été persévérants.

Cette simple diminution n'étonnera pas ceux qui connaissent l'extrême difficulté que présente la cure des déviations de la taille après la puberté; ils accepteront, je l'espère, avec satisfaction, un traitement qui peut se faire dans l'intérieur des familles, qui améliore la santé, produit un redressement sous les yeux mêmes de l'observateur, et prépare, par l'assouplissement des articulations, le succès qui est compatible avec la gravité des lésions.

Dans les dypsnées qu'entraînent les déformations anciennes de la poitrine, l'usage des appareils de mouvement continué pendant plusieurs mois va plus loin : il suffit, à lui seul, pour produire un soulagement très-notable. Lors même que l'on ne réussit point à diminuer la déformation ou qu'on ne la diminue que très-imparfaitement, les malades recouvrent la faculté de marcher, de monter, de courir même, sans être arrêtés par l'oppression qui les fatiguait auparavant.

Ces résultats ont été obtenus chez plusieurs personnes de quatorze à dix-huit ans, ayant des déformations extrêmes, et bien que leurs difformités n'aient été que médiocrement améliorées. Bien plus, ils ont été observés chez une demoiselle de cinquante-cinq ans, affectée depuis plusieurs années d'une anhélation extrême qui allait toujours croissant, et qui s'accompagnait d'étourdissements fréquents et d'une décoloration extrême. L'amélioration persiste depuis quatre ans, grâce aux manœuvres de mobilisation que la malade reprend de temps à autre, quand ces accidents tendent à se renouveler.

Ces faits sont remarquables; ils indiquent un véritable progrès; ils prouvent que, lorsque des déviations sont devenues incurables, il est encore possible de diminuer la fâcheuse influence qu'elles exercent sur la respiration.

En présence de ces effets, on est conduit à se demander si on ne pourrait pas réussir par des moyens analogues en agissant sur des poitrines dont la conformation est régulière.

Je me suis beaucoup occupé de la solution de ce problème. J'ai fait construire des appareils très-simples, du reste, par lesquels je cherche à agrandir artificiellement la capacité de la poitrine, en redressant la concavité que présente en avant la région dorsale.

Mais les recherches que j'ai faites sur ce sujet, quoique très-nombreuses, sont encore incomplètes; elles demandent à être poursuivies, et ne peuvent encore vous être présentées. Je ne peux insister que sur les applications des appareils de mouvement faites depuis longtemps aux roideurs et aux difformités des articulations des membres, et sur celles que j'expose aujourd'hui pour la première fois et qui ont trait aux déviations de la taille et aux dyspnées qui en sont la conséquence.

Si l'on rapproche les uns des autres tous les faits qui démontrent l'utilité de ces mouvements passifs, on sera conduit à donner place dans la pratique à l'ensemble des appareils qui permettent de les exécuter le plus souvent sans aide, et toujours avec une régularité et une douceur dont l'influence sur la guérison ne peut être appréciée que par ceux qui en ont fait usage.

Rétraction des vaisseaux ombilicaux. — **M. ROBIN** donne de vive voix l'analyse d'un mémoire sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux et sur l'appareil ligamenteux qui leur succède; mémoire qu'il déposera prochainement sur le bureau de l'Académie.

Phénomènes stéréoscopiques. — **M. SERRE** (d'Uzès) fait de vive voix une communication relative à l'explication physiologique des phénomènes stéréoscopiques.

Pour comprendre la mécanique et le mode de perception des phénomènes stéréoscopiques, dit M. Serre, il faut connaître les lois fondamentales de la vision.

Ces lois sont : l'extériorité, la direction et la limitation; elles ont leurs analogues dans la réflexion, la direction des miroirs plans disposés d'une manière convergente sur le même plan et dans la limitation par un écran, des images matérielles par eux réfléchies.

L'*extériorité* est fondée sur la propriété que possède la rétine de renvoyer la sensation phosphénienne à distance en dehors de l'organe oculaire.

La *direction* se prouve en menant une ligne du point touché de la rétine au centre du phosphène extérieurement perçu. Cette ligne passe par le centre du cristallin.

La *limitation* trouve sa preuve dans la provocation simultanée des deux phosphènes temporaux perçus limités dans la région oculaire, opposée à la distance qui sépare les deux globes.

La surface où toutes nos sensations visuelles sont ainsi rapportées, a reçu le nom de rideau limitateur ou rideau physiologique.

Avec ces trois lois fondamentales, on explique tous les phénomènes visuels : la vue *droite* avec des *images renversées*; la vision binoculaire *simple* et *double* et les effets *stéréoscopiques* qui sont le résultat d'une projection différente dans chaque œil.

1° Les images offertes à nos yeux sous la forme symétrique, non identiques, ne se superposent pas d'une manière partielle et limitée au véritable lieu géométrique des images simples, au rideau physiologique.

2° En deçà et au delà de ce lieu, les points des objets donnent fatalement naissance à des images doubles.

3° De leur apparence croisée et non croisée on déduit instinctivement leur position, par rapport au voile limitateur, les images croisées appartenant aux plans situés en avant et les images non croisées à ceux situés en arrière de ce voile.

4° Dès lors le sentiment du relief repose sur des traces différentes laissées par un solide sur nos deux rétines.

5° Ces traces révèlent, dans l'instinct, les éléments constitutifs du relief, savoir :

6° La hauteur, la largeur et la profondeur, sans l'intervention d'aucune donnée tactile ordinaire.

7° Ces éléments sont réductibles à une simple question de distance.

8° La distance est réductible elle-même à une évaluation d'angles.

9° Un seul œil appréciant l'angle sous-tendu par l'objet fait naître le sentiment de la *hauteur* et celui de la *largeur*, par suite l'idée de *surface*.

10° L'action combinée des deux yeux ajoute la *profondeur* à la hauteur et à la largeur.

Étant donnée la base (qui sépare le centre des deux cristallins), les deux angles formés aux extrémités, et toutes les impressions produites par les variations angulaires des axes sur la bissectrice, l'instinct en déduit la *profondeur*, à l'insu de l'intelligence.

De la sensation ternaire, issue de la hauteur, de la largeur, de la profondeur, ressort l'idée corporelle de relief.

C'est pour avoir laissé passer inaperçus les phénomènes *connexes* de simple et double vision provoqués par la perception des projections symétriques d'un objet sur chaque rétine, que l'éminent physiologiste anglais Wheatstone, inventeur du stéréoscope, n'a pu se rendre compte du conflit de ces phénomènes avec l'instinct.

Leur rationnelle explication lui a échappé, comme elle échappe encore aux savants qui admettent la superposition *parfaite* des images symétriques, pas plus possible dans l'ordre vital que dans l'ordre matériel.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 2 août 1858, ont été nommés :

A deux emplois de médecin principal de 1re classe, MM. Lacger et Cazalas;

A trois emplois de médecin principal de 2e classe, MM. les médecins-majors Jean Lagrave, Caselli et Chenu.

— Par décrets impériaux, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Duval, second chirurgien en chef de la marine; Delioux de Savignac, second médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Hétel, pharmacien-professeur de la marine; Gantelme, Leclerc, chirurgiens de 1re classe de la marine; Ferrand et Lerond, chirurgiens auxiliaires de la marine.

— M. le docteur Amable Cade, médecin à Bourg-Saint-Andéol (Ardèche), a été récemment nommé membre correspondant des Sociétés de médecine de Lyon, Bordeaux, Tours et Toulouse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Des principales Eaux minérales de l'Europe, par M. Armand Rotureau, docteur en médecine, membre titulaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — Allemagne et Hongrie. — Un volume in-8° de 600 pages. Prix, 7 fr. 50. — Paris, librairie de Victor Masson.

Philosophie mathématique et médicale de la vaccine, par le docteur E. A. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze. Prix, 1 fr. 50. — Chez Méquignon-Marvis, rue de l'École-de-Médecine, 3.

De la Vie et de l'Intelligence, par M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, membre de l'Académie française. Un vol. in-18. Prix, 3 fr. 50. — Chez Garnier frères, rue des Saints-Pères, 6.

Du Panaris et du Phlegmon de la main, par le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux, etc. In-8° de 53 pages. Prix, 1 fr. 25. — Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Traité théorique et pratique des Maladies des yeux, par L. A. Desmarres, docteur en médecine et professeur de clinique ophthalmologique. 2e édition, revue et augmentée. Trois vol. in-8°, avec 205 figures. Prix, 23 fr. Le troisième et dernier volume vient de paraître. — Paris, Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 98. — SAMEDI 21 AOUT 1858. (31e ANNÉE.) N° 98. — SAMEDI 21 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rhumatisme cérébral. — Guérison.

La question du rhumatisme cérébral est une de celles sur lesquelles nous revenons volontiers assez souvent ; d'abord à cause de l'extrême gravité de cette affection et de sa fréquence, qui semble augmenter depuis qu'elle a été signalée à l'attention des praticiens; et surtout parce qu'il est du plus haut intérêt pratique de saisir toutes les occasions qui peuvent mettre sur la voie des indications thérapeutiques et des meilleurs moyens de les remplir. Or, voici un fait de rhumatisme cérébral suivi de guérison, que M. Moutard-Martin a communiqué récemment à la Société médicale des hôpitaux, et qui doit surtout à cette circonstance de la guérison un intérêt tout particulier.

Un homme âgé de trente et un ans, ouvrier des ports, entre le 5 mars à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Moutard-Martin. Cet homme, d'une forte constitution, vigoureusement musclé et d'un tempérament sanguin, dit n'avoir jamais été malade; il n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Il était, à cette époque, malade depuis six jours; sa maladie avait débuté par un frisson avec claquement de dents et douleurs générales dans tous les membres, surtout dans les articulations. On constate à son entrée à l'hôpital un épanchement dans les deux genoux, qui ne sont pas même injectés. Les articulations du cou-de-pied, de l'épaule, du coude et du poignet sont douloureuses. La fièvre est modérée, la peau chaude, couverte d'une sueur abondante et un peu fétide. Le pouls, à 92, est régulier, de force moyenne; pas de souffle au cœur, dont les battements sont réguliers. Céphalalgie modérée; face très-injectée; pupilles dilatées; langue humide et sans enduit. Soif; appétit normal.

On prescrit : bourrache; sulfate de quinine, 1 gr. 50 cent. en potion; ouate laudanisée et 4 bouillons.

Le jour suivant, 7, on porte la dose du sulfate de quinine à 2 gr. Dans la nuit du 7 au 8, il survient un peu de délire. Le matin, le malade est dans son état habituel; la face est toujours très-injectée. Aucun signe ne dénote l'action du sulfate de quinine sur le cerveau, ni vertiges ni bourdonnements d'oreille.

Le sulfate de quinine est continué à la dose de 2 gr.; on prescrit en outre 3 pilules de 2 cent. d'opium.

Le délire recommence dans la journée du 8, et persiste le 9 à la visite du matin; l'agitation a été assez grande dans la journée du 8 pour qu'on ait dû mettre la camisole de force; le malade a l'air égaré, sa face est excessivement injectée, brûlante et couverte de sueur; il est peu agité, mais il cause et crie presque continuellement. Les pupilles sont dilatées et égales. La peau est chaude, moite; il y a 84 pulsations; le pouls est petit et mou. Il accuse encore des douleurs dans les genoux et les poignets.

M. Moutard-Martin prescrit l'application d'un vésicatoire sur chaque genou et 12 sangsues derrière les oreilles, qu'on devra appliquer une à une. L'opium et le sulfate de quinine sont supprimés.

Le soir, le malade est dans le même état, il s'agite beaucoup, il parle à haute voix presque sans interruption, et déraisonne complétement; il est couvert d'une sueur abondante. Cet état se calme dans la nuit.

Le lendemain matin, 10, le délire, qui avait cessé dans la nuit, a reparu; le malade est couvert de grosses gouttes de sueur, il a la peau chaude, se plaint de céphalalgie et de douleur dans les bras et les jambes, mais peu vives. — 0,60 de calomel à prendre en trois doses.

Les douleurs des membres deviennent beaucoup plus vives dans la journée, au point de ne plus pouvoir les remuer; le soir la céphalalgie a augmenté.

Le 11, la nuit a été assez calme. Il y a encore plusieurs selles; la céphalalgie a cessé; les douleurs des membres sont toujours très-vives, surtout aux genoux et aux articulations des pieds. — 0,30 de calomel en trois doses.

A partir de ce jour, le délire n'a plus reparu; mais les douleurs des membres persistant, M. Moutard-Martin prescrit le 14 une potion avec 0,75 centigr. de sulfate de quinine. Dans la journée le malade éprouve une forte céphalalgie; les douleurs des membres ont notablement diminué; la fièvre est toujours modérée, le pouls ne dépasse pas 85.

On continue le sulfate de quinine les jours suivants, et le 17 la dose en est portée à 1 gramme. On constate ce jour-là une éruption miliaire à base rouge sur le devant de la poitrine et du cou.

Le 18, on supprime le sulfate de quinine. Depuis ce moment, à quelques oscillations près dans les douleurs, son état va s'améliorant graduellement; la fièvre diminue; des symptômes fébriles, le plus persistant est la chaleur de la peau accompagnée d'une sueur abondante.

Dans cette dernière période de la maladie, qui dure encore de quatorze à quinze jours, le traitement a consisté d'abord en une potion avec 30 centigrammes d'extrait d'aconit, puis dans l'usage de la poudre de Dower à la dose de 50 centigrammes, de pilules de 2 centigrammes d'opium (4 pilules par jour), et de bains de vapeur.

Le 3 avril, il ne restait plus de cet état subaigu que quelques douleurs articulaires, mais beaucoup moins vives. Le malade sortit guéri le 5.

Les moyens auxquels M. Moutard-Martin a eu recours avec tant de bonheur dans cette circonstance, lui ont été inspirés par les souvenirs de la dernière discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société des hôpitaux. Il a heureusement combiné l'émission sanguine lente et continue, dont quelques médecins, M. Guérard entre autres, ont déjà eu plusieurs fois l'occasion de constater les bons effets dans les affections encéphaliques, avec l'application de larges vésicatoires sur les articulations qui avaient été primitivement le siége de l'affection rhumatismale, conformément à l'avis émis par M. Legroux. On trouvera donc dans ce fait des indications utiles à suivre pour l'avenir. Toutefois, en les signalant à l'attention des praticiens, nous ne voudrions pas les recommander avec une confiance trop absolue et surtout trop exclusive, convaincu, ainsi que l'a fait remarquer à cette occasion M. Vigla, qu'il est des cas dont la marche est si grave et si rapide, qu'on devra s'attendre quelquefois à d'inévitables échecs.

Du perchlorure de fer à l'intérieur dans les hémorrhagies.

Nous continuons aujourd'hui notre enquête sur les faits d'administration du perchlorure de fer à l'intérieur. On a vu dans la *Revue* de samedi dernier par quelle série d'essais successifs, et comme déduits en quelque sorte les uns des autres, M. le docteur Deleau a été conduit à donner une grande extension à cette médication. On va voir maintenant, dans un ordre de faits plus restreints, et qui nous ramènent au point de départ des expériences, les effets de la médication étudiés non-seulement comme résultat thérapeutique, mais encore comme fait physiologique. C'est à M. le docteur Méran, de Bordeaux, que nous allons emprunter ces faits :

M. Méran a employé le perchlorure de fer à l'intérieur, particulièrement dans des cas d'hémorrhagie utérine. Voici les faits qu'il a constatés, et qui sont rapportés dans l'*Union médicale de la Gironde* :

I. Une femme de trente-huit ans, d'une constitution débilitée, abondamment menstruée, et ayant une leucorrhée habituelle, après un retard de près d'un mois et quelques accidents gastralgiques semblables à ceux qu'elle avait déjà ressentis vers le commencement de ses précédentes grossesses, fut prise d'une perte très-abondante accompagnée de coliques et de maux de reins. Le repos, le laudanum à l'intérieur, une tisane astringente au cachou, diminuèrent rapidement la perte, et pendant trois jours il y eut seulement quelques coliques très-légères, accompagnant par intervalles l'expulsion des caillots. Mais ayant voulu quitter le lit à cette époque, il y eut aussitôt expulsion de caillots très-volumineux et en grand nombre. M. Méran se proposa, dès lors, non plus de modérer seulement, mais d'arrêter complétement la perte. Il prescrivit en conséquence 20 gouttes de perchlorure de fer liquide dans 100 grammes de véhicule, à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Dès les premières cuillerées il n'y avait plus ni caillots ni suintement sanguin.

Une seconde potion fut administrée le jour suivant, puis une tisane de riz et de cachou, quelques boissons amères; plus tard, des pilules ferrugineuses achevèrent de restaurer les forces et de ramener la santé.

II. Une femme de vingt-huit à trente ans, d'une constituti[on] également chétive, mais régulièrement menstruée, à la suite d'[un] retard dans l'apparition des règles, les vit survenir un jour av[ec] une abondance inaccoutumée. Elles duraient depuis deux jou[rs] lorsque M. Méran vit la malade dans un état de prostration, [de] faiblesse extrême, en proie à des syncopes incomplètes, que s[é]paraient des instants d'exaltation cérébrale qui atteignaient ju[s]qu'au délire. La perte continuait malgré l'application de co[m]presses froides sur le ventre. Il prescrivit une potion de 120 g[r.] contenant 40 gouttes de perchlorure de fer liquide, à prend[re] par cuillerées à bouche d'heure en heure jusqu'à cessation [de] l'hémorrhagie; bouillon et vin dans les intervalles.

Le sang s'était arrêté peu de temps après les premières prise[s]; le pouls, à peine perceptible et filiforme la veille, était deve[nu] fort et comme pléthorique, circonstance qui aurait pu faire crai[n]dre le retour de l'hémorrhagie, et qui s'était déjà présentée ch[ez] le sujet de la première observation après l'emploi du perchlor[ure] et la cessation de l'écoulement sanguin. L'excitation nerveuse cérébrale était très-grande, et convaincu qu'elle dépendait su[r]tout de l'épuisement de la malade, M. Méran prescrivit, malg[ré] la fièvre, des potages, du vin et de la viande, continuant l'a[d]ministration du perchlorure de fer. — Une sorte de périodic[ité] dans quelques-uns des accidents nerveux observés chez cette m[a]lade obligèrent à administrer plus tard des préparations de qu[in]quina, et tout traitement fut cessé vers le septième jour.

III. Une jeune fille de vingt ans, d'une bonne santé, menstru[ée] régulièrement et très-abondamment, est prise, à la suite d'un [re]tard, d'une hémorrhagie par caillots volumineux. On avait d[éjà] employé sans résultat l'ergotine de Bonjean, l'extrait de ratanhi[a], les boissons froides et les compresses d'eau fraîche sur l'hyp[o]gastre, lorsque M. Méran fut appelé douze à quinze heures apr[ès] le commencement de l'écoulement sanguin. Le pouls était fi[li]forme, la malade menacée de syncope; les caillots continuaie[nt] à être expulsés à cinq, dix, quinze minutes d'intervalle. — Tam[]ponnement vaginal avec des bourdonnets de ouate saupoudrés d[e] colophane et d'alun calciné; potion de perchlorure de fe[r] (30 gouttes) par cuillerées, à demi-heure d'intervalle.

La nuit se passe sans syncope ni signe d'hémorrhagie.

Le matin du jour suivant, le pouls est devenu pléthorique e[t] fréquent (plus de 100 pulsations), la face est animée, les yeux brillants. Point de colique ni de suintement au travers des bour[]donnets placés dans le vagin. — Malgré la réaction fébrile, on conseille des potages, du vin, et la continuation de la potion au perchlorure de fer.

Le tampon fut enlevé vingt-quatre heures après son application : il n'y avait pas le moindre caillot à la suite, preuve que la cessation de l'hémorrhagie avait au moins coïncidé avec l'administration des premières doses de perchlorure.

IV. Jeune femme de dix-huit ans, constitution délicate, sujette à des flueurs blanches et à des migraines avec accidents gastralgiques; menstruation régulière, mais difficile. Après un retard de trois semaines, retour des règles avec coliques très-vives, maux de reins. Emploi des opiacés en potion, en lavements et en topiques hypogastriques, ayant modéré seulement, mais non fait cesser la perte. Quoique la quantité de sang perdue soit peu considérable, la malade est très-faible et a quelques défaillances; le pouls est petit, mou, fréquent; il y a des exacerbations fébriles irrégulières, principalement le soir. Potion avec 20 gouttes de perchlorure à doses rapprochées, et sulfate de quinine, 15 décigrammes, dans du café, à prendre en cinq doses en trente-six heures, pour prévenir le retour des exacerbations fébriles. La perte cessa complétement, et aucun accident nouveau ne vint enrayer la marche vers la guérison, qu'accéléra l'emploi d'un régime fortifiant, de boissons amères, de pilules de fer et de quinquina.

— M. Méran pense qu'il était permis d'admettre, sans pouvoir l'affirmer cependant, qu'il y avait eu commencement de grossesse et hémorrhagie avec avortement chez ces quatre malades. Dans une cinquième observation, dont nous croyons inutile de reproduire ici les détails, où il y avait grossesse certaine et avortement au quatrième mois, suivi quelque temps après de petites pertes réitérées, qui amenèrent graduellement une déperdition sensible des forces, M. Méran a eu recours avec le même avantage à l'administration intérieure du perchlorure de fer, dont les premières doses firent cesser complétement l'exsudation sanguine.

M. Méran a constaté dans ces cinq cas un phénomène qui l'a

frappé par son désaccord avec les premières idées qu'il s'était faites sur l'action du perchlorure de fer : c'est l'ampleur, la plénitude du pouls qui s'est montrée dès les premières doses du sel ferrique. Au lieu d'attribuer ce fait à la cessation de l'hémorrhagie, il est plutôt disposé à croire à une action spéciale du médicament, qui consisterait, par exemple, à déterminer dans les capillaires une astriction qui en rétrécirait momentanément le calibre : d'où il résulterait que les canaux artériels ne pourraient plus à chaque impulsion cardiaque se désemplir dans le réseau capillaire ainsi amoindri dans sa capacité. Quoi qu'il en soit de cette théorie, cette plénitude du pouls après l'administration du perchlorure est un fait dont il est d'autant plus utile d'être prévenu, qu'il pourrait en imposer pour une véritable fièvre, méprise que M. Méran avoue n'avoir peut-être pas évitée lui-même lorsqu'il a donné des préparations de quinquina à quelques-unes de ses malades.

Enfin, M. Méran signale encore les observations de deux malades chez lesquels le perchlorure de fer liquide, employé seul pour un érysipèle de la face, a coïncidé avec l'arrêt de la maladie, et deux fois, chez un phthisique, a brusquement fait cesser un crachement de sang.

Des faits que nous venons de résumer ressort la preuve de l'efficacité du perchlorure de fer pour enrayer les hémorrhagies. Mais on a vu déjà par quelques-uns des faits rapportés dans les précédentes *Revues*, que l'administration intérieure de ce précieux agent médicamenteux était susceptible d'autres applications thérapeutiques. Nous rapporterons quelques exemples nouveaux dans la *Revue* prochaine.

Altération singulière du système vasculaire du membre thoracique (anévrysme artérioso-veineux?) sans cause traumatique connue ou appréciable.

Notre savant confrère M. le docteur Delasiauve nous communique le fait suivant, qu'il a eu tout récemment l'occasion de constater incidemment en allant à la campagne visiter un malade; c'est un exemple d'une lésion assez singulière du système vasculaire chez une personne parfaitement saine d'ailleurs. Voici, d'après M. Delasiauve, ce que l'on observe chez cette personne. Nous le laissons parler lui-même.

Les doigts, le dos de la main et l'avant-bras jusqu'au coude du côté droit sont le siége d'un développement variqueux considérable. En outre, le médius, à demi-fléchi, privé de son extension complète, est notablement hypertrophié. Une fois, il y a bien des années, la main a été écrasée; une autre fois elle fut mordue par un chien; les plaies eurent quelque gravité. Mais ces lésions, si elles ont pu ajouter à la dilatation veineuse, ne l'ont pas produite : elle existait auparavant.

Quelle est la cause d'une telle infirmité? Dans le point où l'on tâte le pouls, l'artère radiale présente des battements forts et tumultueux. A gauche, l'irrégularité est à peu près égale, mais le choc artériel est beaucoup moins saillant. La source de la perturbation rhythmique est dans le cœur lui-même, dont le mouvement systolaire chancelle ou avorte toutes les trois, quatre, cinq ou six pulsations.

Reste toutefois à expliquer et l'intensité vibratoire du pouls droit et la formation des varices. Voici qui en rend raison peut-être. Si on appuie l'oreille sur l'endroit où le doigt sent l'impulsion anormalement exagérée de l'artère, on est tout étonné d'y percevoir un bruit de souffle très-marqué et nuancé par intervalles d'une résonnance assez analogue au bourdonnement d'une mouche, bruit qui semble coïncider avec les contractions du vaisseau.

Il n'y a, d'ailleurs, aucune trace d'induration, ni de gonflement, ni de cicatrice.

Une altération simple de l'artère pourrait-elle produire ces divers symptômes? Le fait n'est pas probable. Il y aurait lieu d'incliner plutôt vers l'idée d'une communication artérioso-veineuse. Le bruit de souffle serait dû, comme en pareil cas, au passage du sang dans l'orifice pathologique, en même temps que l'afflux direct de ce liquide dans le réseau veineux contribuerait à entretenir la distension variqueuse.

Il paraît que cette opinion aurait été celle d'un chirurgien célèbre appelé pour remédier à l'une des blessures éprouvées par le malade. En proposant, du moins, la ligature de l'artère qui fut refusée, son but évidemment était, en interceptant le cours du sang d'un ordre de vaisseaux à l'autre, de remédier à la gêne de la circulation veineuse et par suite à ses conséquences.

Pareils cas sont rares, surtout en l'absence de lésions traumatiques; et, bien que celui-ci ne menace point la vie, et que, sous ce rapport, le péril ne corresponde pas à l'importance de l'opération, l'obstacle apporté à l'exercice du membre est assez étendu pour susciter un vif désir d'en être délivré.

OBSERVATION DE DIAPHRAGMODYNIE.

Par M. le docteur Hiard, de Mugron.

La femme F..., âgée de vingt-huit ans, tempérament sanguin, sujette à des douleurs rhumatismales, étant à piocher sa vigne, fut prise tout à coup, et en pleine santé des symptômes suivants : suffocation imminente, constriction vers les parties correspondantes aux attaches du diaphragme, douleur sous-sternale, respiration haute et à peine sensible; par moments, efforts d'inspiration avec soupirs provoquant l'émission d'un son guttural imitant le hoquet. Par plusieurs reprises, malgré une saignée faite *illico*, suspension complète des sens. Puis, cessation absolue, pendant trois ou quatre minutes, de toute respiration. On dirait pendant ce temps que la malade est morte, si malgré l'absence complète du bruit respiratoire et des mouvements du thorax, elle ne conservait, du reste, un pouls fréquent et assez élevé; si encore, au milieu de ce désordre, sa figure et ses lèvres ne conservaient pas à peu près leur fraîcheur normale. Après la saignée, un bain de pieds aussi chaud que possible prolongé pendant plus d'une demi-heure à la même température, dissipa tous les accidents, et la malade avait dès le lendemain repris une partie de ses habitudes.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, ce sont ces pertes de connaissance et cette cessation de la respiration, avec un bon pouls et une figure naturelle. Comment n'y avait-il pas de symptômes d'asphyxie? Peut-il y avoir chez l'homme un état de la circulation tel, que le sang artériel en passant par les veines, conservât pendant un temps ses qualités artérielles et n'amenât pas par conséquent l'asphyxie? Cette hypothèse est la seule qui puisse m'expliquer les pertes de connaissance avec perte absolue de la respiration, dont j'ai été témoin dans ce cas de diaphragmodynie. La question que je soulève ici me semble donc mériter un sérieux examen.

MÉMOIRE

sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux et sur l'appareil ligamenteux qui leur succède.

Par M. le docteur Charles Robin, membre de l'Académie.

Sous ce titre, M. Ch. Robin a présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 17 août, un travail accompagné de planches, dont il expose ainsi les données principales.

I. — *De la rétraction des vaisseaux ombilicaux.*

Tous les anatomistes décrivent les artères et la veine ombilicale comme se convertissant après la naissance en autant de cordons fibreux convergeant vers l'ombilic. M. Cruveilhier seul signale que ceux des artères sont tantôt réguliers, tantôt subdivisés en faisceaux irréguliers qu'il est difficile de rapporter à leur véritable origine, et que l'ouraque envoie parfois chez l'adulte une branche à l'artère ombilicale gauche. Or, c'est à peine si on trouve 1 fois sur 40 la disposition qui est indiquée comme habituelle. Ce cas est une anomalie tenant à ce que les actes physiologiques que je vais décrire n'ont pas eu lieu par exception.

Il se passe en effet, après la chute du cordon, un phénomène qui porte sur les artères, sur la veine ombilicale, ainsi que sur l'ouraque, et dont la connaissance domine l'interprétation des dispositions anatomiques qui lui succèdent.

Ce phénomène est la rétraction des conduits qui aboutissent à l'ombilic après que la portion extra-abdominale, ayant cessé de vivre, s'est détachée de la portion intra-abdominale, au niveau même de l'anneau ombilical. Elle s'opère de haut en bas pour les deux artères et le cordon de l'ouraque, de bas en haut pour la veine. Cette rétraction est telle que le bout des artères primitivement engagé dans l'ombilic, et décrit comme y restant attaché, se voit plus tard sur les côtés de la vessie, plus haut ou plus bas que son sommet, au-dessous, au-dessus ou au niveau de l'arcade pubienne, à une distance de l'ombilic qui varie, suivant les sujets et suivant les âges, de 5 à 14 centimètres.

Parmi les nombreux auteurs que j'ai consultés, le seul qui ait observé quelques-uns de ces faits chez les jeunes enfants est M. Lorain. Sa remarquable thèse, que son importance a fait passer entre les mains de tous les savants, renferme en effet les passages suivants, qui semblent se rapporter surtout aux artères, et qui ont passé inaperçus, ce semble, jusqu'à présent : « Bientôt on les voit (les vaisseaux ombilicaux) se détacher par une sorte d'ulcération de cet anneau fibreux, puis ils descendent et glissent dans leur gaîne, qui seule les maintiendra désormais en rapport avec l'anneau ombilical. Leur extrémité déchirée se roule en forme de tube effilé fermé à la lampe. Ainsi clos, absolument bouché par des caillots qui deviennent de plus en plus denses, petits, filiformes, et dont ils suivent la rétraction, ils finissent par devenir des ligaments incapables de donner passage au sang. Ce n'est guère qu'au bout de quinze jours ou de trois semaines que les vaisseaux abandonnent ainsi l'anneau ombilical, quelquefois plus tard; mais toute trace du travail réparateur n'a absolument disparu qu'au bout de douze ou quinze mois. » (Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*. Paris, 1855, in-4°, p. 62, 63.)

En examinant la veine ombilicale, on voit que son extrémité se trouve dans le ligament péritonéal dit suspenseur du foie, à une distance de l'ombilic qui varie de 3 à 10 centimètres chez l'adulte.

La rétraction commence de cinq à dix jours, quelquefois vingt jours, après la chute du cordon; elle est généralement terminée à la fin de la première année de la vie; mais il n'est pas rare de trouver les artères au niveau du sommet de la vessie dès la fin du deuxième mois. La valeur de ces dates n'est valable qu'à quelques jours près, car je n'ai pu étudier que les sujets apportés à l'Ecole pratique; mais j'ai observé toutes les phases du phénomène depuis 5 millimètres de rétraction jusqu'à 1, 2, 3, 4, 5 centimètres successivement et au delà.

La rétraction s'opère avant que le bout des artères et de la veine soit cicatrisé et le canal des vaisseaux oblitéré. Les lèvres de l'extrémité de ces conduits sont rapprochées l'une de l'autre, de sorte que le bout des vaisseaux en voie de rétraction est mousse, sans rétrécissement ni renflement notables. Les artères surtout (et la veine également, mais moins) sont contractées de manière à rendre leur canal filiforme. On y trouve le plus souvent un peu de sang tant que la cicatrisation n'est pas opérée, ainsi qu'un petit caillot effilé aux deux bouts, près de l'extrémité coupée du vaisseau; caillot qui devient gris, noirâtre, bleuâtre, à mesure qu'il s'atrophie.

La cicatrisation oblitérante du bout de la veine est achevée avant la fin du premier mois, et même parfois au bout de quinze jours ou de trois semaines. Celle des artères lui est postérieure de huit à dix jours environ. Tant qu'elle n'est pas opérée, un fin stylet distend les vaisseaux contractés et passe sans peine dans la gaîne celluleuse ou adventice des artères et de la veine, tunique adventice encore perméable, et dont les parois sont simplement rapprochées sans soudure. Ce n'est qu'après cette cicatrisation suivie de l'oblitération graduelle du canal vasculaire de haut en bas pour les artères, de bas en haut pour la veine, que le bout des vaisseaux devient peu à peu conique, effilé.

La rétraction porte sur les tuniques moyenne et interne des vaisseaux, et non sur la tunique adventice, qui reste adhérente à l'ombilic et perméable pendant quelque temps.

Au commencement de la rétraction, du sang s'épanche dans la cavité de cette gaîne par le bout rétracté et non encore oblitéré des vaisseaux; il remplit plus ou moins cette gaîne et empiète même un peu sur l'extrémité des artères. On trouve la fibrine et les globules de ce sang à leurs diverses phases de résorption, selon la date de leur naissance. On trouve aussi de très-bonne heure de la matière colorante du sang à l'état de granulations microscopiques, et des granules graisseux qui sont interposés aux fibres de la face interne de cette tunique et la colorent. Au bout des artères se voient ainsi deux cordons mous colorés en rouge brun, en noir brun ou violacé gagnant l'ombilic en convergeant vers lui. Quelquefois ces deux cordons se réunissent sur la ligne médiane avant d'atteindre l'ombilic, et de leur point de réunion, un seul cordon mou, coloré comme les deux autres, long de 1 à 3 centimètres, plus ou moins, remonte sur la ligne médiane jusqu'à l'anneau ombilical.

A l'âge d'un an et plus, on trouve encore chez quelques sujets le mince ligament que forme la tunique adventice de la veine, et surtout des artères, encore coloré en noir bleuâtre ou brunâtre par de la matière colorante du sang interposée à ses fibres, et encore accompagnée ou non de granules graisseux.

Dans quelques cas évidemment morbides, mais sur lesquels les détails cliniques me manquent, on trouve dans la gaîne celluleuse des enfants de douze à vingt-cinq jours, immédiatement au-dessus du bout de l'artère rétractée :

1° Soit un caillot mou, gelée de groseille, rendant parfois la celluleuse distendue plus grosse que l'artère rétractée;

2° Soit un caillot diffluent, à cet état particulier d'altération de la fibrine et des globules rouges, dit à tort fonte purulente (v. *Chimie anatomique*. Paris, 1853, t. III, p. 263);

3° Soit du pus véritable.

Le bout du cordon fibreux qui succède à l'ouraque, suit dans sa rétraction les phases de celle du bout des artères. Il reste ordinairement en connexion directe ou indirecte par des filaments fibreux avec les artères; mais, fait curieux, avec le bout de la veine plus souvent encore. Parfois il se rétracte seul, sans conserver de relations avec le bout des vaisseaux ni avec l'ombilic.

II. — *État des vaisseaux après leur rétraction.*

Nous avons déjà dit où se trouve le bout des artères après leur rétraction. Cette sorte de moignon artériel forme sous le péritoine qu'il soulève un peu un cordon gris jaunâtre, terminé en pointe mousse ou légèrement effilée. Il offre à peine chez l'adulte le volume qu'avaient les artères non encore rétractées après la ligature du cordon ombilical. Au centre de ce moignon se voit un filament dur, ferme, jaunâtre, de couleur graisseuse ou rougeâtre, que l'on peut disséquer depuis le point perméable des artères ombilicales jusqu'au bout de leur moignon. Il est formé par les fibres élastiques de la tunique jaune des artères, encore très-reconnaissables au microscope. C'est l'artère proprement dite, revenue sur elle-même, oblitérée, réduite à l'état de filament solide, épais de 1/4 à 1/2 millimètre, quelquefois 1 millimètre. Le reste du moignon artériel, c'est-à-dire la plus grande partie de sa masse, est formé des éléments de la tunique adventice des artères dont il offre la texture; il est fibreux, plus mou que le cordon central, et de couleur grisâtre.

Le bout du cordon fibreux que forme la veine ombilicale, oblitérée et rétractée, se voit dans le ligament suspenseur du foie, à plusieurs centimètres de l'ombilic, et ce n'est pas lui non plus qui aboutit à cet anneau.

Le bout de ce moignon veineux est généralement conique, à pointe mousse. Le cordon fibreux que forme la veine, dont les faces internes se sont soudées après son aplatissement (ce dont on peut suivre les phases chez les jeunes enfants), se déchire dans le sens longitudinal, bien qu'il offre une texture fibreuse assez serrée. Il est formé de fibres lamineuses fines, onduleuses, se dissociant en nappes, plutôt qu'en faisceaux, accompagnées d'un petit nombre de fibres élastiques et de capillaires assez nombreux.

Chez l'adulte, depuis sa continuation avec la veine-porte jusqu'à 3 ou 4 centimètres du bout de son moignon, la veine ombilicale reste perméable; son canal va en se rétrécissant peu à peu, tandis que, au contraire, la paroi fibreuse, d'un gris-blanchâtre, à texture fine et serrée, va en augmentant peu à peu d'épaisseur. Son extrémité seule, dans une longueur de 3 à 4 centimètres, ou un peu plus, est tout à fait pleine.

Le bout du cordon fibreux, succédant à l'ouraque, se retrouve plus ou moins aminci au-dessus de son pédicule conique de configurations, régulières, mais variées, qui surmonte le sommet de la vessie. Il est également séparé de l'ombilic par une distance de plusieurs centimètres. Sur 45 dissections dont j'ai tenu note, je n'ai trouvé qu'une fois la disposition décrite comme normale chez l'adulte (par hypothèse sans doute d'après ce qu'on voit chez l'embryon), c'est-à-dire les deux artères ombilicales circonscrivant un espace angulaire, dont le sommet répond à l'ombilic, et divisé en deux moitiés symétriques par l'ouraque. De solides adhérences fibreuses fixaient aux côtés et au bas de l'anneau aponévrotique ombilical les moignons artériels (ayant la structure ci-dessus décrite), ainsi que le cordon fibreux ouracal. Mais la veine ombilicale ne surmontait point le sommet de cet angle; le bout de son moignon était rétracté et remonté à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. Le ligament, lui faisant suite, s'insérait sur les côtés de l'anneau ombilical, tandis que le bout commun du ligament ouracal et des artères oblitérées s'insérait au bas de l'anneau et sur ses côtés avec le ligament de la veine.

L'anatomie et la physiologie fourmillent d'omissions du genre de

celles que je viens de signaler, relatives soit à des phénomènes physiologiques, soit à des dispositions anatomiques telles que les précédentes et que celles dont je vais parler. Ce fait tient tant à l'absence de méthode, qui fait étudier la surface des choses sans en déterminer la nature intime ou les phases successives d'évolution suivant les âges, qu'à l'habitude de copier ce qui a été dit sans vérifier d'après des observations propres.

III. — *Du système ligamenteux qui établit une connexion des vaisseaux ombilicaux et de l'ouraque entre eux et avec l'ombilic.*

Aux tuniques adventices des artères et de la veine, qui convergeaient vers l'ombilic, succèdent autant de groupes de ligaments filamenteux, qui suivent d'une manière générale la même direction, mais qui sont bien plus riches en fibres élastiques que la tunique externe des artères et que celle des veines surtout.

Ces ligaments sont d'un blanc-jaunâtre mat, qui tranche sur la couleur nacrée des aponévroses et sur la couleur gris-blanc des moignons artériels et veineux. Ils prennent naissance à la surface de ceux-ci, sous forme de filaments aplatis qui rampent sur ces moignons dans une longueur de 2 à 4 centimètres, puis les dépassent et se dirigent au delà de leur bout jusqu'à l'ombilic. Ils sont formés aux 2/3 environ de fibres élastiques fréquemment anastomosées, qui leur donnent la teinte jaunâtre qui leur est propre. Le reste est formé de fibres lamineuses, sans capillaire aucun, ou n'en possédant que fort peu dans les plus gros filaments. Il faut avoir soin, du reste, dans la dissection de ce système ligamenteux, d'apprendre à en distinguer les longues artérioles et veinules qui marchent parallèlement à ses parties.

Quant à la disposition anatomique extérieure des parties de ce système, je n'ai pu trouver deux sujets chez lesquels elle fût identique. Tantôt ces ligaments sont relativement puissants, compliqués et nombreux, surtout chez les sujets vigoureux; alors ils offrent une extrême élégance dans leur distribution au-dessous de l'ombilic. D'autres fois, ils sont grêles et conformés d'une manière très-simple.

Au milieu de toutes ces variétés, on peut distinguer les dispositions suivantes comme les plus constantes.

Généralement, les ligaments faisant suite aux deux artères se réunissent en un tronc commun sur la ligne médiane ou un peu sur son côté, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic; ce tronc commun gagne le bord inférieur de l'anneau ombilical et s'y insère en s'épanouissant. Souvent une ou plusieurs branches grêles continuent en dehors des ligaments précédents la direction occupée jadis par les artères, et se rendent directement à l'ombilic, sur les côtés duquel elles s'insèrent. Toujours un faisceau plus ou moins volumineux (mais parfois très-petit) de l'un ou de l'autre de ces ligaments traverse l'anneau ombilical, s'insère à la peau, et la tient rétractée au fond de l'anneau en attirant ainsi dans cet orifice le tissu lamineux sous-cutané, qui à ce niveau est plus dense, plus tenace qu'ailleurs. D'autres filaments plus fins, au-dessous de l'ombilic, établissent des anastomoses entre les précédents. Chez les sujets vigoureux, plusieurs faisceaux s'éparpillent en travers ou de haut en bas; ils s'épanouissent en filaments anastomosés, forment d'élégantes aréoles qui adhèrent et s'intriquent avec les fibres de l'aponévrose postérieure de la gaîne des muscles sterno-pubiens.

Quelquefois un des ligaments faisant suite à l'artère gagne l'anneau ombilical en suivant exactement le trajet suivi par le vaisseau chez le fœtus, tandis que le ligament de l'autre côté croise obliquement la ligne médiane pour se jeter à angle obtus ou aigu sur le premier. Alors, tantôt des artérioles et des veinules seulement, avec des traînées de tissu adipeux, suivent jusqu'auprès de l'ombilic la direction que suivait jadis l'artère de ce côté; tantôt, en outre, ces parties sont accompagnées d'un faisceau ligamenteux très grêle partant du moignon artériel ou du faisceau principal oblique, mais sans croiser comme lui la ligne médiane.

Les ligaments qui font suite aux moignons artériels se rendent quelquefois, chacun de son côté, directement à l'ombilic, en suivant, sans se réunir sur la ligne médiane, la direction des artères ombilicales du fœtus. Cette disposition anatomique, qui rappelle le plus la disposition primitive de ces organes et qui semblerait devoir être la plus commune, est au contraire la plus rare, après le fait anormal de l'insertion à l'ombilic des artères non rétractées, mais oblitérées. Je l'ai trouvée une seule fois chez l'adulte et une fois chez un enfant d'un an.

Ces dispositions variées sont des plus élégantes chez les sujets où elles se rencontrent, et mériteraient une plus longue description, qu'on trouvera plus tard dans les *Mémoires de l'Académie*.

Le ligament fibreux qui fait suite à l'ouraque se perd quelquefois en s'effilant à la surface postérieure de la ligne blanche, sans avoir de relation avec les autres filaments. D'autres fois il monte en entier, subdivisé ou non, sur la ligne médiane, et se joint aux deux ligaments artériels à leur angle de réunion, plus bas que l'ombilic. D'autres fois il se jette latéralement sur l'un des deux ligaments artériels avant leur réunion sur la ligne médiane; mais alors une ou plusieurs de ses branches vont joindre le ligament qui fait suite à la veine ombilicale. Le plus souvent, enfin, il ne fait que communiquer par un ou deux minces filaments avec les ligaments des artères, et se continue, en cordon simple ou subdivisé, avec un ou deux faisceaux principaux du ligament de la veine ombilicale. Dans tous les cas il ne s'insère pas directement à l'anneau ombilical, et, lors même que les deux ligaments faisant suite aux moignons artériels vont directement à l'anneau, il s'unit à eux avant de prendre ses insertions.

Le ligament qui est au bout de la veine ombilicale se subdivise souvent en deux faisceaux qui passent derrière ou sur les côtés de l'anneau ombilical sans lui adhérer, et vont se joindre aux ligaments ou à leurs subdivisions faisant suite aux artères si l'ouraque est sans connexions avec ceux-là, ou se joint à eux après un court trajet. Ordinairement ils vont se continuer directement avec le cordon ouracal entier, ou avec ses branches s'il est divisé. Si le ligament inséré au moignon de la veine ombilicale est subdivisé en plus de deux filaments, il en est qui vont se jeter sur les ligaments artériels, ou encore on en voit un ou deux aller s'insérer en s'épanouissant sur les côtés de l'anneau ombilical, mais non au-dessous. Dans tous les cas, c'est surtout avec le ligament ouracal, et secondairement avec ceux des artères vers leur insertion, que sont en connexion dans l'appareil ligamenteux ombilical les cordons fibreux et élastique qui font suite au moignon de la veine.

Ce système ligamenteux joue avec le *fascia umbilicalis*, dont il sera question plus loin, un rôle important dans la conformation et les qualités de résistance des parois abdominales antérieures.

La description des diverses phases du développement de ce système ligamenteux, et celle de plusieurs points de son anatomie, ne peut être comprise sans l'examen des pièces anatomiques ou des dessins qui les représentent.

Je me bornerai donc à signaler que, dès le commencement de la rétraction des vaisseaux, on trouve des filaments fibreux qui se développent sur les côtés des gaînes vasculaires, et établissent des connexions entre elles et l'ouraque. A mesure que l'ombilic s'écarte du pubis, le point commun d'adhérence des artères à cet anneau s'en détache ordinairement, se trouve reporté au-dessous de lui, et la cicatrice ligamenteuse commune, tiraillée de plus en plus, s'allonge sur la ligne médiane en un seul ligament pour les deux ligaments artériels. En même temps, le bout du cordon fibreux de l'ouraque se détache de l'ombilic, tantôt tout à fait, tantôt en offrant à son extrémité quelque filament adhérent à l'insertion supérieure des ligaments artériels. Les ligaments qui succèdent à la gaîne externe de la veine suivent dans leur évolution des phases analogues à celles de l'ouraque, de même que leurs dispositions anatomiques semblent manifestement solidaires.

On peut constater aussi que les fibres élastiques augmentent de quantité dans les ligaments avec l'âge. Dès l'âge de quatre ou cinq ans, on trouve déjà chez quelques enfants des faisceaux qui des ligaments principaux se portent à la face postérieure de la gaîne des muscles sterno-pubiens.

IV. — *Vaisseaux, tissu adipeux, replis péritonéaux et feuillets aponévrotiques de l'appareil ligamenteux de l'ombilic.*

De longues artérioles et les veines correspondantes sous-péritonéales s'élèvent de la vessie vers l'ombilic; d'autres plus nombreuses se dirigent des côtés des moignons artériels vers l'ombilic, en suivant la direction qu'avait l'artère ombilicale chez le fœtus. Ils s'inosculent avec des vaisseaux analogues qui suivent les ligaments faisant suite au moignon de la veine ombilicale; ils leur adhèrent même assez fortement. Ces vaisseaux envoient dans le ligament suspenseur des branches qui se perdent entre le péritoine et la gaîne du grand droit. Au-dessus et au-dessous de l'ombilic, ils reçoivent des branches de communication d'abord sous-péritonéales venant de l'artère et de la veine épigastriques, et qui traversent des orifices spéciaux de la gaîne aponévrotique sterno-pubienne.

Les vaisseaux avec les ligaments convergeant plus ou moins directement vers l'ombilic, sont accompagnés de tissu adipeux en quantité variable suivant les sujets. Souvent on ne voit bien les ligaments qu'après avoir disséqué et enlevé avec précaution la graisse et les vaisseaux qui soulèvent plus ou moins le péritoine, tant au-dessus qu'au-dessous de l'ombilic, en donnant lieu à des dispositions anatomiques variées.

Le feuillet aponévrotique appelé *fascia umbilicalis* par M. Richet, est un organe qui se trouve plus ou moins développé chez la moitié environ des sujets que l'on dissèque. Je l'ai trouvé chez des enfants de quatre ans. C'est un organe dont l'existence se rapporte spécialement à celle de l'appareil précédent. Il s'insère sur la gaîne des muscles sterno-pubiens d'un côté, passe derrière la ligne blanche pour gagner la gaîne musculaire du côté opposé. Dans le canal qu'il limite en arrière, au-dessus de l'ombilic, passent verticalement le ligament qui fait suite au moignon de la veine ombilicale, les vaisseaux et la graisse qui l'accompagnent. Il les tient appliqués contre la ligne blanche. Tantôt il est réduit à une hauteur de 2 ou 3 centimètres, et ne descend pas jusqu'à l'ombilic, dont son bord inférieur reste éloigné de un ou plusieurs centimètres. D'autres fois il descend au niveau (ou même à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic), qu'il recouvre alors, ainsi que les ligaments. D'autres faisceaux aponévrotiques analogues se détachent du bord inférieur ou sont tout à fait séparés de l'aponévrose précédente, ils sont moins puissants qu'elle et offrent des dispositions peu régulières; leur existence n'est pas habituelle, et ils s'insèrent bien plus bas que l'ombilic. On les trouve surtout lorsque les ligaments n'offrent pas de faisceaux ou d'épanouissements latéraux qui les attachent à la gaîne des muscles droits. Lorsque le *fascia umbilicalis* n'existe pas, même dans sa portion sus-ombilicale, le ligament suspenseur du foie est tout à fait flottant. C'est alors que la graisse soulève le péritoine et donne à toutes ces parties des conformations diverses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 août 1858. — Présidence de M. DEGUISE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Joseph Leroy, demeurant à Paris, a écrit à la Société pour lui proposer de constater les effets d'un remède secret. Le bureau pense qu'il n'y a pas lieu de donner lecture de cette lettre.

— M. le docteur Pereira de Carvalho annonce à la Société l'envoi d'une série de documents relatifs au traitement des rétrécissements organiques du rectum.

— M. BROCA fait hommage à la Société d'un exemplaire de l'ouvrage de M. Hermann Friedberg, de Berlin, intitulé : *Pathologie and Therapie der Muskellähmung* (*Pathologie et thérapeutique de la paralysie musculaire.*)

— M. LARREY ayant présenté, dans le courant de mai, une jambe momifiée qui s'était détachée spontanément au-dessous du genou chez une femme, complète l'observation de cette malade, d'après une lettre récente de son médecin, M. le docteur Larbès, ex-chirurgien militaire. Voici l'extrait de la lettre :

« J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que la pauvre femme à laquelle vous vous êtes intéressé jouit d'une parfaite santé; que depuis trois semaines elle se sert d'une jambe de bois, et que chaque jour elle recouvre de plus en plus ses forces et la sûreté des mouvements de ce côté.

» C'est la jambe de bois des pauvres que j'ai employée ici comme moyen prothétique; elle convenait à la fois à la position pécuniaire de ma blessée et à son moignon.

» La guérison de ce cas remarquable est aujourd'hui un fait accompli pour la science. Il est à enregistrer, tant sous le rapport de l'étendue des désordres et la momification qui en a été le résultat, que pour la guérison qui s'en est suivie. Cette observation enfin est de nature à inspirer la plus grande circonspection quant à l'amputation préventive. »

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente une tumeur dont il a fait l'ablation quelques heures avant la séance d'aujourd'hui.

Située à quatre travers de doigt au-dessus du pli de l'aine gauche, dont les ganglions ne sont point engorgés, la tumeur s'élevait sur la surface des parois abdominales à la manière d'une corne volumineuse tronquée, ou d'une espèce de rostrum à concavité dirigée en bas.

Depuis vingt ans la malade portait, dans le point où siége la tumeur, une petite saillie ayant quelque analogie d'aspect avec le tissu de la kéloïde; mais c'est seulement depuis six mois que la nouvelle tumeur s'est développée au contact de la saillie primitive et sans la faire disparaître entièrement. Il y a donc entre la tumeur ancienne et la nouvelle une sorte d'indépendance, bien qu'elles soient dans un contact réel.

Lorsque dans le but de savoir quel est le genre de connexion de la tumeur avec la paroi abdominale, on saisit la base de cette tumeur avec les doigts, de manière à la circonscrire par pincement et à lui faire éprouver des mouvements de va-et-vient, on reconnaît qu'elle se prolonge dans l'épaisseur de la paroi du ventre, et que si on voulait tenter son éradication complète, on pénétrerait infailliblement dans le péritoine. Et cependant il fallait agir, sous peine de voir la malade périr d'hémorrhagie. Elle avait été envoyée d'urgence à l'hôpital par le docteur Guillemeau. Il suffisait d'enlever le linge qui recouvrait la tumeur, pour qu'une hémorrhagie abondante se déclarât sur-le-champ. Depuis plusieurs jours l'état de la malade inspirait de vives inquiétudes. Ni l'incision, qui pouvait faire pénétrer dans le péritoine, ni la cautérisation, dont les effets auraient été trop lents, ne pouvaient convenir.

La tumeur fut serrée à sa base avec la chaîne d'un écraseur et séparée tout d'un trait sans effusion de sang. Puis dix à douze cautères, chauffés à blanc, furent éteints sur la surface de séparation. Nous avons encore eu, dans cette circonstance, à constater le peu d'efficacité des cautères ordinaires comme agents de destruction des tissus à une certaine profondeur, la première couche d'eschare faisant fonction de cuirasse protectrice pour les tissus sous-jacents. La tumeur me paraît être de nature cancéreuse, sans que je puisse indiquer à quelle catégorie de cancers elle appartient, l'examen microscopique n'ayant point été fait.

M. CLOQUET a vu avec M. Monod une tumeur semblable à celle qui vient d'être présentée. Il se demande s'il ne vaudrait pas mieux enlever cette tumeur à l'aide du bistouri, et réunir les deux bords de l'incision par une suture. Il pense que l'application de plusieurs cautères expose dans ces cas à dépasser le péritoine.

M. FOLLIN. Le fait dont nous nous occupons en ce moment est un type de tumeur fibro-plastique. A l'œil nu même, il est facile de reconnaître qu'elle ne ressemble pas au cancer. En la déprimant, on n'y imprime pas les doigts comme dans une tumeur cancéreuse; elle se déchire, et son aspect est celui du blanc-manger. Ces caractères différentiels prouvent que le cancer et le tissu fibro-plastique ne se distinguent pas seulement au point de vue histologique.

M. HUGUIER demande quelques explications sur le siége et sur la nature de la tumeur; il désire savoir pourquoi la cautérisation a été préférée à l'extirpation.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il n'a pas cru la tumeur assez superficielle pour ne point avoir à redouter de dépasser le péritoine en se servant du bistouri.

COMMUNICATION.

Du phlegmon de la bourse séreuse de l'angle de la mâchoire. — M. VERNEUIL. J'ai eu l'occasion de recevoir et de traiter dans un court espace de temps trois malades affectés de phlegmon du cou. Chez tous la tumeur offrait une telle identité de siége, de forme, d'étendue, que j'ai été conduit à la considérer comme une variété distincte méritant une description spéciale.

Le phlegmon, comme on le sait, envahit presque sans distinction les régions qui renferment du tissu cellulaire plus ou moins abondant. Cependant, lorsque dans un point donné, la collection purulente se présente plusieurs fois avec un siége, des rapports et des limites précises, on est porté à croire que la maladie s'est développée dans le même endroit et qu'il existe là une disposition anatomique normale ou du moins fréquente, susceptible de rendre compte de l'apparition et de la marche du mal.

Je fus frappé de trouver à ces trois phlegmons les caractères suivants, tellement identiques qu'une description unique suffit pour les trois cas :

Tumeur arrondie, volumineuse, étendue depuis la région parotidienne en haut jusqu'au voisinage du trou mentonnier en bas, se perdant en avant dans l'épaisseur de la joue, et atteignant en arrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Le point le plus saillant correspond à l'angle de la mâchoire, qu'on ne peut plus distinguer par le toucher. Le sillon ou la dépression qui sépare la région faciale inférieure de la région sous-hyoïdienne n'existe plus, il est remplacé par une saillie considérable.

Les mouvements d'écartement de la mâchoire sont très-gênés. La peau est rouge, luisante, tendue, douloureuse au toucher, surtout au centre. Le doigt introduit à la face interne des joues ne perçoit pas de fluctuation, et l'arcade alvéolaire paraît tout à fait saine. A l'intérieur la fluctuation est difficile à trouver, ou, pour parler plus exactement, elle n'existe que dans un point très-circonscrit, alors même que la tumeur possède un très-grand volume.

Lorsque l'on a ouvert l'abcès, le doigt ou la sonde cannelée pénètre dans un foyer plus ou moins profond, suivant l'embonpoint du sujet et la saillie de la tumeur. Ce foyer, assez circonscrit et qui ne fournit pas

autant de pus qu'on pourrait le supposer, répond exactement à l'angle externe du maxillaire et à la partie inférieure de la face externe de l'os. Il ne penche pas au-dessous de cet angle, c'est-à-dire dans la région sous-hyoïdienne. Le tissu osseux n'est pas dénudé. L'évacuation du pus amène un soulagement immédiat et la chute rapide de l'inflammation et du gonflement du voisinage. En deux jours tout au plus, la cicatrisation est presque achevée; elle ne laisse après elle aucune induration, seulement la cicatrice paraît pendant quelque temps adhérer à l'os, et la mobilité de la peau, si grande d'ordinaire à cet endroit, ne revient que tardivement. La bouche s'ouvre bientôt comme de coutume.

Comme tous les phlegmons légitimes, celui-ci s'accompagne de réaction générale, fièvre, douleurs vives, insomnie, soif, inappétence. Le pus présente le caractère phlegmoneux le mieux tranché.

En réfléchissant à ces faits et en les comparant, je suis arrivé à penser que ces phlegmons ont pour point de départ l'inflammation de la bourse séreuse de l'angle de la mâchoire. En effet, c'est précisément à ce niveau que le mal débute, c'est là qu'on sent la fluctuation dans un espace très-circonscrit d'abord. La division de la peau, à la vérité, souvent très-épaisse en ce point, suffit pour atteindre le foyer, dont le fond repose précisément sur le lieu occupé normalement par la bourse séreuse susdite. La tumeur présente maintenant les mêmes apparences que les phlegmons qui se développent autour des bourses séreuses du coude, du genou, des malléoles, de la paume de la main, etc. Enfin, la résolution est franche dès que le pus est évacué. La mobilité de la peau, lente à revenir, et l'adhérence de la cicatrice à l'angle de la mâchoire, viennent encore militer en faveur de mon hypothèse.

Les adénites aiguës, assez communes à la région du cou, diffèrent beaucoup des phlegmons que je viens de décrire. Leur développement est moins rapide, l'inflammation de voisinage moins intense. Elles siégent ou plus en haut et en arrière (adénite parotidienne), ou plus bas et plus en avant (adénite sous-maxillaire), ou plus profondément dans la région sus-hyoïdienne (adénite de l'angle de la mâchoire). Les douleurs et les phénomènes généraux sont rarement intenses, le pus moins louable. Le ganglion enflammé reste longtemps perceptible après l'évacuation du foyer. Enfin, ces adénites s'observent de coutume chez des sujets lymphatiques, et comme retentissement de la lésion préexistante d'une muqueuse ou de tout autre organe de la tête. Ce n'était pas le cas chez mes trois malades, dont voici la courte histoire.

1° Homme; quarante ans environ; convalescent d'un rhumatisme; entré, dans le service salle Saint-Jean, 15, avec une énorme tuméfaction du cou, dans laquelle je cherchai vainement la fluctuation pendant trois jours; incision sur la tumeur, pas de pus; soulagement temporaire; retour des douleurs; érysipèle partant des lèvres de l'incision. Un traitement convenable en arrêta les progrès assez vite. La tuméfaction persiste, une seconde incision est faite cette fois 2 centimètres plus bas que la première, juste au niveau de l'angle de la mâchoire, où la fluctuation était devenue manifeste, quoique peu étendue; pus phlegmoneux. Guérison très-rapide. Aucune lésion des muqueuses voisines, aucune cause traumatique antérieure.

Pendant ce temps était entrée à la salle Saint-Paul une fille de seize à dix-sept ans, d'une belle constitution, offrant à l'angle gauche de la mâchoire une tumeur en tout semblable à la précédente, avec les mêmes troubles fonctionnels, les mêmes phénomènes généraux, fluctuation dans un petit point correspondant à l'angle de la mâchoire. Ponction, évacuation d'un pus phlegmoneux. Sortie quatre jours après bien guérie. Aucun traumatisme, aucune lésion des muqueuses voisines. Nulle part trace d'engorgement ganglionnaire.

Un troisième malade, quarante-cinq ans, très-vigoureux, entrait vers la même époque salle Saint-Jean, n° 36. Douleurs, insomnie, fièvre depuis sept jours, tumeur très-volumineuse de l'angle droit de la mâchoire; point de causes connues, fluctuation très-circonscrite; incision; pus louable, en petite quantité. Soulagement immédiat; guérison en trois jours.

Ces observations sont littéralement calquées les unes sur les autres. Deux fois j'ai trouvé la fluctuation au même endroit; j'ai incisé, j'ai promptement guéri.

Dans le premier cas, j'ai temporisé, puis j'ai pratiqué *trop haut* une incision qui est restée en dehors du foyer purulent. Un érysipèle, qui aurait pu être grave, a été le seul résultat de cette opération. Quelques jours plus tard, instruit par les deux autres faits, j'ai cherché la fluctuation dans le lieu d'élection, et cette fois le bistouri a fait merveille.

J'en conclus donc que c'est directement à l'angle de la mâchoire qu'il faut chercher le foyer, c'est-à-dire à l'endroit correspondant à la bourse séreuse; c'est là qu'il faut porter l'incision évacuatrice. La fluctuation peut être difficile à trouver, à cause de l'épaisseur de la peau et du peu d'étendue de la collection au début; mais, en résumé, comme la région n'est pas périlleuse, on pourrait sans crainte y porter l'instrument, ne dût-il agir que comme moyen antiphlogistique.

En résumé, si je n'ai pas démontré d'une manière irréfragable l'hypothèse que je propose, j'ai établi au moins en sa faveur de fortes présomptions, et je crois d'ailleurs, au point de vue pratique, une indication qui, si je l'avais connue, aurait préservé mon premier malade d'hésitations qui ont prolongé ses douleurs, et qui même auraient pu avoir des suites plus graves.

M. FOLLIN. Les malades dont M. Verneuil vient d'entretenir la Société n'ayant reçu ni coups ni subi aucune violence, je ne vois pas dans la communication qui vient de nous être faite de raisons suffisantes pour admettre l'existence de l'inflammation d'une bourse séreuse. On sait, en effet, que les membranes de cette classe s'enflamment rarement d'une manière spontanée.

M. VERNEUIL reconnaît que les violences extérieures sont une cause fréquente de l'inflammation des bourses séreuses : aussi est ce seulement par exclusion qu'il s'est arrêté à l'opinion qu'il soumet à la Société. La coïncidence de trois malades affectés de la même maladie, dans la même région du corps, lui semble plaider en faveur de l'existence d'une cause anatomique spéciale.

M. LARREY, sans contester l'intérêt de la communication de M. Verneuil, ne pense pas cependant que l'on puisse assigner en général à la bourse muqueuse de l'angle de la mâchoire l'origine des abcès phlegmoneux circonscrits à cette région. Il ne croit pas non plus que cette cavité close soit comparable, par son siége même et ses rapports, à celle du coude ou du genou, qui d'ailleurs devient rarement le point de départ d'abcès péri-articulaires. Il a vu enfin bien souvent des phlegmons et des abcès du cou, presque aussi fréquents que les adénites dans l'armée, et offrant les formes les plus appréciables de délimitation sous-maxillaire, sans provenir de l'angle ni de la bourse dite muqueuse de la mâchoire.

Mais M. Larrey insiste sur l'opportunité de l'ouverture même prématurée du foyer phlegmoneux ou purulent, avec la précaution de le ponctionner d'abord, sans l'inciser, et de dilater la ponction avec un instrument mousse, tel que la sonde de femme, sauf à débrider secondairement l'ouverture pour mieux assurer l'écoulement du pus.

M. CLOQUET. Aux objections qui ont été faites à M. Verneuil, je peux en ajouter une qui a bien sa valeur : si les collections albumineuses sont fréquentes dans les bourses séreuses, la suppuration s'y montre très-rarement. Je profiterai de cette communication pour rappeler une pratique à laquelle j'attache de l'importance. Comme dans les tuméfactions qui ont leur siége sous la mâchoire inférieure, il est toujours difficile de reconnaître la fluctuation à cause de la résistance opposée par l'aponévrose qui existe entre le pus et le tissu cellulaire sous-cutané, qui est le siége d'un empâtement plus ou moins considérable, je fais une ponction avec la pointe d'un bistouri jusqu'à l'aponévrose, dans le point précis où la douleur s'est d'abord fait sentir; puis, introduisant une sonde cannelée par cette ouverture, je traverse l'aponévrose, et, si un peu de pus s'écoule, j'agrandis la plaie avec le bistouri. De cette manière, je suis moins exposé aux dangers qu'une grande incision fait courir lorsqu'on la pratique dans une région extrêmement vasculaire.

M. MOREL-LAVALLÉE aurait plus d'une objection à faire à M. Verneuil.

1° Il ne comprend pas pourquoi cette bourse séreuse sous-maxillaire aurait le privilége exclusif de s'enflammer spontanément, et, tant que l'autopsie n'aura pas démontré le point de départ de l'inflammation, il croit prudent de ne pas se prononcer.

2° Lorsque la maladie se développe sous les yeux du chirurgien, elle n'est point circonscrite et globuleuse comme si elle avait la bourse muqueuse pour point de départ; mais elle est de prime abord vague, étalée; c'est une sorte de gâteau, au lieu d'une tumeur petite et globuleuse.

3° Enfin, toutes les irritations de la tête aboutissent aux ganglions sous-maxillaires, et cette circonstance suffit à expliquer la présence de l'inflammation de ces ganglions et leur atmosphère celluleuse.

NOMINATION.

Votants, 22; majorité, 12.

Les votes se répartissent de la manière suivante :

MM. Depaul.	14 voix.
Blot.	5
Béraud.	1
Bauchet.	1
Fano.	1

M. Depaul, ayant eu la majorité des votes, est nommé membre titulaire de la Société.

— A quatre heures et demie, comité secret.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE.

Réponse à une note sur la suppuration bleue.

Nous recevons de M. Bergouhnioux, élève externe à l'hôpital des Cliniques, en ce moment à Vertaizon (Puy-de-Dôme), la lettre suivante, en date du 16 août, que nous insérons sur sa demande.

Monsieur le Rédacteur,

Eloigné de Paris depuis quelques jours, je lis aujourd'hui seulement la note sur la suppuration bleue, insérée par M. Delore dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 août. J'ai répété devant la Société de biologie (séance du 7 août) les expériences que j'essaye depuis cinq ans sur les colorations diverses de certains liquides organiques, normaux ou pathologiques, et en particulier sur la coloration verte de la suppuration bleue des auteurs; j'ai soumis des conclusions au jugement d'une commission choisie parmi les membres de cette Société; il ne m'est donc pas possible de défendre dès maintenant mon opinion en discutant celle d'autrui. Quand le rapport dont M. Gubler, avec une extrême bienveillance, a consenti à se charger, aura été publié, je m'empresserai de répondre aux personnes qui veulent bien s'occuper de mes recherches.

Agréez, etc.

C. BERGOUHNIOUX,
Elève externe à l'hôpital des Cliniques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets en date des 2 et 13 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs : MM. Andral et Trousseau;

Officier: M. Poiseuille;

Chevaliers : MM. Béclard, Beyran, Blanchet, Burgkly, Empis, Lasserre, Michéa, Ch. Robin, Saugerres, Sonrier; et Lapeyre, pharmacien-major de 2e classe.

— Par décret impérial du 10 août 1858, ont été nommés au grade de pharmacien de 3e classe de la marine, à la suite du concours ouvert à Rochefort, MM. Delteil et Cazalis.

— A la suite des examens de fin d'année, faits à l'Ecole préparatoire de Lyon, ont été proclamés lauréats :

PREMIÈRE ANNÉE. — 1er *prix*: M. Dubuisson-Christot, de Lyon; 2e *prix*, *ex æquo* : MM. Gaillard, de Lyon, et Perrin, de Beauregard (Ain).

DEUXIÈME ANNÉE. — 1er *prix* : M. Gignoux, de Lyon; 2e *prix*, *ex æquo* : MM. Ygonin et Hénon, de Lyon.

TROISIÈME ANNÉE. — *Prix unique* : M. Noack, de Leipsick (Saxe).

ÉLÈVES EN PHARMACIE. — *Prix unique* : M. Drivon, de Lyon.

— M. le docteur Bardinet vient d'être installé, en qualité de directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. Dans un discours écrit avec l'entraînante simplicité d'une conviction profonde, notre estimable confrère a montré les avantages que présentent des écoles préparatoires sur les Facultés, pour le début des études médicales. Nos lecteurs, dont aucun n'ignore les titres scientifiques et le passé si méritant de M. Bardinet, applaudiront avec nous au choix qui l'appelle à un poste où il faut que le caractère et le savoir soient à la même hauteur.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 99. — MARDI 24 AOUT 1858.

(31e ANNÉE.)

N° 99. — MARDI 24 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 AOUT 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La veille du jour où nous entendions à l'Académie de médecine l'intéressante communication de M. Bonnet, sur l'application des appareils de mouvement dans le traitement des difformités du thorax, le savant chirurgien de Lyon lisait à l'Académie des sciences un mémoire sur le redressement immédiat dans le traitement des tumeurs blanches ; et le lendemain il faisait mieux encore, il démontrait, par l'application sur des malades de la Clinique, les principes exposés la veille. Enfin, le même jour, il faisait une communication sur un sujet analogue à la Société de chirurgie. Ces diverses communications se rattachent toutes à un ensemble de vues et de principes qui forment tout un système fécond en nombreuses et utiles applications. Nous reproduisons plus bas textuellement la lecture que M. Bonnet a faite à l'Académie des sciences. Nous reprendrons incessamment l'ensemble de ces communications, pour en faire ressortir les faits et les principes nouveaux qu'elles ont pour objet d'introduire dans la science.

M. Jacubowitch, dont nous avons fait connaître l'année dernière les importants travaux sur le système nerveux, a présenté dans cette séance un nouveau mémoire complémentaire sur le même sujet, dans lequel il fait connaître une série de recherches comparatives qu'il a faites pendant son séjour à Paris. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des faits principaux qu'il y expose. — Dr Brochin.

DU REDRESSEMENT IMMÉDIAT,

et de la cautérisation sous le bandage amidonné dans le traitement des tumeurs blanches des articulations.

Par M. A. BONNET.

S'il est des tumeurs blanches dans lesquelles les os aient leur direction et leurs rapports normaux, il en est d'autres en grand nombre où les lésions articulaires coexistent avec des déviations et des luxations incomplètes. La prudence oblige quelquefois de respecter ces déformations ; mais souvent il importe de replacer les membres dans une bonne direction.

Lorsqu'un redressement est ainsi indiqué, deux méthodes sont en présence : celle du redressement immédiat par une opération ; celle du redressement lent et graduel par des machines.

Une expérience comparative très-étendue m'a démontré la supériorité de la première de ces méthodes. Depuis plus de vingt ans je l'ai appliquée aux arthrites aiguës. MM. Dieffenbach, Palasciano et Borelli l'ont étendue, avec des perfectionnements très-remarquables, aux ankyloses angulaires du genou.

J'en ai proclamé, il y a sept ans, la supériorité dans les coxalgies avec adhérences fibreuses. J'établis aujourd'hui que, dans toutes les difformités sans lésion organique ou coexistantes avec des tumeurs blanches rhumatismales ou scrofuleuses, en voie d'accroissement ou de résolution, le mode de redressement qu'on doit préférer est celui qui n'exige qu'une seule séance opératoire suivie d'une immobilisation prolongée pendant plusieurs semaines.

Voici les règles dont j'ai reconnu l'utilité par une expérience qui porte au moins sur deux cents cas, parmi lesquels j'estime à soixante environ les opérations faites sur des tumeurs blanches du pied, du genou, du coude et de la hanche.

1° Et d'abord il faut bien se rendre compte du but qu'on se propose. Ce but est facile à saisir, si l'on a affaire à un genou fléchi, à un pied renversé en dedans ou en dehors ; il est plus obscur dans les déformations de la hanche. Les praticiens continuent à croire qu'il s'agit alors de faire cesser l'allongement ou le raccourcissement du membre malade, de tirer sur le membre le plus court, et, s'il y a luxation, de faire rentrer la tête du fémur dans le cotyle qu'elle aurait abandonné. Il n'y a dans toutes ces opinions que des conséquences fausses déduites des faits mal observés. Comme je l'ai prouvé dès mes premiers écrits sur les maladies articulaires, le traitement orthopédique se réduit à faire cesser la flexion ou l'une des inclinaisons latérales de la cuisse sur le bassin, et, s'il y a luxation, de faire descendre la tête du fémur au bas de l'acétabulum, dont elle occupe la partie supérieure devenue plus élevée par une ulcération profonde.

2° Le but une fois déterminé, il s'agit de connaître les moyens de l'atteindre. Or, la règle essentielle et générale, c'est qu'il faut, avant tout, assouplir la jointure, et, pendant l'anesthésie, lui rendre complétement sa mobilité. Ceux qui procèdent sans cette préparation au rétablissement de la rectitude tentent des efforts impuissants, s'il agissent avec modération ; ils s'exposent à fracturer les os, s'ils procèdent avec violence. Pour éviter cette insuffisance ou ces dangers, il faut procéder par une série alternative de flexions et d'extensions douces, graduées, et allant jusqu'à la limite extrême des mouvements naturels.

3° Les adhérences rompues, la mobilité rétablie, on peut procéder au redressement des difformités et à la réduction des déplacements. Des tractions et des pressions convenables suffisent alors ; le succès est en raison de la mobilité préalablement obtenue.

4° Quand le membre sur lequel on opère a repris autant que possible une bonne direction, il ne s'agit plus que de l'assujettir dans sa position nouvelle avec des précautions capables de prévenir autant que possible les douleurs consécutives. On peut employer, dans cette intention, les gouttières en fil de fer recuit convenablement matelassées. Mais ces gonttières ne sont point indispcusables, et il est même préférable d'employer un bandage ouaté, cartonné et amidonné. Ce bandage réussit admirablement à prévenir le retour de la difformité et à empêcher le développement de toute inflammation. Pour lui donner une solidité immédiate, j'ai remplacé les attelles en carton sec de M. Seutin, par des attelles en fil de fer recuit. Cette modification mérite d'être adoptée.

5° Le bandage amidonné doit être laissé en place pendant trois à quatre semaines. Au bout de ce temps on l'enlève, on visite les parties malades, et l'on s'occupe, soit en l'appliquant de nouveau, soit en se servant d'appareils particuliers, de perfectionner le redressement et de prévenir le retour de la difformité, qui conserve longtemps de la tendance à se reproduire.

Le résultat général de mes observations peut se résumer en disant : que le redressement immédiat appliqué à propos, convenablement exécuté, et suivi de tous les moyens complémentaires, est admirable de simplicité dans les suites et de perfection dans les résultats.

Pour obtenir ces avantages, il importe d'opérer des enfants ou des adolescents ; il faut ne jamais entreprendre des ankyloses devenues osseuses ou des ankyloses maintenues par des tissus fibreux très-résistants, et dont la formation a coïncidé avec des ulcérations profondes. Enfin, en pratiquant les sections sous-cutanées et en plaçant les bandages inamovibles, il faut se conformer à tous les préceptes donnés par MM. Jules Guérin, Seutin, etc.

Dans les tumeurs blanches, le redressement a bien l'avantage, une fois le malade guéri, de lui donner un membre bien conformé et propre à remplir ses fonctions ; il enlève bien la cause d'inflammation et de douleurs que produit la torsion d'une jointure, et l'expérience prouve que, lorsqu'il a été opéré, on observe une tendance notable vers l'amélioration, sous le rapport des souffrances et de l'engorgement ; mais il ne tend pas directement à guérir la maladie elle-même. C'est pour atteindre ce but que j'ai institué la cautérisation sous *le bandage amidonné.*

Pour cautériser la peau, je me suis contenté, en général, d'employer la potasse ou le chlorure de zinc, dont l'application n'entraîne aucun appareil effrayant.

Deux phénomènes immédiats très-remarquables signalent l'effet des cautérisations par la potasse sous le bandage amidonné : je veux parler de l'absence habituelle de douleurs et du peu d'abondance de la suppuration.

Ces phénomènes particuliers ne s'observent plus au même degré, si l'on cautérise avec le chlorure de zinc : les douleurs locales et la suppuration ne diffèrent qu'exceptionnellement alors de ce qu'elles sont dans les conditions ordinaires.

Grâce au repos complet au milieu duquel les révulsifs agissent sur la peau et le tissu cellulaire, l'inflammation locale qu'ils produisent ne se propage pas aux synoviales malades, ainsi qu'on le voit souvent lorsque les os sont abandonnés à leurs mouvements naturels. Dès lors ces révulsifs peuvent être employés avec énergie, et l'on peut en recouvrir toutes les parties tuméfiées dont on veut exciter la résolution.

Quel qu'ait été le choix du caustique, il importe que le bandage s'étende assez loin pour procurer une immobilité absolue et une enveloppe protectrice complète ; par exemple, après une opération sur le genou, il doit se prolonger depuis l'extrémité du pied jusqu'au bassin, et dès lors immobiliser le pied et la hanche elle-même.

Les cautérisations révulsives ne sont plus suffisantes lorsque la suppuration existe dans la membrane synoviale, et s'est fait jour au dehors par des trajets fistuleux encore sous-cutanés ou complétement ouverts. La cautérisation doit porter alors sur les parties malades elles-mêmes, ou tout au moins sur les extrémités des canaux qui conduisent le pus au dehors. Je donne toujours alors la préférence au chlorure de zinc.

Ces opérations doivent être évitées chez les malades avancés en âge, et chez les jeunes sujets de constitution tuberculeuse et atteinte de vastes dépôts froids.

J'ai commencé au printemps de 1857 les cautérisations ainsi associées à l'immobilité et à l'abri du contact de l'air. Les résultats m'ont paru très-encourageants dès le début. Les faits que j'ai recueillis depuis cette époque, et qui s'élèvent au moins à soixante, m'ont confirmé dans mes premières impressions.

Lorsque les tumeurs fongueuses ne contenaient point de pus, j'ai vu changer complétement leur marche : des diminutions régulières de tous les symptômes, et en particulier des douleurs, du gonflement et de la roideur, ont remplacé l'accroissement progressif qui suit l'emploi des applications variées qui forment encore la base de la pratique ordinaire.

Ces effets ont été plus remarquables encore dans les tumeurs blanches avec suppuration : j'ai vu guérir ou améliorer à un degré voisin de la guérison, [illegible] s'écouler, trois tumeurs blanches du pied, autant du genou, et une du coude, toutes avec abcès multiples provenant des jointures, et dans des conditions qui, d'après les vues qui dirigent habituellement les chirurgiens, auraient entraîné une amputation.

Dans ces cas difficiles, le traitement commence par une opération qui comprend tout à la fois un redressement, si le membre est dévié et qu'il n'y ait pas une ankylose à respecter ; une cautérisation en rapport avec la nature des lésions ; et enfin l'application d'un bandage inamovible. Puis viennent, pendant six semaines à deux mois, des renouvellements de bandage répétés aussi souvent que la propreté l'exige, et pendant lesquels de nouvelles cautérisations sont quelquefois nécessaires. Plus tard, la cicatrisation exigeant des pansements répétés et des applications diverses, on maintient les membres dans des gouttières qui les immobilisent, tout en laissant à nu les parties malades ; on ne néglige pas les traitements qui agissent sur la constitution, et l'on termine par l'usage des tuteurs portatifs qui se placent et s'enlèvent à volonté, et qui sont indispensables pour soutenir les membres, qui restent longtemps trop faibles pour se passer d'appui.

Tout cet ensemble de médications entraîne quelques dépenses, suppose le concours d'artistes habiles, comme celui que j'ai trouvé chez M. Blanc, mécanicien orthopédiste à Lyon, et exige beaucoup de temps et beaucoup de soins ; mais il conduit à un but d'une haute importance.

Comme ces assertions peuvent paraître exagérées, et qu'on ne peut convaincre que ceux qui voient et qui, ayant imité, ont réussi à leur tour, je ne peux m'empêcher d'exprimer le désir que, parmi les médecins qui complètent leurs études, il y en ait qui veuillent bien suivre pendant quelques mois, dans les hôpitaux de Lyon, ma pratique dans le traitement des maladies articulaires, et celle de M. Valette, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, et de M. le docteur Philipeaux, qui en ont adopté les principes. Je suis convaincu que cette vérification démontrera que les assertions générales dans lesquelles j'ai dû me renfermer ne sont que l'expression rigoureuse des faits.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Résumé général du service de la clinique chirurgicale.

Suivant une ancienne coutume, à laquelle je n'ai jamais dérogé, j'aime à présenter chaque année, à la fin du cours, une

vue d'ensemble jetée rapidement sur les cas pathologiques soumis à notre observation et à notre traitement.

Grâce à cette revue synthétique, vous pouvez résumer vos souvenirs, réunir les éléments d'une question étiologique, pathogénique ou thérapeutique, et sortir enfin par les généralités des hésitations qui s'attachent si souvent aux cas particuliers.

J'ai dépassé de beaucoup cette année la limite ordinaire de mes revues synoptiques.

Sur plus d'un point, j'ai compulsé mes résumés de manière à pouvoir vous présenter le tableau de 12, 15, et même 18 années de notre pratique à l'hôpital.

En faisant ainsi passer sous vos yeux ces panoramas de notre clinique, j'ai voulu vous amener de vous-mêmes aux conclusions dont peut s'enrichir la pathologie générale de la chirurgie.

Toutefois, nous devons l'avouer en toute sincérité, alors même qu'elles sont entourées de toutes les garanties d'exactitude et de sincérité propres à inspirer toute confiance, les statistiques de cette nature ne sont pas à l'abri de toute critique.

Les causes d'erreur abondent dans ces sortes de recherches, si réguliers que soient les services et si scrupuleusement que soient tenus les registres d'observations.

Pour douze années de ma pratique à la Charité, prises sur les vingt-cinq que j'ai résumées isolément de la même façon, mes relevés attestent le passage de 13,000 malades dans mes salles.

Si j'examine le nombre des malades de chaque année, j'y constate une variante souvent très-sensible, et des oscillations en plus ou en moins dont la cause échappe au premier abord.

Cependant ces causes sont bien évidentes; ce sont les mêmes qui se retrouvent dans tous les hôpitaux de Paris ou de l'étranger, partout où la statistique, avec ses prétentions passablement exagérées à l'infaillibilité, veut dicter ses lois.

Je passe sous silence les erreurs involontaires échappées à l'attention la plus consciencieuse.

Mais avec la plusgrande exactitude apparente, des accusations sérieuses trouvent prise sur les statistiques de nos meilleurs auteurs qui ont tenté d'élever sur cet échafaudage toute une doctrine chirurgicale.

Dans tous les hôpitaux, et cela dans tous les pays et sous quelque administration que ce soit, il y a des malades qui ne figurent sur les résumés qu'à titre de passants :

Passants pour cause de maladie légère, insuffisante, simulée ;

Passants à cause d'une sévérité plus scrupuleuse de la part du chirurgien, qui pense ne devoir ses secours qu'aux individus les plus malades, et à la partie réellement souffrante de la population des villes ;

Passants pour cause d'erreur ou d'insuffisance dans le diagnostic porté lors de l'admission, la maladie ayant été classée parmi dans les attributions médicales.

La conclusion de ces multitudes de passages est facile à tirer :

Admettez-les au total des statistiques, et du même coup le pronostic et la mortalité relative de telle variété d'affection se trouvent en dehors de toute appréciation possible et vraisemblable.

Admettez que le nombre des morts que détermine une affection chirurgicale donnée, soit supputé en faisant entrer en ligne de compte cette foule de malades introduits dans nos salles par suite d'erreur, voilà une maladie grave pourvue du même coup d'un brevet de bénignité, et le chirurgien d'un brevet de capacité que sa méthode thérapeutique usurpera sans contestation devant l'éloquence des chiffres.

Faut-il ajouter que, suivant la facilité ou la sévérité avec laquelle le chirurgien accueillera les sollicitations des malades, la statistique change du tout au tout?

Tel chirurgien de Paris ou de Londres, désireux de fonder sa réputation, admet les cas légers d'une affection donnée; tel autre les rejette, et, désireux d'exercer sa verve opératoire, cherche comme à plaisir les cas graves par leur nature, ou par les complications inséparables des opérations chirurgicales d'une certaine importance. Qui ne voit les différences qui en résultent dans le total!

Enfin, permettez-moi de vous rappeler ce que tous vous avez dit avant moi : la même affection n'a pas toujours le même degré de gravité d'une année à l'autre, et toute statistique ayant pour but la mortalité d'une affection, la valeur d'une méthode curative, ou l'habileté du chirurgien qui prévoit son opportunité, devra tenir compte des influences nosocomiales, du génie particulier de l'affection dans l'année.

Il y a longtemps que les médecins ont constaté cette vérité. Or, les limites arbitraires établies entre les deux domaines du chirurgien et du médecin ne les protégent pas contre les influences communes, celles du caractère spécial annuel des affections homonymes. Qui ne sait, en effet, que les sujets atteints de maladies du même nom meurent en plus grande proportion, toute condition égale d'ailleurs, dans une période donnée que dans une autre?

Survienne la statistique, ici elle jettera l'effroi par ses conclusions exagérées, là elle inspirera une sécurité trompeuse.

Voilà les dangers que je veux vous épargner, aussi bien à l'égard de nos relevés de la Charité qu'à l'égard des statistiques de nos confrères étrangers, si souvent le jouet du hasard ou d'une fausse interprétation.

Quelles qu'elles soient, d'où qu'elles viennent, toutes doivent être accueillies comme un sujet de méditation utile; mais il ne faut les accepter toujours que sous bénéfice d'inventaire.

C'est la conclusion à laquelle je voulais arriver. Si je vous en avais fait sentir l'importance, j'aurais atteint le but le plus sérieux que je m'étais proposé en m'imposant ce laborieux résumé de quinze années de mon exercice chirurgical.

Et maintenant venons aux détails :

Voyons nos morts sur les 13,000 malades.

J'en trouve un nombre total de 444 (environ). Admettons ce chiffre comme irréprochable, mais il prête de tous côtés à la critique, — critique favorable ou critique hostile.

La première invoque, comme atténuation en présence de ce nombre des morts, la gravité invincible de ces cas foudroyants où le malade a succombé même avant notre visite. C'était, par exemple, une fracture du crâne avec commotion, épanchement, destruction évidente du tissu encéphalique. L'indication était claire le plus souvent : inutilité du traitement, le résultat certain, mort. Faut-il comparer un cas semblable avec ceux où, grâce à l'habileté du chirurgien et à son expérience pratique, l'affection qui livrée à elle-même eût pu être mortelle, a été conduite à une terminaison favorable?

D'autres sujets viennent succomber dans nos salles, sortant de celles de nos confrères de médecine d'où on les avait évacués sur un service de chirurgie, pour quelque complication accidentelle que l'on a jugée de notre ressort. D'autres, enfin, ont été admis dans notre service pour une tumeur blanche, affection évidemment chirurgicale; mais derrière elle se cachait une phthisie pulmonaire au deuxième degré, à laquelle le malade succombe avec ou sans opération.

La critique défavorable trouve bientôt ses objections.

Enfin, la mortalité d'une année donnée peut se trouver quelquefois supérieure à la mortalité moyenne de plusieurs années.

Il faut donc s'occuper surtout de l'ensemble, comme je me suis efforcé de le faire, en défalquant par la pensée les effets nés du hasard ou d'une cause plus palpable, au profit de la colonne des morts ou de celle des succès.

En 1858, sur 814 malades, voici ce que nous apprend la statistique à ce sujet :

Mort avant la visite.	1
Morts dans les deux ou quatre premiers jours à la suite de fracture du crâne.	4
Mort en venant des services de médecine.	1
Tuberculeux au dernier degré, admis par surprise ou erreur.	2

Multiplions par 12 années ce résultat partiel, et les erreurs, on peut le voir, si minimes en apparence, deviendront très-notables. Mais admettons dans les salles de chirurgie une mortalité des plus affligeantes, faut-il en conclure à la gravité d'une affection, d'une opération ou d'une méthode? Non. Toutes ces conclusions seraient exagérées, partiales ou trop sévères.

L'affection la plus bénigne, l'opération la plus habilement exécutée, la méthode la plus digne de préférence, peuvent être suivies de mort; mais les *complications* ne mesurent pas leur gravité, leur fréquence, à la nature du mal, au bonheur de l'opération, à la supériorité du procédé.

Et cependant, voyez, on ne tient pas compte sur les feuilles qui servent aux statistiques, des complications : érysipèle, angioleucite, phlegmons circonscrits ou diffus, superficiels ou profonds. Le diagnostic des entrées ne dit pas un mot de ces accidents, qui doivent supporter la responsabilité de la mort, pour exonérer d'autant le chirurgien et sa pratique.

Voyons, par exemple, ce qui s'est passé à cet égard cette année : les complications abondent, nous trouvons 18 érysipèles et le même nombre d'angioleucites. A quoi attribuer la mort? A la maladie principale, ou au traitement, ou à la complication?

Les opérations se prêtent elles-mêmes assez difficilement aux conclusions générales. Nous trouvons, par exemple, 79 opérations réglées, pratiquées dans notre amphithéâtre, mais ce nombre représente une valeur des plus insuffisantes, car les opérations chirurgicales se subdivisent en opérations pratiquées au lit du malade, souvent inaperçues des rédacteurs de relevés, en opérations pratiquées à l'amphithéâtre avec départ immédiat des malades et opérations faites à la consultation gratuite.

Voilà trois genres d'opérations qui peuvent être et sont le plus souvent heureuses, et qui ne sont pas mises en ligne de compte pour réduire à sa véritable proportion la gravité d'une opération donnée. On ne compte, en effet, le plus souvent que celles qui sont pratiquées à l'amphithéâtre sur des malades séjournant dans les salles, c'est-à-dire affectés de la même maladie, mais sous la forme la plus grave, ayant subi une même opération, mais dans les conditions les plus défavorables.

La conclusion de ce nouvel ordre de faits est simple, évidente; la vérité est des plus nébuleuses, aussi bien quand il s'agit de la gravité relative des opérations ou des méthodes opératoires, que si l'on veut supputer la mortalité spontanée des mêmes affections abandonnées à elles-mêmes.

Ces questions de proportions relatives dans les succès et les morts d'une clinique semblent oiseuses au premier abord; mais on ne peut oublier cependant que ces proportions relatives de mortalité ont été invoquées, il y a quelques années à peine, pour ou contre les chirurgiens les plus éminents du siècle dernier ou de notre époque actuelle.

Tout le monde entend encore les échos de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié retentir des récriminations de leurs chirurgiens luttant avec la statistique, contre des accusations ou contre des absolutions également fausses. C'est Dupuytren, c'est Lisfranc dégrevant à plaisir et à outrance leurs registres mortuaires de leurs charges exagérées. Ailleurs, c'est la médecine elle-même qui donne le même spectacle, et Broussais défend la mortalité de son service contre des insinuations partiales ou trop sévères.

De nos jours enfin, nous voyons, comme en tout temps, les chefs d'une école thérapeutique, ces défenseurs d'une méthode qui veut grandir sur les débris de ses aînées, les héros de la purgation ou des alcaloïdes se présenter une statistique à la main. Nous les félicitons de leurs courageuses tentatives; mais nous leur répondrons toujours par les objections qui précèdent, et que nous accepterons sincèrement contre nous-même quand il le faudra.

C'est qu'en effet le droit de critique en matière de statistique peut bien être utile en plus d'un cas à la science; mais il est aussi dangereux pour elle, parce que la statistique est loin d'être infaillible en elle-même, parce que d'ailleurs la critique dépasse les limites d'une sévérité impartiale, parce qu'enfin elle force même les plus courageux à dissimuler de toutes leurs forces la brutalité des nécrologies médicales et chirurgicales.

L'examen comparatif de nos résumés depuis douze à quinze ans peut aussi nous donner un autre enseignement. Je veux parler de la proportion des maladies qui frappent l'homme et la femme, et qui se classent nécessairement dans notre domaine chirurgical.

En dix années, je trouve qu'il est entré dans mes salles :

6,328 hommes;
3,639 femmes.

Ce qui fait, sauf les fractions, environ moitié plus d'hommes que de femmes.

Pour 1858, je trouve :

511 hommes;
303 femmes.

Vous le voyez, chaque année la proportion demeure la même, ou peu s'en faut.

Eh bien, votre conclusion est fausse comme le serait la mienne, si nous prenions ensemble à la lettre ces données générales. Et d'abord, gardez-vous bien d'assimiler, en général et sans distinction, la proportion des maladies qui frappent sur l'ensemble de l'un ou l'autre sexe. La ville et l'hôpital sont, à ce sujet, dans le désaccord le plus manifeste. Les malades femmes sont bien plus nombreuses en ville que dans nos établissements hospitaliers, et la différence qui s'établit ainsi à leur profit suffirait, ou peu s'en faut, pour rétablir la balance entre les maladies, en général, de l'un ou l'autre sexe.

La raison du petit nombre de femmes dans nos salles vous est connue : c'est leur timidité, leur répugnance pour l'hôpital; elle est encore bien vive, quoique tous les jours elle tende à s'effacer. C'est le genre d'occupations de la femme qui se trouve attachée à son foyer par les soins domestiques et maternels; c'est aussi la nature de ses travaux, qui se prête moins aux affections chirurgicales.

L'homme se trouve, au contraire, dans des conditions différentes et en grande partie opposées. Ou c'est la solitude dans laquelle il vit, s'il est garçon, et l'absence de tous soins autour de lui; ou bien, s'il est marié, c'est la nécessité d'une guérison rapide, réclamée par l'urgence de ses travaux et les services qu'attend de lui la famille dont il est le soutien; ce sont enfin ses professions presques toutes violentes, et quelquefois meurtrières, telles que celles de couvreurs, charpentiers, maçons, fabricants de matières explosibles, etc. Enfin, le nombre des ouvriers, hommes, dans les grandes villes, et surtout en ce moment à Paris, l'emporte de beaucoup sur celui des ouvrières.

Toutefois, il est une variété d'affections traumatiques frappant surtout les femmes, et qui les amène près de nous en plus grand nombre que les hommes.

Aux hommes, les fractures, les luxations; à la femme, les phlegmasies graves consécutives aux piqûres.

La conclusion de ces faits est manifeste; les relevés des hôpitaux ne donnent, à cet égard, que des résultats inexacts, et si l'on voulait, par exemple, établir dans notre service la fréquence relative des maladies de l'homme et de la femme, on arriverait à des conclusions fausses de tous points.

HOPITAL MILITAIRE DE CHERBOURG.

Congestion chronique de la moelle; paralysie des extrémités inférieures. — Traitement hydrothérapique. — Guérison.

Par M. le docteur Lecoq, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de marine.

Puisque nous ne sommes plus au temps où l'hydrothérapie n'avait pour défenseur qu'un simple paysan de Graeffenberg, et pour théâtre qu'un point obscur de la Silésie autrichienne; puisque tous les jours Paris, Lyon, Nantes, Divonne, peuvent dire les nombreuses guérisons obtenues par ce moyen, on me permettra de faire connaître quelques faits heureux de cette nouvelle médication.

Placée par quelques esprits un peu trop arriérés à côté de l'homœopathie et du somnambulisme, englobée dans la même pro-

scription que ses aînées, on se représente toujours l'hydrothérapie entourée de son empirisme primitif, et, pour bien des personnes, elle n'est encore autre chose que le rêve d'un charlatanisme ambitieux. Cependant, quand, par une série de faits heureux et se produisant bien ouvertement aux regards de chacun, une médication a définitivement acquis le droit de dire qu'elle *guérit souvent* et qu'elle *soulage toujours*, il est irrationnel de détourner la tête pour ne pas voir, et d'abandonner ceux qui souffrent. Nous voyons tous les jours sonder les replis mystérieux et souvent bien ingrats de la matière médicale pour lui demander des agents nouveaux capables de lutter victorieusement contre les désordres de notre organisme, et ce sont-là de nobles efforts, dignes de tous nos éloges. Ainsi que n'a-t-on pas fait pour trouver, sinon un succédané, du moins un auxiliaire, aux préparations de quinquina?

Eh bien, personne ne doit ignorer que dans les mains de M. L. Fleury l'hydrothérapie guérit les fièvres intermittentes, que l'anémie et la chlorose sont presque à coup sûr combattues par la même médication; que les douches froides sont le meilleur moyen à opposer aux engorgements du foie et de l'utérus, et à tout ce cortége d'accidents nerveux si tenaces, si effrayants parfois, que ces engorgements entraînent à leur suite.

A ceux qui persisteront à considérer l'hydrothérapie comme un mot sonore mais vide de sens, et bon tout au plus à faire un peu de bruit, nous dirons avec Valleix, cet esprit si sévère et si judicieux : « C'est assurément aujourd'hui un des sujets de thé» rapeutique les plus intéressants que l'hydrothérapie; on ne » peut reconnaître qu'elle ne soit un moyen très-puissant, et on » doit reconnaître aussi qu'il est peu de médications applicables » à un plus grand nombre de cas divers. » (*Bull. gén. de thérap.*; Paris, 1848); et en écrivant ces lignes, qui placèrent si haut le pouvoir de l'hydrothérapie rationnelle, Valleix n'avait d'autre intérêt que celui de la vérité.

Nous avons eu occasion d'employer les douches froides, soit seules, soit associées aux sudations dans plusieurs cas sérieux, et quoique n'ayant à notre disposition que des appareils assez simples, nous avons constaté de bons résultats; aussi, plus que personne sommes-nous disposés à croire à tout l'avenir de cette médication, et avec une telle conviction, nous ne saurions trop insister sur les faits heureux dans lesquels nous l'avons vue réussir. Rien n'est inflexible comme un fait consciencieusement observé et interprété sans passion; ce sont donc des faits qu'il faut produire pour que les plus incrédules ou les plus timides ne puissent plus douter ni hésiter, à moins de vouloir manquer à tous les égards que l'on doit à l'homme qui souffre.

Nous allons rapporter aujourd'hui un cas remarquable de paraplégie dépendant d'une congestion de la moelle, qui, après avoir résisté aux traitements les mieux dirigés, a été guérie très-heureusement par les douches froides. Plus tard, nous aurons peut-être occasion de parler plus longuement des ressources que l'hydrothérapie renferme, alors même qu'on n'a pas à sa disposition un grand luxe d'appareils hydrothérapiques.

Le nommé B..., âgé de vingt-quatre ans, soldat d'infanterie de la marine, se trouvant à la Martinique, fut atteint, au mois d'octobre 1854, de coliques sèches qui amenèrent à leur suite une congestion de la moelle. Voici les renseignements que nous avons recueillis sur la feuille de clinique de ce militaire :

Sensation de fourmillements dans les pieds et les jambes, avec sentiment de faiblesse dans la région lombaire, accompagné de douleurs vagues le long de la colonne vertébrale. Douleurs plus aiguës dans certains points, s'exaspérant sous une pression un peu forte; constipation opiniâtre avec émission difficile des urines. Marche incertaine; les jambes fléchissent dans la station et ne peuvent plus supporter le poids du corps. Malgré un traitement actif subi à l'hôpital de la marine de la colonie, saignées, purgatifs, moxas, huile essentielle de térébenthine, etc, la maladie faisait de continuels progrès, lorsque ce militaire fut dirigé sur les eaux sulfureuses des Pitons (Martinique) vers la fin de décembre 1854.

Il y avait alors paralysie presque complète des extrémités inférieures, paralysie commençante des extrémités supérieures. Cinquante-cinq jours de traitement aux eaux thermales amenèrent une amélioration marquée, et en rentrant à Fort-de-France, le malade n'éprouvait plus qu'un peu de faiblesse dans les membres inférieurs, avec incertitude dans la marche.

Renvoyé en France au mois d'août 1855, B... pouvait reprendre son service vers la fin de l'année; il n'éprouvait plus alors qu'un peu de gêne dans les mouvements, lorsqu'il fut atteint au mois de février 1856 d'une seconde attaque de coliques sèches, suivie d'une nouvelle congestion de la moelle présentant l'ensemble des symptômes déjà cités. Nous nous contenterons d'insister sur la grande faiblesse des jambes et de la région lombaire, sur la paralysie presque complète des extrémités inférieures; sur la constipation qui existait avec une opiniâtreté presque invincible. Entré à l'hôpital maritime de Cherbourg au mois de février 1856, B... fut placé dans le service de M. Fonssagrives, médecin en chef, et soumis à un traitement très-actif. La noix vomique et la strychnine, employées pendant longtemps et jusqu'à production de symptômes indiquant la saturation strychnique; les bains de Baréges artificiels, la cautérisation avec le fer rouge, l'électricité, etc., furent successivement employés, et ne produisirent qu'une amélioration douteuse.

B... fut alors dirigé sur Bourbonne-les-Bains, où il est resté du 21 juillet jusqu'au 1er septembre. Pendant son séjour aux eaux thermales, il a pris 36 bains, 64 verres d'eau, et reçu 35 douches sur la colonne vertébrale. A son retour à Cherbourg, nous ne pûmes constater aucune amélioration dans l'état de notre malade. Dirigé de nouveau sur l'hôpital de la marine, on recommença sans succès la série des moyens précédemment employés; noix vomique, strychnine, électricité, jusqu'au 19 mars 1857, époque à laquelle M. Fonssagrives voulut bien me le confier, en me priant d'essayer sur lui l'influence de l'hydrothérapie.

Au moment où le traitement hydrothérapique fut commencé, voici quel était l'état du malade : Embonpoint général assez satisfaisant; amaigrissement marqué des extrémités inférieures, persistance d'un sentiment de faiblesse et de gêne dans toute la région lombaire; douleurs s'irradiant le long de la colonne vertébrale. Les membres supérieurs ont le complet exercice de leurs fonctions, mais les inférieurs sont dans un état de demi-paralysie qui rend la marche à peu près impossible. Le malade ne peut *se traîner* qu'à l'aide de béquilles, et quand l'un des pieds quitte le sol, il est agité de mouvements choréiques qui augmentent encore la difficulté de la station et de la marche; la miction est laborieuse, la constipation des plus opiniâtres; tous les huit ou dix jours on obtient une garde-robe.

Le traitement hydrothérapique commence le 20 mars, et est institué de la manière suivante : Douche en pluie matin et soir sur tout le corps, douche en jet mobile le long de la colonne vertébrale et sur les extrémités inférieures. Ce traitement, très-bien supporté, ne tarde pas à amener une amélioration marquée dans l'état de notre malade. Sans rien changer à cette médication si simple, nous constations, au bout de vingt jours au plus, la disparition des douleurs et des mouvements choréiques des jambes; la marche était déjà plus assurée; une douche à jet mobile, promenée deux fois par jour sur toute la région abdominale, avait régularisé les selles et rendu la miction plus facile. Un mois après le début du traitement, le malade se rendait seul à la douche, en s'aidant seulement d'un bâton, résultat merveilleux si nous voulons nous rappeler que dans les premiers jours, il pouvait à peine s'y traîner à l'aide de béquilles. Enfin, six semaines plus tard, il marchait sans aucun secours, avec seulement encore un peu de difficulté. Le même traitement fut continué jusqu'au départ de ce militaire qui venait d'obtenir un congé, c'est-à-dire pendant deux mois et demi environ. Dans les derniers temps, il parcourait tous les jours une distance de 1 kilomètre et demi pour se rendre de la caserne à l'hôpital prendre ses douches, et je me rappelle l'avoir rencontré, peu de jours avant son départ, se tenant très-bien sur ses jambes, malgré l'état d'ivresse dans lequel l'avaient jeté quelques libations un peu trop copieuses.

Dans cette observation, tout se trouve réuni pour montrer la puissance de l'hydrothérapie : ancienneté de la maladie, gravité des symptômes, insuccès des traitements les plus énergiques. Un fait semblable peut se passer de tout commentaire; il plaide hautement en faveur de cette médication puissante dont Priesnitz a posé les premiers jalons.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 août 1858. — Présidence de M. Despretz.

M. BONNET, de Lyon, lit un mémoire sur le redressement immédiat et la cautérisation sous le bandage amidonné dans le traitement des tumeurs blanches des articulations. (Voir plus haut.)

Anatomie du système nerveux. — M. JACUBOWITCH présente un nouveau mémoire sur l'anatomie du système nerveux, dans lequel il soumet à l'attention de l'Académie, comme annexe à sa précédente communication, une série de recherches comparatives qu'il a faites pendant son séjour à Paris. Ces observations se rapportent principalement à des questions d'ensemble sur le système nerveux. Allant des animaux inférieurs aux animaux supérieurs, l'auteur a étudié le développement successif du système nerveux en considérant : 1° Les éléments essentiels qui le constituent; 2° L'union de ses parties principales, ainsi que les connexions établies par les éléments nerveux entre ces différentes parties. La moelle allongée, le cervelet et le cerveau, ont été par conséquent l'objet principal de cette étude.

Les conclusions auxquelles M. Jacubowitch est arrivé s'appuyent sur des coupes faites dans toutes les directions possibles sur la moelle épinière et sur le cerveau de la grenouille, de l'oiseau, du rat et du chien. Ces coupes sont au nombre de 4586, formant 406 préparations microscopiques bien conservées; il y a 1413 coupes qui se rapportent au système nerveux de la grenouille et 1109 au système nerveux de l'oiseau, qui l'ont conduit à établir les points généraux suivants. (Nous ne reproduisons ici que les plus importants.)

I. Les éléments essentiels que j'ai indiqués, c'est-à-dire les cellules étoilées (cellules de mouvement), les cellules fusiformes (cellules de sensibilité, et les cellules rondes ou ovales (cellules ganglionnaires), ces dernières, de deux espèces, se trouvent de la manière la plus évidente dans toute l'étendue du système nerveux de la grenouille, seulement leur nombre est moins considérable que chez les Mammifères, surtout celui des cellules fusiformes ou de sensibilité.

II. La structure propre aux diverses régions de la moelle épinière jusqu'à la moelle allongée se retrouve aussi d'une manière très-nette chez la grenouille, avec cette différence essentielle que les éléments, comme je viens de le dire, y sont moins nombreux, et le tissu cellulaire qui les unit d'autant plus considérable.

III. La moelle allongée manque pour ainsi dire chez la grenouille, car on n'y voit ni les corps olivaires, ni les faisceaux grêles, cunéiformes, etc. On trouve des cellules fusiformes en très-petite quantité entre les fibres de la substance blanche, des deux côtés du quatrième ventricule.

IV. Une conséquence nécessaire de l'absence de la moelle allongée chez les animaux inférieurs, c'est la grande indépendance de la moelle épinière, qui chez la grenouille a été regardée avec raison comme un centre nerveux à part.

V. Le cervelet ainsi que les corps bijumeaux représentent des cavités remplies de tissu cellulaire arrivé à un certain degré de développement.

VI. Les hémisphères cérébraux forment deux cavités oblongues disposées de la même manière et remplies de tissu cellulaire, comme les cavités du cervelet et des corps bijumeaux. Sur leur bord antérieur et externe se trouvent des masses de cellules appartenant au nerf olfactif.

VII. Ce qui caractérise les hémisphères cérébraux, le cervelet et les corps bijumeaux chez la grenouille, c'est qu'ils possèdent seulement la substance périphérique (substance corticale) et qu'ils n'ont pas de contenu (substance médullaire). De sorte que les parties qui déterminent un plus haut développement manquent ici comme dans la moelle allongée.

Dans la moelle épinière et le cerveau des oiseaux, la masse des éléments du tissu cellulaire diminue par rapport aux éléments nerveux qui prédominent ici.

Quant à ceux-ci, ils sont aussi prononcés, selon leur nature, chez les oiseaux que chez les mammifères; on trouve seulement les cellules étoilées (de mouvement), en général prédominantes chez les oiseaux; on les trouve constamment dans les cornes postérieures, dans les renflements sacré et brachial, contrairement à ce qui a lieu chez les mammifères. La région dorsale possède aussi les cornes latérales remplies de cellules de sensibilité. Les cellules ganglionnaires sont partout bien prononcées et distinctement visibles; elles affectent les différents rapports de situation dans la moelle épinière, la moelle allongée, le cervelet et les corps bijumeaux, comme chez les mammifères.

VIII. Dans la moelle allongée, les cornes postérieures de la moelle épinière deviennent, en se développant, les corps olivaires, comme chez les mammifères. Les autres parties anatomiques se comportent de la même manière, seulement leur développement est beaucoup plus limité; de sorte que chez les oiseaux l'union de la moelle épinière avec le cerveau a seulement lieu partiellement et non complétement, comme chez les mammifères.

Ce mémoire est renvoyé, comme l'avait été le précédent travail de l'auteur sur le système nerveux, à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

Fragment de verre ayant séjourné neuf ans sous la peau du visage. — M. BLANCHET communique une note sur un fragment de verre qui a séjourné neuf ans sous la peau du visage sans que sa présence y fût soupçonnée. Voici un extrait de cette note :

M. X..., âgé de dix-sept ans, tomba il y a environ neuf ans en sautant par une fenêtre, et sa tête frappa sur un tube de verre qu'il tenait à la main et dont il se servait en guise de sarbacane; ce tube s'étant brisé, un fragment taillé en biseau s'enfonça de bas en haut dans la région zygomatique, du côté droit près de l'aile du nez, dans le sillon naso-jugal. Ce morceau de verre, long de 3 centimètres, pénétra si profondément, que le médecin appelé à donner des soins pendant plusieurs jours au blessé, n'en soupçonna pas même l'existence; il se contenta d'appliquer, jusqu'à ce que la réunion fût complète, des bandelettes de diachylum.

Il y a trois semaines environ, c'est-à-dire neuf ans après l'accident, le jeune X... commença à éprouver, pour la première fois, une gêne accompagnée de douleurs dans les mouvements de l'œil. Alors les parents firent appeler le même médecin, qui reconnut, à l'angle interne de l'œil, près la caroncule lacrymale, un fragment de verre anguleux dont il ne put pratiquer l'extraction. C'est par suite de cette circonstance que ce jeune homme nous fut présenté. En examinant les diverses parties de la face, il nous parut certain que le déplacement survenu dans la position de ce corps étranger avait été causé par un gonflement des gencives et des douleurs de dents arrivées quelques semaines avant cet accident, et que si l'extrémité supérieure n'avait pas rencontré pour obstacle la voûte de l'orbite, son élimination aurait pu avoir lieu spontanément sans le secours de l'art.

Le 12, nous en avons fait l'extraction. La cavité occupée par ce corps étranger était tapissée par une membrane ayant tout à fait l'aspect des membranes muqueuses.

Le 15, la réunion était complète. (Commissaires, MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe), Cloquet.)

— M. A. PICKERING adresse, pour le concours du legs Bréant, une note concernant un remède contre le choléra-morbus, dont il a déjà fait l'objet de précédentes communications, et y joint une certaine quantité de ce médicament, dans la supposition que les juges du concours pourraient être disposés à en faire l'essai. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— L'Académie renvoie à la même commission une note manuscrite et deux opuscules de M. A. Fennings sur la nature et le traitement du choléra et de plusieurs autres maladies épidémiques.

— M. LOTH. MEYER adresse de Heidelberg une réclamation de priorité pour les résultats principaux contenus dans un travail de M. Fernet sur l'absorption et le dégagement des gaz par les dissolutions salines et par le sang, travail présenté à l'Académie dans les séances du 29 mars et du 6 avril 1858. M. Meyer présente à l'appui de cette réclamation sa dissertation inaugurale soutenue devant la Faculté de médecine de Wurtzbourg, et imprimée à Gœttingue en 1857.

Cette note et la pièce à l'appui sont renvoyées à l'examen de la commission qui a fait le rapport sur le travail de M. Fernet, commission qui se compose de MM. Dumas, Milne-Edwards, Balard, Cl. Bernard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er juillet 1858. — Présidence de M. Archambault.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Galligo, de Florence, envoie un travail sur l'*Emploi du chlorate de potasse en médecine*, et demande le titre de membre correspondant. (M. Foucart.)

Compression et ponction dans l'hydrocéphale chronique. — M. MAGNE fait un rapport sur un mémoire de M. Roux fils, de Brignolles, intitulé : *De la compression et de la ponction dans l'hydrocéphale chronique.* Ce travail, fait avec soin, dit M. Magne, renferme trois observations d'un grand intérêt pratique. Bien que ces faits ne soient pas suffisants pour asseoir de rigoureuses conclusions, le rapporteur croit devoir s'associer aux propositions thérapeutiques qui résument le mémoire de M. Roux fils, de Brignolles, et qui placent en première ligne la compression. Si celle-ci est insuffisante, on aura recours aux ponctions successives associées à cette même compression, et en dernière analyse, les ponctions seraient suivies d'injections iodées.

M. Magne propose d'adresser des remercîments à M. Roux, de Bri-

gnolles, et de l'admettre au nombre des membres correspondants. (Adopté.)

Alimentation dans la fièvre typhoïde. — M. TERRIER rend compte du bulletin de la Société des Hôpitaux : *Alimentation dans la fièvre typhoïde*. Parmi les discussions insérées au neuvième bulletin de la Société, une des plus importantes est celle qui traite de l'alimentation dans la fièvre typhoïde, à l'occasion d'une communication de M. Hervieux intitulée : *Épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Paris en août et septembre* 1857. L'auteur s'était appliqué dans son mémoire à faire ressortir le génie particulier de cette épidémie. La fièvre s'était présentée sous la forme abdominale, accompagnée d'éruption souvent très-abondante, de taches lenticulaires caractéristiques et de sudamina. Dans un cas, M. Hervieux avait constaté un pemphigus ; mais à part ces phénomènes, l'épidémie n'avait rien présenté de spécial, ni dans sa gravité, ni dans sa durée. Elle avait été, en outre, compliquée au mois de septembre de diarrhée et de dysenterie.

L'épidémie avait donc suivi à peu près la marche des maladies qui règnent habituellement à la fin de l'été. Après la lecture de ce mémoire, M. Barth a soulevé la question d'alimentation. Il est difficile, a-t-il dit, de bien saisir le moment où l'on doit prescrire les aliments solides. L'excès dans la diète, qui a caractérisé l'époque antérieure médicale, se trouve remplacé de nos jours par l'excès contraire, et l'on veut actuellement alimenter les malades outre mesure. M. Trousseau se croyant interpellé, a pris la parole pour expliquer la modification qu'il a apportée dans la diététique des malades atteints de fièvre typhoïde. Il donne pendant la fièvre deux potages chaque jour, mais durant la convalescence, il alimente moins ses malades que la plupart des autres médecins. Sa sévérité sur le régime pendant la convalescence est justifiée par la conservation des forces, qu'il attribue à l'alimentation des malades à l'époque de la fièvre. La conséquence de cette diététique serait le retour plus rapide des forces et la diminution de durée de la convalescence.

MM. Blache, Béhier, Aran, Cahen, ont pris part à la discussion pour soutenir la manière de voir de M. Trousseau, et MM. Legendre, Barthez, Boucher et Legroux pour la combattre.

Le débat a porté tout entier sur l'époque où l'on doit alimenter le malade. Les premiers prescrivent l'alimentation dès l'entrée du malade à l'hôpital ; les autres veulent qu'on attende l'époque où il se fait déjà une rémission dans la fièvre, époque que M. Legroux place, en moyenne, vers la fin du premier septénaire et le commencement du deuxième.

Il résulte des observations mêmes des partisans de l'alimentation dès le début, que les malades ont une répugnance invincible pour les aliments, lesquels sont souvent vomis ou rendus sans avoir été digérés dans les selles provoquées par les purgatifs. Or la raison ne peut admettre que la convalescence soit abrégée par l'administration de quelques cuillerées de panade, lait de poule ou bouillons donnés dans les premiers jours de la maladie, lorsque l'assimilation et l'absorption sont au moins douteuses. Que sera-ce donc si cette alimentation n'a eu pour effet immédiat que d'ajouter à l'activité des purgatifs en provoquant les vomissements et la diarrhée ? Quand le malade, dit encore M. Legroux, est en proie à une fièvre ardente, qu'il s'affaisse sous le poids de la courbature et de la céphalalgie, qu'il a la langue chargée, la bouche amère, de l'inappétence et du dégoût pour les aliments ; qu'il est dévoré par la soif, que l'épigastre est douloureux à la pression, le bouillon ou tout autre aliment en augmentant le malaise épigastrique, la soif, la fièvre et la céphalalgie, ne peut être que préjudiciable au malade. Les orateurs qui ont pris la parole ont varié d'opinion sur la nature des aliments à conseiller. Pour les uns, la panade, du bouillon et un lait de poule ; pour d'autres, un peu d'eau panée ou du lait coupé. Les différences sont grandes. Aussi quand M. Barthez a dit qu'on était unanime pour alimenter les malades atteints de fièvre typhoïde, cette unanimité était subordonnée à des époques différentes de la maladie, aussi bien qu'à des alimentations très-différentes, les uns recommandant les aliments solides dès les premiers jours, les autres se contentant de donner un peu de lait coupé ou d'eau panée vers le commencement du deuxième septénaire seulement.

M. Blache n'a pris la parole qu'au point de vue spécial de l'alimentation dans la fièvre typhoïde des enfants ; il a combattu la diète absolue, sans s'expliquer sur la nature de l'alimentation qu'il prescrit aux enfants. Il est donc impossible d'apprécier son argumentation, si ce n'est dans le sens de sa proposition générale, qu'une diète trop absolue est contraire aux petits enfants.

Il est à remarquer que les médecins qui ont présenté des observations tendant à repousser une alimentation inopportune dans la fièvre typhoïde, sont précisément les médecins des enfants. Or si une alimentation prématurée est imprudente dans la fièvre typhoïde chez ceux-là mêmes qu'on ne peut impunément laisser à la diète absolue, que sera-ce chez les adultes, qui généralement supportent facilement quelques jours de diète absolue au début de la plupart des pyrexies ? N'y a-t-il pas là quelque chose d'inexpliqué ou d'inexplicable dans la pensée du professeur de l'Hôtel-Dieu qu'il importe de méditer, dans la crainte qu'on n'adopte trop légèrement des préceptes qui paraissent contraires à l'expérience ?

M. DUHAMEL. Vous savez combien, il y a une trentaine d'années, l'on abusait de la diète ; je vois avec peine qu'aujourd'hui nous constatons une certaine tendance à l'excès opposé. Je m'associe à MM. Legroux et Terrier pour qu'on ne se hâte pas d'alimenter au début de la fièvre typhoïde. Et d'abord, savons-nous, à ce début, si nous avons réellement affaire à une fièvre de nature typhoïque ? Est-ce que la variole, la scarlatine, etc., n'offrent pas la plupart du temps des symptômes qui peuvent, dans les premiers temps, les faire confondre avec la fièvre typhoïde, jusqu'à ce que le cachet particulier ait signalé chaque affection ? Et je ne sache pas, jusqu'ici, que les plus osés aient conseillé d'alimenter dans la variole, la scarlatine, etc. Que vers le troisième septénaire, si le malade présente un certain épuisement, on ait recours à une légère alimentation, je le conçois, mais je vois avec peine des professeurs qui, par opposition aux erreurs de l'ancien système, s'exposent à tomber dans un excès contraire en voulant alimenter trop ou trop prématurément.

M. ARCHAMBAULT. J'ai connu un médecin, exerçant à Nancy, qui, il y a vingt ans de cela, alimentait tous les malades atteints de fièvre typhoïde. Je n'ai jamais compris un pareil système, bien que j'admette certains cas où il faut donner des aliments avec prudence et progressivement.

M. TERRIER. Voilà donc une société, et ce fait me paraît grave, qui pose une question de la plus haute importance, celle de l'alimentation au début des fièvres typhoïdes ; cette question est résolue affirmativement dans les cliniques, et les jeunes médecins, fidèles à la voix du professeur, voient mourir leurs malades pour avoir trop bien suivi la méthode qui leur a été enseignée.

M. RAMON. Il est, dans les maladies, un signe dont on ne tient pas assez de compte, ce signe tient du malade lui-même, c'est un certain instinct qui le porte à désirer ou à repousser les aliments ; je crois, pour ma part, que quand un malade désire des aliments, on peut lui en accorder dans une sage mesure.

Ophthalmie traumatique. — M. MAGNE donne communication de l'observation suivante, rédigée par M. le docteur Lequoy :

Le 17 juillet, je fus appelé par le sieur Amand A..., cultivateur, pour une ophthalmie qui s'était déclarée, disait-il, depuis deux jours en liant du foin ; cet homme est d'une bonne constitution. En travaillant aux foins, il s'est senti pris subitement d'une douleur vive à l'œil gauche, comme s'il y était entré des grains de sable ; il a fait examiner son œil par un camarade, qui n'y a vu qu'une petite piqûre saignante au milieu de l'œil ; la douleur néanmoins a augmenté, et Amand a dû cesser tout travail.

A l'inspection, l'œil présente un gonflement général ; la conjonctive palpébrale est tuméfiée ; la sclérotique a perdu sa blancheur, et est parsemée de nombreux vaisseaux. Le mouvement de l'œil est difficile, les larmes coulent abondamment ; le malade éprouve dans l'œil un sentiment de brûlure. L'examen, qui se fait du reste difficilement, ne laisse découvrir aucun corps étranger.

Nous prescrivons : Collyre à l'azotate d'argent, 5 centigrammes pour 30 grammes ; des compresses froides imbibées d'une solution saturée de pierre divine ; 60 grammes sulfate de magnésie ; 5 milligrammes tartre stibié pour un litre d'eau ; bains de pieds sinapisés.

Le 18, même état général ; chémosis commençant, douleur toujours très-vive, larmoiement, photophobie. — Saignée de 600 grammes ; continuation des compresses froides ; addition de laudanum de Rousseau ; bains de pieds.

Le 19, soulagement pour l'intensité de la douleur ; rougeur peut-être moins vive, mais le chémosis continue. — Même traitement, sauf la saignée ; cautérisation légère avec l'azotate d'argent.

Le 20, même état.

Le 21, recrudescence des douleurs, qui sont surtout intolérables la nuit et privent le malade de sommeil ; le chémosis marche toujours et menace d'envahir la cornée ; toute exploration devient impossible. — Même traitement ; 15 sangsues derrière l'oreille ; onguent napolitain ; extrait de belladone en frictions sur la tempe gauche.

Le 22, diminution des grandes douleurs, mais le chémosis augmente toujours.

Cautérisation légère. Le larmoiement continue, toujours brûlant ; trouble léger de la cornée ; opacité plus grande dans le bas.

Le 23, même état. — Teinture de jalap composée, 45 grammes.

Le 24, même état. Même médication. Douleurs intolérables ; chémosis toujours envahissant.

Le 25, état stationnaire. Depuis cette époque jusqu'au 29, aucun changement. Je demande alors une consultation avec le docteur Magne.

Etat de l'œil. — Gonflement général ; chémosis. La cornée est en grande partie opaque et comme déchiquetée. Hypopion occupant les deux chambres.

En explorant l'œil en vue de donner issue au pus, M. Magne retire de l'œil un corps étranger encore engagé dans la cornée et cause de tout le mal. Ce corps est le périanthe d'une plante qui se trouve mêlée au foin, et qu'on nomme, dans le pays, *courcaillet*. C'est le périanthe d'une espèce de carex dont les urcéoles sont très-acérés et denticulés sur les bords.

Vu l'intensité de l'inflammation encore existante, M. le docteur Magne est d'avis de faire une nouvelle application de sangsues, d'employer le calomel à doses fractionnées et de continuer les onctions d'onguent napolitain.

Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, il y a eu amélioration notable de l'état général de l'œil, mais il s'est passé quelque temps avant que la cornée, qui était enfoncée dans le chémosis, ait repris son niveau ; le pus colligé dans la chambre antérieure s'est résorbé lentement, en laissant un noyau central qui, aujourd'hui, a en partie disparu ; mais la cornée est devenue opaque par l'exsudation plastique entre ses lamelles ; les conjonctives sont encore très-injectées, et le malade, qui a repris quelques travaux, éprouve encore dans l'œil des douleurs lancinantes qui l'obligent parfois à garder le repos.

M. COURSSERANT rappelle qu'au moment de la moisson on rencontre habituellement des cas analogues. Il se rappelle un diagnostic dont il a été le témoin et qui lui semble remarquable par la hardiesse avec laquelle il a été porté ; il s'agissait d'un malade, offrant une ophthalmie violente accompagnée de granulations ; le chirurgien, tenant compte de la rapidité des progrès de l'ophthalmie et de l'époque récente de son apparition, diagnostiqua la présence d'un corps étranger, d'une barbe de graminée ; le fait était exact.

M. MAGNE pense que le merveilleux du diagnostic cesse, si l'on se rappelle les antécédents. En effet, une ophthalmie aiguë, survenant tout d'un coup, au temps de la moisson, chez une personne travaillant aux champs, et prenant rapidement des caractères largement inflammatoires, le chirurgien doit déjà se trouver sur ses gardes et pratiquer la recherche minutieuse d'un corps étranger. C'est le cas de dire qu'une grande somme de probabilités équivaut presque à une preuve.

Le secrétaire annuel, Dr Al. MAGNE.

Le compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine nous annonçait la mort de M. Kéraudren, membre de la section d'hygiène, et ancien inspecteur en chef de la marine.

Nous ne saurions laisser fermer la tombe de cette illustration de la marine, sans accompagner de nos regrets celui qui pendant plus d'un demi-siècle présida aux destinées de nos confrères de la flotte.

Né à Brest en 1769, M. Kéraudren entrait à l'école de médecine navale de cette ville le 1er août 1782. Ses études avaient été brillantes, il parcourut facilement les premiers grades qu'il obtint au concours. Tout jeune encore, il s'était fait remarquer de l'amiral Bruix, qui faisait grand cas de ce jeune chirurgien, et le recommanda à son ami l'amiral Decrès, ministre de la marine.

M. Kéraudren vit s'ouvrir alors devant lui une nouvelle carrière. Placé à la direction du service de santé, il étudia toutes les questions qui pouvaient en améliorer l'existence, créa l'Ecole d'Anvers, et reçut en 1813, par un décret daté de Moscou, sa nomination au grade d'inspecteur en chef, grade que l'Empereur rétablit en sa faveur.

Pendant toute la Restauration, M. Kéraudren se livra à l'étude de questions qui donnèrent lieu à l'ordonnance royale du 17 juillet 1835, portant constitution définitive du corps des officiers de santé de la marine.

Au milieu de ces grands travaux administratifs, M. Kéraudren s'était créé des titres plus durables au souvenir des savants. Hygiéniste et écrivain des plus remarquables, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, dont il fut un des fondateurs, et le *Grand Dictionnaire des sciences médicales* de Panckoucke contiennent de lui des articles d'hygiène fort estimés.

Mis à la retraite en 1845, M. Kéraudren s'est éteint à l'âge de 90 ans, le 18 août 1858.

Après un discours officiel de M. Devergie, l'honorable M. Quoy, inspecteur en chef du service de santé de la marine, est venu payer un dernier tribut d'hommage et d'affection à celui qui fut son maître, et dont il occupe aujourd'hui la place avec tant de distinction.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la place de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux commencera le 18 décembre prochain.

Pendant la durée de ses fonctions, le chirurgien adjoint remplace le chirurgien titulaire en cas d'absence, et fait, aux époques qui lui sont assignées par le règlement, le service des admissions et des consultations à l'hôpital Saint-André.

Ces fonctions sont gratuites, sauf dans le cas de remplacement du titulaire pendant un ou plusieurs mois, et le service des admissions conformément aux articles 17 et 30 du règlement précité.

S'adresser au secrétariat de l'administration des hospices de cette ville pour tous les renseignements relatifs à ce concours.

— M. le docteur Fallot (de Bruxelles) vient d'être nommé par S. M. le roi de Portugal commandeur de l'ordre du Christ, et par S. M. le roi de Grèce officier de l'ordre du Sauveur.

M. le docteur E. Warlomont, également de Bruxelles, vient aussi de recevoir de S. M. le roi de Portugal la croix de chevalier de Notre-Dame de la Conception, et de S. M. le roi de Grèce la croix de chevalier de l'ordre du Sauveur.

— Alexis Mathieu, âgé de 45 ans, marchand de lapins à Troyes, comparaît sous la prévention d'exercice illégal de la médecine dans les circonstances suivantes :

Le sieur Mathieu avait pratiqué sur les jambes d'un nommé Degris des vésicatoires avec l'ammoniaque liquide, pour le guérir d'une hydropisie assez grave, et pour laquelle Degris n'avait pas jugé à propos de consulter un médecin. Il en résulta des plaies considérables qui exigèrent enfin un traitement régulier.

Le docteur Guichard, qui donne ses soins à la victime de Mathieu, est entendu comme témoin ; il déclare qu'il est de règle d'éviter l'application d'agents irritants sur la peau qui est le siége d'une hydropisie, parce qu'on ne peut pas en calculer exactement l'effet. L'organe tégumentaire ayant subi des altérations dans sa texture et ses propriétés vitales, on est exposé à produire des inflammations gangréneuses souvent très-redoutables.

C'est ce qui est arrivé à la suite de l'imprudence du sieur Mathieu : une gangrène étendue succéda à la vésication, puis des plaies larges, profondes, douloureuses, et qui exigèrent beaucoup de temps pour leur guérison.

La maladie du sieur Degris, loin d'être améliorée par cette fatale opération, a été aggravée au contraire. Il est toujours malade et n'a pu se rendre à l'audience.

Déclaré coupable, Mathieu a été condamné à 15 fr. d'amende.

Souscription en faveur de deux confrères malheureux.

	fr.	c.
MM. Handvogel, à Paris.	5 fr.	» c.
Un anonyme de la Rochelle.	3	»
Otterbourg, à Paris.	5	»
Triouiller, à Thiers.	5	»
Villars, à Avignon.	3	»
Laennec, à Nantes.	5	»
Quatre étudiants en médecine.	11	35
Ballard, à Saint-Léger-les-Charnay.	4	»
Total de la liste précédente.	247	»
Total des sommes reçues jusqu'à ce jour.	288 fr.	35 c.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 101. — SAMEDI 28 AOUT 1858. (31e ANNEE.) N° 101. — SAMEDI 28 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Application de la méthode de M. Bonnet (de Lyon) au traitement des coxalgies.

Nous avons reproduit par extraits les diverses communications que M. le professeur Bonnet (de Lyon) a faites aux corps savants sur les diverses méthodes thérapeutiques qu'il a introduites dans le domaine chirurgical, et en particulier sur le traitement des coxalgies.

Ces importantes communications ont soulevé au sein de la Société de chirurgie une discussion du plus haut intérêt ; nous avons pensé que nos lecteurs nous sauront gré d'avoir rapproché dans le même numéro l'exposition de la méthode de M. Bonnet, des remarques dont elle a été l'objet.

Nous avons annoncé aussi que l'éminent chirurgien avait fait à la Clinique, dans le service de M. Nélaton, l'application des principes exposés dans ses communications.

Nous ne reproduirons pas ici la remarquable leçon qu'il a faite à ce sujet en présence des médecins et des élèves qui suivent la clinique de M. Nélaton ; nous nous bornerons à rappeler en quelques mots, à l'occasion des deux faits que nous allons rapporter, les idées fondamentales sur lesquelles M. Bonnet s'appuie pour recommander sa méthode, et à exposer surtout le manuel opératoire et le système de moyens contentifs auxquels doit être attribuée une part importante dans le succès.

Le premier malade qui a été confié à M. Bonnet était un garçon de dix ans, atteint d'une coxalgie avec raccourcissement apparent du membre, mais allongement réel à la mensuration, fait bien facile à saisir lorsqu'on sait qu'il faut attribuer la plupart des variations de longueur du fémur, non pas aux changements de situation, à la luxation de cet os, mais aux déviations du bassin. La luxation proprement dite est rare, en effet, et quand il existe un raccourcissement, cela tient à ce que la tête du fémur est remontée dans la cavité cotyloïde agrandie par la destruction du tissu osseux, et nullement à ce que cette tête se serait échappée de la cavité articulaire.

La première indication, aux yeux du chirurgien de Lyon, quand il se trouve en face d'une coxalgie, c'est de replacer la tête dans la position normale pour corriger la déformation du membre. On peut rencontrer divers obstacles ; d'une part, une ankylose vraie ou osseuse, et dans ce cas il n'y a rien à faire, ou du moins la méthode que nous exposons ici n'est pas applicable ; mais dans la plupart des cas, la tête est maintenue par des adhérences fibreuses, la rétraction de la capsule et des tendons. Voici comment M. Bonnet procède dans ce cas. Il provoque chez son malade le sommeil anesthésique, afin de faire cesser toute contraction musculaire et de bien s'assurer en quoi consiste la déformation ; mais pour connaître les rapports exacts du fémur et du bassin, il faut détruire cette déviation pelvienne qui en impose pour un changement de rapports de la tête fémorale, il faut mettre les épines iliaques sur le même plan ; et le meilleur moyen, c'est de fléchir le membre abdominal.

Dans le cas que nous avions sous les yeux, la cuisse était fléchie à 45° à peu près ; il n'y avait point de luxation, quoiqu'il existât une saillie assez prononcée du grand trochanter. Outre la flexion, on trouvait une adduction prononcée et une rotation en dedans. Il s'agissait de détruire les adhérences. Le mouvement qui expose le moins à rompre la tête du fémur quand le tissu osseux est altéré, est l'impulsion d'avant en arrière et d'arrière en avant. C'est ce qu'a fait M. Bonnet ; puis il a exécuté de légers mouvements d'extension et de flexion combinés avec des mouvements d'abduction et de rotation en dehors.

L'opérateur a fait remarquer à ce sujet combien une machine, quelque perfectionnée qu'on la suppose, est inférieure à la main du chirurgien. La machine ne produit qu'un mouvement donné ; mais ce qu'elle ne produit pas, c'est une série de mouvements ayant pour but de restituer la mobilité dans tous les sens.

Au bout de vingt minutes à peu près, M. Bonnet obtint le degré d'extension qui lui parut suffisant, et la corde tendue des adducteurs, qu'il était disposé à diviser au besoin, avait elle-même cédé à la traction.

Faisant alors maintenir le membre dans sa nouvelle position, il appliqua lui-même avec un soin infini les nombreuses pièces de l'appareil qu'il emploie. Il roula autour du membre des bandes de ouate, qu'il fixa par quelques circulaires ; des lames de carton imbibées de colle d'amidon liquide furent appliquées par-dessus, non-seulement sur toute l'étendue du membre abdominal, mais encore tout autour du bassin, afin de l'immobiliser. Ces lames de carton furent recouvertes à leur tour de nombreuses bandes amidonnées d'une longueur considérable eu égard à l'âge de l'enfant. Mais il fallut donner à cet appareil une forme convenable jusqu'à ce que la solidification se fût effectuée. M. Bonnet met en usage à cet effet des attelles en fer recuit qui ont le grand avantage de pouvoir être adaptées à toutes les formes du membre et d'être en même temps inflexibles.

Une objection a été faite à M. Bonnet ; mais il était allé lui-même au-devant. N'y avait-il pas quelque danger d'inflammation à la suite de mouvements aussi étendus et aussi prolongés, imprimés à une articulation malade ? Ce danger n'est qu'imaginaire. En effet, sans mettre en ligne de compte que ces mouvements répétés sont méthodiquement imprimés, M. Bonnet regarde, d'une part, le coton qui, par sa présence, entretient autour du membre une moiteur uniforme, et, d'autre part, l'immobilité, comme les meilleurs antiphlogistiques ; il donne enfin les résultats de son expérience, qui confirment ses allégations ; jamais il n'a vu de suppuration, même dans le cas où il a dû pratiquer des sections sous-cutanées.

— Le deuxième sujet était une petite fille de cinq ans affectée d'une tumeur blanche du genou. En explorant avec soin, M. Bonnet reconnut un abcès profond très-circonscrit, quoique la présence de fongosités pût induire en erreur ; l'existence des fongosités était attestée par le développement des veines sous-cutanées, aussi prononcé qu'aux environs d'une tumeur cancéreuse. On sait que ces deux productions pathologiques sont pénétrées de veines nombreuses. La déformation consistait en une flexion de 45° à peu près, en une abduction légère avec luxation incomplète du tibia rendue évidente par une dépression sous-rotulienne et le point de rencontre des axes du tibia et du fémur, qui, au lieu de se trouver au niveau de l'article, se trouvait au-dessus des condyles fémoraux.

Outre cette déformation de la région du genou, l'œil exercé de M. Bonnet reconnut une déformation de la région pelvienne : l'épine iliaque du côté malade était plus élevée, il y avait une concavité à la région lombaire. La hanche était saine pourtant ; mais à l'affection du genou il fallait joindre une roideur siégeant à l'articulation coxo-fémorale avec flexion et adduction, et si l'on n'eût remédié à cette difformité, la malade aurait guéri avec une direction de la cuisse malade telle, qu'elle serait venue croiser la cuisse du côté sain.

Il fallait faire disparaître la double déformation ; à cet effet, M. Bonnet imprima à l'articulation de la hanche, puis à celle du genou, des mouvements méthodiques ; puis il fit maintenir l'extension.

M. Bonnet a fait remarquer que, dans le cas qu'il avait sous les yeux, la maladie était plus importante que la déformation ; qu'il fallait évacuer le pus, provoquer l'organisation de la lymphe plastique qui constitue les fongosités. Il remplit cette indication au moyen de la cautérisation, qu'il emploie d'une façon spéciale. Le chirurgien de Lyon fait la cautérisation sous le bandage amidonné, et depuis quinze mois, dit-il, 60 applications de caustiques ont toujours amené de beaux résultats. Il se sert, pour cet usage, de pastilles de potasse enveloppées dans de la ouate, pour que le liquide escharotique ne s'étende pas au delà du point où on a placé le caustique.

Un résultat singulier, qu'on obtient par cette cautérisation sous le bandage amidonné, c'est que l'action du caustique est presque indolente ; de plus la suppuration est infiniment retardée par l'occlusion des cautères, et, quand au bout de quinze jours on enlève le bandage, c'est à peine si l'on trouve le pus formé.

On vient de voir la méthode de redressement immédiat mise en usage dans deux cas particuliers ; cette méthode est également applicable à toutes les tumeurs blanches, même à celles de la portion cervicale du rachis.

Une fois les éléments de la déformation bien déterminés, assouplir la jointure, puis opérer le redressement, enfin assujettir les malades dans un bandage inamovible ; telle est cette méthode, méthode facile, qui n'est suivie ni d'inflammation ni de douleurs, et qui n'exige qu'une patience intelligente sans grand déploiement de force.

Mais le redressement opéré, tout n'est pas fini, même au point de vue mécanique ; le traitement n'est en quelque sorte encore qu'ébauché. C'est surtout ce que M. Bonnet a cherché à bien faire comprendre. Il faudra, quand le bandage aura été enlevé, se servir de tuteurs qui doivent être à volonté roides ou flexibles pour soutenir le membre ou l'habituer au poids du corps.

FEUILLETON.

Une nouvelle espèce de sucre. — Des accidents causés par les machines à vapeur.

Ah ! Cherbourg, Cherbourg ! Capoue des journalistes, tu nous permets donc enfin de reprendre la plume !

Il n'est que trop vrai, chers lecteurs, et nous aussi nous avons succombé à la tentation, et Cherbourg n'a même été que la *cause prédisposante* d'une échappée dans ce beau pays de Bretagne que d'augustes voyageurs réveillaient de son calme ordinaire. Nous ne vous dirons rien de cette rapide promenade au milieu d'un peuple au paroxysme de l'enthousiasme : on a tout dit sur la Bretagne.

Pendant que je courais ainsi de par les campagnes, un de nos plus habiles chimistes, M. Berthelot, faisait à l'Institut une lecture sur une nouvelle espèce de sucre. Depuis plusieurs années, l'auteur de cette étude, qui se livre à des travaux sur les matières sucrées, avait cru reconnaître l'existence d'un sucre présentant beaucoup d'analogie avec le sucre de canne. Il traitait alors cette exsudation sucrée du mélèze, qu'on désigne sous le nom de manne de Briançon, et qui autrefois reçut une application en pharmacie ; mais il n'avait pas à sa disposition une quantité suffisante de manne, et ne put conduire à fin ses expériences.

Depuis cette époque, grâce à l'obligeance de M. Meissas, ancien professeur de mathématiques au lycée Napoléon, il a pu reprendre son travail, et établir d'une manière fort exacte l'histoire de cette nouvelle espèce de sucre auquel il a donné le nom de *mélézitose*.

C'est l'histoire de cette substance que nous allons reproduire d'après le mémoire de M. Berthelot.

Le mélézitose séché à 110 degrés présente la même composition que le sucre de canne, et correspond à la formule $C^{12} H^{11} O^{11}$. Au-dessous de 140 degrés, il fond en un liquide transparent, sans éprouver d'altération sensible. Ses réactions sont semblables à celles du sucre de canne. Il ne réduit pas sensiblement le tartrate cupro-potassique, et n'est pas détruit à 100 degrés par les alcalis ; mais l'acide sulfurique concentré le carbonise à froid ; sous l'influence de l'acide chlorhydrique bouillant, il brunit rapidement. L'acide sulfurique dilué le métamorphose à 100 degrés en un sucre analogue ou identique au glucose, apte à réduire le tartrate cupro-potassique, et destructible à 100 degrés par les alcalis. L'acide azotique le change en acide oxalique, sans acide mucique. L'acétate de plomb ammoniacal le précipite. Le mélézitose, traité par la levûre, ne fermente que d'une manière lente et incomplète, parfois même tout à fait nulle ; mais s'il a été modifié par l'acide sulfurique, il fermente immédiatement, et se change presque entièrement en alcool et en acide carbonique.

Son pouvoir rotatoire, à 20 degrés, déduit d'une solution au 1/5 et rapporté à la teinte de passage, est égal à + 90°,3. Une solution renfermant 1/100 d'acide sulfurique déviait de + 17°,7 ; chauffée à 100 degrés pendant dix minutes, + 12°,2 ; une heure, + 9°,8 ; deux heures, + 9°, 8.

Ainsi le pouvoir rotatoire du mélézitose est supérieur d'un quart à celui du sucre de canne ; sous l'influence de l'acide sulfurique, il diminue plus lentement que celui du sucre de canne et ne change pas de signe, tandis que le sucre de canne s'intervertit ; cette remarque est essentielle. Le pouvoir rotatoire du mélézitose modifié est presque identique à celui du glucose.

Ces caractères, joints au goût moins sucré et à la fermentation beaucoup plus difficile, distinguent le mélézitose du sucre de canne.

Le tréalose se distingue du mélézitose par son pouvoir rotatoire égal à + 208 degrés et par une stabilité notamment plus grande.

Quant au mélitose, il possède un pouvoir rotatoire à peine différent de celui du mélézitose et qui varie de même sous l'influence de l'acide sulfurique. Mais le mélitose fermente plus facilement et avec un caractère spécial, car il ne fermente que par moitié ; de plus, il fournit de l'acide mucique.

D'après ces faits, on voit que le sucre de canne, longtemps isolé par ses caractères, devient le type d'une catégorie de corps sucrés dont le nombre va toujours se multipliant. La même remarque s'applique au sucre de raisin.

Pour la nuit on se sert de gouttières en fer recuit, qui se montent sur la forme des membres.

Il faut de plus agir sur l'état général par les moyens pharmaceutiques et surtout hygiéniques : l'exercice et le bon air principalement; et c'est en permettant aux malades l'exercice, en rendant possible leur transport immédiat dans une localité salubre, que M. Bonnet complète un système de traitement dont tous les éléments sont si heureusement combinés en vue de leur fin commune.

Mais tout n'est pas encore achevé : on s'est occupé jusqu'ici de la forme, mais non de la fonction qui agit sur la forme comme celle-ci agit sur la fonction ; au bout d'un ou deux mois (époque à laquelle on enlève le premier appareil, quand on ne se sert pas de la cautérisation), on imprime quelques mouvements aux articulations. C'est ici que M. Bonnet fait usage des ingénieux appareils de mouvement qu'il a imaginés pour toutes les articulations, et que les malades peuvent eux-mêmes mettre en usage.

Pour nous résumer, trois points importants sont à signaler dans le mode de traitement de M. Bonnet. Le premier point, c'est le redressement immédiat; le deuxième, c'est la cautérisation sous le bandage amidonné; le troisième, enfin, est l'usage des appareils de mouvement.

Ajoutons que chez les deux malades de M. Nélaton, ce qu'avait annoncé M. Bonnet s'est parfaitement réalisé. Le petit garçon atteint de coxalgie a vu toutes les douleurs cesser au bout de trois ou quatre heures après l'opération; il a commencé à marcher avec des béquilles dès le quatrième jour. La petite fille n'a, pour ainsi dire, pas souffert de la cautérisation sous le bandage amidonné, si l'on en juge par le peu de douleur qu'elle a manifestée.

Il est important d'ajouter, enfin, que M. Bonnet considère comme une des indications principales et comme le triomphe en quelque sorte de sa méthode, les cas dans lesquels la jointure est très-douloureuse ; le redressement immédiat et l'immobilité font cesser les douleurs, quelle qu'ait été leur acuité.

Empyème pulsatile.

M. Aran a observé récemment sur une jeune fille de douze ans un exemple d'une variété particulière de pleurésie chronique très-rare, qui a été décrite, il y a un grand nombre d'années déjà, par Stokes (de Dublin) sous le nom d'*empyème pulsatile;* elle consiste en une pleurésie purulente diaphragmatique du côté gauche, avec foyer saillant à l'extérieur, et formant une tumeur fluctuante à laquelle le voisinage du cœur imprime des battements semblables à ceux d'un anévrysme.

Voici la relation sommaire de ce fait, tel que M. Aran l'a communiqué à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux dans une des dernières séances.

La jeune malade, d'une constitution délicate, après une série d'accidents fébriles, a vu se développer sur le côté gauche de la poitrine, à quelques millimètres du sternum, une tumeur qui, après avoir formé au début une très-petite saillie, a disparu, pour reparaitre ensuite, et s'est accrue considérablement dans ces derniers temps. Le professeur Walther, ayant été consulté par les parents de la malade, qui est Allemande, a proposé une opération. Le père, sur cette proposition, amena l'enfant à Paris; ce fut alors que M. Aran fut consulté.

Quand il la vit pour la première fois, il constata les phénomènes suivants : pâleur de la face, peau chaude, pouls à 120; 36 respirations à la minute. La tumeur, qui avait la forme d'une demi-sphère, était située à gauche du sternum, et occupait l'intervalle compris entre le troisième et le septième espace intercostal. La peau qui la recouvrait était amincie, d'une rougeur livide, et semblait prête à se rompre. Elle présentait des battements très-manifestes, isochrones aux battements du pouls; mais, de plus, elle offrait des mouvements d'expansion et de retrait en rapport avec les mouvements respiratoires, de telle sorte qu'elle se projetait fortement en avant dans l'expiration et se creusait dans l'inspiration.

Cette tumeur, d'après M. Aran, simulait à s'y méprendre un anévrysme; mais se rappelant le mémoire de M. Stokes, il ne s'y trompa point, et fut bientôt convaincu qu'il avait affaire à un empyème pulsatile.

Après avoir pris l'avis de plusieurs confrères, il fit une ponction exploratrice, qui donna issue à environ un grand verre de pus. La petite plaie étant restée béante, la tumeur diminua ainsi que les battements; mais, chose remarquable, ajoute M. Aran, les mouvements d'expansion et de retrait devinrent plus prononcés. La petite plaie finit par se fermer, mais le liquide se reproduisit. Une deuxième ponction fut pratiquée, mais cette fois avec un trocart plus volumineux, et un litre et demi de pus s'écoula au dehors. Le cœur et le foie, qui avaient subi un déplacement notable, ont repris leur place accoutumée après cette seconde ponction; au moment où M. Aran faisait cette communication à la Société médicale des hôpitaux (9 juin), la malade était en bonne voie, et tout faisait espérer qu'elle guérirait.

Nous devons à l'obligeance de notre confrère les renseignements suivants sur ce qui s'est passé depuis cette époque, et sur l'état actuel de la petite malade; nous nous empressons de les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Ma petite malade, nous écrit M. Aran, est aujourd'hui parfaitement guérie, en ce sens que sa santé générale est parfaite; mais elle conserve les traces de son ancienne pleurésie gauche : affaissement considérable de ce côté avec commencement d'inclinaison de la colonne vertébrale, saillie de l'omoplate et de la clavicule gauches; le cœur n'est pas revenu entièrement à sa place, mais il commence à déborder le côté gauche du sternum, et se trouve sous cet os; la respiration s'entend de haut en bas dans le côté gauche, en arrière et en avant, sans qu'il y ait de tympanisme nulle part; mais la respiration est fort rude, presque soufflante; bronchophonie diffuse sans égophonie ; une seule petite fistule persiste, qui donne issue à quelques gouttes de pus dans les vingt-quatre heures; la malade se promène, marche, court toute la journée, et a grandi sensiblement; elle est maigre, mais elle a toujours été ainsi, et d'ailleurs le côté droit de la poitrine reste emphysémateux comme par le passé.

M. Stokes ne s'est pas occupé dans son mémoire du mécanisme des mouvements qui animent ces sortes de tumeurs; il s'est contenté de dire qu'il s'agissait là de mouvements communiqués. M. Aran croit qu'il faut les attribuer au siége même de cette pleurésie qui, au lieu d'exister en arrière et en dehors, comme cela s'observe le plus habituellement, est située en avant et en dedans. L'épanchement siégeait, en effet, dans le cas actuel, sur la partie latérale du péricarde, et reposait sur le diaphragme. C'était donc une pleurésie diaphragmatique. Ce siége de la poche purulente expliquerait, d'une part, les mouvements isochrones aux battements du pouls, et, d'une autre part, les mouvements d'expansion et de retrait de la tumeur, laquelle suivait les mouvements du diaphragme. Ce siége de l'épanchement explique encore, suivant M. Aran, les douleurs dans l'épaule gauche, qui ont marqué le début de la pleurésie chez cette malade, et les douleurs de retentissement qui ont eu lieu dans le coude, par suite probablement des anastomoses du nerf phrénique avec le plexus brachial.

De quelques accidents de revaccination.

Il se fait en ce moment dans l'armée, en France, une large application d'une mesure hygiénique dont plusieurs peuples voisins ont déjà apprécié depuis longtemps les bons effets, la revaccination. Depuis que la pratique des revaccinations a été prescrite d'une manière générale dans tous les corps de troupe, nous avons reçu de plusieurs de nos confrères de l'armée des communications relatives aux résultats qu'ils ont constatés et aux observations particulières qu'ils ont été à même de faire sur les sujets revaccinés. Il sera intéressant, quand nous aurons pu réunir ces documents en nombre suffisant pour pouvoir en tirer quelques déductions générales, d'en présenter un résumé analytique à nos lecteurs. Mais en attendant que ces documents nous parviennent, on nous saura gré de faire connaître soit les observations partielles qui peuvent présenter quelque intérêt, indépendamment du but même et du résultat général de la revaccination, soit les accidents qui peuvent exceptionnellement résulter de cette pratique, afin que connaissant mieux les causes ou les circonstances fortuites qui ont pu leur donner naissance, on soit à l'avenir mieux en mesure d'en prévenir le retour. C'est sur une catégorie de faits de cet ordre que nous désirons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Plusieurs journaux ayant parlé d'accidents survenus sur des soldats de la garnison de Toulouse, à la suite des revaccinations, et de la mission générale dont M. H. Larrey a été chargé à cette occasion en sa qualité d'inspecteur du service de santé militaire, notre honorable et savant confrère a cru devoir exposer devant l'Académie de médecine les faits dont il a été témoin, et qui ont été l'objet d'une enquête officielle de sa part. Ces faits, en même temps qu'ils sont de nature à rassurer complétement les esprits sur les conséquences immédiates de la revaccination, renferment d'utiles enseignements que nous n'avons pas voulu, à notre tour, laisser perdre pour nos lecteurs.

Les voici :

Une lettre du médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse informait le président du conseil de santé que quelques hommes du 10ᵉ d'artillerie étaient entrés à l'hôpital avec des accidents graves survenus à la suite d'une revaccination faite le 21 juin. Il s'agissait surtout d'engorgements des ganglions axillaires et d'érysipèle phlegmoneux des bras.

Un rapport adressé au conseil de santé le 1ᵉʳ juillet, par le médecin-major du régiment, rendait compte des antécédents, dont les détails se réduisent à ceci :

Soixante hommes avaient été vaccinés, avec les précautions voulues, par le médecin aide-major, d'ailleurs très-exercé à cette petite opération.

Le vaccin avait été pris le huitième jour sur trois hommes sains et robustes, présentant les pustules caractéristiques, et n'ayant jamais été atteints d'affections contagieuses.

Dès le lendemain, l'un des artilleurs était atteint de phlegmon diffus à l'un des bras, avec complication de fièvre typhoïde, dont l'origine, présumée antérieure à la revaccination, mais demeurée latente jusque-là, s'était révélée immédiatement après.

Le 24, un second cas analogue à celui-là, offrant des accidents phlegmoneux et des symptômes typhoïques, se présentait, mais avec moins de gravité que le précédent.

Puis le 25 et les jours suivants, sept autres canonniers se trouvaient pris de phlegmon diffus à l'un des bras seulement, et sans complication de fièvre typhoïde.

Des soins immédiats et bien entendus, des incisions et des débridements, ou des contre-ouvertures, avaient en partie remédié aux accidents progressifs de suppuration profonde et d'étranglement gangréneux. Une sage décision, enfin, provoquée par les médecins-majors de la place, avait déjà suspendu les revaccinations jusqu'à nouvel ordre.

Mais les causes de ces graves accidents semblaient incertaines ou difficiles à déterminer, lorsque le ministre de la guerre résolut d'envoyer sur les lieux l'un des inspecteurs. Chargé de cette mission, M. Larrey en a rendu compte au ministre dans un rapport dont voici les principales considérations :

La revaccination, faite le 21 juin sur soixante hommes du 10ᵉ d'artillerie, a été suivie, chez neuf d'entre eux, d'accidents graves, les uns généraux, de forme typhique, les autres locaux, de forme érysipélateuse.

Les accidents de forme typhique se sont manifestés dans trois cas, dont l'un, chez un homme qui n'avait été qu'indisposé avant la revaccination, et qui, s'étant rétabli, avait repris son service sans se plaindre de faiblesse ni de fatigue. Un autre, sans paraître non plus malade au moment de la revaccination, éprouvait

---

En effet, le mot glucose, appliqué jadis au sucre de raisin seulement, désigne aujourd'hui toute une série de principes sucrés distincts, tels que le glucose de raisin, le glucose de malt, le glucose de fruits, le glucose de ligneux, le glucose lactique et peut-être le glucose de gomme, etc.; tous ces glucoses sont des corps sucrés, directement fermentescibles, altérables par les alcalis, aptes à réduire le tartrate cupro-potassique, etc.

De même à côté du sucre de canne sont venus se grouper divers sucres difficilement fermentescibles, non altérables à 100 degrés par les alcalis et par le tartrate cupro-potassique, représentés à 130 degrés par la formule $C^{12}H^{11}O^{11}$, modifiés par les acides et transformés en des sucres nouveaux appartenant à la catégorie des glucoses.

— De l'Institut, transportons-nous dans une société beaucoup plus modeste, mais qui nous donnera aujourd'hui un travail intéressant à consulter. M. Dolfus est l'auteur d'une note qu'il a lue à la Société industrielle de Mulhouse, et qui contient des préceptes de prudente précaution que nous serions tous fort heureux de voir enfin mis en pratique.

Il s'agit des blessures causées par les machines en mouvement. Nous avons tous applaudi à l'application de la vapeur aux divers métiers dont se sert l'industrie. Mais de combien de plaies de toutes sortes cette application n'a-t-elle pas été la cause ! Il suffit, pour s'en convaincre, de visiter les hôpitaux des villes manufacturières, et à Paris ceux des quartiers où l'industrie a établi ses grandes usines.

M. Dolfus a étudié ces accidents dans une classe particulière de machines, celles qui servent à filer; son travail peut cependant servir comme thèse générale, car toutes les machines reçoivent plus ou moins leurs mouvements par les mêmes intermédiaires, courroies, arbres de transmission, engrenages, etc.

Que de fois n'avons-nous pas, à la vue d'horribles délabrements, regretté vivement les dangers de la machine à vapeur ! Eh bien, M. Dolfus vient nous prouver une fois de plus que ces accidents ont presque toujours lieu par l'imprudence même des ouvriers. Nous admettons d'autant mieux cette assertion, qu'il nous a été donné bien souvent d'en constater la justesse. Des enfants, des hommes d'une imprévoyance incroyable, forment le plus grand nombre de ces blessés.

Mais cette concession faite, la construction des machines ne présente-t-elle pas en elle-même une source de dangers qu'il serait facile de prévoir ? C'est ce que M. Dolfus expose dans la suite de son travail.

Et d'abord, le *couvre-engrenage* est un grand préservatif : arbres de transmission, engrenages, courroies, que tous ces dangereux auxiliaires soient plus ou moins enfermés dans des enveloppes, des plaques de recouvrement, variant selon les machines, et l'on évitera une grande source d'accidents.

L'ouvrier court au-devant du mal, c'est une triste vérité. Vous le verrez presque toujours graisser, huiler sa machine quand elle est en marche. Je sais bien que ce travail demande plus de temps et de soin pendant son repos; cependant n'y a-t-il pas un devoir pour les chefs d'établissements industriels de défendre une pratique si dangereuse?

Le trop grand rapprochement des machines dans un atelier, l'absence de grilles qui les isolent, sont autant de nouvelles causes d'accidents. Il semble suffisant de les signaler aux hommes honnêtes et soucieux de la vie de leurs ouvriers, pour voir adopter les mesures que commande la plus stricte prudence.

Nous n'avons pas voulu entrer ici dans des détails sur lesquels insiste surtout M. Dolfus; il nous a paru préférable de signaler les traits les plus généraux de précautions si faciles à prendre. Le médecin est toujours homme de progrès, et ne doit rien oublier de ce qui peut non-seulement guérir, mais soulager et même préserver son semblable.

Dʳ E. Renaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 5 août 1858, MM. Rigaud, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Oberlin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de la même ville, sont chargés de présider les sessions d'examen qui doivent avoir lieu au mois de septembre prochain, pour la réception des praticiens de deuxième classe dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, situées dans les académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon.

— A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Guyon (Félix) a été nommé prosecteur.

un malaise et une lassitude dont le caractère insidieux masquait l'imminence d'une fièvre typhoïde.

Chez les malades de cette première catégorie, les accidents locaux n'ont été que consécutifs, à tel point qu'à leur entrée à l'hôpital, ces hommes, justement considérés comme fiévreux, furent placés dans la division de médecine.

Chez les malades de la deuxième catégorie, au contraire, les accidents locaux se sont produits tout d'abord à l'exclusion même des accidents généraux secondaires, mais ils n'en ont pas été moins graves. Ces accidents locaux procédaient tous de l'érysipèle phlegmoneux, avec ou sans inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

Un fait qui domine en quelque sorte tous les autres, c'est que des deux bras vaccinés sur chaque artilleur, le droit seul était atteint d'engorgement. Un cas unique faisait exception aux huit autres, et l'homme auquel il s'applique était gaucher.

Le développement des symptômes et des complications a été rapide; l'inflammation érysipélateuse était bientôt suivie de phlegmon diffus avec suppuration profonde, étranglement sous-aponévrotique et mortification partielle du tissu cellulaire et de la peau.

Les topiques émollients, les résolutifs et les médications simples n'ont pas suffi; il a fallu en venir à des incisions et à des débridements multiples, qui fort heureusement ont limité le mal.

L'amélioration due au traitement chirurgical a été, du jour au lendemain, très-sensible, et a permis d'espérer dès lors une guérison qui était très-avancée déjà à l'époque où ce rapport était rédigé.

M. Larrey, cherchant à apprécier les causes de ces accidents a signalé les influences suivantes, dont il lui a paru important de tenir compte :

D'abord la saison même pendant laquelle les revaccinations ont été faites (le mois de juin), et la température élevée de cette époque, qui peuvent être considérées comme les premières causes prédisposantes ;

En second lieu, la constitution médicale régnant alors à Toulouse, et caractérisée, en ville plus que dans les hôpitaux, par le développement d'un certain nombre d'érysipèles ; en dehors d'elle et à d'autres époques, on n'avait point observé d'accidents semblables à ceux dont la forme, au début, a été précisément érysipélateuse ;

Les fatigues du service de l'artillerie pendant les grandes chaleurs et à l'approche surtout de l'inspection générale, ont dû avoir également une influence sur ces manifestations morbides.

Il en est une, enfin, toute spéciale dans le cas présent, que l'exploration des malades et la connaissance des habitudes des soldats d'artillerie ou de cavalerie ont aisément révélée à M. Larrey. Bien que les soldats vaccinés dont il est question, eussent été, suivant la règle, exemptés du service pendant plusieurs jours, plusieurs d'entre eux (ceux précisément qui ont été malades), ne tenant aucun compte des recommandations de leurs supérieurs, et échappant à la surveillance, à peine sortis de la salle de vaccination, s'occupèrent de panser leurs chevaux et d'entretenir leur équipement.

Or on a déjà vu que sur les neuf soldats atteints d'accidents phlegmoneux à un seul bras, huit l'étaient au bras droit ; qu'un seul avait le bras gauche malade, et qu'il était gaucher.

C'est là, aux yeux de M. Larrey, la cause évidente et directe des accidents survenus, tout en tenant compte des circonstances générales au milieu desquelles ces accidents se sont développés.

Bien que ces faits, ainsi que M. Larrey en fait la remarque avec beaucoup de raison, ne soient point de nature à compromettre la pratique de la revaccination, il a pensé cependant très-sagement qu'il y avait des mesures à prendre ou à renouveler.

Voici celles qu'il a proposées pour l'avenir à la sanction du ministre, et qu'il a également soumises à l'Académie :

Si des accidents sérieux ou multiples se manifestent, par une cause ou par une autre, à la suite de la revaccination, il faut, avant tout, la suspendre et en ajourner assez loin la continuation.

En cas d'épidémie (autre, bien entendu, qu'une épidémie de variole), les revaccinations ne doivent pas non plus être faites ou continuées.

On devrait même tenir compte de la constitution médicale, indépendamment des épidémies proprement dites, et s'abstenir aussi, lorsqu'il existe dans la localité, soit des érysipèles, comme à Toulouse, soit quelques autres affections exanthémateuses ou éruptives.

L'élévation extrême de la température, comme l'intensité du froid, ne paraissant pas toujours favorables aux bons résultats de la revaccination, permettraient de la pratiquer de préférence au printemps ou à l'automne, à condition de la soustraire, autant que possible, à la coïncidence des épidémies afférentes à ces deux saisons.

Examiner attentivement les hommes qui doivent être vaccinés et s'assurer s'ils ne sont pas atteints de syphilis ou de divers symptômes morbides, dont la nature ou la gravité latente peut tendre à se manifester sous l'influence de la revaccination, ainsi que cela est arrivé à Toulouse chez les hommes affectés de fièvre typhoïde.

La dispense du service pendant les premiers jours qui suivent la revaccination, devrait être non-seulement réglementaire, mais absolument obligatoire.

Dans certains cas enfin, M. Larrey pense, et c'est là sa dernière proposition, qu'il serait utile aux médecins militaires de recourir à la position spéciale ou à l'expérience des médecins civils, soit pour se procurer du vaccin de bonne qualité, soit pour leur confier le soin des revaccinations pratiquées de bras à bras.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 août 1858. — Présidence de M. Deguise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Lebert et Bonnet (de Lyon) sont présents à la séance.

Tumeur fibro-plastique. — M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, demande la parole pour compléter l'observation de la tumeur qu'il a présentée dans la précédente séance. La malade, qui avait été pansée par le procédé en cuirasse ou par occlusion propre à ce chirurgien, n'a éprouvé aucun accident fébrile à la suite de la première opération. En enlevant ce matin l'appareil, M. Chassaignac a été très-étonné de trouver une nouvelle tumeur pédiculée, égalant presque en volume la première ; il ne pense point que cette seconde tumeur soit en totalité une production nouvelle; il se demande, au contraire, si après l'ablation, la portion restée dans la paroi abdominale ne s'est point soulevée de manière à former la saillie qui existait, en même temps qu'elle a augmenté de volume.

M. Chassaignac, en face de cette nouvelle végétation, a cru devoir recourir exactement au même procédé employé pour l'ablation de la première tumeur ; seulement ici l'application de la chaîne a été favorisée par la forme pédiculée qu'avait prise le produit morbide, et l'extirpation a pu en être pratiquée sans effusion de sang ; des cautères actuels ont été éteints sur le pédicule afin de le détruire le plus profondément possible. M. Chassaignac montre à la Société la nouvelle tumeur, qui a la plus grande ressemblance avec la première, et il profite de la présence de M. Lebert pour demander à cet habile micrographe de vouloir bien se prononcer sur la nature de ce produit morbide.

M. LEBERT, n'ayant point de microscope à sa disposition, ne peut se prononcer d'une manière formelle ; mais d'après la consistance de la tumeur et l'absence d'un véritable suc, il est disposé, comme M. Follin dans la séance précédente, à croire à l'existence d'un tissu fibro-plastique un peu vasculaire.

M. HUGUIER demande ensuite si toute la tumeur comprise dans l'épaisseur des parois abdominales a été enlevée dans cette seconde opération, ce qui pourrait alors donner à la malade une chance de guérison. M. Chassaignac ne peut l'affirmer ; il a enlevé tout ce qu'il lui a été possible et cautérisé le reste, mais il craint qu'il n'existe encore profondément du produit morbide.

CORRESPONDANCE.

M. Louis Saurel fait hommage d'un exemplaire de sa brochure intitulée : *De l'importance de l'ophthalmologie*, Montpellier, 1858.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes annonce à M. le président qu'il a alloué cette année à la Société de chirurgie une somme de 400 francs.

— M. DEPAUL, récemment élu membre titulaire, et retenu chez lui par une indisposition, écrit pour remercier ses nouveaux collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en lui donnant leur suffrage.

— M. A. Decès remercie la Société de lui avoir décerné le prix Duval.

— M. Houzelot, membre correspondant à Meaux, adresse la lettre suivante à l'occasion de l'anévrysme traumatique de l'artère radiale, qu'il a présenté dans la dernière séance :

... « La tumeur anévrysmale, qui était parfaitement ronde au début, est aujourd'hui, c'est-à-dire quinze jours après le premier emploi de la compression indirecte, devenue fusiforme ; sous peu de jours probablement, elle sera réduite à cet état de cordon fibreux qu'affectent les vaisseaux sanguins oblitérés. J'espère que ce renseignement lèvera les doutes émis par notre collègue M. Chassaignac, sur la nature de la tumeur. »

— A l'occasion de la correspondance, M. MARJOLIN offre à la Société, de la part de M. le docteur Friedrich Günzburg, le 8e volume du journal intitulé : *Zeitschrift für Klinische Medizin*. M. Günzburg demande à échanger régulièrement son journal avec les bulletins de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION.

Du redressement immédiat des membres atteints de coxalgie. — M. BONNET, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Lyon, expose sa *Méthode du redressement immédiat dans les coxalgies*.

M. BOUVIER répond à la communication de M. Bonnet par la citation suivante, qu'il emprunte au livre des maladies articulaires du chirurgien de Lyon, publié en 1853, p. 482. « Comme on le voit, la rupture » de l'ankylose est loin de réussir à la hanche comme au genou, et toutes » les objections qui s'élèvent contre cette méthode en général, pourront » être justifiées par l'expérience. On peut craindre d'une part de ne pas » rompre les adhérences, et si l'on agit avec trop de violence, surtout » dans les mouvements de rotation en dedans, de fracturer l'os de la » cuisse. Chez les scrofuleux, le danger d'une inflammation aiguë et » d'une marche plus rapide vers la suppuration se joint aux autres motifs d'hésitation ; enfin, on reste toujours dans l'incertitude d'obtenir » un redressement complet, et surtout d'avoir un membre assez solide » pour supporter la marche.

» De *nouvelles études* permettront sans doute de diminuer ces dangers et ces imperfections, mais quelles qu'elles puissent être, les difficultés seront toujours plus grandes, et les résultats plus imparfaits » qu'au genou. »

M. Bouvier en conclut aujourd'hui, d'après les faits exposés par M. Bonnet, que ce chirurgien a fait ces *nouvelles études*, qui ont modifié sa première opinion; il lui demande alors quelques éclaircissements relativement aux faits qui ont été cause, dans son esprit, d'aussi profondes modifications.

M. BONNET dit qu'il a fait connaître les principes du redressement des hanches dès l'année 1840 dans la *Gazette médicale de Paris*, et au commencement de 1844 dans son *Traité des maladies des articulations*. Il a cité dans ces mémoires les faits les plus probants pour démontrer que des malades affectés de coxite aiguë avec déformation se redressaient en quelques jours dans sa double gouttière des membres inférieurs, et que leur douleur se calmait dans la bonne direction et dans le repos que leur procurait cet appareil. Ce simple dépôt, il est vrai, dans un moule régulier, était insuffisant s'il y avait tumeur blanche, et à plus forte raison s'il y avait ankylose. Plus tard, M. Bonnet étendit à la hanche la méthode que Dieffenbach avait créée pour le genou, mais en lui appliquant les principes rigoureux qu'il a développés au commencement de sa communication, et il opéra ainsi le redressement immédiat des ankyloses de la hanche.

Le mémoire que M. Bonnet a publié en 1850 dans la *Gazette médicale de Paris* lui paraît établir suffisamment ces titres à cet égard ; aussi ce n'est pas sans étonnement qu'en 1854 il a vu M. Behrend (de Berlin) s'attribuer la priorité de cette méthode. Pour justifier une semblable prétention, M. Behrend cite les passages du *Traité des maladies des articulations* de 1844, de M. Bonnet, dans lesquels il a combattu la rupture de l'ankylose.

Mais la science avait marché depuis cette époque, et M. Bonnet avait marché avec elle; ce n'est, dit-il, qu'en passant sous silence ses travaux ultérieurs, que M. Behrend a pu s'attribuer une priorité que M. Bonnet ne peut lui concéder ni sous le rapport des principes ni sous le rapport des procédés.

Quoi qu'il en soit, les quatre observations citées par M. Behrend viennent, dit M. Bonnet, à l'appui de celles que j'ai publiées, et doivent contribuer à répandre une méthode que son utilité fera pénétrer sans doute avant peu dans la pratique générale.

M. BOUVIER fait observer à M. Bonnet que sa réponse se rapporte plutôt aux procédés opératoires qu'à la phrase qu'il lui a citée, et qui est relative aux enfants scrofuleux.

M. BONNET répond brièvement que l'immobilité absolue du membre, qui par son appareil est en outre protégé contre toutes les variations atmosphériques, prévient cette inflammation.

M. MARJOLIN demande à quelle époque de la maladie il faut employer le moyen de redressement : est-ce dans la période aiguë ou chronique ? En entendant M. Bonnet, on pourrait croire que la coxalgie est une des maladies les plus bénignes; ce n'est point l'avis du chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui la regarde au contraire comme très-grave ; il insiste donc pour savoir l'époque à laquelle il faut agir. Lorsque la nature a fait un pas vers la guérison, faut-il la troubler ? Lorsqu'il se produit une ankylose osseuse, que faut-il faire ? Il semble à M. Marjolin que l'on doit la respecter dans la crainte de rappeler des accidents qui pourraient avoir pour le malade les conséquences les plus funestes.

M. BONNET. Le redressement immédiat des coxalgies convient surtout à l'enfance et à la jeunesse. Avant la douzième année, il offre des chances presque certaines de succès, à moins que l'on n'ait affaire à des déformations datant de plusieurs années, et accompagnées de trajets fistuleux nombreux et cicatrisés.

M. Bonnet, répondant plus directement aux questions de M. Marjolin, dit qu'il n'a pas voulu disserter sur la gravité des maladies de la hanche, qu'il reconnaît également, mais seulement sur la question thérapeutique; il conseille de respecter les ankyloses osseuses, ainsi que les difformités qui s'accompagnent de vastes abcès froids. Il n'opère le redressement que si ces contre-indications n'existent point, et cela aux deux périodes; c'est à la période aiguë qu'il a appliqué pour la première fois la méthode, et il conclut que le redressement et l'immobilisation sont le meilleur moyen de traitement que l'on puisse opposer à la marche de la maladie. Dans l'état chronique, chez les enfants chez lesquels il trouve quelque trace de mobilité, il entreprend l'opération du redressement.

Il est vrai que la fixation du bassin, la rupture de l'ankylose, les sections sous-cutanées peuvent être indispensables; mais avec tous ces moyens, et souvent même sans y recourir, on peut ramener le membre inférieur, au moins en très-grande partie, dans une bonne direction. Ainsi, pour ne parler que des opérations pratiquées dans les quatre mois qui viennent de s'écouler, M. Bonnet a tenté huit fois le redressement immédiat des coxalgies.

Sur ces huit opérations, une seule est restée sans résultat; elle a été faite chez un jeune homme de dix-sept ans, dont la cuisse était pliée à angle droit depuis trois ans. Dans les sept autres cas, le redressement immédiat a été à peu près complet.

Si la proportion des réussites a été ainsi de sept sur huit, dit M. Bonnet, il faut l'attribuer à une coïncidence heureuse, à savoir : la grande proportion des enfants. Si la proportion des adultes eût été plus considérable, les insuccès ou les refus de tentatives auraient augmenté proportionnellement.

Du reste, ce n'est pas seulement dans la pratique de M. Bonnet, mais dans celle de plusieurs de ses collègues, que le redressement a été opéré. Depuis plusieurs mois, M. Valette, chirurgien en chef d'un service destiné aux enfants à l'hôpital de la Charité de Lyon, a fait du redressement la règle habituelle de sa pratique. M. Philipeaux (de Lyon) en a aussi fait plusieurs applications heureuses.

On ne doit plus s'attendre aux mêmes succès si des abcès par congestion sont réunis à la difformité. La cautérisation de ces abcès est loin de réussir comme au genou ou au pied, et lorsqu'ils sont ouverts spontanément ou artificiellement, le pus qui s'en écoule gêne l'emploi des moyens contentifs; en outre, ces abcès entretiennent une fièvre hectique à laquelle les malades finissent par succomber. M. Bonnet n'a réussi qu'exceptionnellement dans ce cas, et seulement lorsqu'il n'y avait qu'un seul abcès et qu'il existait des conditions favorables sous le rapport de la santé générale.

Chez les adultes, et même chez les adolescents, par conséquent passé la quinzième année, l'on éprouve des difficultés extrêmes de redressement, dès que les lésions datent de six mois, et à plus forte raison d'une ou de plusieurs années. Les cautérisations révulsives n'ont plus que des effets incertains, et les cautérisations profondes et directes peuvent entraîner des accidents.

M. BOUVIER n'admet point, d'après l'examen des faits, que les luxations, suite de coxalgies, soient toujours différentes des luxations traumatiques; il cite, comme s'étant également occupés du redressement, M. Langenbeck, qui le premier dans ces cas a appliqué le chlo-

roforme, puis MM. Crocq, Dieffenbach et Behrend. Il ne parlera que de la pratique des deux derniers.

Dieffenbach a publié trois observations; la première est de 1839, et ainsi résumée : « J'ai redressé la cuisse raccourcie et tirée en bau-
» par suite de carie de l'articulation de la hanche, au moyen de la sec-
» tion des muscles rétractés et d'une attelle droite. »

La seconde observation est de 1841 : « Contracture de l'articulation
» de la hanche, section du muscle droit antérieur de la cuisse, extent
» sion forcée du membre. Garçon de six ans, coxalgie depuis l'âge de
» dix-huit mois; forte flexion, la cuisse très-rapprochée de l'abdomen,
» abcès considérable datant d'un an. Traitement général; abcès ré-
» sorbé; rétraction permanente du droit antérieur, dur comme du bois
» dans un effort pour étendre la cuisse. Section du muscle, redresse-
» ment partiel; redressement achevé par l'extension forcée avec les
» mains et l'assistance des aides; longue attelle. Suppuration dans le
» lieu de la section. Téguments en partie détruits. Guérison avec
» raccourcissement. »

Troisième observation (1841) : « Fausse ankylose et contracture de
» l'articulation de la hanche droite, section du muscle droit antérieur,
» extension forcée. Garçon de dix ans; depuis de longues années carie
» scrofuleuse de la hanche, résorption graduelle de la tête du fémur;
» guérison de la coxalgie avec forte flexion. Section du droit antérieur,
» extension forcée jusqu'à presque redressement; attelles en avant.
» Petite suppuration de la piqûre; guérison avec raccourcissement. »

M. Behrend (de Berlin) a publié en 1853, 1855 et 1857, plusieurs cas de redressement forcé de l'articulation de la hanche, sans ténotomie. Une analyse sommaire de ces faits donnera une idée des résultats de cette méthode.

Ier Cas. — *Coxite rhumatismale, allongement apparent du membre par l'inclinaison du bassin, forte abduction et rotation de la cuisse en dehors, flexion du genou.*

La malade était âgée de vingt-six ans, circonstance à noter en raison de la distinction établie par M. Bonnet par rapport à l'âge; l'articulation était immobile dans les efforts de rotation, soit en dedans, soit en dehors; ces efforts n'étaient pas douloureux.

M. Behrend décrit ainsi le procédé qu'il mit en usage.

« Le bassin, dit-il, étant fixé ainsi que le membre sain sur un lit à mécanique pour les hanches, au moyen d'un appareil convenable, et la malade étant chloroformée, je portai la cuisse gauche dans la plus grande flexion et dans la plus grande adduction possibles, en la tournant en même temps dans la rotation en dedans. Dès la première minute, et sans qu'on eût besoin d'employer une force excessive, nous perçûmes un fort craquement, et au même instant le bassin et les deux membres se trouvèrent dans la position normale. En même temps, à ma grande surprise, j'observai que l'articulation avait recouvré toute sa mobilité. Le membre malade fut alors ramené dans une extension complète, et placé, comme le bassin et l'autre membre, dans l'appareil du lit. »

Les suites de l'opération furent simples : pas de fièvre, quelques douleurs passagères dans le bassin et dans la hanche, point d'accident de nature à nécessiter un traitement antiphlogistique.

La malade était guérie au bout de trois mois. Il est à regretter toutefois que l'on n'ait pas eu de ses nouvelles ultérieurement.

2e Cas. — *Coxite rhumatismale; obliquité du bassin; abduction de la cuisse; flexion du genou; allongement apparent; guérison.*

Le sujet était un jeune homme de dix-sept ans. De même que dans le cas précédent, il y avait flexion de la cuisse, quoiqu'elle ne soit pas indiquée dans le titre de l'observation. De même aussi, les efforts de rotation ne produisaient aucun mouvement. On eut recours à la même méthode. L'effet immédiat fut semblable, si ce n'est que la tête du fémur ne recouvra pas la plénitude de ses mouvements de rotation. — Même traitement mécanique consécutif, puis gymnastique spéciale.

Il n'y eut point d'accidents; mais la mobilité ne fit pas de nouveaux progrès. Le malade fut présenté guéri à une société de médecine de Berlin, le 6 mars 1854, quatre mois après l'opération. *Il n'y avait pas de claudication.*

3e Cas. — Il s'agit encore d'un adulte, d'un jeune homme de vingt-six ans. Même attitude que dans les deux autres cas, c'est-à-dire *abduction* du membre et allongement apparent. L'opération eut le même résultat immédiat; mais la guérison fut retardée par un érysipèle typhoïde que l'auteur attribue à une influence épidémique, et par des accidents formidables de suppuration qui en furent la suite. M. B... ne dit pas quel était le siége de cette suppuration. Le malade finit pourtant par conserver, à peu de chose près, la position favorable que le redressement forcé lui avait procurée.

4e Cas. — Enfant de quatorze ans. *Abduction* permanente, forte inclinaison du bassin et allongement apparent du membre inférieur droit; nécrose du tibia gauche. Après l'extraction du séquestre et la guérison de la plaie, redressement forcé de la cuisse droite. Les adhérences furent rompues par des mouvements en tous sens; la cuisse fut ramenée dans l'adduction, le bassin par suite redressé et l'égalité de longueur des deux membres rétablie.

Dans ce cas, dit l'auteur, « la *réaction* consécutive à l'opération nécessita pendant des semaines le traitement le plus actif. Il fallut des fomentations glacées, des saignées locales, pour conjurer l'orage. » Finalement, le malade quitta l'établissement de M. Behrend quatre mois et demi après la rupture de l'ankylose, dans un état assez satisfaisant pour être présenté à la Société de médecine comme un exemple, sinon de parfaite guérison, du moins de grande et très-notable amélioration.

5e Cas. — Sujet jeune, dont l'âge n'est pas indiqué. *Flexion* permanente de la cuisse gauche avec immobilité de l'articulation; absence de douleurs : succès complet par le redressement forcé, suivi, comme à l'ordinaire, de la contention du membre et du bassin lui-même à l'aide d'un appareil orthopédique.

6e Cas. — Jeune homme de vingt-quatre ans. *Adduction et flexion* de la cuisse gauche, raccourcissement apparent, articulation immobile, pas de douleurs. Même succès que dans le cas précédent.

7e Cas. — Jeune fille de dix-sept ans. *Adduction* de la cuisse, obliquité du bassin, raccourcissement apparent; mobilité en partie conservée. Cet état durait depuis onze ans. L'extension brusque n'eut cette fois aucun résultat. Huit mois et demi d'extension lente produisirent une grande amélioration.

8e Cas. — Enfant de sept ans. *Flexion* permanente de la cuisse gauche, mobilité très bornée; atrophie de tout le membre en épaisseur et en longueur. Extension forcée, application de l'appareil. « Il s'ensuivit, dit l'auteur, une *réaction* modérée. » On obtint le redressement du membre.

9e Cas. Enfant de cinq ans. *Flexion* et *adduction* permanentes, fausse ankylose; rétraction des muscles demi-tendineux, demi-membraneux et couturier; diminution de longueur du fémur. Section des muscles rétractés, rupture de l'ankylose, traitement consécutif mécanique et gymnastique. Redressement du membre.

10e Cas. — Jeune fille de dix-sept ans. *Flexion* permanente de la cuisse droite depuis dix ans, fausse ankylose, diminution de longueur des os de la jambe. Le redressement forcé fut suivi d'une inflammation qui nécessita l'application de quinze sangsues. On n'eut pas recours aux applications froides, à cause d'une diathèse rhumatismale. Le résultat définitif fut une amélioration notable.

11e Cas. — Homme de trente ans. *Flexion* et *adduction* permanentes des deux cuisses, déterminées, douze ans auparavant, par une *double coxalgie* rhumatismale. Redressement forcé. Fixation des deux membres dans l'appareil du lit pendant deux mois. Il fallut, au commencement de ce traitement, recourir à plusieurs applications de sangsues. Les membres restèrent plus droits; mais les articulations des hanches conservèrent de la rigidité. Les cuisses n'étant plus serrées l'une contre l'autre, les fonctions de la locomotion, de la miction et de la défécation devinrent plus faciles.

On remarquera que, dans trois de ces cas (les 4e, 10e, 11e), la rupture de l'ankylose a été suivie d'accidents inflammatoires assez intenses pour nécessiter l'emploi des moyens antiphlogistiques.

M. VERNEUIL est grand partisan du redressement instantané dans les artbrites, et sous ce rapport il a adopté un des premiers les principes de M. Bonnet, en ce qui touche surtout l'arthrite aiguë du genou.

L'application des mêmes principes à la coxalgie lui parut d'abord plus effrayante; mais encouragé par l'exemple de M. Michon, par les faits de M. Behrend, et aussi poussé par les nombreux insuccès qui suivent les traitements ordinaires de la coxalgie, M. Verneuil se risqua à redresser à l'aide de l'anesthésie deux cas de coxalgie. A son grand étonnement, il ne trouva aucune résistance; cependant, comme il s'est contenté de corriger une seule des attitudes vicieuses, la rotation, et que la flexion a été conservée, M. Verneuil craint que sa tentative n'ait été insuffisante, et il demande sur ce point l'avis de M. Bonnet.

M. BROCA a depuis longtemps adopté les idées de M. Bonnet sur le redressement immédiat des articulations atteintes d'artbrite ou d'arthralgie; il a pris la défense de cette méthode dès la première discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans la Société de cbirurgie, et il l'a appliquée non-seulement dans le cas de maladie du genou, mais encore dans les cas de coxalgie. Lorsque la rétraction des muscles s'oppose au redressement du genou, M. Broca coupe sans hésitation les tendons qui résistent; mais lorsqu'un pareil obstacle s'oppose au redressement de la hanche, la myotomie des muscles adducteurs ne peut se faire sans exposer à la lésion des branches de l'artère obturatrice; elle y expose d'autant plus que, la section étant sous-cutanée, le chirurgien ne voit pas les parties qu'il divise. M. Broca demande donc à M. Bonnet quelles sont les précautions qu'il prend pour éviter d'atteindre ces brancbes artérielles.

M. Broca s'explique pourquoi M. Bonnet n'a pas vu à la hanche de véritable luxation spontanée à la suite de la coxalgie; c'est parce que ces luxations ne se produisent que lorsque le membre est laissé dans une position vicieuse; il est donc naturel que M. Bonnet, qui place toujours le membre dans une bonne position, ait toujours réussi à empêcber ce déplacement. Mais M. Bonnet n'est pas autorisé, pour cela, à nier l'existence des luxations spontanées. M. Broca, comme M. Bouvier, en a vu des exemples vérifiés par la dissection. Il a vu la tête abandonner complétement la cavité cotyloïde; une fois même, cette tête avait perforé les muscles fessiers, ulcéré la peau, et faisait saillie à l'extérieur.

M. Broca reconnaît, du reste, que la luxation spontanée est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois, et que la plupart des prétendus déplacements de la hanche ne sont que des déviations, des attitudes vicieuses devenues permanentes par suite de la rétraction des ligaments ou des muscles Le raccourcissement du membre n'est qu'apparent; il est dû à la déviation du fémur et à l'inclinaison du bassin. Ces propositions, qui servent de base à l'exposition de M. Bonnet, ont déjà été nettement et babilement développées par M. Parise, dont M. Bonnet n'a pas eu le temps de rappeler les travaux. Mais il y a des cas nombreux où le membre est réellement plus court, et même notamment plus court que le membre sain; c'est lorsque l'affection survient avant la fin de la croissance; tout le côté malade subit alors un véritable arrêt de développement, et il en résulte un raccourcissement réel qui peut aller jusqu'à 10 centimètres et même au delà. Ce fait est bien connu de tout le monde. Hippocrate l'a très-clairement indiqué et expliqué dans le *Traité des articles*. Il est très-clair qu'en pareil cas aucune méthode ne peut avoir la prétention de rendre au membre sa longueur.

M. GUERSANT pose à M. Bonnet les questions suivantes : Avez-vous toujours guéri vos enfants? Avez vous eu des hémorrhagies? Combien de temps doit durer le traitement?

M. BONNET, répondant d'abord à M. Verneuil, pense que ce chirurgien a fait une chose insuffisante; la capsule est restée distendue cbez son malade, et le membre plié doit avoir de la tendance à s'incliner à droite ou à gauche. De plus, comme l'immobilité est nécessaire, sans quoi le redressement est même nuisible, il ne pense pas qu'il puisse s'obtenir ainsi.

Répondant ensuite à la fois à MM Guersant et Broca, M. Bonnet dit n'avoir jamais eu d'hémorrhagies dans ses sections sous-cutanées; une seule fois il y a eu un petit suintement sans importance. Le seul malade qu'a perdu M. Bonnet et qu'il a signalé plus baut, avait de grands abcès qui venaient de la banche, et qui sont toujours une chose fâcheuse. Les malades, après le redressement, boitent; ils ne marchent point aussi facilement qu'avant la maladie, le jeu de l'articulation de la banche est gêné, mais ils marchent néanmoins avec assez de facilité. Le traitement doit être suivi pendant quatre ou six mois.

Quant à la suppuration consécutive aux sections sous-cutanées et dont a parlé M. Bouvier, M. Bonnet ne l'a point observée à la suite de ces opérations; il attribue les faits de Dieffenbach à ce qu'à cette époque le membre n'avait point été assez bien immobilisé. En outre, il craint que ce chirurgien n'ait point fait un assez long canal sous la peau.

M. Bonnet, en terminant, dit qu'il admet qu'à la suite du redressement immédiat il peut survenir dans l'articulation une inflammation vive quand on ne fait pas le traitement tel qu'il l'a formulé. L'eau froide sur la hanche, appliquée par M. Behrend, lui paraît mauvaise. L'uniformité de température est ce qui prévient le mieux ces inflammations; aussi attribue-t-il une grande importance à l'épaisse couche de coton dont se compose l'appareil. Revenant ensuite sur l'objection relative à la luxation, M. Bonnet dit qu'il ne la met point en doute, mais qu'elle se fait le plus souvent par l'agrandissement de la cavité; il n'a vu qu'une seule fois la luxation analogue à celles qui se produisent traumatiquement, et le membre avait été abandonné à lui-même.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Pour le secrétaire, HOUEL.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 102. — MARDI 31 AOUT 1858. (31e ANNÉE.) N° 102. — MARDI 31 AOUT 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 AOUT 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu la lecture de deux mémoires de M. le docteur de Pielra Santa, l'un sur la non-existence de la colique de cuivre, l'autre sur l'affection professionnelle des ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt. Ces deux mémoires étant destinés au concours pour le prix des arls insalubres, nous devons nous abslenir ici de toute appréciation ; nous nous bornerons à les signaler à l'attention de nos lecteurs, qui en trouveronl un exlrait dans le comple rendu de la séance.

On n'a pas oublié la communication que M. Cl. Bernard a faile dans l'une des précédentes séances, sur la rutilance du sang veineux dans certaines conditions physiologiques. M. A. Mougeot a présenté dans celte séance une note sur la couleur rutilanle que présente le sang veineux chez l'homme dans quelques élats pathologiques. M. Mougeot a constaté que lorsqu'on ouvre la veine d'un sujet alteint de fièvre intermittente au plus fort de la réaction du stade de chaleur, le sang sort souvent rutilant et parfailement semblable au sang artériel. Il a observé le même phénomène dans l'état d'ivresse alcoolique, dans cerlains accès d'hystérie avec grande vivacité dans la circulation, et dans des cas de névrose accompagnée d'énergiques battements du cœur ou de l'artère cœliaque. Cette rutilance, que l'auteur croit pouvoir attribuer moins à l'impulsion cardiaque énergique qui a lieu dans ces diverses circonstances, qu'à l'élat d'éréthisme et de contractilité exagérée des vaisseaux qui permettent le passage rapide du sang des capillaires artériels dans les capillaires veineux, sans qu'il ait eu le temps de subir la transformation habituelle ; cette rutilance, disons-nous, peut avoir dans quelques cas une certaine valeur séméiotique. C'est ce que M. Mougeot a cherché à établir dans sa nole, particulièrement pour la fièvre intermittente pernicieuse.

Le comple rendu signale en outre une note de M. Colin, en réponse aux remarques de MM. Poiseuille et Lefort, sur son travail relatif à l'origine du sucre du chyle ; une réclamation de priorité de M. Abalc, de Naples, à l'occasion du travail de M. Burdel, sur les causes des fièvres de marais ; une communication de M. Heurteloup, relative à un point d'histoire de l'invention du *percuteur* ; et enfin une note de M. Leroy d'Etiolles, confirmant les observations de M. Martini sur les effets de la santonine. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU SERVICE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE.

Des fractures.

Nous examinerons d'abord séparément les fractures qui se sont présentées dans l'année 1857-58, puis nous ferons le résumé de douze années de la clinique sur ce sujet.

§ I. (Années 1857-58). — Nous trouvons 68 maladies des os, dont 61 qui ont atteint les hommes, et 7 seulement pour les femmes. Sur ce nombre de maladies des os, il y a 44 fractures. Ce chiffre est assez peu élevé, si on le compare à celui des années précédentes. Voici de quelle manière ces diverses fractures sont réparties, eu égard aux régions blessées :

Pour la tête, le crâne, la face, on trouve. . .	8 cas.
— la clavicule.	4
— l'omoplate.	2
— les côtes.	3
— l'humérus.	4
— l'avant-bras.	9
— la cuisse.	7
— la jambe.	7
Total.	44

Toutes ces fractures, aussi bien celles de l'année qui se termine que celles des années qui vont être passées en revue, peuvent se diviser, au point de vue du traitement, en deux classes : les unes, bénignes, ne réclamant aucun traitement; les autres, sérieuses, et qui nécessitent l'application d'un appareil.

1° *Fractures bénignes ne nécessitant point de bandage.* — Autrefois, peu de fractures étaient classées dans cette première catégorie. Les fractures du crâne seules passaient pour n'avoir pas besoin de bandages. Aujourd'hui le nombre de celles qui sont dans ce cas a beaucoup augmenté : les fractures dites incomplètes, les fractures du calcanéum, du péroné, certaines fractures de la clavicule, les fractures de côtes, pouvant à la rigueur se passer de bandage, de l'aveu de la plupart des chirurgiens.

Toutefois il ne faudrait pas considérer cette circonstance de l'inutilité de tout appareil comme impliquant toujours l'idée de bénignité. Telles fractures, qui par suite des dispositions particulières des os qui en sont le siége, rendent tout moyen de contention superflu, n'en sont pas moins graves, souvent par suite des complications primitives ou secondaires qu'elles présentent. Cela est si vrai qu'il me semblerait plus logique, dans les fractures du crâne, par exemple, de donner à la maladie le nom de la complication cérébrale (commotion, contusion, compression), qui s'ajoute à la lésion des os, parce que c'est toujours cette complication qui compromet des malades et non point la fracture. La même observation est applicable aux fractures pénétrantes des côtes, accompagnées de pleurésie, pneumonie, emphysème.

Ici le traitement est presque entièrement médical, et l'appareil est tout au plus un moyen de soulagement pour les malades, quand il n'est pas une cause de préjudice réel.

Vous avez pu voir, en effet, plus d'un cas où la mortification de la peau était due au bandage. Quand on lève l'appareil, on reconnaît la formation d'uue eschare. On sait qu'il n'est pas très-rare de voir cet accident se produire, surtout dans le cas de pénétration du fragment ou de fracture incomplète. La raison de ce fait vous frappe : la pression exerce son action sur une difformité solide et qu'il faudra même quelquefois respecter ; ou bien sur le sommet d'une courbure plutôt que d'une fracture véritable ; en conséquence, la déviation résistera, les axes des deux fragments ne deviendront pas parallèles, et la compression sera toujours circonscrite sur les parties molles, serrées entre deux plans d'égale résistance.

Je ne veux pas quitter ces considérations thérapeutiques sans vous signaler quelques-unes des particularités les plus utiles à connaître pour vous guider dans votre pratique. Insistons, par exemple, sur la fracture du radius, à son extrémité inférieure. Qu'on applique un bandage, ou tout au moins certains bandages compressifs, ayant pour but de chasser en avant le fragment inférieur et en arrière le fragment supérieur ; avec un pareil bandage, le pronostic d'ailleurs peu grave, si la fracture était abandonnée à elle-même, change et devient fâcheux pour les fonctions du membre.

En effet, la compression irrite, enflamme les surfaces synoviales, détermine des adhérences entre les tendons et les parois des canaux qui les reçoivent, dépolit les surfaces qui ne sont pas encore adhérentes, et de ces désordres résultent des roideurs articulaires et des troubles fonctionnels souvent incurables.

Aussi, pour ces sortes de fractures, le bandage qui remplira toutes les indications est encore à trouver ; aucun jusqu'ici n'efface la saillie en talon de fourchette, au dos du poignet, ni celle du fragment supérieur à la face antérieure de la région ; aucun ne fléchit convenablement la main pour abaisser le fragment inférieur en tirant sur les tendons des fléchisseurs.

Voici pour moi celui que je préfère et que vous m'avez vu employer plus d'une fois dans le cours de cette année, non sans succès, j'ose le dire :

1° Portez la main dans l'adduction et dans la flexion un peu outrée, vous voyez, dans cette manœuvre, l'action des tendons, des fléchisseurs extenseurs, mis en jeu pour abaisser le fragment inférieur, et celle des radiaux pour le porter en avant et en dedans.

2° Placez l'avant-bras dans la demi-flexion.

3° Appliquez un bandage roulé, sec, sur la main et l'avant-bras, toujours maintenus dans la même position.

4° Une bande de carton mouillé sera ensuite appliquée et courbée sur la face dorsale de la main, du poignet et de l'avant-bras.

5° Par-dessus le tout roulez un bandage dextriné.

6° Et pendant que ce dernier est encore malléable, flexible, maintenez-le dans la position primitive imposée aux parties (flexion, adduction de la main), au moyen de compresses graduées, convenablement disposées sur le dos de la main, et d'une attelle suffisamment comprimée par une simple bande. Puis ôtez ce dernier appareil temporaire, quand le bandage dextriné aura séché dans la position voulue, c'est-à-dire au bout de quelques heures, et de cette façon vous aurez efficacement lutté contre les déplacements, tout en respectant les parties molles.

Si vous redoutiez les adhérences trop étendues entre l'appareil temporaire et le bandage dextriné, et la difficulté de les séparer sans nuire à l'exécution, appliquez au point de contact des deux bandages une couche légère d'un corps gras, et la séparation devient facile en même temps que toutes les indications seront remplies.

Nous continuerons ces considérations pratiques après l'exposition de notre résumé général, où elles trouveront mieux leur place.

§ II. (Années antérieures). — Jetons maintenant un coup d'œil sur le résumé de nos fractures pendant douze des années qui précèdent.

Je trouve 1497 cas de fractures. Sur un pareil nombre de cas les observations ont plus de valeur, et les conclusions peuvent être érigées en lois ; il est d'ailleurs assez rare de trouver, dans un seul service chirurgical, un pareil nombre de fractures dans un semblable espace de temps.

Voici les faits :

Si nous cherchons d'abord l'influence des sexes, nous trouvons, comme vous le pensez déjà, une différence des trois quarts au profit des hommes. (Sur 1,200 par an, où la proportion des sexes est indiquée, on trouve 922 fractures pour ceux-ci, et seulement 268 pour les femmes.) Cependant il est bien quelques fractures auxquelles les femmes sont au moins aussi exposées que les hommes ; telles sont les fractures du col du fémur. Cela tient à ce que la profession est sans influence sur la production des fractures du col. Une chute les produit dans l'un et l'autre sexe, chute sur les pieds, les genoux, mais surtout chute sur les grands trochanters ; enfin, la vieillesse, et la modification du tissu osseux du col que l'âge entraîne le plus souvent, sont deux conditions communes aux deux sexes. On peut considérer aussi comme une prédisposition spéciale à cette fracture chez les femmes, la prédominance de l'élément adipeux, généralement plus abondant chez elles que chez l'homme.

On trouve une répartition à peu près égale aussi des fractures de l'extrémité inférieure du radius, parce qu'une cause uniforme les produit le plus souvent, une chute sur la paume de la main.

Recherchons maintenant la fréquence proportionnelle des fractures sur les divers os. Nous trouvons : En tête, le radius, 165 ; puis le fémur, 157 ; le périnée, 141 ; les côtes, 134 ; les clavicules, 132 ; l'humérus, 109 ; le tibia, 60 ; l'olécrâne, 34 ; le cubitus, 28 ; la rotule, 25 ; l'omoplate, 10 ; fractures de la jambe dans l'ensemble, 164 ; puis les fractures du crâne, du rachis, etc.

De ces chiffres, il résulte que :

1° Les fractures du radius sont de beaucoup les plus fréquentes, puisque nous en trouvons, en douze ou quinze ans, un total de 165 cas.

2° Les fractures de jambe viennent après, mais encore est-il que ce genre porte sur les deux os, en sorte qu'il reste démontré, malgré le chiffre de 164 pour les fractures, qu'il n'y a aucun os unique aussi souvent fracturé que le radius.

3° Le fémur viendrait donc immédiatement après le radius comme os unique, puisqu'on trouve 157 cas de fractures du fémur.

4° Le péroné seul a présenté 141 cas de fractures, mais il faut ajouter que ce chiffre ne représente pas toutes les fractures du péroné, car cet os figure aussi dans la plupart des fractures dites fractures de la jambe.

5° Les côtes offrent 134 cas de fractures.

6° La clavicule 132 cas.

7° L'humérus 109 cas.

Les proportions des fractures de l'humérus n'ont jamais été établies ; les nôtres sont calculées sur 1,500 cas, elles doivent être exactes. Toutefois, des causes d'erreur peuvent se glisser dans cette évaluation : les fractures de la cavité glénoïde, de l'olécrâne, et enfin certaines fractures du col anatomique de l'humérus, ont pu être confondues dans le diagnostic, puisqu'elles ont pu bien des fois être prises pour des fractures du corps de l'humérus ; réciproquement, on a pu attribuer à une lésion de ce dernier os des fractures de l'olécrâne, etc.

8° Les fractures du tibia figurent pour 60 cas. Toutefois, no-

tons que le diagnostic a porté souvent fractures de jambe quand il s'agissait peut-être d'une fracture du tibia seul, le péroné demeurant intact. Après tout, il n'y a pas de doute non plus que dans les 164 cas de fractures de jambe portés sur notre tableau, il ne faille choisir quelques fractures du tibia seul. Les appareils sont les mêmes dans les deux cas; peu importe donc le chiffre bien exact.

9° Les fractures de l'avant-bras montent à 52 cas. Ici, même genre de difficulté et même cause d'erreur que ci-dessus, et que dans toute région où le squelette offrira une composition complexe et des os multiples. Ajoutons que les classifications varient assez pour qu'il se soit introduit plus d'une fois de la confusion dans la rédaction des observations relevées, et l'on pourra conclure que bien des cas de fractures des extrémités ou épiphyses du radius ont été indiqués comme fractures de la diaphyse de cet os. Même remarque pour le cubitus.

10° Nous trouvons 46 exemples de fractures du crâne; mais ces fractures ne s'accusent pas toujours par des signes d'une certitude absolue.

Il est, par exemple, très-possible de méconnaître de simples fêlures sans plaie, de même que les fractures ordinaires sans enfoncement.

En somme, il n'y a pas loin, au point de vue de la précision du diagnostic, entre certains symptômes indirects, tels que l'écoulement du sang par l'oreille, l'ecchymose palpébrale et les signes physiques ordinaires de la fracture.

Mais la présence de ces symptômes indirects n'est pas toujours nécessaire, la fracture pouvant exister, bien que ces quelques symptômes accessoires fassent complétement défaut. Ce fait est surtout vrai pour les fractures de la voûte. D'où cette conséquence : le nombre 46 qui précède est insuffisant, et peut être remplacé par le chiffre 50, au moins.

En comparant les fractures des membres supérieur et inférieur entre elles, je trouve :

Pour l'inférieur.	587
— le supérieur.. . . .	564
Différence. . . .	23

D'où il suit que, malgré la proportion considérable des fractures de la clavicule, l'avantage du nombre reste cependant aux fractures du membre inférieur.

Considérations thérapeutiques. — Il ne convient pas de généraliser les faits d'une manière trop exclusive, en proclamant que tel genre de fracture nécessite un appareil donné, que tel autre au contraire exclut tout bandage. Le même fait peut entraîner des indications et des contre-indications contraires. S'agit-il des parois osseuses des cavités crânienne, pelvienne, l'inutilité du bandage est manifeste dans la plupart des cas. Ainsi, pour le crâne, il ne ferait que maintenir autour de la tête une température élevée qui pourrait devenir funeste pour des blessés exposés d'ailleurs à la congestion et aux phlegmasies consécutives à toute contusion violente. Pour le bassin, il rapprocherait les fragments mobiles du centre de la cavité, celle-ci n'opposant aucune résistance à la pression du bandage, et il en pourrait résulter des lésions plus ou moins sérieuses.

Dans les fractures de l'omoplate, le bandage est tout aussi inutile que dans les autres os plats que nous venons de mentionner, et cela en raison des attelles musculaires fibreuses et osseuses qui l'entourent naturellement. Mais du moins ici l'application d'un appareil n'aurait-elle que peu d'inconvénients.

Pour les os courts, il faut établir une division entre eux : os courts *mobiles* (rotule) ou pouvant le devenir; olécrâne et os courts fixes avant comme après la fracture; os du tarse, du carpe.

Pour les os courts de cette dernière classe, les tendons, les plans fibreux, les ligaments articulaires, vous dispenseront le plus souvent de bandages. Il n'en est pas toujours de même des os courts et mobiles, bien qu'ils demeurent enclavés, même après la fracture, dans des tendons qui les enveloppaient de toutes parts, et dont la déchirure, souvent incomplète, maintient les rapports à distance. Pour ces os, l'appareil devra remplir une indication tout à fait inverse de celle qu'ils doivent presque toujours atteindre dans les fractures des os longs.

Pour la rotule et l'olécrâne, le bandage doit tendre à rapprocher les fragments, tandis que pour les os longs on ne peut les coapter qu'au moyen de l'extension et de la contre-extension.

En conséquence, si vous supposez par la pensée la réunion sur un même sujet de la fracture d'un os court mobile et d'un os long dépendant du même membre, vous voyez combien la tâche du chirurgien devient difficile, comment les indications sont toutes combattues par des indications contraires; comment, enfin, il sera souvent utile, indispensable même, de trouver un terme moyen, une sorte d'appareil d'un caractère mixte qui cumule les qualités du bandage réclamé par les os fracturés isolément, ou bien qui fasse droit simultanément aux exigences de chacune d'elles, en répondant surtout à celles de la fracture qui tendra le plus rapidement à la difformité ou aux complications.

Nous avons déjà vu, à propos des fractures traitées pendant l'année scolaire 1857-58, ce qui a trait aux fractures des os du crâne, du bassin, du radius; maintenant que notre résumé nous a rendu les généralisations plus faciles et les conclusions plus certaines, examinons successivement les fractures du péroné qui représentent à la jambe, au point de vue des indications, la fracture du radius que nous venons de traiter; puis celles de la clavicule, des côtes, et enfin les fractures de l'olécrâne et de la rotule, comparables à tant de titres.

Fractures du péroné. — 1° Ou bien elles sont situées au milieu des muscles, à la partie supérieure, et le bandage est inutile; 2° ou bien elles atteignent le corps de la malléole, et n'ont pas encore besoin de bandages, par la raison que les fragments restent collés contre le tibia. Dans ce cas, un bandage avec attelles serait inutile. Ce qu'il faut en pareil cas, c'est une sorte de bottine dextrinée qui devra se conserver pendant trois semaines au plus. 3° Enfin dans un genre de fractures intermédiaires aux deux précédentes, il faut souvent de nombreuses précautions et presque toujours un traitement suivi, un appareil spécial.

En effet, ces fractures, que j'appellerai sus-malléolaires, et qui sont situées entre la racine du mollet et le corps de la malléole, ont besoin que le pied soit fortement relevé, porté en dedans par l'aide qui fait l'extension, que les gouttières du tendon d'Achille ou malléolaires, ainsi que la fosse inter-osseuse antérieure, soient bien garnies de compresses graduées, qu'on associe à ces compresses les plaques de carton mouillé, et enfin que l'on couvre le tout d'un bandage dextriné.

Cet appareil réclame aussi que de temps à autre on revienne sur l'inclinaison imprimée au pied en dedans et en avant jusqu'à dessiccation complète de l'appareil; ou bien encore je conseillerais volontiers, dans le même but, d'ajouter à ce bandage dextriné un bandage temporaire analogue à celui que je viens de décrire pour les fractures du radius, l'indication à remplir étant exactement la même.

Les *fractures de clavicule* échappent presque toujours à l'action du bandage, si bien que beaucoup de chirurgiens ne les classent plus parmi les fractures à traiter. Il y a en effet impossibilité absolue de s'opposer au chevauchement, d'appliquer un appareil directement, puisqu'en arrière et en bas la clavicule est confondue avec la partie supérieure du thorax. Ajoutez la mobilité excessive, incessante, communiquée par les mouvements du bras, du cou et du tronc pendant les efforts d'inspiration et d'expiration, et vous serez convaincu de l'insuffisance des appareils. Après tout, quand on songe à la rapidité de la consolidation, qui a presque constamment lieu en vingt jours, à la résorption partielle ou complète du cal même le plus difforme et à l'intégrité des fonctions du membre, qui conserve son agilité, sa force, même quand le cal persiste avec difformité, vous serez amené, comme moi, à reconnaître qu'on peut négliger les appareils dans le plus grand nombre des cas. Toutefois, il peut y avoir utilité à combattre les tendances à l'exagération du déplacement : voilà pourquoi je conseille le bandage que vous m'avez vu appliquer bien des fois.

Voici en quoi il consiste :

Relever le coude au-devant de la pointe du sternum, placer un linge en double entre la poitrine et le bras; porter la main du côté blessé sur l'acromion de l'épaule saine, comme pour embrasser cette dernière; puis, avec une bande longue de 10 centimètres environ, dont on applique le chef sous l'aisselle du côté sain, faire un tour en diagonale sur le dos, puis sur l'épaule, jusque sur la clavicule du côté malade, après quoi on l'abaisse sur la face antérieure du bras, puis en dehors au-dessous du coude, pour la ramener en haut et au-devant de la poitrine sous l'aisselle saine. On passe ainsi successivement quatre doloires en diagonale identiques avec les précédentes. Il faut avoir soin que, du premier au quatrième, ces doloires se rapprochent de plus en plus de la base du cou, de manière que le dernier tour soit le plus interne et le plus superficiel des quatre. Puis on porte horizontalement et non plus en diagonale le cinquième tour de bande, on le dirige sur la face postérieure de la poitrine, sur la face externe du bras, du coude et de l'avant-bras par des tours circulaires successifs. On les multiplie jusqu'à ce que la main qui est sur l'épaule saine et le moignon de l'épaule malade restent seuls à découvert. On termine par quatre tours de bande, dont deux en diagonales et deux en circulaires horizontales. Enfin, on applique par-dessus, exactement de la même manière, une bande dextrinée.

Dans les fractures de *côtes*, il suffit d'un simple bandage de corps avec bretelles et sous-cuisses. Les bandes de sparadrap auraient quelques avantages, et notamment celui de leur fixité; mais ils ont l'inconvénient d'occasionner des démangeaisons, des éruptions, et plus d'une fois même des érysipèles.

Pour les fractures de l'*olécrâne*, il est souvent difficile d'obtenir une consolidation osseuse. L'olécrâne se métamorphosera le plus souvent en rotule, le ligament rotulien se trouvant représenté par le cal fibreux. Ce fait n'empêche pas l'extension de pouvoir s'opérer jusqu'à la ligne presque droite, et ce résultat suffit pour vous engager à éviter les bandages fatigants ou difficiles à supporter.

Placez le membre dans une extension très-modérée; disposez au-dessus du fragment de l'olécrâne une compresse graduée en travers, passez au-dessus de celle-ci quelques tours obliques d'une bande modérément serrée, appliquez par-dessus une bande sèche allant des doigts à l'aisselle, puis appliquez sur la face antérieure du membre un carton mouillé étendu depuis la racine des doigts jusqu'au voisinage de l'épaule; et enfin, recouvrez le tout d'un bandage dextriné. Laissez l'appareil pendant un mois environ.

La *rotule*, de même que l'olécrâne, se consolidera bien rarement par un cal osseux. L'écartement qui en résulte sera sans grand inconvénient toutes les fois qu'il ne sera pas de plus d'un pouce. Dans le cas contraire, il n'en sera plus de même; la résultante des forces musculaires sera représentée par une corde trop longue. De ce fait découleront nécessairement un déchet dans la puissance d'extension et un défaut de synergie entre les deux membres droit et gauche, défaut de synergie qui peut aller jusqu'à déterminer à sa suite des fractures de la rotule du côté sain. Un bandage est donc indiqué ici, pourvu qu'il ne soit pas dangereux par lui-même. Mais tous les bandages sans exception, toutes les méthodes mises en pratique contre cette maladie, exposent à une foule d'inconvénients; et s'il faut un bandage, au moins faut-il aussi qu'il ne cause aucune phlegmasie des téguments ou des parties molles de la jointure, ni même aucune fatigue, et qu'il permette plus tard au malade de prendre quelque exercice.

Or, ce bandage peut exister; c'est celui qui réaliserait exactement, point par point, les prescriptions que nous venons de tracer pour les fractures de la rotule. La seule différence entre les deux bandages est dans la nécessité d'appliquer deux compresses graduées au lieu d'une, puisqu'au lieu d'un seul, nous avons ici deux fragments mobiles.

Ainsi, un bandage roulé imbibé de dextrine, garni en arrière, du haut de la cuisse au talon, d'une bande de carton formée d'une seule pièce, et recouvrant au niveau de la rotule des compresses graduées placées en travers sur les bords adhérents de l'os et rapprochées par des tours de bande passant obliquement sous le jarret, tel est l'appareil que j'emploie dans mes salles comme dans ma pratique, et qui me paraît aussi utile à la consolidation que dénué de danger pour la santé du malade.

Vous le voyez, j'ai vanté par conviction, par expérience, les bandages inamovibles dextrinés. Je les préfère de beaucoup aux appareils ordinaires, souvent si compliqués — heureux encore lorsqu'ils ne sont que compliqués et qu'ils ne nuisent point! — et dont on s'évertue à multiplier, bien à tort, les variétés déjà trop nombreuses.

Toutefois, je ne partage pas non plus l'enthousiasme des chirurgiens qui pensent qu'en dehors de l'espèce de bandage inamovible qu'ils ont imaginé, et qu'ils prônent peut-être par amour-propre encore plus que par amour du prochain, tout est insuffisant ou nuisible.

Je mets volontiers sur le pied de l'égalité tous ces bandages du même genre, qu'on les appelle bandages d'amidon, de colle, de plâtre, de stuc, etc. La valeur du moyen me paraît surtout résider dans l'habileté à saisir l'indication, c'est assez dire dans la valeur du chirurgien lui-même.

EXAMEN DE LA QUESTION DU DANGER DE LA SAIGNÉE dans l'apoplexie cérébrale.

Par M. le docteur A. Joire, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Lille.

Mon attention fut fixée, il y a quelque temps, par le compte rendu d'un mémoire lu à la Société médicale allemande de Paris, ayant pour titre : *De l'influence de la chaleur sur l'activité du cœur*. L'auteur, qui avait réclamé par ses recherches les secours du microscope, constatait avec une sorte de surprise, et comme un fait qui lui semblait anormal, le défaut de rapport entre la fréquence des battements du cœur et la vitesse de la circulation. Le rapport, selon lui, entre ces deux phénomènes, devait être constant; la rapidité des mouvements du cœur devait être invariablement la mesure de la vitesse du cours du sang. Cependant cette discordance était évidente, et telle était la cause de son étonnement. Il ne faut cependant pas une étude bien prolongée des faits qui passent chaque jour sous nos yeux pour nous convaincre que ce phénomène, qui étonnait l'observateur que je viens de citer, est loin d'être en dehors de la loi commune. Remarquons d'abord que si la rapidité du cours du sang avait toujours pour mesure la fréquence des mouvements du cœur, c'est dans l'état fébrile que devraient se manifester tous les phénomènes qui viennent révéler l'afflux rapide et exagéré du sang vers les organes. C'est alors que devraient se produire la turgescence du système capillaire, la congestion sanguine de tous les organes, et que les hémorrhagies par exhalation devraient plus fréquemment avoir lieu. Or nous ne voyons pas que les choses se passent d'ordinaire de cette manière, et pour rappeler d'abord l'affection qui fait l'objet de ces recherches, on constate tous les jours l'invasion d'une congestion encéphalique ou même d'une apoplexie, alors que les mouvements du cœur n'ont pas dépassé leur fréquence normale, si même ils ne sont pas restés au-dessous. Ce que je dis pour le cerveau, je puis tout aussi bien l'appliquer aux autres viscères; des congestions à tous les degrés d'intensité s'accomplissent sans la moindre accélération des mouvements du cœur, et j'en puis dire autant des hémorrhagies. Qui n'a vu bien souvent des hémoptysies parfois considérables débuter sans que le pouls manifeste la moindre fréquence? Je sais bien que ce calme de la circulation ne subsiste pas longtemps, et que l'impression morale de crainte et de frayeur entraîne bientôt un accroissement de vitesse des mouvements du cœur; mais cette condition du moins n'existait pas au début, elle n'avait pas été la cause pré-

(1) Fin. — Voir les numéros des 19 et 26 août.

disposante de l'hémorrhagie, et, actuellement qu'elle existe, elle ne rend pas plus abondante l'exhalation sanguine et ne l'empêche même pas de s'arrêter au bout de quelque temps.

La fréquence des mouvements du cœur dans l'état fébrile, alors qu'ils se multiplient avec une vitesse plus que double de l'état normal, loin de contribuer à la production des hémorrhagies, semble d'ordinaire y demeurer étrangère. Il est très-rare que les réactions fébriles les plus intenses soient accompagnées de la formation d'hémorrhagies; et lorsque des exhalations sanguines physiologiques ont lieu, telles que l'évacuation menstruelle ou toute autre exhalation succédanée de celle-ci, elles apparaissent au milieu de l'exercice le plus normal des fonctions circulatoires. Il est même remarquable qu'alors, si des phénomènes de réaction fébrile adviennent par une cause quelconque, l'évacuation sanguine, loin d'en éprouver de l'accroissement, se trouve au contraire incontinent supprimée.

C'est donc un fait acquis par l'observation directe et par l'interprétation des phénomènes pathologiques et physiologiques, qu'une fréquence même extrême des mouvements du cœur n'accroît pas, dans une mesure relative, la vitesse du cours du sang.

On demeurera convaincu, j'espère, après ce qui précède, que les phénomènes de l'apoplexie, lorsqu'ils ont pour cause, et ce sont de beaucoup les cas les plus fréquents, un état congestif plus ou moins considérable du cerveau ou des méninges, ne peuvent jamais être aggravés par la saignée, et que tous les jours l'expérience témoigne des résultats les plus heureux obtenus par cette médication.

Des lésions autres que la congestion et l'hémorrhagie cérébrales se rencontrent chez les sujets qui ont succombé à la suite des phénomènes de l'apoplexie; on peut même déclarer que, de l'aveu de beaucoup d'observateurs, la plupart des altérations graves de l'encéphale peuvent se montrer alors. Il est difficile cependant d'attribuer à celles-ci les troubles fonctionnels des derniers temps de la vie. Comment, en effet, supposer que ces lésions, dont l'origine remonte à une date fort ancienne, aient subsisté si longtemps sans compromettre gravement les principales fonctions de l'organisme, lésions qui, hier encore occultes, se traduisent aujourd'hui sans cause nouvelle par les plus graves désordres? Il est plus rationnel à mes yeux d'admettre qu'une altération nouvelle est venue tout à coup s'adjoindre, laquelle envahissant un organe déjà profondément lésé, a produit des conséquences qui eussent été différentes en l'absence des premières. Cette altération nouvelle n'est autre, bien souvent, qu'une congestion cérébrale plus ou moins prononcée; et alors qu'il existe une atrophie, un ramollissement plus ou moins étendu ou une autre lésion ancienne de l'encéphale, celles-ci ne peuvent contre-indiquer l'intervention rationnelle de la saignée, et le succès qui couronne cette pratique suffit bien, ce me semble, pour la justifier.

C'est pour moi un sujet bien fréquent d'observation que celui de phénomènes apoplectiformes chez les aliénés affectés de démence paralytique. Presque tous, quand a cessé l'agitation maniaque qui prélude souvent à cette forme de folie, sont enclins à une voracité extraordinaire, et ne tardent pas à prendre une obésité remarquable; c'est alors que de temps en temps apparaissent les phénomènes de l'apoplexie. L'usage de quelques émissions sanguines peu considérables dissipe ces accidents; mais si la mort arrive au bout de quelques jours, on constate à l'autopsie, outre les lésions anciennes qui se traduisent par la paralysie générale, un état congestif plus ou moins prononcé du cerveau ou des méninges, et parfois un épanchement sanguin dans ces dernières.

Quelquefois un autre ordre de lésions existe; c'est l'hydropisie du cerveau et des méninges. Celle-ci est d'origine fort ancienne, la dilatation qu'ont subie les ventricules du cerveau, les altérations profondes de ses membranes en sont des témoignages suffisants. Dans ce cas, l'hyperémie encéphalique peut apparaître comme cause des troubles fonctionnels subits qui interviennent; et ici encore la saignée peut être appliquée avec quelque avantage. Mais d'autres fois on n'observe plus de phénomènes congestifs, et c'est uniquement à un surcroît d'exhalation séreuse au sein de l'encéphale qu'est due l'apparition des accidents apoplectiques. Dans ces cas assurément l'emploi des émissions sanguines serait loin d'être opportun; il ne pourrait qu'accroître la gravité des lésions subsistantes.

Mais il faut l'avouer, il y a impossibilité complète à discerner ces derniers cas; les conditions générales de l'organisme ne jettent dans cette question aucun éclaircissement; des sujets replets et robustes se nourrissant bien et présentant un large développement de l'appareil circulatoire, peuvent succomber de cette manière, tandis que d'autres, chétifs et débilités, présentent à l'autopsie des traces de congestion cérébrale. Mais hâtons-nous d'ajouter aussi que la mort, sous le coup de phénomènes apoplectiques par le fait seul de l'hydropisie du cerveau, n'est pas le cas le plus fréquent, et si alors se rencontre une faible chance d'appliquer la saignée d'une manière intempestive, il s'en trouve un plus grand nombre dans lesquels cette pratique est suivie d'un plein succès.

Il est enfin un dernier ordre de faits que je ne puis omettre de signaler, pour compléter l'examen de la question actuelle. Il s'agit de ceux où sont apparus tous les phénomènes de l'apoplexie et dans lesquels l'investigation cadavérique a trompé l'attente commune. La précision des désordres fonctionnels était telle, parfois, qu'on a cru pouvoir déterminer à l'avance et la nature et le siége exact des altérations organiques, et sur le cadavre on n'a rien trouvé du tout.

Je crois inutile de rapporter en détail des faits de ce genre; j'en indiquerai seulement quelques-uns qui me rappellent de récents souvenirs: M. Gendrin en cite un exemple remarquable; la *Gazette hebdomadaire* et la *Gazette des Hôpitaux* en rapportaient il y a quelque temps chacune un fait digne d'intérêt. Eh bien, dans tous ces cas, les phénomènes subits de l'apoplexie cérébrale s'étaient manifestés et avaient entraîné la mort très-peu de temps après leur début, soit à la suite d'un état comateux consécutif, soit enfin après plusieurs attaques successives traversées par le retour à la connaissance. Plusieurs de ces faits paraissent si caractéristiques dans leurs manifestations symptomatiques qu'on les avait considérés comme des exemples d'hémorrhagie cérébrale considérable, et l'intervention des émissions sanguines avait paru rigoureusement indiquée. Déception complète à l'autopsie. Le cerveau, examiné avec la plus scrupuleuse attention, n'a offert aucune trace de lésion, pas même un état hyperémique. Remarquons, d'ailleurs, que ces investigations n'étaient pas le fait de personnes peu accoutumées aux recherches cadavériques. M. Gendrin, dont nous connaissons tous le rare talent d'observation, ne croit pouvoir citer qu'un seul fait de ce genre avec pleine confiance; mais il avoue qu'il en est dans la science plusieurs autres sur l'authenticité desquels on ne peut élever de doutes.

De quelle manière expliquer de pareils phénomènes? Faut-il attribuer la mort, dans ces cas, à une condition spéciale et inconnue des centres nerveux, et justifier la dénomination d'*apoplexie nerveuse* qu'ils reçoivent dans la science? Ou bien doit-on reconnaître avec M. Gendrin qu'un état congestif des vaisseaux encéphaliques existe alors et détermine les troubles fonctionnels qui ont été observés, mais que cette hyperémie ne laisse plus sur le cadavre que des traces très-légères dans certains cas, et même nulles dans quelques-uns.

Cette dernière opinion, il faut le reconnaître, n'est pas sans vraisemblance pour un certain nombre de faits. La disparition de congestions qui existaient au moment de la mort sur les parties externes de l'organisme, ne peut être révoquée en doute; il doit en être de même de celles qui se forment au sein des organes encéphaliques. Cependant cette disparition n'a pas lieu dans tous les cas. L'état hyperémique des vaisseaux du cerveau a été rencontré à des degrés variables, quelquefois médiocres dans plusieurs faits d'apoplexie foudroyante; c'étaient sans doute les dernières traces d'une congestion qui avait existé pendant la vie dans une mesure beaucoup plus intense, car au point où on la constatait, elle n'eût pas par elle-même entraîné une terminaison funeste. On rencontre bien souvent l'hyperémie encéphalique même plus prononcée sur le cadavre de sujets qui n'ont présenté aucun signe d'apoplexie, et qui ont succombé à des lésions organiques tout à fait étrangères au cerveau.

Quel peut être le résultat de l'intervention de la saignée dans de pareils faits? Plusieurs fois cette médication est intervenue; les phénomènes symptomatiques graves qui présentaient tous les traits caractéristiques de l'hémorrhagie cérébrale, les conditions organiques des sujets conviaient pleinement à l'emploi immédiat des émissions sanguines. Ce moyen parfois a été suivi d'un retour à la connaissance et de la rémission de tous les symptômes de l'apoplexie; mais cette amélioration n'a pas été de longue durée; bientôt sont revenus les symptômes d'une nouvelle attaque, à laquelle la mort a succédé, soit immédiatement, soit après quelques heures de coma. Cependant, qui voudrait rendre ici la saignée responsable d'une pareille terminaison? Ceux qui proscrivent ce moyen l'oseraient peut-être pour les cas où l'investigation cadavérique n'ayant pas eu lieu, on aurait pu croire à l'existence d'une hémorrhagie cérébrale consécutive à la phlébotomie. Mais là où le cadavre ne manifeste rien du tout, là où le cerveau se présente avec les traces d'une très-légère hyperémie, quel mal la saignée a-t-elle pu produire?

Je ne vois qu'un seul cas où l'on puisse faire peser sur elle une imputation fâcheuse; c'est lorsque la mort, ayant eu lieu au milieu des phénomènes de l'apoplexie foudroyante, à la suite de la saignée, l'autopsie révèle l'existence d'un état réellement anémique du cerveau, une pâleur de tout l'organe, une diminution évidente du calibre de ses vaisseaux et de ceux des méninges, un état de vacuité du réseau vasculaire de la pie-mère.

Je conçois dans de telles conditions la mort foudroyante par anémie du cerveau, à la suite d'une saignée intempestive, chez un sujet déjà prédisposé; c'est l'*apoplexie ex inanitione* des anciens. Mais quand donc de pareilles conditions se rencontrent-elles? Je réponds sans hésiter: Presque jamais. Dans les faits qui m'occupent en ce moment, l'examen microscopique n'a fait découvrir dans le cerveau aucune lésion capable de rendre raison des désordres fonctionnels qui ont précédé la mort; dans quelques-uns une légère hyperémie du cerveau et des méninges apparaissait encore. Rien ne s'oppose à admettre que cet état congestif existait pendant la vie dans une mesure plus considérable, et dès lors la saignée a pu contribuer à la faire décroître. Dans ceux où nul état congestif de l'encéphale n'a été constaté sur le cadavre, on peut aussi en supposer l'existence pendant la vie, et l'intervention des émissions sanguines ne pouvait encore produire que des résultats utiles; mais cette absence de congestion suppose du moins l'existence d'un état normal de la circulation encéphalique, et assurément si, dans quelques faits, il avait existé une véritable anémie du cerveau, les observateurs n'eussent pas manqué de la signaler. Parmi les cas de mort par apoplexie foudroyante qu'il m'a été donné d'observer, il s'en trouve un qui a pour sujet un vieillard maigre, chétif et touchant à la décrépitude; il mourut subitement un matin en s'habillant; il ne fut pas saigné. Je procédai à l'examen du cadavre, et le cerveau fut trouvé intact; il y avait à peine trace légère d'hyperémie des méninges, il n'y avait donc point d'état anémique.

La seule lésion que je constatai fut la dégénérescence athéromateuse et le dépôt de concrétions osseuses dans plusieurs points des troncs artériels du cerveau. Une lésion identique existait dans plusieurs autres points de l'arbre artériel. Je ne remarquai dans les autres viscères nuls vestiges de lésion capables d'expliquer la mort. Le sujet était âgé de quatre-vingts ans. Sans doute si en l'absence de toute investigation cadavérique on était fondé à admettre l'apoplexie foudroyante par anémie du cerveau, c'eût été dans ce cas; cependant les conditions du système circulatoire du cerveau ne pouvaient donner l'idée d'un pareil état.

J'ai signalé l'extrême rareté de l'apoplexie anémique; je ne l'ai, en effet, jamais rencontrée, et les annales de la science n'en retracent que bien peu de faits.

Mais j'ai observé au contraire un état réel d'anémie de l'encéphale, chez des sujets qui ont succombé à la suite d'altérations organiques autres que celle du cerveau. Ceux qui meurent dans le dernier degré du marasme par lésion de certains viscères, présentent parfois cette condition, et je me rappelle une autopsie, faite l'an dernier, d'un individu qui avait succombé par suite d'un squirrhe de l'extrémité pylorique de l'estomac; parvenu à un degré extrême de faiblesse et de maigreur, il présentait un état anémique général auquel participait largement le cerveau. Aucun trouble fonctionnel ne se manifesta dans les derniers temps de la vie du côté de l'encéphale, et la folie, qui se traduisait jadis par des accès maniaques périodiques, avait disparu tout à fait, le malade avait recouvré toute sa raison.

Cependant le marasme et tous les signes extérieurs de l'anémie générale ne pourraient pas faire conclure toujours à un pareil état du côté du cerveau.

Il est remarquable que les affections aiguës ou chroniques des poumons, quel que soit le degré de débilité générale qu'elles entraînent, loin de s'accompagner de la vacuité du système vasculaire encéphalique, se rencontrent au contraire toujours en coïncidence avec une hyperémie plus ou moins prononcée de cet organe. J'ai signalé ailleurs cette coïncidence ordinaire des affections pulmonaires aiguës avec l'hyperémie de l'encéphale. (*De l'hémorrhagie des méninges chez les aliénés.*) Mais cette condition est bien plus étonnante lorsqu'elle s'observe chez des sujets qui, sous l'influence d'une affection chronique de ces organes, de l'affection tuberculeuse, par exemple, sont parvenus au dernier degré de la débilité et du marasme.

Un fait de ce genre, observé il y a quelques jours, m'a laissé de profonds souvenirs. Il s'agit d'un sujet mort dans le marasme par suite d'une phthisie pulmonaire. Les poumons étaient remplis, dans presque toute leur étendue, de tubercules soit disséminés, soit par masses; de vastes cavernes remplies de pus en creusaient les sommets. Le cerveau était le siége d'une congestion légère, mais le réseau vasculaire des méninges était énormément gorgé de sang, et dans plusieurs points des ecchymoses sous-arachnoïdiennes s'étaient produites sous l'empire de cette congestion.

On peut, d'après ce qui précède, apprécier combien est rare l'état anémique du cerveau chez les sujets qui succombent au milieu des manifestations symptomatiques de l'apoplexie cérébrale. La saignée qui intervient donc dans les cas où nulle lésion grave n'existe dans l'encéphale, peut amener des résultats utiles contre l'hyperémie, qui doit être le plus souvent la cause des phénomènes apoplectiques; et lorsque cet état congestif n'est pas constaté, la saignée n'a pu intervenir d'une manière funeste et ne peut être comptable de la mort.

Je signalerai enfin un dernier état de l'encéphale dans lequel des phénomènes symptomatiques ayant quelque rapport avec ceux de l'apoplexie se manifestent et sont heureusement conjurés quelquefois par l'emploi des émissions sanguines; je veux parler des phénomènes de l'épilepsie. J'ignore si le point de départ de l'attaque épileptique doit être cherché dans l'état congestif du cerveau; mais du moins cette condition se rencontre d'ordinaire au milieu de l'attaque, et les sujets qui succombent alors la présentent à un très-haut degré. Le plus souvent l'accès convulsif se dissipe spontanément après un temps variable sans que la science ait besoin d'intervenir énergiquement. Mais parfois il arrive que des attaques violentes et prolongées se succèdent à de courts intervalles; un sommeil stertoreux de peu de durée les sépare, et, après un certain temps, la mort termine la scène. L'autopsie fait découvrir dans tout le cerveau une turgescence sanguine des plus considérables; les méninges sont également gorgées de sang, et bien souvent des plaques ecchymotiques sont rencontrées soit entre l'arachnoïde viscérale et la pie-mère, soit entre le réseau de celle-ci et la surface des circonvolutions.

Je ne crois pas m'aventurer au delà de la vérité en considérant l'aggravation de l'épilepsie comme le produit de cette congestion sanguine considérable, et les préludes d'une terminaison funeste comme la conséquence de l'hémorrhagie que je viens de signaler. Plusieurs fois j'ai vu ces attaques épileptiques violentes et multipliées heureusement entravées par l'emploi de larges émissions

sanguines; mais lorsqu'une hémorrhagie méningée ou autre s'était produite, on conçoit que ce moyen soit intervenu sans résultat. Quant à attribuer à la médication ces hémorrhagies elles-mêmes et leurs conséquences funestes, je ne pense pas que pareille idée vienne jamais à personne. Pour moi, je crois pouvoir demeurer convaincu que, si dans plusieurs cas de pareilles attaques ont rapidement cessé à la suite d'une ou de plusieurs saignées copieuses, c'est à ce moyen qu'il faut savoir gré de ce résultat.

Il ressort, ce me semble, des développements qui précèdent que les émissions sanguines employées pour combattre les phénomènes de l'apoplexie ne peuvent être considérées comme la cause des accidents graves qui se sont quelquefois manifestés consécutivement à leur emploi, et que bien plus souvent elles ont été suivies de la disparition plus ou moins rapide des troubles fonctionnels morbides qui avaient précédé. L'investigation que je viens de faire des indications thérapeutiques rationnelles que réclament soit l'imminence, soit l'apparition des troubles fonctionnels de l'apoplexie, ne me conduit donc pas en ce moment à modifier tout ce que l'expérience a sanctionné jusqu'à nos jours, et l'emploi de la saignée dans l'apoplexie cérébrale continuera, malgré ses détracteurs, à intervenir favorablement pour arrêter le développement de cette affection, en ralentir les progrès, ou contribuer à sa résolution.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 août 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Non-existence de la colique de cuivre. — **M. DE PIETRA-SANTA** lit un mémoire sur la non-existence de la colique du cuivre et sur l'affection professionnelle des ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt.

... Lorsque je pris, en 1852, le service des Madelonnettes, dit l'auteur, en trouvant dans la prison un atelier de tourneurs en cuivre, je me posai la question : Le cuivre est-il ou non nuisible? Je me trouvais dans d'excellentes conditions pour poursuivre ces études de maladies professionnelles. J'avais les ateliers sous les yeux: les prisonniers étant soumis à un examen de tous les jours, je voyais le mal à son origine, je pouvais en suivre les développements; j'avais l'avantage de me rendre compte de l'action immédiate ou successive des agents hygiéniques ou thérapeutiques employés. Ainsi, pas de doute sur l'étiologie, par d'ambiguïté sur les phénomènes morbides, pas de fraude possible sur le traitement mis en usage.

La maison d'arrêt des Madelonnettes, située au milieu d'un quartier populeux du sixième arrondissement, est entourée de rues étroites et mal aérées. Au rez-de-chaussée, une chambre peu vaste forme l'atelier où sont réunis, en moyenne, douze ouvriers pour tourner des pièces de cuivre et les lisser, afin de livrer au commerce de petites serrures, des verrous, des boutons de porte, etc. Dès que l'on entre, on aperçoit la poussière de cuivre voltiger fine et légère, briller en montant et descendant à travers un rayon lumineux.

J'ai entrepris deux séries d'expériences : la première comprenant trois années, de 1852 à 1854; la seconde, s'étendant de juillet 1855 à juillet 1856. Les détails se trouvent consignés dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. Voici les conclusions auxquelles ces études m'ont conduit.

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre sans altération appréciable de sa santé;

2° L'ingestion de la poussière de cuivre donne lieu à quelques légers accidents;

3° La colique de cuivre telle qu'elle a été décrite par les auteurs des dix-huitième et dix-neuvième siècles n'existe pas;

4° Les moyens préservatifs par excellence consistent à placer les aliments à l'abri de la poussière de cuivre, à se laver soigneusement les mains avant les repas, à prendre des bains le plus fréquemment possible.

Vert de Schweinfurt. — On l'obtient dans l'industrie en faisant dissoudre en quantité égale l'acide arsénieux et l'acétate basique de cuivre. Il est principalement employé pour la coloration en vert des papiers servant aux abat-jour et aux petites lanternes.

Dans une salle spacieuse et parfaitement aérée des Madelonnettes sont réunis une soixantaine d'ouvriers, dont douze en moyenne sont employés à la susdite fabrication. Le *contre-maître* broie dans une terrine la préparation arsenicale; le *fonceur* applique la couleur sur la feuille de papier blanc au moyen de brosses; le *tireur* l'étend sur le séchoir; le lendemain le *lisseur*, par la pression d'un fort rouleau de bois, donne à la feuille le vernis nécessaire; puis l'*imprimeur* et le *découpeur* achèvent les dernières opérations.

Pendant deux ans j'ai suivi avec attention ces travaux, et j'ai examiné les malades jour par jour.

Le mémoire ci-joint renferme :

1° Les renseignements historiques sur la question;

2° Le résultat des enquêtes déjà entreprises;

3° Les observations personnelles que j'ai été à même de faire.

Cette étude m'a conduit aux conclusions suivantes :

1° Il existe une affection professionnelle propre aux ouvriers qui travaillent les papiers peints en vert au moyen de la préparation arsenicale connue dans l'industrie sous le nom de *vert de Schweinfurt*.

2° Elle est caractérisée par la manifestation de vésicules, pustules, plaques muqueuses et ulcérations situées sur les parties exposées au contact immédiat de la matière colorante (doigts de la main et des pieds, parties génitales et plus particulièrement le scrotum).

3° Les accidents sont locaux, sans retentissement sur l'organisme, sans trouble des systèmes circulatoires et assimilatifs.

4° Ils ne présentent aucune gravité.

Leur développement peut être arrêté par des précautions hygiéniques (ablutions fréquentes, bains, gants de peau, division du travail).

Leur existence est utilement et promptement combattue par un traitement spécifique (lotions d'eau salée sur les parties malades que l'on saupoudre immédiatement de calomel à la vapeur).

5° La fréquence des accidents est en rapport direct avec le défaut de propreté et la négligence des ouvriers eux-mêmes.

6° On peut sans inconvénient maintenir l'industrie; mais on doit exiger l'emploi journalier des moyens prophylactiques indiqués par la science et dont l'expérience a constaté l'efficacité. (Commiss. du prix des arts insalubres.)

Action de la santonine sur la coloration des urines. — **M. LEROY** (d'Etiolles) adresse la lettre suivante :

« La communication de M. Flourens relative aux expériences de M. de Martini concernant l'influence de la santonine sur la vision m'a remis en mémoire un fait que j'ai observé sur deux enfants auxquels j'avais fait prendre cette substance comme anthelminthique; c'est la coloration en vert de l'urine. Je ne sais si cette remarque a déjà été faite et publiée par d'autres; je dois le supposer, car un pareil changement a sans doute frappé déjà l'attention (1) : aussi je la donne sans prétention à la nouveauté. »

Sur la couleur rutilante du sang veineux, etc. — **M. A. MOUGEOT** communique une note sur la couleur rutilante du sang veineux chez l'homme et sur sa valeur séméiotique dans quelques affections.

Dans le début d'une fièvre intermittente à accès énergiques, dit l'auteur, quand chez un individu robuste on ouvre la veine dans le stade de chaleur au plus fort de la réaction (ce qui offre quelques avantages quand on tire peu de sang), le sang sort souvent presque rutilant et quelquefois par saccades, de telle façon qu'on croirait avoir ouvert l'artère elle-même. A mesure que l'apaisement s'opère, le sang veineux reprend sa couleur naturelle, et le retour à l'état normal se produit en général avant l'émission de la troisième palette.

Mais c'est surtout dans les accès de fièvre pernicieuse que cette rutilance est complète, il semble même dans quelques cas que le sang veineux soit plus rouge que ne l'est ordinairement le sang artériel, et ce fait est si constant quand on saigne dans la violence de l'accès, que je n'hésite pas à le considérer comme le meilleur moyen de diagnostic de ces graves affections.

La rutilance marquée du sang veineux est à mes yeux le signe pathognomonique de l'accès pernicieux : sitôt ce phénomène observé, il faut arrêter l'émission sanguine au bout de deux palettes; et, sans attendre une rémission qui pourrait s'effectuer en l'absence du médecin et passer inaperçue du malade comme des gens qui le soignent, il faut immédiatement donner le sulfate de quinine à dose d'autant plus forte qu'on le donne pendant l'énergie de l'accès : ainsi de 1 gr. à 3 grammes et même à 4 grammes, selon la durée de celui-ci et un peu l'intuition du médecin.

Sitôt la rémission obtenue, on reviendra à des doses plus modérées; 1 gramme au plus à la fois, mais renouvelé à des distances que peut seul déterminer l'effet physiologique obtenu.

Pour que la rutilance du sang veineux fût véritablement le signe pathognomonique de l'accès pernicieux, il faudrait qu'elle n'appartînt qu'à lui. Cela n'est pas. Je l'ai observée à la suite d'une violente querelle chez un homme pris d'eau-de-vie; chez un ivrogne atteint d'une espèce de manie furieuse; dans certains accès d'hystérie avec grande vivacité dans la circulation; et dans ces névroses de l'hypocondre gauche, accompagnées d'énergiques battements de cœur ou de l'artère cœliaque.

Dans ces dernières affections, au moment de l'énergie circulatoire, quand on fait une saignée du pied ou du bras, après avoir laissé pendant quelque temps le membre dans de l'eau très-chaude, on est presque certain d'observer la rutilance du sang veineux. Mais dans ces cas le diagnostic différentiel est si facile à établir, que cette rutilance conserve toute la valeur séméiotique que je lui ai assignée dans le diagnostic de l'accès pernicieux.

C'est dans la rapidité du cours du sang en raison de l'impulsion reçue au cœur et perpétuée par l'exagération de la contractilité des vaisseaux, ainsi que dans l'innervation qui a commandé cette exagération, qu'on doit trouver cette explication.

Cette rapidité du cours du sang est absolue; l'aspect animé des tissus, la force du pouls, l'énergie des battements du cœur l'indiquent, et la violence avec laquelle le sang rutilant s'échappe de la veine le prouve.

Cette rapidité n'est pas seulement due à l'impulsion cordiale, puisqu'elle n'apparaît pas toujours dans les cas où cette impulsion est considérable. C'est donc à la contractilité des vaisseaux, à leur éréthisme qu'il faut attribuer le passage tellement rapide du sang d'un capillaire à l'autre, que ce liquide n'a pas le temps de subir l'élaboration et la transformation accoutumées.

— **M. G. COLIN** adresse une note en réponse aux remarques faites sur son travail concernant l'origine du sucre du chyle, par MM. Poiseuille et Lefort.

Cette note est renvoyée, comme l'ont été les précédentes communications concernant la même question, à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

— **M. ABATE** adresse de Naples une réclamation de priorité à l'occasion d'une note sur les *causes des fièvres de marais*, présentée par M. Burdel à la séance du 7 juin 1858. « M. Abate avait lu à l'Académie Gioena de Catane, le 19 novembre 1857, une note où il soutenait une doctrine toute semblable à celle de M. Burdel, et assignait comme lui, pour cause principale des fièvres paludéennes, l'insuffisance de l'ozone atmosphérique. A cette réclamation est joint, comme pièce à l'appui, un numéro d'une publication périodique qui se publie à Catane, et donne le compte rendu des séances de l'Académie Gioena; on trouve dans cette livraison une analyse du mémoire de M. Abate. » (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Burdel : MM. Serres et Becquerel.)

— **M. HEURTELOUP** adresse une pièce destinée à être mise sous les yeux de la commission chargée d'examiner diverses communications relatives à l'invention du *percuteur*, instrument servant à triturer par pression ou par percussion les pierres vésicales.

Dans la séance du 29 mars 1858, l'Académie avait reçu la description imprimée et le modèle d'un instrument de lithotritie construit par un fabricant de Londres nommé Weiss. Ces pièces, transmises par M. Leroy (d'Etiolles), étaient annoncées comme destinées au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon : on devait supposer qu'elles étaient adressées au nom de l'inventeur, et c'est dans ce sens que fut rédigé l'article du *Compte rendu* où se trouvait mentionnée cette présentation (*Comptes rendus*, t. XLVI, p. 633). Cependant, en 1857, M. Weiss était mort depuis longtemps; c'est du moins ce qui semble résulter de la pièce présentée par M. Heurteloup, un extrait du registre mortuaire de la paroisse de Brighthelmston, comté de Sussex, constatant que M. John Weiss a été enterré dans cette paroisse le 28 décembre 1843, à l'âge de 71 ans.

— **M. FROGIER** adresse une note destinée au concours pour le prix du legs Bréant. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

(1) La coloration de l'urine n'a pas échappé à l'attention de M. de Martini. « La santonine, dit-il, communique à l'urine une couleur jaune-orangé. A une dose modérée, elle n'agit point sur le sérum du sang; mais à une dose plus haute, elle le colore assez fortement. Un homme à qui avaient été administrés 15 grains de santonine avait, une heure après, ses urines d'un jaune-orangé intense et le sérum du sang d'un jaune-orangé encore plus foncé. » (*Note de M. Flourens*)

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

Les dépositaires des souscriptions ont reçu depuis la publication de la dernière liste :

De MM. les docteurs baron H. Larrey, 30 fr.; Didion (de Metz), 10 fr.; Charpentier (de Paris), 5 fr.; Vizerie (de Bergerac), 15 fr.

Les souscriptions sont reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un décret impérial, en date du 12 juin 1856, a déterminé que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après deux années de séjour à l'école instituée près la Faculté de Strasbourg et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aides-major de 2e classe, en passant un an à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Pour l'exécution des dispositions de ce décret, un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élève du service de santé militaire à l'Ecole de Strasbourg, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 11 novembre 1858; à Lyon, le 18; à Montpellier, le 21; à Toulouse, le 24; à Bordeaux, le 27; et à Paris, le 2 décembre prochain.

— La Société médicale du 8e arrondissement, dans sa séance du mois d'août, a renouvelé son bureau de la façon suivante :

Président, M. Michéa; vice-président, M. Malingre; secrétaire général, M. E. Géry fils; secrétaire annuel, M. Denoub; trésorier, M. Gallois.

— M. le docteur Maréchal vient de mourir à Dreux, à l'âge de cinquante-quatre ans. M. Maréchal, qui pratiquait dans cette ville depuis vingt-cinq ans, y avait continué les traditions d'un père dont le souvenir s'est toujours conservé dans le cœur de la population.

— M. le docteur Cornelius, médecin de l'hôpital civil de Malines (Belgique), vient de mourir dans cette dernière ville.

L'illustre historien du *Consulat et de l'Empire*, M. Thiers, s'exprimait ainsi dans son huitième volume, p. 152, sur la *Correspondance de Napoléon Ier* : « Le siècle avait un écrivain immortel, c'était le souverain lui-même; grand écrivain parce qu'il était grand esprit, orateur inspiré dans ses proclamations, chantre de ses propres exploits dans ses bulletins, démonstrateur puissant dans une multitude de notes émanées de lui, d'articles insérés au *Moniteur*, de lettres écrites à ses agents, *qui, sans doute, paraîtront un jour, et qui surprendront le monde autant que l'ont surpris ses actions*; coloré quand il peignait, clair, précis, véhément, impérieux quand il démontrait; il était toujours simple comme le comportait le rôle sérieux qu'il tenait de la Providence... Singulière destinée de cet homme prodigieux, d'être le plus grand écrivain de son temps, tandis qu'il en était le plus grand capitaine, le plus grand législateur, le plus grand administrateur ! »

On sait avec quel talent et quel zèle la commission chargée de recueillir et de publier la correspondance de Napoléon Ier s'est acquittée de sa tâche; mais l'édition publiée par ses soins à l'Imprimerie impériale ne pouvait entrer dans le commerce. L'empereur n'a pas voulu que le public fût privé d'un recueil aussi précieux. Il a daigné charger M. Plon, son imprimeur, d'en donner une édition, qui, tout en étant la reproduction fidèle de l'édition originale, fût d'un format plus commode et d'un prix accessible aux plus modestes bibliothèques. Le premier volume, que nous avons sous les yeux, nous montre que cet éditeur n'a rien négligé pour répondre aux intentions de l'Empereur, et se rendre digne de la faveur dont il a été honoré. Le prix de ce volume est de 6 francs, rendu *franco* dans toute la France.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'au bureau.

Annuaire général des sciences médicales, par A. CAVASSE, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique. Un vol. grand in-18 de 440 pages. Prix, 5 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Études sur l'homme, par L. A. CAHAGNET, auteur des *Arcanes de la vie future dévoilés*, etc. Un vol. in-18. Prix, 1 fr. — Paris, chez Germer-Baillière.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). De l'asthme ; de quelques-unes de ses causes occasionnelles. — HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE (M. Champouillon). Clinique des maladies simulées. — Dégénérescence encéphaloïde d'un testicule arrêté dans le canal inguinal ; ablation de l'organe malade ; guérison. — Etudes cliniques sur les troubles nerveux de la locomotion observés dans la chloro-anémie. — A propos d'un article intitulé *Observation curieuse d'angine inflammatoire, jugée par une hémorrhagie critique*, etc. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 31 août. Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 1er SEPTEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie avait à élire aujourd'hui un membre dans la section de physique et de chimie médicales. Elle avait à choisir entre des physiciens et des chimistes, tous hommes de mérite ; mais il avait été convenu que le choix porterait cette fois sur un physicien, c'est un physicien qui l'a emporté. La liste de présentation portait en tête le nom de M. Gavarret ; le résultat du scrutin ne pouvait être douteux. M. Gavarret a obtenu au premier tour 42 suffrages sur 53 votants. Que le collaborateur de M. Andral, le savant professeur de physique de la Faculté, l'auteur des *Principes généraux de statistique médicale*, des *Traités de la chaleur et de l'électricité*, soit le bienvenu à l'Académie !

Après l'élection, M. Lasègue a lu pour son ami M. le docteur Leroy de Méricourt, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, un intéressant mémoire sur la coloration partielle de la peau chez les femmes. M. Leroy de Méricourt a déjà publié en 1857, dans les *Archives générales de médecine*, un premier travail sur cette anomalie, dont on ne connaissait alors que quelques rares exemples épars dans les recueils scientifiques. Aux dix cas qu'il avait pu réunir à cette époque, dont cinq observés par lui-même dans la seule ville de Brest, et les cinq autres empruntés aux divers auteurs qui ont eu l'occasion de constater le même fait, M. de Méricourt a pu ajouter depuis neuf nouveaux faits de même genre recueillis dans la même localité. C'est à l'aide de ces dix-neuf faits qu'il a complété, dans ce nouveau mémoire, le tableau de cette singulière altération, dont il n'avait présenté qu'une esquisse dans son premier travail.

Nous disons complété... N'est-ce pas trop avancer? Nous n'avons pas malheureusement sous les yeux le travail original de M. de Méricourt, nous n'en pouvons juger que par l'analyse que nous en donnons au compte rendu. Cette analyse expose, il est vrai, très-nettement le phénomène de l'altération de couleur de la peau, les perturbations fonctionnelles auxquelles il paraît se rattacher et les symptômes morbides qui l'accompagnent habituellement ; mais elle nous laisse dans une grande incertitude sur la question de savoir jusqu'à quel point ces faits diffèrent ou se rapprochent des cas que les accoucheurs ont assez fréquemment l'occasion d'observer chez les nouvelles accouchées, et dont MM. Moreau et Depaul ont rappelé quelques exemples à cette occasion, ainsi que de quelques faits qui paraissent aussi avoir avec ceux-ci quelque analogie, et qui ont été l'objet d'une communication à l'Académie, il y a quelques années.

Nous avons retrouvé aussi, en faisant appel à nos souvenirs, la relation d'un fait rapporté, il y a déjà longtemps, par Gilkrest, dans *The London medical Gazette*, et analysé dans la *Gazette médicale de Paris* de 1839, numéro du 3 novembre. Il s'agit d'une femme qui vit la plus grande partie de la surface de son corps prendre une couleur noire, après avoir éprouvé des symptômes dont quelques-uns nous ont paru se rapprocher de ceux qu'a constatés M. de Méricourt : vomissements, sensibilité à l'épigastre, faiblesse, toux sèche, palpitations et douleurs vives dans les pieds ; ce qui a fait rapprocher par le traducteur cette affection de cette épidémie bizarre connue sous le nom d'acrodynie, qui régna à Paris en 1828 et 1829. Y a-t-il quelque analogie entre ces divers cas?

Sans préjuger en rien la légitimité de ces rapprochements, ni aucune des questions de physiologie pathologique que soulèvent ces faits, nous nous bornons à les signaler à l'attention de notre savant confrère de Brest, qui peut, mieux que tout autre, nous édifier à cet égard, et de l'Académie, qui pourra trouver dans ce mémoire l'occasion d'examiner un sujet qui ne manque pas d'intérêt. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

L'asthme. — De quelques-unes de ses causes occasionnelles (1).

J'ai dit, dans la précédente leçon, que parmi les causes occasionnelles de l'asthme, il en était quelques-unes plus particulièrement dignes de vous être signalées, à cause de leur importance : telles sont les conditions d'habitation, de climat et de température. Voici à cet égard quelques exemples.

Il y a cinq ans, un jeune homme vint de Saint-Omer me consulter. Sujet à des attaques d'asthme très-fréquentes, il profitait d'un instant de répit pour faire le voyage. Dès son arrivée à Paris il éprouvait des accès moins violents, et après deux ou trois jours il était guéri. La guérison me paraissait trop merveilleusement rapide, et je l'attribuai à l'influence du climat, prévoyant que tôt ou tard l'événement confirmerait mon jugement. Le malade resta trois semaines ici ; durant ce temps, il n'eut pas un seul accès. Enfin, il vint prendre congé de moi ; il partait pour Versailles, et ce voyage devait être l'épreuve que j'attendais. Dès la première nuit qu'il passa dans cette ville, pour ainsi dire aux portes de Paris où il se trouvait si bien, il eut une attaque des plus formidables ; le lendemain il ne se trouvait pas dans son état de santé habituelle, et le soir un nouvel accès revenait comme la veille. Le surlendemain il reprenait la route de Saint-Omer en passant encore par la capitale.

Ce qui m'avait fait prévoir que ce voyage à Versailles serait l'épreuve que j'attendais, c'était ce que le malade m'avait raconté. Ses attaques, m'avait-il dit, avaient commencé dans sa ville natale, dès l'âge de dix-neuf ans ; deux ans après son père l'avait emmené à Londres pour ses affaires de commerce, et à partir de ce moment, après avoir supporté les émotions d'une traversée qu'il redoutait, sans avoir eu le moindre accès, tout en vivant depuis au milieu des brouillards de la Tamise, qu'on incrimine peut-être d'une façon trop exagérée, il n'avait jamais ressenti les atteintes de sa maladie. Et cependant, pendant ces deux ans de séjour en Angleterre, il avait vécu de la vie de jeune homme, menant de front travail et plaisir, s'exposant à toutes les causes de catarrhe. Durant ce temps, bien qu'il ait eu des rhumes, jamais il n'avait eu d'accès d'asthme, et ses rhumes avaient cédé plus promptement qu'ils ne cédaient en France. Son père meurt, le jeune homme revient à Saint-Omer ; à peine réinstallé dans cette ville, il est repris de ses accidents d'autrefois ; enfin, après deux ans de tourments causés par cette maladie, il se décide à venir me voir. Après lui avoir prescrit un traitement actif, je le renvoie dans son pays, et à quelques mois de là il me mandait que rien n'était changé dans sa situation. Je l'engage à revenir ici ; il me répond qu'il lui est impossible d'entreprendre le voyage, tellement son état est grave ; j'insiste néanmoins sur la nécessité de quitter Saint-Omer. Le malade est transporté, bien plus qu'il n'arrive, par le chemin de fer ; et dès son entrée dans l'hôtel où il descendait à Paris, son oppression est déjà moindre ; quelques jours après la guérison était de nouveau complète. Je n'eus alors d'autre conseil à donner que de défendre le séjour de Saint-Omer, et j'engageai le malade à se mettre à la tête de sa maison de Londres.

Un ancien avocat, mon camarade, mon ami de jeunesse, passe habituellement chaque année trois ou quatre mois dans ses probriétés du Calvados. Parfaitement portant à Paris, il est à peine dans sa terre qu'il est pris d'accès d'asthme nocturnes, survenant d'ordinaire vers dix ou onze heures du soir. L'oppression est telle, que le malade est obligé de passer les nuits à sa fenêtre, malgré le froid qui se fait sentir pendant les nuits d'automne. Le lendemain matin il est quitte, et peut reprendre dans la journée le cours de ses occupations.

Un troisième exemple. J'ai eu pour clients deux frères jumeaux, tous deux fort riches, tous deux directeurs de maisons de jeux célèbres, et tous deux si extraordinairement ressemblants, qu'il m'était impossible de les reconnaître, à moins de les voir l'un à côté de l'autre. Cette ressemblance physique s'étendait plus loin ; car ils avaient, permettez-moi l'expression, une similitude pathologique plus remarquable encore. Ainsi, l'un d'eux, que je voyais aux Néothermes, malade d'une ophthalmie rhumatismale, me disait : « En ce moment, mon frère doit avoir une ophthalmie comme la mienne. » Et comme je m'étais récrié, il me montra, deux jours après, une lettre qu'il venait de recevoir de son frère, alors à Vienne, et qui lui disait en effet : « J'ai mon ophthalmie, tu dois avoir la tienne. » Quelque singulier que ceci puisse paraître, le fait n'en est pas moins exact ; je l'ai vu, et j'en ai vu d'autres analogues dans la pratique des malades. Eh bien, ces deux jumeaux étaient tous deux asthmatiques, et asthmatiques à un effroyable degré. Originaires de Marseille, ils n'ont jamais pu habiter cette ville, où leurs intérêts les appelaient souvent, sans être pris d'accès : jamais ils n'en éprouvaient à Paris. Bien mieux, il leur suffisait de gagner Toulon pour être guéris de leurs attaques de Marseille. Voyageant souvent et dans tous pays par nécessité, ils avaient remarqué que certaines localités leur étaient funestes, que dans d'autres ils étaient exempts de tout.

C'est là une règle pour les asthmatiques, et il était important de le dire ; car j'en tirerai un grand parti lorsque je parlerai de la nature de la maladie.

Un jeune médecin, M. le docteur E. Vidal, me racontait un fait qu'il avait lui-même observé, et qui trouve ici sa place. Il connaît un capitaine au long cours asthmatique depuis plusieurs années. Toutes les fois que ce marin va au Pérou faire un chargement de guano, son accès d'asthme cesse dès qu'il est arrivé aux îles Cincha, où le guano se recueille ; et son mal, dont il n'éprouve alors aucune atteinte, dont il paraît radicalement délivré durant le temps de sa traversée d'Amérique en France, revient aussitôt qu'il a quitté son bord, et qu'il ne se trouve plus dans l'atmosphère énervée par une autre influence. Vous savez, en effet, ce qu'est le guano, et ceux qui en ont vu savent aussi combien est pénétrante l'odeur qu'il répand, odeur excessivement ammoniacale. Or, je vous dirai à propos du traitement le rôle que l'ammoniaque joue quelquefois pour calmer les accès d'asthme.

Les *influences de température* sont non moins singulières sur la production de cette névrose.

Le catarrheux redoute le froid, qui l'influence facilement et devient l'occasion de nouveaux accidents ; il se tient habituellement bien couvert ; l'hiver, il sort peu de chez lui, reste confiné au coin de son feu ; l'asthmatique recherche au contraire le grand air, il a horreur des petits appartements, des plafonds peu élevés, qui semblent lui peser sur la poitrine ; il redoute les tentures de laine. Quelque riche qu'il soit, vous le trouverez généralement logé dans une chambre sans rideaux ou garnie de rideaux légers ; son lit n'en a pas ; les rideaux épais, les tentures l'écrasent, l'oppressent, l'étouffent ; en plein cœur de l'hiver, il lui faut comme en été les fenêtres ouvertes ; en un mot, il a besoin d'une grande masse d'air. Que ce besoin soit réel, qu'il soit le fait de l'imagination du malade, que ce soit une sorte de manie, vous rencontrerez souvent ceci, que je vous devais signaler.

De ces fantaisies bizarres, qui nous montrent encore la nature essentiellement nerveuse de l'asthme, il en est une qui n'a échappé à aucun observateur : c'est que dans le Nychtimeron, l'asthmatique a ses accès à certaines heures et non à d'autres.

Ma pauvre mère, que j'ai eu le malheur de perdre il y a douze ans, et de qui je tiens l'asthme dont je suis affecté, ma pauvre mère avait ses accès à huit heures du matin. Le reste de la journée elle allait et venait avec une activité qui ne lui fit jamais défaut, et ses nuits étaient bonnes.

J'ai connu le maître tailleur d'un régiment de carabiniers, tenant alors garnison à Saumur, qui était régulièrement pris à trois heures de l'après-midi. Les accès étaient si réguliers, qu'en raison même de cette parfaite régularité et de l'heure à laquelle ils survenaient, je crus à une influence palustre, à une fièvre intermittente larvée. Je donnai inutilement le sulfate de quinine.

S'il est quelques exemples analogues d'asthme diurne, le plus ordinairement c'est la nuit que les attaques arrivent. Généralement c'est de dix à douze heures du soir. Et l'influence du lit, du décubitus dans la position horizontale, a ici peu d'importance ; que l'individu soit couché ou debout, ses accès reviennent à ces heures de nuit : chez quelques-uns ils viennent un peu plus tard. Ainsi, chez moi, c'était vers trois heures du matin. Invariablement à cette heure j'étais réveillé et j'entendais le timbre de ma pendule frapper ses trois coups. Toutefois ces exceptions n'infirment en rien la règle générale.

(1) Voir le numéro du 26 août.

Je vous ai dit que l'asthmatique ne recherchait rien tant qu'un air frais, et chose bizarre ! l'asthme nerveux s'observe plus souvent en été qu'en hiver. Les attaques se font bien plus sentir dans les mois compris entre mai et novembre que de novembre à mai. Chose plus digne de remarque encore ! l'asthme est une maladie plus commune dans les pays équatoriaux que sous les zones tempérées ou froides, et cependant chacun sait combien sont rares les affections thoraciques dans les pays chauds, où les maladies du foie et de l'appareil digestif prédominent sur toutes les autres. Dans ces pays les affections catarrhales s'observent sans doute, mais exceptionnellement, voilà du moins ce que nous ont appris les médecins anglais qui ont habité les Indes, où Simms nous dit que les asthmatiques sont nombreux.

Ainsi l'asthme est une maladie des pays chauds, c'est une maladie d'été, et lorsque ceux qui en sont affectés s'enrhument pendant les saisons froides, ils se débarrassent bien plus rapidement de leurs catarrhes qu'ils n'en sont quittes en été, toutes conditions égales d'ailleurs. D[r] L. Blondeau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Clinique des maladies simulées.

Aphonie. — L'aphonie est un état morbide caractérisé par l'altération ou même l'extinction complète de la voix : elle constitue un cas de réforme lorsqu'elle est permanente et incurable. Elle résulte le plus souvent d'une altération dans la forme, la texture de l'appareil vocal ; telle est l'aphonie produite par la laryngite simple, ulcéreuse ou pseudo-membraneuse ; l'ulcération syphilitique ou tuberculeuse, l'atonie, le ramollissement, la bouffissure de la membrane muqueuse laryngienne ; la carie des cartilages, l'atonie ou la destruction des muscles thyro-arythénoïdiens. D'autres fois, l'aphonie est due à des causes purement mécaniques, comme l'obstruction du larynx par des calculs, des caillots de sang ou de mucus concrété ; la compression par des tumeurs, un kyste, un anévrysme, ou l'hypertrophie de la glande thyroïde. L'affaissement de la trachée-artère, l'hypertrophie des amygdales, l'allongement de la luette, amènent aussi une diminution plus ou moins prononcée dans le timbre de la voix.

Il n'est pas rare non plus d'observer l'aphonie comme phénomène sympathique dans les cas de gastro-entérite simple ou vermineuse, de blennorrhagie ou d'orchite syphilitiques, d'hystérie, de colique saturnine ou de choléra. Tous les grands troubles de l'innervation peuvent aussi éteindre la voix, en portant leur action sur les nerfs laryngiens. C'est de cette sorte qu'agissent la colère, la frayeur, la joie, l'épilepsie, la catalepsie, l'ivresse, derhout parle d'une femme qui, surprenant son mari en flagrant délit d'adultère, perdit tout à coup la voix. M. Champouillon a eu occasion de voir, en Afrique, un colon espagnol, devenu aphone après s'être échappé des mains d'un Arabe qui s'apprêtait à le décapiter. M. Chomel cite le fait assez curieux d'une dame qui fut privée de la voix pendant plusieurs années, par suite d'un excès de joie succédant à une vive inquiétude. Cette aphonie disparut d'elle-même après une violente émotion. MM. Rennes et Ollivier ont publié deux observations qui démontrent que cette affection peut devenir intermittente.

L'aphonie est l'infirmité la plus facile à imiter, et l'on a vu de jeunes soldats apporter dans ce rôle assez de persévérance et de présence d'esprit pour déjouer les épreuves variées auxquelles ils étaient soumis. Si le cas paraît douteux au médecin expert, celui-ci devra, après quelques questions captieuses adressées au réclamant, examiner avec soin l'arrière-gorge, la conformation extérieure du larynx, rechercher dans son voisinage l'existence d'une tumeur ou d'une cicatrice, si petite qu'elle soit, pouvant motiver l'existence réelle de l'infirmité. Lorsque cette exploration locale, de même que les investigations relatives à d'autres causes, ne fournissent aucunes données probantes, il faut alors recourir aux moyens de surprise ou aux épreuves douloureuses.

C'est ainsi qu'au moment où il s'y attend le moins, on saisit le fraudeur par la gorge que l'on serre comme pour l'étrangler : il est bien rare que le sujet, quelque habile qu'il soit, ne s'oublie pas au point de pousser un cri de détresse ou de colère.

Lorsqu'au lieu de se faire en présence du conseil de révision, la vérification a lieu dans un hôpital, elle devient beaucoup plus facile, à cause de la variété des moyens qu'il est possible de mettre en œuvre.

B..., caporal dans un bataillon de chasseurs à pied, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le courant du mois de mai 1857, et déclare qu'il vient s'y faire réformer pour avoir perdu la voix en instruisant des recrues. L'expression de sincérité qu'affectait cet homme, le genre de service dont il se trouvait chargé, lui avaient acquis la confiance et le bienveillant intérêt de ses chefs, et personne au bataillon ne doutait de la réalité de l'infirmité. Mais M. Champouillon, en interrogeant et en examinant attentivement le sujet, fut frappé d'une chose, c'est que la voix de B... n'avait point ces éraillures, cette sibilance propres à l'aphonie produite par les cris réitérés et soutenus du commandement. Dès lors, l'infirmité fut tenue pour suspecte, et l'on résolut de démasquer l'imposture dès le soir même. En conséquence, l'infirmier de garde pour la nuit, reçut l'ordre de profiter du moment où B... serait profondément endormi pour lui introduire adroitement du tabac en poudre dans les narines. Cet expédient eut un plein succès, c'est-à-dire que B... poussa un bruyant et formidable éternuement.

Dans la même salle se trouvait un autre militaire atteint, lui aussi, d'aphonie douteuse. Il y avait peu de chances de réussir à déjouer la supercherie chez celui-ci, en recourant de nouveau au tabac à priser, et cela par la raison que le moyen était déjà connu. M. Champouillon s'avisa donc d'un autre stratagème ; deux infirmiers robustes saisirent et continrent le malade, tandis qu'un troisième lui chatouillait les flancs. Bientôt l'imposteur fournit autant d'éclats de rire sonores qu'on se plut à lui en demander par cette manœuvre.

Parmi les gaz, il en est qui jouissent de la propriété d'exciter fortement la toux : le chlore est de ce nombre. Il suffit d'une seule inspiration de chlore pour provoquer chez les prétendus aphones une quinte de toux qu'il leur est impossible de réprimer. Cette épreuve manque très-rarement son effet.

On sait que durant la première période de l'éthérisation il y a presque toujours, chez l'homme soumis à cette opération, un besoin irrésistible de parler, de chanter ou de vociférer bruyamment. C'est là un fait dont il est possible de tirer parti, lorsqu'il s'agit de vérifier la réalité de l'aphonie alléguée par les simulateurs.

N..., servant à titre de remplaçant depuis dix-huit mois, se recommande par de fâcheux antécédents comme soldat, car sa vie se partage entre la cantine et la salle de police. Se sachant menacé d'être envoyé, pour inconduite habituelle, aux compagnies de discipline, il feint tout à coup d'avoir perdu la voix, et cela sans doute dans l'espoir d'obtenir sa libération du service militaire et de se soustraire ainsi au châtiment qui va l'atteindre. Interrogé par M. Champouillon sur les causes de son infirmité, cet homme, qui a toutes les apparences de ce qu'on nomme vulgairement une *pratique*, déclare que, ayant été mis en possession du prix de son remplacement, il a dissipé cet argent en orgies, dans lesquelles il a laissé sa voix. L'ivresse avec ses bruyantes turbulences, l'air froid et humide du cachot rendaient ici l'aphonie assez vraisemblable ; toutefois il importait d'en constater l'exactitude avant de faire une proposition de réforme. M. Champouillon résolut donc d'employer pour cela l'éthérisation ; mais tandis qu'on l'y préparait, N..., armé d'un béquillon, se barricada entre deux lits, menaçant d'assommer quiconque oserait s'approcher de lui. Cette tentative de rébellion fut punie d'un mois de réclusion.

Pendant son séjour dans la salle des consignés, N... fit si bien qu'il réussit à convaincre le nouveau médecin auquel il avait été confié. La réforme fut donc prononcée. Une fois muni de son congé, cet homme quitta l'hôpital et se fit marchand des quatre de constater que parmi tous les crieurs des rues de Paris, N... est assurément l'un de ceux que la nature a dotés du larynx le plus vigoureux et le plus sonore.

Paralysie. — Lorsqu'on est appelé à reconnaître si la paralysie est feinte ou réelle, il faut tout d'abord se remémorer les causes de cette affection, afiu de juger jusqu'à quel point celles qu'énonce le sujet sont conformes ou non aux données scientifiques. Toutes les lésions de l'encéphale, certaines déformations congéniales ou accidentelles du crâne, peuvent donner lieu à la paralysie : il en est de même des altérations morbides de la moelle épinière, ainsi que des rameaux nerveux qui en émanent. Une compression forte et prolongée peut aussi amener l'engourdissement des parties sur lesquelles elle s'exerce. On cite, à ce propos, le cas d'un individu qui s'étant endormi la tête appuyée sur le bras droit, se réveilla avec une paralysie de l'avant-bras.

La paralysie peut être idiopathique ; les causes sont l'onanisme, les excès vénériens, les pertes séminales, l'ivrognerie, les émanations du plomb et du mercure, les médicaments narcotiques, l'action de la foudre, les fièvres intermittentes, pernicieuses, la syphilis constitutionnelle ; toutes les grandes émotions, telles que la frayeur, la commotion, un obstacle quelconque à la circulation artérielle dans les membres, et surtout la métastase goutteuse ou rhumatismale.

Le froid et particulièrement le froid humide frappent aussi d'anesthésie les parties qu'il atteint : voilà pourquoi les débardeurs, les bateliers, les matelots, les soldats qui campent au bivouac, offrent de fréquents exemples de paralysies locales. Même observation pour les sapeurs-pompiers et les gardes municipaux que leur service expose à des courants d'air froid dans les caves ou dans les corridors des théâtres.

Il n'est pas rare de voir se présenter devant les conseils de révision ou dans les hôpitaux des hommes qui se plaignent d'une paralysie partielle, telle que celle du poignet, d'un bras ou d'une jambe ; les plus osés vont quelquefois jusqu'à la paraplégie.

Règle générale, quand un individu attribue cette infirmité à une cause traumatique, il faut explorer avec soin le membre qui en est le siége. Si dans cet examen on rencontre les traces d'une blessure quelconque, pouvant donner la raison anatomique de la paralysie, celle-ci pourra être admise comme vraisemblable.

On remarque dans les parties frappées depuis longtemps de paralysie, un abaissement de température reconnaissable par le toucher : cet effet est dû surtout au ralentissement de la circulation capillaire, de même qu'au défaut de mouvements. Un autre résultat non moins constant de la paralysie ancienne, c'est l'atrophie plus ou moins prononcée des muscles qui deviennent flasques et s'amincissent quelquefois au point de ne plus former qu'une lame charnue ou un simple cordon. La peau, dont le pigmentum ne se sépare qu'incomplétement, se décolore ou prend une teinte plombée.

Il est assez facile, par le repos et la compression d'un membre, d'en amener l'atrophie et la décoloration : c'est le moyen qu'emploient les simulateurs. Malheureusement pour eux, il y a toujours, suivant l'étendue de la paralysie, une certaine habitude générale ou partielle qu'ils ne sauraient contrefaire, et sur laquelle, quand elle est imitée, le praticien un peu exercé ne se méprendra que rarement. Cependant, il y a des fourbes assez adroits pour tromper sur ce point des médecins d'un mérite incontestable et se jouer de leur confiance.

T..., jeune conscrit parisien, venait de recevoir sa feuille de route pour rejoindre le 1[er] régiment de zouaves, lorsque le même soir on le trouva gisant sur le pavé du Faubourg-Saint-Martin ; en le relevant, on s'aperçut qu'il ne pouvait ni parler ni se tenir debout, bien qu'il ne fût pas ivre. T..., n'ayant point paru aux zouaves dans les délais prescrits, fut signalé comme réfractaire ; dès lors on se mit à sa recherche, et l'on finit par le découvrir au bout de quatre mois dans l'une des salles de l'hôpital Saint-Louis, d'où il fut immédiatement évacué sur le Val-de-Grâce. A son arrivée dans cet établissement, T... exhiba plusieurs certificats délivrés par les médecins, qui l'avaient reconnu et traité comme atteint d'hémiplégie avec mutité. Cet homme, qui avait d'ailleurs parfaitement imité l'attitude propre aux hémiplégiques, fut transporté à l'amphithéâtre des cours, et là M. Champouillon lui annonça que la maladie serait très-facile à guérir, qu'il suffisait pour cela de détacher toute la base de la langue d'un seul coup de bistouri, à la condition pourtant de ne point se tromper dans le trajet de l'incision, auquel cas la mort serait instantanée. La langue fut donc saisie avec des pinces ; puis, après avoir examiné plusieurs bistouris, M. Champouillon dit au malade qu'aucun de ces instruments n'était en état de servir, et que l'opération était remise au surlendemain.

La nuit porte conseil, dit un proverbe français ; il paraît que T... réfléchit pendant celle qui suivit, car le lendemain matin, au moment de la visite, il se mit à chanter et à gambader de la plus merveilleuse façon, annonçant que, par suite d'une chute faite la veille en revenant des lieux d'aisance, il se trouvait complétement guéri.

Quatre jours après, cet homme, se rendant au chemin de fer de Lyon pour gagner Marseille et s'y embarquer, fut ramassé près de la prison Mazas : il était redevenu paralytique. Il avait calculé qu'il serait transporté à l'hôpital civil le plus voisin, celui de la Pitié sans doute, et que là il aurait le même succès qu'à l'hôpital Saint-Louis ; mais un sergent de ville, qui l'avait trouvé muni d'une feuille de route pour l'Afrique, le fit diriger sur le Val-de-Grâce. T... eut la mauvaise fortune d'être placé dans la division des simulateurs ; à peine eut-il aperçu M. Champouillon que, du brancard sur lequel il était placé, il ne fit qu'un bond jusqu'à la porte de l'hôpital.

L..., autre conscrit désigné pour un régiment d'infanterie, avait obtenu du bureau de recrutement un sursis de départ pour cause de paralysie du bras droit, et avait été mis en traitement au Val-de-Grâce. L'infirmité ayant paru suspecte à M. Champouillon, ce militaire fut placé dans un cabinet pour y être tenu en observation. Ce cabinet est contigu à une autre chambre dans laquelle se trouvait M. X..., capitaine de chasseurs, atteint de manie aiguë. Pendant une absence momentanée de l'infirmier de service, ces deux pièces étaient restées en libre communication. Bientôt une querelle, puis une lutte s'engagent entre les deux malades. L..., qui avait sans doute oublié qu'il était impotent, fut surpris, au retour de l'infirmier, se servant de son bras droit avec autant de vigueur que d'agilité. D[r] Sculfort.

DÉGÉNÉRESCENCE ENCÉPHALOIDE

d'un testicule arrêté dans le canal inguinal. — Ablation de l'organe malade. — Guérison.

Par M. le docteur C. Duval (de Gournay).

M. L..., imprimeur, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, portait dans l'aine droite, depuis sa naissance, une petite tumeur qui n'était autre que le testicule arrêté dans le canal inguinal.

Jusqu'au mois de juillet dernier, cette tumeur conserva le volume ordinaire d'un testicule ; mais, à cette époque, on la vit grossir tout à coup, et elle devint en même temps le siége de quelques douleurs. M. L..., attribuant ce changement à un peu de fatigue, n'en conçut aucune inquiétude, et continua de se livrer à ses occupations habituelles.

Cependant, au bout d'un certain temps, les douleurs s'étaient accrues, et le testicule devenait de plus en plus volumineux. C'est alors que je fus appelé près de M. L..., six semaines environ après le début de sa maladie.

Après avoir appris ce qui précède, j'examinai le scrotum, et n'y trouvai qu'un seul testicule, le gauche. En palpant ensuite la région inguinale droite, je sentis immédiatement un petit corps ovoïde, d'un volume double de celui d'un testicule d'adulte, peu sensible à la pression et mobile dans tous les sens, surtout dans le sens du ligament de Fallope. L'urèthre n'était le siége d'aucun écoulement, et le malade m'affirma qu'il n'avait jamais eu qu'une seule blennorrhagie, à l'âge de vingt ans environ. Interrogé s'il n'avait jamais reçu de coup dans l'aine, il me répondit d'abord négativement, puis se rappela que, deux années auparavant, il avait fait une chute dans laquelle il lui avait semblé que quelque chose était venu le frapper au ventre, sans qu'il

pût se rendre compte du siége exact du choc qu'il avait reçu. Ce petit accident n'eut d'ailleurs aucune suite.

Malgré les affirmations positives de mon malade, je voulus savoir s'il n'existait sur lui aucune trace de syphilis ancienne ou récente; je n'en trouvai nulle part.

Mon diagnostic ne pouvait encore être établi, mais il résultait déjà pour moi, après un premier examen, la certitude que l'accroissement du testicule et les douleurs dont il était le siége n'étaient en aucune façon le résultat ni d'une blennorrhagie, ni d'une syphilis ancienne ou récente, ni d'une violence extérieure. Je me contentai de recommander au malade de garder le repos et d'appliquer des cataplasmes émollients sur le testicule. Ce traitement fut suivi pendant quelques jours; mais le malade, n'éprouvant aucune amélioration, reprit bientôt son travail et ses habitudes.

Sur ces entrefaites, M. L... fit un voyage à Paris, et crut n'avoir rien de mieux à faire que d'aller consulter un empirique, un soi-disant *médecin-herniaire*, qui lui fit entendre qu'au moyen d'une machine de son invention il lui ferait rentrer son testicule dans le ventre ou le forcerait à descendre dans les bourses, je ne sais au juste lequel des deux. M. L..., trop intelligent pour se laisser prendre si vite au stratagème, me fit part de sa découverte, et me pria de l'examiner de nouveau. Le testicule avait plutôt augmenté que diminué de volume. Cette fois, je crus ne devoir prescrire à M. L... que d'éviter bien soigneusement la rencontre du prétendu *médecin-herniaire*.

Je revis M. L... dans les premiers jours d'octobre. Sa tumeur avait encore augmenté, et avait acquis le volume d'un œuf de poule. De plus, aux douleurs purement locales et sans caractère bien marqué du début, avaient succédé des élancements fréquents s'irradiant jusque dans la région lombaire. Le testicule était encore mobile dans le canal inguinal; mais il était devenu dur, pesant, et totalement insensible à la pression.

Comme on le voit, la maladie prenait des caractères de moins en moins douteux. Cependant, je crus encore prudent d'attendre avant de formuler une opinion. Je conseillai des onctions avec l'onguent napolitain additionné d'un peu d'extrait de belladone et des cataplasmes laudanisés.

Quinze jours plus tard, lorsque j'examinai de nouveau la tumeur, j'y constatai encore de l'augmentation. Cependant le testicule conservait toujours sa forme normale. Il me sembla aussi que sa consistance s'était encore accrue, et que son poids, relativement à son volume, était considérable, ce dont je pouvais m'assurer facilement en déprimant les parois abdominales et en soupesant l'organe malade. Du reste, je ne remarquai ni duretés ni bosselures. Quant aux élancements, ils étaient devenus encore plus fréquents, surtout pendant la nuit, et privaient quelquefois le malade de sommeil. A l'extrémité externe et supérieure de la tumeur, je sentis pour la première fois un petit corps, de la grosseur d'une noix, faisant très-manifestement partie de la tumeur, mais jouissant d'une mobilité propre qu'il me fut aisé de constater à plusieurs reprises. C'était, à n'en pas douter, l'épididyme déjà dégénéré; sa consistance était moindre que celle du testicule.

Il me fut impossible de m'assurer de l'état du cordon, qui se trouvait masqué par la tumeur.

En présence de signes aussi évidents, et témoin de la marche que suivait la maladie, je fus dès lors convaincu qu'il s'agissait d'une dégénérescence encéphaloïde, et je fis enfin part à M. L... de la gravité de son mal. Ne voulant pas prendre sur moi cependant de lui proposer le premier une opération qui devenait indispensable, je l'engageai très-fortement à aller consulter M. Jobert (de Lamballe).

Le diagnostic de l'élève fut en tous points confirmé par celui du maître, et le chirurgien de l'Hôtel-Dieu déclara à M. L... que l'ablation de l'organe malade était la seule chose à faire.

Telle était bien aussi mon opinion: mais auparavant je voulus tenter un dernier moyen, tout en prévenant mon malade du peu de confiance qu'il fallait y attacher. Je prescrivis donc, à toute chance, un traitement anti-syphilitique ayant pour base l'iodure de potassium. J'en donnai d'abord 1 gramme par jour en solution, puis 2, puis 3, puis enfin 4. Administré pendant quinze ou vingt jours avec toutes les précautions recommandées en pareille circonstance, ce médicament, si efficace contre le testicule vénérien, n'eut ici d'autre résultat que d'amener des troubles digestifs variés et un malaise général très-accusé.

Après cette expérience, il devenait au moins nuisible, sinon dangereux, d'attendre davantage. M. L... lui-même, comprenant la nécessité de l'opération, me priait de la pratiquer le plus tôt possible.

Mais alors surgirent des opinions diverses. M. le docteur C..., médecin distingué à Beauvais, diagnostiqua un *engorgement épididymaire coiffant le testicule sain*, et prescrivit: solution iodurée, onctions avec l'iodure de plomb; bains de siége; sangsues, etc. On ajouta plus tard un emplâtre de Vigo. Ce traitement, comme cela devait être, n'eut que des résultats négatifs, et M. C... commença à croire que je pouvais bien avoir raison.

Je dois dire en passant que les élancements avaient totalement disparu.

Un médecin de Gournay, également consulté à cette époque, sans faire de diagnostic et avec la plus grande légèreté, déclara l'opération parfaitement inutile, et, se fondant sur sa prétendue expérience, crut pouvoir promettre une guérison très-prochaine, à l'aide du traitement suivant: sangsues, cataplasmes, bains, pilules avec extrait de ciguë et de calomel, à la dose de 0,01 de chaque, repos au lit et régime doux.

Mais, en dépit de cette médication, le testicule s'obstinait à rester malade et augmentait encore de volume. Toujours mobile, lisse et uni, il devenait très-certainement moins résistant sous le doigt et paraissait près de se ramollir. Le malade, quoique un peu amaigri par le régime diurétique auquel il avait été condamné bien à tort selon moi, était toujours dans de très-bonnes conditions de santé et me paraissait très-bien disposé pour l'opération.

Il n'y avait certes plus à hésiter; mais, à la suite du doute qu'on avait fait naître dans son esprit, M. L... était sur le point de se laisser aller à la dérive du charlatanisme, et il l'eût fait, si je ne lui eusse conseillé de retourner à Paris consulter un des chirurgiens dont l'opinion fait autorité. Il s'adressa à MM. les professeurs Velpeau et Nélaton. Ces deux messieurs furent unanimes pour proclamer non-seulement la nécessité, mais l'urgence de l'ablation du testicule.

Après avoir préparé M. L... à l'opération par quelques jours de repos et par un léger purgatif, je la lui pratiquai, le 28 janvier, assisté de mon confrère le docteur C..., et de MM. Radaune, Aubel et Rémy, pharmaciens.

M. L... fut couché sur le dos, le bassin un peu soulevé, et soumis ensuite aux inhalations chloroformiques. Après m'être assuré que l'insensibilité était obtenue, je priai M. C... de saisir fortement la tumeur à la base, et je fis déprimer les parois abdominales par un autre aide.

Les choses ainsi disposées, je pratiquai, dans le sens du pli de l'aine, une incision longue de 0,11 centimètres et intéressant la peau, une épaisse couche de tissu cellulo-graisseux et l'aponévrose du grand oblique. D'un second coup de bistouri, j'ouvris la tunique vaginale, et aussitôt le testicule, habilement pressé par les mains de M. C..., se dégagea en entier. Je saisis ensuite le cordon, long seulement de 4 centimètres environ; M. C... se hâta de l'étrangler au moyen d'un lien fortement serré, et j'en fis la section; l'opération était terminée avant que le malade, qui avait cessé d'aspirer le chloroforme au moment de la première incision, eût recouvré son entière connaissance.

On ne lia qu'une seule artère, la sous-cutanée abdominale. Trois épingles et une serre-fine furent ensuite appliquées. Je ménageai seulement, à la partie la plus déclive de l'incision, une petite ouverture pour permettre au pus de s'écouler. Un linge cératé, de la charpie, des compresses et un bandage en huit, complétèrent le pansement, et le malade fut reporté dans son lit.

Au moment de la ligature du cordon, M. L... avait accusé de très-vives douleurs; ces douleurs continuèrent pendant quelques heures, malgré une potion fortement laudanisée, et donnèrent un peu d'agitation au malade. — Tisane de tilleul; diète.

Le soir, les douleurs ont disparu; le malade est calme et éprouve le besoin de dormir. Pouls à 68. — Même tisane; diète.

Le 29, M. L... a passé une bonne nuit et n'a pas eu besoin de prendre une pilule opiacée que j'avais prescrite conditionnellement. Pouls à 78. — Citronnade, diète.

Le 30, l'appareil est levé, les sutures sont enlevées. La plaie est réunie dans toute son étendue, excepté en bas. Pouls à 68. — Citronnade; 2 bouillons.

Le 31, une suppuration de bonne nature est établie. Le malade est dans un état très-satisfaisant et demande à manger. — Deux bouillons et un potage; orangeade pour boisson.

Les jours suivants, tout se passant de la façon la plus satisfaisante, le malade prit quelques aliments solides et but un peu d'eau vineuse.

4 février. Le fil jeté autour de l'artère a été entraîné par la suppuration.

Le 6, la ligature du cordon tombe et entraîne avec elle quelques lambeaux organiques. Une mèche est introduite dans la plaie. La suppuration est assez abondante, mais de bonne nature.

Le 18, la cicatrisation de la plaie est complète, et le malade se lève déjà depuis quelques jours.

Aujourd'hui, il est tout à fait rétabli; il a repris son embonpoint et se porte mieux que jamais. Quelquefois cependant, surtout lorsqu'il est fatigué, il ressent le soir et la nuit quelques douleurs dans la région lombaire.

Anatomie pathologique. La tumeur, considérée en masse, se présente sous la forme d'un ovoïde un peu aplati transversalement, et ayant une longueur de 0,09 centimètres sur une largeur de 0,06 centimètres; son poids est de 950 grammes.

Sa surface, d'une coloration rouge foncé, est généralement lisse et unie. On voit cependant, çà et là, à travers la tunique albuginée, de légères élevures un peu aplaties, et dont quelques-unes assez molles contrastent avec les autres parties de la tumeur qui sont dures et résistantes. Ces dernières, incisées, contiennent ou plutôt sont formées par une substance coriace et blanchâtre. Les autres, au contraire, renferment un liquide épais et sirupeux, d'une couleur jaune sale.

L'origine du cordon a subi un commencement de dégénérescence.

Une coupe longitudinale montre que la tumeur est composée de deux parties: l'une, la supérieure, entourée par l'enveloppe commune épaissie, de forme ovalaire, d'une couleur jaune pâle, d'une structure spongieuse, homogène et peu consistante, ne laisse suinter aucune espèce de liquide.

L'autre, au contraire, est dure, comme charnue, d'un rouge lie-de-vin, et se compose de lobules ou granulations de grosseur variée que sépare une trame celluleuse, légèrement rosée et peu épaisse. On remarque en outre un piqueté sanguin très-prononcé, surtout en bas. Si l'on comprime la tumeur entre les doigts, on en voit sourdre un suc épais et sanieux au milieu duquel on distingue une substance grisâtre et opaque.

L'examen microscopique a dû être fait, mais on a négligé, jusqu'à présent, de m'en communiquer le résultat.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES TROUBLES NERVEUX de la locomotion observés dans la chloro-anémie.

Par M. le docteur ARZOUMAN (de Constantinople).

Nous annoncions dernièrement que la *Gazette des Hôpitaux* serait heureuse, toutes les fois qu'une dissertation inaugurale sortirait de la ligne ordinaire des compilations, d'en faire connaître l'esprit général, et d'exposer les idées nouvelles ou peu connues encore qui lui donneraient une valeur réelle, un véritable cachet d'originalité. Celle que nous voulons examiner aujourd'hui se recommande en outre par cette circonstance, que l'auteur est un jeune docteur né à Constantinople, et qui, ses études finies, retourne dans la capitale de l'empire ottoman mettre en œuvre la science qu'il a puisée en Occident.

Le sujet de la thèse de M. Arzouman est l'étude des troubles nerveux de la locomotion que l'on observe dans certaines formes et à certaines périodes de la chloro-anémie.

Dans cette affection si commune, l'auteur désigne trois degrés ou plutôt trois formes, qui, outre l'altération du sang qui leur est commune, sont caractérisées par des phénomènes nerveux variables sur lesquels il s'appuie pour établir ses divisions.

Dans la première forme, on ne remarque que quelques légers troubles nerveux du côté de la sensibilité.

La seconde se reconnaît à des désordres dans les fonctions digestives et dans toutes celles auxquelles préside le grand sympathique; la sensibilité de la vie animale est exaltée ou abolie; en même temps existent quelques légers troubles du côté de l'appareil locomoteur, mais qui n'apparaissent qu'après la fatigue, la marche ou l'effort.

Dans la troisième enfin, la sensibilité présente des désordres plus ou moins graves, sans qu'il y ait rien de spécial; mais la fonction de la locomotion est profondément atteinte, et l'on voit se manifester des paralysies, des contractures, des contractions involontaires dans une partie plus ou moins grande du système musculaire. C'est cette troisième forme dont M. Arzouman a exclusivement voulu s'occuper, et dans l'examen de laquelle nous allons le suivre.

Et d'abord, l'auteur s'attache à démontrer l'existence de cette forme de la chloro-anémie, autant par les expériences sur les animaux vivants que par des observations cliniques. Les expériences sont dues à MM. Piorry et Brown-Séquard; elles sont concluantes. Les observations, c'est de Hallé, de MM. Trousseau et Pidoux, de Sandras qu'il les tire, et ses propres études lui ont fourni plus d'une fois l'occasion de vérifier les résultats consignés par les maîtres. M. Arzouman pense même que la fréquence de cette forme est plus grande qu'on ne le pense généralement, et que souvent des affections de cette nature ont passé inaperçues parce que les recherches et l'attention des praticiens se sont portées presque exclusivement du côté des troubles de la sensibilité, négligeant ainsi les troubles aussi importants observés dans l'appareil locomoteur.

La symptomatologie est celle bien connue qu'offrent tous les états chlorotiques et anémiques décrits par les auteurs; aussi n'y insisterons-nous pas; mais en outre, et comme caractères particuliers, la forme qui fait le sujet du travail actuel présente à considérer des troubles nerveux extrêmement nombreux et variés, siégeant dans les centres nerveux encéphaliques ou rachidiens, occupant tel ou tel nerf, semblant se localiser dans tel ou tel muscle, bornés à un seul organe, occupant un segment tout entier du corps ou toute une moitié, variant enfin quant à leur nature, et pouvant se résumer de la manière suivante:

1° Troubles dans la contractilité musculaire, consistant surtout en un désordre qui fait que la volonté ne peut plus la commander;

2° Contractilité convulsive d'un ou de plusieurs groupes de muscles;

3° Défaut de contractilité ou seulement faiblesse de la contraction musculaire; la contraction existe bien encore avec une certaine énergie, mais elle cesse brusquement; elle ne peut durer, elle n'est pas efficace;

4° Paralysie complète du mouvement volontaire ou involontaire: cette paralysie peut occuper une partie ou la totalité du corps; c'est ainsi que l'on voit la paraplégie, l'hémiplégie, l'aphonie;

5° La contraction convulsive se voit quelquefois; mais cette manifestation morbide est plus rare, et il ne l'a remarquée que deux fois;

6° Enfin, la contracture, la rétraction musculaire.

Les phénomènes nerveux que nous venons de signaler sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme; suivant l'auteur, la cause en est que le système musculaire de la femme est en général moins développé que celui de l'homme, et alors la plus petite altération du sang a son retentissement de ce côté. Les personnes naturellement nerveuses, impressionnables ou devenues telles sous l'influence d'une cause quelconque, sont plus disposées à ce genre d'affections nerveuses.

Un fait qui doit frapper tout observateur attentif, c'est que tous ces phénomènes morbides sont sous la dépendance presque exclusive de l'état du sang; après chaque période menstruelle, les femmes voient les accidents s'aggraver, et cela d'une manière proportionnée à l'abondance de l'écoulement sanguin; dans les deux sexes, on remarque toujours une aggravation dans ces troubles nerveux de la locomotion toutes les fois qu'il y a une perte de liquides excrémentitiels ou récrémentitiels, sang, bile, salive, lait, etc.

Il est à remarquer que cette aggravation tend à diminuer au fur et à mesure que l'on s'éloigne du moment où la cause a produit cet effet. Ainsi, quand une femme voit approcher l'époque de ses règles, elle voit les troubles nerveux diminuer d'intensité, mais cette amélioration n'est que passagère, et bientôt le mal a repris toute son intensité.

Quant à la marche, à la durée, à la terminaison des phénomènes nerveux qui accompagnent la chloro-anémie, elles seront le plus souvent subordonnées à l'état du sang; en général, plus l'anémie fait de progrès, plus les troubles nerveux de la locomo-

tion prennent d'intensité. Mais ce qu'il y a de remarquable dans la manière dont se comportent ces troubles nerveux, c'est qu'ils sont mobiles, qu'ils peuvent changer de forme, de nature, sans que la chloro-anémie change en elle-même. Ainsi, le malade est affecté d'une paralysie locale; plus tard, il a une paralysie générale; aujourd'hui, c'est une paralysie du sentiment; demain, ce sera une paralysie du mouvement; la paraplégie d'aujourd'hui sera une hémiplégie demain, etc.

Le pronostic est nécessairement grave, puisque l'existence de ces phénomènes indique une altération profonde du sang. Cependant, il faut le dire, les troubles les plus profonds dans la locomotion n'ont pas ici toute la gravité qu'ils ont dans d'autres circonstances, et finissent le plus souvent par guérir soit spontanément, soit par suite d'un traitement convenable, et ce qui prouve leur peu de gravité relativement à ceux qui sont dus à une lésion organique des centres nerveux, c'est leur mobilité, leur transformation perpétuelle.

Il est important, établit l'auteur, de reconnaître si les accidents, dont il est ici question, tiennent à un état chloro-anémique ou à une affection organique; sans cette distinction préalable, il est impossible d'instituer un traitement efficace.

Dans le cas actuel, l'indication est double; traiter l'état chloro-anémique; remédier aux troubles nerveux de l'appareil locomoteur. Pour la première, elle est si connue qu'il n'y a pas lieu de s'en occuper ici. Pour la seconde, elle varie suivant les circonstances.

Dans quelques cas, Sandras paraît avoir employé la strychnine avec un certain succès. — Dans des circonstances où la paralysie aurait résisté à un traitement général et où l'on craindrait de la voir conduire à l'atrophie, on pourrait avoir recours à l'électricité, à des douches froides hydrothérapiques. — Enfin s'il y avait des secousses convulsives, de l'agitation, il serait bon de faire usage des antispasmodiques.

Mais la base du traitement doit toujours être la médication générale par le fer, les toniques, le vin, et une riche alimentation.

Dr S. M.

A PROPOS D'UN ARTICLE INTITULÉ :

Observation curieuse d'angine inflammatoire, jugée par une hémorrhagie critique, etc.

Dans le numéro du 7 août dernier, nous avons reproduit, d'après la *Gazette hebdomadaire*, un article ayant pour titre : *Observation curieuse d'angine inflammatoire, jugée par une hémorrhagie critique, etc.* Cet article consiste en une analyse sommaire d'une observation de M. le docteur Pécholier, suivie de réflexions critiques du rédacteur. M. le docteur Pécholier ayant adressé depuis, à la *Gazette hebdomadaire*, quelques explications au sujet de ces critiques, nous considérons comme un devoir d'impartialité de reproduire ici le passage de la note de M. Pécholier qui rétablit d'une manière précise le sens qu'il a entendu donner à son observation et aux commentaires dont il l'a fait suivre :

« Nous avons, dans le fait relaté par nous, dit M. Pécholier, un exemple frappant des rapports qui doivent exister entre le médecin et la nature médicatrice, de l'aide qu'ils se prêtent mutuellement, de l'impuissance où ils ne sont que trop souvent l'un sans l'autre. Le médecin habile qui pratiqua la section de la luette ne songeait certainement pas à ce que l'avenir réalisa; il pensait seulement à ouvrir à l'air un passage, en détruisant un obstacle invincible. Et cependant la nature, qui éprouvait le besoin d'un dégorgement sanguin, mais qui eût été sans doute impuissante à lutter contre l'intégrité du tégument, saisit cette voie que l'art lui ouvrait presque miraculeusement, et réalisa la crise salutaire. Ainsi *la nature eût été impuissante sans le secours du médecin*, et le médecin aurait fait une opération inutile sans l'intervention de la nature. Leur heureuse association a eu les plus heureux résultats (1). »

(1) Observation curieuse d'angine inflammatoire jugée par une hémorrhagie critique, etc. (Extrait de la *Revue thérapeutique du Midi*. Montpellier, 1858, p. 14.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 août 1858. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de diphthérite qui a régné en janvier 1858 dans la commune de Benin d'Azy (Nièvre), par M. le docteur Plissard;

2° Un rapport de M. le docteur Yvonneaux, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Chapelle-Saint-Martin (Loir-et-Cher);

3° Un travail sur les conditions de salubrité du canton de Geispotsheim (Bas-Rhin), par M. le docteur Ulysse Brouillet. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Faget (de la Nouvelle-Orléans) adresse un mémoire pour servir à l'étude des empoisonnements par les miasmes des marais. (Commissaires, MM. Grisolle et Beau.)

— M. le docteur Tigri, professeur à Sienne, adresse une lettre relative à la variole et à la vaccine. (Commissaire, M. Depaul.)

Pellagre. — M. Landouzy, membre correspondant, dans une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture, informe l'Académie qu'il a en ce moment à sa clinique de Reims deux nouveaux cas de pellagre, réunissant au plus haut degré l'ensemble des phénomènes pathognomoniques, c'est à-dire l'érythème terreux, diminuant à mesure que le printemps s'éloigne; le trouble des fonctions digestives, et particulièrement la diarrhée; le trouble des fonctions intellectuelles, et particulièrement la lypémanie suicide; le scorbut, et particulièrement les taches ecchymotiques.

Chez ces deux malades, comme chez celles dont j'ai parlé il y a quelques années, dit M. Landouzy, on ne peut invoquer ni le maïs, puisqu'elles n'en ont jamais fait usage, ni l'altération des céréales, puisqu'elles n'ont jamais mangé que de bon pain, ni l'insolation, puisqu'aucune des deux ne travaillait aux champs. Si je mentionne ces circonstances, c'est que, selon moi, le talent remarquable avec lequel M. Roussel a soutenu certaines hypothèses étiologiques, et la fidélité avec laquelle les pathologistes les ont reproduites, ont beaucoup nui à la notion de la maladie.

Aux yeux d'un grand nombre de praticiens, en effet, la pellagre doit passer inaperçue par cela seul que les malades qui s'offrent à eux ne se trouvent pas dans les conditions de causalité formulées dans les livres; et comme il est toujours possible de classer l'affection selon ses phénomènes prédominants, soit parmi les entérites chroniques, soit parmi les paralysies progressives, etc., la pellagre passe pour une maladie des plus rares à l'état sporadique, tandis qu'en réalité on en remarque encore assez souvent des exemples, puisqu'en voici 7 en six ans dans mon service, et qu'un praticien distingué des environs, M. Collard, de Beine, m'en a en outre signalé plusieurs depuis ceux que j'ai fait connaître à l'Académie.

Nul doute qu'il en sera de la pellagre sporadique comme de la maladie de Bright, de la maladie d'Addison, du diabète des enfants, etc., qui deviennent de plus en plus fréquents à mesure qu'ils sont mieux connus.

Cette lettre sera insérée au Bulletin.

RAPPORTS.

M. Guibourt lit, au nom d'une commission, un rapport sur un remède nouveau. M. le rapporteur conclut à ce qu'il soit fait application à ce remède du décret de 1850, sur les remèdes secrets et nouveaux.

Sur l'observation de M. Caventou, appuyée par M. le secrétaire perpétuel, que les décisions de cette nature ne doivent être prises que sur la proposition de la commission des remèdes secrets et nouveaux, M. le président propose de renvoyer le rapport à cette commission, à laquelle s'adjoindra pour cette circonstance M. le rapporteur.

M. Guibourt ne faisant aucune objection au renvoi, l'Académie consultée adopte la proposition.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de physique et chimie médicales.

La liste de présentation proposée par la section et arrêtée par l'Académie porte :

En 1re ligne, M. Gavarret.
En 2e ligne, M. Regnault.
En 3e ligne, M. Grassi.

L'Académie procède au scrutin. Voici le résultat du vote :

Sur 53 votants :

M. Gavarret obtient. . . .	42 suffrages.
M. Regnault.	8
M. Grassi.	2
M. Figuier.	1

M. Gavarret, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Coloration partielle de la peau chez les femmes. — M. Lasègue lit, au nom de M. Le Roy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest, un mémoire *sur la coloration partielle, en noir ou en bleu, de la peau chez les femmes.*

Après avoir rappelé très-succinctement les observations dues aux docteurs Yonge, Billard (d'Angers), Read, Moore, Neligan, qu'il avait rassemblées dans un premier travail sur ce sujet, inséré aux *Archives générales de médecine* (octobre 1857), et rapprochées des cinq premiers faits survenus depuis quelques années dans la seule ville de Brest, M. de Méricourt trace une description complète de cette singulière affection à l'aide de neuf nouveaux cas postérieurs à la publication de sa première étude.

Ces dix-neuf faits offrent une analogie parfaite sous le rapport du phénomène essentiel, qui est la sécrétion d'une matière colorante accidentelle à la surface de la peau. Dans la majorité des cas, elle est localisée aux deux paupières inférieures, mais elle peut occuper les deux supérieures, une partie des joues, du front, et s'accompagner de taches situées sur d'autres parties du corps. Les cas ne diffèrent que par l'abondance du produit sécrété, sa nuance, l'étendue des taches, mais surtout par le nombre et la gravité des phénomènes morbides liés à leur apparition.

Le début peut être brusque et suivre de très-près des accidents convulsifs ou spasmodiques se rattachant à une suppression de l'écoulement menstruel ou à sa diminution; mais, le plus souvent, une teinte noire ou d'un bleu foncé s'étend graduellement à partir de l'angle interne des deux paupières. Il peut exister en même temps un point très-vif en cette région. L'intensité de la teinte peut varier beaucoup et quelquefois être assez forte pour faire croire à l'application d'une couche de noir de fumée. Chez une même personne, l'étendue et la nuance peuvent subir de rapides changements. Toutes les causes capables d'amener une légère congestion vers la tête rendent la coloration plus apparente. L'époque ordinaire du flux périodique produit le même résultat.

Les taches sont formées d'une matière colorante déposée, comme une poussière très-fine dans les sillons aréolaires et accumulée dans les plis de la peau. Un linge blanc, promené sur la tache, se colore plus ou moins d'une nuance pareille; un linge imbibé d'huile se charge de toute la matière colorante, mais elle ne tarde pas à reparaître. L'examen microscopique ne fait reconnaître aucune trace d'organisation, aucune apparence de cellules. L'analyse chimique dénote la présence du carbone et du fer. Le chlore n'a aucune action, soit à chaud, soit à froid.

Jusqu'à présent, ce phénomène ne s'est montré que chez des jeunes femmes, à l'âge de la plus grande activité fonctionnelle de l'utérus, de seize à trente-deux ans. Quatorze fois sur dix-neuf il existait une perturbation plus ou moins grave de la menstruation; deux fois seulement les taches noires ont paru, chez des femmes mariées, après trois ou plusieurs années de mariage. Leur intensité n'est pas en rapport avec la gravité des symptômes fournis par les autres fonctions. Ces derniers apparaissent surtout à l'époque du retour de la période menstruelle: ils consistent en vomissements de sang, ou épistaxis, palpitations de cœur, syncopes, accidents hystériques; dans l'intervalle, il y a irritabilité très-marquée, perte ou bizarrerie de l'appétit, toux nerveuse, névralgies de siége variable, sensation de froid aux pieds, affaiblissement de la vue.

En général, la constitution est bonne; l'examen des principaux appareils ne fait reconnaître aucune lésion organique. Le phénomène, une fois produit, peut durer des années, avec ou sans intermittences, malgré le retour des règles, la grossesse, les couches, l'allaitement; cependant, deux fois les taches ont disparu au moment de la fièvre de lait. Un des cas remonte à plus de sept ans, un autre à cinq; plusieurs ont moins d'un an.

M. de Méricourt a fait jusqu'à présent de vains efforts pour arriver à connaître la cause de cette production de matière colorante; il discute la valeur des différentes influences qu'on serait tenté d'accuser. Il signale seulement que 18 cas sur 19 se sont produits dans des lieux voisins de la mer; 14 à Brest seulement, dont 10 dans une partie très circonscrite de la ville, et deux fois deux cas dans la même maison.

Il propose de donner à cette maladie le nom de chromhydrose (χρῶμα, matière colorante; ἱδρώς, transsudation). Cette dénomination ne préjuge ni sur la nature de l'affection, ni sur la cause, ni sur la localisation, ni enfin sur la teinte de la matière exsudée, mais elle exprime le caractère essentiel et constant.

Pour lui, la chromhydrose serait une expression symptomatique, locale, d'une perturbation générale causée par la suppression totale ou la diminution relative du flux menstruel. Ce serait une sécrétion anormale de pigment accidentel provenant de la matière colorante du sang. Ce phénomène comprendrait deux périodes, d'abord une de fluxion sanguine locale, puis une d'exsudation, soit par les glandes sudorifères, soit par les orifices des follicules pileux, d'une matière onctueuse fortement chargée de pigment accidenté.

Au sujet de la localisation vers les paupières, il se borne à rappeler, d'une part, les sympathies qui existent entre les yeux et l'appareil de la génération, et de l'autre, le voisinage anatomique de la choroïde.

Le traitement, jusqu'à plus ample notion de cette maladie, doit consister en moyens propres à rappeler, régulariser la menstruation, favoriser la circulation à la surface de la peau; les lotions huileuses rejetées sont un moyen palliatif qui n'offre pas d'inconvénient.

M. Moreau voudrait savoir si dans les faits qu'a observés M. Leroy pe Méricourt il n'y avait de taches qu'aux paupières seulement et à la face, et s'il n'en existait pas sur d'autres parties du corps. On voit assez souvent, ajoute-t-il, de ces colorations d'une couleur brune plus ou moins foncée, quelquefois noires, même sur les femmes récemment accouchées. Il se rappelle entre autres avoir vu une jeune femme très-belle, dont le teint était de lis et de rose, chez laquelle toute la peau du ventre et de la poitrine, jusqu'au cou, devint d'un noir d'ébène, ce qui faisait le plus singulier contraste avec la blancheur de la tête. On aurait dit, mais en sens inverse, une de ces statues antiques dont le tronc est d'albâtre et la tête de marbre noir.

M. Gibert se rappelle avoir entretenu, il y a quelques années, l'Académie d'un fait semblable. Il y eut même à cette époque une discussion sur l'origine de ces sortes de colorations.

M. Ricord a vu un homme dont le scrotum était couleur bleu de Prusse.

M. Depaul croit qu'il y a une grande différence entre les cas dont viennent de parler MM. Moreau et Gibert, et dont il a vu lui-même plusieurs exemples, et les faits dont on vient d'entretenir l'Académie. Dans ceux-ci la coloration peut être superficielle, épidémique, car il suffit dans quelques cas, comme on le voit, de frotter fortement pour la faire disparaître; tandis que les colorations que l'on observe chez les femmes enceintes sont profondes et dues très-probablement à un dépôt de matière pigmentaire en excès dans l'épaisseur du derme, car, on a beau frotter avec la plus grande énergie, on ne parvient jamais à les détruire.

Sur l'observation de M. P. Dubois, que l'on ne peut discuter à l'occasion d'un travail d'un médecin étranger à l'Académie, la discussion cesse.

Le mémoire de M. Le Roy de Méricourt est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Ricord, Gibert et Depaul.

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de divers décrets, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Geslin, médecin des hospices de Quimper; — Janin, médecin en chef de l'hôpital du Mans; — Lediberder, médecin à Vannes; — Beaugendre, médecin à Quimperlé;

MM. les chirurgiens de marine de 2e classe, Lucas, de la *Dragonne;* — Santelli, de la *Durance;* — Bienvenu, de l'*Avalanche;* — Aurran, du *Phlégéton;* ces quatre derniers en récompense de leur belle conduite à l'attaque et à la prise des forts de Peï-ho (mers de Chine).

— Par décret du 28 août, M. Roger, chirurgien auxiliaire de 3e classe à bord de la *Mitraille*, a été nommé exceptionnellement chirurgien entretenu à l'occasion de sa belle conduite dans les mêmes circonstances.

Études sur les ombellifères vénéneuses, par le docteur Joao Da Camara Leme. Un vol. in-8°. — Montpellier, imprimerie Cristin et Cie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 104. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 104. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse (maladie de Bright.)

Nous avons publié dans le numéro du 17 août un certain nombre d'observations de néphrite albumineuse avec altération de la vision, recueillies dans le service de M. Rayer par M. le docteur Lecorché. Ces observations, rapprochées de quelques autres faits semblables recueillis depuis peu dans d'autres services des hôpitaux de Paris, et de ceux qui ont été enregistrés dans ces dernières années dans les annales de la science, ont fourni à M. Lecorché le texte d'une étude clinique intéressante sur les troubles de la vision qui surviennent fréquemment dans le cours de cette affection. C'est du résultat de cette étude et des données pratiques qui en ressortent, que nous allons entretenir nos lecteurs dans cette *Revue*.

Sur 17 cas de néphrite albumineuse aiguë ou chronique que M. le docteur Lecorché a eu l'occasion d'observer dans les hôpitaux, il a rencontré 7 fois l'amblyopie. En réunissant ce chiffre à celui des cas dans lesquels des troubles visuels plus ou moins prononcés ont été constatés par les auteurs qui se sont occupés du même genre de recherches (Bright, Landouzy, Wagner, Frerichs, Abeille, etc.), on voit que, sur 280 malades atteints de néphrite albumineuse, 62 ont présenté de l'amblyopie; ce qui donnerait une proportion de 1 sur 4 environ. Toutefois, si l'on tient compte principalement, parmi ces faits, de ceux qui ont été recueillis depuis que l'attention des observateurs a été fixée sur ce point, — tels sont par exemple ceux de M. Landouzy et de l'auteur (Landouzy, 13 fois sur 15; Lecorché, 7 fois sur 17), il y aurait lieu de considérer cet accident comme beaucoup plus fréquent que ne le ferait supposer le chiffre ci-dessus.

M. Lecorché a cherché à savoir si l'amblyopie est aussi fréquente dans la néphrite albumineuse aiguë que dans la néphrite albumineuse chronique. Il résulte de ses recherches à cet égard que l'amblyopie se montrerait de préférence dans la forme chronique.

Cette opinion est confirmée par les autopsies qui accompagnent plusieurs observations. Ainsi on a signalé des altérations avancées des reins, la pâleur, l'anémie de la substance corticale, etc. Toutefois, l'amblyopie qui survient pendant la grossesse ou à la suite de la scarlatine, paraît tenir à une néphrite albumineuse aiguë. Il y a donc lieu de faire des réserves au moins à l'égard de ces deux catégories de faits. C'est aussi ce qu'a fait l'auteur.

Si des causes éloignées ou prédisposantes on passe avec M. Lecorché à l'examen des causes prochaines ou directes de l'amblyopie, on trouve une grande divergence entre les auteurs sur ce point : les uns attribuent l'amblyopie à une altération fonctionnelle du trisplanchnique, d'autres à l'urémie; ceux-ci à la modification particulière que subit l'albumine du sang dans la maladie de Bright; d'où la diminution du pouvoir réfringent des milieux transparents de l'œil; ceux-là à une diminution de sensibilité de la rétine, par suite de la compression qu'exercent sur elle ces mêmes milieux augmentés de quantité ou de densité. D'autres enfin, ne reconnaissant rien de spécial à cette amblyopie, n'y voient qu'un effet et un signe de l'affaiblissement général de l'organisme. Il est peu de maladies, en effet, qui amènent une détérioration aussi rapide et aussi profonde de l'économie, un appauvrissement aussi considérable du sang. On comprendrait dès lors qu'un appareil aussi sensible et aussi excitable que l'est l'appareil de la vision, et qui, plus que tout autre, a besoin, pour accomplir ses fonctions, d'être animé par une innervation puissante, fût un des premiers à traduire cet affaiblissement général.

Sans méconnaître tout ce qu'il y a de plausible dans cette dernière opinion, M. Lecorché ne l'admet cependant qu'avec beaucoup de réserves, ne la considérant comme applicable tout au plus qu'aux amblyopies dans lesquelles on n'a pu constater d'altérations matérielles. Il se fonde en cela, d'une part, sur ce que l'amblyopie, ainsi qu'on le verra plus loin, ne suit pas toutes les phases de l'albuminurie, qu'il n'existe pas de rapport constant ni nécessaire entre l'intensité de l'altération visuelle et celle de l'altération des reins; et d'autre part, enfin, sur ce qu'il existe dans le plus grand nombre des cas dans l'organe de la vision des altérations morbides auxquelles il lui paraît plus naturel d'attribuer les lésions fonctionnelles.

Quelles sont ces altérations et d'où procèdent-elles elles-mêmes? C'est ce que M. Lecorché va nous dire.

Des nécropsies assez nombreuses, dit-il, ont montré que les troubles de la vision pendant la vie sont dus à des altérations de la rétine, sur la nature ou l'origine desquelles on n'est pas d'accord : les uns pensent que ces altérations sont dues à des lésions de circulation, d'autres à des lésions de nutrition. Si, dans la plupart des cas, ajoute-t-il, les lésions qu'on rencontre dans la rétine paraissent liées soit à un état inflammatoire, soit à une congestion passive, il en est d'autres où l'on ne rencontre dans cette membrane aucune trace d'inflammation.

En présence de ces dissidences d'opinions et de cette dissemblance des faits entre eux, M. Lecorché, pensant avec raison que les modifications dont la rétine est le siége, ne sont pas toujours de même nature, en a appelé, pour résoudre cette délicate question, aux procédés d'exploration qui permettent d'apprécier l'état de la rétine. Voici un résumé succinct des résultats fournis sur ce point, par l'examen, à l'aide de l'ophthalmoscope sur le vivant, et du microscope sur le cadavre.

Tantôt la rétine est décolorée; les vaisseaux atrophiés ne se voient point à la périphérie; ils disparaissent même complétement au niveau des taches; parfois leur paroi devient graisseuse; ces taches graisseuses sont en nombre et mal limitées; il en est de très-petites qu'on ne peut voir qu'à la loupe, et qui obscurcissent les portions de la rétine qui semblent intactes. Autour des taches, il n'y a ni injection, ni ecchymose, ni exsudation plastique. La choroïde, qu'on peut apercevoir, en certains endroits, à travers la rétine, ne présente pas d'hyperémie. Tantôt, au contraire, la rétine est rouge jaunâtre, épaissie; la choroïde est invisible. Les vaisseaux sont injectés, saillants même à la périphérie, où l'on suit facilement le trajet des capillaires. La papille du nerf optique est volumineuse, difficile à déterminer. Çà et là on aperçoit, autour des taches graisseuses bien limitées, des ecchymoses à différents âges et des exsudations plastiques.

Ces deux états, ajoute M. Lecorché, sont, on le voit, de nature bien différente. Dans le premier cas, il nous semble voir un exemple de dégénérescence graisseuse idiopathique, dont la nature intime nous échappe; dans le second cas, la dégénérescence graisseuse s'accompagne de lésions qui ne laissent pas de doute sur leur nature congestive. Se demandant si l'hyperémie, cause de cette dégénérescence, est active ou passive, il fait remarquer que, d'un côté, les symptômes généraux liés à cette hyperémie sont assez peu prononcés, et qu'on y chercherait en vain l'intensité qu'ils présentent dans l'hyperémie active, idiopathique de la rétine; que, d'un autre côté, la congestion des organes est plus fréquente que l'inflammation, dans le cours de la néphrite albumineuse, comme on l'observe dans le poumon et dans le foie. Il conclut en conséquence, ou plutôt il exprime l'opinion que les altérations de la rétine dépendent plutôt d'une congestion passive que d'une congestion active.

Parmi les phénomènes très-variés, bornés quelquefois à un seul œil, qui traduisent le trouble de la vision, depuis l'affaiblissement léger de la vue jusqu'à la cécité complète, il en est quelques-uns qu'il importe de signaler, parce qu'ils se rattachent directement à l'une des altérations de la rétine dont il vient d'être question. Tels sont, par exemple, certains troubles consistant en ce que les malades ne voient point directement en face, ce qui s'explique dans les cas de dégénérescence graisseuse ou d'hémorrhagie de la tache jaune. Ainsi un des malades observés par M. Lecorché, et dont nous avons rapporté l'histoire dans le numéro du 10 août, placé devant un miroir, voyait parfaitement le haut et le bas de son visage, tandis qu'il ne pouvait apercevoir son œil; l'ophthalmoscope permit de reconnaître une hémorrhagie de la tache jaune. Quelques amblyopiques ne peuvent plus discerner les couleurs. (M. Landouzy en a rapporté un exemple remarquable dans l'un de ses mémoires sur ce sujet.) Une femme, dont l'observation a été également rapportée dans le numéro précité, confondait les couleurs, le vert et le bleu, le jaune et le gris, etc. M. Lecorché explique enfin cette particularité que présentent en général les amblyopiques de craindre le grand jour et de percevoir plus distinctement les objets à la lumière diffuse, par cette circonstance que les altérations qui surviennent dans la rétine, chez les sujets albuminuriques, siégent de préférence au pourtour de la papille du nerf optique et laissent la périphérie de la rétine intacte.

Aux phénomènes subjectifs, dont quelques-uns seulement viennent d'être rapidement passés en revue, se rattachent deux ordres de symptômes dont l'étude constitue l'une des parties les plus intéressantes des études de notre confrère : ce sont la re-

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouvelle monographie des sangsues médicinales; description, classification, nutrition, reproduction, multiplication dans les bassins, commerce, etc.; par le docteur EBRARD, de Bourg (Ain) (1).

Depuis une trentaine d'années environ, la disette de sangsues, de plus en plus prononcée, le prix élevé auquel ces utiles annélides avaient fini par atteindre, ont déterminé bon nombre de personnes, savants ou industriels purs, à s'occuper de la question de savoir s'il était possible de conserver les sangsues dans des bassins artificiellement formés par la main des hommes, de les y faire reproduire et de les élever jusqu'au moment où elles deviennent assez fortes pour être livrées au commerce et employées en médecine.

Pour la première partie du problème, la conservation, la revivification des sangsues qui avaient déjà été employées, on sait de combien d'essais elle fut l'objet, et, nous devons le dire, de combien d'essais infructueux, de la part des savants et des théoriciens exclusifs. Pendant bien des années, on eut beau répéter les expériences dans des auges, des réservoirs, dans des bassins même d'une certaine étendue, on n'arrivait à aucun résultat. Mais d'autre part, et sans invoquer le secours de la science, des commerçants, des cultivateurs principalement, dépourvus de toute notion d'histoire naturelle, essayaient dans des marais naturels de *semer* des sangsues, se guidant sur les analogies grossières qu'ils croyaient remarquer entre certaines localités où n'existaient pas de sangsues, et d'autres qui en renfermaient de grandes quantités. Ici l'instinct, qu'on me passe le mot, vainquit la science. Ce que les savants n'avaient pu faire, un boucher sans instruction, ne sachant ni lire ni écrire, le réalisa complétement, et du premier coup, sans essais préalables, dans un *grenouillat* des environs de Dompierre (Ain).

C'est qu'en effet, autre chose est d'opérer dans une mare, dans un petit étang où coule constamment une eau vive, où poussent des plantes marécageuses, où vivent de petits animaux susceptibles de servir de nourriture aux sangsues; autre chose est de confiner ces précieux animaux dans des cuvettes ou des baquets garnis de terre glaise, où ils devaient nécessairement mourir de faim en peu de temps.

Dès que la première tentative du boucher de Dompierre eut réussi, et qu'il fut certain que l'on avait pu faire reproduire et élever des sangsues dans des endroits où l'on ne se souvenait pas d'en avoir jamais vu (cela se passait en 1836), on se mit à l'œuvre sur de nouveaux frais. Quelques observateurs intelligents, bien que sans instruction, imitèrent d'abord, puis peu à peu, à force de voir par eux-mêmes, perfectionnèrent les procédés primitifs et instituèrent la culture des sangsues, de laquelle ils parvinrent à retirer quelque profit. Mais alors les savants reprirent le dessus. On observa les mœurs de ces animaux; on étudia avec un soin tout particulier et la constitution géologique du sol, et les conditions topographiques, hydrologiques, botaniques des localités où abondaient les sangsues, et bientôt, de toutes parts, mais dans quelques départements du midi et du centre de la France surtout, on vit se former de vastes exploitations destinées à l'hirudiculture, exploitations dont on appréciera toute l'importance lorsque l'on saura que dans le département des Landes seul, cette industrie, qui ne date que de dix ans, produit par an plus d'un million de francs. Nous connaissons un jeune médecin distingué du département de la Gironde, qui, reçu il y a quelques années à peine, a complétement abandonné l'exercice ingrat de la médecine pour s'adonner exclusivement à l'élève des sangsues sur une grande échelle, et met au service du commerçant l'instruction qu'a acquise le docteur en dix ou douze années d'études.

L'auteur du livre à l'occasion duquel nous présentons ces considérations, est aussi un élève de l'École de Paris, avec lequel nous nous souvenons bien avoir eu, il y a quelques quinze ou seize ans, de bonnes relations de camarade dans les hôpitaux de Paris. Une circonstance fortuite, le hasard le mit peut-être dans le cas d'étudier les meilleurs

(1) Un vol. in-8°, avec douze planches contenant 104 figures. — Chez J. B. Baillière.

cherche des phosphènes et l'examen du champ périphérique de la rétine.

Nous venons de dire que les lésions qui sont le plus habituellement causes de l'amblyopie, sont ordinairement limitées à la partie centrale de la rétine. Aussi constate-t-on le plus souvent, dans ce cas, la présence des phosphènes. Si l'un d'eux a disparu, c'est que la portion de la rétine qui lui correspond est le siége d'altérations que l'ophthalmoscope fait aisément reconnaître; s'ils sont tous perdus, c'est que les altérations centrales de la rétine se sont étendues à toute la membrane, ou bien qu'elles occupent la tache jaune, ou bien encore que, limitées à la partie centrale de la rétine, elles sont assez profondes pour déterminer la paralysie de la rétine entière.

La perte d'un ou de plusieurs phosphènes est liée à la modification matérielle ou fonctionnelle du champ périphérique de la rétine. Voici de quelle manière M. Lecorché s'y est pris pour la reconnaître. Après avoir couvert un des yeux, on fait diriger l'autre œil vers un objet quelconque; pendant qu'il est fixe et immobile, on lui présente, par exemple, un carré de papier blanc dans des positions variées, en bas, en haut, en dedans et en dehors. Si le malade peut apercevoir ce carré de papier dans toutes les directions, la rétine est intacte. Si le carré de papier n'est pas distingué quand il est au-dessus de la direction horizontale du rayon visuel, c'est qu'il existe sur la moitié inférieure de la rétine une altération qui empêche l'image de se faire sur cette portion de la membrane. S'il est invisible quand il est en dedans, c'est que la partie externe de la rétine est altérée; lorsque, au contraire, l'altération de la rétine est centrale, voisine de la tache jaune, qu'elle l'occupe même partiellement, la cécité n'est point complète, mais le malade ne peut voir le carré de papier en face, il ne l'aperçoit que de côté; c'est ce qui se passait chez le sujet d'une des observations consignées dans ce travail, qui, lorsqu'il regardait la tringle placée au-dessus de son lit, n'en voyait que la portion moyenne.

Nous n'avons touché qu'à quelques-uns des points que M. Lecorché a examinés, étudiés et discutés avec un si grand soin dans sa thèse. Pour ne pas dépasser les limites qui conviennent à une simple Revue, nous suppléerons aux autres points en reproduisant ici les conclusions qui résument ces recherches :

1° Les altérations de la vision (amblyopie, amaurose) ne se montrent pas constamment dans les néphrites albumineuses aiguës ou chroniques, mais elles constituent un phénomène assez fréquent dans ces maladies.

2° Le jeune âge, le sexe féminin, la gestation ou la parturition récente, la forme chronique de la néphrite albumineuse, disposent au développement de l'amblyopie albuminurique.

3° Il n'existe pas de relation constante entre la gravité de l'amblyopie et celle de l'altération des reins, non plus qu'entre l'intensité de l'amblyopie et la quantité d'albumine contenue dans l'urine.

4° Les conditions qui, chez les albuminuriques, ont contribué à affaiblir l'économie, ont de l'influence sur le développement de l'amblyopie.

5° L'existence de l'amblyopie n'est point une condition de la gravité de la néphrite albumineuse, et ne rend pas nécessairement le pronostic plus fâcheux.

6° L'amblyopie peut cesser ou persister après la disparition des phénomènes de la néphrite albumineuse.

7° Dans certains cas, on n'a constaté aucune altération des membranes de l'œil, et on a pu croire à une lésion purement fonctionnelle; mais le plus souvent des altérations plus ou moins profondes de la rétine et de la choroïde ont été constatées pendant la vie ou après la mort.

8° Les altérations observées dans la rétine peuvent être rattachées à des lésions de circulation ou de nutrition. Les premières consistent dans une hyperémie rétinienne, active ou passive; les secondes, dans les dégénérescences de nature graisseuse, primitives ou consécutives à d'autres altérations.

Quant au traitement de l'amblyopie des albuminuriques, on comprend que ce symptôme n'entraîne pas d'indication directe. Le traitement de l'amblyopie reste toujours naturellement subordonné au traitement de la maladie principale. L'usage des verres convexes ou concaves, ou l'administration de l'atropine en instillation dans l'œil, ne sont que des moyens purement palliatifs, et dont l'impuissance ne peut manquer de devenir manifeste dès que la maladie s'aggravant, la rétine vient à s'altérer plus ou moins profondément. M. Lecorché propose, lorsque l'amblyopie est à son début et qu'elle s'accompagne de signes évidents de congestion de la rétine, d'épanchement de sang dans cette membrane, de recourir à l'emploi des émissions sanguines locales, des vésicatoires aux tempes, des purgatifs, etc. Nous craignons bien que ces moyens-là ne soient eux-mêmes qu'un expédient sur la valeur duquel il ne faudrait pas longtemps compter, et qu'en fin de compte il faille en revenir toujours à ne compter que sur les chances très-incertaines elles-mêmes du traitement général de la néphrite albumineuse.

Rhumatisme cérébral; marche excessivement rapide; terminaison funeste, malgré l'emploi du traitement par l'émission sanguine locale, continue, combinée avec les dérivatifs énergiques.

En rapportant dans la *Revue* du 21 août le cas de rhumatisme cérébral guéri par l'emploi des émissions sanguines locales, continues, combiné avec l'application de larges vésicatoires sur les articulations primitivement affectées, dont M. le docteur Moutard-Martin a entretenu la Société médicale des hôpitaux, nous faisions suivre cette relation de la réflexion suivante : « On trouvera dans ce fait des indications utiles à suivre pour l'avenir. Toutefois, en les signalant à l'attention des praticiens, nous ne voudrions pas les recommander avec une confiance trop absolue et surtout trop exclusive, convaincu, ainsi que l'a fait remarquer à cette occasion M. Vigla, qu'il est des cas dont la marche est si grave et si rapide, qu'on devra s'attendre quelquefois à d'inévitables échecs. » Nous n'avions pas assurément un grand mérite à énoncer une semblable prophétie. Le passé répondait malheureusement pour l'avenir.

Déjà à l'occasion de cette même communication, M. Woillez avait appuyé le dire de M. Vigla sur la rapidité avec laquelle périssent les malades atteints de rhumatisme cérébral, par l'exemple suivant : un homme affecté de rhumatisme articulaire était depuis plusieurs jours sous l'influence de ces accidents, pour lesquels il avait été soigné à l'aide de cataplasmes et de quelques liniments; son état paraissait très-satisfaisant, lorsqu'un jour, vers midi, il fut pris d'un délire violent. Appelé deux heures après pour lui donner des soins, M. Woillez le trouva dans l'état suivant : coma, râle trachéal, extrémités froides, pouls précipité. La mort survint quelques minutes après.

Voici un fait que M. le docteur Pipet (Henri), d'Yssengeaux, nous a communiqué depuis et à l'occasion de la publication de l'observation de M. Moutard-Martin. Ce fait vient malheureusement justifier nos réserves.

Un jeune homme de trente ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, est pris de douleurs dans les articulations des membres inférieurs, le 8 ou le 9 février 1858. Ces douleurs sont peu vives; il y a une fièvre très-modérée, cependant un peu d'insomnie. Un purgatif, quelques frictions calmantes, produisent du soulagement. Les douleurs diminuent d'intensité et se font sentir successivement dans plusieurs articulations.

Le 13 au soir, le malade est pris d'agitation et de délire. Un purgatif à l'huile de ricin fait promptement justice de ces accidents. Les douleurs se calment.

Le 16, le malade réunit sa famille; on dîna près de son lit; il fut très-gai, mangea et but peut-être un peu trop. Vers onze heures du soir, il est pris de délire, d'agitation, de soubresauts dans les tendons.

Appelé vers minuit, M. Pipet fait mettre quatre sangsues derrière chaque oreille, en recommandant de les remplacer par deux nouvelles dès que l'écoulement du sang se ralentirait. Il prescrit en outre une potion avec 20 centigr. de calomel, et l'application de sinapismes sur les membres inférieurs et de glace sur la tête.

A six heures du matin, le malade tombe dans le coma; à sept heures il était mort.

L'autopsie n'a pas été permise par la famille.

Nous n'entendons nullement opposer ce fait à celui de M. Moutard-Martin, dont il ne saurait en quoi que ce soit infirmer la valeur, et qui n'en restera pas moins comme un exemple de guérison due à l'heureuse association des deux moyens qu'il a mis en œuvre; mais il nous a paru utile de le signaler à l'attention des praticiens comme venant à l'appui des réserves que nous avions cru devoir faire avec M. Vigla sur l'insuffisance possible de ce traitement. Ce n'est pas une raison, sans doute, pour s'abstenir, loin de là. L'abstention, ici, c'est la mort inévitable. C'est une raison, au contraire, pour agir avec le plus d'énergie et surtout avec le plus de promptitude possible, quels que soient d'ailleurs les moyens de révulsion ou de perturbation auxquels on ait recours.

De la chloroformisation comme moyen de diagnostic et de traitement de certaines coxalgies.

La question du traitement des coxalgies et des diverses autres affections articulaires par le redressement instantané, mis à l'ordre du jour par les communications de M. Bonnet aux divers corps savants, ne manquera pas d'alimenter, longtemps encore peut-être, les séances de la Société de chirurgie, où vont naturellement affluer les récits des applications de cette méthode. Nous nous abstiendrons donc, pour éviter les répétitions et les doubles emplois, d'entretenir ici nos lecteurs des diverses tentatives qui se font en ce moment dans les hôpitaux de Paris, laissant aux secrétaires de la Société de chirurgie le soin de les reproduire. Nous ne renonçons pas tout à fait cependant au droit de signaler en passant quelques-uns des faits dont il pourra nous arriver d'être témoin, surtout lorsqu'ils nous paraîtront offrir quelque particularité intéressante au point de vue pratique, indépendamment même de leur objet principal. Par exemple, voici quelques faits, dont l'un s'est passé sous nos yeux il y a quelques jours, qui font merveilleusement ressortir l'heureux parti que l'on peut tirer, dans un grand nombre de ces cas, de l'anesthésie artificielle au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

Une jeune fille de vingt et un ans, couchée au n° 3 de la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Robert, présentait depuis quatre mois tous les signes d'une coxalgie : douleur dans la hanche, attitude vicieuse du membre fléchi sur le bassin, avec adduction et légère rotation en dedans, déviation consécutive du bassin; immobilité; résistance au redressement, dont les tentatives provoquent de vives douleurs, etc. M. Verneuil, qui supplée en ce moment M. Robert, ayant voulu faire à cette malade l'application de la méthode de M. Bonnet, la fit amener à l'amphithéâtre, où on la soumit, préalablement à toute tentative, à l'action du chloroforme. M. Verneuil s'attendait à la nécessité d'un grand déploiement de force, et il s'était déjà assuré le concours de ses aides, lorsque, à sa grande surprise, le membre se réduisit en quelque sorte comme de lui-même aux premiers tâtonnements de l'opérateur. Il fut aisé dès lors de faire exécuter à la cuisse, sans le moindre effort, les mouvements physiologiques les plus étendus sans éprouver le moindre obstacle, et sans que la main ou l'oreille perçussent la moindre sensation de frottement. Le membre, replacé dans la position régulière, fut maintenu au moyen de l'appareil de M. Bonnet.

Nous n'aurions peut-être pas songé à rapporter ce fait, qui ne nous a produit après tout qu'une assez médiocre surprise, nous rappelant avoir vu autrefois, dans le service spécial des difformités de M. J. Guérin, à l'hôpital des Enfants, et depuis dans la pratique particulière, un assez grand nombre de cas de ce genre

---

moyens d'appliquer, de faire dégorger, de conserver les sangsues ; ce fut lui qui, en 1844, signala à la Société d'émulation de l'Ain, en 1846, à la Société d'encouragement de Paris, la découverte du premier hirudiculteur de Dompierre, et lui fit obtenir une récompense bien méritée. Un premier mémoire, publié en 1847 par M. le docteur Ebrard, lui valut une honorable distinction de la Société d'encouragement. Ce premier succès, auquel vint se joindre pour notre confrère l'obligation de renoncer, pour cause de santé, à l'exercice de la médecine, fut la cause de la publication du volume actuel, le plus complet certainement qui ait été publié sur la matière, au point de vue pratique.

La monographie de M. Ebrard est le résultat de dix années d'études pendant lesquelles l'auteur, après avoir lu tout ce qui a été écrit sur ce sujet, a consacré tout son temps à l'observation directe des sangsues, à des essais pour les élever et les faire multiplier en captivité. Il n'est pas un établissement de quelque importance, consacré à l'hirudiculture, qu'il n'ait visité, pas une méthode d'élevage qu'il n'ait essayé et discutée, presque pas un point de l'histoire naturelle de la sangsue, de ses habitudes, qu'il n'ait éclairci, pas une question relative à son sujet qu'il ait laissée sans solution certaine.

C'est par l'histoire naturelle de la sangsue, des races, des espèces, des variétés, et surtout par celle, aussi exacte que possible, de la reproduction, que commence l'œuvre remarquable de M. Ebrard ; de ces premières considérations, il déduit des enseignements rationnels sur la marche à suivre pour les faire multiplier en abondance, avec certitude et à peu de frais, c'est-à-dire sur le choix des marais et des étangs, la construction des bassins, l'ensemencement, la nourriture des jeunes animaux, leur préservation des causes de destruction, etc.

Tout naturellement, l'auteur se trouvait conduit à toucher au commerce des sangsues, à indiquer les moyens de distinguer les bonnes des mauvaises races, à indiquer les fraudes des marchands peu délicats, les mesures à prendre par l'administration pour dégager les exploitations de tout inconvénient relativement à la santé publique, et les meilleurs procédés à suivre pour le dégorgement des sangsues déjà employées.

Comme tous les animaux, les sangsues sont sujettes à une foule de causes de destruction, soit qu'elles viennent du dehors, soit qu'elles se rattachent à des maladies particulières. M. Ebrard a passé en revue toutes ces causes, a enseigné les moyens les plus efficaces pour les y soustraire, pour les conserver en bon état, pour les transporter au loin ; enfin il n'a pas négligé jusqu'aux plus petits détails de leur application, aux accidents qui peuvent suivre leur emploi, aux moyens de prévenir ces accidents ou de les faire disparaître.

Un dernier chapitre, et qui n'est pas un des moins intéressants, comprend la bibliographie, la liste des principaux ouvrages publiés en France ou à l'étranger sur les sangsues, l'analyse ou l'appréciation de ceux que M. Ebrard a pu consulter, et guidera dans leurs recherches les personnes qui voudront étudier d'une manière spéciale quelques points de l'histoire des sangsues.

Nous ne terminerons pas sans signaler à l'attention la collection de planches, la plupart coloriées, dans lesquelles l'auteur a représenté les diverses espèces de sangsues, les différentes colorations qu'est susceptible de prendre leur robe, les anomalies de ces colorations, qui se produisent suivant certaines lois et à peu près de la même manière chez toutes les races, et ne sont jamais, comme on l'a cru trop longtemps, l'effet du hasard ou de circonstances arbitraires.

Nous pouvons dire hautement et sans crainte d'être contredits, que l'ouvrage de M. Ebrard est aujourd'hui le plus complet qui existe sur la sangsue, et surtout, nous le répétons, au point de vue pratique.

Dr A. FOUCART.

Hygiène oculaire de l'enfance, par M. le docteur ACHILLE SAMSON (1).

La médecine moderne, — et c'est là une des heureuses tendances qui la caractérisent, — concentre une grande part de son activité scientifique dans la recherche des causes des maladies dans le but non-seulement de prévenir ces dernières, mais aussi d'améliorer la race. Plus on arrivera à éviter de bonne heure les altérations pathologiques, plus on assurera à l'individu la libre et complète jouissance d'organes dont l'intégrité fonctionnelle aura été ainsi précieusement sauvegardée.

C'est principalement dans la conservation normale des sens que l'hygiène est appelée à rendre les plus grands services : M. le docteur

(1) Paris, 1858, un grand volume in-8° de 50 pages ; chez Hamel, éditeur, rue Racine, 10.

qui avaient été pris par d'autres chirurgiens pour des coxalgies, et qui n'étaient, ainsi que le démontraient les résultats mêmes du traitement, que des cas de contractures musculaires avec intégrité parfaite des surfaces osseuses articulaires, contractures qui ne sont souvent d'ailleurs elles-mêmes que le début ou la période initiale de véritables coxalgies. Mais ce qui nous a paru intéressant dans ce fait, c'est cet effet si prompt et si heureux du chloroforme, qui a permis du même coup de reconnaître à quoi l'on avait affaire, et de faire immédiatement ce qui convenait; c'est surtout son rapprochement d'autres faits semblables où l'anesthésie a eu le même résultat.

En effet, dans un article tout récent (d'hier) de la *Gazette hebdomadaire*, dans lequel le fait dont nous venons de parler est rappelé, M. Verneuil a cité les trois suivants, que nous lui empruntons :

Chez une jeune fille de dix-huit ans (même service et même salle, n° 5), qu'on croyait depuis trois ans atteinte de coxalgie, l'anesthésie a permis à M. Robert de constater l'intégrité complète de l'articulation coxo-fémorale, et de diagnostiquer une contracture musculaire, qui a été traitée avec le plus grand succès par la marche, l'électricité et les toniques généraux.

Dans un autre cas, il s'agit d'un jeune garçon qui souffrait de la hanche droite depuis plusieurs années, et qui a séjourné déjà dans plusieurs hôpitaux. Lors de sa dernière rechute, il entra dans le service de M. Laugier (salle Saint-Jean, n° 17) avec des douleurs si intenses, que pendant quinze jours il resta assis sur le bord de son lit, les pieds appuyés sur une chaise, la cuisse dans la flexion et dans la rotation en dehors. M. Laugier ne pouvant, à l'aide des moyens ordinaires, calmer les souffrances, fit à l'aide du chloroforme le redressement brusque *sans éprouver de difficultés notables*; un appareil mécanique fut appliqué pour rendre l'extension permanente. Les douleurs cessèrent comme par enchantement, et le malade put bientôt marcher avec des béquilles.

Enfin, un autre malade de la même salle (n° 16) y avait été transféré d'une salle de médecine avec une maladie de la hanche simulant si complétement une coxalgie, que pendant près de quinze jours l'erreur continua malgré les investigations les plus attentives. Le chloroforme avait permis de constater la mobilité la plus complète de l'articulation. Le diagnostic réel ne fut porté que plus tard, lorsque survint de l'empâtement à la racine de la cuisse. On reconnut alors un abcès situé vers le petit trochanter, etc.

Bien que ces deux derniers faits diffèrent des précédents à plusieurs égards, et notamment par l'existence d'une lésion articulaire plus ou moins avancée, il était utile de les rapprocher ici à cause du fait commun qu'ils établissent, l'utilité du chloroforme tout à la fois comme moyen précieux de diagnostic et comme élément essentiel du traitement dans tous les cas.

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE SOUS-ÉPINEUSE,

compliquée de fracture des apophyses coracoïde et acromion. Réduction facilement maintenue à l'aide du garrot de J. L. Petit.

Par M. le docteur RITTERLIN, de Saint-Maur-les-Fossés.

Mme L..., de Courdemanges (Marne), âgée de 26 ans, forte, de bonne constitution et d'excellente santé, est renversée, à la suite d'un choc entre deux voitures allant à la rencontre l'une de l'autre, en dehors de celle qu'elle conduisait; elle tombe sur le rebord d'un fossé en avant, sur le sommet de l'épaule droite. Elle se relève sans accuser immédiatement de douleur, mais après peu d'instants, elle éprouve un tel engourdissement dans le bras, qu'il en résulte une impossibilité complète de le mouvoir.

La blessée m'est amenée en voiture non suspendue une heure après l'accident.

Voici le résultat du premier examen :

Déformation complète du moignon de l'épaule, aplatissement du deltoïde, affaissement de l'apophyse acromion et de l'extrémité acromiale de la clavicule, saillie médiocrement prononcée en haut et en avant du restant de la clavicule, abaissement de l'apophyse coracoïde, effacement du creux sous-claviculaire; le pli de l'aisselle plus abaissé de 15 millimètres, le bras allongé, le coude rapproché du tronc et porté en avant. La blessée soutient son bras. Le toucher ne permet pas de désigner exactement la position de la tête de l'humérus. Les mouvements actifs sont impossibles; les mouvements passifs douloureux, mais faciles. On perçoit une crépitation marquée en prenant d'une main le bras et la pointe du scapulum, et de l'autre la clavicule et les apophyses coracoïde et acromion, et imprimant ainsi à la masse de légers mouvements d'élévation de l'épaule.

La malade tient la tête inclinée du côté blessé.

Quoiqu'il y eût un peu d'intervalle entre l'examen de la malade et le moment de l'accident, un empâtement général avait commencé à se développer sur toute la partie contuse.

D'après cet examen, il ressortait évidemment une luxation sous-épineuse, avec fracture des apophyses coracoïde et acromion.

En effet, la luxation avait été produite par une cause directe, la chute s'étant opérée sur la terre d'avant en arrière sur la partie antérieure de l'épaule, mais elle a été consécutive à la fracture double des apophyses coracoïde et acromion; car le poids du corps et sa vitesse acquise par la projection en avant d'un lieu élevé sur le rebord d'un fossé ont d'abord été supportés par le sommet de l'épaule, les apophyses coracoïde et acromion, qui ont dû céder à la violence du choc, et partager ensuite cette violence avec la tête de l'humérus, qui s'est alors déplacée, pendant que la totalité de l'épaule portait sur terre d'avant en arrière.

Par suite de la mobilité de la voûte acromio-coracoïdienne fracturée à sa base, les manœuvres pour la réduction de la luxation n'offraient pas de difficulté. Une extension et une contention modérées suffirent.

Mais par cette même raison que la réduction de la luxation était facile, la reproduction de la luxation était facile aussi, et les appareils contentifs ordinaires ne remédièrent point au déplacement.

Il fallut attendre quatre jours que des lotions d'eau résolutive eussent fait disparaître le gonflement résultant de la contusion.

En effet, après ces quatre jours, le bras ayant été seulement maintenu dans une écharpe, on put voir les traces d'une contention violente sur la peau qui recouvre les deux saillies des apophyses acromion et coracoïde, preuve qu'un choc direct s'était produit sur cette région, et avait déterminé la fracture des deux apophyses à leur base, et entraîné par suite la luxation de l'épaule.

La réduction s'opéra avec la même facilité que la première fois.

Dans cette variété de complication de luxation, il est à remarquer que le poids du bras entraîne l'épaule toujours en bas par suite de la mobilité de l'arcade acromio-coracoïdienne.

Il s'agissait donc de maintenir en rapport les surfaces fracturées, et de trouver un point d'appui solide pour tenir l'épaule toujours élevée.

Parmi les appareils qui auraient pu remplir ce but, l'arsenal chirurgical n'en possède aucun d'aussi simple que le garrot de J. L. Petit, et voici, pour le cas présent, quel a été le procédé qui a servi à son application, et quel a été son mode d'action continue.

Un coussin long en balle d'avoine est fixé sous l'aisselle parallèlement au bras, de manière à maintenir un écartement suffisant entre l'humérus et le bord externe du scapulum; un autre coussin est fixé le plus près possible de l'articulation sterno-claviculaire; un troisième coussin est fixé sous le coude; on applique alors la pelote du garrot sur le coussin qui repose sur la clavicule, et le tourniquet sur le coussin fixé sous le coude. Un bandage de corps serré avec des boucles maintient le bras contre le thorax, et les deux chefs du garrot sont cousus de chaque côté au bandage, qui les maintient ainsi dans la même place; la pelote est fixée sur le coussin par une bande dont les deux chefs sont cousus sur la ceinture sous l'aisselle du côté sain; le tourniquet est solidement maintenu sous le coude par un 8 de chiffre; enfin, l'avant-bras est soutenu par une écharpe.

Ainsi disposé, l'appareil a eu l'avantage de laisser à nu les surfaces blessées, d'établir constamment un rapport intime entre les solutions de continuité, de permettre de maintenir leur rapport toujours au même degré, à l'aide du tourniquet avec lequel on peut serrer ou desserrer à volonté la pièce principale de l'appareil, de pouvoir serrer à volonté le bandage à boucle sans imprimer aucun dérangement à l'épaule; enfin, d'assurer par le rapport de toutes ces différentes pièces entre elles une immobilité parfaite.

La simplicité du moyen n'a pas démenti l'effet proposé; à part une eschare sans gravité qui s'est formée aux deux points les plus comprimés du coude et du cou, la consolidation a été parfaite, et l'articulation rendue à ses fonctions.

Dans l'espace de six semaines qu'a duré le traitement, l'appareil a été levé en partie quatre fois pour permettre quelques mouvements à l'articulation du coude et à l'articulation scapulo-humérale, en ayant soin chaque fois de bien maintenir par la compression les surfaces dans les mêmes rapports.

Sans entrer ici dans aucune discussion, et m'étant chargé seulement de reproduire l'observation d'un cas rare, je ferai remarquer cependant que, contrairement à ce que disent quelques auteurs, il y a pour la fracture des apophyses acromion et coracoïde une mobilité que ne contrarie nullement la marche des muscles qui s'y insèrent, et que le fragment supérieur, le scapulum, est entraîné en bas par le poids du bras et non pas par la rétraction des fibres du grand dentelé; que du moment où l'arcade acromio-coracoïdienne est brisée à sa base, les deux apophyses se rapprochent l'une de l'autre, l'articulation scapulo-humérale s'agrandit, augmente sa mobilité, favorise la luxation, et le fragment inférieur, avec le bras, sont entraînés en bas par leur propre poids, tandis que les fragments supérieurs varient à peine leur position. Qu'enfin le rapport des surfaces l'une vers l'autre s'obtient sans difficulté, mais qu'il faut un appareil exactement contentif pour obtenir la réunion immédiate des fragments.

GANGRÈNE DE LA LANGUE,

Par M. L. NOLÉ.

G..., âgé d'environ quarante-huit ans, fut pris, à la suite d'excès de travail aggravés par une alimentation insuffisante, de toux, d'une grande faiblesse, d'anorexie, d'insomnie; ses jambes s'infiltrèrent, puis des taches nombreuses de *purpura* se montrèrent sur diverses parties du corps. Quelques jours plus tard, un bouton aphtheux apparut sur le bord gauche de la langue. Le lendemain il était remplacé par une eschare qui s'étendit rapidement.

Le 30 mars, la langue était tuméfiée, livide, douloureuse; l'eschare avait le volume d'une châtaigne et se confondait insensiblement avec le tissu lingual. Salivation abondante, fétide. Anorexie, pâleur, pouls faible, fréquent.

Malgré l'emploi des toniques, de gargarismes au quinquina et chlorurés, etc., la gangrène gagna toute la moitié postérieure gauche de la langue. A l'abattement se joignit le délire, puis le coma, et le malade mourut le 4 mars.

Une cautérisation énergique aurait-elle pu enrayer la marche de l'affection? C'est ce que nous n'oserions affirmer, et il est fort possible que la débilité du malade eût rendu toute tentative de ce genre inutile. On est pourtant quelque peu surpris, en lisant les réflexions dont M. Nolé accompagne son observation, de voir qu'il n'ait pas songé à cette ressource extrême. (*Journal de médecine de Toulouse*, avril 1858.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 août 1858. — Présidence de M. DEGUISE.

Redressement dans les tumeurs blanches. — M. MICHON prend la parole à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance. Je regrette, dit-il, de n'avoir pas assisté à la communication de M. Bonnet. J'aurais pu produire des faits et des considérations qui me paraissent de nature à faciliter l'appréciation de sa méthode, ou, si vous voulez, de la méthode qu'il emploie; car il n'entre point dans mon intention de toucher à la question de priorité. Pour ne pas s'exagérer la valeur de ce nouveau mode de redressement, il ne faut pas oublier les résultats qu'on obtient avec les appareils. Or, avec les appareils, on réussit très-bien à corriger les attitudes vicieuses du membre dans la

---

A. Samson l'a compris ainsi en publiant les résultats de l'observation de nombreux faits relatifs à la prophylactique des organes oculaires. Il est convaincu que l'absence de soins opportuns et l'ignorance du danger des ophthalmies, survenues peu de temps après la naissance, entraînent bien souvent la perte de la vue des enfants. Son but est donc aujourd'hui de signaler les affections oculaires spéciales au premier âge et de poser les règles hygiéniques auxquelles les nouveau-nés doivent être soumis, pour être exposés le moins possible à des accidents qui ne dégénèrent que trop souvent en infirmités.

Cette intéressante question — qui, si nous ne nous trompons, n'a pas encore été traitée à part et d'une manière spéciale, — a fourni à notre confrère le canevas de quatorze chapitres, dont les *maladies congéniales*, l'*ophthalmie purulente*, les *conjonctivites*, les *blépharites*, les *kératites*, les *taies de la cornée*, le *strabisme*, la *myopie*, l'*asthénopie* et l'*amaurose* constituent les principaux textes. Le sujet est vaste, en effet, si l'on réfléchit que les affections oculaires sont plus fréquentes pendant l'enfance qu'aux époques de la vie, et que certaines d'entre elles ont la plus grande gravité.

Dans l'impossibilité de suivre l'auteur dans chacun des importants sujets qu'il a traités, bornons-nous à signaler quelques-unes des opinions qu'il a formulées.

A propos de l'âge auquel il convient d'opérer la cataracte congéniale, M. A. Samson, considérant d'une part, que la sensibilité de la rétine peut être diminuée par la longue durée de cette lésion, de l'autre, que l'éducation des yeux ne saurait être retardée sans nuire au développement intellectuel, se range de l'avis des chirurgiens qui opèrent dès le premier mois de la vie ou après la dentition.

Parmi les causes de l'ophthalmie purulente, il range la leucorrhée simple ou spécifique. L'occlusion ordinaire des paupières de l'enfant qui vient au monde nous semble cependant devoir donner peu de crédit à cette possibilité de la production du mal par contact direct. Les détails minutieux que M. A. Samson accorde aux coutumes vicieuses des nourrices et des femmes qui reçoivent le nouveau-né, ainsi qu'à l'indication des soins divers que celui-ci réclame, seront lus avec grand intérêt.

Notre confrère explique par le développement anatomique et physiologique de l'œil la diminution de fréquence d'abord, puis la disparition complète de telle ou telle forme morbide, et enfin l'apparition de formes morbides d'un autre genre. Nous regardons effectivement cette influence comme incontestable; mais joue-t-elle bien, dans la production des nombreuses affections oculaires de la première enfance, un rôle aussi important que l'auteur le pense? Que de circonstances multiples, variées, complexes, dans lesquelles l'enfant est placé dans les premiers temps de la vie, et qui doivent avoir une part bien plus active, bien plus directe dans les manifestations morbides de l'appareil oculaire! L'œil n'est-il pas, à ce moment surtout, le sens le plus excité, le seul pour ainsi dire qui relie le jeune être au monde extérieur?

M. Samson rattache avec grande raison la conjonctivite pustuleuse et phlycténulaire à une cause constitutionnelle : il insiste très-logiquement sur les conditions hygiéniques les plus propres à combattre cette dernière.

Un chapitre fort intéressant est consacré à l'asthénopie, et les médecins ne sauraient trop en recommander la méditation aux parents et surtout aux directeurs des maisons d'éducation.

Au résumé, l'opuscule de M. le docteur A. Samson a une portée essentiellement pratique. Ecrit avec clarté, il prendra un rang des plus honorables parmi les productions utiles destinées à répandre au sein des masses les conseils si profitables au maintien des conditions normales du développement de l'organisation. Après s'être familiarisé dans les cliniques des hôpitaux et dans un service de Bureau de bienfaisance avec les affections spéciales dont il formule aujourd'hui les moyens préventifs, l'auteur a trouvé, dans sa position de directeur d'un dispensaire pour ces maladies, toute l'autorité d'expérience nécessaire pour parler avec ample connaissance de cause : les lecteurs de son excellente *Hygiène oculaire de l'enfance* reconnaîtront qu'il a parfaitement réussi.

Dr E. L. BERTHERAND.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille. N° 1. Janvier. Une broch. in-8°. — Marseille, imprimerie Barlatier-Feissat et Demonchy.

coxalgie. Pour ma part, je ne traite pas un seul cas de cette affection de la hanche, sans recourir à ce moyen auquel, je dois de nombreux succès, et des succès qui se sont maintenus; car, remarquez-le bien, le redressement par les appareils a pour lui une expérience déjà longue, et c'est ce qui manque encore aux nouveaux procédés. Ce n'est pas, en effet, en assistant au redressement d'un membre, ou même à la réduction d'une luxation spontanée, qu'on peut juger de la valeur de la méthode suivie; on a besoin d'être rassuré sur les dangers auxquels elle peut exposer, tels que les inflammations, les abcès, etc.; il faut voir comment s'est maintenu le rétablissement de la conformation des parties et à quel degré la jointure a repris ses fonctions; il faut enfin le résultat définitif; sachons donc attendre.

J'ajouterai que les appareils laissent le membre à découvert et permettent de le surveiller à chaque instant; au contraire, dans la méthode que préconise aujourd'hui M. Bonnet, le bandage amidonné recouvre le siége du mal et en même temps l'œuvre du chirurgien. Si cette méthode n'est pas, en réalité, supérieure à l'ancienne, ce que le temps seul peut nous apprendre, je préférerais les appareils, qui ont encore cet avantage de permettre d'imprimer en temps opportun des mouvements à l'articulation.

Quant aux moyens de distinguer l'allongement ou le raccourcissement apparents de l'allongement ou du raccourcissement réels, on a rappelé l'antériorité du travail de M. Parise; il faut y joindre encore celui qu'a publié M. Serres, d'Uzés, où les mêmes procédés d'exploration sont exposés.

M. BOUVIER, en présentant un jeune homme de dix-huit ans, s'exprime ainsi : Dans ce cas que je soumets à votre examen, il s'agit d'une fausse ankylose, consécutive à une coxalgie guérie depuis longtemps. Il y a là une difformité et une altération fonctionnelle de la hanche droite, qui offre deux problèmes à résoudre : d'abord, y a-t-il ou non luxation? ensuite, dans l'une ou l'autre hypothèse, que convient-il de faire?

M. GOSSELIN. Il arrive que la luxation du fémur se produit dans le cours de la coxalgie; j'ai tenté et obtenu la réduction dans deux cas de ce genre; mais malgré l'emploi d'une gouttière très-analogue à celle de M. Bonnet, le déplacement s'est reproduit quelques jours après. Je regrette que le chirurgien de Lyon ne se soit pas expliqué sur ce point.

M. HOUEL. Mais M. Bonnet n'admet pas la luxation spontanée, et il ne devait rien proposer contre une lésion qu'il regarde comme imaginaire.

M. GOSSELIN. Quant au malade de M. Bouvier, je crois à l'existence de la luxation, parce que je crois sentir la tête du fémur dans la fosse iliaque. Je pencherais vers l'abstention, dans la crainte que les tentatives de réduction ne fussent infructueuses ou même dangereuses.

M. MARJOLIN. J'ai vu un cas où l'agrandissement de la capsule permettait sans rupture un déplacement de la tête à 2 centimètres en dehors du bourrelet cotyloïdien; si je ne me trompe, c'est d'un fait analogue qu'il s'agit ici, et pour moi il n'y a rien à faire.

M. GUERSANT. Chez ce malade il y a, suivant moi, diminution du volume de la tête fémorale et agrandissement de la cavité cotyloïde; ces altérations simultanées sont le résultat de la carie. Ce qui en impose pour une luxation, c'est le glissement de la tête dans une cavité disproportionnée, qu'elle semble avoir abandonnée, quand elle ne fait que se déplacer sur sa surface élargie. Quoi qu'il en soit, l'ostéite est guérie; le sujet boite, mais il marche; il n'y a rien à faire.

M. BOUVIER. Toutes les opinions qu'on pouvait émettre au point de vue de l'existence de la luxation se sont produites. Les uns l'admettent, les autres la nient; enfin il y a un diagnostic, en quelque sorte de conciliation, celui d'une subluxation. Pour moi, il n'y a de luxation d'aucune espèce ni à aucun degré; c'est tout simplement une attitude vicieuse. Voyez : en plaçant ainsi le sujet debout, les jambes croisées, la cuisse malade dans l'adduction, le bassin est dans sa position normale, les épines iliaques antérieures et supérieures sont sur la même ligne horizontale.

M. CHASSAIGNAC. Pas tout à fait.

M. BOUVIER. Les trochanters se trouvent aussi à la même hauteur.

M. CAZEAUX. Pas tout à fait.

M. BOUVIER. De chaque côté, la distance du trochanter à l'épine iliaque est la même; celle du trochanter à la ligne médiane, la même. Le trochanter n'est d'ailleurs pas plus en arrière que du côté sain. L'intervalle de l'épine iliaque et de la rotule est normal. On ne sent pas la tête à la fesse, même en portant la cuisse à son maximum de flexion, au point de lui faire toucher le ventre. Je ne puis donc trouver là les signes d'une luxation. Tout s'explique, au contraire, par une position vicieuse, une adduction exagérée avec rotation en dedans, diminution notable de l'extension et surtout de l'abduction. Vous venez de voir que la flexion a conservé presque toute son étendue; mais avant que l'extension soit complète, le bassin se renverse en avant, d'où un peu d'augmentation de la concavité lombaire. Comme l'abduction est à peu près abolie, si l'on veut ramener la cuisse en dehors, à son attitude normale, l'articulation du fémur reste immobile, et c'est le bassin qui se meut sur le fémur du côté sain, en s'inclinant dans ce sens, c'est-à-dire à gauche. La rotation en dehors est également impossible, et si l'on tente de faire exécuter ce mouvement, il se passe tout entier dans le bassin, qui tourne sur la tête fémorale du côté sain. Quand le malade est debout dans son attitude ordinaire, la pointe du pied est un peu dirigée en dehors, ainsi que M. Boinet l'a fort bien remarqué. Cette direction dépend non pas de la rotation du fémur, mais de celle du bassin, dont le malade reporte instinctivement le côté droit en arrière, afin de neutraliser la rotation permanente de la cuisse en dedans.

Comme thérapeutique, s'il existe une luxation, il n'y a peut-être rien à faire. Si tout se borne à une attitude vicieuse, il peut paraître indiqué d'avoir recours au redressement progressif ou au redressement instantané.

M. CHASSAIGNAC demande la parole pour établir l'existence de la luxation; mais, plusieurs orateurs étant également inscrits, la discussion, après un nouvel examen du malade, est renvoyée à la prochaine séance.

Nouveau bandage herniaire. — M. le docteur Dupré présente et décrit un bandage de son invention, qui a parfaitement réussi dans les salles de MM. Nélaton et Robert.

« Figurez-vous, dit-il, une tige transversale en M répondant à la disposition de l'échancrure pelvienne, et pressant sur une ou deux pelotes ajustées sur elle au moyen de barrettes fenêtrées. Ces pelotes sont assujetties aux barrettes à l'aide de vis, qui permettent de les rapprocher, de les écarter, de les incliner et de les remplacer à volonté. Une demi-ceinture postérieure unie aux branches verticales de l'M, et se bouclant à la façon d'une patte de pantalon, assujettit le bandage dans la région lombaire. » (Commissaires : MM. Michon, Robert et Follin.)

Plaie de poitrine par arme à feu. — M. CHASSAIGNAC. Un jeune homme se tire un coup de pistolet dans la région du cœur; pas d'hémorrhagie par la plaie ni d'hémoptysie; rétraction du testicule gauche; mort le cinquième jour. Ainsi que vous pouvez le voir sur ces pièces, la balle est entrée dans le péricarde, a déchiré la pointe du cœur sans pénétrer dans sa cavité; puis elle a glissé sur la voûte du diaphragme, entre le poumon et la plèvre, jusqu'au onzième espace intercostal, où elle s'est logée, en ouvrant cette membrane. Ce glissement inoffensif du projectile entre des parties aussi délicates m'a paru intéressant. Vous retrouvez les traces de la péricardite à laquelle le blessé a succombé.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Ici la position de la plaie du cœur correspond à celle du péricarde; cette corrélation peut manquer, ainsi que j'en ai vu un exemple, et ce défaut de parallélisme s'explique par les mouvements du cœur.

M. LEGOUEST. Je suppose que la balle était ronde, et non déformée; c'est une condition nécessaire de ce glissement, que nous ne retrouvons plus quand la balle est irrégulière ou simplement cylindroconique.

M. CHASSAIGNAC présente le projectile, qui est en effet parfaitement rond.

— **M. LE PRÉSIDENT** rappelle que le mercredi 8 septembre, il sera procédé à la nomination d'une commission chargée de présenter un rapport sur les candidats qui se seront fait inscrire pour la place de membre titulaire déclarée vacante.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

MOREL-LAVALLÉE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 23 août 1858, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand :

Professeur titulaire de clinique interne, M. Tixier-Courbayre, professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Lavort, décédé.

Professeur titulaire de matière médicale, M. Imbert-Gourbeyre, professeur suppléant, en remplacement de M. Pourcher, décédé.

Professeur titulaire d'anatomie et de physiologie, M. Nivet, professeur adjoint du même enseignement.

Professeur adjoint de pathologie interne, M. Bourgade, docteur en médecine, en remplacement de M. Peghoux, décédé.

Professeur adjoint de pathologie externe, M. Boudant, docteur en médecine, en remplacement de M. Tixier-Courbayre, promu à d'autres fonctions.

Professeur suppléant, M. Auclerc, docteur en médecine, en remplacement de M. Imbert-Gourbeyre, nommé professeur titulaire.

— « Une des questions les plus intéressantes que nos édiles étudient en ce moment et qui va recevoir une prochaine solution, est celle du déplacement des hospices.

» A l'époque de leur fondation, ces établissements étaient les uns aux extrémités de la ville, les autres en dehors même des remparts de Paris.

» La population augmentant d'âge en âge, le flot de cette marée montante a fini par atteindre et dépasser toutes ces maisons hospitalières.

» Au point de vue de la santé des malades et dans l'intérêt de l'amélioration de la ville de Paris, il est nécessaire, il faut les transporter dans des endroits sinon éloignés de la capitale, du moins assez distants des murs d'enceinte pour que ces hospices y trouvent enfin ce qui leur manque depuis trop longtemps : l'air et l'isolement.

» Ainsi l'on va déplacer l'hospice des Ménages pour le transférer à Issy. On sait que l'hospice des Ménages est situé rue de la Chaise, au n° 28, dans le 10e arrondissement, en plein quartier Saint-Thomas d'Aquin. Lorsque la ville de Paris, vers le milieu du quatorzième siècle, fit l'acquisition d'un terrain sur lequel on voyait une maladrerie qui devint les Petites-Maisons, depuis l'hospice des Ménages, cette maladrerie était alors dans la campagne, à plus de 800 mètres du rempart.

» Aujourd'hui les Ménages, qui occupent une superficie de 24,739 mètres, sont cernés de toutes parts et bloqués par des maisons particulières. Les malades se trouvent pour ainsi dire dans la rue, et les habitants des propriétés voisines de l'hospice respirent l'air de l'ancienne maladrerie. C'est une gêne, une souffrance pour les uns, un dégoût, un poison pour les autres; donc, au point de vue de l'humanité, ce déplacement est nécessaire, indispensable.

» On doit également déplacer l'hospice Sainte-Perrine pour le transporter à Auteuil.

» Une autre question du plus grand intérêt est celle qui a rapport à l'Hôtel-Dieu, cet aïeul de nos établissements hospitaliers.

» L'état de vétusté d'une partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu oblige à songer à leur reconstruction.

» Dès que l'installation des bureaux de l'assistance publique pourra s'effectuer dans l'un des deux hôtels qui font face au palais municipal, le bâtiment de la rue Neuve-Notre-Dame deviendra provisoirement l'annexe de l'Hôtel-Dieu, et sera disposé pour recevoir de 250 à 300 lits. Cette affectation nouvelle permettra de démolir ces bâtiments du vieil hôpital dont l'état de délabrement inspire les craintes les plus sérieuses, c'est-à-dire les parties situées vers le pont au Double, sur la rive droite du petit bras de la Seine. » (*Revue municipale.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

La Fièvre puerpérale et l'Académie impériale de médecine, par le docteur Louis FLEURY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Broch. in-8°. Prix, 1 fr. 25, franc de port, pour toute la France et l'Algérie. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Souvenirs historiques militaires et médicaux de l'armée d'Orient, par M. F. QUESNOY, médecin-major au 4e régiment de voltigeurs de la garde, officier de la Légion d'honneur. Un vol. in-8°. — Paris, chez Labé, libraire-éditeur.

Sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur BOURGEOIS, médecin en chef de l'hôpital d'Etampes. Une broch. in-8°. — Paris, imprimerie Rignoux.

Études sur la revaccination, par le docteur LALAGADE, lauréat de l'Académie impériale de médecine. Albi, 1858. Une broch. in-8° de 66 pages. Prix, 1 fr. 50. — Paris, Chez J. B. Baillière et fils.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garaucière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 SEPTEMBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à signaler dans cette séance qu'une seule communication qui ait droit à être mentionnée ici ; c'est un nouveau mémoire de M. Jacubowitch sur l'anatomie comparée du système nerveux. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des principaux faits que cet habile anatomiste a été conduit à établir d'après les résultats de ses ingénieux procédés d'étude.

D'autres communications ont été faites sur divers points d'anatomie comparée et de zoologie, mais comme elles ne sont susceptibles d'aucune des applications médicales ou physiologiques dont on s'occupe spécialement ici, nous les réservons pour le feuilleton scientifique.

Dans le compte rendu de la séance précédente (numéro du 31 août), nous avons reproduit un extrait d'une communication de M. Mougeot sur la rutilance du sang veineux dans certains états pathologiques. Nous recevons à ce sujet une lettre de M. le docteur Picard, de Guebwiller, l'auteur, si nous ne nous trompons, de belles recherches connues de nos lecteurs, sur l'origine et le rôle physiologique de l'urée. M. Picard rappelle un fait qu'il a observé il y a quelques années, et qui offre quelque analogie avec les faits signalés par M. Mougeot. Il ne croit pas toutefois devoir en tirer les mêmes conséquences au point de vue diagnostique et pronostique. Voici, du reste, le fait, et les réflexions dont M. Picard l'a fait suivre :

« Il s'agit d'un malheureux atteint d'une fracture de la nuque, avec paralysie des quatre extrémités ; lui ayant pratiqué une saignée, nous fûmes frappé de la couleur vermeille du sang qui s'échappait de la veine.

» En recueillant nos souvenirs, nous nous rappelons positivement avoir fait la même observation dans des affections fébriles, inflammatoires, et dans des affections de l'axe cérébro-spinal, apoplexies, etc., non accompagnées de fièvre. Est-il besoin, pour expliquer ce phénomène, d'admettre l'hypothèse d'un érythème exagéré des capillaires artériels ? Nous ne le pensons pas. Il semble plus naturel d'expliquer cette coloration anormale, dans les maladies inflammatoires, par la rapidité du cours du sang, qui n'a pour ainsi dire pas le temps de céder son oxygène aux molécules interstitielles, et, dans les affections des centres nerveux sans fièvre, par une sorte de paralysie de cette fonction importante qui se passe dans l'intimité des tissus, et qui transforme le sang artériel en sang veineux. Quant aux saccades du sang veineux, que M. Mougeot a observées *dans certains cas*, ne proviendraient-elles pas de ce que la veine qu'on saignait était dans le voisinage d'une artère ? Car il est difficile d'admettre que ces saccades se soient propagées à travers les capillaires *contractés*.

» Je me rappelle très-bien que dans une des premières saignées que je fis à un malade atteint de pneumonie, je fus épouvanté à la vue d'un sang *rouge* et s'échappant par saccades ; je crus infailliblement avoir lésé l'artère, tandis que la veine reposait directement sur l'artère humérale.

» En résumé, je crois pouvoir révoquer et même rejeter complétement la valeur de la rutilance du sang veineux comme pouvant servir à diagnostiquer des accès de fièvre pernicieuse. »

Dr Brochin.

Nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs les deux décrets qui suivent. Ils seront certainement accueillis comme un bienfait par l'immense majorité de nos confrères des départements.

Par décret du 31 août dernier, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'Etat de l'intérieur, M. Rayer, membre de l'Institut, médecin ordinaire de S. M. l'Empereur, président du comité consultatif d'hygiène de France, a été nommé président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Le ministre de l'intérieur,

Sur le rapport du chef du cabinet :

Vu les propositions de la commission supérieure d'encouragement et de surveillance des sociétés de secours mutuels ;

Vu le décret organique du 26 mars 1852 sur les sociétés de secours mutuels,

Arrête :

Art. 1er. Sont approuvés, tels qu'ils sont annexés au présent arrêté, les statuts de la Société de secours mutuels établie à Paris sous la dénomination d'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*.

Art. 2. La société dénommée en l'article précédent jouira des droits et priviléges accordés par le décret du 26 mars 1852.

Art. 3. Les statuts et règlements de la *société centrale* seront soumis à notre approbation.

Les statuts et règlements des *sociétés locales* seront soumis à l'approbation du préfet du département dans lequel ces sociétés seront établies.

Les uns et les autres ne pourront déroger en rien aux statuts de l'Association générale.

Art. 4. Le chef du cabinet est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 31 août 1858. DELANGLE.

NOTE SUR L'USAGE DU VIN PLATRÉ.

Par M. le docteur BARASCUT, de Compeyre (Aveyron).

La question examinée par M. le docteur Barascut dans cette note a d'autant plus d'intérêt qu'elle va très-probablement sous peu devenir l'objet d'une enquête sérieuse de la part des pouvoirs publics. Voici, en effet, l'expression de l'un des vœux émis par le conseil général du département de l'Hérault, l'un des pays les plus intéressés à une solution définitive de cette question :

« Considérant les inconvénients majeurs qui résultent pour le commerce et l'agriculture de l'incertitude où viennent les jeter les poursuites judiciaires qui ont été exercées contre les vins plâtrés, et des appréciations contradictoires auxquelles le plâtrage des vins a donné lieu de la part des cours impériales de Montpellier et de Lyon, malgré le rapport fait en 1856 par trois éminents chimistes des facultés de Montpellier, et une délibération du conseil d'hygiène publique de la même année, desquels il résulte que le plâtrage des vins ne présente aucun danger pour la santé publique ;

» Considérant, en outre, que le plâtrage des vins à la cuve constitue dans les départements riverains de la Méditerranée un usage très-ancien, dont l'origine remonte à l'époque de la domination romaine ; que cet usage est plus ou moins répandu dans les vignobles étrangers, et notamment en Espagne, en Italie, en Grèce et dans les îles de l'Archipel ;

» Qu'une expérience séculaire chez les populations méridionales a démontré que les vins plâtrés n'offrent pour la santé de ceux qui les consomment aucun inconvénient ; que le plâtre exerce une action favorable sur la couleur, le dépouillement et la *conservation* des vins, ce qui explique pourquoi le commerce préfère souvent pour ses opérations les vins plâtrés à ceux qui ne l'ont pas été ;

» Considérant qu'en présence de pareils faits, il importe de faire cesser le plus tôt qu'il sera possible une incertitude si dommageable à d'immenses intérêts,

» Emet le vœu :

» Que S. Exc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics fasse résoudre le plus promptement possible la question du plâtrage des vins, sous le rapport de la salubrité publique, par une commission composée de chimistes, de médecins et de viticulteurs, et qu'il décide si le plâtrage des vins est une opération permise, ou si elle doit être défendue comme insalubre. »

Voici maintenant la note de M. Barascut :

« L'addition du plâtre au vin, au moment de sa fermentation, ne me paraît point une méthode aussi innocente qu'on semble le croire en certains lieux, et le problème d'hygiène publique qu'elle soulève est loin, à mon avis, d'avoir reçu encore une solution satisfaisante. Depuis quelques années que l'habitude du plâtrage s'est introduite dans le pays où j'exerce la médecine (cette méthode remonte à l'époque romaine, Pline en parle et la conseille), l'opinion publique a si souvent signalé l'usage du vin plâtré comme préjudiciable à la santé que j'ai dû nécessairement fixer mon attention sur ce sujet. Mes observations personnelles, celles de plusieurs de mes confrères avec qui j'ai pu en conférer, et l'opinion arrêtée de bon nombre de personnes instruites qui se sont trouvées dans le cas d'user d'un vin ainsi préparé, ne me laissent aucun doute sur les fâcheux effets d'un semblable mélange. Je n'ignore pas que le jugement que je porte sur la méthode du plâtrage se trouve en opposition avec l'opinion émise par des hommes haut placés dans la science, et qui, à la suite de recherches chimiques faites dans le but d'éclairer la question, ont formulé des conclusions contraires à ma manière de voir. Mais, quel que soit mon respect pour le talent et les lumières des savants chimistes de Montpellier, avec les faits dont j'ai été témoin, il ne m'est pas possible d'accepter pour vraie l'opinion qu'ils ont soutenue. Je laisse à d'autres le soin de revoir la question au point de vue chimique ; je ne veux et ne puis l'examiner aujourd'hui qu'avec les données fournies au lit du malade.

» S'il n'y a que peu de plâtre introduit dans le vin, si celui-ci n'est bu qu'en petite quantité, il est à peu près certain que l'effet passera inaperçu ; mais pour qui boit avec une certaine abondance, alors même que la quantité de plâtre mêlé ne sera pas très-grande, l'effet est différent, et déjà il se produit des symptômes dignes de fixer l'attention ; et, si l'on a affaire à quelqu'un qui boive beaucoup et du vin fortement plâtré, les désordres produits deviennent graves ; ils peuvent même, si le fait se reproduit, amener une terminaison fâcheuse.

» Voici, au reste, la série de symptômes que produit l'ingestion d'un vin plâtré.

» Il suffit d'une faible quantité pour que l'on éprouve dans la bouche un état de sécheresse qui augmente la soif au lieu de l'étancher ; la salive devient visqueuse, la bouche empâtée ; la sécheresse augmente au fur et à mesure que l'on continue de boire ; bientôt un sentiment de constriction, accompagné d'un certain degré de chaleur, se fait sentir au pharynx, et gagne de proche en proche l'œsophage et l'estomac.

» Plus tard, surviennent des lourdeurs de tête accompagnées d'envies de vomir et même de vomissements ; enfin, le ventre lui-même peut participer à la souffrance, et il se déclare parfois des douleurs d'entrailles assez violentes, et tout cet appareil de symptômes s'accompagne bien rarement des autres signes de l'ivresse à son début. C'est ainsi qu'il est rare de voir alors cette gaieté loquace, cette exaltation des facultés intellectuelles, cette vivacité d'esprit, cette animation de la figure, cette accélération du mouvement circulatoire qui marquent le premier effet de l'ingestion d'une trop grande quantité de boisson alcoolique. C'est plutôt un état de concentration des forces que l'on observe ; la physionomie exprime la souffrance, l'intelligence est abasourdie ; en un mot, le sujet tombe plutôt dans l'abattement que cela n'a lieu dans l'ivresse ordinaire.

» Que l'on juge maintenant de la gravité des désordres que ne peut manquer d'entraîner après elle la série d'accidents que je viens de signaler, si ceux-ci, ou même une simple partie de ceux-ci viennent à se reproduire avec une certaine fréquence. On voit bientôt alors apparaître de graves dérangements dans les facultés digestives, un état de dyspepsie habituelle, un dégoût marqué pour toute sorte d'aliments, mais surtout pour les aliments solides ; une constipation rebelle... La nutrition se fait mal, et petit à petit survient le marasme et toutes ses suites. Parfois j'ai pu observer un état hypertrophique du foie avec épanchement péritonéal, mais sans ictère ; c'est ce que j'ai vu notamment chez deux de mes malades qui ont récemment succombé. J'ai le regret de n'avoir pu en faire l'autopsie.

» L'usage du vin plâtré, dans ses effets les moins graves, alors qu'il ne produit pas encore des altérations de nature à exiger l'intervention de l'art médical, met néanmoins les organes digestifs dans un état de prédisposition maladive qui me paraît très-digne d'être noté. Il m'a paru surtout que dans les fièvres graves, la typhoïde en particulier, un semblable état de l'appareil gastro-intestinal offrait pour le pronostic un antécédent bien fâcheux.

» Je pourrais citer bon nombre de faits qui viendraient à l'appui d'une pareille opinion ; je me contenterai de rappeler que dans un petit hameau où l'on use beaucoup de vin plâtré, la fièvre typhoïde s'est montrée récemment d'une telle gravité, alors que tous les symptômes du début étaient loin de faire présager une terminaison fâcheuse, que force nous a été, faute de trouver d'autre cause, d'attribuer au plâtre un pareil effet. Il serait facile de disserter théoriquement sur un pareil résultat, mais pour le moment je veux me contenter de faire connaître l'impression qu'ont produite sur moi les faits que j'ai observés, et qui m'ont laissé la conviction que le plâtrage du vin est une méthode nuisible à la santé. Je termine par une proposition que je calque sur le post-scriptum de la lettre de M. Amédée Joux, insérée dans le

numéro 87 de la *Gazette des Hôpitaux*. Que ceux qui soutiennent que le vin plâtré ne saurait nuire à la santé soient astreints à ne boire que du vin ainsi préparé pendant un certain temps, et qu'ils s'expliquent ensuite (1). »

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Gibert.

De l'eczéma considéré comme type des affections dartreuses.

Le mot grec *eczéma* indique en général une éruption accompagnée à son début de phénomènes inflammatoires. Dans la classification de Willan, ce terme est restreint à la dénomination d'une éruption caractérisée à son origine par de très-petites vésicules, formant le plus ordinairement soit un semis plus ou moins étendu, soit des groupes irréguliers, qui s'excorient rapidement et fournissent une sécrétion humorale plus ou moins abondante. Ces excoriations humides et enflammées se recouvrent de *squammes* destinées à remplacer l'épiderme; ces squammes tombent et se renouvellent avec prurit pendant un temps qui peut varier de quelques semaines à plusieurs mois. Lorsque l'éruption gagne successivement de nouvelles régions de la peau, la forme vésiculeuse élémentaire se reproduit dans les points nouvellement affectés : on la voit aussi se montrer de temps à autre par petites vésicules isolées autour des régions excoriées et squammeuses, dont la physionomie générale avait été caractérisée par Alibert dans le nom donné par lui à cette éruption (*herpes squammosus madidans*, ou dartre squammeuse humide).

Après un laps de temps qui peut varier de quelques semaines à plusieurs mois, la sécrétion humorale se tarit, les excoriations se cicatrisent, l'exfoliation devient sèche, lamelleuse, puis simplement furfuracée; enfin, la rougeur de la peau s'efface après avoir laissé quelque temps à sa place une maculature plus ou moins prononcée, et l'affection guérit sans laisser de trace. Mais très-souvent l'envahissement successif de diverses régions prolonge la durée du mal, ou bien une récidive s'opère après quelques semaines, quelques mois ou même plusieurs années de guérison temporaire. Outre les variétés capitales établies par Willan que nous aurons à signaler tout à l'heure, le *siége* de l'éruption apporte à sa marche, à sa physionomie, à sa durée, à ses suites, des modifications qu'il importe de faire connaître.

L'eczéma du cuir chevelu, ou pseudo-teigne, présente, quand il passe à l'état chronique, une succession de périodes qui ont été plus d'une fois désignées sous des noms divers comme autant de maladies distinctes. Exemple : premier degré (prurit et odeur acide), *achores;* deuxième (éruption vésiculeuse élémentaire qui envahit successivement les divers points de l'étendue du cuir chevelu), *herpes miliaris;* troisième degré (érosions et écailles plus ou moins humides), *herpes ficosus;* quatrième degré (chronicité et persistance des excoriations, qui se sèchent et se recouvrent de squames ou de furfures poudreux plus ou moins adhérents), *tinea.*

A cette période, en effet, l'eczéma du cuir chevelu a été plus d'une fois confondu jusque dans ces derniers temps avec le *pityriasis* du cuir chevelu, ou *teigne furfuracée;* avec l'*herpès* de la même région, ou *teigne tonsurante;* enfin, avec les rougeurs furfuracées qui succèdent à la chute des croûtes de la *teigne vraie* ou *favus.*

Nous nous efforcerons d'élucider tout ce qui a trait au diagnostic en traitant des *teignes* dans l'ordre des pustules.

Aux oreilles, siége très-commun de l'eczéma chez les femmes, la tuméfaction permanente du pavillon, le rétrécissement du conduit auditif, et par suite la dureté d'ouïe ou la surdité, sont des effets assez ordinaires de l'eczéma chronique.

Au bord libre des paupières, l'eczéma constitue avec l'*impetigo* la forme commune de l'ophthalmie dartreuse.

Au bord libre des lèvres, et assez fréquemment sous l'influence d'une diathèse lymphatico-nerveuse, si ce n'est même comme un premier indice de disposition scrofuleuse, l'eczéma se montre sous l'apparence de gerçures légèrement squammeuses, qui persistent ou se reproduisent avec opiniâtreté.

Au nombril, chez les femmes et les enfants, il se forme des excoriations squammeuses, avec exhalation humorale plus ou moins abondante, qui ont été quelquefois confondues avec les papules muqueuses *syphilitiques* assez communes dans cette région.

Mais, c'est surtout à la vulve et aux environs de l'anus que les excoriations eczémateuses ont donné lieu à des erreurs de diagnostic, bien que le prurit qui les accompagne, la forme vésiculeuse élémentaire qu'on observe au début et aux environs de l'éruption, l'exhalation humorale et les squammes soient autant d'indices propres à faire distinguer l'éruption dartreuse d'une *syphilide.*

Chez l'homme, l'eczéma du bord libre et de la face interne du prépuce est encore plus facile à distinguer de la balano-posthite vénérienne et des ulcérations *syphilitiques.*

Aux mains, l'*eczema simplex* peut offrir quelques points de ressemblance avec la *gale* : nous les indiquerons en faisant l'histoire de cette maladie.

(1) Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer, en raison de l'importance même de la question, que les faits invoqués par notre confrère, en preuve de la nocuité du plâtrage, ne nous paraissent pas de nature à entraîner la conviction. Nous croyons donc prudent de faire à cet égard nos réserves. (*Note de la Rédaction.*)

L'eczéma manuel se montre, tantôt dans l'intervalle des doigts, tantôt dans la paume de la main, tantôt sur la face dorsale; quelquefois il s'étend et se propage plus ou moins à toutes ces régions, et, dans ce cas, il offre le plus souvent une grande ténacité et surtout une grande propension aux récidives.

L'*eczéma* est, de toutes les éruptions, celle dont la physionomie varie le plus, suivant la période, la marche, la durée de la maladie. On a particulièrement signalé plusieurs variétés principales qui ont paru mériter une désignation spéciale, savoir :

1° L'*eczema rubrum*, qui est la forme la plus commune, celle à laquelle se rapporte surtout notre description générale;

2° L'*eczema impetiginodes*, qui peut, sans inconvénient, être confondu avec l'*impetigo;*

3° L'*eczema solare*, variété vésiculeuse du coup de soleil, dont nous aurons à parler au chapitre de l'*érythème*, en décrivant l'ordre des *exanthèmes;*

4° Enfin, l'*eczema simplex*, dans lequel manquent les phénomènes inflammatoires signalés plus haut, et qui n'offre guère d'intérêt que sous le rapport du diagnostic de la *gale.*

Étiologie. — Par son mode de développement spontané, par sa liaison avec une *diathèse*, par le prurit qui l'accompagne, l'exhalation humorale qu'on y observe, la tendance de la maladie à s'étendre, à persister, à récidiver, — les remèdes spécifiques qu'on y oppose (notamment les *sulfureux* et les *eaux thermales* naturelles ou factices), — l'*eczéma* est évidemment l'affection cutanée qui réunit le mieux tous les caractères que les médecins, comme les gens du monde, se sont accordés à assigner aux éruptions dartreuses; et c'est, en effet, l'*eczéma* qui est le plus habituellement désigné par le public sous le nom de *dartre*, de même que c'est aussi l'*eczéma* qui a évidemment servi de base aux descriptions et aux généralités que nous fournissent les livres classiques du dernier siècle et de la première moitié du siècle actuel, sur les *dartres.*

Généralement, les anciens attribuaient les affections dartreuses à une altération humorale, reconnaissant toutefois que, dans certains cas, cette altération pouvait être locale.

Les vicissitudes de la science ont fait admettre tour à tour, suivant la préoccupation particulière des esprits, pour expliquer la cause prochaine de cette classe de maladies : une altération des quatre humeurs principales du corps, un principe âcre, acide, alcalin, salin, dans le sang ou la lymphe, un vice dartreux, une lésion sub-inflammatoire des solides, une révulsion ou une fluxion; enfin, un développement de parasites animaux ou végétaux, — suivant que les théories galéniques, arabistes, chimiques, vitalistes, solidistes, anatomo-pathologiques, physiologiques, microscopiques, — ont régné en médecine.

Nous avons vu, quant à cette dernière explication, qu'elle n'était encore démontrée que pour un petit nombre d'espèces, et qu'elle constituait un véritable progrès de la science moderne. Mais il n'en reste pas moins prouvé par l'observation que, chez un grand nombre de sujets, les éruptions dartreuses (et notamment l'*eczéma*) sont liées à une *diathèse.* Tantôt cette disposition morbide, qui entretient la maladie et en favorise le retour, présente les signes du tempérament lymphatique et surtout du tempérament lymphatico-nerveux, tantôt il existe une véritable diathèse scrofuleuse; enfin, dans d'autres cas, on peut encore trouver la cause interne du mal dans des troubles fonctionnels, passagers, de la circulation, de l'innervation, de la nutrition, produits, soit par des causes accidentelles, telles que les émotions morales, les influences hygiéniques, etc., soit par les changements naturels qui s'opèrent dans l'économie aux époques principales de l'allaitement, de la dentition, de la puberté, de l'âge critique des femmes, etc.

Parcourons rapidement ce dernier ordre de causes, puis nous dirons quelques mots de l'*hérédité* et de la *contagion*, sur la possibilité de laquelle le médecin ne manque pas d'être consulté toutes les fois qu'il s'agit d'une maladie de la peau.

La cause *accidentelle* la plus simple des éruptions est l'action irritante de divers *applicata* qui peuvent produire l'*eczema rubrum* (ainsi que des éruptions diverses de l'ordre des *exanthèmes*, des *papules* ou des *pustules*). L'huile de croton-tiglium, les huiles rances (assez souvent employées en liniments), les sucs de végétaux âcres, l'onguent mercuriel, la pommade stibiée, la poudre de cantharides, etc., provoquent fréquemment ces sortes d'éruptions, dont la marche, la durée, le traitement, diffèrent totalement des éruptions de cause interne de forme élémentaire analogue. C'est, pour le dire en passant, un exemple bien vulgaire qui aurait pu lui seul suffire à désillusionner de leurs prétentions *progressives* ceux qui ont cru que le *siége anatomique* des lésions cutanées pouvait servir de base non-seulement à la classification, mais à l'étiologie et à la thérapeutique des maladies de la peau.

C'est à la manière de ces applications irritantes, mais avec production d'une véritable germination végétale à la surface des téguments, qu'agissent les parasites, dont nous dirons quelques mots à l'occasion de la contagion. L'*acarus* de la *gale* agit encore d'une manière analogue. On conçoit très-bien que dans ce genre d'éruptions les médications internes sont inutiles.

Le *coup de soleil*, l'action de la chaleur ou du froid, la malpropreté toute seule, rentrent encore dans cet ordre de causes.

Certaines professions dans lesquelles la peau est habituellement exposée à être salie ou irritée d'une façon quelconque (boulangers, épiciers, chapeliers, teinturiers, ouvriers en métaux, fondeurs, etc.) prédisposent, pour la même raison, aux éruptions accidentelles.

Le climat, les saisons, ont une influence puissante sur le développement des affections dartreuses. L'*eczéma* se produit annuellement, chez certaines personnes, au printemps et à l'automne. Certaines maladies se montrent endémiques dans certains climats, exemples, la lèpre d'Orient, la radesyge de Norvége, le molluscum d'Amboine, etc. Dans nos climats tempérés, l'*eczéma* est une affection très-répandue.

Les *ingesta* sont une source commune d'éruptions, soit accidentelles, soit permanentes. Tout le monde connaît l'urticaire causée par les moules, les rougeurs et les pustules du visage provoquées par l'abus des liqueurs spiritueuses. Parmi les boissons et les aliments que l'on signale comme les plus nuisibles sous ce rapport, nous citerons l'abus des ragoûts, du gibier, du poisson de mer, de la charcuterie, des spiritueux et du café à l'eau. Plus d'une fois nous avons vu l'*eczéma* des oreilles, des avant-bras, des parties génitales..... succéder à ce genre de causes.

L'influence du moral sur le physique provoque très-fréquemment les *dartres.* Ainsi, des veilles, des travaux intellectuels, des chagrins subits ou prolongés, des émotions vives, ont souvent eu pour résultats des éruptions soit locales (et ordinairement alors au cuir chevelu), soit plus ou moins générales, au nombre desquelles nous avons assez fréquemment observé l'*eczéma.*

Beaucoup de maladies de la peau se montrent sous la forme *héréditaire*, soit que les enfants présentent une éruption du même ordre que leurs parents (ce qui n'est pas rare pour l'*eczéma*, le *lichen*, le *psoriasis*, le *pityriasis*), soit que la diathèse transmise héréditairement provoque une éruption chronique d'une forme élémentaire qui diffère de celle des parents, nouvelle circonstance à l'appui de l'opinion que nous avons exprimée sur l'analogie de nature qui peut exister (comme le pensaient d'ailleurs Alibert, Lorry et tous les médecins du siècle dernier) entre des éruptions dartreuses de forme diverse.

Quant à la *contagion*, dans l'état actuel de la science, on ne doit regarder comme susceptibles de se transmettre d'un individu à un autre que les éruptions entretenues par la présence d'un parasite animal (la gale) ou végétal (*teigne*, *herpès circinné*, *pityriasis versicolor*). L'*eczéma*, ainsi que les autres affections dartreuses proprement dites, n'offre aucun danger de contagion, bien que le vulgaire se montre toujours disposé à y croire.

Les *syphilides* elles-mêmes, à quelques exceptions près, ne se transmettent pas par contagion dans le cours ordinaire des choses. C'est d'ailleurs un point de doctrine qui se rattache à l'histoire générale de la syphilis, et que nous ne faisons qu'indiquer en passant.

OCCLUSION INTESTINALE

produite par une constipation opiniâtre.

Par M. le professeur Devay.

Au n° 6 de la Clinique (hommes), entre, le 26 novembre, Mathieu B..., âgé de quarante-quatre ans, marié, d'une bonne constitution, à tempérament sanguin; soumis par sa profession de marinier à toutes les intempéries, il s'exposa, plus particulièrement huit jours avant de s'aliter, à l'impression du froid humide. Le malade attribue tout au moins à cette cause l'apparition de coliques très-vives; mais il accuse également l'existence d'une constipation assez habituelle chez lui, et qui durerait cette fois un peu plus que de coutume, en même temps que perte d'appétit, sans vomissements ni vomituritions. Le traitement employé durant la semaine qui a précédé l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu paraît avoir consisté en antispasmodiques, cataplasmes. Les lavements avaient été conseillés, mais par défaut d'expérience ou de moyens appropriés ils ne purent être pris. Il ne résulta aucune amélioration de ce traitement incomplétement suivi....

A l'examen du 27 novembre, la langue présente un état saburral très-marqué; il y a absence de douleur épigastrique; des coliques vives siégent principalement à la région ombilicale, et s'irradient dans les hypochondres et dans les flancs sans que la pression les exagère sensiblement. Le ventre est d'ailleurs souple dans toute son étendue. Anorexie, soif modérée, bouche mauvaise, constipation remontant à plus de huit jours. Urines normales; pouls régulier, mais faible, à 72 pulsations. Il n'y a ni moiteur ni chaleur à la peau; le malade garde le décubitus dorsal, position qui semble lui procurer quelque soulagement.

Rien à noter du côté des autres appareils, sinon qu'il existe une très-légère bronchite.

Eu égard à la nature des douleurs abdominales et de l'étiologie, M. Devay diagnostique une entéralgie. Il prescrit : infusion de mauve et violettes, cataplasmes, grand bain; lavement avec 30 grammes d'huile de ricin; bouillon.

Les jours suivants, la persistance des douleurs, l'augmentation de la faiblesse générale font prescrire : Potion avec de l'acétate de morphine, 0,05; frictions avec l'extrait de belladone, 10 grammes, et l'opium, 2 grammes. Une ou deux selles diarrhéiques peu abondantes ont été provoquées par des lavements purgatifs répétés.

Le 3, à la suite de l'ingestion d'un purgatif, le malade est pris de nausées, d'éructations et de vomissements. Les symptômes abdominaux s'exaspèrent. On émet le doute d'une péritonite partielle. — Teinture de castoréum, 20 gouttes; sirop de valériane, 30 grammes; eau de laurier-cerise, 2 grammes; pommade chloroformée; lavement avec 4 grammes d'assa-fœtida et décoction de valériane; diète.

Les lavements ne provoquent toujours qu'avec la plus grande difficulté quelques selles liquides.

Le 5, on perçoit par le palper et par la percussion une tumeur empâtée et allongée dans la région iléo-cæcale et remontant le long du côlon ascendant. Ce nouvel incident, joint aux phénomènes précédents, fait modifier le diagnostic et porter celui d'embarras stercoral. — Frictions avec l'extrait de belladone et l'onguent napolitain; lavements *ut suprà*, limonade purgative.

Le 7, la tumeur paraît plutôt augmenter que diminuer de volume; on sent sous les doigts des bosselures qui paraissent tenir à l'accumulation des *scyboles*. Hoquet, vomituritions; pouls presque insensible, misérable, refroidissement des extrémités, altération profonde des traits; langue sèche, bouche mauvaise, haleine presque fétide. — Eau magnésienne saturée; suppositoire avec 0,30 aloès; potion avec 0,05 extrait belladone; frictions avec l'huile de croton-tiglium.

Le 8, il y a eu délire. Pour s'assurer s'il tient à la gravité des symptômes préexistants, ou s'il est dû à l'action de la belladone, M. Devay porte ce médicament à 0,07 centigr. dans la potion.

Le 9, le délire a été plus intense. La belladone est supprimée à l'intérieur. Limonade purgative; lavements laxatifs.

Le 11, il se manifeste une légère amélioration. Il y a eu quelques selles liquides; le délire a totalement disparu; les coliques paraissent avoir diminué d'intensité.

Le 13, réapparition des symptômes graves; constipation. — Pastilles de calomélas, de 0,05 chaque, à prendre toutes les deux heures; frictions avec 30 grammes d'onguent napolitain et 8 grammes d'extrait de belladone.

Le 15, malgré une très-légère amélioration et une selle toujours liquide, la tumeur stercorale augmente de volume; elle correspond à la région de l'hypochondre droit, si bien qu'elle paraît appartenir au foie; il existe dans toute cette région une grande sensibilité, malgré la diminution des forces du malade; comme le pouls paraît assez dur, on fait appliquer 30 sangsues. Le calomel est continué. — Lavement de saponaire avec 30 grammes d'huile d'amandes douces.

Le 16, l'application des sangsues paraît avoir soulagé le malade. Le calomel a produit quelques selles : toutefois l'état général reste grave, le pouls est un peu plus faible, la tumeur est moins douloureuse, mais son volume n'a point changé.

La situation demeure la même jusqu'au 21 novembre, époque à laquelle le malade rend, après l'administration prolongée du calomel, des selles liquides et sanguinolentes. Les souffrances presque atroces ressenties dans la soirée nécessitent l'application d'une vessie remplie de glace et l'administration d'un lavement de tabac.

Les mêmes accidents persistent. Le malade paraît éprouver la plus vive anxiété; le facies est de plus en plus altéré; les forces déclinent considérablement; la maigreur devient chaque jour plus prononcée; le pouls est presque insensible; le ventre est excessivement douloureux; la tumeur reste la même. Les urines sont rares.

Le 26, M. Devay fait appliquer un large vésicatoire camphré qui recouvre tout l'abdomen.

Le 27, pour la première fois, le malade a rendu dans la nuit des scyboles excessivement dures, mais en très-petite quantité. Il éprouve un soulagement notable. La tumeur paraît avoir légèrement diminué et changé de place.

Les 28 et 29, de nouvelles selles ont lieu; les matières stercorales sont toujours dures, précédées et suivies d'excrétions diarrhéiques.

Le 30, comme il existe encore quelques douleurs, on prescrit 4 pilules de 0,05 centigr. d'extr. gomm. d'opium et de 0,10 centigr. de camphre, pour une pilule. Emulsion nitrée camphrée.

A partir du 1er janvier, des évacuations abondantes mélangées de matières durcies et liquides, ou sanguinolentes, produisent une amélioration notable. De jour en jour cette amélioration va croissant.

Les douleurs ont totalement disparu ainsi que la tumeur; les forces reviennent rapidement avec l'appétit. Les toniques (vin de pharmacie, conserve de roses, extrait de quina), etc., aidés d'une alimentation progressive et réparatrice, ramènent bientôt Mathieu B..., sinon à la santé, du moins à un état de convalescence que rien ne paraît plus devoir entraver.

Le 6 février, il sort de l'Hôtel-Dieu complétement guéri, quoique faible encore.

DESCRIPTION D'UN CAS REMARQUABLE

d'exstrophie de la vessie.

Par M. Retsin.

Nouveau-né, venu à terme, bien constitué, mais présentant à la région hypogastrique le vice de conformation suivant :

Au-dessous de l'insertion du cordon ombilical se trouve sur la ligne médiane une tumeur d'un rouge vif, large d'environ 5 centimètres, et occupant en hauteur l'espace qui sépare l'ombilic du pubis.

La tumeur est bosselée, adhérente à son pourtour, trilobée à sa partie inférieure, et pouvant être un peu soulevée.

Les lobes de la partie inférieure sont limités par deux sillons, à l'extrémité desquels se trouve de chaque côté un tubercule charnu, un mamelon d'où suinte continuellement un liquide clair qui humecte les parties génitales de l'enfant.

Celles-ci sont anormales. Sur la ligne médiane, le mont de Vénus et le méat urinaire manquent.

De chaque côté, la tumeur se termine en pointe par deux appendices qui représentent les petites lèvres. Plus bas et en dehors, deux tumeurs à large base, de la grosseur d'un haricot, forment les grandes lèvres.

Les pubis ne sont pas réunis; l'écartement est d'environ 4 centim.

Chez cette enfant, la paroi antérieure de la vessie manque donc complétement; il ne reste que la paroi postérieure se continuant avec la paroi abdominale, ouverte sur la ligne médiane et largement écartée.

Les sillons qu'on remarque sur la tumeur sont formés par l'insertion des uretères; les mamelons qui laissent suinter un liquide ne sont autre chose que l'extrémité de ses conduits.

Le trigone vésical est bien distinct; c'est lui qui forme la surface dont la pointe aboutit aux deux petites lèvres.

La chute du cordon ombilical ne s'est faite que le douzième jour.

Pendant les huit premiers jours, la muqueuse vésicale a été le siége d'une exsudation sanguine qui a cessé graduellement.

L'enfant a vécu un mois et demi. Elle a succombé à une entérocolite qui a amené une émaciation progressive et la mort par épuisement. (*Société méd. chir. de Bruges.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 août 1858. — Présidence de M. Despretz.

Anatomie du système nerveux. — M. JACUBOWITCH présente un mémoire ayant pour titre : *Recherches comparatives sur le système nerveux.*

En faisant ces recherches sur les mammifères, dit l'auteur, j'ai eu un double but :

1° De chercher la connexion immédiate des fibres nerveuses passant par le plancher du cerveau pour se répandre en rayonnant dans les corps striés et pour se rendre à la périphérie des hémisphères;

2° D'étudier la connexion des différentes parties qui appartiennent spécialement au cerveau et l'union de celles-ci avec les tubercules quadrijumeaux, le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière, enfin la direction des fibres nerveuses dans toutes ces parties.

Voici quelques-uns des points établis par ces recherches :

I. Il est hors de doute que la moelle allongée naît de la moelle épinière, c'est-à-dire des cornes postérieures de celle-ci. Ce développement, cette formation de la moelle allongée constitue l'union plus ou moins complète de la moelle épinière avec le cerveau, selon le degré de développement de la moelle allongée. Ainsi, plus celle-ci est développée, plus l'union de la moelle épinière avec le cerveau est intime, et d'autant plus la moelle épinière dépend du cerveau, d'autant plus aussi est développée la sensibilité générale.

II. Les corps olivaires, ainsi que les différents cordons de la moelle allongée, constituent spécialement ces parties, dans lesquelles se manifeste cette union par le développement en masse des cellules fusiformes (de sensibilité); ainsi plus ces parties sont développées, plus l'animal est élevé dans l'échelle zoologique.

III. Le développement des hémisphères cérébraux et des parties qui leur appartiennent spécialement est en rapport intime avec le développement des cornes d'Ammon. Chez les animaux supérieurs, c'est par le développement de ces dernières que les cavités des hémisphères se remplissent et que s'opère la réunion des deux hémisphères. C'est e développement graduel des cornes d'Ammon dans le cerveau et celui de la moelle allongée qui nous fournissent des signes caractéristiques pour l'ensemble respectif et le degré d'élévation du système nerveux dans tout le règne animal.

IV. J'ai essayé de prouver par les expériences physiologiques sur des animaux vivants que les cellules fusiformes sont des cellules de sensibilité, et les cellules étoilées des cellules de mouvement. A cet effet, j'ai inventé un instrument spécial avec lequel on peut pénétrer dans la cavité de la moelle épinière et qui permet de percer ou de couper les cordons postérieurs et antérieurs de celle-ci, ainsi que les cornes postérieures ou antérieures de la substance grise, sans mettre à nu la moelle épinière. De cette manière, on n'est pas obligé de recourir à l'opération si cruelle d'ouvrir les vertèbres, et il n'y a pas de perte de sang, ce qu'il importe surtout d'éviter.

Les expériences que l'on a faites sur dix animaux (chiens et lapins) ont donné les résultats généraux suivants :

Nous avons percé ou coupé les cornes antérieures avec les cordons nerveux dans la région sacrée; les animaux n'ont pas éprouvé de douleurs; leurs extrémités postérieures furent paralysées. Nous avons percé ou coupé les cornes postérieures dans la région dorsale, ils ont éprouvé des douleurs très-violentes. Malgré cette opération les animaux ne meurent pas. Après les avoir tués et en avoir fait l'autopsie, on a vu très-distinctement la lésion, dans le premier cas sur les cordons et les cornes antérieures, dans le second sur les cordons et les cornes postérieures. (Renvoyé, comme les précédents travaux de l'auteur sur le système nerveux, à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. le ministre de la guerre adresse, pour la bibliothèque de l'Institut, le tome XXII de la nouvelle série des « Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires. »

— M. Hellard adresse de Montivilliers (Seine-Inférieure) une lettre relative au concours pour le prix du legs Bréant. Il demande si l'inventeur d'un remède qui aurait été reconnu efficace contre le choléra-morbus pourrait, après avoir obtenu le prix, se dispenser de faire connaître la composition de ce remède.

La commission considérant comme non avenu tout mémoire dont l'auteur ne fait pas connaître d'une manière suffisante le remède qu'il préconise, il est évident qu'il ne peut être question de prix pour des communications qui ne seraient pas même admises au concours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 août 1858. — Présidence de M. Picard, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

RAPPORT.

M. Mattei lit un rapport sur un travail de M. le docteur Hamon, de Fresnay, relatif à deux observations de grossesses compliquées l'une de *fièvre typhoïde et d'épanchement dans les grandes séreuses*, l'autre *d'albuminurie, d'ascite et de tympanite.*

Le rapport de M. Mattei, favorable à la candidature de M. Hamon, est adopté, et M. Hamon est élu membre correspondant.

Emploi de l'atropine dans les ophthalmies traumatiques. — M. MAGNE, à l'occasion de l'ophthalmie traumatique dont il a entretenu la Société dans la dernière séance, attire de nouveau l'attention sur l'usage de l'atropine et sur les services qu'elle est appelée à rendre toutes les fois que le chirurgien a à traiter une ophthalmie traumatique.

La première chose à faire, dit-il, et il considère cette observation comme capitale, quand le chirurgien se trouve en présence d'une plaie ou d'une violente contusion de l'œil, c'est de tenter *immédiatement* la dilatation de la pupille à l'aide de l'atropine; on prévient ainsi tous les désordres que peut engendrer une inflammation iritique.

Les antiphlogistiques sont aussi nécessairement indiqués, mais je place en première ligne la dilatation de la pupille, attendu qu'on ne remédie pas aux suites d'une iritis aussi aisément qu'on triomphe du chémosis par exemple.

Chémosis. — M. RAMON. M. Magne vient de prononcer le mot de chémosis, je l'ai observé plusieurs fois chez des enfants atteints de coqueluche, et je désirerais savoir si M. Magne a eu occasion de constater le même phénomène dans les mêmes circonstances.

M. MAGNE. Le chémosis, dont parle M. Ramon, constitue en général une légère complication de la coqueluche, et cette affection étant du ressort de la médecine, il s'ensuit que nous sommes rarement appelés comme chirurgiens spéciaux en pareil cas. Cependant il est facile d'expliquer le chémosis des coquelucheux. Les secousses de la toux se succèdent avec rapidité; la suffocation menace, la face est tuméfiée et violette; quelquefois le mucus expectoré se trouve mêlé de sang; parfois aussi le sang jaillit des narines; les yeux participent à cette congestion momentanée, ils sortent de l'orbite et sont inondés de larmes. Ce qui a lieu pour les narines ou pour les bronches peut donc s'observer aussi dans la conjonctive, et il est probable que le chémosis alors est dû à une certaine quantité de sang épanché par suite de la rupture de quelques petits vaisseaux, au milieu de la turgescence réitérée de la conjonctive.

M. PICARD demande quel est le traitement qu'oppose habituellement M. Magne à cette affection.

M. MAGNE. Il existe deux espèces de chémosis, le chémosis séreux et le chémosis franchement inflammatoire.

Le chémosis séreux se modifie avantageusement par l'usage des purgatifs et des vésicatoires; mais comme la plupart du temps la conjonctive infiltrée est boursouflée au point de ne laisser apercevoir la cornée que comme dans un trou, il est bon, il est essentiel de pratiquer quelques scarifications sur la conjonctive, qui s'affaisse alors comme si l'on perçait un vésicatoire. Cette petite opération n'offre d'ailleurs aucun danger.

Le chémosis inflammatoire, qui se distingue du séreux par sa couleur rouge violacé, constitue une affection plus sérieuse et exige le prompt emploi des antiphlogistiques et les scarifications profondes; il m'arrive assez souvent même d'enlever avec des ciseaux quelques lambeaux de la conjonctive; c'est le moyen d'obtenir un dégorgement rapide et une détente dans les phénomènes inflammatoires. Il est bon de ne point temporiser et d'exciser largement et hardiment.

Vomissements bilieux opiniâtres. — M. CARON. Ayant eu occasion, dans le courant de cette année, d'observer plusieurs cas de vomissements bilieux opiniâtres, et cela à des intervalles assez rapprochés, je me suis demandé s'ils tenaient à une simple coïncidence, ou bien si le fait était plus général, et dépendait de quelques circonstances météorologiques particulières, ou d'une constitution médicale spéciale.

Dans les deux premiers cas qui se sont présentés en janvier, j'ai eu évidemment affaire à une forme particulière d'hystérie, à laquelle les antispasmodiques employés à haute dose et avec persévérance ont apporté de notables modifications. L'une des malades, femme du monde, n'eut cependant pas la patience nécessaire, et réclamant une médication plus active, héroïque, se livra à l'homœopathie; elle succomba au bout de quelques jours. La seconde, plus patiente, se contenta de l'amélioration lente, progressive de la médication antispasmodique, aidée d'un régime analeptique, proportionné à la force de son appareil digestif, alors en fort mauvais état. Chose assez étrange, toutes les boissons médicamenteuses étaient immédiatement rendues, eaux de Vichy, de Seltz, potion de Rivière, etc. Le seul liquide que je parvins à faire supporter fut une bière très-légère, qui pendant douze jours fut l'unique boisson et l'unique aliment de la malade. A la faveur de cette médication, la malade reprit peu à peu ses habitudes et ses forces, et put partir pour la campagne, où la guérison s'est parfaitement confirmée.

Dans le courant de juillet, je fus appelé en moins de quinze jours à donner des soins à cinq personnes pour des accidents du même genre; mais ici le diagnostic présenta plus de variété.

Dans l'un de ces cas, le plus grave, nous eûmes affaire à une néphrite rhumatismale aiguë; dans un second, à un engorgement hépatique avec concrétions calculeuses; dans un troisième, les accidents avaient pour cause la présence de vers dans le tube digestif, chez un enfant de sept ans.

Dans les deux autres, les vomissements avaient été provoqués par des indigestions causées par une mauvaise nourriture, par l'abus des fruits. En raison de la diversité des causes, la thérapeutique a dû varier également; aussi ne ferai-je que noter en passant les avantages que deux fois je retirai de cataplasmes froids sur la région du foie chez le malade atteint de calculs biliaires.

Pour les malades affectées d'hystérie, j'appelle l'attention de mes confrères sur la fréquence relative de ce symptôme, dans l'unique but de rechercher si cette circonstance s'est montrée plus commune dans la pratique de la ville et des hôpitaux, ou si c'est simplement une coïncidence comme il s'en présente quelquefois.

M. MASSON a souvent observé les vomissements bilieux pendant l'été; il les a vus survenir jusqu'à trente fois dans les vingt-quatre heures, et quelquefois accompagnés de crampes; il a toujours triomphé de ces accidents, qui ne lui inspirent pas d'inquiétude tant que le caractère bilieux des vomissements éloigne la crainte du choléra.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Duhamel et Masson, sur la vraie signification de l'expression choléra asiatique, et sur les signes qui le distinguent du choléra sporadique, M. Vergne établit qu'il n'existe qu'une seule espèce de choléra, lequel revêt des formes diverses suivant qu'il est épidémique ou non. Le vrai choléra se reconnaît toujours à trois signes caractéristiques; les crampes, la cyanose, la diarrhée, peuvent exister sans qu'il y ait choléra, mais les trois signes caractéristiques sont : l'absence d'urine, la langue froide, cadavérique, et la voix cassée.

M. PICARD, revenant à la communication de M. Caron, indique comme lui ayant toujours réussi, le laudanum en lavements et l'application d'un vésicatoire à l'épigastre, pour combattre les vomissements

spasmodiques, alors qu'il n'y a ni fièvre ni inflammation et que l'estomac ne peut supporter aucune boisson.

M. MATTEI. A propos des maladies régnantes, j'ai été frappé pour mon compte de la nature de celles qu'on observe depuis trois ou quatre mois, et qui, bien que plus fréquentes, il est vrai, dans le cours de l'été, ne me paraissent pas cependant tenir uniquement à la saison. Une cause existe dans l'atmosphère, et cette cause se modifie suivant les conditions dans lesquelles vit le sujet, ou selon les conditions du sujet lui-même, mais elle porte un cachet de généralisation qui m'a frappé.

Les affections du tube digestif constituent la majorité de ces affections. Ainsi, comme M. Caron, il y a peu de jours, j'ai vu chez une dame d'une quarantaine d'années des vomissements excessivement violents, altération des traits, etc., coïncidant avec une douleur vive dans l'hypocondre droit. J'ai cru un instant à une colique hépatique; mais pas de teinte ictérique, pas de précédents pour croire à des calculs biliaires; la douleur, du reste, avait quelque chose de superficiel qui m'a fait penser plutôt à une névralgie lombo-abdominale. L'absence de fièvre excluait une inflammation. J'ai d'abord engourdi les douleurs par les opiacés en lavements et par la bouche; mais au bout de vingt-quatre heures les souffrances et les vomissements ont repris de manière à résister aux anodins, au bain chaud et à tout ce que j'ai employé. C'est alors que je me suis décidé à appliquer un large vésicatoire volant *loco dolenti*, et il a parfaitement réussi. La malade a été soulagée dès le lendemain. Chez un peintre en bâtiments, des douleurs analogues se sont montrées dans l'hypocondre et le flanc droits, mais les opiacés et les bains chauds les ont calmées. Comme il y avait des rechutes les jours suivants, j'ai donné du sulfate de quinine, et le malade est guéri.

J'ai eu occasion d'observer plusieurs cas d'anorexie, de nausées, et même de vomissements, mais qui n'étaient que des embarras gastriques auxquels il a suffi d'opposer les évacuants. Le tube digestif semble même s'être pris par les premières voies avant de se prendre par l'extrémité inférieure; ainsi, ce sont les angines qui ont débuté il y a quatre mois environ, mais bénignes. Chez un jeune avocat seulement, j'ai vu la muqueuse de l'arrière-bouche se couvrir d'une légère diphthérite assez générale. Les vomitifs, dans les cas les plus légers, avaient suffi pour procurer la guérison; ici, il a fallu employer de plus la cautérisation.

M. PICARD demande quelle est la substance caustique que M. Mattei a employée, et à quelle dose?

M. MATTEI. C'est le nitrate d'argent cristallisé à la dose d'un demi-gramme pour 30 grammes environ d'eau distillée.

Après les angines sont arrivés les embarras gastriques, comme je viens de le dire, et enfin, ces jours derniers, les fièvres dites gastriques, Ainsi, j'ai vu rue de l'Ouest, 24, rue Neuve-Richelieu, 6, et rue Monsieur-le-Prince, 13, des malades qui offraient tous les caractères d'une fièvre typhoïde menaçante, mais qui a cédé parfaitement à un éméto-cathartique. Ainsi, la forte céphalalgie, la langue chargée et rouge sur les bords, les nausées, la sensibilité du ventre, le gargouillement de la fosse iliaque gauche, la diarrhée, tout a été avantageusement modifié du soir au lendemain de manière à n'avoir plus besoin de recourir à d'autres moyens énergiques.

Une maladie que j'ai observée chez plusieurs malades dans tout le cours de ces dérangements intestinaux est l'érysipèle survenant non-seulement chez des individus qui avaient des lésions de continuité à la peau, mais des érysipèles spontanés de la face, qui n'ont pas cependant envahi le cuir chevelu. J'ai lu ce matin dans la *Gazette des Hôpitaux* une clinique de M. le professeur Jobert (de Lamballe) qui montre la présence des érysipèles dans son service un peu plus commune qu'à l'ordinaire.

Enfin, une des maladies qui m'ont le plus frappé, ce sont les accidents puerpéraux.

Une épidémie a commencé, il y a quelques mois, à l'hôpital des Cliniques, par des symptômes inflammatoires légers, puis sont venus des symptômes inflammatoires abdominaux très-intenses; enfin, dans les deux semaines dernières, il y a eu de ces cas mortels qu'on a appelés fièvre puerpérale, et qui pour moi sont de même nature que les précédents. Ce sont là les degrés d'une même maladie. Pendant que des femmes mouraient à la Clinique, des accidents graves et souvent mortels se montraient aussi dans les services de femmes en couches à l'Hôtel-Dieu.

Une femme, qui a accouché dans ma salle d'accouchements le 25 du mois dernier, quoique ayant eu un travail de deux heures, a été prise aussi de frissons et de fièvre le troisième jour, avec sensibilité du bas-ventre; mais un éméto-cathartique et le sulfate de quinine ont bientôt enrayé la marche de la maladie. Je n'ai pas eu d'autres accidents ni chez les femmes de ma salle ni en ville.

Une dernière remarque que j'ai faite à la Clinique de la Faculté, c'a été de voir plusieurs enfants affectés de muguet, ce qui n'était pas aussi fréquent dans les mois d'hiver; enfin, j'ai vu ce matin dans ce service une femme en couches qui, quoiqu'au quinzième jour de ses couches, est prise tous les soirs depuis trois jours de frisson et de fièvre. Tout fait croire à une fièvre intermittente, et M. Dubois a prescrit 12 décigrammes de sulfate de quinine.

Toutes ces maladies, fort distinctes et en apparence de nature diverse, reconnaissent pour moi un *nescio quid ignotum*, qui, suspendu dans l'air ambiant, dispose à telle ou telle manifestation morbide selon les individus. En dehors des autres points de contact, j'ai vu dans toutes ces maladies l'éméto-cathartique et le sulfate de quinine juger presque complétement la maladie, comme ils jugent les maladies par intoxication miasmatique. Si des phénomènes locaux se sont manifestés et qu'ils aient nécessité des moyens locaux, ils n'en étaient pas moins sous l'influence du principe général.

Le secrétaire annuel, Dr AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 28 août, M. le docteur Jaux, médecin-major du 13e de ligne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Dans la session qui vient de se terminer il y a quelques jours, le conseil général du département des Basses-Alpes a souscrit pour quarante exemplaires du *Traité du goître et du crétinisme*, par le docteur Fabre (de Meyronnes), qui est, a dit le conseil, non-seulement un bon livre, mais une bonne action.

Il a émis le vœu que le gouvernement fît étudier par une commission les mesures conformes aux doctrines de l'auteur qu'il conviendrait de prendre pour arriver à l'extinction complète de cette hideuse et terrible affection qui désole plusieurs de nos départements du Midi.

— Les docteurs chinois aiment beaucoup les spécialités et s'occupent exclusivement du traitement de certaines maladies. Il y a des médecins pour les maladies qui proviennent du froid, et d'autres pour celles qui sont causées par le chaud. Les uns pratiquent l'acupuncture, d'autres raccommodent les membres cassés. Il y a enfin des médecins pour les enfants, des médecins pour les femmes, des médecins pour les vieillards. Il en est qu'on nomme *suceurs de sang*, et qui fonctionnent comme des ventouses vivantes; ils apposent hermétiquement leurs lèvres sur les tumeurs et les abcès des malades, puis, à force d'aspirer, ils font le vide, et le sang et les humeurs jaillissent en abondance dans leur bouche. Nous avons eu occasion de voir à l'œuvre un de ces vampires, et nous n'oublierons jamais le spectacle rebutant que présentait cette face hideuse collée aux flancs d'un malheureux qu'elle semblait vouloir dévorer. La cure des yeux, des oreilles et des pieds est ordinairement réservée aux barbiers, qui jouissent en outre, dans les provinces du Midi, du privilége de faire la pêche aux grenouilles. Quelle que soit la spécialité des médecins chinois, on en voit très-peu qui deviennent riches en exerçant leur art; ils vivent au jour le jour, comme ils peuvent, et rivalisent ordinairement de privations et de misère avec leurs confrères les maîtres d'écoles.

(*Gaz. méd. d'Orient.*)

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

— 12 —

Documents scientifiques sur les BAINS MINÉRAUX DE PENNES, au point de vue de la médication thermale à domicile.

I. — Au moment où la saison des eaux minérales va finir, qu'il me soit permis de rappeler à l'attention du corps médical sur la formule des *Bains minéraux* que j'ai adressée à l'Académie en 1854, et de lui signaler une des ressources réelles que ma tentative est venue fournir à la médecine pratique. Si j'arrive, comme je l'espère, à porter la conviction dans l'esprit des médecins, un bon nombre d'entre eux trouvera encore l'occasion de terminer quelques-unes des cures qui se seraient trop fait attendre aux stations thermales par un défaut de stimulation assez énergique des eaux minérales, telles que la nature les donne.

Dans le traitement des maladies aiguës, le praticien trouve dans la nature médicatrice un puissant auxiliaire; il n'en est plus de même pour le traitement des affections chroniques. Ici, la spontanéité de l'organisme fait complétement défaut; il est indispensable que l'art lui vienne en aide.

Le plus simple de tous les moyens mis en œuvre pour atteindre le but, celui dont l'expérience a démontré l'efficacité la moins contestable, c'est la médication thermale.

Si le grand nombre des cures qui s'opèrent chaque année aux eaux légitiment la confiance des malades, le mode d'action de ces eaux justifie aussi la prédilection des médecins. L'organisme, incité par ce mouvement spécial que développe l'usage suivi des eaux, incitation à laquelle on a donné le nom de *fièvre thermale*, retrouve alors toute sa puissance de réaction contre le principe morbide, *et ainsi s'explique la variété des maladies qui guérissent à une même source.*

Mais un grand nombre de malades ne peuvent bénéficier de cette puissante ressource thérapeutique: les uns, à cause des frais onéreux qu'impose le séjour aux stations thermales; les autres, retenus chez eux par les devoirs impérieux de leur profession. Cette classe intéressante de malades devait-elle toujours être délaissée? Ne pouvait-elle espérer que la science viendrait enfin lui permettre de *jouir à son tour, et sur place*, des avantages réservés jusqu'ici aux classes privilégiées?

Telle est la tâche que, à l'invitation de quelques médecins de mes amis, je n'ai pas craint d'aborder.

Le mode d'action des eaux minérales connu, n'était-il pas possible à la chimie appliquée, qui a rendu déjà à la thérapeutique de si nombreux services, de lui en rendre un nouveau en lui fournissant une formule de *bains minéraux artificiels*, capables de provoquer cette stimulation spéciale déterminée par l'usage des eaux minérales naturelles?

Les expérimentations cliniques qui ont été faites ou qui se font encore dans les hôpitaux de Paris me permettent de dire que j'ai atteint mon but.

II. — L'étude de tout agent thérapeutique doit se faire à un triple point de vue: la composition chimique du remède, l'action qu'il exerce sur l'organisme à l'état sain et d'après les effets physiologiques produits, ses applications au traitement des maladies. Je serai bref sur chacun de ces points, n'ayant ici qu'à faire seulement la preuve de l'action stimulante de mes bains.

Les substances qui devaient entrer dans ma formule étaient désignées par les analyses les plus récentes des diverses eaux minérales. Quant au choix et quant aux doses, un critérium d'une grande valeur m'avait été fourni par l'illustre Bichat. Pour un grand nombre de médecins vieillis dans la pratique près les stations thermales, l'action des eaux est une action dynamique analogue à celle produite par l'électricité; or, notre grand physiologiste nous a appris qu'en saupoudrant les muscles avec certaines substances, on provoquait leurs contractions. Profitant de cet enseignement, je me suis mis à étudier chacun des sels qu'on trouve dans les eaux minérales naturelles, et j'ai fait choix de ceux qui provoquaient les contractions les plus énergiques.

J'exposerai dans un autre travail les résultats curieux que m'a procurés cette étude; pour le moment, limité par l'espace, je dois me borner à rappeler les données scientifiques qui m'ont conduit à la composition de ma formule.

C'est pour rappeler ces données plutôt que pour présenter une preuve de plus du mode d'action allégué par un certain nombre de médecins d'eaux minérales, que j'avais imposé à mes bains l'épithète d'ÉLECTRO-CHIMIQUES. L'abus que l'industrialisme a fait, en ces dernières années, de cette appellation, a éveillé la susceptibilité de quelques membres du corps médical; or, le concours si empressé de la plupart des praticiens les plus éminents de la capitale m'était trop précieux pour que je ne m'empressasse pas d'abandonner l'épithète d'*électro-chimique*, toute légitime qu'elle me parût. Je me suis contenté depuis de désigner ma préparation sous le nom de *Bains minéraux de Pennes*, à l'exemple de ceux de mes confrères qui ont été assez heureux pour doter la thérapeutique de formules aujourd'hui classiques.

III. — Ma préparation achevée, restait à l'expérimentation clinique à en déterminer la valeur.

Les données scientifiques sur lesquelles reposait ma formule furent comprises par les médecins. En thérapeutique, d'ailleurs, la parole est aux faits; ce n'est pas l'idée théorique qui préside à l'administration du remède qui guérit, mais bien l'action de ce remède. Or, rien n'était plus facile que de constater les effets physiologiques produits par mes bains. Dans un article sur les propriétés de ma préparation, publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, M. le docteur Lecointe s'exprime ainsi à cet égard:

« Lorsqu'on fait dissoudre une dose du sel de M. Pennes dans un bain chaud, la température de l'eau s'abaisse; les sujets qui s'y plongent sentent, au bout de dix à douze minutes, la peau qui s'échauffe, et chez quelques-uns, à système dermique très-excitable, elle se flagelle de vergetures rouges qui éveillent une cuisson qui peut s'élever jusqu'à la douleur; le pouls devient large, plein; les sujets accusent un sentiment de turgescence générale, et chez quelques-uns les oreilles tintent ou bourdonnent.

» A la sortie du bain, en ayant soin de suivre les précautions indiquées par l'auteur, le pouls se calme, il survient quelquefois une sueur bienfaisante, douce et perlée; d'autres fois, au lieu de sueur, on observe des urines abondantes, claires, limpides, de celles que nous appelons nerveuses. *Un sentiment de bien-être s'empare du sujet, la peau devient fraîche, douce au toucher, l'appétit s'éveille et devient impérieux, et la seule expression qui puisse rendre ce qu'on éprouve, c'est une sensation de jeunesse.*

» Cet effet est le même chez tous, en réduisant à moitié la dose ordinaire pour les sujets à peau fine et trop irritable et pour ceux qui se trouvent prédisposés par leur constitution aux congestions céphaliques ou thoraciques.

» Après avoir constaté l'usage qu'on pourrait en faire hygiéniquement, j'en ai cherché la valeur dans certaines affections. Ainsi, dans les *engorgements viscéraux* (que l'état morbide ait eu pour siége l'organe hépatique, les glandes mésentériques ou l'utérus), je puis dire avec certitude que soit directement, soit indirectement, par leur action générale sur l'économie, *ils ont puissamment aidé à la résolution alors que l'estomac, fatigué par des médications longues et infructueuses, ne permettait plus l'administration de nouveaux remèdes.*

» Sur une autre série de malades, celle des *chloro-anémiques*, ils m'ont donné des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre, et si je ne craignais de donner trop d'extension à cette simple note, je tiendrais à vous citer le cas d'une jeune femme de vingt-neuf ans, traitée depuis son enfance pour une chlorose, par toutes les médications possibles, sans beaucoup de succès, dont l'estomac était si susceptible, que l'introduction d'aliments, et, à plus forte raison, de médicaments, éveillait immédiatement des douleurs gastralgiques intolérables. J'essayai, mais vainement, l'usage du fer sous toutes les formes, il me fallut y renoncer; c'est alors que j'eus recours aux Bains composés de M. Pennes. *Le succès dépassa mon attente.*

» L'action de ces bains sur les sujets atteints de *diathèse scrofuleuse* se prévoit par ce que nous avons dit de leurs effets physiologiques; *c'est un bon adjuvant des médications iodées, qui n'a pas l'inconvénient des bains sulfureux*; mais il ne faut pas craindre, après avoir tâté la susceptibilité du malade, d'en porter la dose à deux et trois doses pour chaque bain, si l'on veut en obtenir des effets appréciables.

» Quelques cas de *rhumatisme atonique*, sans fièvre ni gonflement articulaire, ont été traités également par l'usage de ces bains, et les malades se sont loués de la diminution de leurs douleurs.

» En somme, les bains minéraux de M. Pennes méritent l'attention de nos confrères qui pourront les utiliser tout comme agents thérapeutiques, toutes les fois qu'il s'agira d'éveiller une fièvre éphémère, de stimuler ou d'exciter l'énergie des fonctions organiques.

» En présence des résultats cliniques obtenus déjà par un grand nombre de médecins des hôpitaux, dit en terminant M. le Dr Lecointe, *on comprend la prétention de leur auteur d'offrir aux praticiens les moyens d'un traitement thermal à domicile.* »

IV. — Le *Bulletin de thérapeutique*, dans son numéro du 15 juin 1857, tome LII, page 510, donnait un exemple de cette médication nouvelle. « C'est un cas d'*angine granuleuse* cédant une première fois à l'emploi de la glycérine iodée et au traitement thermal par les eaux sulfureuses de Luchon. La récidive ayant eu lieu pendant le séjour du malade à Paris, et celui-ci ne pouvant retourner aux eaux, on eut recours au même topique et à l'emploi des bains Pennes; la guérison s'est produite avantageusement cette fois, puisqu'elle avait persisté encore deux années après. Ainsi, on le voit, ces bains procurèrent un résultat que les eaux de Luchon n'avaient pas permis d'obtenir. »

Un autre fait bien plus intéressant, et qui est le suivant, a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux* le 5 novembre 1857:

« Nos lecteurs connaissent les bains médicamenteux de M. Pennes; l'observation suivante va leur en montrer l'efficacité dans un cas de *paralysie atrophique des bras, accompagnée d'arthrites multiples, suite de rhumatisme articulaire aigu.* Cette observation est due à M. Cl. Berlemont, de Joncourt (Aisne).

» H. Leroy, cultivateur, âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution athlétique, a toujours joui d'une santé excellente. L'année dernière, vers le début du mois de juin, cet homme fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui envahit toutes les jointures, même celles du cou. L'affection, incomplétement soignée, dura deux mois. Au bout de ce temps, le malade put être mis sur les jambes, mais il fallait qu'il fût soutenu par deux bras.

» Le 15 septembre 1856, lorsque je vis Leroy pour la première fois, dit M. le docteur Berlemont, sa tête était fortement fléchie par suite de la perte de tonicité des muscles de la partie postérieure du cou, ses bras pendaient au-devant du tronc; le malade était assis sur un siége très-haut, car il ne pouvait ployer aucune des articulations du membre inférieur.

» La maladie résista aux moyens les plus puissants, à l'électrisation, aux frictions stimulantes, à la gymnastique, employées simultanément pendant des mois entiers. Le mois de juin 1857 arriva, et avec lui le moment d'aller demander aux eaux thermales de Bourbon-l'Archambault, si puissantes dans ces cas, les secours que les autres moyens thérapeutiques refusaient. Mais Leroy est à la tête d'une exploitation agricole très-importante, et il ne voulait pas entendre parler d'un traitement qui le forçât d'abandonner la surveillance des travaux de sa ferme. Il ne répugnait à aucune tentative, à aucun sacrifice, *mais à la condition qu'il demeurerait chez lui.* En présence de cette résistance, l'idée vint d'essayer de la stimulation produite par les bains minéraux dont M. Pennes a publié la formule. »

Les résultats remarquables obtenus nous obligent à exposer avec quelque détail le mode suivi par M. Berlemont dans son expérimentation. Laissons-le parler de nouveau:

« Le 3 juin 1857, Leroy prend un bain avec une dose de sel minéral; le 14, la dose est doublée; elle est portée à trois le 15, à quatre le 16 et à cinq le 17; arrivé à ce chiffre, je m'arrête. La durée de ces bains était d'une demi-heure, et le malade, mis au lit immédiatement après, y restait une heure ou deux. Les phénomènes éprouvés par le malade ont consisté en un sentiment de fourmillement dans la peau, qui s'est manifesté à la suite du troisième bain; cette sensation se montrait immédiatement après la sortie de l'eau, et durait d'autant plus longtemps que le nombre des doses était considérable; la progression fut de 5, 10, 15 minutes: 5 minutes par dose.

» Le 18 juin, je revins à une dose, et les suivantes furent progressivement élevées jusqu'à 6. Les phénomènes furent exactement les mêmes, nuls pendant les deux premiers bains; les fourmillements apparurent au troisième et durèrent 5, 10, 15, 20 minutes; arrivé à cette dose élevée, quelques mouvements fibrillaires apparurent dans les muscles superficiels du tronc.

» Le malade, que depuis une année on habillait comme un enfant, put, à dater de ce moment, se passer d'aucun aide, car il pouvait porter le bras en arrière et le faire passer dans l'ouverture des manches de son gilet; la flexion des articulations du genou et de la hanche, plus étendue, lui permettait de se baisser et de se relever très-facilement; il marchait huit ou dix heures par jour.

» Après huit jours d'interruption, nous parvenons à faire reprendre à notre malade l'usage des bains de Pennes, dont il use de la même façon; seulement les doses sont portées à sept, et il prend quatre jours de suite un bain avec cette dose élevée, dont l'action reste bornée à ces sensations de fourmillement dans la peau, de 20 à 25 minutes de durée, et de mouvements fibrillaires dans les muscles les plus étendus, ceux de la partie postérieure du tronc.

» A dater du 12 juillet, j'autorise Leroy à reprendre tous ses travaux, à l'exception toutefois de ceux qui exigent des efforts violents et soutenus des deltoïdes, comme ceux de charger ses voitures. Ainsi, au moment où je vous adresse cette observation, Leroy, après avoir concouru au labourage de ses terres, les ensemence toutes, car là est l'œuvre du maître.

» Maintenant, ce fait parle trop haut pour que j'aie à vous présenter de longues réflexions sur les services rendus à mon malade par l'usage de ces bains minéraux artificiels. Je ne poserai même pas la question de savoir si les eaux de Bourbon-l'Archambault eussent mieux et plus promptement guéri mon malade; le choix ne m'était pas laissé, et, sans les bains médicamenteux de Pennes, Leroy serait condamné encore à rester immobile dans son fauteuil, écoutant le récit de ses ouvriers, au lieu de se rendre sur le terrain pour juger de leurs travaux et même pour y prendre part. »

V. — Des épreuves bien nombreuses, faites dans des circonstances beaucoup moins importantes que les précédentes, puisqu'il s'agissait d'affections n'ayant pas de gravité, sont venues successivement démontrer *l'action dérivative* ou *sédative* de mon sel, lorsqu'il est employé en solution concentrée pour *maniluves* ou *pédiluves*.

En ne citant qu'un exemple, je puis dire que beaucoup de médecins auraient pu être étonnés de la rapidité et de l'efficacité de ses effets sur les *engelures*, s'ils n'avaient su que le gonflement et la démangeaison qui accompagnent cette incommodité, proviennent de la coagulation de l'albumine du sang, et que cette albumine est liquéfiée par le contact de ma composition minérale.

Sans m'étendre sur la valeur de cette médication topique, qu'il me soit permis de dire qu'elle a la *puissance rubéfiante ou stimulante des alcalis* (ammoniaque, potasse, soude); *des acides* (acétique, chlorhydrique, oxalique, sinapisique); *de l'électricité sèche* (variée par les appareils connus), sans présenter leurs inconvénients et même leurs dangers.

En présence des faits et considérations que je viens de reproduire, le doute n'est guère possible; reste à l'expérimentation à élargir le cercle d'action et à chercher l'application de mes bains toutes les fois qu'il sera nécessaire de provoquer le développement de l'activité vitale ou de déplacer les éléments morbides qui déterminent la présence des affections anémiques, cutanées, gastro-entériques, rhumatismales, strumeuses, syphilitiques et viscérales.

Un enseignement qui ressort de mes expérimentations personnelles, et qui a été confirmé depuis par celles de la plupart des praticiens qui ont usé largement de ma préparation, est qu'il est préférable de « *chercher la stimulation par l'élévation des doses plutôt que par la durée du bain.* » Ainsi, dès qu'on emploie plusieurs doses, il ne faut jamais permettre aux malades de rester plus d'une demi-heure dans la baignoire.

Un second fait important, car on doit toujours proportionner le prix du remède à la fortune du malade, c'est que l'eau du bain peut être conservée plusieurs jours. Lors donc que l'on prescrit des bains à doses multiples et qu'il ne répugne pas de s'immerger plusieurs fois dans la même eau, on peut, à l'aide d'un faible sacrifice, leur procurer les effets réitérés d'une médication puissante et économique.

Du reste, pour répondre dignement à la bienveillance de MM. les médecins qui veulent expérimenter, je me fais un plaisir de livrer mon sel à prix réduit au profit des malades nécessiteux qu'ils me désignent.

J. A. PENNES,
Pharmacien-chimiste à Paris.

N° 106. — JEUDI 9 SEPTEMBRE 1858. (31e ANNEE.) N° 106. — JEUDI 9 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 SEPTEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

« Quelle est l'influence exercée par l'atmosphère maritime sur la marche et l'issue de la phthisie ?

» Cette question est depuis longtemps l'objet d'interminables controverses ; chacun la résout à sa manière, si bien que nous en sommes encore à l'antagonisme des opinions plus ou moins désintéressées qu'elle a fait naître... »

Voilà en quels termes s'exprimait, il y a un an environ, notre savant et spirituel collaborateur, M. le docteur Champouillon, dans un article intitulé : *La mer et les phthisiques.* La question a-t-elle fait des progrès depuis, est-elle plus avancée maintenant ? Écoutons M. P. Garnier, qui, dans ces dernières années, s'est aussi beaucoup occupé de ce sujet. Voici comment il débute dans l'intéressant mémoire dont il a donné lecture hier à l'Académie sous ce titre : *De l'influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes.*

« On ne connaît pas encore l'action de l'atmosphère maritime sur la tuberculisation, et l'on ne s'accorde guère, en général, à ce sujet. Aux faits nombreux rapportés en faveur de cet agent thérapeutique et aux opinions émises sur l'utilité de ce puissant modificateur, des faits, des opinions ayant répondu d'une manière diamétralement opposée, on a vu, dans ces profondes dissidences, des contradictions et la négation du fait lui-même. De là le doute, l'incertitude et l'indifférence qui règnent sur cette importante question. »

Que prouvent ces dissidences et cette incertitude sur une question qui a de tout temps préoccupé les médecins, et qui a été l'objet d'innombrables recherches ? si ce n'est que la solution de cette question offre des difficultés sans nombre, et qu'elle comprend des éléments complexes dont on n'a pu ou su jusqu'à présent faire la part dans l'appréciation des résultats constatés.

M. Garnier aura-t-il été plus heureux que ses devanciers ? Nous n'oserions encore l'affirmer ; mais ce qu'il nous est possible de dire dès à présent, d'après l'impression que nous a faite la lecture de son travail, c'est qu'il a mis le doigt sur l'une des causes de ces nombreuses difficultés.

En compulsant les registres de la mortalité dans les hôpitaux maritimes de la France, M. Garnier a constaté un premier fait : c'est que la proportion des décès causés par la phthisie sur la totalité des décès relevés pendant une période de quinze années dans les cinq grands établissements maritimes (Toulon, Brest, Rochefort, Cherbourg et Lorient), est d'un dixième ; proportion qui diffère notablement de la moyenne générale, laquelle, suivant Bayle et J. Clark, serait du cinquième et même du tiers.

Mais en analysant ce premier résultat, qui témoigne, d'une manière générale, d'une action favorable de l'atmosphère maritime, M. Garnier est arrivé, pour chacun de ces établissements en particulier, à des conclusions toutes différentes. Ainsi, tandis qu'à Toulon la proportion des décès par phthisie serait de moins d'un vingtième, elle serait de plus du sixième à Cherbourg, et de près du tiers à Lorient.

Cette différence notable entre les ports de l'Océan et de la Méditerranée, qui avait déjà été constatée il y a plusieurs années par M. Chassinat pour les condamnés du bagne, indique assez que l'action de l'air maritime n'est ni une action simple ni une action uniforme ; mais qu'elle est, au contraire, essentiellement variable ; que l'air marin agit tout différemment suivant les localités, ou plutôt qu'il faut demander à d'autres influences, telles que les conditions météorologiques et topographiques, la cause de cette notable différence.

C'est là un résultat qui nous paraît digne d'attention ; nous nous bornons à le constater, laissant à M. Champouillon le soin de l'apprécier.

On se rappelle peut-être que, dans la séance du 2 février dernier, M. Houel a présenté à l'Académie, en son nom et au nom de M. le docteur Arnault, un monstre de la famille des *pseudencéphaliens*, appartenant au genre *nosencéphale* de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Au commencement de cette séance, M. Houel a déposé sur le bureau la description complète et détaillée de ce fœtus, et il a lu, comme annexe à ce travail, quelques réflexions intéressantes sur les principales particularités que présentait ce cas de tératologie. Examinant en particulier, à cette occasion, la question des amputations spontanées, qui était naturellement soulevée par ce fait, M. Houel a fait ressortir avec beaucoup de justesse et d'à-propos la valeur d'un signe, l'absence ou la présence de cicatrices, qui peut être d'un grand secours pour établir le diagnostic différentiel entre les amputations spontanées et les arrêts de développement. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Du rachitisme (1).

Je vous disais en terminant notre dernière conférence que je commencerais aujourd'hui l'étude des symptômes du rachitisme en vous faisant connaître toutes les difficultés de son diagnostic. Ce que j'ai à vous dire en sera la preuve. Chez les deux petites filles soumises en ce moment à votre examen, le rachitisme est assez bien caractérisé pour qu'il n'y ait pas de doute sur sa réalité : écartement des fontanelles, tuméfaction des articulations radio carpiennes, incurvation antérieure de la colonne vertébrale, chapelet rachitique des côtes, etc., cela suffit amplement ; mais dans beaucoup de cas le diagnostic est obscur, embarrassant, et quelquefois extrêmement incertain. Cela dépend surtout de la période où est arrivée l'altération des os et des cartilages.

Il y a trois périodes dans les symptômes du rachitisme :

1° La période d'*invasion ;*

2° La période d'*état ;*

3° Enfin la période de *terminaison.*

Au début, les symptômes sont peu accusés, et il est impossible de préciser l'instant où commence l'altération du travail de nutrition des os. Vous le comprendrez facilement en réfléchissant que les mouvements de la nutrition interstitielle, l'apport et départ des molécules nutritives ne se peuvent juger que par des effets éloignés appréciables seulement quand existent déjà des désordres matériels considérables. Pendant plus ou moins longtemps, la nutrition des os et des cartilages souffre sans qu'il soit possible de s'en apercevoir ; les matières salines de l'os disparaissent, et il ne s'en dépose plus de nouvelles ; il n'y a pas de phénomènes de réaction qui indiquent l'existence d'un travail morbide intérieur.

Le rachitisme ne peut être réellement reconnu que dans sa deuxième période, celle dans laquelle se trouvent les deux petites filles que je vous ai fait voir à la salle Sainte-Marguerite. Dans cette période, vous trouverez des phénomènes généraux plus ou moins graves joints à la déformation des os du squelette.

Tristes et abattus, souvent pâles, les enfants ont de la peine à se mouvoir ; ils préfèrent rester couchés, et ils crient lorsqu'on les prend pour les sortir du lit, pour les habiller et pour les mouvoir. Les os sont quelquefois douloureux à la pression, ce qui est rare au commencement du mal, et n'arrive que beaucoup plus tard. Les digestions se troublent, il y a de la diarrhée, et les urines troubles laissent déposer, par le refroidissement, un dépôt assez abondant de phosphates calcaires.

Ces phénomènes durent ainsi de quelques semaines à quelques mois. Alors se présentent des douleurs osseuses spontanées ou provoquées par la pression, et comme chez la petite fille du n° 2 de la salle Sainte-Marguerite, un commencement de déformation des os du squelette.

Les os et les cartilages, devenus plus spongieux, se gonflent légèrement et se ramollissent, surtout au niveau des articulations. Les épiphyses plus volumineuses forment sur les membres supérieurs et inférieurs des nœuds plus ou moins marqués. C'est ce que vous voyez sur l'enfant n° 2, soumise à votre observation, comme sur tous les enfants atteints de rachitisme. Pareille lésion s'observe à la symphyse costale, ce qui donne souvent lieu, comme chez une de nos petites malades, à une série de nœuds superposés en forme de chapelet, ce qui constitue le chapelet rachitique. La colonne vertébrale ramollie se courbe en avant à la

(1) Fin. — Voir les numéros des 15 et 17 juillet.

FEUILLETON.

DE L'EMPLOI DE L'EAU FROIDE CHEZ LES ANCIENS (1).

L'action *hygiénique* des bains froids est connue des Latins ; c'est aux bains qu'ils demandent dans leurs fatigues des forces nouvelles. Ovide se plaît à représenter Diane, au retour de longues chasses, invitant ses nymphes à se baigner avec elle (*Fastes*, II, v. 484) :

Mille feras Phœbe silvis venata redibat...
... In medio gelidæ fons erat altus aquæ ;
Hac, ait, in silva, virgo Tegea, lavemur.

Elle s'adressait à Calisto. Et ailleurs, dans des circonstances semblables (*Met.*, liv. II, v. 459) :

Nuda superfusis tinguamus corpora lymphis.

(1) Nous extrayons ces considérations historiques sur l'emploi de l'eau froide d'une excellente thèse soutenue récemment devant la Faculté de Paris par M. A.-E. Arqué. Cette thèse, qui dénote chez son auteur une éducation littéraire distinguée, est un éloquent et spirituel plaidoyer en faveur de la nouvelle mesure universitaire.

Après chacune de ses chasses, la déesse allait se délasser dans les eaux des fontaines voisines ; c'était pour elle une habitude. Elle n'avait donc pas éprouvé et ne craignait pas ce refroidissement que l'on croit si funeste, et que l'on redoute après un bain froid qui suit un exercice violent. La déesse n'avait pas nos préjugés humains (*Met.*, III, v. 163) :

Hic dea silvarum venatu fessa, solebat
Virgineos artus liquido perfundere rore.

Mais comment put-elle échapper à ces dangers observés, dit-on, dans les mêmes circonstances ? Ah ! c'est qu'elle n'oubliait pas, comme nous, les règles de la plus simple hygiène, et savait, après le bain, ramener la réaction en poursuivant de nouveau les hôtes des forêts, *mille feras silvis.* C'est ce que savaient aussi les Muses, dont Hésiode dit dans sa *Théogonie* : « Après avoir baigné dans les eaux du Permesse, de l'Hippocrène ou de l'Olmius sacré, leurs membres délicats, elles formaient des danses sur les sommets de l'Hélicon. »

Tout ce qui touche à la beauté, tout ce qui intéresse les femmes devait occuper le galant Ovide. Ce n'est pas cependant à son traité des cosmétiques que j'emprunte la meilleure recette pour la conservation de la beauté. La formule que je désire offrir aux dames, et plus simple et plus efficace, m'est fournie par la belle Hylonome, qui l'avait expérimentée. Prend-elle de ces pâtes aux couleurs variées, si connues des Romaines ? Emploie-t-elle cette préparation, aimée des matrones au teint pâle, qu'Ovide décrit longuement, et dans laquelle il fait entrer l'orge de Libye, la lentille, les œufs, la corne de cerf, les narcisses, la gomme, le miel et l'épeautre de Toscane ? Non. Le poëte assure pourtant qu'à ce prix la femme aura le teint plus uni et plus brillant que son miroir :

Quæcumque adficiet tali medicamine vultum
Fulgebit speculo lævior ipsa suo.

Mais, malgré son assertion, je préférerais à cette composition, ainsi qu'aux bains et aux lotions tièdes, dont on abuse aujourd'hui, la recette d'Hylonome, et je voudrais que chaque femme, comme la fille des Centaures, pour entretenir et conserver sa beauté, deux fois par jour se lave le visage à l'eau froide, deux fois prenne un bain froid (*Met.*, XII, v. 413) :

Fontibus ora lavet, his flumine corpora tingat.

Demander plus encore, conseiller aux personnes pâles, anémiques, l'exercice au grand air, au soleil, serait exiger un sacrifice impossible.

Et qui serait assez sage pour chercher la santé, aux dépens de la fraîcheur du teint ? Salmacis elle-même ne l'était pas, et dans la crainte, sans doute, de se brunir au soleil, elle fuyait, nous dit Ovide, les exercices de la chasse, aimés de ses compagnes. Il est vrai qu'elle savait ne pas se condamner à un repos préjudiciable, et qu'elle accordait l'hygiène et la coquetterie en compensant l'exercice au grand air par le bain froid et la natation (*Met.*, XI, v. 140) :

Sed modo fonte suo formosos perluit artus.

Elle était même très-habile dans cet art ; car je la vois, par la suite, vaincre à la nage le jeune Hermaphrodite, qui cependant n'en était pas à

région lombaire, et forme une gibbosité que l'on a souvent prise pour une carie vertébrale, et qui guérit avec le rachitisme. Les dents enfin, arrêtées dans leur évolution, ne peuvent plus sortir de leurs alvéoles, dont les parois gonflées cessent de s'ouvrir.

En même temps que s'accomplissent ces déformations sur les os des jambes, des cuisses, des bras, des côtes et de la colonne vertébrale, la diaphyse des os, raréfiée, ramollie, douloureuse, se courbe à son tour, et donne lieu à de graves difformités des membres. C'est sur les tibias, sur les fémurs et sur les os de l'avant-bras qu'on remarque la première déformation, et elle se manifeste ensuite aux os maxillaires qui cessent de donner passage aux dents, à la colonne vertébrale qui s'infléchit en avant, à la tête qui devient très-volumineuse comme les hydrocéphales, et aux côtes qui se dépriment latéralement.

Parmi ces déformations du squelette, celles des extrémités spongieuses sont les plus communes, et elles sont le résultat primitif de la maladie. Quelques autres sont au contraire le résultat, soit de la contraction musculaire agissant sur des os mous, soit de la pesanteur et des pressions mécaniques sur ces mêmes os rendus trop malléables par le rachitisme. Ainsi les fémurs, les tibias, les cubitus et le radius se courbent plutôt sous l'influence de l'action des muscles que par l'action de la pesanteur. La colonne vertébrale s'infléchit par le poids de la tête et de la poitrine; la cage thoracique se creuse latéralement par suite de la pression des bras lorsque l'enfant est couché sur le côté, et la clavicule même, ainsi que vous le voyez sur l'os que je vous présente, peut se courber à angle droit sous l'influence de la pression et du décubitus sur l'épaule. C'est à une action semblable qu'il faut rapporter les difformités des jambes de certains enfants, lorsque, confiés à des nourrices inintelligentes, et continuellement tenus assis sur les bras, la compression nécessaire à les maintenir courbe leurs jambes en dehors. Plus les os sont mous, et plus ils sont exposés à se déformer primitivement, ou d'une façon secondaire sous l'influence de la pesanteur et des actions mécaniques qui agissent sur le tissu osseux. Ramollis comme du carton mouillé, dans certains cas, les os longs se courbent avec une facilité incroyable, et il m'est plusieurs fois arrivé de leur imprimer en sens inverse des directions anguleuses très-prononcées.

C'est à ce ramollissement des os, dans le rachitisme, qu'il faut attribuer la plupart de ces malformations des membres qui font les sujets de petite taille, celles de la poitrine qui gênent tant les fonctions du cœur et des poumons, et surtout celles du bassin, qui, chez les petites filles, auront plus tard une si fâcheuse influence sur la terminaison de l'accouchement. Sachez-le bien, et avertissez les parents de ce qui peut arriver; lorsque le rachitisme, porté à un très-haut degré, a duré longtemps chez une petite fille, il y a tout à craindre que le décubitus n'ait déformé les os du bassin et n'ait aplati son diamètre, de manière à gêner plus tard ou à empêcher le travail de la parturition. — Ces déformations du squelette peuvent être portées si loin, qu'il en résulte des monstruosités semblables à celles que vous pourrez voir dans le musée Dupuytren, et dont je vous offre ici le spécimen gravé et consigné dans mon *Traité des maladies de l'enfance*.

Outre ces altérations de la structure du tissu osseux et de la forme extérieure des membres, il y a dans le rachitisme des phénomènes généraux plus ou moins graves.

Les os, vous ai-je dit, sont douloureux, et leur sensibilité est d'autant plus vive qu'ils sont plus ramollis. On ne peut les toucher ni les ployer sans provoquer des cris de souffrance, et bientôt même tous les mouvements sont si douloureux que les malades préfèrent qu'on les laisse dans la plus complète immobilité.

Les enfants maigrissent; leur teint pâlit; leurs chairs sont flasques, molles et jaunâtres; il y a de fréquents accès de fièvre, souvent de la diarrhée, et il s'établit un état de consomption plus ou moins prononcé, dans lequel arrivent des complications mortelles.

En résumé: *gonflement des extrémités spongieuses des os longs et ramollissement des diaphyses; arrêt de la dentition; augmentation du volume de la tête par l'écartement des fontanelles; flexion lombaire antéro-postérieure de la colonne vertébrale; dépression latérale des parois thoraciques;* tels sont les principaux symptômes du rachitisme chez les enfants que je viens de vous faire examiner et qui font l'objet de cette leçon.

Le rachitisme offre souvent des complications fort graves. Sans parler de l'anémie qui l'accompagne presque toujours, je signalerai à votre attention la facilité des fractures rachitiques, la diarrhée et l'état de consomption qui le termine.

Les fractures rachitiques sont très-communes. Dans l'état de ramollissement et de fragilité du tissu osseux, la moindre violence est souvent suivie d'une fracture des os longs des membres. A. Bérard et M. Combessis, dans une très-bonne thèse, en ont rapporté plusieurs exemples. J'en ai également observé un certain nombre, et voici des pièces conservées dans l'alcool, une clavicule et un fémur, qui vous démontrent la réalité du fait, s'il avait encore besoin de preuves pour être accepté de vous.

Sur les deux petites filles soumises à votre examen, le diagnostic ne présente aucune difficulté, et vous pouvez constater chez elles un tel ensemble de déformations du squelette, qu'il n'y a pas le moindre doute sur la nature du mal. Il n'en est pas toujours ainsi. Chez quelques enfants, la maladie peut être prise pour une hydrocéphalie chronique ou pour un mal de Pott, en raison du volume de la tête ou de la gibbosité lombaire.

J'ai vu commettre plusieurs fautes de ce genre, et j'ai quelquefois été embarrassé dans des cas difficiles. Il n'y a que les commémoratifs et les symptômes concomitants qui puissent empêcher l'erreur. Ainsi, par cela même que la gibbosité se trouve à la région lombaire, que l'incurvation est antéro-postérieure et qu'elle augmente dans la station assise pour diminuer quand l'enfant est couchée sur le ventre ou sur le dos, il y a tout lieu de penser qu'elle dépend du rachitisme. Si, en même temps, le mal a été la conséquence d'un mauvais régime ou de quelques maladies antérieures, et s'il y a gonflement des symphyses ou des épiphyses osseuses, alors la nature rachitique du mal me paraît pouvoir être établie d'une façon positive.

Dans le rachitisme qui se manifeste surtout par le gonflement de la tête, l'écartement des sutures et des fontanelles, sans que les autres altérations du squelette soient très-prononcées, il est quelquefois très-difficile d'établir si le rachitisme existe seul ou s'il y a une hydrocéphalie commençante. On a dit, mais sans preuves, que dans le rachitisme il existait, au niveau de la fontanelle antérieure, un bruit de souffle qu'on ne rencontrait pas dans l'hydrocéphalie. Mais tout récemment, à Heidelberg, un autre médecin a prétendu que les bruits de souffle de la fontanelle antérieure n'existaient au contraire que dans les maladies aiguës ou chroniques des méninges et du cerveau, d'où résulte, quant à présent, l'impossibilité de se servir de ce phénomène pour différencier l'hydrocéphalie du rachitisme. L'absence de convulsions, de paralysie, de contracture, de strabisme, ou de tout autre phénomène cérébral actuel ou antérieur, doit être prise en très-grande considération, et s'il y a en même temps quelques difformités rachitiques du squelette, vous pourrez affirmer qu'il s'agit d'un cas de rachitisme avec ampliation exagérée du crâne et non d'une hydrocéphalie chronique.

Sauf complications graves, le rachitisme guérit très-aisément, et les deux enfants de la salle Sainte-Marguerite guériront très-bien et très-promptement. Ce sont deux cas simples, les os ne sont pas très-douloureux; leur ramollissement et leur déformation ne sont pas encore très-considérables; les fonctions digestives sont en bon état, et tout fait prévoir que la maladie se terminera bien.

Que devez-vous faire dans ces cas, et quels médicaments employer contre le rachitisme en général?

Chez nos deux petites filles l'huile de foie de morue devra suffire pour arrêter le travail de ramollissement des os et provoquer leur réparation par l'infiltration des sels calcaires. C'est le moyen qui réussit le plus souvent et le mieux, surtout en l'absence de toute complication. Il en a déjà été donné 30 grammes par jour, et je continuerai ainsi chaque jour, en ayant soin d'arrêter s'il se produit de la diarrhée.

D'une manière générale, il faut, dans le traitement du rachitisme, tenir compte de l'âge des enfants, de leur régime habituel, de leur hygiène générale et des complications de la maladie.

Chez les enfants allaités, la nourrice doit être examinée avec soin et remplacée si le lait est insuffisant ou tellement chargé de beurre qu'il soit indigeste pour les enfants. Leur nourriture doit être continuée jusqu'à seize mois et mélangée de potages au lait, au beurre, avec addition d'une faible quantité d'aliments gras. Après le sevrage le régime lacté est celui qui convient encore le mieux aux rachitiques, et ce n'est qu'après guérison qu'on doit revenir aux aliments gras.

Avec ce régime, les enfants rachitiques seront conduits à la campagne ou sur les bords de la mer, exposés au grand air et à l'action du soleil. Il faut les tenir couchés si leurs os sont douloureux et assez mous pour que la station debout ou assise provoque l'incurvation des membres ou de la colonne vertébrale.

Des bains d'eau salée artificielle, ou les bains de Salins, des bains de mer chauds, ou des bains de mer froids si l'enfant les peut supporter, des bains sulfureux, doivent être donnés successivement tous les jours, et même jusqu'à deux fois par jour s'ils ne provoquent pas de fièvre ni de fatigue.

En fait de médicaments, il y en a peu de vraiment efficaces, et ceux qu'on a proposés n'ont pas tenu tout ce qu'on avait promis en leur nom.

Le fer, le quinquina, les amers, ont été administrés avec des succès divers, et vous pourrez y avoir recours lorsque les autres moyens auront échoué. J'ai également donné du phosphate de chaux à la dose de 5, 10 et 20 centigrammes trois fois par jour, et bien que l'indication de faire prendre ce sel soit évidente, puisqu'on veut rendre au tissu osseux rachitique le principe qui lui manque, l'expérience n'a pas sanctionné les vues de la théorie, car je n'ai pas retiré de ce médicament les effets que je m'en étais promis.

J'ai eu aussi recours à l'arséniate de soude dans des cas rebelles, à la dose de 5 et 10 milligrammes par jour, et, sans lui attribuer d'autre vertu qu'une action tonique, il m'a semblé que ce sel avait produit des effets favorables.

De tous les moyens proposés contre le rachitisme, l'huile de foie de morue est sans contredit le meilleur et le plus efficace. Donnée à la dose de 20, 30 à 100 grammes, tant qu'elle ne provoque pas de diarrhée, elle agit assez promptement et presque toujours comme un *spécifique* de la maladie. L'huile brune doit être préférée à l'huile blonde, et malgré son mauvais goût et sa détestable odeur, les enfants, auxquels elle répugne pendant les premiers jours, s'y habituent assez bien, et la prennent même avec plaisir un peu plus tard.

On peut remplacer l'huile de foie de morue par l'huile de foie de raie, ou *huile de poisson*, qui est beaucoup moins dispendieuse, et dont les vertus thérapeutiques sont semblables. L'une comme l'autre peuvent être données pures ou mélangées à du sirop, du sucre, ou à du café noir, mais, autant que cela est possible, il vaut mieux les faire prendre à l'état naturel.

Tant que dure la mollesse des os, ces moyens hygiéniques et pharmaceutiques peuvent suffire; mais lorsque le rachitisme approche de sa guérison et que les os, cessant d'être douloureux, restent difformes ou tendent à se consolider d'une façon vicieuse, il vous faudra recourir à des moyens contentifs, nécessaires au redressement des membres ou de la taille. Alors, suivant l'indication, vous ferez faire des appareils propres à redresser les jambes ou la colonne vertébrale; mais, ne l'oubliez pas, il faut attendre, pour y avoir recours, que les os aient repris assez de fermeté pour vous donner un point d'appui suffisant. Dans une prochaine conférence, je vous ferai connaître les appareils employés en pareille occurrence.

---

son début. Voyez-le plutôt *plonger* et *faire la coupe* dans ces eaux qui doivent lui être funestes.

> Ille cavis velox adplauso palmis,
> *Desilit in latices; alternaque brachia ducens*
> In liquidis translucet corpore aquis.

Pourquoi celles qui, de nos jours, seraient tentées d'imiter Salmacis dans sa coquetterie, ne l'imiteraient-elles pas aussi dans sa sagesse, en demandant aux exercices salutaires du bain froid la fraîcheur et la santé? Que ne fait-on entrer dans l'éducation de tous les enfants de tous les sexes cet art si utile de la natation? Je voudrais que tous puissent dire comme Parthénopée à Amphion (Stace, *Théb.*, IX, v. 797):

> Protinus adstrictos didici reptare per amnes.

Les Romains, après leurs exercices, suivaient la conduite de la déesse chasseresse, et se baignaient dans le Tibre et dans l'eau Vierge; aussi je vois, parmi les jouissances de Rome qu'Ovide regrette dans son exil:

> Stagnaque et *Euripi*, *Virgineus*que liquor.

Dans son *Argonautique*, Valérius Flaccus se montre aussi partisan des bains froids après les jeux, et raconte que Pollux, vainqueur dans les combats de l'amphithéâtre, avait coutume de baigner son corps poudreux dans les eaux de l'Eurotas:

> ... Lavitur patrios ubi victor ad amnes.

On abuse de tout, et les meilleures choses deviennent entre nos mains, par le fait de notre imprudence, des armes dangereuses; c'est l'histoire de bien des gens qui embrassent avec un enthousiasme mal entendu l'hydrothérapie, c'est l'histoire de Néron. Il était cependant accoutumé depuis longtemps aux pratiques hydriatriques. Pour rendre plus froide l'eau qu'on lui servait, il avait imaginé (son idée a été depuis exploitée par les glaciers) « de faire bouillir de l'eau, de la mettre ensuite dans du verre, et de la rafraîchir dans la neige, se donnant ainsi l'agrément de boire frais sans redouter les inconvénients de l'eau de neige, » alors à la mode (Pline, *Histoire naturelle*, liv. XXI, 23). Ou bien il faisait souvent, au dire de Suétone (*Néron*, ch. 27), remplir ses bains d'eau à la neige par une recherche de cette volupté du froid (*voluptas frigoris*) dont Pline parlait, et que connaissent si bien les amateurs du bain froid. Malgré sa grande habitude de l'eau glacée *intus* et *extus*, Néron faillit perdre la vie, probablement à la suite des fatigues et des excès d'une orgie, dans cette eau Marcia, que Pline pourtant disait si salutaire:

« Iisdem diebus nimia luxus cupido infamiam et periculum Neroni tulit, quia fontem aquæ Marciæ, ad urbem deductæ, nando incesserat... secutaque anceps valetudo iram deum affirmavit. » (Tacite, liv. XII des *Annales*.)

Une semblable imprudence avait été aussi fatale à Alexandre, quand, épuisé par les fatigues d'une marche forcée, et sans reprendre haleine, il se plongea dans le Cydnus. Je laisse parler Quinte-Curce (4, III, 4):

« Le Cydnus est remarquable par sa limpidité et l'extrême fraîcheur de ses eaux... A l'heure du jour la plus chaude, Alexandre, couvert de poussière et de sueur, se laissa inviter, par la beauté des eaux, à y baigner ses membres encore tout échauffés... Il descendit dans le fleuve, mais à peine y était-il entré que ses membres, saisis d'un tremblement soudain, commencèrent à se roidir: bientôt la pâleur se répandit sur tout son corps, et la chaleur de la vie sembla l'avoir totalement abandonné. C'est dans cet état voisin de la mort que ses serviteurs le portèrent dans sa tente et l'y déposèrent privé de sentiment. »

Dans les conditions où ils étaient tous deux, une immersion froide devait être funeste, et l'on ne s'étonne pas de voir Néron conserver une santé chancelante, *anceps valetudo*, et Alexandre être atteint de cette maladie à laquelle la potion seule de Philippe devait l'arracher.

Je n'approuverai pas davantage la prudence de ces Romains déchus dont Suétone nous trace l'histoire, qui allaient, au sortir d'une orgie, demander aux bains chauds et froids des forces et de l'appétit pour une orgie nouvelle. « Itaque intravimus balneum, et sudore calefacti, momento temporis ad frigidam eximus »: Enfin nous nous rendîmes aux thermes, et là nous passâmes rapidement du bain chaud au bain froid. » En toute autre circonstance, j'approuverais leur conduite, et l'hydrothérapie n'a pas de moyen plus efficace et plus énergique: le bain froid ou la douche précédés de la sudation.

Les Romains avaient dans leurs maisons des bains d'une grande magnificence. Stace, parlant d'un de ces bains particuliers, ne craint pas de le comparer aux bains de Néron:

> .... (fas sit componere magnis
> Parva); Neronea nec qui modo lotus in unda,
> Hic iterum sudare neget.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

De l'eczéma considéré comme type des affections dartreuses (1).

L'existence des dartres est très-compatible avec une santé générale qui paraît bonne. Cependant il faut ajouter qu'un certain nombre de sujets atteints d'*eczéma*, de *lichen* et de quelques autres éruptions, sont disposés à des troubles fonctionnels ou à des lésions viscérales dont ces éruptions semblent constituer une sorte de *crise*.

C'est sur cette observation qu'est fondée l'ancienne doctrine de la *répercussion*, qui jouit encore de tant de crédit non-seulement parmi les gens du monde, mais encore parmi les médecins.

Il est pourtant vrai de dire que les exemples de *répercussion* proprement dite sont infiniment rares. Dans le plus grand nombre des cas où les apparences porteraient à l'admettre, bien loin que ce soit la suppression de la maladie de la peau qui ait provoqué le développement de la maladie interne, ce sont, au contraire, les progrès d'une lésion viscérale préexistante qui ont déterminé la disparition de l'affection cutanée.

Il suffirait ici, pour appuyer cette opinion, de rappeler que tout désordre fonctionnel un peu durable, que toute maladie fébrile, que toute phlegmasie interne qui survient pendant la durée d'une éruption quelconque, supprime celle-ci ou la suspend, ou du moins en diminue singulièrement l'intensité; et cela même dans le cas d'éruptions entretenues par une cause qui persiste, comme la *gale* ou les *syphilides*.

Si les éruptions de cause externe, si même les éruptions accidentelles cèdent facilement au régime et à l'usage de quelques topiques... si, par exemple, l'*eczema rubrum*, provoqué par une application irritante, se dissipe en peu de jours à l'aide de lotions émollientes et de l'application de la poudre d'amidon... il n'en est plus de même des éruptions diathésiques, de l'*eczéma constitutionnel*, des éruptions *dartreuses* enfin, qui se rattachent à une disposition morbide plus ou moins générale dont le caractère n'est pas toujours facile à préciser.

C'est pour ce genre d'éruptions qu'a été conseillée la médication *spécifique* dont nous allons exposer les principaux agents.

Mais auparavant, disons quelques mots du traitement *rationnel*.

Les éruptions qui ont une cause connue, telles que les *syphilides*, les *scrofulides*, les affections *parasitaires*, sont évidemment susceptibles d'une cure rationnelle par les anti-syphilitiques, les anti-scrofuleux, les topiques parasiticides

Mais les affections dartreuses proprement dites, et notamment l'*eczéma* (sauf le cas où on peut le regarder comme un symptôme de disposition scrofuleuse), se rattachent le plus souvent à une *diathèse* difficile à préciser, et n'offrent, pour servir de bases au traitement rationnel, que le tempérament, l'étiologie supposée, la marche et les symptômes de la maladie.

Combattre les influences hygiéniques nuisibles, modifier autant que possible le tempérament lymphatico-nerveux ou nervoso-mélancolique qu'offrent le plus grand nombre des dartreux, enfin recourir aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, aux altérants, aux astringents, suivant les phénomènes, la période, la durée du mal, voilà les premières indications qui se présentent.

Au début, l'eczéma est souvent accompagné de phénomènes inflammatoires qui réclament la saignée, les sangsues, les topiques émollients, les bains simples, les boissons rafraîchissantes, le régime et le repos.

Un peu plus tard, l'inflammation s'apaise : subsistent le prurit, la sécrétion humorale, les excoriations squammeuses auxquelles on oppose les lotions à l'eau de son, à l'eau alunée, à l'eau végéto-minérale, les applications de poudres adoucissantes, absorbantes, astringentes (dont les anciens faisaient un grand usage); la fécule, l'amidon pur ou additionné d'une faible portion d'alun, de borax, de précipité blanc. Tandis qu'à l'intérieur, on use de boissons dépuratives et laxatives, la tisane de chicorée, l'eau de Sedlitz, etc.

Plus tard encore, l'affection passe à l'état chronique, et c'est surtout alors que les bains sulfureux (auxquels on attribue une action spécifique), les bains de vapeur (qui débarrassent la peau des squammes qui la recouvrent), les topiques cathérétiques ou astringents, la pierre infernale (dont Alibert faisait une application presque banale), la pommade au nitrate d'argent, celle au précipité blanc, la pommade au goudron (très-employée par les anciens), l'huile de cade (dont nous faisons aujourd'hui un si fréquent usage), deviennent utiles.

La glycérine, produit sirupeux extrait de la lessive des savonniers, est un topique nouvellement employé dans les maladies de la peau, qui nous a paru jouir d'une action à la fois adoucissante, dessiccative et résolutive tout à fait applicable à l'eczéma excorié, au lichen, au prurigo, et à diverses autres éruptions vésiculeuses, papuleuses ou pustuleuses.

Le régime alimentaire a toujours été considéré, avec raison, comme ayant une haute importance dans la cure des maladies de la peau. Sous ce rapport, comme sous celui des règles hygiéniques en général, les anciens laissent bien loin derrière eux les modernes dans les soins minutieux qu'ils donnaient aux prescriptions de cette catégorie.

Nous devons nous borner ici à dire d'une manière générale que pour les personnes sujettes aux maladies cutanées, et notamment à l'eczéma, l'abstinence des épices, des ragoûts, du gibier, du poisson de mer, des spiritueux, de la charcuterie..., l'usage du lait, des œufs, des viandes légères, des légumes verts, des fruits, ont toujours été conseillés comme le régime le mieux approprié à leur état.

Que de fois, pour ma part, j'ai vu chez des sujets irritables et sanguins le changement du régime faire disparaître des affections vésiculeuses, pustuleuses, papuleuses, auxquelles ils étaient sujets sous l'influence d'une alimentation mal ordonnée !

Cure spécifique. — A l'exception du soufre et de ses composés, remède purement empirique, et dont l'administration, transmise par la tradition depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ne repose (sauf le cas où il agit comme *parasiticide*) sur aucune indication rationnelle, sur aucune théorie particulière, toutes les autres médications vantées à diverses époques comme spécifiques ont pour point de départ une théorie plus ou moins hypothétique accommodée aux idées régnantes. Ainsi, les dépuratifs (sucs végétaux, chicorée sauvage, chélidoine, cresson, douce-amère, salsepareille, etc.), les altérants (mercuriaux, alcalins, arsenicaux, iodures), les purgatifs de toute sorte, les exutoires, appartiennent aux théories humorales, qui sont encore en vigueur. Le soufre, le sublimé, la soude, la chaux, le camphre, ont été surtout conseillés comme topiques par les empiriques, qui ont attribué toutes les maladies de la peau à la présence d'un insecte parasite.

Les dépuratifs et les exutoires ont aujourd'hui beaucoup perdu de leur vogue; les purgatifs sont employés surtout comme révulsifs; les altérants sont administrés empiriquement et sans qu'on se rende bien compte de leur action; enfin, les parasiticides appliqués rationnellement aux affections réellement parasitaires que nous avons eu déjà plus d'une fois l'occasion d'énumérer, sont encore employés empiriquement dans beaucoup d'affections dartreuses qui ne se rattachent point à cette étiologie.

Le soufre, avons-nous dit, a été regardé de tout temps comme le remède spécifique par excellence des affections dartreuses. C'est très-certainement son action parasiticide contre la gale et les éruptions chroniques des animaux qui par analogie l'a fait appliquer plus tard au traitement des maladies de la peau chez l'homme : c'est à la même source qu'a été emprunté plus tard le spécifique par excellence de la syphilis, le mercure, lequel jouit aussi d'une action parasiticide très-prononcée.

De tous les composés sulfureux, le plus anciennement connu, le plus efficace et le plus généralement employé, c'est sans contredit celui que la nature nous fournit tout préparé dans les eaux thermales sulfureuses.

On ne saurait, en effet, assimiler aux cures thermales les traitements artificiels faits à domicile au moyen des eaux sulfureuses factices. Outre qu'il est bien reconnu que les procédés chimiques n'imitent que très-imparfaitement les eaux naturelles, l'observation démontre que les mêmes sujets qui supportent facilement et avec avantage les cures thermales d'Enghien, de Bagnères-de-Luchon, de Cauterets, d'Aix-en-Savoie, d'Aix-la-Chapelle, etc., n'éprouvent souvent que de la fatigue et de l'irritation de l'usage externe et interne des eaux sulfureuses factices. Cela est surtout vrai des vieillards, des enfants, des sujets cacochymes, des personnes irritables et des valétudinaires.

A défaut cependant de la cure thermale, il nous faut bien recourir aux eaux factices, que nous n'employons d'ailleurs jamais qu'en bain, réservant toujours pour l'usage interne les eaux naturelles transportées à domicile.

La formule proposée par M. Soubeiran pour les bains de Baréges factices est la suivante :

Sulfure de sodium cristallisé. . . }
Carbonate de soude cristallisé. . . } ãã 40 grammes,
Chlorure de sodium. . . . . . }
Pour un bain de 200 litres.

Les pommades sulfureuses, dans la proportion de 1 à 2 gram. de fleurs de soufre sur 30 d'excipient huileux ou graisseux, les sulfures de soude, de chaux, dans la même proportion, sont fréquemment appliqués aux régions de la peau affectées, notamment dans l'*eczéma chronique*.

C'est d'ailleurs la visite des malades, tant dans nos salles que dans la partie pratique de ces leçons, qui nous fournira la meilleure occasion de développer les détails thérapeutiques relatifs à chaque espèce.

Nous nous bornons pour le moment à résumer d'une manière générale les points principaux du traitement de l'*eczéma* et de la plupart des affections dartreuses. Lorsque l'éruption est aiguë ou subaiguë et accidentelle, ou lorsqu'étant liée à une diathèse, elle se présente au début accompagnée de phénomènes inflammatoires, les cataplasmes de fécule (toujours appliqués peu chauds), les lotions à l'eau de son, de guimauve, de sureau, la poudre de riz ou d'amidon sur les points excoriés, les bains simples, la tisane de chicorée ou de douce-amère édulcorée avec du miel ou du sirop tartreux... voilà tout ce qu'il y a à prescrire.

Dans la deuxième période où les caractères *dartreux* se prononcent davantage (prurit, sécrétion humorale, desquamation), boissons laxatives, eau de Sedlitz, fleurs de soufre unies à la magnésie, pour traitement interne; bains sulfureux, topiques sulfureux, astringents résolutifs.

A la troisième période, la chronicité se prononçant de plus en plus, pommade au goudron, huile de cade mélangée d'huile d'amandes douces, cérat de Goulard, cérat calaminaire; à l'intérieur, remèdes appropriés à la diathèse humorale, lymphatique, strumeuse, bilieuse, nerveuse, mélancolique, qui paraît entretenir l'éruption constitutionnelle.

C'est surtout dans les cas douteux où cette diathèse est difficile à caractériser, que l'on a conseillé tour à tour les purgatifs, les mercuriaux, les arsenicaux, et d'autres médicaments altérants d'une action fort incertaine.

Les préparations mercurielles, et notamment, comme remède interne, les pilules de Belloste, et comme topiques, le sublimé en bains et en lotions, le précipité blanc ou oxyde de mercure ammoniacal en pommade, sont d'une utilité incontestable dans un grand nombre d'éruptions chroniques, et sont encore de nos jours employés comme une sorte de panacée anti-dartreuse par quelques praticiens.

Les arsenicaux, auxquels Biett a réussi à donner une si grande vogue, sont certainement de tous les prétendus spécifiques anti-herpétiques, ceux dont l'action est à la fois et la plus infidèle et la plus dangereuse. On ne doit les appliquer qu'aux cas les plus rebelles, et surtout on ne doit administrer que le composé le

(1) Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Les descriptions que Pline le Jeune fait de sa maison de Toscane et de sa maison de Laurente peuvent en donner une idée. On y rencontrait plusieurs salles contiguës, à différents degrés de température, depuis la plus chaude jusqu'à la plus froide. Mais le passage précédent de Pétrone indique que les Romains se servaient rarement du bain tiède comme intermédiaire entre les deux autres; ils préféraient suivre le conseil que Sidoine Apollinaire adressait, dans l'inscription mise sur son bain froid, à ceux qui venaient le visiter :

> Intrate algentes post balnea torrida fluctus,
> Ut solidet calidam frigore lympha cutem.

Ce dernier vers prouve que le poëte avait observé les effets *physiologiques* de l'eau froide. Il a vu la peau dilatée, échauffée par les bains chauds, se resserrer, se durcir, reprendre du ton, sous l'influence du froid; c'est l'action astringente, tonique, *excitante* de l'eau. Quinte-Curce, tout à l'heure, nous décrivait les phénomènes *primitifs* d'une application d'eau froide, le frisson, la pâleur; Ovide parle également de cette pâleur de la peau :

> Quod tactum gelidæ frigore pallet aquæ.

Ausone (*Mosella*, v. 344) va plus loin; il décrit les phénomènes *secondaires*, le retour à la chaleur, la *réaction* qui suit une immersion froide; il a vu des gens affaiblis, fatigués par une sudation abondante dans l'étuve, promptement ranimés, fortifiés, *réchauffés* par un bain d'eau courante, dont l'action excitante et tonique était accrue par l'exercice de la natation :

> Vidi ego defessos multo sudore lavacri
> Fastidisse lacus, et frigora piscinarum,
> Ut *vivis* fruerentur *aquis*; mox amne *refotos*
> Plaudenti gelidum pepulisse natatu.

Mais il n'est pas jusqu'à l'action réfrigérante, hyposthénisante, *sédative* du bain froid qui ne soit connue. La nymphe Scylla, troublée, inquiète, brûlée d'une fiévreuse agitation, parcourt vainement les rivages de la mer, et vient enfin chercher dans le bain frais, au fond d'un antre secret, le calme et le repos (Ov., *Met.*, XIII, v. 902) :

> ..... Ubi lassata est, seductos nacta recessus
> Gurgitis, inclusa sua membra refrigerat unda.

Sans vouloir ici faire une thèse sur l'influence réciproque du physique sur le moral, je dois signaler l'efficacité du bain froid, dont l'action sédative et réfrigérante modère l'agitation du corps, et, par son intermédiaire, l'anxiété et l'agitation de l'esprit. Les anciens l'avaient bien compris. Veulent-ils exécuter une grande entreprise, qui exige toute leur énergie et tout leur sang-froid, c'est au bain qu'ils s'adressent. Judith, sur le point de sauver Israël en tuant Holopherne, « sortait chaque nuit, et se plongeait dans les fontaines » de la vallée de Béthulie. Alceste va se baigner dans le fleuve avant de se livrer à la mort qui devra prolonger la vie de son époux (EURIPIDE, *Alceste*, v. 159). C'était l'usage de prendre le bain au moment d'aller à la mort; Socrate le fait avant de boire la ciguë (PLATON, *Phédon*, 65).

Ont-ils été troublés par une grande émotion, une grande terreur, effrayés par des songes funestes, c'est encore dans le bain frais pris à des sources vives que les anciens reposent leurs esprits; et cette pratique, toute hygiénique et toute médicale, passa bientôt à l'état de superstition.

Les anciens connaissaient donc l'action hygiénique, les effets physiologiques, primitifs et secondaires des applications d'eau froide. Virgile sait encore que ces applications peuvent être des moyens *préventifs* pour modifier dès l'enfance la constitution et le tempérament, pour mettre à l'abri de certaines maladies. Nous n'avons fait que l'imiter.

Remulus, beau-frère de Turnus, vient railler les Troyens et leur dit : « Ce n'est point aux Atrides, ce n'est point à l'artificieux Ulysse que vous avez affaire ici, mais à une nation forte et généreuse. Et pourquoi ? C'est que, dès leur naissance, nous plongeons nos enfants dans le fleuve, et que nous savons les fortifier et les endurcir par le froid et par l'eau. » (*Énéide*, IX, v. 603) :

> Durum ab stirpe genus, natos ad flumina primum
> Deferimus, sævoque gelu duramus et undis.

A. E. ARQUÉ.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

plus innocent. Pour ma part, je n'emploie jamais la forme pilulaire; je repousse les solutions arsenicales trop concentrées de Fowler et de Pearson, et je n'use que d'une seule formule, celle dans laquelle l'*acide arsénieux* (très-peu soluble, comme on sait) est dissous dans une grande quantité d'eau. Cette formule, que je désigne sous le nom de *liqueur acide*, est à peu près la même que celle proposée par le docteur Boudin contre les fièvres intermittentes.

Eau distillée.	600 grammes.
Acide arsénieux (en solution à chaud). . .	5 centigrammes.

Mêlez et divisez en six fioles, chacune étiquetée pour deux jours. Une demi-fiole chaque matin à jeun, mêlée à partie égale d'eau sucrée.

Tout le monde sait que les affections dartreuses sont sujettes à récidiver après avoir été guéries. Dans le but de prévenir cette récidive, et, plus encore peut-être, dans la pensée de suppléer par un émonctoire artificiel la sécrétion humorale précédemment fournie par l'*eczéma*, les médecins du siècle dernier et des premières années du siècle présent, étaient unanimes pour conseiller aux dartreux l'application d'un vésicatoire ou d'un cautère à demeure. L'école moderne a abandonné cette pratique, à laquelle je crois pour ma part avoir toujours trouvé plus d'inconvénients que d'avantages. Il m'est à peu près démontré qu'outre l'inutilité de ces exutoires, ils ont presque toujours pour effet d'entretenir l'éruption dartreuse dans la région où ils sont appliqués; aussi ce n'est que dans des circonstances très-exceptionnelles que nous en tolérons plutôt que nous n'en conseillons l'emploi.

Il n'y a pas d'autre garantie contre la persistance indéfinie ou la récidive des dartres que le changement des habitudes hygiéniques ou la modification, quand on peut l'obtenir, de la diathèse à laquelle elles paraissent se rattacher.

Il ne faut pas d'ailleurs se lasser d'opposer à chaque récidive les moyens qui ont paru le mieux réussir lors de la première invasion du mal, et l'on arrive ainsi, avec du temps, de la patience et de la persévérance, à obtenir des guérisons inespérées.

Malheureusement il n'est pas rare de voir le malade et le médecin lui-même se décourager et se livrer à des essais thérapeutiques désordonnés, au lieu de persister dans la voie déjà suivie... Or, c'est surtout cette instabilité et ce recours à des médications empiriques variées et souvent fort peu rationnelles, qui rendent certaines maladies de la peau réellement inguérissables.

VIOL ACCOMPLI PENDANT LE SOMMEIL MAGNÉTIQUE.

Extrait d'un rapport par MM. les docteurs Coste, directeur de l'École de médecine de Marseille, et Broquier, chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

L'idée de viol n'entraîne pas toujours l'idée d'emploi de la force brutale. Il suffit que la volonté de la victime ait été annihilée assez pour qu'elle n'ait pu garder ni la conscience du fait, ni la force d'y résister. Ainsi les substances narcotiques, les liqueurs enivrantes, l'éther et le chloroforme, ont plus d'une fois favorisé l'accomplissement du crime. Mais jamais, jusqu'à présent, il n'avait été question de l'emploi du magnétisme. Le rapport suivant de MM. Coste et Broquier, ne peut donc manquer d'offrir de l'intérêt.

La jeune Marguerite A..., âgée de dix-huit ans, se croyant malade, se fit conduire par sa plus jeune sœur, dans le courant du mois de novembre dernier, chez le nommé C..., exerçant à Marseille, à ce qu'il paraît, la profession de guérisseur par le magnétisme. Chaque jour elle allait prendre sa séance. Vers le commencement d'avril, s'étant aperçue qu'elle était enceinte, elle porta plainte à l'autorité, et c'est alors que M. L..., commissaire de police, nous commit tous deux, « à l'effet » de constater la grossesse et l'époque à laquelle elle pouvait remonter, et en second lieu de répondre à la question de savoir si la jeune » Marguerite A... avait pu être déflorée et rendue mère contrairement » à sa volonté, c'est-à-dire si cette volonté avait pu être annihilée complétement ou en partie par l'effet du magnétisme. »

En présence de cette réquisition, voici en quels termes nous dressâmes notre rapport :

Nous soussignés........... Vu la réquisition (conçue dans les termes précités) déclarons avoir procédé à la visite de la jeune Marguerite A..., et avoir constaté..........

(Suit la description des signes qui nous ont permis de conclure qu'elle était enceinte, et que sa grossesse datait de quatre mois à quatre mois et demi.)

2° question : Dire si la jeune Marguerite A... a pu être déflorée?

Cette question touche un point tout à fait neuf de la médecine légale. Car si cette science est aujourd'hui fixée à cet égard, pour ce qui est de l'emploi des narcotiques, de l'éther et du chloroforme, nous ne pensons pas qu'elle ait jamais abordé le magnétisme à ce point de vue. Malgré cela, et sauf toutes réserves, nous croyons qu'il nous est possible de résoudre cette question, sans nous en tenir à des appréciations personnelles, mais bien d'après des documents scientifiques, les seuls qui doivent et puissent ici entrer en ligne de compte. Ces documents, nous les trouvons dans le rapport de M. Husson, fait en 1831 à l'Académie de médecine, au nom d'une commission composée de MM. Double, Magendie, Guersant, Guéneau de Mussy, Husson, etc. Ces noms suffisent pour donner à ce rapport toutes les garanties scientifiques de vérité et d'authenticité que l'on serait en droit d'exiger. Et, du reste, ce rapport est et demeure encore aujourd'hui le seul monument scientifique que possède le magnétisme.

Dans les conclusions de ce rapport nous trouvons :

Au n° 13 « le sommeil est un effet réel du magnétisme; »

Au n° 16 « il s'opère des changements plus ou moins remarquables » dans les perceptions et les facultés des individus magnétisés. La plupart du temps, ils sont complétement étrangers au bruit extérieur et » inopiné fait à leur oreille, tel que le retentissement d'un vase de » cuivre frappé près d'eux........; l'odorat est comme anéanti, on peut » leur faire sentir l'acide muriatique ou l'ammoniaque sans qu'ils s'en » doutent; la plupart sont complétement insensibles; on a pu leur » chatouiller les pieds, les narines et l'angle des yeux par l'approche » d'une plume, leur pincer la peau, la piquer sous l'ongle avec des » aiguilles enfoncées profondément et à l'improviste, sans qu'ils aient » témoigné de la douleur, sans qu'ils s'en soient aperçus. Enfin on en » a vu une qui a été insensible à une des opérations les plus douloureuses de la chirurgie, et dont ni le visage, ni le pouls, ni la respiration, n'ont dénoté la plus légère émotion. »

Au n° 23, « les forces musculaires des somnambules sont quelquefois paralysées, — à leur réveil ils disent avoir oublié totalement » toutes les circonstances de l'état de somnambulisme et ne s'en ressouvenir jamais. »

D'après tous ces faits, si une jeune fille, sous l'influence du sommeil magnétique, est insensible à toutes les tortures, il nous semble qu'il est rationnel d'admettre qu'elle pourra subir l'acte du coït sans qu'il y ait participation de sa volonté, sans qu'elle en ait conscience, et que par conséquent elle ne saurait repousser par la force l'acte qui est consommé sur elle.

Du présent rapport nous posons les conclusions suivantes :

1° La fille Marguerite A... est enceinte;

2° Sa grossesse ne remonte pas au delà de quatre mois à quatre mois et demi;

3° Nous pensons qu'il est possible qu'une jeune fille soit déflorée et rendue mère contrairement à sa volonté, celle-ci pouvant être annihilée par l'effet magnétique. *Signé* : Coste et Broquier.

Depuis lors, nous avons eu occasion de soumettre la question à un homme dont l'autorité ne saurait être méconnue, à M. Devergie. Voici la réponse écrite que nous a adressée cet honorable confrère, nous la transcrivons textuellement, et nous sommes heureux de montrer que son opinion est en tous points conforme à nos conclusions :

« Paris, 10 avril 1858.

» Mon cher confrère,

» Voici ma réponse :

» Je crois qu'une jeune fille de dix-huit ans peut, *en thèse générale*, avoir été déflorée et rendue mère contrairement à sa volonté, dans le sommeil magnétique.

» Ceci est une affaire d'observation et de sentiment personnel.

» Mais en dehors du sommeil magnétique il y a tant de mensonge que je ne saurais aller plus loin.

» Le sommeil magnétique est fictif ou réel : fictif, en ce sens que toutes les personnes qui donnent des consultations ou des représentations de magnétisme ne sont jamais endormies; réel, et alors tout rapport, tout sentiment de relation peut être interdit par le sommeil, la sensibilité peut être émoussée et même éteinte, partant la femme dans l'impossibilité de se défendre.

» Agréez, etc. A. Devergie. »

(*Presse méd. de Marseille*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre 1858. — Présidence de M. Roche.

La correspondance officielle ne comprend que des tableaux de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Prosper Ivaren, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Avignon, adresse une analyse des rapports adressés à M. le préfet de Vaucluse par les médecins vaccinateurs cantonaux sur l'état sanitaire de leurs cantons respectifs pour l'année 1857. (Commission des épidémies.)

— M. le docteur Brun-Séchaud adresse : 1° trois brochures sur l'assistance publique; 2° une pièce d'anatomie pathologique accompagnée d'un mémoire sur la régénération des os. Ces pièces sont envoyées à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

— M. Kemmerer, de Saint-Martin (Ile de Ré), communique une nouvelle méthode d'enseignement du calcul décimal à l'usage des sourds-muets. (Commissaire, M. Bouvier.)

— M. Da Costa, médecin à Rio-Janeiro, fait part à l'Académie d'une opération de résection totale du maxillaire supérieur d'un côté, et d'une partie de l'apophyse palatine du côté opposé. La description du procédé opératoire, l'histoire détaillée et le résultat définitif de cette opération seront ultérieurement envoyés à l'Académie.

LECTURES.

Monstre nosencéphale. — M. le docteur Houel dépose sur le bureau la description complète du fœtus monstrueux qu'il a présenté à l'Académie, en son nom et au nom de M. le docteur Arnault, dans la séance du 2 février dernier; et il donne lecture des quelques réflexions que lui a suggérées ce fait intéressant de tératologie.

Les caractères de famille et de genre de ce monstre, qui appartient à la famille des pseudencéphaliens et au genre nosencéphale, ne présentant rien qui n'ait déjà été signalé, M. Houel se borne à appeler l'attention de l'Académie sur les points suivants :

On remarque 1° une division médiane du nez;

2° L'absence de plusieurs phalanges des doigts de la main;

3° Une fracture de la jambe droite et une plaie de la jambe gauche.

La division médiane du nez est due à l'absence des os propres avec division de la peau, écartement des deux bords de la plaie congénitale, et l'écartement est comblé par un tissu particulier qui réunit les bords de la solution de continuité.

La bifidité n'est pas tout à fait médiane, mais se trouve située un peu sur le côté droit du lobule du nez; sa situation est telle qu'elle ne peut s'expliquer comme arrêt de développement par une scissure existant normalement à une certaine époque de la vie intra-utérine. C'est donc là, dit M. Houel, un de ces faits rares d'anomalie dont l'explication reste encore à donner, et qui pourrait peut-être servir à mettre sur la trace de certaines modifications encore inaperçues dans le développement des organes.

Sur le deuxième point, l'absence de phalanges de plusieurs doigts, l'auteur se demande si cette absence tient à un arrêt de développement ou à une amputation spontanée; il se prononce pour cette dernière interprétation, à cause des cicatrices que l'on remarque à l'extrémité des moignons.

Quant à la fracture de la jambe droite, M. Houel ne pense pas qu'elle doive être rapportée aux fractures congénitales; il pense qu'elle a été produite par le cordon ombilical ou par une bride, quoique la peau n'ait pas été sectionnée. Une particularité que présente ce membre fracturé, c'est l'état graisseux des muscles. Les muscles péroniers latéraux, jambier postérieur, fléchisseurs des orteils et même leurs tendons, présentent une dégénérescence graisseuse remarquable, ce qui démontre, suivant l'auteur, que la lésion des os est déjà ancienne. (Commissaires : MM. Danyau, Cazeaux et Depaul).

Influence de l'air marin sur la phthisie. — M. P. Garnier lit un mémoire sur l'influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes. Cette statistique comprend 8,997 décès survenus dans les hôpitaux maritimes de Toulon, Brest, Rochefort, Cherbourg et Lorient, de 1840 à 1854 inclusivement. Sur ces 8,997 décès, il y a 847 cas de phthisie, c'est-à-dire un peu moins du dixième, proportion qui diffère notablement de la moyenne générale, qui est du cinquième et même du tiers, suivant Bayle et J. Clark. L'atmosphère maritime exerce donc assez manifestement, d'après ces résultats généraux, une action favorable, préventive ou curative sur la tuberculisation. Il n'en est plus de même si l'on analyse ces résultats statistiques. Ainsi sur 5,232 décès qui ont eu lieu dans les hôpitaux maritimes de Toulon, en quinze ans il n'y a eu que 257 phthisiques, c'est-à-dire moins d'un vingtième; tandis que sur 563 décès arrivés à Cherbourg en douze ans, il y a 84 phthisiques, c'est-à-dire plus du sixième, résultat qui est en contradiction formelle avec l'assertion de Lepecq de la Clôture sur la rareté de la phthisie dans cette ville. Cette proportion est encore plus forte à Lorient, où, sur 355 décès, il y a 103 phthisiques, près du tiers. Ces différences sont encore plus marquées suivant les saisons. A Toulon, par exemple, sur les 1,393 décès du premier trimestre, il y a 56 phthisiques, soit 1 sur 25 environ; tandis qu'à Lorient, cette proportion s'élève presque à 1 sur 2 dans le trimestre correspondant. Enfin, sur 300 décès arrivés dans les hôpitaux de Toulon en 1848, il n'y a que 3 phthisiques, tandis qu'à Lorient, en 1850, il y eut 10 phthisiques sur 17 décès.

Les extrêmes sont donc constants entre Toulon et Lorient. Ici une grande fréquence, là une rareté relative, tandis que ces proportions sont constamment intermédiaires à Brest et à Rochefort.

Des résultats analogues ont déjà été obtenus par M. Chassinat parmi les condamnés du bagne, qui sont aussi soumis presque constamment à l'inhalation de l'air marin; tandis qu'il a trouvé une mortalité de 21 pour 100 par la phthisie à Brest. Cette proportion descendait à 4 1/2 pour 100 à Toulon, et à 2 1/2 à Rochefort.

Par la différence tranchée et invariable du résultat suivant les pays, il semble résulter, dit l'auteur, que l'action de l'air marin sur la phthisie, au lieu d'être uniforme comme on l'a pensé jusqu'à ce jour, et comme on attendait qu'elle se manifestât pour l'admettre définitivement, est au contraire essentiellement variable; qu'elle agit tout différemment suivant les lieux et les localités, d'après certaines conditions particulières encore inconnues dans leur essence. Il s'agit donc plutôt de rechercher ces causes spéciales qu'une conformité d'action illusoire, impossible. Ces différences dans le mode d'action de l'air marin s'expliqueraient, suivant l'auteur, par les différences de conditions géologiques et météorologiques, les différences barométriques. Si l'on y ajoute les différences de site, d'altitude, d'inclinaison et de production des lieux où l'on respire l'air marin, on comprendra cette diversité dans les résultats.

L'air marin peut n'agir chez les phthisiques qu'en raison du degré de la maladie, de la constitution des malades et différentes autres circonstances; mais il n'est pas plus spécifique que tant d'autres. Il en est de même de la navigation : longtemps on a discuté son action sur la phthisie, à cause des effets contraires qui en résultent : or les statistiques anglaises démontrent que la phthisie est moins commune dans l'armée de mer que dans l'armée de terre, ce qui met hors de doute l'efficacité de la navigation. Mais, d'un autre côté, on a reconnu des dangers pour les tuberculeux avancés, surtout au troisième degré, et l'on a constaté qu'elle est éminemment nuisible à ces malades lorsqu'elle a lieu entre les tropiques.

L'observation montre également que des lieux très-rapprochés ont une action tout opposée sur la phthisie, et que, comme à Nice, Pise, Rome, Naples, en général si favorables aux tuberculeux, il suffit parfois d'une intersection de montagnes ou d'une exposition différente pour que les tuberculeux n'y puissent vivre. Il en est absolument de même à Madère, qui, sur une largeur de 12 milles seulement, offre de frappantes analogies topographiques avec la Péninsule italienne.

Le travail de M. Garnier est terminé par les conclusions suivantes :

1° L'influence de l'atmosphère maritime sur la tuberculisation ne s'exerce pas uniformément partout où elle règne; elle varie suivant les conditions climatériques des pays et des lieux;

2° Elle est très-manifeste dans les hôpitaux maritimes de Toulon, de Madère, et dans plusieurs lieux situés sur la Méditerranée;

3° Elle est nulle dans les autres hôpitaux maritimes de France.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Beau, Guérard, Blache.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Revue clinique hebdomadaire. Gangrène du pied droit par arrêt de la circulation dans les artères tibiale postérieure et péronière. — Résultats des opérations de trachéotomie pratiquées à l'hôpital des Enfants pendant les années 1857 et 1858. — Aphonie intermittente revenant chaque année à la même époque, etc. — Observation de morve aiguë. — Société de chirurgie, séance du 1er septembre. — Chronique et nouvelles.

STATUTS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE
de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

TITRE Ier. — *Composition de l'Association, son nom, son objet.*

Article 1er. Il est établi une Association de prévoyance, de protection et de secours mutuels pour tous les médecins de France.

Art. 2. Sa durée est illimitée.

Art. 3. Son siége est à Paris.

Art. 4. Elle prend le nom d'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.*

Art. 5. L'Association générale se compose de toutes les *Sociétés locales* formées sous son influence, et de toutes celles qui se rattachent à elle pour concourir à l'œuvre commune.

Art. 6. Le but de l'Association générale, comme celui des Sociétés locales qui la composent, est de venir au secours des sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse ; de secourir les veuves, les enfants et les ascendants laissés sans ressources par des sociétaires décédés ; de donner aide et protection à ses membres ; de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession ; de fonder dans l'avenir une caisse de retraite ; de préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance.

Art. 7. L'Association générale procède à son œuvre par deux opérations : Premièrement, elle prépare l'organisation des *Sociétés locales*. Elle forme une *Société centrale* destinée à réunir les médecins de l'armée et de la flotte ; les médecins qui, par la nature de leur service, n'ont pas de résidence fixe ou résident hors de France ; les docteurs en médecine ou en chirurgie disséminés dans les arrondissements et départements où il n'existerait pas de Société locale agrégée à l'Association générale. Deuxièmement : Elle relie entre elles les Sociétés ainsi formées ; elle agrége les Sociétés déjà existantes ; elle prépare, fonde et administre les établissements d'assistance de toute nature qui rentrent dans le but de l'institution.

Art. 8. L'Association générale est représentée par des assemblées générales. Elle est dirigée et administrée par un conseil général.

Section Ire. — Association générale. — Conseil général. Composition. Attributions. — Conseil judiciaire.

Art. 9. Le conseil général est composé : 1° du président de l'Association nommé par l'Empereur ; 2° de quatre vice-présidents ; 3° d'un secrétaire général archiviste ; 4° de deux vice-secrétaires ; 5° de vingt-cinq conseillers. Les membres du bureau et ceux du conseil général sont élus pour cinq ans à la majorité absolue des suffrages par l'assemblée générale : ils sont rééligibles. Les deux tiers au moins des membres du conseil général doivent résider à Paris.

Art. 10. Le conseil général est assisté par un conseil judiciaire, dont la composition et les attributions seront déterminées par un règlement spécial soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Art. 11. Le conseil général dirige l'Association générale dans son ensemble ; il agit en son nom. Il provoque la formation des Sociétés locales et de la Société centrale ; il agrége les Sociétés formées en dehors de l'Association générale. Il statue sur les demandes de secours faites par les Sociétés dont les fonds se trouvent insuffisants. Il nomme le comité administratif. Il prépare et propose à la sanction de l'assemblée générale les projets relatifs aux fondations et institutions qui intéressent la généralité de l'œuvre.

Art. 12. Le conseil général publie tous les ans un compte rendu des actes de l'Association. Il convoque les assemblées générales.

Art. 13. Le président du conseil général préside toutes les fois qu'il le juge convenable, le comité administratif, la commission administrative, et généralement toutes les commissions, réunions et assemblées de l'Association.

Art. 14. Le secrétaire général a le dépôt des archives ; il rédige les procès-verbaux du conseil général et des assemblées générales, et il est chargé en outre de la correspondance. Il fait les comptes rendus annuels.

Art. 15. Le conseil général nomme un agent comptable. Les fonctions de l'agent, ses obligations, sa responsabilité, son cautionnement, ses rapports avec le comité et avec le conseil seront déterminés par le règlement.

Section II. — Ressources et charges de l'Association générale.

Art. 16. Les ressources de l'Association générale se composent : 1° Des droits d'admission dus par les sociétaires à leur entrée dans les Sociétés locales, ou dans la Société centrale. 2° Des dons, legs et affectations faits à l'Association générale. 3° Du montant des cotisations annuelles que doivent verser à la caisse générale toutes les Sociétés unies. Ces cotisations sont d'un dixième des revenus annuels desdites Sociétés.

Art. 17. Les charges de l'Association générale consistent : 1° en frais d'administration ; 2° en subventions à répartir entre les sociétés locales qui les réclament et qui justifient en avoir besoin ; 3° en dépenses de premier établissement des caisses et institutions prévues dans l'article 7 ; 4° en dépenses de service et d'entretien desdites institutions.

Art. 18. Lorsqu'une société locale a épuisé ses fonds de secours, elle s'adresse au conseil général qui en délibère et qui statue sur la demande. Toutes les demandes doivent être adressées avant le 1er novembre. Le conseil général ne statue qu'après cette époque, lorsqu'il a pu apprécier le nombre, l'importance, la légitimité des demandes et les ressources dont il dispose pour y faire droit.

Section III. — Assemblées générales de l'Association générale.

Art. 19. Tous les ans, dans le mois d'octobre, l'Association tient, à Paris, une assemblée générale. L'assemblée est présidée par le président de l'Association, assisté du bureau du conseil général. L'assemblée générale se compose des membres du conseil général et des présidents des sociétés locales, ou, à défaut du président, d'un membre désigné par lui.

Art. 20. Dans la réunion annuelle, le secrétaire général expose la situation morale et financière de l'Association. Tous les cinq ans, l'assemblée générale procède à l'élection des membres du conseil général.

Art. 21. Aucune question étrangère au but spécial de l'Association ne peut être soumise à l'assemblée générale.

Art. 22. Les délibérations de l'assemblée générale sont prises à la simple majorité des votes exprimés.

Art. 23. Dans le cas où l'assemblée générale serait appelée à statuer sur la dissolution de l'Association générale, la délibération n'est valable pour prononcer la dissolution que si elle est prise par une majorité représentant les trois quarts au moins des sociétés qui composent l'Association générale. Cette délibération ne peut être prise que dans une assemblée extraordinaire, convoquée spécialement pour prononcer sur la dissolution. Elle n'est valable qu'après l'approbation du ministre de l'intérieur. En cas de dissolution, les fonds restant en caisse seront répartis entre les sociétés locales proportionnellement au nombre de leurs membres.

TITRE II. — *Sociétés locales. — Société centrale.*

Section Ire. — Sociétés locales.

Art. 24. Une société locale peut se former dans un département ou dans un arrondissement aussitôt que vingt-cinq médecins au moins, habitant ce département ou cet arrondissement, en auront exprimé la volonté. Dès que des adhésions en nombre suffisant sont parvenues au conseil général, il provoque l'organisation de la société locale, si l'initiative de cette organisation n'a pas été spontanément prise par les médecins du département ou de l'arrondissement.

Art. 25. Les statuts et règlements de chaque Société locale sont délibérés par les médecins formant la Société ; ces statuts doivent être mis en harmonie avec les conditions de mutualité générale réglées par les présents statuts, et répondre aux exigences de la législation existante résumées dans le décret du 26 avril 1852. Ces statuts et règlements devront être soumis à l'approbation du préfet.

Art. 26. Chaque Société locale est administrée par une commission composée : 1° d'un président ; 2° d'un vice-président ; 3° de deux membres par arrondissement ; 4° d'un secrétaire ; 5° d'un trésorier. Le président est nommé par l'empereur ; les autres membres sont élus par la Société.

Art. 27. La commission administrative est renouvelée tous les cinq ans, à la majorité relative des suffrages. Ses membres sont rééligibles.

Art. 28. Les commissions des Sociétés locales administrent et distribuent les fonds de secours qui leur appartiennent ; elles adressent au conseil général les sommes destinées à former le fonds de l'Association générale.

Art. 29. Le président signe avec le trésorier les ordonnances de payement de toute nature.

Art. 30. Le secrétaire reçoit les demandes d'admission et de secours, il rédige les procès-verbaux : il est chargé de la correspondance.

Art. 31. Les membres de chaque Société locale se réunissent tous les ans en assemblée générale ; l'assemblée entend le rapport des opérations de l'année, reçoit les comptes et les approuve.

Art. 32. S'il se forme une ou plusieurs sociétés entre les médecins habitant l'Algérie et les autres possessions coloniales de la France, ces sociétés pourront se relier à l'Association générale en remplissant les conditions prescrites par le titre III.

Art. 33. Les Sociétés médicales approuvées déjà existantes, et celles qui se fonderaient ultérieurement en dehors de l'Association générale, peuvent se réunir à elle : le fonds de réserve réalisé par ces sociétés, les dons et legs qu'elles possèdent ou qui pourraient leur être faits, restent leur propriété exclusive. Les sociétaires composant les sociétés qui s'agrégeront à l'Association générale, ne payent pas le droit d'admission.

Section II. — Société centrale.

Art. 34. Il est établi à Paris une société destinée à compléter le système des sociétés locales. Cette société prend le nom de *Société centrale.* Elle est composée de tous les médecins qui se trouvent dans les conditions exprimées dans l'article 7. Elle est administrée par une commission spéciale, nommée à cet effet par le conseil général, et présidée par le président de l'Association générale.

Art. 35. La Société centrale est organisée sur les mêmes bases que les Sociétés locales. Ses règlements sont préparés par la commission spéciale, arrêtés par le conseil général, et soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE III. — *Règles communes à toutes les Sociétés faisant partie de l'Association générale.*

Section Ire. — Admission. — Démission. — Exclusion. — Cotisations annuelles. — Secours. — Dissolution. — Jugement des contestations.

Art. 36. Est apte à faire partie d'une des Sociétés unies dans l'Association générale tout médecin pouvant exercer en France en vertu des lois, décrets et ordonnances qui régissent l'exercice de la médecine, et habitant le continent de l'Empire, le département de la Corse, l'Algérie et les colonies ; tout médecin de l'armée et de la flotte ; tout médecin remplissant une mission hors de France.

Art. 37. Le médecin qui veut s'associer à l'Association générale doit faire acte d'adhésion aux statuts de la Société locale de sa résidence, ou aux statuts de la Société centrale.

Art. 38. Chaque sociétaire est tenu de payer au moment de son admission une somme de 12 fr. destinée au fonds de l'Association générale.

Art. 39. Le sociétaire admis est tenu de payer, avant le 1er mars de chaque année, pour le service de la Société dont il fait partie, une cotisation annuelle de 12 fr. au moins. Le taux de la cotisation pourra être augmenté pour les Sociétés locales dont les ressources auraient été reconnues insuffisantes, après examen des états de situation fournis chaque année au préfet en vertu de l'art. 20 du décret organique sur les Sociétés de secours mutuels.

Art. 40. Les membres qui n'ont pas rempli les obligations prescrites par les articles 38 et 39, sont considérés comme démissionnaires s'ils ne présentent à leur commission administrative des explications qui soient acceptées par elle ; ils n'ont aucun recours à exercer pour les fonds qu'ils auront versés précédemment.

Art. 41. Ne peut être admis dans l'Association ou continuer à en faire partie le médecin convaincu de faits qui entachent l'honneur de l'homme ou qui compromettent la dignité de la profession. Les Sociétés locales déterminent dans leur règlement intérieur les conditions et les formes d'admission et d'exclusion.

Art. 42. Peuvent obtenir des secours : les sociétaires ; leurs veuves et leurs enfants ; leurs ascendants.

Art. 43. Le sociétaire n'a droit à des secours qu'après avoir fait partie de la Société pendant trois années consécutives. Cependant, si avant l'expiration de ce délai il est fait une demande suffisamment motivée, un secours exceptionnel peut être accordé.

Art. 44. Toute demande de secours doit être adressée au secrétaire de la Société locale à laquelle le demandeur appartient. La commission locale examine la demande, prend les informations et statue sur le droit au secours et sur son importance.

Art. 45. Les secours distribués ne sont que temporaires. Ils peuvent être renouvelés, mais sans engager l'exercice suivant.

Art. 46. Lorsque les ressources le permettront, l'Association générale pourra créer des pensions viagères d'assistance dont elle règlera l'importance et les conditions d'attribution.

Section II. — Ressources et charges des Sociétés locales.

Art. 47. Les ressources des Sociétés locales se composent : 1° des dons et legs faits à la Société ; 2° du produit des cotisations ; 3° du revenu des fonds placés.

Art. 48. Les charges annuelles de chaque Société se composent : 1° de la cotisation due par chaque Société à l'Association générale ; 2° des frais d'administration ; 3° des secours ; 4° d'un prélèvement, fixé par l'Assemblée générale, sur les revenus annuels, pour constituer le fonds de réserve de la Société.

Section III. — Dissolution des Sociétés locales et de la Société centrale.

Art. 49. La dissolution ne peut être prononcée qu'en assemblée générale de la Société spécialement convoquée à cet effet, et par un nombre de voix égal aux trois quarts des membres inscrits. La liquidation s'opérera suivant les conditions prescrites par l'article 15 du décret organique du 26 mars 1858. L'Association générale recueille les fonds qui forment le reliquat de liquidation de la Société dissoute.

Section IV. — Jugement des contestations.

Art. 50. La commission administrative de chaque Société locale, en premier ressort, et le conseil judiciaire de l'Association générale, d'une manière souveraine, sont constitués juges de toutes les contestations qui pourraient être soulevées relativement à l'interprétation et

à l'exécution des statuts et règlements. Les membres de l'Association s'interdisent tout recours devant les tribunaux, sous peine d'exclusion.

TITRE IV. — *Dispositions transitoires.*

Art. 51. Jusqu'à ce que les Sociétés locales soient fondées, les adhésions à l'Association doivent être adressées au secrétaire du conseil général à Paris.

Art. 52. La commission ci-après indiquée ayant reçu délégation pour rédiger les présents statuts, pour obtenir les autorisations nécessaires, remplit les fonctions attribuées au conseil général, jusqu'à la première assemblée générale de l'Association, qui aura lieu dans le mois d'octobre 1859.

Art. 53. La commission fondatrice se compose de :

MM. Rayer (président), membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, médecin ordinaire de l'Empereur, président du comité consultatif d'hygiène de France, etc. ; — Serres (vice-président), membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, professeur au Muséum d'histoire naturelle, et président du congrès médical de France, etc. ; — Amédée Latour (secrétaire), secrétaire du comité consultatif d'hygiène de France, ex-secrétaire du congrès médical, etc.; — Bertillon (vice-secrét.), médecin de l'hôpital de Montmorency, etc.; — Andral, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, médecin ordinaire de l'Empereur, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. ; — Bégin, président du conseil de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.; — Claude Bernard, membre de l'Institut, professeur au Collège de France et à la Faculté des sciences de Paris, etc. ; — Bethmont, ancien président au conseil d'Etat, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats, etc. ; — Bouillaud, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. ; — Michel Chevallier, membre du conseil d'Etat, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, etc. ; — Conneau, premier médecin de l'Empereur, membre associé de l'Académie impériale de médecine, député au Corps législatif, etc. ; — Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. ; — Daveune, directeur de l'assistance publique, membre associé libre de l'Académie impériale de médecine, etc. ; — Jules Guérin, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. ; — Jobert (de Lamballe), membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, chirurgien ordinaire de l'Empereur, professeur à l'Ecole de médecine de Paris, etc. ; — Larrey (le baron), membre du conseil supérieur de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien ordinaire de l'Empereur, etc. ; — Laugier, président de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.; — Michel Lévy, membre du conseil supérieur de santé des armées, de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, etc. ; — Leplay, conseiller d'Etat, etc. ; — Littré, membre de l'Institut, associé libre de l'Académie impériale de médecine, etc.; — Mêlier, membre de l'Académie impériale de médecine et du comité consultatif d'hygiène, inspecteur général des services sanitaires, etc. ; — Michon, chirurgien des hôpitaux civils de Paris, etc. — Ricord, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. ; — Ségalas, membre de l'Académie impériale de médecine, du conseil général de la Seine, du conseil municipal de Paris, etc. ; — Tardieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du comité consultatif d'hygiène, médecin des hôpitaux de Paris, etc. ; — Vernois, médecin des hôpitaux de Paris, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc. ; — Villermé, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc.

Vu, pour être annexé à l'arrêté du 31 août 1858, enregistré sous le n° 1618.

Le ministre de l'intérieur, Delangle.

Pour copie conforme :

Le secrétaire général, Cornuau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Gangrène du pied droit par arrêt de la circulation dans les artères tibiale postérieure et péronière.

On connait les belles recherches du professeur Virchow sur les embolies artérielles et les discussions dont elles ont été l'objet. M. le professeur Schutzemberger (de Strasbourg), qui a été en France l'un des premiers partisans et l'un des plus ardents propagateurs des doctrines de M. Virchow, vient de communiquer récemment à la Société de médecine de Strasbourg une observation de gangrène du pied par arrêt de la circulation dans les artères tibiale postérieure et péronière, qui lui avait d'abord paru pouvoir être invoquée à l'appui de sa doctrine.

Tout, dans les phénomènes qui ont précédé et suivi chez ce malade le développement de la gangrène du pied, affection endocardique ancienne, accidents cardiaques graves pouvant faire présumer l'existence d'une lésion mitrale et d'une excroissance polypiforme susceptible de donner lieu à des embolies artérielles; invasion subite d'accidents cérébraux graves, mais de courte durée, attribuables à la perturbation de la circulation générale; invasion également subite de douleurs dans les deux extrémités inférieures, dont l'une reste frappée de gangrène, tandis que l'autre reprend rapidement son état normal; enfin les symptômes généraux analogues à ceux qui ont été signalés par Virchow comme caractéristiques des oblitérations par embolie, tout, en un mot, semblait s'expliquer en effet plus naturellement dans ce cas par une obturation embolique des artères, plutôt que par une lésion artérielle locale et persistante, telle qu'une artérite ou une dégénérescence athéromateuse des parois vasculaires. Cependant l'autopsie, en révélant l'existence de ce dernier genre d'altération, est venue élever des doutes sur le rôle exclusif de l'obturation embolique.

Malgré ces doutes, que M. Schutzemberger a très-loyalement acceptés, ou plutôt à cause même de ces doutes qui ne peuvent que surexciter davantage le désir d'éclairer une question de pathologie encore très-litigieuse, nous avons pensé que l'observation de notre savant confrère serait lue avec intérêt, et nous nous joignons à lui pour appeler sur ce fait l'examen et la discussion.

Voici le fait rapporté par M. Schutzemberger :

Michel F..., âgé de cinquante-quatre ans, d'une bonne constitution, fut atteint, en 1851, à la suite d'un refroidissement, d'une endocardite aiguë. Abandonnée à elle-même et incomplétement guérie, cette affection fut suivie de symptômes annonçant une maladie chronique du cœur. Habituellement sujet à la dyspnée, à des palpitations et quelquefois à de l'œdème des jambes, le malade dut recourir à des secours médicaux. Vers le printemps de 1852, il fit un séjour de trois semaines à l'hôpital de Strasbourg, et fut soulagé par un traitement antiphlogistique. Depuis ce temps les accès de dyspnée furent ordinairement enrayés par des émissions sanguines et la digitale. Les accidents cardiaques n'avaient rien offert de particulier jusqu'à la fin de 1857, lorsque le 10 décembre de cette année, sans prodromes, et pendant que le malade s'habillait, il survint une perte subite de connaissance avec hémiplégie gauche. Ces accidents disparurent au bout de quelques heures à la suite d'une saignée et d'une infusion de thé, et le malade éprouva un soulagement notable.

Le 1er mars suivant, nouvelle exacerbation de dyspnée et de palpitations qui cède à l'emploi de la saignée.

Le 16, sans nouvelle cause, surviennent les accidents suivants: Bien portant dans la matinée, F..., en descendant un escalier, sent tout à coup une douleur vive dans les deux membres inférieurs, bientôt accompagnée d'une sensation de froid très-pénible dans les deux pieds. Soutenu par les bras de deux personnes, il peut faire une centaine de pas, puis il s'affaisse, tout en conservant sa présence d'esprit. Transporté à son domicile, il reçoit les secours de M. le docteur Schaaff, qui constate le refroidissement et l'aspect cadavérique et pâle des deux membres inférieurs.

Sous l'influence de sinapismes aux mollets et d'un pédiluve, la jambe gauche reprit bientôt une température plus normale, et la douleur disparut de ce côté; mais le pied droit resta froid et douloureux. Deux jours après, il se forma des traînées rouges, livides se dirigeant des orteils vers la jambe; le pied se tuméfia, sa surface prit un aspect marbré; il survint par intervalle des frissons alternant avec des sueurs abondantes et un peu de délire la nuit.

Le 23, M. Schutzemberger, voyant le malade pour la première fois, constate les phénomènes suivants :

1° Une gangrène commençante du pied droit, caractérisée par une tuméfaction notable, une teinte livide et marbrée, la lividité des ongles, le refroidissement et la perte de sensibilité à la face dorsale du pied.

2° Aucune altération notable dans les artères. Celles du membre malade ne paraissent point épaissies et n'offrent pas de plaques d'induration appréciables. Les pulsations des artères crurales sont égales des deux côtés et perçues facilement. L'artère poplitée droite offre des pulsations parfaitement appréciables, mais un peu plus faibles qu'à gauche.

3° Au cœur : une voussure précordiale s'étendant du quatrième au septième espace intercostal gauche et du mamelon au sternum; une matité plus étendue qu'à l'état normal, mesurant 10 centim. transversalement sur 8 de hauteur; une impulsion faible, des battements irréguliers et intermittents; la pointe située plus bas et plus à gauche que d'ordinaire. A l'auscultation le premier bruit paraît normal, le second est dédoublé et offre parfois la sensation d'un bruit de drapeau; un frémissement cataire, évident, quoique léger, est perçu à l'application de la main.

4° Comme symptômes généraux : face pâle, mais naturelle; peau médiocrement chaude et sudorale; pouls en rapport de force avec les battements du cœur, assez fréquent, mais irrégulier; pas de pouls veineux ni de gêne apparente dans la circulation veineuse; pas d'œdème.

A dater du 23 mars jusqu'au 20 mai, époque de la mort du malade, voici quelles ont été les phases principales de la maladie :

La gangrène de l'extrémité inférieure droite s'est bornée à la moitié antérieure du pied. Peu à peu la partie mortifiée se raccornit, devint dure et sèche comme du parchemin, rendant un son de bois à la percussion et offrant une couleur noir d'ébène. Au moment de la mort, la momification de la moitié antérieure du pied était complète, et les parties mortes séparées des vivantes par un sillon profond d'élimination en pleine voie de suppuration. Le malade avait éprouvé dans les premières semaines des douleurs atroces qui avaient graduellement diminué en approchant de l'époque de la mort. Enfin, pendant toute la durée de la maladie, les battements de la crurale et de la poplitée droite restèrent facilement appréciables. Après la diminution du gonflement de la partie supérieure du pied, on put sentir distinctement les battements de l'artère pédieuse.

Les phénomènes physiques du côté du cœur sont restés les mêmes pendant toute la durée de l'affection; mais le malade a éprouvé une série d'accidents fonctionnels du côté du cœur et des voies respiratoires (battements du cœur tumultueux, irréguliers, engouement pulmonaire double, avec dyspnée et mouvement fébrile), qui ont fini par amener la mort.

L'autopsie a fait constater les lésions suivantes :

Cœur volumineux, ventricule gauche hypertrophié et dilaté, ne contenant rien d'anormal; valvule mitrale très-épaissie. Dans l'oreillette gauche, il y avait un caillot du volume d'une petite poire, remplissant la moitié de sa cavité, et se prolongeant dans la cavité de l'appendice auriculaire, où il adhérait. La portion adhérente de ce caillot, d'une assez forte consistance, offrait l'aspect d'une concrétion fibrineuse ancienne.

Il existait de nombreuses taches jaunes athéromateuses dans l'aorte et dans différents points de l'arbre artériel. A gauche, au niveau de la division de la carotide primitive, à cheval sur la bifurcation, était un caillot adhérent, décoloré, globuleux, du volume d'une fève, mais n'obturant pas la cavité du vaisseau. Rien de particulier dans les artères cérébrales; l'artère sylvienne droite offrait seule quelques plaques athéromateuses.

Aux membres inférieurs, à gauche, dans l'origine de la crurale profonde, existait un coagulum de 4 centimètres, fusiforme, décoloré en grande partie; à droite, au tiers inférieur de la crurale, à sa sortie de l'anneau des adducteurs, on trouvait des lamelles allant d'une paroi à l'autre, et divisant le calibre du vaisseau en plusieurs parties. Plus bas, de nombreuses plaques athéromateuses réduisaient de plus de moitié le calibre du vaisseau. Au niveau de l'artère péronière, on trouvait une plaque fibrineuse triangulaire, exactement appliquée sur l'orifice du vaisseau, de manière à l'obturer. La péronière était du reste complétement obturée; son calibre était effacé, et l'artère réduite en un cordon d'environ 3 millimètres d'épaisseur.

La tibiale postérieure droite était aussi complétement oblitérée à partir du quart inférieur de la jambe. Dans ce point, elle était dure, comme injectée, épaissie, et restait ainsi jusqu'au niveau de la gangrène. En incisant cette artère, on trouvait tout d'abord au quart inférieur de la jambe, un caillot semi-transparent, décoloré, mollasse, du volume d'un petit pois, remplissant tout le calibre du vaisseau. Plus bas, on trouvait une série de caillots durs, brunâtres, longs d'un centimètre environ, et séparés les uns des autres par de petits intervalles. On retrouvait ces caillots jusque dans les artères plantaires.

L'artère pédieuse était saine et libre.

Résultats des opérations de trachéotomie pratiquées à l'hôpital des Enfants pendant les années 1857 et 1858.

Nous avons publié l'année dernière le relevé des opérations de trachéotomie pratiquées à l'hôpital des Enfants pendant l'année 1856, comme nous l'avions fait pour les années précédentes. Ces relevés statistiques, indépendamment de l'avantage qu'ils ont de faire connaître la proportion des guérisons obtenues dans une période de temps donnée, apportent presque toujours avec eux quelques enseignements nouveaux, soit relativement aux indications de l'opération et aux diverses chances de succès qu'elle présente suivant l'âge ou telles autres conditions particulières des enfants, soit sur la valeur des modifications apportées au procédé opératoire ou dans les soins consécutifs à l'opération. C'est ainsi que, dans le relevé de l'année dernière, dressé par M. André dans sa thèse inaugurale, on a pu constater que la proportion des succès s'élevait avec l'âge et que les garçons présentaient en général un nombre de guérisons plus considérable que les filles (pour cette année du moins).

Nous publions aujourd'hui le relevé de ces opérations pratiquées dans le même établissement pendant l'année 1857 et le premier semestre de 1858, que nous extrayons de la thèse récemment soutenue par M. Millard, interne sortant de l'hôpital des Enfants.

	Opérés.	Guérisons.	
Année 1857.	39 garçons.	4	plus de 1/10e.
—	31 filles.	12	plus de 1/3.
	70	16	plus de 1/5e.
Année 1858.	23 garçons.	4	plus de 1/6e.
(1er semestre.)	31 filles.	9	plus de 1/4.
	54	13	plus de 1/5e.

Il semblerait résulter de ce tableau, au premier coup d'œil, que les résultats ont été généralement moins favorables dans ces dix-huit derniers mois qu'en 1856 et dans les quatre ou cinq années précédentes, qui ont donné pour moyenne à peu près constante des guérisons la proportion de 1/3. Il serait possible que cette différence eût sa cause dans la gravité plus grande des cas de croup observés dans ces dix-huit derniers mois. Mais en admettant cette cause comme réelle, il resterait encore à faire la part d'une circonstance signalée par M. Millard. Dans ce relevé, il n'a été tenu compte parmi les guérisons que des cas où la cicatrisation de la plaie a été complète, et les enfants qui ont succombé pendant la convalescence, même après avoir recouvré la voix, mais sans que la plaie ait été fermée, ont été classés parmi les morts, bien qu'ils eussent pu à la rigueur être considérés comme guéris du croup par la trachéotomie. Cette sévérité dans la supputation des résultats, dont les précédentes statistiques n'avaient probablement pas toujours donné l'exemple, peut, comme on le voit, expliquer jusqu'à un certain point la différence dans la proportion des guérisons.

Mais il est une autre différence entre le relevé de M. Millard et celui de M. André, qui est bien plus tranchée et qui montre combien il faut être réservé dans les déductions à tirer de ces statistiques, lorsqu'elles ne portent pas sur un grand nombre d'années et sur des chiffres considérables. On vient de voir que le relevé de M. André indiquait un nombre de guérisons plus considérable chez les garçons que chez les filles. Or il résulte des

chiffres de M. Millard que les filles ont fourni un nombre de guérisons triple de celui des garçons en 1857, et plus du double en 1858. On voit par là qu'il n'y a, quant à présent au moins, rien à conclure relativement à l'influence des sexes sur les résultats, si ce n'est que cette influence est probablement nulle, et la différence des résultats toute fortuite.

Il n'en est pas de même pour l'âge, et à cet égard les chiffres de M. Millard viennent confirmer complétement ceux de M. André. Il résulte en effet des tableaux, qu'il est inutile de reproduire ici, que les opérés de neuf et huit ans n'ont fourni que des succès; viennent ensuite ceux de six et cinq, qui en ont procuré presque moitié, quatre ans plus d'un tiers, et trois ans plus d'un quart. Au-dessous de trois ans, tous sont morts. Sous ce rapport, toutes les statistiques publiées depuis un certain nombre d'années sont parfaitement concordantes, et elles justifient pleinement cette proposition : « Toutes choses égales d'ailleurs, les chances de succès sont en raison de l'âge des enfants. »

Nous en restons là pour le moment de cette statistique dont nous n'avons fait ressortir que quelques-uns des points seulement. Nous y reviendrons d'autant plus volontiers que la thèse de M. Millard n'est pas de celles qui doivent passer inaperçues, et que nous aurons beaucoup d'autres emprunts utiles à lui faire.

Aphonie intermittente revenant chaque année à la même époque et se prononçant tous les jours à midi précis, pendant un temps qui varie de trois à sept mois.

Il y a un peu plus de vingt-neuf ans (au mois de juin 1829), M. le docteur Rennes (de Bergerac), publiait dans les *Archives de médecine* l'histoire d'un cas pathologique probablement unique dans les annales de la science. Il s'agit d'une femme alors âgée de quarante-neuf ans, habitant la campagne, point du tout nerveuse, aussi étrangère que possible aux suggestions de l'imagination, assez indifférente à son mal, et qui, depuis dix-sept années consécutives, était sujette à une aphonie intermittente revenant chaque année à la même époque par accès quotidiens se manifestant à midi précis, et durant ainsi pendant un temps variable depuis trois jusqu'à sept mois.

M. Rennes nous communique aujourd'hui des renseignements complémentaires sur l'état de cette malade.

Mme M., nous écrit-il, parvenue maintenant à l'âge de soixante-dix-huit ans, n'est pas délivrée de ces accès, dans lesquels l'extinction subite de la voix marque aussi exactement que le cadran solaire le passage du soleil au méridien. Elle n'a pas cessé une année de les voir se reproduire pendant deux ou trois mois au moins, à partir de la fin de janvier ou du commencement de février, avec une constance et une régularité remarquables.

Les deux fils de cette dame, docteurs en médecine, résidant auprès d'elle depuis plus de vingt ans, ajoute notre honorable correspondant, ont surabondamment constaté les phénomènes invariables de cette névrose périodique, « espèce d'asthme diurne borné au larynx, dont le sommeil de la nuit termine chaque jour les accès; affection bien extraordinaire, qui, ayant débuté à l'âge de trente-trois ans, semble devoir se reproduire autant d'années que le sujet de l'observation en pourra fournir (1). »

OBSERVATION DE MORVE AIGUE,

Par M. le docteur Audubert (de Tulle).

Appelé vers la fin de février par le sieur F....., roulier, demeurant dans un faubourg de la ville, je trouvai le malade levé, se plaignant de courbature, de malaise et d'envie de vomir. L'épidémie de grippe, qui régnait en ce moment, accompagnée d'accidents gastriques, me fit croire aux prodromes de cette maladie; la fièvre était peu intense, et je prescrivis un traitement en conséquence. Je ne pensais plus à ce malade, lorsque, revenant de voyage le 4 mars, on me pria de le voir de nouveau. J'observai ce jour-là un développement du pouls considérable. Le malade accusait de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, et surtout dans les articulations de la mâchoire, la glande parotide gauche était tuméfiée. Je prescrivis des sudorifiques, des lavements, une application de sangsues sur la glande, etc.

Le malade demeura ainsi jusqu'au 9 juin sans autres symptômes nouveaux qu'une faiblesse générale, augmentant chaque jour. Je fus frappé le 10 d'une coloration érysipélateuse de la face et de la difficulté de la respiration nasale. J'examinai l'arrière-bouche et je remarquai une inflammation violente, accompagnée d'ulcérations sur les amygdales; mais la douleur intolérable que causait au malade l'écartement des mâchoires ne me permit pas de prolonger mon examen.

La langue était saburrale et rouge à sa pointe; la parotide droite se tuméfiait. Je prescrivis un purgatif, une nouvelle application de sangsues et un gargarisme astringent. Le 11, la respiration était plus accélérée, le pouls plus fréquent, plus petit, et on entendait dans la poitrine du râle à grosses bulles. J'avais déjà des soupçons sur cette maladie; mais ce ne fut que le 12 que la peau de la partie inférieure de la face devint violacée, et que je remarquai des vésicules. Bien certain alors de n'avoir pas affaire à l'érysipèle, bien certain aussi que le malade n'était pas atteint de syphilis, je crus au charbon et je questionnai la famille pour savoir s'il n'y avait pas de chevaux malades dans la maison, si le malade n'avait pas chargé de peaux, etc. On me répondit négativement, et dans le doute, je prescrivis des toniques et j'attendis au lendemain. Ce jour-là je fus frappé à mon arrivée par l'apparition de taches gangréneuses sur la lèvre inférieure et sur le menton, et surtout *par une raie rouge*, transversale, qui offrait la dureté d'une corde. Alors seulement je reconnus la morve, et la famille persistant dans son refus de m'éclairer, je demandais l'appel d'autres médecins pendant mon absence, car je m'éloignai jusqu'au lendemain.

A mon retour, je trouvai toute la partie inférieure de la face noire, tuméfiée et couverte de pustules phlysacées. La lèvre supérieure commençait aussi à se tuméfier, et présentait cette *raie rouge transversale* que j'avais déjà observée; on avait appelé un confrère, et le doute n'était plus permis. La respiration était stertoreuse, le délire était survenu, et on observait sur le corps quelques taches gangréneuses. Ce fut à ce moment qu'on nous avoua qu'il y avait dans la maison des chevaux morveux.

Le pouls devint lent, facile à déprimer, l'air hagard; la gangrène faisait des progrès effrayants; mais ce ne fut que le 15 au soir que je pus remarquer l'écoulement purulent des narines.

L'agonie persista jusqu'au 17 au matin, quoiqu'il fût possible d'ouvrir la bouche du malade; les urines et les selles étaient involontaires, et le corps exhalait une odeur telle que peu de parents ou d'amis se résignaient à le garder; un d'eux se trouva mal en l'approchant.

La gangrène avait fait des progrès si considérables que la totalité du corps était presque envahie au moment de la mort, et que je crus devoir ordonner l'inhumation immédiate.

La longue incubation de la maladie rend cette observation intéressante; ses symptômes ont été trop tranchés pour que l'on puisse la confondre avec l'érysipèle gangréneux ou avec le charbon; mais on peut croire que la transmission a eu lieu par *infection* et non par inoculation. M. Rayer a eu raison de dire que cette maladie n'est le plus souvent reconnue que dans les derniers jours, à cause surtout du refus que font les familles d'éclairer le médecin. La ligne rouge est bien le seul symptôme certain, et on voit que dans ce cas l'écoulement n'a paru qu'à la dernière période.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er septembre 1858. — Présidence de M. Deguise.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

MM. Legouest et Béraud se portent candidats à la place de membre titulaire, qui est actuellement vacante.

— La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

T. Vanzetti, *Secondo caso di aneurisma dell' arteria ostalmica guarito colla compressione digitale della carotide*, Padoue, 1858, in-8°.

T. Vanzetti, *Sulla cura dell' infiammazione colla compressione digitale*, Venise, 1858.

J. Thiry, *Recherches sur les granulations considérées comme altérations spécifiques de l'ophthalmie purulente contagieuse*. Bruxelles, 1858.

— M. Larrey fait hommage à la Société des ouvrages suivants : 1° Marcelin Duval, *Traité de l'hémostasie et des ligatures d'artères*, 1re livraison, Paris, 1856, in-8°; 2° Kühnholtz, *Sur la régénération des parties molles du corps humain*, Montpellier, 1841, in-8°; 3° *Revue de la clinique ophthalmologique de M. Sichel*, Paris, 1837, in-8°; 4° enfin, 52 thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Continuation de la discussion soulevée à l'occasion de la présentation faite par M. Bouvier. — M. Boinet ne partage pas l'opinion de M. Bouvier. Le malade qui est soumis de nouveau à l'examen de la Société est affecté d'une luxation spontanée du fémur. La déformation de la hanche est un signe incontestable de cette lésion. Si le malade marche ou s'il est couché, il est impossible de méconnaître la rotation de la tête du fémur et l'inclinaison du bassin. D'où provient cette déformation? Les épines iliaques ne sont plus sur le même plan; celle du côté malade est plus élevée que celle du côté sain; le grand trochanter est plus en avant et la tête du fémur plus en arrière que dans l'état normal. Ce sont là pour M. Bouvier des signes incontestables de luxation; il a, dit-il, beaucoup insisté sur les signes distinctifs des luxations de la hanche dans un mémoire qu'il a publié en 1835, et auquel on a emprunté, sans le citer, les moyens de mensuration qui sont aujourd'hui admis par tout le monde. Pour lui, le jeune homme présenté par M. Bouvier a eu une luxation, consécutivement à une coxalgie, qui a duré plusieurs années, mais qui est guérie, et il ne reste plus d'autre lésion qu'une fausse articulation du fémur sur l'os iliaque.

M. Chassaignac, après avoir fait marcher le malade, croit que la tête du fémur est déplacée et roule du haut en bas sous les muscles fessiers.

M. Bouvier. Je suis persuadé qu'il y a d'excellentes choses dans le mémoire que M. Boinet vient de nous rappeler, et qu'il a publié en 1835. Mais la science a marché depuis, et je crains que notre collègue, préoccupé par d'autres travaux, n'ait pu se tenir complétement au courant de ses progrès relativement au mécanisme des positions vicieuses dans la coxalgie. Ainsi, par exemple, l'obliquité du bassin n'est pas un phénomène permanent, comme M. Boinet paraît le croire. Chez notre malade, en particulier, on fait cesser cette obliquité à l'instant même et on la reproduit à volonté; il ne s'agit pour cela que de porter le membre dans l'adduction et de le placer ensuite de nouveau parallèlement à l'axe du corps, parce que le bassin et le fémur, immobiles et inclinés l'un sur l'autre dans le sens transversal, forment une sorte de levier coudé à angle aigu, dont une branche ne peut être droite sans que l'autre soit oblique. Or c'est là un fait très-important pour l'exploration; car on ne se fait une idée juste de l'état du membre qu'en commençant par rétablir la situation normale du bassin par rapport à l'axe du corps; c'est un point sur lequel M. Bonnet (de Lyon) a insisté avec raison dans sa dernière communication. Mais il en résulte une autre conséquence : c'est que, puisque l'inclinaison du bassin n'est que l'effet de l'attitude vicieuse de l'articulation de la hanche, elle disparaît d'elle-même, et avec elle toute la difformité, si l'on rétablit la liberté du mouvement d'abduction.

M. Chassaignac dit que la tête du fémur, chez ce malade, glisse de haut en bas et de bas en haut sous les muscles fessiers pendant la marche. Tout ce que je puis dire, c'est que je n'ai rien pu voir de semblable.

M. Gosselin m'a fait voir, à l'issue de la dernière séance, que la tête fémorale faisait saillie au bas de la fesse dans une forte flexion de la cuisse malade. J'ai été un moment embarrassé, je l'avoue, par cette particularité, qui semblait en désaccord avec tous les signes négatifs de luxation que j'avais reconnus. J'ai fait des recherches, et j'ai constaté qu'il se produit une saillie semblable de la tête chez les jeunes sujets dont on porte le membre dans une forte flexion, accompagnée d'adduction et de rotation en dedans, surtout si l'on choisit des cas où les muscles offrent peu de résistance, comme chez les paralytiques. L'attitude constante de la cuisse chez ce jeune homme, — adduction et rotation en dedans, — jointe à la flexion forcée, doit donc produire le même phénomène. La tête n'est pas pour cela luxée; elle ne fait que rouler dans la cavité cotyloïde par l'effet du triple mouvement imprimé au membre, et elle soulève la capsule en arrière par une portion de sa surface qui sort du cotyle.

Cette saillie de la tête, beaucoup moins considérable que dans la luxation, a aussi un autre siége que dans cette dernière; elle répond à la place qu'occupe le cotyle, et non au-dessus ou en arrière; on ne la suit pas, comme dans la luxation, au delà de la cavité cotyloïde, quand la cuisse revient à l'extension.

Je trouve dans le commémoratif une autre preuve de la non-existence de la luxation. Je lis dans une consultation que j'ai donnée pour ce malade, il y a trois ans, qu'à cette époque, en ramenant peu à peu la cuisse dans l'abduction, — c'était alors possible, — on faisait disparaître complétement le raccourcissement du membre et la difformité. Or, ce raccourcissement et cette difformité sont aujourd'hui ce qu'ils étaient alors; toute la différence, c'est que l'attitude est devenue fixe.

M. Verneuil ne s'étonne pas des dissidences soulevées par le malade de M. Bouvier. Pour lui, il n'y a pas de luxation, et son opinion est fondée sur ce que le grand trochanter a conservé ses rapports avec les saillies osseuses qui l'avoisinent; il ne doute pas de l'exactitude des mesures prises par M. Bouvier; le grand trochanter n'est point déplacé, comme M. Boinet le prétend, et il reste fixe pendant la marche. Ces symptômes suffisent pour repousser l'idée d'une luxation. Quant à la tête du fémur qui fait une certaine saillie en arrière, il en trouve l'explication dans une autopsie qu'il a eu occasion de faire avec M. Boulard; un jour, pendant la distribution des cadavres à l'École pratique, il en aperçut un qui présentait à un haut degré le symptôme en question. Il suffisait en effet de fléchir la cuisse de ce sujet pour que la tête du fémur vînt faire saillie en arrière sous les muscles fessiers; mais, comme chez le malade de M. Bouvier, la saillie disparaissait lorsque le membre était allongé.

Les craquements qui se produisent dans les mouvements de la cuisse ne prouvent rien; ils rappellent ceux qu'on perçoit dans l'arthrite sèche, ou dans les cas d'hygroma, quand des franges fibreuses se forment à la fin de la maladie.

M. Boinet cherche à démontrer par l'examen du malade que le grand trochanter n'est pas à égale distance de la crête iliaque du côté droit et du côté gauche. Il y a, dit-il, un raccourcissement de plus de deux centimètres (assertion qui soulève de nombreuses réclamations).

M. Gosselin. S'il y a dissidence dans le cas qui nous occupe, c'est qu'il y a certaines analogies entre les déformations qui sont la conséquence d'une luxation et celles qui se produisent après les coxalgies guéries sans luxation. Les chirurgiens n'ont pas étudié suffisamment toutes les variétés cliniques des déformations qu'on observe à la suite des luxations spontanées, ou du moins ils n'ont pas eu l'occasion d'examiner attentivement après la mort les sujets qui avaient été soumis à des observations cliniques.

J'avais émis dans la précédente séance une opinion, que je croyais suffisamment fondée, sur la saillie de la tête du fémur en arrière, symptôme auquel M. Bouvier m'a appris à tenir grand compte. J'avais, en outre, cru reconnaître que le grand trochanter n'affectait plus les mêmes rapports avec une ligne allant de l'épine iliaque supérieure à la tubérosité de l'ischion. Aujourd'hui, après un examen plus attentif, ces signes me semblent beaucoup moins prononcés, et je doute qu'il y ait luxation. Ce qui m'éloigne encore de l'opinion que j'avais primitivement émise, c'est que deux malades que j'ai dans mon service à l'hôpital Cochin, et chez lesquels il y a luxation évidente, me permettent de faire un rapprochement. Evidemment, chez ces malades, la tête du fémur est plus mobile que dans le cas de M. Bouvier, et le grand trochanter est manifestement plus élevé, par rapport à une ligne qui irait de l'ischion à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Je crois donc qu'il est difficile de se prononcer avec certitude.

M. Richard croit, au contraire, qu'il n'est pas possible de douter, quand, dit-il, la mensuration et tous les autres signes invoqués se réunissent pour donner un résultat identique.

Si quelques membres de la Société admettent une luxation, c'est qu'ils n'ont pas fait la mensuration après avoir eu la précaution de mettre les deux membres abdominaux du malade dans la même position.

M. Morel-Lavallée n'attache aucune importance aux résultats de la mensuration. Gerdy a soutenu cette opinion, qui est encore partagée par des chirurgiens dont l'opinion n'est pas sans autorité. Même pour les luxations traumatiques, M. Morel ne regarde la mensuration que comme un moyen secondaire. C'est bien autre chose pour les luxations spontanées, dans lesquelles la cavité cotyloïde et la tête du fémur ont subi des déformations plus ou moins considérables. Il trouve un dernier argument en faveur de l'existence d'une luxation dans le cas dont il est question, en ce que la tête du fémur roule sous les doigts non-seulement en arrière, mais encore de haut en bas lorsque la cuisse est fléchie sur le bassin.

M. Guersant insiste de nouveau sur ce qu'il a dit dans la dernière séance. Les altérations de la tête et de la cavité cotyloïde produisent la déformation sur la nature de laquelle il y a dissidence. Il est impossible qu'une coxalgie ait existé pendant plusieurs années sans avoir altéré dans leur conformation extérieure la cavité cotyloïde et la tête du fémur; la cavité, en s'agrandissant, a amené un déplacement de la tête du fémur qui n'est pas encore une luxation.

(1) C'est cette observation d'aphonie intermittente que M. Champouillon a rappelée dans le numéro du 2 septembre.

M. BROCA est de l'avis de ceux qui n'admettent pas la luxation. Il est, en effet, facile de reconnaître que les os ont conservé leurs rapports normaux. Pour cela, mettant le membre abdominal du côté sain dans la flexion et dans l'adduction, on peut sentir ce que M. Bouvier a signalé chez les paralytiques. Répondant aux objections de M. Gosselin, il pense, comme M. Richard, que la déformation provient de l'inclinaison du bassin. Souvent, à l'amphithéâtre, on trouve des luxations apparentes qui disparaissent dès que les muscles qui recouvrent l'articulation ont été enlevés.

M. GOSSELIN ne croit pas que l'inclinaison du bassin suffise pour rendre compte de la déformation, qu'il rattache à un changement de forme survenu dans la cavité cotyloïde et dans la tête du fémur. Il admettrait pourtant volontiers qu'il n'y a pas de luxation, et il résume sa pensée en répétant que la question ne peut être éclairée que lorsqu'on aura eu l'occasion de faire l'autopsie des sujets qui dans le cours de leur maladie auront été étudiés attentivement.

M. MARJOLIN n'hésite pas à dire que la claudication du malade de M. Bouvier dépend de la déformation de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde. Il reconnaît pourtant que le diagnostic est fort embarrassant, et cette difficulté le préoccupe au point de vue de la thérapeutique; s'il n'y a que luxation incomplète, il est d'avis qu'il faut s'abstenir. Si l'on opère, que deviendront les tissus raccourcis après la section? En opérant, on rejettera le malade dans la série des accidents auxquels il a échappé, et l'opération n'empêchera pas la tête du fémur de remonter au-dessus du point qu'elle occupe dans l'état normal. Pour ces raisons, M. Marjolin s'abstiendrait.

M. BOUVIER. Quelque opinion que l'on ait sur la situation de la tête du fémur, la question thérapeutique est celle-ci: Il y a une position vicieuse, peut-on la changer?

Quatre causes peuvent entretenir les positions vicieuses dans la coxalgie: la contraction musculaire, la rétraction, le raccourcissement des ligaments, les adhérences des surfaces osseuses.

La simple contraction des muscles ne peut jouer ici un rôle important. Les douleurs sont dissipées depuis longtemps; la maladie paraît guérie. On ne peut donc s'attendre à voir cesser toute résistance après les inhalations de chloroforme, comme dans un cas dont M. Verneuil nous a rendus témoins ces jours-ci.

La rétraction musculaire paraît exister chez notre malade. Dans les efforts pour produire l'abduction, on sent une corde très-résistante formée par les muscles adducteurs. Le sommeil anesthésique fera bien voir si c'est une véritable rétraction. Dans cette supposition, la ténotomie, suivie d'une action mécanique continue, ne peut-elle pas procurer une grande amélioration? J'ai réussi, même dans la luxation congénitale, à augmenter considérablement l'étendue de l'abduction au moyen de la section des adducteurs rétractés.

Le raccourcissement d'une partie des fibres de la capsule doit également se rencontrer ici, comme le pense M. Marjolin. La rotation en dedans dépend sans doute presque uniquement de la tension de ces fibres. M. Bonnet n'hésiterait pas, je crois, à tenter de les allonger ou de les rompre par ses manœuvres de redressement forcé. Faut-il s'engager dans cette voie? ou doit-on être arrêté par la crainte de produire des accidents, de renouveler peut-être l'affection dont ce jeune homme a été délivré? Je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de mes collègues.

La quatrième cause, les adhérences, n'existe probablement pas dans ce cas, ou elle n'y est que secondaire; l'étendue du mouvement de flexion montre que la surface articulaire du fémur ne peut être fort adhérente à la cavité cotyloïde. En tout cas, cette circonstance ne fournirait pas une autre indication que le raccourcissement ligamenteux, et soulèverait les mêmes questions.

M. GOSSELIN ne dira rien de la ténotomie; les faits lui manquent pour asseoir sa conviction. Quant aux manœuvres qui sont faites dans le but de rendre aux membres leur direction normale, il a dans son service un malade, dont l'histoire ne manque pas d'intérêt, affecté d'une ankylose des deux fémurs dans leur articulation avec le bassin; ce jeune homme ne pouvait, lors de son entrée à l'hôpital, ni s'asseoir ni marcher. En présence d'une pareille infirmité, M. Gosselin crut devoir soumettre le malade aux manœuvres indiquées par M. Bonnet (de Lyon). Le chloroforme ayant amené l'anesthésie complète, M. Gosselin, aidé de deux élèves, parvint à rompre d'un côté les adhérences, qui cédèrent en produisant un bruit tellement fort, qu'on eut un instant la crainte d'avoir fracturé le col du fémur. Aucun accident ne se manifesta, si ce n'est une douleur qui ne tarda pas à céder à l'immobilité. Mais les adhérences se reformèrent bientôt. La même opération ayant été faite du côté opposé, on prescrivit encore l'immobilité pour calmer la douleur, et bientôt le malade cessa de souffrir, mais les adhérences se reproduisirent.

On a ainsi recommencé sept fois de chaque côté en dix-huit mois, et, à chaque fois, on a gagné quelque chose sans qu'il y ait eu d'autre accident qu'un peu de douleur. Maintenant le malade peut s'asseoir, et le succès pourrait engager à continuer le traitement. M. Gosselin pense, cependant, qu'il y aurait du danger à recommencer toujours, et à cause de l'amélioration produite, il est à peu près décidé à s'arrêter.

M. LEGOUEST a vu M. Bonnet (de Lyon) pratiquer la ténotomie dans des cas où il y avait fixité du fémur sur le bassin, et il n'a pas trouvé que les malades eussent beaucoup gagné. Il a plus de confiance dans les manœuvres d'extension et de flexion pratiquées pendant que l'opéré est soumis à l'action du chloroforme. Tout récemment il a tenté de réduire de cette manière une luxation ovalaire qui s'est produite à la suite d'une coxalgie. Ayant soumis la cuisse du malade à de grands mouvements dans tous les sens, il parvint à déplacer la tête du fémur. Ce déplacement se fit avec un bruit de craquement, et le chirurgien put reconnaître que des muscles sous-cutanés venaient de se rompre. La cuisse, qui avant l'opération était dans l'abduction et dans la rotation en dehors, a maintenant une meilleure direction, et M. Legouest recommencera les mêmes manœuvres, sans espoir de remettre la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, mais dans le but d'améliorer encore la situation du malade.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente un malade à qui il a enlevé la totalité de la lèvre inférieure et ruginé le maxillaire inférieur, que le cancer avait envahi. Il a fallu recourir à l'autoplastie pour reconstituer des lèvres. M. Huguier a eu recours à un procédé analogue à celui de M. Syme, et il a obtenu un résultat très-satisfaisant. Malheureusement un ganglion sous-maxillaire a acquis un développement qui annonce évidemment une récidive; mais M. Huguier fait remarquer que le cancer ne s'est reproduit ni dans la lèvre ni dans l'os, et que la récidive ne s'est produite qu'après trois ans.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. FOUCHER montre à la Société une pièce anatomique recueillie à l'École pratique sur le cadavre d'une jeune fille de dix-sept à dix-huit ans. Cette pièce offre un exemple de luxation coxo-fémorale. La tête du fémur est placée au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, et maintenue à une certaine distance de l'os coxal, qui n'offre aucune trace de cavité nouvelle. La capsule articulaire n'existe plus qu'à la partie postérieure, et la cavité cotyloïde, en partie effacée, a une forme triangulaire. L'os coxal ne présente aucune déformation, et les trous ovalaires ont la même forme de chaque côté. Le fémur, dont la tête est en partie détruite, est placé presque transversalement par une forte adduction jointe à la flexion et à la rotation en dedans. Les parties molles rétractées maintenaient solidement cette position vicieuse, qui a pu être détruite lorsque ces parties ont été coupées; on remarquait autour de la hanche de nombreuses cicatrices, indices d'abcès ayant existé dans cette région.

En raison de cet état des parties molles, de la position du fémur, de la destruction presque complète de la capsule, de l'absence de déformation de l'os iliaque, et, bien que la cavité cotyloïde ancienne ait l'aspect qu'elle offre dans le cas de luxation congéniale, M. Foucher se demande si l'on ne doit pas envisager cette pièce comme représentant une luxation consécutive à une coxalgie.

M. CHASSAIGNAC est d'avis que dans ce cas l'une et l'autre maladie peuvent avoir existé, mais que la coxalgie a été consécutive; qu'en un mot, c'est une luxation congéniale atteinte de coxalgie.

— M. FOLLIN présente une tumeur du volume des deux poings, qu'il a enlevée récemment par le procédé dont M. Chassaignac a plusieurs fois entretenu la Société.

Cette tumeur, étendue de la ligne courbe occipitale supérieure à la première vertèbre dorsale, s'étendait de l'angle de la mâchoire du côté droit à deux travers de doigt du côté gauche de la ligne des apophyses épineuses. Une longue incision courbe partant de l'occipital, et une incision transversale coupant la direction de la première dans son milieu, permirent d'inciser la tumeur de haut en bas en deux moitiés, dont la postérieure fut d'abord enlevée. Cette première extirpation facilita la dissection de la moitié antérieure, qui était appliquée sur les vaisseaux et nerfs de la région latérale du cou.

Le malade est dans un état très-satisfaisant.

— M. BROCA présente une pièce qu'il a recueillie sur le cadavre d'un enfant mort à l'âge d'un mois. C'est un nouvel exemple d'une hernie inguinale dans laquelle l'intestin hernié est en rapport immédiat avec le testicule.

— A l'occasion de cette présentation, M. DEPAUL dit qu'après avoir beaucoup étudié la question, il est convaincu que les hernies véritablement congénitales sont très-rares. Celles que l'on désigne ainsi ne surviennent que quelques jours après la naissance.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

Dans un travail qu'il vient de communiquer à l'Académie de médecine, M. le docteur Garnier établit que l'atmosphère maritime exerce une action très-variable sur la phthisie pulmonaire; que cette action est subordonnée aux qualités variables elles-mêmes des climats et des localités.

C'est exactement ainsi que les choses se passent sur le continent. D'où il suit que les revendications faites en faveur du littoral, en ce qui concerne la prophylaxie des tubercules, ne sont pas fondées d'une manière absolue. Il y a sur les bords de la mer de bons gîtes comme il y en a de mauvais pour les poitrinaires. Le mérite de M. Garnier est d'avoir cherché à classer, sous ce rapport, les principales stations maritimes de la France; mais il est permis toutefois de ne pas accepter cette classification comme définitive, car les données statistiques sur lesquelles elle repose ne sont pas suffisamment péremptoires.

CHAMPOUILLON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Calvo vient d'être nommé médecin du ministère de l'Algérie et des colonies.

— M. Bonnard, ancien chirurgien militaire, fixé depuis longtemps à Calais, vient de mourir dans cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, par M. le professeur ALQUIÉ, 2e volume, avec dessins lithographiés. Prix, 6 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Des Eaux de Saint-Sauveur et de leur influence curative dans les différentes formes de la dyspepsie, par le docteur HÉDOUIN, médecin adjoint de Saint-Lazare, membre titulaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — Paris, 1858, librairie de Victor Masson.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 108. — MARDI 14 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 13 septembre 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une communication faite à l'Académie le 28 février dernier, M. Cl. Bernard a fait voir qu'à l'état normal le sang veineux des glandes est rutilant quand ces organes expulsent le produit de leur sécrétion, et qu'il est noir quand ces mêmes glandes n'expulsent rien et sont dans ce que l'on appelle l'état de repos. Une seconde communication, faite il y a un mois environ, a eu pour objet d'indiquer par quel mécanisme physiologique deux ordres de nerfs tiennent sous leur dépendance les variations de couleur qui surviennent dans le sang veineux glandulaire. Dans une nouvelle lecture qui a occupé une partie de la dernière séance, le savant physiologiste s'est occupé des modifications chimiques du sang qui sont en rapport avec ses changements de coloration dans une même veine. Il ne s'agit point, dans cet examen des sangs veineux glandulaires, d'une analyse chimique, mais de la détermination relative de l'oxygène, auquel on a toujours attribué, comme on sait, la couleur rutilante du sang.

M. Bernard a été conduit par des considérations entièrement physiologiques à un nouveau procédé de détermination de l'oxygène du sang. En étudiant l'action toxique de l'oxyde de carbone sur le sang chez l'animal vivant, il a été amené à trouver que ce gaz empoisonne rapidement les animaux parce qu'il déplace instantanément l'oxygène des globules du sang, et ne peut plus ultérieurement être déplacé par l'oxygène de l'air. « D'où il suit, dit-il, que les globules du sang, en quelque sorte paralysés, sont devenus impropres à absorber l'oxygène et circulent comme des corps inertes sans pouvoir désormais entretenir la vie. » En un mot, l'action si éminemment toxique de l'oxyde de carbone, serait, suivant M. Bernard, la conséquence de sa très-grande affinité pour la matière des globules sanguins. C'est cette singulière propriété toxique qui l'a conduit à employer ce gaz pour déplacer l'oxygène du sang ; ce qui constitue un procédé analytique aussi rigoureux que rapide, paraît-il.

Or la question que M. Bernard se proposait de résoudre pouvait être ramenée en dernière analyse à celle-ci : Savoir si le sang veineux glandulaire rouge contient autant ou plus d'oxygène que le sang veineux glandulaire noir. Ce nouveau genre de réactif était donc ici particulièrement applicable. C'est à l'aide de ce moyen, en effet, qu'il est parvenu à établir ce fait physiologique curieux et bien digne d'intérêt, que c'est pendant leur fonction, c'est-à-dire pendant qu'elles sécrètent, que les glandes laissent passer le sang rouge sans le désoxyder ; tandis que, pendant qu'elles ne fonctionnent pas et n'expulsent aucun produit, le sang qui en sort est noir, privé en grande partie d'oxygène et chargé d'acide carbonique.

On aura déjà remarqué l'opposition qui existe sous ce rapport entre le système glandulaire et les muscles d'où le sang sort au contraire d'autant plus noir et d'autant plus désoxydé, que l'organe a fonctionné, c'est-à-dire s'est contracté plus énergiquement. M. Bernard, au lieu de conclure de cette opposition à une différence radicale dans les procédés de nutrition et de fonctionnement des glandes et des muscles, pense qu'il faut en tirer cette conséquence toute différente : c'est que l'on a mal interprété jusqu'ici les états de repos et de fonctionnement des glandes, et que ce que l'on a appelé le repos pourrait bien être au contraire le moment de la plus grande activité fonctionnelle.

La solution de cette question, soulevée par les expériences dont nous venons de présenter une très-sommaire analyse, et que l'on trouvera rapportées plus au long dans le compte rendu de la séance, sera l'objet et le point de départ d'une nouvelle série de recherches, dont nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance.

L'Académie a entendu dans cette même séance la lecture d'un mémoire de M. Heurteloup, sur la taille sous-pubienne membraneuse, opération que M. Heurteloup désigne ainsi parce que la partie membraneuse de l'urèthre y est seule intéressée, et qui ne nous paraît être autre chose que la taille par le *grand appareil*, abandonné depuis longtemps et avec juste raison à cause de la distension que l'on était souvent obligé de faire subir au col de la vessie, ainsi que de la déchirure et de la contusion du col. Elle a entendu ensuite la lecture d'une note de M. Mialhe, relative à l'action de la santonine sur l'économie animale. L'auteur a cherché à s'en rendre compte par la transformation que la santonine subit dans l'économie sous l'influence de l'action comburante de l'oxygène avec lequel elle est incessamment mise en rapport par la respiration. Il ramène ainsi ce fait aux lois qu'il a formulées dans son *Traité de chimie appliquée à la physiologie*, pour l'oxydation des substances organiques dans l'économie. On trouvera dans le compte rendu un extrait détaillé du mémoire de M. Heurteloup et la note textuelle de M. Mialhe.

M. A. Legrand, qui avait communiqué dans la précédente séance un mémoire sur la cautérisation linéaire appliquée au traitement des névromes, a adressé dans celle-ci une nouvelle observation qui vient à l'appui des propositions émises dans ce travail.

Enfin, M. Flourens a présenté un exemplaire des belles recherches anatomiques de M. Jobert de Lamballe sur les appareils des poissons électriques. Nous nous plaisons à reproduire les termes mêmes de cette présentation, qui caractérisent mieux que nous ne pourrions le faire la valeur et la portée de ces recherches. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

De l'anesthésie, nouveau symptôme de croup servant d'indication à la trachéotomie (1).

Si, comme on l'a dit avec justesse, la thérapeutique est la science des indications, les médecins ne doivent rien négliger dans l'analyse des symptômes offerts par les malades, surtout lorsqu'ils en rencontrent d'assez importants pour leur commander d'agir immédiatement ou au contraire de rester dans l'inaction. A ce titre, le nouveau symptôme de la troisième période du croup que je vais vous faire connaître, a cet avantage qu'il détermine rigoureusement le moment précis où il faut faire la trachéotomie, et où on ne peut sans péril de mort différer cette opération. C'est un phénomène qui n'a point encore été signalé par les observateurs, et l'analyse clinique lui donne une réelle importance. Je veux parler de l'*anesthésie* complète ou incomplète de la peau et des différents tissus se produisant à la fin du croup dans la période d'asphyxie, avec ou sans cyanose, avec ou sans paroxysmes de suffocation.

En remettant en faveur la trachéotomie dans le traitement du croup, M. le professeur Trousseau a dû se demander à quel moment il fallait opérer les malades. Il a d'abord déclaré que c'était à la dernière période du mal, lors des accès de suffocation, et quelquefois aux approches de l'agonie ; puis, enhardi par de fréquents succès, cet éminent professeur a essayé d'opérer de bonne heure, dès que la maladie était suffisamment bien caractérisée ; mais ici l'opinion s'est divisée, et, tandis qu'à sa suite les uns opèrent tôt, d'autres, et je suis de ce nombre, préfèrent attendre qu'il n'y ait pas moyen de différer. Pour eux, la trachéotomie est une ressource ultime. L'embarras vient surtout de ce que les indications d'agir avec l'instrument tranchant ne sont pas encore suffisamment bien déterminées. En effet, malgré tout ce qui a été dit à cet égard, vous pouvez encore vous demander à quel moment, sauf celui de l'asphyxie avec suffocation, l'on doit opérer les enfants atteints de croup. Vous savez, comme moi, que certains malades meurent avec le visage pâle, sans traces apparentes d'asphyxie, sans cyanose ni accès de suffocation, et pour ceux-là on n'a point encore fait connaître les indications d'opérer.

Sans entrer ici dans le détail des indications secondaires de la trachéotomie appliquée au croup, ce qui n'est pas le but de la présente leçon, je veux me placer à un point de vue plus restreint, et ne prétends parler que d'*une seule indication nouvelle*, qu'il faudra joindre à celles qui sont déjà connues.

A mesure que le croup fait des progrès, et que les fausses membranes du larynx, plus épaisses ou plus étendues, apportent un plus grand obstacle à l'entrée de l'air dans la poitrine, la dyspnée augmente, et son accroissement est la mesure ordinaire des troubles de l'hématose. Il se fait une asphyxie tantôt *évidente* et tantôt *latente*, suivant la force de réaction des malades, et d'après cette tolérance organique qui produit la plupart de nos *maladies latentes*. Les uns, comme vous l'avez vu, ont de l'orthopnée, de la cyanose, et des accès de suffocation avec de courts et violents paroxysmes, tandis que les autres, au contraire, avec une dyspnée médiocre, restent pâles, les lèvres roses, et s'éteignent sans que la sensibilité organique des poumons lutte contre l'obstacle apporté à l'hématose par les concrétions du larynx et des bronches. Leur asphyxie est *lente*.

Voilà déjà plusieurs faits de ce genre accompagnés d'*anesthésie cutanée* que je rencontre dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie, et leur fréquence m'engage à vous en parler, afin de vous montrer le parti que la pratique doit tirer de ce nouveau symptôme. Dans tous ces cas, malgré les fausses membranes du larynx, il n'y a pas eu de symptômes apparents d'asphyxie.

Que l'asphyxie soit *latente* ou *apparente*, lorsque l'obstacle à l'hématose dure depuis quelques jours, et que la maladie approche d'une terminaison funeste, la peau devient graduellement insensible et on peut la piquer ou la couper sans occasionner de douleur. Ces épreuves ne provoquent aucun cri, aucun mouvement qui atteste la souffrance. Il y a plus, chez quelques enfants, si le croup nécessite la trachéotomie, l'opération ne détermine aucun mouvement ni aucun geste de nature à témoigner de la douleur. L'incision de la peau, faite comme sur un cadavre, annonce la plus complète insensibilité. Loin de moi l'idée d'avancer et de soutenir qu'il y a toujours ainsi dans le croup un complet anéantissement de la faculté de ressentir les impressions douloureuses ; mais ce que je signale à l'attention de mes confrères, c'est l'anesthésie plus ou moins marquée que l'on observe toujours à la troisième période du mal, anesthésie qui se prononce un peu plus, d'heure en heure, à mesure qu'augmentent les difficultés de l'hématose et que l'on approche d'une asphyxie définitive.

Depuis deux ans que mon attention a été attirée sur ce point, j'ai vu, tant en ville qu'ici à l'hôpital, huit enfants atteints de croup du larynx et trois enfants de diphtérite buccale, nasale, cutanée.

—Tout récemment j'ai prié M. Paris, mon interne, mis par moi au courant de ces faits, et deux de mes externes, d'aller opérer un croup en ville au voisinage de l'hôpital. L'enfant, traité depuis plusieurs jours par M. le docteur Loiseau, était complétement anesthésique, et ne fit aucun mouvement sous le bistouri, pour résister aux opérateurs. La sensibilité était entièrement anéantie.

Depuis six semaines, plus de vingt cas de croup ont été opérés à l'hôpital, et toujours lorsque l'asphyxie était un peu avancée il y avait de l'anesthésie. De son côté, M. le docteur Créquy, interne de M. Barthez, vient de publier, dans son excellente thèse du 28 août, le fait d'une petite fille de six ans, opérée du croup, et qui, remise de l'opération, a déclaré n'avoir éprouvé aucune douleur.

Des neuf malades de la première catégorie, trois étaient complétement frappés d'anesthésie, deux avaient en même temps de la cyanose et des accès de suffocation, tandis que le troisième, pâle, n'avait que de la dypsnée, sans autre phénomène extérieur d'asphyxie. Il était dans un état d'*asphyxie latente*. Cet enfant, qui avait les yeux grandement ouverts, opéré par moi, ne fit aucun mouvement du corps ou avec les mains pour résister à mes instruments.

Les cinq autres malades n'avaient qu'une anesthésie incomplète, mais portée assez loin, cependant, pour que dans quelques cas la piqûre d'une épingle sur le bras ne fasse aucune impression douloureuse. Chez eux la trachéotomie a paru provoquer de la douleur, à en juger par les mouvements des mains

(1) Une note sur ce sujet a été lue par M. le professeur Cloquet à l'Académie des sciences dans sa séance du 26 juillet 1858. Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 3 août.

qu'il fallait contenir pour les empêcher de se porter à la région du cou ; mais c'était une douleur bien faible et une résistance à peu près nulle, quand on les compare à la résistance et aux cris de douleur que provoquent toutes les autres opérations pratiquées sur les enfants.

Les trois enfants atteints de diphtérie cutanée, nasale, buccale et pharyngo-laryngée, ne m'ont au contraire offert aucune trace d'anesthésie. Pâles jusque dans l'agonie et morts par empoisonnement diphthéritique, ils se sont éteints sans suffocation ni cyanose, bien qu'ils présentassent quelques fausses membranes dans l'arrière-gorge et dans le larynx.

Il existe donc constamment de l'anesthésie à la troisième période du croup; c'est là un nouveau symptôme de cette maladie, qu'il vous faut ajouter à ceux que la nosographie a déjà fait connaître.

M. Demarquay (1) l'a observé sur une femme qu'il a opérée par la trachéotomie pour une suffocation accidentelle.

Ce n'est pas un effet de la diphthérie, car lorsqu'elle n'a pas envahi le larynx ni troublé l'hématose, la sensibilité n'éprouve aucune diminution. Cherchons à présent quelle est la cause de ce phénomène et quelle doit être son importance clinique.

L'anesthésie de la troisième période du croup me paraît dépendre des difficultés de l'hématose et de l'asphyxie qui se fait par degrés chez les malades. En d'autres termes, c'est le résultat de la saturation du sang par une trop forte proportion de gaz acide carbonique.

En effet, l'insensibilité commence dès que, par l'obstacle permanent du larynx, il n'entre plus dans les poumons un volume d'air suffisant pour les besoins de l'hématose, et elle disparaît peu après l'ouverture de la trachée, lorsque l'air a pénétré dans les poumons. Une petite fille, en état d'*asphyxie latente*, sans cyanose ni suffocation, que j'ai opérée avec M. Paris et mes élèves de l'hôpital, ne sentait aucune douleur et ne fit aucun mouvement pendant l'opération; il ne fut pas nécessaire de lui tenir les bras, et lorsqu'elle revint à elle, la sensibilité était entièrement rétablie sur la peau. Un fait à peu près semblable a encore été observé dans mon service, le 10 juillet 1858. De ces faits, je conclus que l'anesthésie est en rapport intime avec l'état d'asphyxie observé chez ces malades. Les expériences toutes récentes de M. Faure ne laissent d'ailleurs aucun doute à cet égard. En effet, si, comme j'en ai été le témoin, on place une canule à robinet fermé dans la trachée d'un chien, ou si on le suspend à un nœud coulant pendant quelques minutes, jusqu'à produire un commencement d'asphyxie, et qu'ensuite on ouvre le robinet ou le nœud, laissant la trachée ouverte à l'air, on peut pendant plusieurs minutes couper, brûler et tenailler l'animal sans provoquer de douleur, l'absence d'hématose et conséquemment l'accumulation d'acide carbonique dans le sang l'ayant rendu anesthésique. A mesure que l'air arrive dans la poitrine et que s'effectue l'hématose, l'anesthésie cesse, l'animal se plaint quand on le blesse, et il perd de nouveau toute sa sensibilité quand on renouvelle l'expérience.

J'ai vu rendre ainsi anesthésique plusieurs fois, dans une heure, des chiens dont on empêchait temporairement l'hématose. La preuve que l'acide carbonique dissous dans le sang est la cause de l'anesthésie, c'est que, sur d'autres chiens soumis à la respiration de gaz acide carbonique renfermé dans une vessie, M. Faure a obtenu les mêmes résultats. Ce médecin a même pensé qu'on pourrait peut-être substituer l'action du gaz acide carbonique au chloroforme comme moyen d'anesthésie dans les opérations chirurgicales.

La lumière que jettent ces expériences sur le phénomène dont je signale l'existence ne me paraît pas douteuse ; elle en éclaire la nature, et je ne crois pas exagérer en affirmant ce que je disais tout à l'heure en forme de proposition: L'anesthésie de la dernière période du croup est la conséquence des difficultés de l'hématose et de la présence d'une trop forte proportion d'acide carbonique dans le sang.

Je ne discuterai pas longuement les opinions contradictoires de MM. Morel-Lavallée et Larrey, qui à la Société de chirurgie ont contesté ce fait *à priori*, et sans avoir fait aucune expérience capable d'annuler mon interprétation. Le premier de ces médecins déclare que cette insensibilité provient d'*une atteinte profonde à la vie* plutôt que d'une hématose imparfaite ; explication pour explication, j'aime autant la mienne, et je crois que tous les physiologistes seront de mon avis. M. Larrey a été plus radical. Sans aucun examen, sans expérimentation nouvelle, il pense que pendant la trachéotomie il n'y a pas anesthésie, et il déclare que les malades ne restent immobiles qu'en raison du danger auquel ils sont exposés pendant l'opération, ainsi que dans toutes celles qui se pratiquent sur le cou. Cette intervention de la conscience des enfants qui redoutent l'ouverture des grosses artères et des grosses veines du cou, et qui commandent sagement à leur corps de rester immobile pendant la trachéotomie me paraît douteuse, et en tout cas peu en rapport avec ce que montre la clinique. En effet, dans le croup, ce n'est pas seulement pendant la durée de l'opération que les enfants restent insensibles et immobiles, c'est pendant qu'on les pique ou qu'on les pince sur la main ou sur les jambes, là où l'enfant n'a, que je sache, aucun danger à craindre. D'une autre part, M. Larrey n'a qu'à ouvrir des abcès scrofuleux de la région cervicale chez des enfants qui ne sont pas menacés d'asphyxie, et il verra par lui-même ce qu'il en est de cette prétendue immobilité des enfants sur le cou desquels il y a une opération à pratiquer.

Si l'anesthésie du croup n'a aucune importance dans le diagnostic de la nature du mal, en tant qu'elle ne saurait servir à caractériser la présence des fausses membranes, elle en a une très-grande pour la détermination de l'étendue et du siége des lésions, pour le pronostic, et enfin pour le traitement de la maladie. Sa présence vous permettra d'établir un pronostic très-grave basé sur l'imminence de l'asphyxie, et c'est, je crois, *une des meilleures indications que vous puissiez rencontrer* de recourir sans retard ni délai à l'opération de la trachéotomie.

En effet, dans le croup, tous les autres symptômes, tels que la fièvre, l'altération de la voix, le sifflement laryngé, la gêne de la respiration, et souvent la présence de concrétions fibrineuses du pharynx, ont établi la nature du mal bien avant que paraisse toute modification de la sensibilité. L'anesthésie complète ou incomplète ne prouve qu'une chose, la difficulté de l'hématose par des fausses membranes laryngées, et le degré de l'anesthésie prouve en conséquence que les fausses membranes sont très-épaisses ou très-étendues, et de nature à faire un obstacle considérable à l'entrée de l'air dans les bronches. Incomplète, il y a lieu de penser que l'asphyxie n'est pas très-forte ; mais quand, au contraire, l'insensibilité est complète, on peut croire que l'hématose est profondément modifiée, et que l'asphyxie définitive ne tardera pas à se produire.

La réelle importance du phénomène de l'*anesthésie dans le croup*, consiste dans l'indication qui en résulte de recourir immédiatement à la trachéotomie. Quand l'*asphyxie est très-apparente*, accompagnée de cyanose ou d'accès de suffocation, la présence de ce symptôme n'ajoutera pas grand'chose aux motifs de la résolution à intervenir. C'est un parti qu'on peut prendre, rien que d'après la cyanose et les paroxysmes d'étouffement; mais *dans les asphyxies latentes*, il n'en est pas de même, et l'anesthésie est la seule indication qui doive armer le bras du chirurgien. Dans ce cas, en effet, il n'y a pas de cyanose ni de suffocation, la face reste pâle et les lèvres rosées, il n'y a qu'une faible dyspnée avec voix éteinte et sifflement laryngé caractéristique de la maladie.

Si vous attendez l'apparition des accès d'étouffement pour agir, l'enfant pourra mourir sans bénéficier des ressources ultimes de la chirurgie, ce que j'ai vu à deux reprises. En pareille occurrence, l'anesthésie vous sera d'un grand secours, et par cela même qu'elle établit l'existence d'une asphyxie imminente avec altération du sang par l'acide carbonique, elle vous autorise à proposer une trachéotomie immédiate.

Cette année, sur une petite fille de trois ans, pâle, exsangue, épuisée par les vomitifs et les émissions sanguines, il n'y avait qu'une toux éteinte avec dyspnée intense et sifflement laryngé très-bruyant; il n'existait ni cyanose ni suffocation, mais l'anesthésie était complète, et la piqûre du bras au moyen d'une épingle ne provoquait aucune douleur. La trachéotomie fut pratiquée, et à l'instant cessèrent la dyspnée, le sifflement du larynx, et avec ces phénomènes l'anesthésie de la peau.

Ce phénomène a une telle importance, selon moi, que si l'on opère avant l'apparition de ce symptôme, on agit prématurément sans qu'il y ait danger de mort, puisqu'il n'y a pas d'asphyxie réelle; on enlève ainsi au mal toutes les chances qu'il peut avoir de se terminer heureusement par les efforts de la nature, et on ajoute aux dangers du moment ceux de la trachéotomie elle-même, dont les résultats, si heureux qu'ils soient, n'ont rien d'encourageant.

La mortalité, évaluée à quatre-vingts, selon les uns, et, selon les autres, à quatre-vingt-dix pour cent, si ce n'est plus encore, est, comme on sait, l'effroi de tous les médecins.

En résumé, la dernière période du croup est accompagnée d'une anesthésie générale des téguments qui n'a point encore été signalée par les pathologistes.

Cette anesthésie augmente par degré en même temps que s'épaississent ou s'étendent les concrétions fibrineuses du larynx.

Elle n'est complète que lorsque l'obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons est considérable et date de quelques heures.

C'est la conséquence d'une hématose imparfaite et d'une asphyxie prochaine.

On l'observe dans les cas d'asphyxie *latente*, sans cyanose, comme dans les cas d'asphyxie *la plus apparente* avec cyanose et suffocation.

Elle n'existe pas dans la diphthérie assez grave pour occasionner la mort à elle toute seule sans extension au larynx.

Sa présence est d'un très-fâcheux pronostic.

C'est une indication formelle de recourir promptement à la trachéotomie.

Cette anesthésie cesse lorsqu'après l'ouverture de la trachée les fonctions de l'hématose se sont rétablies.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU SERVICE DE LA CLINIQUE.

Maladies des organes génito-urinaires.

Le relevé pour les maladies des organes génito-urinaires nous donne 85 cas pour les femmes, 64 pour les hommes

Cette différence entre les sexes est la règle. Cela prouve-t-il qu'il y ait plus de maladies des organes génito-urinaires chez la femme? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. N'oubliez pas, en effet, que dans notre service nous avons deux fois moins de femmes que d'hommes, et cependant elles nous offrent un tiers en plus de maladies des organes génitaux. Ce résultat semble étrange quand on songe au nombre inépuisable d'écoulements blennorrhagiques, de rétrécissements, de fistules, d'infiltrations urineuses, etc., dont l'urèthre peut être le siége ou le point de départ. Mais songez aussi à la fréquence des maladies du sein chez la femme, à leur rareté chez l'homme, et à cette multitude d'affections vulvaires, vaginales et utérines, qu'elles siégent dans la profondenr de l'organe, dans la cavité ou sur le col utérin.

Organes génitaux de la femme. — Ulcères du col de l'utérus. — J'admire tous les jours la profusion des auteurs dans le classement des ulcères du col de l'utérus; ils admettent des ulcères fongueux, scorbutiques, scrofuleux, herpétiques, etc. C'est le résultat d'une confusion évidente, car bien certainement on admet des ulcères là où il faudrait admettre seulement un ramollissement léger du col avec développement de granulations et d'excoriations superficielles.

L'aspect offert par les granulations est bien caractéristique; il semblerait que la surface extérieure d'une fraise a été étalée, puis, qu'on en a recouvert le col utérin. Ces granulations peuvent s'étendre même jusque dans la cavité du col aussi bien que dans la cavité du corps. Ce sont encore des granulations que Récamier qualifiait de végétations et qu'il grattait avec sa curette; exemple suivi depuis par une foule de médecins qui ont marché sur ses traces.

Le plus souvent ces granulations se dépouillent de leur épithélium, et l'ulcère est véritablement constitué alors. C'est dans ces conditions surtout que l'on voit se produire ces hypersécrétions du col, ces leucorrhées d'origine utérine contre lesquelles on a proposé tant de remèdes.

Quelle que soit d'ailleurs la valeur de la classification des auteurs, le traitement qu'il faut opposer aux ulcérations du col est en général assez simple.

Le nitrate acide de mercure est, selon moi, le meilleur modificateur. On touche légèrement la partie malade avec un pinceau de charpie imbibé de ce liquide. Immédiatement après, on pousse dans la cavité vaginale une injection d'eau tiède destinée à étendre la partie du caustique restée libre et à protéger ainsi contre celui-ci la paroi saine du vagin. Il sera bon aussi quelquefois de cautériser de la même façon la cavité du col utérin.

L'indication de cette cautérisation profonde sera plus évidente quand vous reconnaîtrez aux sécrétions muqueuses un caractère de consistance et de transparence manifeste ; elle sera irrécusable surtout quand vous verrez naître immédiatement de l'orifice cervical en forme de tige molle de cristal dessinée en saillie sur la lèvre postérieure du col. Ce cylindre transparent lui adhère au point qu'il est fort difficile de le séparer à cause de la viscosité extrême du liquide. Dans l'intervalle de ces cautérisations, qui devront être suivies d'un grand bain tiède, vous pratiquerez avec succès quelques injections astringentes avec l'alun, le sulfate de zinc ou le perchlorure de fer. Ces cautérisations doivent être pratiquées tous les jours, et ne pas dépasser le nombre de six ou sept.

Vous ne tomberez pas, je pense, dans l'excès de certains praticiens qui cautérisent sans relâche pendant une année entière, et qui s'étonnent ensuite de leur insuccès. Les granulations ne sauraient disparaître tant que l'on cautérise, puisque l'agent que vous employez est plutôt fait pour produire et même exagérer la lésion anatomique. Votre but, ne l'oubliez pas, est de produire une substitution ; dès qu'elle est produite, laissez faire la nature, et contentez-vous de prescrire quelques injections astringentes seulement.

Les cautérisations avec le fer rouge ne me paraissent pas mériter les éloges exagérés dont elles ont été l'objet. Leur succès est fondé autant au moins sur l'effet qu'elles produisent sur l'imagination des malades que sur leur efficacité réelle. Elles sont, du reste, si peu douloureuses, qu'il n'y a guère qu'un danger à les préconiser, celui de faire croire qu'elles guérissent le cancer, ainsi qu'on l'a prétendu. Or, cette assertion est fausse de tous points. Est-ce à dire pour cela que le cautère actuel soit sans avantages, et qu'il faille le laisser dans l'oubli? ce n'est pas là non plus ma pensée, et si l'on veut en évitant un excès ne pas tomber dans un autre non moins préjudiciable aux malades, il faut proclamer l'utilité de ce moyen quand l'altération offrira une tendance manifeste à l'hémorrhagie, quand les fongosités saignantes seront bien circonscrites, et sembleront présenter la physionomie douteuse d'un cancer, enfin quand il s'agit véritablement du cancer lui-même. Mais, je le répète, dans cette dernière affection, ne demandez au cautère que de produire une amélioration momentanée, passagère, que d'arrêter pour quelque temps la tendance aux hémorrhagies. En espérer davantage serait se préparer de gaieté de cœur des déceptions malheureusement trop faciles à prévoir.

OBLITÉRATION DE L'AORTE.

Changements survenus dans le système artériel. Mode de rétablissement de la circulation artérielle.

M. Béraud a communiqué à la Société de biologie, au nom de M. Jordan, chirurgien en chef de l'hôpital royal de Manchester,

(1) *Gazette des Hôpitaux* du 10 août 1858.

les dessins d'un cas fort remarquable d'oblitération de l'aorte.

Le siége de cette lésion, un peu au-dessous du canal artériel, a environ 1 centimètre. L'oblitération n'est pas complète, il y a un petit pertuis d'un millimètre qui fait communiquer la partie supérieure de l'aorte avec la partie de ce vaisseau qui est au-dessous du rétrécissement. Le contour de cet orifice est constitué par du tissu fibreux très-dense, de sorte qu'il n'est pas possible de le dilater, et tout nous porte à croire qu'il ne devait pas laisser passer du sang en grande quantité, si toutefois il pouvait en passer.

L'étude des modifications que cette altération a produites dans le reste du système artériel offre le plus vif intérêt.

Le cœur est considérablement augmenté de volume, il remplit complétement la cavité péricardique, ce qui porte son volume et son poids presque au double de ce qui existe à l'état sain. Cette hypertrophie a porté principalement sur les fibres musculaires. Le côté gauche du cœur participe le plus à cette augmentation; le côté droit n'est pas affecté à un degré si prononcé, mais enfin il est un peu hypertrophié. Il n'y avait pas de sérosité dans le péricarde. La cavité des ventricules n'était pas dilatée.

Les oreillettes sont beaucoup moins hypertrophiées que les ventricules, les gauches le sont plus que les droites.

L'aorte, dans la portion péricardique, offre un volume très-considérable, elle est plus grosse d'un quart environ. Elle est plus longue, légèrement flexueuse; ses parois sont plus épaisses, moins souples, plus résistantes.

Dans sa portion courbe ou extrapéricardique, l'aorte n'est pas notablement augmentée de volume; ce qu'elle offre de plus saillant c'est son irrégularité, ses bosselures existant au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, de la carotide primitive gauche, de la sous-clavière du même côté.

Cette portion de l'aorte se termine brusquement par un cul-de-sac, ou plutôt semble se continuer en haut avec l'artère sous-clavière. En bas on voit le canal artériel qui est plus volumineux qu'à l'état normal, mais qui n'est pas perforé entre ces deux organes; on voit le petit pertuis qui occupe le centre du rétrécissement.

Au-dessous du rétrécissement, la portion de l'aorte connue sous le nom d'*aorte thoracique*, suit son trajet habituel, mais elle présente dans sa conformation et dans son volume des altérations.

Ainsi son volume est moindre que sur une aorte saine, sa conformation est irrégulière, renflée un peu au-dessous du rétrécissement; elle se rétrécit insensiblement jusque vers le diaphragme, où désormais elle conservera le volume d'une artère iliaque primitive d'un sujet adulte bien conformé.

La terminaison de l'aorte se faisait régulièrement par des branches presque aussi volumineuses que dans l'état normal.

Le tronc brachio-céphalique est plus gros et la dilatation porte surtout sur la bifurcation qui va au membre thoracique.

La carotide primitive gauche, née directement de l'aorte, offre une légère dilatation à son origine, et puis on la voit reprendre un volume qui ne dépasse guère celui d'une carotide normale.

La sous-clavière gauche est véritablement doublée de volume, on dirait qu'elle est la continuation de l'aorte; il semble que ce dernier vaisseau sort du thorax au lieu d'aller passer au-devant des corps vertébraux pour constituer l'aorte thoracique.

Les branches qui naissent de la sous-clavière, à droite comme à gauche, offrent des dilatations considérables.

La mammaire interne est aussi grosse que l'artère humérale d'un adulte bien conformé. Elle fournit des branches intercostales très-volumineuses, au moins comme une radiale, qui vont s'anastomoser avec les intercostales proprement dites. Les branches terminales de la mammaire interne s'anastomosent à plein et gros canal avec les branches aussi volumineuses de l'artère épigastrique.

L'intercostale supérieure est l'artère qui nous présente les modifications les plus considérables. A son origine à droite comme à gauche, elle est aussi grosse qu'une artère fémorale; elle est onduleuse; elle fournit les intercostales des quatre premiers espaces intercostaux, s'anastomose à plein canal avec les intercostales qui naissent de l'aorte.

Celles-ci ont un volume quatre fois plus considérable que les intercostales dans l'état sain. Elles sont anastomosées largement avec la mammaire interne.

L'artère axillaire est très-volumineuse, elle fournit une branche assez forte qui va s'anastomoser avec les intercostales.

L'artère humérale bifurquée prématurément presque dès son origine n'est pas plus considérable qu'à l'ordinaire, et à partir de ce moment le système artériel est régulièrement conformé.

D'après cette description, il est facile de comprendre le mécanisme suivant lequel la circulation s'est rétablie. Lancé par le cœur dans l'aorte, et ne pouvant franchir le point rétréci, le sang arrivait par les artères qui naissent de la crosse de l'aorte et par le moyen de l'intercostale supérieure et la sous-scapulaire, il pénétrait dans les intercostales et de là dans l'aorte thoracique.

Il résultait de cela que le cours du sang dans les intercostales aortiques était interverti, qu'au lieu de se faire du centre à la périphérie, il se faisait de la périphérie au centre.

Malgré cet abord facile du sang dans l'aorte par les intercostales au nombre de sept ou huit de chaque côté, l'aorte thoracique n'avait pas son volume régulier suffisant pour fournir à toutes les parties du corps situées au-dessous du diaphragme.

C'est pour cela que la mammaire interne venait compléter la somme de sang nécessaire en s'anastomosant avec l'artère épigastrique, qui amenait ainsi le sang dans le membre inférieur.

Tel est le mécanisme si simple et en même temps si admirable au moyen duquel la nature avait surmonté un obstacle qui au premier abord paraîtrait devoir amener fatalement une mort prompte, ou être incompatible avec le développement régulier des organes.

Si quelque chose pouvait justifier les tentatives des chirurgiens qui ont pratiqué la ligature de l'aorte, le fait qui nous occupe serait bien favorable. Mais on ne peut s'empêcher de faire remarquer que, lorsque le chirurgien place une ligature sur ce vaisseau, il ne se trouve pas dans les mêmes conditions de santé, de jeunesse, de développement, qui ont permis à la nature de produire les merveilleux résultats que nous venons de signaler.

Les pièces de cette autopsie ont été recueillies chez un sujet adulte d'environ quarante ans, du sexe masculin; rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner une pareille lésion.

(*Société de biologie.*)

OBSERVATION DE HERNIE ISCHIATIQUE (ISCHIATOCÈLE),

Par M. Van Dommelen.

Le sujet de cette observation est une femme âgée de quarante ans, mariée à un domestique, mère de deux enfants en bonne santé, bien nourrie, de petite taille, de constitution robuste et d'un tempérament sanguin.

Elle se livrait à des travaux pénibles, lorsque, à la suite d'un effort fait pour soulever un pesant fardeau, il lui survint à la région périnéale, au-devant de l'anus, une tumeur qui, grossissant peu à peu, finit par rendre les mouvements de la partie inférieure du corps extrêmement pénibles.

Longtemps cette femme avait conservé son infirmité sans en faire part à un homme de l'art; elle ne s'y décida qu'à l'occasion d'une grossesse.

La tumeur est pyriforme, ayant deux fois le diamètre de la cuisse. Elle est susceptible d'une réduction incomplète, accompagnée de gargouillement quand la malade se couche sur la fesse gauche. Elle ne gêne en aucune manière, malgré son volume considérable, les évacuations fécale et urinaire.

La menstruation est régulière. L'attitude la mieux supportée est la position assise; la marche, lorsqu'elle n'est pas trop précipitée, ne se trouve pas notablement gênée.

La vessie, qui se trouve souvent dans ces sortes de hernies, ne semble pas faire partie de celle-ci, où il n'y a probablement que l'intestin grêle.

La grossesse s'est terminée très-naturellement chez cette femme. Une fois remise, elle a repris ses occupations sans que rien ait été tenté pour remédier à son infirmité. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

HÉMORRHAGIE INTESTINALE CONSÉCUTIVE

et due à la présence d'une ulcération dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Par M. Dupuis.

X..., âgé de trente-deux ans, entre le 25 novembre à la Charité, pour suites de fièvre typhoïde ayant débuté six semaines auparavant. Traité pendant un mois dans le service de M. Nonat, il sort avant que la convalescence soit confirmée et contre l'avis du chef de service. Il entre dans le service de M. Rayer quinze jours après.

Prostration, indécision dans les réponses, de la diarrhée, un peu de toux; il n'accuse aucune douleur. Pris le 27 dans la nuit d'une hémorrhagie intestinale abondante, il y succombe en deux heures; le sang était noir.

A l'autopsie, pâleur générale de la muqueuse digestive; deux ou trois ulcérations dans le cœcum et près de la valvule de Bauhin. L'une des ulcérations, plus profonde que les autres, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, atteignant jusqu'à la couche musculaire, est noirâtre, à fond inégal, et offre un pertuis vasculaire que M. Davaine qui le découvre juge être formé par l'érosion d'une artériole. Le calibre de celle-ci permet d'y introduire une épingle de moyenne grosseur.

(*Société de Biologie.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 septembre 1858. — Présidence de M. Despretz.

Sur la quantité d'oxygène que contient le sang veineux des organes glandulaires à l'état de fonction et à l'état de repos. — **M. Cl. Bernard** lit un mémoire sur la quantité d'oxygène que contient le sang veineux des organes glandulaires à l'état de fonction et à l'état de repos, et sur l'emploi de l'oxyde de carbone pour déterminer les proportions d'oxygène du sang.

L'objet de ce mémoire est de savoir si le sang veineux glandulaire rouge contient autant ou plus d'oxygène que le sang veineux glandulaire noir. J'ai pensé, dit M. Bernard, qu'il était nécessaire de poser ainsi la question. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne pouvait faire que deux hypothèses sur la cause de la coloration du sang veineux vermeil qui s'écoule de la glande en fonction avec une activité telle, qu'il est animé de pulsations comme le sang artériel quand la sécrétion est très-intense. On pouvait penser que le sang veineux rouge est tout simplement du sang artériel qui a traversé les capillaires avec une rapidité si grande, qu'il n'a pas eu le temps de devenir veineux, c'est-à-dire de se dépouiller de son oxygène pour prendre à la place de l'acide carbonique. Mais on pouvait tout aussi bien admettre que le sang veineux rouge est du sang veineux ordinaire, avec cette différence qu'il n'est pas resté noir parce que, s'étant formé au moment de la sécrétion, il s'est trouvé débarrassé par l'excrétion glandulaire de son acide carbonique qui, sans cette circonstance, l'aurait rendu noir, ainsi que cela a lieu quand la glande ne sécrète pas et que l'acide carbonique ne peut pas s'échapper. Cette dernière opinion acquérait un grand degré de vraisemblance par ce fait que tous les liquides sécrétés renferment une proportion considérable d'acide carbonique soit en dissolution, soit à l'état de combinaison. La quantité comparative d'oxygène contenue dans le sang à son entrée dans la glande et à la sortie de ce même organe était seule capable de décider de l'une ou l'autre des deux hypothèses: si en sortant de la glande le sang veineux rouge contient plus d'oxygène que le sang veineux noir et autant que le sang artériel, il est clair qu'il n'est pas devenu veineux. Si, au contraire, le sang veineux rouge donne moins d'oxygène que le sang artériel et dans une proportion égale à celle que renferme le sang veineux noir, on devra accepter la seconde opinion, à savoir que pendant la sécrétion le sang artériel devient veineux comme à l'ordinaire, avec cette particularité qu'il resterait rouge, parce qu'alors il se débarrasserait sur place de son acide carbonique au lieu de ne l'éliminer que plus tard dans l'organe pulmonaire.

Voilà les termes du problème que M. Bernard s'est proposé de résoudre; voici maintenant ce que l'expérience lui a appris.

Sur un chien vigoureux et en digestion, dit M. Bernard, après avoir mis à découvert les vaisseaux rénaux du côté gauche, j'ai aspiré rapidement et porté immédiatement en contact avec 25 centimètres cubes d'oxyde de carbone 15 centimètres cubes de sang de la veine rénale, pendant que l'urine s'écoulait abondamment par l'uretère et que le sang veineux était presque aussi vermeil que celui de l'artère. Aussitôt après, une des nombreuses divisions de l'artère rénale à son entrée dans le rein a été coupée, et par son bout central j'ai aspiré 15 centimètres cubes de sang, que j'ai mis de même en contact avec une semblable quantité d'oxyde de carbone. Alors, pour troubler la sécrétion urinaire, j'enlevai la capsule graisseuse du rein. L'urine cessa quelques instants après de couler par l'uretère, et le sang de la veine devint noir comme le sang veineux de la veine-cave. A ce moment, j'aspirai 15 centimètres cubes de ce sang veineux rénal noir, qui fut comme les deux autres mis en contact avec 25 centimètres cubes d'oxyde de carbone. Après une heure de séjour dans une étuve à une température de 30 à 40 degrés, l'analyse des gaz en contact avec les trois espèces de sang précédemment désignées donna les résultats qui suivent pour les quantités d'oxygène qu'ils renfermaient, calculées pour 100 volumes de sang:

	Volumes d'oxygène.
1° Pour le sang veineux rouge. . . .	17,26
2° Pour le sang artériel.	19,46
3° Pour le sang veineux noir.	6,40

Dans une seconde expérience, on a trouvé 16 pour 100 d'oxygène dans le sang veineux rénal rouge, 17,44 dans le sang artériel aortique, et 6,44 dans le sang veineux de la veine-cave.

D'après ces expériences, on voit que le sang veineux rouge du rein (M. Bernard présume qu'il en est de même des autres sangs glandulaires) diffère du sang veineux ordinaire en ce qu'il ne s'est, pour ainsi dire, pas désoxydé. Ainsi se trouverait vérifiée la première hypothèse, puisque ce sang a conservé les caractères du sang artériel. Toutefois, ajoute M. Bernard, si cela est vrai pour les proportions d'oxygène qu'on y trouve, la proposition absolue ne serait pas exacte. En effet, ce sang veineux glandulaire rouge contient beaucoup moins de fibrine que le sang artériel; il renferme moins d'eau, parce qu'il a fourni celle de la sécrétion, et, de plus, ce sang veineux rouge se montre constamment plus altérable que le sang artériel, c'est-à-dire qu'il devient noir spontanément beaucoup plus vite quand il a été retiré des vaisseaux, etc.

Quoi qu'il en soit, en nous en tenant pour le moment uniquement à l'objet de ma recherche actuelle, c'est-à-dire à ce qui concerne la proportion d'oxygène du sang veineux glandulaire, nous voyons ce fait bien singulier, que c'est précisément pendant leurs fonctions, c'est-à-dire pendant qu'elles sécrètent, que les glandes laissent passer le sang rouge sans le désoxyder, tandis que pendant qu'elles ne fonctionnent pas et n'expulsent aucun produit, le sang qui en sort est noir, privé en grande partie d'oxygène et chargé d'acide carbonique. Ici se présente de nouveau cette opposition entre le système glandulaire et le système musculaire, sur laquelle j'ai déjà souvent appelé l'attention. Dans les muscles, le sang veineux sort d'autant plus noir et d'autant plus désoxydé, que l'organe a fonctionné et s'est contracté plus énergiquement; dans les glandes, le sang sort d'autant plus rouge et d'autant moins oxydé, que l'organe a fonctionné, c'est-à-dire a sécrété avec plus d'intensité. Mais devons-nous considérer cette opposition dans les phénomènes apparents comme la preuve d'une différence radicale dans les procédés de nutrition et de fonctionnement des glandes et des muscles? En un mot, pouvons-nous dire que, tandis que les muscles consomment de l'oxygène en raison directe de leur activité fonctionnelle, c'est le contraire pour les glandes? ou bien ne devons-nous pas plutôt, en face de cette conclusion singulière, concevoir des doutes sur la justesse de notre manière de désigner les états fonctionnels des glandes? Ce serait là mon opinion, et je pense que ces recherches conduiront à faire interpréter autrement ce qu'on appelle état de repos et état fonctionnel des glandes, et à nous faire distinguer là un état d'activité chimique et un autre état d'activité purement mécanique.

Appareils des poissons électriques. — **M. Flourens** présente, au nom de l'auteur, M. Jobert (de Lamballe), un exemplaire des recherches du savant anatomiste sur les *appareils électriques des poissons électriques*.

« L'Académie, dit M. Flourens, a entendu avec un grand intérêt, dans sa séance du 8 juillet dernier, notre savant confrère exposer une partie des recherches dont se compose la présente communication, savoir, la partie qui a rapport à la disposition anatomique de l'appareil dans le malaptérure électrique. Cette communication est trop récente pour que j'aie besoin d'en rappeler les principaux traits, et de reproduire ici les raisons qu'apporte l'auteur à l'appui des opinions par lesquelles il diffère des naturalistes qui l'ont précédé. Quel que soit, au reste, le jugement qui doive être porté un jour sur les questions débattues, ce qu'on peut assurer dès à présent quand on jette les yeux sur les belles planches qui composent l'atlas de cet ouvrage, et qu'on

connaît l'habileté de M. Jobert pour les préparations anatomiques, c'est que si ses recherches ne donnent pas le dernier mot sur la question, elles auront du moins contribué à lui faire faire un notable progrès. Parmi les auteurs qui ont traité avant lui le même sujet, M. Jobert cite particulièrement John Hunter, ce grand chirurgien avec qui M. Jobert a, en effet, plus d'une affinité de talent comme chirurgien et comme anatomiste. »

Taille sous-pubienne membraneuse. — M. HEURTELOUP lit un mémoire sur la taille sous-pubienne membraneuse, ou sur le moyen d'extraire la pierre de la vessie sans intéresser cet organe.

Quelle que soit, dit l'auteur, la perfection des agents mécaniques qu'emploie maintenant la lithotripsie scientifique, quel que soit le pouvoir qu'elle permet de déployer pour détruire la pierre dans la vessie, il est cependant des cas où cette opération ne peut être pratiquée avec espoir de réussite. Il est surtout des cas où il ne faut pas exténuer le malade atteint de la pierre par des tentatives inutiles de broiement, et où il faut lui réserver toutes ses forces pour supporter l'opération de la taille, qui, faite à propos, reste le seul moyen d'obtenir la guérison. Il est aussi une circonstance où cette dernière opération est une ancre de salut; c'est lorsque la lithotripsie, ne pouvant être continuée, nécessite la prompte extraction des fragments de pierres résultant de la lithotripsie commencée.

Mais la taille a été jusqu'ici une opération dangereuse devant laquelle le malade et même le chirurgien ont justement reculé, et dans la crainte qu'elle inspire on trouve une raison naturelle de n'y avoir recours qu'à la dernière extrémité. Or, cette dernière extrémité implique l'idée de danger plus grand, danger qui s'accroît en raison du temps perdu et des atermoiements. Il était donc bien nécessaire d'amoindrir le danger de la taille, pour que, dans le cas où la lithotripsie serait d'une opportunité douteuse, on pût avoir recours avec plus de sécurité à la première de ces opérations. C'est dans le but d'apporter cette amélioration dans la cystotomie que j'ai imaginé de la pratiquer sans intéresser la vessie elle-même et en intéressant seulement l'urèthre à sa partie profonde, en un mot, de convertir la cystotomie en simple uréthrotomie. On comprendra en quoi consiste cette nouvelle opération si l'on prend en considération ces trois faits que j'exprime sommairement, sans entrer pour le moment dans des détails trop précis d'anatomie.

Premier fait. — Si dans un cadavre on introduit dans le col de la vessie ouverte le doigt, on trouve que ce col se dilate, et si l'on pousse, on est arrêté; mais cet arrêt n'est bien manifeste que lorsque le doigt arrive à la partie postérieure de la portion membraneuse de l'urèthre. On sent que le col se dilaterait encore si le doigt pouvait franchir cette partie membraneuse. De là on conclut qu'une dilatation plus grande est empêchée par l'urèthre et non pas par le col.

Deuxième fait. — Si sur ce même cadavre on coupe complétement l'urèthre perpendiculairement à son axe et au niveau du col, on trouve qu'en introduisant dans la vessie un instrument dilatateur de l'extérieur à l'intérieur, et en le ramenant à l'état d'expansion dans le col, ce col obéit à la dilatation à un degré très-considérable sans se rompre, et l'on conclut que ce n'est pas le col lui-même qui fait obstacle à ce qu'une pierre assez volumineuse soit extraite. Cette dilatation est plus considérable si l'on a pratiqué deux moucbetures opposées sous la membrane fibreuse qui entoure le col.

Troisième fait. — Si sur un autre cadavre on fait une incision ou une ouverture longitudinale à la partie inférieure de la portion membraneuse de l'urèthre, on détermine une boutonnière à cette partie membraneuse, boutonnière qui, dilatée, peut laisser passer une pierre d'un assez grand volume. On conclut alors que l'obstacle présenté par le canal lui-même peut être surmonté lorsqu'il s'agit d'extraire une pierre.

Ainsi sans couper le col, et conséquemment sans intéresser la vessie, on peut faire passer une pierre de l'intérieur à l'extérieur de cet organe.

Telle est l'opération nouvelle que j'ai déjà pratiquée plusieurs fois avec succès; j'ai nommé cette opération *taille sous-pubienne membraneuse*, parce que la partie membraneuse de l'urèthre est seule intéressée. On pourrait aussi l'appeler *taille boutonnière.*

Chez le premier malade sur lequel j'ai pratiqué cette taille, j'ai rencontré une pierre d'oxalate de chaux. Appelé pour pratiquer la lithotripsie, les instruments, aidés de la percussion la plus forte, ne purent démolir cette pierre, et je fus obligé d'avoir recours à l'extraction de la pierre que je présente au moyen de l'opération sanglante: c'est une pierre murale d'oxalate de chaux. Cette extraction ne présenta aucune difficulté.

Le deuxième malade fut soumis à l'opération de la taille, parce que, avec une pierre très-volumineuse, il était affligé d'une disposition à des orchites répétées, qui passaient d'un testicule à l'autre avec un développement extrêmement considérable. Naturellement je dus craindre de voir la lithotrisie entravée par un de ces accidents qui, se produisant sans causes appréciables, devaient se produire immanquablement après les séances de lithotripsie soit par suite des manœuvres, soit par suite de la présence des fragments. Or ces manœuvres devaient présenter de la difficulté, et la pierre donner lieu à beaucoup de fragments si on en juge par son volume. Cette pierre d'acide urique présente à l'état sec 5 1/2 centimètres de longueur, 4 1/3 de largeur, 2 1/4 d'épaisseur, et 16 centimètres de circonférence. Cette pierre nécessita pour l'extraire des tractions laborieuses, parce que la vessie, partagée en deux par une cloison transversale, ne permet pas à la tenette de la prendre en long; malgré toutes les manœuvres faites pour la saisir suivant sa longueur, elle sortit prise en travers. Or cette position aurait rendu l'extraction laborieuse lors même qu'on aurait coupé le col et la prostate comme dans la taille bilatérale.

Le troisième malade enfin, par une disposition particulière, avait vu en onze mois sa vessie se rétrécir au point de ne pouvoir plus contenir la moindre goutte d'urine. Depuis onze mois, toutes les trois ou quatre minutes il était sous l'empire de douleurs intolérables. L'injection poussée avec la plus grande force ne pouvait entrer qu'à la dose de quelques grammes. La lithotripsie fut tentée, sur le désir de la famille. Mais, malgré le chloroforme, la vessie ne se distendit pas davantage, et l'instrument ne put s'ouvrir, et conséquemment ne put saisir la pierre, qui, bien qu'assez volumineuse, aurait été facilement détruite par le *percuteur*. La *taille membraneuse* fut donc pratiquée, et le malade guérit comme les deux autres. Cette pierre, parsemée d'aspérités aiguës, explique les douleurs intolérables et le rétrécissement de la vessie.

Les conséquences de cette taille doivent particulièrement frapper.

1° Le col n'étant pas divisé se contracte presque immédiatement après l'opération, et le malade sent le besoin d'uriner et indique le moment où il lui est nécessaire de le faire; d'où il faut conclure que la vessie reste et fonctionne dans son état normal. Dans la taille latéralisée ou bilatérale, les urines coulent par l'ouverture béante.

2° L'hémorrhagie n'est pas à craindre, car les vaisseaux profonds sont toujours respectés.

3° L'opération est souvent réduite à une simple boutonnière, et le rétablissement est naturellement plus prompt. Il est plus prompt à ce point que le troisième malade cité a senti le besoin d'uriner le soir même de l'opération, et que le surlendemain il pissait par le canal, et cela complétement; il y a eu réunion par première intention, et cela est remarquable.

4° Le dilatateur donne à la vessie une force qui rend facile l'extraction complète des fragments, cet organe tiré en avant vient présenter son intérieur à la vérification faite par le doigt.

Les trois malades étaient d'un âge assez avancé, tous les trois présentaient un périné profond et graisseux qui ne permit d'atteindre le cathéter qu'à une profondeur de 9 à 12 centimètres. Tous les trois, plongés dans le sommeil anesthésique, n'eurent aucune conscience de l'opération; à peine la fièvre se montra-t elle sur le deuxième malade, les deux autres n'en eurent pas. Je n'assujettis les deux derniers à aucune position particulière, je les laissai se coucher sur les deux côtés indifféremment; ils se trouvèrent bien de cette possibilité de changer de position, et je regrette de ne l'avoir pas permis au premier de ces malades.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie les instruments avec lesquels je pratique l'opération de la *taille sous-pubienne membraneuse.* Ces instruments consistent en deux bistouris, l'un convexe et l'autre droit, en un cathéter cannelé; en un *dilatateur sur cathéter*, en un *dilatateur sur doigt*, et un *moucheteur*, pour être employé dans le cas de grosse pierre, et enfin en tenettes de différentes grandeurs et en un gorgeret.

Je fais cette opération, le malade étant placé sur le lit statique qui me sert à pratiquer la lithotripsie. Je trouve dans cette disposition de nombreux avantages. (Commissaires: MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe) et Civiale.

Action de la santonine sur l'économie animale. — M. MIALHE lit la note suivante pour servir à l'histoire de l'action de la santonine sur l'économie animale:

Le travail de M. le docteur de Martini a signalé, en outre des effets produits sur la vision par l'absorption de la santonine, un phénomène très-important de la coloration de l'urine. M. Leroy d'Étiolles a confirmé par des faits qui lui sont propres ces phénomènes de coloration soit verte, soit jaune-verdâtre, soit jaune-orangé.

Nous aussi, nous avons été à même, depuis deux ans, de remarquer ces mêmes colorations de l'urine après l'absorption de la santonine; et nous avons constaté que cette urine prenait, sous l'influence des alcalis, une couleur rouge-orangé foncé tout à fait caractéristique; nous avons pensé que ces phénomènes de coloration devaient être attribués à une oxydation intra-vasculaire. Pour en avoir la preuve, nous avons soumis la santonine à l'action de certains agents oxydants, notamment l'acide azotique bouillant, et nous avons obtenu un produit qui, après saturation, donne à l'eau une couleur jaune-verdâtre analogue à la couleur que prend l'urine sous l'influence de la santonine. Traitant ensuite cette liqueur par une base alcaline, nous avons vu se produire immédiatement une coloration rouge-orangé foncé, identique avec celle que donne, par l'addition d'un alcali, l'urine sécrétée après l'ingestion de la santonine.

Ainsi la santonine n'échappe pas aux lois que nous avons formulées (1) pour l'oxydation des substances organiques dans l'économie animale. Elle subit dans le sang l'action comburante de l'oxygène, avec lequel elle se trouve mise en contact par l'acte incessant de la respiration. Cette oxydation donne lieu à un produit nouveau qui, par sa pénétration dans les humeurs de l'œil, normalement incolores, détermine ces phénomènes de coloration. L'œil ainsi affecté voit les objets colorés en jaune verdâtre, ce qui est le plus ordinaire; d'autres fois, il les voit revêtus des couleurs complémentaires.

Or, dans ces phénomènes, il nous semble qu'on doit reconnaître deux causes: la première se rapportant à l'action chimique qui produit un ictère passager et détermine pour la vision la coloration en jaune ou jaune verdâtre; la deuxième résultant de la sensation nerveuse consécutive qui donne lieu à la production des couleurs complémentaires. (Commissaires. MM. Pelouze et Bernard.)

Tumeur sous-cutanée douloureuse enlevée à l'aide d'une seule cautérisation linéaire. — M. A. LEGRAND communique sous ce titre une observation qu'il résume en ces termes:

Je fus consulté, le 26 juin dernier, par un jeune homme de dix-neuf ans pour une petite tumeur qu'il portait sur le bras gauche à la pointe du deltoïde. Cette tumeur, du volume d'un petit haricot, de forme irrégulière et faisant, sous la peau où elle avait conservé une assez grande mobilité, une saillie rugueuse, devenait douloureuse dans certains mouvements du bras et quand on la pressait: c'était évidemment une de ces tumeurs étudiées par Wood et qu'il a nommées *tumeurs sous-cutanées douloureuses.* — Le 29 juin j'attaquai cette tumeur à l'aide de la cautérisation linéaire appliquée parallèlement à son plus grand axe... Dix-sept jours après cette unique cautérisation, j'ai pu enlever avec l'escarre la tumeur elle-même sans exciter ni douleur ni perte de sang. Cette ablation a été presque immédiatement suivie de la cautérisation.

M. Ch. Robin, qui a bien voulu analyser cette tumeur, l'a trouvée composée de carbonate de chaux et de magnésie avec un peu de phosphate calcaire. C'est un genre d'altération, au dire du savant micrographe, qui se produit fréquemment dans les glandes sébacées de la peau. (Commiss. précédemment nommés: MM. Velpeau, J. Cloquet.)

(1) *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, pages 19 et suivantes.

Réclamation de priorité relative aux causes des fièvres paludéennes. — M. BURDEL adresse la lettre suivante, en réponse à une réclamation de priorité soulevée par M. Abate (de Catane) sur ce sujet:

Qu'il me soit permis de faire sur la réclamation de M. Abate les observations suivantes:

1° Les études ozonométriques auxquelles je me suis livré dans la Sologne n'ont été pour moi, ainsi que je l'ai démontré dans mon mémoire, qu'un moyen de reconnaître et d'apprécier les *perturbations électro-chimiques* de l'air et du sol, car l'insuffisance et même l'absence de l'ozone est loin de suffire pour expliquer la cause du fléau paludéen.

2° Les travaux de MM. Schœnbein, Simonin et Bœckel (de Strasbourg), Scoutetten et Berigny (de Versailles), qui datent déjà de plusieurs années, ont établi que l'insuffisance de l'ozone se remarquait surtout dans les villes, dans les salles d'hôpitaux, les grands centres de population, sans que pour cela cette diminution de l'ozone dans ces lieux ait développé la fièvre paludéenne.

3° Enfin, si une question de priorité devait être élevée dans cette occasion, elle devrait l'être par M. Bœckel fils (de Strasbourg), qui a signalé dans sa thèse inaugurale, 1856, le fait de la coïncidence de l'absence de l'ozone avec l'apparition des fièvres paludéennes, et aussi par M. Pourriau, du département de l'Ain, ainsi qu'on peut le voir dans le *Compte rendu de l'Académie des sciences* (7 avril 1856). Cet auteur croit avoir démontré que l'affaiblissement de l'ozone atmosphérique coïncide avec l'apparition fréquente des fièvres pernicieuses de cette contrée.

Mais encore, je le répète, et mon mémoire le constate, la diminution de l'ozone n'est là qu'un fait secondaire.

Cette note est renvoyée, comme l'avait été le mémoire original, et comme la réclamation de M. Abate, à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Ricord.	20 fr.
M. le docteur Adde-Margras (de Nancy). . .	10
Un anonyme.	2
Total des listes précédentes. . .	652
Total général jusqu'à ce jour. . .	684 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial, M. le docteur Guyot, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'Académie royale de médecine de Belgique vient de mettre au concours les questions suivantes pour les années 1858 à 1861.

Première question. — « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies particulières aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillières du royaume. »

Prix: *Une médaille d'or* de 600 fr. et une somme de 1,600 fr.

2e *question.* — « Discuter la valeur des diverses méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique. »

Prix: *Une médaille d'or* de 800 fr.

3e *question.* — « Déterminer la nature et l'étiologie des états morbides considérés, chez le cheval, sous le nom vague d'*influenza*; faire ressortir les rapports qu'ils peuvent avoir avec les affections typhoïdes de l'homme, et exposer les médications qui leur sont le mieux appropriées. »

Prix: *Une médaille d'or* de 1,000 fr.

4e *question.* — Faire une appréciation raisonnée des services que les médecins belges ont rendus à la médecine et aux branches d'études qui s'y rapportent, la vétérinaire exceptée, pendant les XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles. »

Prix: *Une médaille d'or* de 1,000 fr.

5e *question.* — « Déterminer, par de nouvelles expériences sur les mammifères, les rapports qui existent entre l'oxygène absorbé par les poumons et l'acide carbonique exhalé par la peau; préciser l'influence exercée sur cet échange gazeux par le repos, le mouvement, la température et l'alimentation. »

Prix: *Une médaille d'or* de 1,500 fr.

6e *question.* — « Exposer l'état actuel de la science, quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. »

Prix: *Une médaille d'or* de 800 fr.

Les mémoires, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir; ils devront être adressés au secrétariat de l'Académie, à Bruxelles, savoir: pour la première question, avant le 1er avril 1860; pour les 2e et 3e, avant le 1er juillet de la même année, et pour les autres questions, avant le 1er juillet 1861. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

— Un médecin d'origine suédoise, et qui depuis vingt ans est établi à Marseille, M. Charles Behm, vient de recevoir de son souverain la décoration de l'ordre de Gustave Wasa.

— Notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. J. Charrière, vient d'obtenir la médaille d'honneur à l'exposition universelle de Dijon.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 109. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 109. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 SEPTEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture de deux mémoires, l'un de M. le docteur P. de Pietra-Santa sur l'affection des ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt; le second, de M. Bouchut, sur le *tubage de la glotte.* Deux présentations ont été faites ensuite par MM. Junod et Houel.

Le mémoire de M. de Pietra-Santa est relatif à une question d'hygiène professionnelle, ainsi que l'indique d'ailleurs son titre; il a pour objet l'étude de l'influence qu'exerce la préparation connue sous le nom de vert de Schweinfurt sur la santé des ouvriers qui manient cette substance, employée, comme on sait, dans l'industrie pour la coloration en vert des papiers destinés à divers usages économiques. M. de Pietra-Santa s'est assuré, par deux années d'observation, sur les détenus des Madelonnettes qui sont affectés exclusivement à ce genre de travail, que le maniement de cette substance donne lieu à une maladie spéciale, localisée principalement sur les parties exposées à son contact immédiat, et qui consiste dans la manifestation sur ces parties de vésicules, pustules, plaques muqueuses et ulcérations; maladie qui paraît n'avoir aucun retentissement sur les grandes fonctions organiques, et ne présente par conséquent aucune gravité. De simples précautions hygiéniques, telles qu'ablutions fréquentes, bains, gants de peau préservant les mains de tout contact immédiat, division du travail, etc., peuvent, suivant l'auteur, en prévenir le développement; et lorsque la maladie est développée, il suffit de quelques soins très-simples (lotions d'eau salée sur les parties malades saupoudrées immédiatement après de calomel) pour la combattre.

Tel est en substance le résultat des observations faites par M. de Pietra-Santa, qui en conclut que cette industrie peut être maintenue sans inconvénient, pourvu qu'on astreigne les ouvriers à l'emploi journalier des précautions et des soins que nous venons d'indiquer.

Le mémoire de M. Bouchut a trait à un point de la thérapeutique du croup. Nos lecteurs connaissent les tentatives récentes de cathétérisme du larynx, dont les effets sont encore à l'étude. M. Bouchut a puisé dans cette pratique l'idée d'une méthode nouvelle, qu'il désigne sous le nom de *tubage de la glotte.* Cette opération, comme le cathétérisme, a pour objet de remplacer la trachéotomie, dont elle remplirait le but, dans certains cas au moins, sans en avoir les dangers. Elle consiste à introduire dans le larynx, à travers l'orifice de la glotte, une virole métallique, qui y est laissée à demeure autant de temps qu'il est nécessaire, soit pour maintenir le larynx dilaté, soit pour en faciliter la désobstruction.

Il n'a été fait encore que deux essais de cette méthode sur le vivant, et il est impossible, ainsi que le reconnaît d'ailleurs M. Bouchut lui-même, de fonder sur ces deux faits seulement une appréciation suffisamment motivée des services qu'elle peut rendre. Toutefois, notre confrère croit pouvoir déjà considérer comme établis, par ces deux essais, les faits suivants, qui constitueraient déjà une présomption en faveur de la méthode, savoir : la facilité avec laquelle se pratique ce tubage, la tolérance du larynx pour la virole, dont la présence dans cet organe n'empêche point les fonctions de l'épiglotte; enfin, la facilité qu'ont les grosses concrétions pseudo-membraneuses de la trachée et des bronches à sortir par ce tube...

Du reste, nous ne voulons pas être plus enthousiaste pour l'innovation de M. Bouchut qu'il ne l'est lui-même, et lorsqu'il déclare ne vouloir point se permettre de juger encore cette méthode, ni de fonder sur elle aucune espérance que pourrait démentir la clinique, nous devrons être aussi sage que lui en nous abstenant, et en appelant les essais sous toutes les réserves de prudence que comporte un pareil objet. Ce mémoire sera d'ailleurs publié prochainement et intégralement.

Nous n'avons que peu de chose à dire des deux présentations. Tout le monde connaît le zèle et la persévérance que M. le docteur Junod n'a cessé d'apporter depuis plus de vingt-cinq ans dans l'étude et le perfectionnement de sa méthode hémospasique et des appareils qu'elle nécessite. C'est d'un nouveau perfectionnement de ces appareils que M. Junod a entretenu hier l'Académie; on en trouvera l'indication dans le compte rendu.

Quant à la présentation faite par M. Houel, d'un monstre de la famille des Syméliens, nous y reviendrons lorsqu'il en aura donné une description complète, ainsi qu'il en a pris l'engagement. — Dr Brochin.

DE LA COLORATION PARTIELLE DE LA PEAU CHEZ LES FEMMES (chrombidrose).

Les quelques réflexions que nous avons présentées dans le numéro du 2 septembre au sujet de la lecture du mémoire de M. le docteur Le Roy de Méricourt sur la coloration partielle de la peau chez les femmes, nous ont valu de la part de cet honorable confrère une réponse contenant des faits nouveaux et des considérations pleines d'intérêt que nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux.

Nous croyons devoir reproduire d'abord ici une analyse de l'observation de M. le docteur Bousquet (de Saint-Chinian) rappelée dans la séance de l'Académie du 31 août par M. Gibert, et dans laquelle M. Le Roy de Méricourt a puisé des analogies très-instructives avec ses propres observations. Nous laissons parler notre honorable correspondant :

— Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, de Montouliers (Hérault), jouissant antérieurement d'une excellente santé, parfaitement réglée depuis l'âge de treize ans. La coloration anormale est chez elle précédée d'une toux opiniâtre, quinteuse, sonore et sans expectoration.

(Chez une des jeunes filles en traitement à Brest, une toux de même nature qu'une névralgie intercostale rendait encore plus pénible, a également existé pendant plusieurs mois. Il est à remarquer que chez la malade du docteur Bousquet le flux menstruel n'a jamais cessé de se montrer régulièrement, en aussi grande abondance, et avec les mêmes qualités physiques du sang. J'ai eu à faire la même remarque au sujet de la jeune fille citée dans l'observation X de mon premier mémoire.)

Un mois après l'apparition de la toux, et lorsque ce symptôme avait disparu sous l'influence d'un traitement bien dirigé, la jeune femme de Montouliers s'aperçut, comme dans les observations que j'ai recueillies à Brest, que les paupières inférieure et supérieure des deux yeux prenaient une teinte bleuâtre, qui d'abord ne consistant qu'en un cercle qui entourait les organes de la vision, semblait croître en étendue sur les joues en même temps que la couleur devenait de plus en plus foncée. Au bout de quelques jours, cette teinte gagna les joues, le nez, le front, le menton, toute la figure en un mot, et ne s'arrêta qu'aux oreilles et au cou, qui conservèrent leur couleur naturelle.

(Aussi serait-ce bien à tort, comme je l'ai fait remarquer, qu'on adopterait pour caractériser cette maladie un nom spécifiant la localisation aux paupières de la teinte (blépharo-mélanose ou melœna), comme l'avaient proposé les observateurs irlandais.)

La figure semblait avoir été enduite d'une couche d'une épaisse solution d'indigo. (J'ai vu avec plaisir que j'avais eu raison de rapprocher, *à priori*, le cas décrit par le docteur Billard, sous le nom de gonopathie cutanée, alors que je n'avais encore observé que des faits de coloration noire. Il s'ensuit qu'on ne doit pas attacher une importance trop grande à la teinte de la matière colorante, et qu'il vaut mieux ne pas en tenir compte dans le choix de la dénomination de la maladie. On serait tenté d'expliquer les changements de nuances par le plus ou moins d'abondance de la sécrétion du pigment accidentel; nous croyons qu'il

---

FEUILLETON.

Des distances à garder entre les magasins à poudre et les lignes télégraphiques. — De l'appareil auditif des insectes. — De la pourpre.

M. le maréchal Vaillant posait dernièrement à l'Académie des sciences une question d'un haut intérêt. Il s'agissait de savoir s'il n'y avait aucun danger à trop rapprocher les fils télégraphiques d'un magasin à poudre. N'avait-on rien à craindre du passage de l'étincelle dans le voisinage des poudres?

Cette première crainte a été repoussée par le rapporteur M. Pouillet. Pour lui, — et tout le monde partagera son opinion, — quand bien même les fils télégraphiques se briseraient au moment où une dépêche est transmise, les faibles étincelles produites au point de rupture ne paraissent pas suffisantes pour enflammer le pulvérin flottant qui recouvre les fils ou leurs supports. — Mais il est un autre danger à redouter, un danger réel. L'électricité atmosphérique menacerait les magasins à poudre : si par exemple la foudre venait à tomber sur les fils télégraphiques, ils pourraient être fondus sur une certaine longueur, enflammés, dispersés, et on comprend alors comment des globules incandescents pourraient donner lieu aux accidents les plus redoutables. De plus, les fils eux-mêmes mis en pleine combustion et poussés par le vent, pourraient décrire des courbes autour des points d'attache et porter au loin des flammes.

Jusqu'ici heureusement aucun accident de ce genre n'est venu autoriser cette manière de voir, mais comme sa probabilité ne saurait être mise en doute, il est bon de chercher à prévenir ces affreuses catastrophes.

La commission a donc cherché les précautions qu'on aurait à prendre, et voici le résultat de ses travaux.

Dans toute la portion des lignes à moins de cent mètres d'un magasin à poudre, il est prudent de substituer les fils souterrains aux fils aériens, et de préserver ces conduits souterrains au moyen de paratonnerres placés sur des mâts de quinze à vingt mètres de hauteur.

Espérons que ces mesures écarteront cette source nouvelle d'incendie et de désastre.

— L'existence de l'ouïe chez les insectes est admise par tous les naturalistes; mais on n'a pu encore jusqu'ici découvrir un organe auditif chez ces animaux. Autant de naturalistes, autant de propositions. Cependant tous les anatomistes pensent que les antennes renferment l'organe de l'audition. Telle est aussi l'opinion de M. Lespès, qui a fait sur ce sujet un travail que nous pensons digne de remarque.

Erichson a décrit de petites ouvertures percées dans l'enveloppe cornée de l'antenne et fermées par une mince membrane; il paraît n'avoir étudié ces organes que sur des insectes desséchés, ce qui l'a induit en erreur sur la manière dont ils sont constitués.

Ces ouvertures, dont le nombre et la position sont extrêmement variables, existent chez tous les insectes; elles sont fermées par une membrane comme le tympan ou mieux comme la fenêtre ronde de l'oreille des vertébrés; M. Lespès propose de les désigner sous le nom de *tympanules.*

Derrière la membrane du tympanule et immédiatement appliquée à sa surface, se trouve une petite poche pleine d'un liquide épais et dans laquelle on aperçoit presque toujours un corps solide. C'est probablement une poche auditive et une otolithe renfermée dans cette poche.

Enfin, dans plusieurs cas, il a été possible à M. Lespès de suivre jusque dans cette poche auditive un des filets terminaux du nerf antennal.

Une étude comparative suivie dans un très-grand nombre d'espèces démontre que ces organes sont toujours constitués de la même manière; leur volume seul varie, mais n'est point en rapport avec la taille des insectes; ils sont souvent très-petits dans les grandes espèces, tandis que dans les petites ils acquièrent quelquefois un volume relativement fort grand.

Quant à leur nombre, il est très-variable, on en trouve quatre seulement sur l'antenne des Libellulides, tandis que dans celle des coléoptères lamellicornes il y en a un nombre énorme. La position qu'ils occupent sur l'antenne est aussi très-différente et toujours en rapport avec la forme de cet appendice.

En recherchant un organe analogue chez les Myriapodes, M. Lespès a trouvé chez plusieurs une disposition remarquable : vers le milieu de l'antenne de l'un d'eux (*Scutigera coleopterata*) existe une sorte de nœud ou de renflement formé par deux articles entre lesquels est placé une petite poche dans laquelle se termine une branche du nerf antennal. Dans une autre espèce (*Iulus terrestris*), il a trouvé deux appareils analogues à côté l'un de l'autre.

Ces organes chez les Insectes représentent, avec des dimensions très-petites il est vrai, l'appareil auditif des Crustacés décapodes placé aussi sur l'antenne; comme lui, ils sont formés du nerf antennal. Dans l'appareil des Crustacés, on ne trouve pas de véritable otolithe, mais le centre de la poche renferme un liquide plus épais; chez quelques In-

n'en est rien, car chez les jeunes femmes, dont les paupières étaient d'un noir foncé, et qui ont vu décroître graduellement ce phénomène, la teinte a diminué d'intensité et d'étendue, mais elle est toujours restée la même ; tandis que, dans le seul cas de coloration bleue que j'ai vu, les paupières ont été bleues dès le premier jour, et malgré l'augmentation des taches, elles sont restées bleues.)

Chez la malade du docteur Bousquet, il en a été autrement. De la fin du mois d'août au 15 septembre, la teinte bleuâtre était devenue plus foncée; la figure était noire dans toute son étendue; on aurait dit qu'on l'avait couverte d'une couche de cambouis; elle ressemblait, quant à la figure, à une négresse, avec le luisant que donne une légère transpiration. Elle devait certainement rappeler, pour me servir de l'heureuse comparaison de M. Moreau, ces statues antiques dont le tronc est d'albâtre et la tête de marbre noir.

(C'est la première fois que je vois employer la comparaison d'une couche de cambouis pour exprimer l'aspect du visage. Il paraîtrait que la quantité de matière grasse était autrement abondante que dans les autres observations, bien que j'aie pu signaler cependant sa présence.)

M. Bousquet s'étant aperçu que la partie du bonnet qui touchait le front ou les joues était noire, lava avec un linge mouillé une portion de la joue gauche. *Sous l'influence de ce lavage, la couche noire fut enlevée*, et la peau apparut d'un blanc légèrement bleuâtre, pareil à celui qu'on remarque chez les personnes qui ont la barbe forte et qui viennent de se raser. Si le linge avait été imbibé d'huile, la peau eût repris entièrement sa coloration normale ou à très-peu près. (Je ne saurais trop le répéter, c'est là le caractère pathognomonique de la maladie dont nous nous occupons, la matière colorante est à la surface de la peau ; c'est en quoi cette anomalie se distingue nettement de la coloration d'un brun plus ou moins foncé qu'on observe sur diverses parties du corps chez les femmes nouvellement accouchées dont a parlé M. Moreau, et de celle du scrotum, chez les hommes, signalée par M. Ricord. Comme l'a très-bien fait remarquer M. Depaul, ces dernières taches sont profondes, sous-épidermiques et dues à un dépôt de matière pigmentaire organisée en excès dans l'épaisseur du derme. On a beau les frotter, les laver, on ne parvient jamais à les modifier ; encore moins à les faire disparaître. Aussi tenons-nous beaucoup à voir admettre comme dénomination celle que nous proposons.) (Chromhidrose, transsudation de matière colorante.)

L'observation de M. Bousquet offre un détail tout particulier; comme dans les nôtres, la coloration anormale reparut peu de temps après le lavage, mais il vit peu à peu poindre des gouttelettes d'une sueur noire, qui, formant une couche de plus en plus épaisse et compacte, donna d'abord à cette partie de la joue qu'il avait lavée une couleur bleue plus foncée, puis noire, et arriva à avoir la même nuance que le reste de la figure. (Comme aucun des cas que nous avons observés n'avait une intensité égale au sien, nous n'avons pu suivre les progrès de la transsudation d'une manière aussi frappante; mais de même que lui, nous avons reconnu que la matière colorante était onctueuse, grasse, et tachait fortement le linge. Ni le savon ni le lavage à la lessive ne parviennent à faire disparaître complétement les traces des taches noires.)

Chez cette jeune femme, aussi bien que chez presque toutes celles dont nous avons parlé, l'appétit était bon, les digestions faciles, le pouls normal. L'auscultation du cœur et des poumons n'indiquait aucune lésion de ces organes. Elle n'a offert ni épistaxis ni hémoptysie. Enfin la terminaison par la disparition subite du phénomène principal, a été aussi brusque qu'elle l'a été plusieurs fois à Brest.

Notre confrère a remarqué, comme les observateurs irlandais et comme moi, que la surface n'est pas uniformément noire ou bleuâtre, mais offre un pointillé noir; de chacun de ces points, se touchant presque les uns les autres, mais pourtant distincts et séparés, il a pu voir apparaître une goutte excessivement fine qui, peu à peu augmentant de volume, finissait par se rejoindre, se réunir à ses voisines, couvrir de nouveau la partie de la peau qui avait été lavée. Ce phénomène était en tout semblable à celui qu'on remarque chez les personnes dont la peau est en voie de transpiration, avec cette différence que cette sueur était moins abondante, d'un noir très-foncé, douce, onctueuse au toucher.

—Cette observation, pour laquelle M. Bousquet a été beaucoup plus favorisé que nous par l'intensité de la sécrétion, tendrait à établir d'une manière positive que la production de matière colorante se fait jour à l'extérieur par les orifices des glandes sudorifères, comme j'avais été amené à le supposer, et non par les orifices des follicules pileux dans lesquels viennent se rendre les conduits des glandes sébacées, ainsi que l'admet le docteur Néligan. Resterait encore à déterminer en vertu de quelle modification pathologique la sueur viendrait se charger, sur une surface restreinte de l'enveloppe cutanée, non-seulement d'une si grande quantité de matière colorante, mais encore de matière grasse, car, à l'état normal, elle ne contient que sur certains points du corps, de l'acide butyrique seulement.

L'absence de trouble appréciable de la menstruation dans le cas si remarquable recueilli par le docteur Bousquet, ainsi que chez la jeune fille de notre dixième observation, vient jeter des doutes fort légitimes sur la valeur du rôle que je suis porté à faire jouer à la suppression totale ou à la diminution relative du flux menstruel comme point de départ de la chromhidrose. Ces deux faits tendraient au moins à établir que l'aménorrhée ou la dysménorrhée n'est pas indispensable à sa production. Mais je ferai remarquer combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer que le flux périodique, bien qu'en apparence normal, soit suffisant, à un moment donné, pour entretenir un heureux équilibre dans les fonctions de la femme.

Quoi qu'il en soit, voici encore deux observations qui viennent à l'appui des rapports à établir entre la chromhidrose et l'état de la menstruation.

La première a été insérée par le docteur Banks dans le *Dublin quarterly journal* (mai 1858), et reproduite en partie dans la *Revue thérapeutique du Midi* (15 juin 1858), (1) d'où je l'extrais; la seconde m'a été fournie par mon ami le docteur Gestin, chirurgien de 1re classe, qui vient de la recueillir à Brest.

Obs. I. — Le 17 septembre 1853 entrait à l'asile d'aliénés de Richmond une folle âgée de vingt-trois ans; sa folie est la monomanie suicide, survenue à la suite d'une vive émotion morale. Assez bien constituée, cheveux et yeux d'une couleur foncée, elle habite le village de Skerries, situé sur la côte à quelques milles au nord de Dublin. Après plusieurs mois d'aménorrhée, elle devint sujette à une hémoptysie périodique qui était évidemment une déviation du flux menstruel. Cette hémorrhagie s'accompagnait en général d'une excitation considérable, souvent d'une grande distension de l'abdomen et d'une rétention d'urine. Le doyen des médecins de l'asile de Richmond, le docteur Mollen, a réussi maintes fois à prévenir ces attaques par des applications de sangsues aux aines, et par l'emploi de bains de siége deux ou trois jours avant l'époque où les règles devaient apparaître. Les nombreuses médications mises en usage, entre autres les emménagogues, n'ont pas été suivies d'effet avantageux ; on se propose de recourir au galvanisme, en dirigeant le courant sur l'ovaire et l'utérus.

En voyant cette malade pour la première fois, le docteur Banks fut frappé d'une coloration remarquable qu'elle présentait autour des yeux. Celle-ci siégeait principalement à la surface des paupières inférieures, et s'étendait aux ailes du nez. La couleur était exactement celle qui serait produite par de l'encre de Chine ou plutôt par du bleu de Prusse. Les taches autour des yeux existent depuis la suppression des règles, mais elles deviennent d'une nuance plus foncée à l'époque de l'hémorrhagie périodique. La durée ordinaire de cette hémorrhagie est de trois ou quatre jours, la quantité de sang rejetée est à peu près égale à celle qui était perdue à chaque période menstruelle survenant dans le cours d'une bonne santé. Un peu avant l'apparition de l'hémoptysie, la malade est inquiète et très-agitée ; pendant sa durée, ce symptôme se complique de constipation, l'abdomen est distendu par un développement considérable de gaz. Il y a en même temps une rétention d'urine ; on est même obligé de pratiquer le cathétérisme. La langue est très-chargée ; la malade a des envies fréquentes de vomir, et pendant les efforts de vomissement, la coloration anormale prend invariablement une teinte plus foncée.

(1) Voy. aussi *Gazette hebd.*, 16 juillet 1858.

En outre des rapports évidents entre le phénomène de la coloration anormale des paupières et les troubles de la menstruation qui se rencontrent dans cette observation, nous ferons remarquer les accidents du côté des voies urinaires, que nous n'avons vu notés que chez la malade du docteur Billard (d'Angers), qui a présenté une suppression complète de l'urine pendant trois jours sans qu'elle éprouvât aucun des accidents ordinaires de la rétention; chez la malade du docteur Teevan, il y a eu vomissement noir accompagné d'urine noire et d'évacuations noires par l'intestin.

Obs. II. — Alexandrine S..., âgée de seize ans et cinq mois, demeurant à Brest, yeux et cheveux bruns, vigoureuse et bien constituée, est réglée depuis l'âge de treize ans. Dans le principe, le flux menstruel a été peu régulier; plus tard, il a paru plus exactement, mais toujours avec des retards de dix à quinze jours.

Il y a sept mois, quelques jours avant l'époque présumée du retour des règles, les parents de la jeune fille s'aperçurent que les paupières inférieures offraient une coloration d'un noir bleuâtre, depuis le bord libre jusqu'à l'origine des joues. Le dépôt de matière noire pouvait s'enlever en partie au moyen d'un linge sec, et complétement au moyen d'un linge imbibé d'huile. Pendant trois mois et demi, la coloration persiste en même temps qu'une aménorrhée complète. Au bout de ce temps, les menstrues reparaissent et la coloration noire disparaît subitement.

Depuis cette époque le flux périodique a été régulier, sauf des retards de quelques jours. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'à partir du moment où les règles devraient venir, jusqu'au jour où elles viennent effectivement, une légère nuance bleuâtre colore le bord libre des paupières et disparaît aussitôt l'écoulement menstruel établi. Jamais Alexandrine n'a eu la moindre indigestion, pas même de céphalalgie; il n'y a eu ni épistaxis, ni vomissement, ni prurit des paupières. Les pieds, qui, avant la période de coloration noire, étaient habituellement froids, ont été, pendant cette période, constamment glacés. Aujourd'hui, la jeune fille ne se plaint plus de froid aux pieds.

Dans son rapport sur le mémoire de M. Bousquet (de Saint-Chinian), M. Gibert a parfaitement établi la distinction entre la *chromhidrose* et la maladie de la peau assez rare connue sous le nom de *pityriasis nigra*. Dans cette dernière, a-t-il dit, il n'y a point de transsudation de la matière colorante, et le linge mis en contact avec les taches ne se colore point en noir. Mais nous ne pouvons nous ranger à l'opinion du savant dermatologiste lorsqu'il rapporte la coloration partielle de la peau en noir chez les femmes à l'altération de la couleur du sang, car alors ce ne serait plus une partie restreinte de la surface cutanée qui serait colorée, mais toute la surface du corps, les muqueuses aussi bien que la peau. Nous ne voyons aucune corrélation à établir avec les exemples connus de *sueur de sang ;* dans la maladie que nous étudions, la matière exsudée n'est pas organisée, c'est un produit de sécrétion morbide, c'est du pigment amorphe mélangé à une matière grasse.

Lors de la lecture de ce rapport, M. Emery attribua la coloration noire à une sécrétion des follicules sébacés altérée par l'état pathologique, comme dans l'*acne sebacea ;* dans cette affection, le liquide, transparent d'abord, noircit à l'air. Déjà, dans notre premier travail (*Arch. génér. de méd.*), nous avons réfuté cette

---

sectes on retrouve une disposition analogue, mais chez la plupart la partie centrale est vraiment solide.

Quant à l'organe des Myriapodes, il ne diffère en aucun point essentiel de celui des Crustacés, et il peut être considéré comme établissant le passage entre ce dernier et celui des Insectes.

Il est donc probable que ces appareils sont destinés à l'audition.

Les expériences physiologiques tentées par M. Lespès pour déterminer le siége de l'ouïe chez les insectes ne lui ont donné que rarement des résultats incontestables; quelques-unes pourtant ont permis à ce naturaliste d'arriver à la preuve que les insectes entendent réellement les sons comme la plupart des autres animaux, et ne les perçoivent pas comme des mouvements de trépidation, ainsi que quelques naturalistes l'avaient pensé; que ce sont les antennes qui renferment l'organe auditif, et cela seulement dans les points où elles portent les appareils qui viennent d'être décrits.

Si ces organes constituent l'appareil auditif des insectes, ces animaux nous offriraient une oreille composée, de même qu'ils ont un œil composé. On pourrait, d'un autre côté, comparer l'organe de certains Myriapodes et celui que l'on trouve dans quelques larves aux yeux simples de plusieurs d'entre eux, et enfin, pour compléter cette analogie remarquable entre deux appareils sensitifs, on trouverait chez un myriapode au moins deux organes auditifs à côté l'un de l'autre, comme on constate chez quelques Articulés des groupes d'yeux simples.

— Jaffa, l'ancienne Joppée, n'a point de port pour les grands vaisseaux, mais seulement une rade ouverte, et entre des rochers situés immédiatement devant la ville, un bassin calme et peu profond accessible aux légers bateaux arabes. Elle est bâtie sur une colline peu élevée, mais très-escarpée et formée de grès marin moderne, composé surtout de débris de Pétoncles. On ne rencontre aucun autre terrain de formation entre le rivage de la mer jusqu'à 16 kilomètres dans les terres, où l'on trouve les derniers rameaux des montagnes de la Judée.

De puissantes dunes de sable quartzeux mélangé de débris de coquilles, couvrent pendant des lieues entières toute la plaine ondulée, où elles forment une digue naturelle, mais interrompue seulement par quelques gouttières qui déchargent les eaux des ruisseaux d'hiver et le lit du Nahr-el-Audschech, qui débouche à 6 kilomètres au nord de la ville. Des roches partant de la côte s'avancent en mer à angle droit avec le rivage, et quand les eaux sont calmes, on les voit revêtues de plantes marines et d'animaux qui les rendent très-glissantes. C'est là, entre les sillons que les roches laissent entre elles et leurs anfractuosités, qu'on rencontre divers Gastéropodes des eaux peu profondes. Ces animaux peuvent même rester à sec pendant quelque temps, en attendant le retour du flot. De ce nombre sont diverses Patelles, les hélices littorales, et autres Turbinées.

Parmi ces mollusques, M. Roth a trouvé le *Conus mediterraneus*, et le *Purpura patula* de Lamarck, qui, lorsqu'on le tient dans la main, teint la paume et surtout les ongles en pourpre bleuâtre.

Le naturaliste-voyageur ayant brisé avec précaution le dernier tour de la coquille, et ouvert le sac respiratoire du côté du dos, trouva immédiatement à côté du cœur une glande oblongue découpée, couleur blanc de craie, qui au bout de quelques secondes, surtout quand on la piquait, prenait une teinte verdâtre. Si l'on vide cette glande, la couleur de la liqueur passe subitement au vert de mer léger et prend la consistance du pus. Ces glandes peuvent avoir la grosseur d'un petit pois ou d'une lentille.

M. Roth, après avoir recueilli un certain nombre de ces glandes, a voulu expérimenter le procédé de teinture en pourpre que recommande Pline l'Ancien. Il a donc mélangé ces glandes avec trois fois la quantité d'eau, et ajouté deux pincées de sel marin. Après trois jours de macération, le mélange dégageait une odeur alliacée très-désagréable. M. Roth plongea dans le liquide des pièces de coton, de laine et de soie bien blanches, et, après les en avoir imprégnées, les mit à sécher au soleil. A mesure que la dessiccation se produisait, l'odeur devenait plus vive, et la couleur passait du vert de mer au vert de feuille, puis au violet et enfin à l'améthyste. C'est sur le coton que l'opération a le plus promptement réussi ; mais sur la laine, qui avait plus absorbé de liquide, la teinte était plus intense. La soie n'a pas aussi bien réussi.

Le liquide, enfermé dans un tube, sera soumis en Europe à l'analyse chimique. Mais si l'on voulait pêcher ce coquillage, il vaudrait mieux le recueillir en pleine mer ou à la *Scala Tyria*, qu'à Jaffa, où les chrétiens le mangent en carême et en détruisent une grande quantité.

Dr E. Renaud.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le mercredi 13 octobre 1858, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à trois places de chirurgien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, tous les jours, les dimanches exceptés, de midi à trois heures.

Les inscriptions seront reçues à partir du lundi 13 jusqu'au lundi 27 septembre inclusivement.

Le secrétaire général, L. Dubost.

opinion émise également par le docteur Moore Néligan, qui fait de notre maladie une espèce du genre *stearrhœa*, sous le nom de *stearrhœa nigricans*.

Je crois avoir assez insisté sur le caractère tranché des taches qui *s'essuient* pour les différencier nettement de celles dont MM. Moreau et Ricord ont entretenu l'Académie; d'ailleurs, M. Depaul a très-justement fixé l'attention sur ce point de diagnostic.

Il ne me reste plus qu'à répondre au sujet de l'observation de Gilkrist insérée dans *The London medical Gazette*, et analysée dans la *Gazette médicale de Paris* (1839, n° du 3 novembre). Elle n'a aucune espèce de rapport avec les faits dont il est question ici. Après avoir lu et relu l'observation du médecin anglais, j'ai acquis la conviction qu'il s'agissait plutôt d'un cas de pellagre que d'un fait isolé de la maladie épidémique décrite sous le nom d'acrodynie.

Je terminerai en établissant la statistique des cas de chromhidrose parvenus à ma connaissance jusqu'à ce jour.

MM. les docteurs	Yonge	1	Portsmouth.
—	Billard (d'Angers)	1	Corzé (Maine-et-Loire).
—	Teevan	1	Londres.
—	Bousquet (de St-Chinian)	1	Montouliers (Hérault).
—	Néligan	1	Dublin.
—	Law	1	Dublin.
—	Banks	1	Dublin.
—	Le Roy de Méricourt	15	Brest.
	Total	22	

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

L'asthme. — Examen des opinions professées sur la nature de cette maladie.

Après vous avoir rapidement indiqué quelques-unes des causes sous l'influence desquelles les attaques d'asthme se produisent, je vais examiner avec vous les opinions qui ont eu et ont encore cours dans la science sur la nature de cette maladie. Je vais vous parler des opinions de MM. Rostan, Louis et Beau, pour les discuter et vous donner ma manière de voir, ma façon d'interpréter les faits.

Si mon honorable collègue M. le professeur Rostan admet aujourd'hui l'existence de l'asthme nerveux essentiel, il ne l'a pas toujours admise. Il fut un temps où il ne croyait pas à cette névrose bizarre des organes respiratoires, et il la regardait comme étant symptomatique d'affections du cœur. Dominé par les souvenirs des beaux travaux qu'il avait entrepris à ce sujet sur l'asthme des vieillards, alors qu'il était médecin de la Salpêtrière, M. Rostan n'établissait aucune différence entre l'asthme et la dyspnée. Pour lui ces deux mots étaient synonymes, pour moi il est loin d'en être ainsi. L'asthme est, à mes yeux, une maladie spéciale, complète; c'est une manifestation, une manière d'être particulière d'une maladie générale ayant des expressions locales très-diverses, se traduisant tantôt par des accès de dyspnée, d'oppression, qui constituent l'asthme, mais pouvant se traduire aussi par des attaques de goutte articulaire ou de goutte vague, par des attaques de gravelle, par des attaques de rhumatisme.

Ce n'est pas l'oppression qui fait l'asthme; car il faudrait appeler ainsi la dyspnée symptomatique des maladies du cœur, des gros vaisseaux, la dyspnée qui survient si violente et va jusqu'à la suffocation, chez les individus atteints d'œdème de la glotte, chez les enfants pris de croup. Or, il n'est personne qui n'évite une semblable confusion. Entre la dyspnée et l'asthme, la différence est immense. Si l'asthme est une dyspnée de forme et de nature spéciales, tout accès de dyspnée n'est pas de l'asthme.

Avez-vous jamais vu, chez un individu atteint d'une maladie de l'appareil central de la circulation, les accès que cette maladie occasionne être diminués par l'exercice? N'êtes-vous pas tous les jours témoins du contraire? A volonté, pour ainsi dire, vous pourrez provoquer un accès d'asthme, pour parler plus régulièrement, un accès de dyspnée, chez tout individu affecté d'une lésion un peu sérieuse du cœur. Une marche un peu plus rapide que d'habitude, l'action de monter un escalier, suffiront pour déterminer une oppression plus ou moins considérable, portée quelquefois jusqu'à la suffocation. Toutefois, ces accès d'asthme symptomatique pourront survenir aussi indépendamment de cette cause occasionnelle; ils surviendront, chez quelques-uns, sous l'influence d'une émotion morale; chez d'autres, sans cause appréciable.

Rappelez-vous la malade qui a succombé il y a quelques jours dans nos salles, à une hypertrophie du cœur compliquée d'un anévrysme vrai de la crosse de l'aorte. Vous l'avez vue en proie à des crises épouvantables de dyspnée survenant tout à coup, se répétant fréquemment jour et nuit dans les derniers temps, et se répétant sans cause occasionnelle.

Mais si la dyspnée symptomatique peut survenir, ainsi que l'asthme essentiel nerveux, sans cause occasionnelle, il est important, pour différencier l'un de l'autre, de considérer quelle est leur marche.

L'accès d'asthme se comporte d'une façon analogue à un accès de fièvre, c'est-à-dire que, débutant avec une certaine lenteur, quelquefois, il est vrai, assez brusquement, il arrive peu à peu à son apogée, comme toute affection névrosique, puis décroît de même pour s'éteindre petit à petit, laissant alors l'individu qui l'a éprouvé dans un état de parfaite santé pendant un temps plus ou moins long, jusqu'au retour d'une nouvelle attaque.

Est-ce là la marche, est-ce là la forme de la dyspnée symptomatique d'une maladie du cœur? Non assurément, son invasion est toujours brusque, jamais l'oppression ne cède aussi complétement; toujours imminente, elle ne laisse jamais, après la crise, l'individu dans l'état de parfaite santé où se trouve alors l'asthmatique.

Celui-ci, l'accès passé, n'est plus exposé à ses retours sous l'influence de la moindre émotion, d'un exercice un peu plus violent que d'habitude; jusqu'à la première attaque il reprendra sa vie ordinaire sans craindre d'être arrêté. L'individu atteint d'une affection au cœur est toujours sous le coup d'un accès à venir que produiront les moindres causes.

Sans doute, et il est nécessaire d'en être prévenu, de véritables attaques d'asthme peuvent compliquer les affections du cœur et du poumon. Cela est incontestable, celles-ci et celui-là ne s'excluent en aucune façon.

Examinons ce qui arrive alors, et revenons à ce sujet sur des considérations plus générales dont je vous ai plusieurs fois entretenus.

Une femme porte une affection carcinomateuse de l'utérus: elle éprouve des douleurs de reins, des douleurs dans le bas-ventre, qui augmentent par la marche, qui augmentent à l'époque des règles, au moment de la digestion ou lorsque la malade va à la garde-robe, et que le toucher exaspère : une autre n'éprouvera aucune douleur, mais une troisième aura des névralgies utérines réapparaissant chaque jour, rigoureusement à la même heure, revenant avec une périodicité si régulière, que les malades en prévoient le retour à quelques minutes près. Chez deux malades que j'observais, l'une avec Récamier, l'autre dernièrement avec mon excellent ami le docteur Lassègue, ces crises duraient pendant cinq ou six heures; chez cette dernière elles se répétèrent durant plusieurs années. Les douleurs étaient atroces. Dans son paroxysme, la malade se roulait, se tordait sur le plancher de sa chambre. Dans l'intervalle de ses accès, elle n'éprouvait qu'une sensation de chaleur dans l'organe affecté.

Dans ces différents cas, qu'il y ait ou non des douleurs permanentes, qu'il y ait des douleurs intermittentes, la lésion est la même. Mais dans ces derniers cas, sur elle s'est greffée une affection névrosique; au cancer s'est ajoutée la névrose douloureuse dont il n'excluait pas l'existence.

De même, de ce qu'un individu est affecté d'une maladie du cœur, cela n'exclut pas chez lui la possibilité de l'asthme. Si quelques malades supportent les affections les plus sérieuses du cœur sans en éprouver relativement de graves accidents, tandis que d'autres en éprouvent des plus terribles tout en ayant des lésions beaucoup moins prononcées que les premiers, chez d'autres encore une névrose peut s'enter sur l'affection organique; en un mot, chaque individu a, permettez-moi l'expression, sa manière à lui de porter sa maladie; il peut éprouver des paroxysmes de nature particulière suivant sa nervosité, et les paroxysmes sont essentiels à connaître pour pouvoir démêler l'élément nerveux de l'élément organique qu'il complique.

La malade dont nous avons fait l'autopsie dimanche dernier avait présenté les symptômes les mieux caractérisés de l'angine de poitrine. Qu'est-ce donc que cet *angor pectoris?* Dans un grand nombre, dans le plus grand nombre des cas, c'est une névrose symptomatique d'une affection du cœur et des gros vaisseaux; mais dans quelques cas, cette névrose est parfaitement indépendante de toute affection organique des organes centraux de la circulation, indépendante même de toute affection organique appréciable. C'est une véritable névralgie épileptiforme, c'est une manière d'être de cette redoutable maladie. Elle en a la brusquerie dans l'invasion, la rapidité dans la marche, la soudaineté dans la cessation; c'est une forme du vertige épileptique, et quelques-uns de ceux qui ont autrefois éprouvé des accès d'*angor pectoris* ont plus tard de véritables attaques d'épilepsie.

Les névroses peuvent donc se greffer sur des maladies organiques, mais elles en restent indépendantes, et celles-ci ne sont plus que l'occasion de leur développement. Elles en sont indépendantes en ce sens que la lésion organique n'en est pas d'ordinaire accompagnée; et si, pour revenir à l'asthme, nous le voyons survenir chez des individus affectés de maladies du cœur ou du poumon, c'est que ces individus se sont ressouvenus, à propos de ces maladies, qu'ils étaient asthmatiques. Chez eux, la lésion du cœur, l'affection du poumon, ont été l'occasion du développement d'une maladie qui restait silencieuse, et qui n'attendait peut-être que cette occasion pour se manifester.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Clinique des maladies simulées.

Surdité. — Parmi les infirmités qui ont leur siége dans l'appareil auditif, la surdité est celle dont s'alimente surtout l'industrie des simulations. La difficulté pour l'expert de constater des lésions qui appartiennent à des régions cachées, profondes, souvent inaccessibles à l'exploration directe, explique cette prédilection de la part des fourbes qui n'ont besoin du reste, pour assurer le succès de leur entreprise, que d'une attitude passive, d'une certaine opiniâtreté dans leur rôle, et d'une attention continuelle pour ne point se trahir.

Lorsque la surdité ou une simple cophose dépendent d'un vice de conformation du canal auriculaire ou de son obstruction, de la rupture ou de la destruction du tympan, d'une otite purulente, d'une carie du rocher ou des cellules mastoïdiennes, de l'hypertrophie des amygdales, des polypes naso-pharyngiens, de l'occlusion de la trompe d'Eustache, le diagnostic n'offre guère de sérieux embarras. Mais si l'infirmité résulte de la perte ou de l'ankylose des osselets, de l'absence de liquides dans les cavités labyrinthiques, d'un épanchement de pus ou de sang dans la caisse, d'une altération du limaçon ou des canaux demi-circulaires, d'une commotion cérébrale, d'une violente détonation ou enfin d'une lésion quelconque du nerf acoustique, chacune de ces causes devient très-difficile à apprécier.

Néanmoins, toutes les fois qu'un individu se présente à la visite en qualité de sourd, il est indispensable d'explorer avec soin toute l'étendue et la profondeur du conduit auditif ainsi que l'arrière-bouche, et de s'assurer en même temps si l'air ne s'échappe pas de la caisse du tympan à travers une perforation de cette membrane. Si dans ces investigations on rencontre des oblitérations, des productions morbides, des engorgements ou des tumeurs qui gênent ou interceptent les ondulations sonores, la surdité paraîtra vraisemblable et l'exemption devra être proposée. Dans le cas contraire, il y a doute, et le sujet, accepté provisoirement, est mis en observation dans un hôpital.

La privation prolongée de l'ouïe, et par conséquent des relations dont cette fonction est l'intermédiaire, imprime à l'individu un aspect particulier. Le véritable sourd dont l'intelligence n'est pas amoindrie, offre habituellement dans les regards et dans l'expression de la physionomie une sorte d'attention interrogative, qui cherche à deviner dans le mouvement des lèvres de ses interlocuteurs ce qu'on lui dit ou ce qu'on dit de lui. Ce caractère, assez difficile à imiter, peut n'être pas très-marqué, mais il contraste avec l'air impassible, ou chagrin, ou stupide que le simulateur affecte presque toujours, et qui doit tout d'abord éveiller la méfiance.

Il y a des fourbes qui croient bien faire en prenant un maintien désolé ou en criant très-fort pour parler, tandis que dans la surdité réelle le sujet offre une sorte de résignation placide, et s'exprime presque toujours d'un ton peu élevé. Règle générale, il faut tenir en état de suspicion celui qui ne perçoit aucun son si près et si haut qu'on lui parle. Il peut se faire néanmoins qu'avec de grands éclats de voix on réussisse à être entendu : c'est le moment pour l'expert de captiver la confiance, et de distraire l'attention du sujet, puis de baisser graduellement le ton de la conversation de manière à surprendre des signes d'audition. Cette manœuvre, habilement exécutée, réussit presque toujours. Il ne faut pas oublier toutefois qu'il y a des sourds qui perçoivent les sons aigus, tout en restant insensibles aux sons graves, et réciproquement.

L'épreuve des explosions inattendues durant l'état de veille est beaucoup moins sûre, parce que généralement les simulateurs s'attendent à y être soumis, et qu'ils se prémunissent par une vigilance continuelle contre de semblables surprises. Mais pendant leur sommeil, la détonation d'une capsule, un simple claquement de mains suffisent pour les éveiller en sursaut.

Du reste, les expédients les plus simples sont presque toujours les meilleurs pour déjouer les simulateurs; souvent même ils se trahissent par inadvertance et sans aucune provocation.

C..., désigné pour le 17e d'artillerie, se présente au Val-de-Grâce muni : 1° d'un certificat de notoriété publique, signé par quatre pères de conscrits, attestant que ce jeune homme est sourd depuis son enfance; 2° d'un certificat du curé de la commune attestant la réalité de cette infirmité; 3° d'une lettre d'un médecin qui déclarait que trois années de soins n'avaient pu amender l'état de C.... Il y avait donc là une réunion de témoignages imposants et bien propres à convaincre tout autre que M. Champouillon, qui a été obligé, par suite de nombreuses déceptions, à ne s'en rapporter qu'à lui-même.

C... annonçait un caractère orgueilleux et irascible; ce fut précisément là-dessus que M. Champouillon établit son plan d'attaque. Quelques paroles désobligeantes furent donc adressées à cet homme, dont la figure devint d'abord d'un rouge pourpre, puis d'une pâleur effrayante : ses regards exprimaient une colère concentrée, ses lèvres frémissantes semblaient prêtes à s'ouvrir pour livrer passage à la menace. Bientôt C..., incapable de se maintenir plus longtemps, s'écria : « Eh bien, non, je ne suis pas sourd; faites-moi sortir d'ici, j'aime mieux aller aux galères que d'être traité de la sorte. »

B..., récemment incorporé dans un régiment de chasseurs, ayant réclamé sa libération pour cause de surdité complète, méconnue par le conseil de révision, fut envoyé au Val-de-Grâce pour y être réformé, s'il y avait lieu. Depuis un mois cet homme, toujours en éveil, avait réussi à esquiver tous les piéges qu'on lui tendait. Un jour, le wagmestre entre dans la salle pour distribuer aux malades les lettres qui leur étaient adressées. A l'appel de son nom, B... répond : « Présent. »

Certains conscrits, trouvant le rôle de faux sourd trop fatigant à jouer, aiment mieux provoquer la surdité par l'occlusion du conduit auditif, au moyen d'un corps étranger, tel qu'un petit caillou, un pois, une fève, de la moelle de jonc, de l'étoupe, du coton ou une éponge. Cette supercherie se reconnaît aisément au

moyen du stylet ou du spéculum, et on y met fin immédiatement par l'extraction du corps étranger.

Nous avons eu le regret de voir récemment un conscrit breton succomber à une méningite purulente, occasionnée par la présence d'un petit caillou au fond du conduit auriculaire, dans le but de provoquer la surdité.

L'otorrhée est quelquefois la cause ou le symptôme de la cophose : les conscrits le savent et se gardent bien de l'oublier. Pour simuler l'écoulement puriforme de l'oreille, ils s'introduisent dans le conduit auditif externe un mélange de miel, de suc d'herbes et de fromage pourri, offrant jusqu'à un certain point l'aspect et l'odeur du pus. Il suffit d'une injection d'eau tiède pour mettre la fraude en évidence.

Quand la surdité est congéniale, elle s'accompagne nécessairement de mutité; celle-ci, néanmoins, peut exister isolément. Ses causes sont les adhérences, les blessures graves, l'atrophie, l'hypertrophie ou la paralysie de la langue. Toutes ces causes, exceptée la dernière, sont faciles à reconnaître ; car elles portent en elles-mêmes le témoignage de leur réalité. La paralysie seule peut être simulée.

Quand la paralysie date de loin, la langue est amincie, atrophiée ; elle est ramassée et comme pelotonnée au fond de la bouche. La même cause qui empêche les mouvements nécessaires à l'articulation des mots s'oppose aussi à la libre sortie de la langue ; en sorte, comme l'a dit Percy, que tout muet qui tire la langue et la meut à volonté, s'il n'est pas né sourd, est un imposteur. Cette observation est fort juste, sans doute, mais la conviction de l'expert sera plus complète encore, s'il parvient, par quelque moyen de surprise, à faire parler le simulateur.

H..., jeune soldat au 7e bataillon de chasseurs à pied, avait mené, jusqu'à l'époque de son incorporation, une vie errante et à peu près solitaire dans les montagnes des Cévennes, en qualité de berger. A force de vivre avec les bêtes, H... paraissait en avoir pris et conservé l'accent, car à chaque question qui lui était adressée, il ne répondait que par une sorte de bêlement saccadé. Cet homme, d'humeur douce et joviale, devint bientôt le plastron de ses camarades de chambrée. Une fois à l'hôpital, il semble un peu intimidé ; mais il manifeste en même temps une extrême curiosité à la vue des appareils de chimie et des instruments de physique, dont il paraît impatient de connaître le mécanisme et l'usage. C'est en vain qu'on l'expulse du laboratoire, il finit toujours par y rentrer. C'est alors que l'idée vint à M. Champouillon de soumettre H... à une épreuve dans laquelle cet homme serait peut-être exposé à s'oublier et à se trahir. En conséquence, tandis qu'on chargeait une forte batterie de Leyde, H... fut placé sur un isoloir et reçut la décharge électrique sur le bout du nez. Surpris par la douleur et l'effroi, le fourbe pousse un cri horrible et s'enfuit en proférant une foule d'imprécations articulées de la manière la plus nette.

Bien que la mutité s'accompagne fréquemment de changements dans la forme et la consistance de la langue, cependant ces caractères peuvent manquer, surtout quand l'infirmité est récente et accidentelle. La mutité peut donc se produire par suite d'un trouble nerveux et sans lésion de la langue. En voici un exemple rapporté il y a quelques jours par la *France centrale*.

« Mme G... était aux Sables-d'Olonne avec ses deux enfants. Elle n'avait pas voulu se baigner avec eux, et restait sur la plage à les surveiller. Deux autres enfants prenaient le même plaisir que les siens. Tout à coup un cri d'effroi se fait entendre, et le bruit se répand à l'instant que les deux enfants de Mme G... s'étant trop avancés, ont été entraînés par le flot et vont périr. On comprend le coup porté à la pauvre mère, et la violence de l'émotion dont elle fut saisie. La douleur fit immédiatement sur elle une si profonde impression qu'elle voulut appeler au secours, mais elle ne le put pas ; une révolution soudaine avait paralysé la langue, et depuis ce moment Mme G... est muette, sans que la science soit parvenue jusqu'ici à lui faire recouvrer l'usage de la parole. »

Les simulateurs n'opèrent pas toujours en vue d'un congé de réforme ; quelques-uns se bornent à feindre un malaise, une indisposition quelconque pour obtenir quelques jours de repos à la caserne ou à l'hôpital. Les uns avalent une chique pour se donner la fièvre ; d'autres se placent devant le trou d'une serrure pour se faire rougir l'œil. Il en est qui se font enfler la joue par un stratagème presque incroyable.

S..., cavalier au 4e cuirassiers, se présente un jour à la visite de M. Champouillon, avec la joue droite fortement tuméfiée mais sans rougeur. Le malade attribuait ce gonflement à une violente odontalgie survenue pendant la nuit. La palpation de la tumeur y produisait une crépitation générale. « Vous êtes un imposteur, » dit M. Champouillon à ce cavalier. S... un peu déconcerté, se trouble, et raconte ensuite qu'il avait provoqué l'enflure de la joue en se piquant la bouche du même côté, après quoi il avait fait de fortes expirations, la bouche et les narines fermées, de manière à insuffler le tissu cellulaire. Une vigoureuse pression exécutée avec le plat de la main, mit fin instantanément à cette singulière fluxion.

Dr Sculfort.

FORMULE D'UN NOUVEL ÉLIXIR DE PEPSINE.

Après l'analyse que nous avons publiée des travaux de M. le docteur Corvisart sur les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de la pepsine, et l'extrait du mémoire de M. le docteur Edward Ballard sur le même sujet, où sont énoncées les principales indications de la méthode dite *nutrimentive*, nos lecteurs seront bien aises de trouver ici une formule d'une nouvelle préparation de pepsine par M. Mialhe.

Voici la note que M. Mialhe a insérée dans le *Bulletin général de thérapeutique* :

Depuis que la pepsine est entrée dans le domaine de la thérapeutique, on a proposé un certain nombre de formules qui ne paraissent pas de nature à remplacer avantageusement les premières préparations publiées par M. Corvisart lui-même. On sait que ce médecin administre la pepsine soit en nature, c'est-à-dire sous forme pulvérulente, mélangée à l'amidon, poudre inerte propre à en assurer la conservation, soit en dissolution mêlée au sirop de cerises ou à l'élixir de Garus.

Ces diverses préparations sont certainement les plus aptes à déterminer entre le bol alimentaire et le ferment digestif le contact immédiat qui doit opérer la métamorphose (avantage que ne présentent pas au même degré les autres formules proposées dans ces derniers temps). Toutefois, nous croyons devoir donner la préférence à l'ingestion de la pepsine à l'état liquide, parce qu'il est plus facile d'ingérer un liquide qu'un corps pulvérulent, et surtout parce qu'à l'état liquide il est possible de beaucoup mieux masquer le goût fermentescible, assez nauséeux, qui est propre à la pepsine.

Or, le sirop de pepsine, d'ailleurs assez agréable, dont M. Corvisart a donné la formule, n'est pas susceptible d'une longue conservation, et l'élixir de Garus pepsiné trahit trop la présence du ferment et laisse à désirer sous le rapport de la saveur : nous avons donc, sur la demande de quelques confrères, cherché une formule exempte des inconvénients que nous venons de signaler, et nous croyons avoir convenablement réussi en associant la pepsine à un vin généreux additionné d'alcool et de sucre en quantité suffisante pour masquer la saveur particulière du ferment.

Voici cette formule :

Pepsine amylacée (préparée d'après la méthode de MM. Corvisart et Boudault	6 gram.
Eau distillée	24 —
Vin blanc de Lunel	54 —
Sucre blanc	30 —
Esprit-de-vin fin à 33°	12 —

On met ces matières en contact jusqu'à parfaite dissolution du sucre et l'on filtre.

Cet élixir est d'un goût très-agréable ; les femmes et les enfants le prennent sans aucune répugnance et même avec plaisir.

On l'administre immédiatement après chaque repas, à la dose d'une cuillerée à bouche, contenant justement la quantité de pepsine nécessaire à la digestion, c'est-à-dire 1 gramme.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 septembre 1858. — Présidence de M. Roche.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le prince chargé du ministère de l'Algérie et des colonies, transmet une note de M. Bennex, pharmacien, sur un préservatif contre les fièvres pernicieuses des régions tropicales. (Commiss. des remèdes secrets.)

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Bolut, de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Sermange en 1857 et 1858 ;

2° Un rapport de M. Madin, de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Fresnes en 1858 ;

3° Un rapport de M. le docteur Lemaire, de Dunkerque, sur une affection typhoïde qui a été observée dans diverses localités de cet arrondissement, mais qui n'a présenté nulle part le caractère épidémique;

4° Un rapport de M. le docteur Chabus, de Sisteron, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville en 1858;

5° Un rapport de M. le docteur Ivonneau, de Blois, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Boisseau en juillet 1858.

6° Un rapport de M. le docteur Prévost, d'Hazebrouck, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Houdeghen en 1858. (Commission des épidémies.)

7° Deux rapports de M. le docteur Peyrecave, médecin inspecteur des eaux minérales de Barbotan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856. (Commission des eaux minérales.)

8° Un mémoire de M. le docteur Le Couppey, sur le traitement des scrofules par le sucre de Saturne. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Jobert, inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), adresse une note accompagnant un envoi de barégines, sulfuraires, etc., recueillis dans les eaux sulfureuses thermales de cet établissement. (Commission des eaux minérales.)

— M. le docteur Tarsitani, membre de l'Académie royale de médecine de Naples, en réponse à une réclamation de priorité soulevée par M. le docteur Aurélio Finizio, à propos d'un forceps céphalotribe, adresse une lettre accompagnée d'un certificat du président de l'Académie de Naples, attestant que l'invention de cet instrument appartient à M. Tarsitani. (Commissaires déjà nommés : MM. Moreau et Depaul.)

— M. le docteur Aurelio Finizio, membre de la même Académie, adresse de son côté son forceps céphalotribe avec une note dans laquelle il insiste sur l'énorme différence qui existe entre son céphalotribe et celui de M. Tarsitani.

— M. le docteur Khun (de Gaillon) adresse, à l'occasion de la communication faite par M. Houel dans la dernière séance, une lettre dans laquelle il émet cette opinion que les monstruosités comme les simples difformités sont le résultat d'une maladie accidentelle survenue dans l'œuf, soit avant, soit après sa fécondation.

— M. George, dentiste, adresse une note dans laquelle il propose de substituer à l'anesthésie chloroformique l'anesthésie locale déterminée par le passage d'un courant galvanique à travers la dent.

— M. Charrière adresse deux nouveaux modèles de canules destinées au tubage des voies aériennes, fabriqués d'après les indications de M. Loiseau (de Montmartre).

LECTURES.

M. P. de Pietra-Santa lit un mémoire ayant pour titre : *Existe-t-il une affection propre aux ouvriers en papiers peints qui manient le vert de Schweinfurt?*

Ce mémoire, que l'auteur a présenté à l'Académie des sciences, a été déjà résumé dans le numéro du 31 août dernier. (Voir pour les conclusions le *Premier Paris*.)

— M. Bouchut lit un mémoire sur le *tubage de la glotte*. (Nous publierons textuellement ce travail dans l'un des prochains numéros).

— **Modifications des grandes ventouses** — M. Junod lit une note dans laquelle il donne la description des nouveaux perfectionnements qu'il a introduits dans ses grandes ventouses, et qui permettent de les réduire au quart de leur volume pour la facilité du transport. La ventouse perfectionnée est de fer étamé et verni à l'extérieur et divisée en quatre parties, de manière que les plus petites s'emboîtent dans les plus grandes. Deux bracelets superposés l'un à l'autre, l'un en caoutchouc vulcanisé, l'autre en tissu de soie dit imperméable, viennent recouvrir la jonction des pièces et rendre la fermeture hermétique.

M. Junod a apporté à la ventouse destinée aux extrémités supérieures un perfectionnement qui la rend également plus portative, et qui a, en outre, cet avantage que la disposition des pièces qui la composent permet d'y introduire le bras plié à angle droit, ce qui s'oppose à ce que, par l'effet du vide, le membre puisse être entraîné au fond du tube, comme cela avait souvent lieu avec l'ancienne ventouse. (Commissaire, M. Poiseuille).

PRÉSENTATION.

Monstre de la famille des Syméliens.—M. Houel présente à l'Académie, au nom de M. Géry fils et au sien, un monstre appartenant à la famille des *Syméliens* de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, et plus spécialement au genre *Symèle*.

Ce monstre est le produit d'une fille qui a eu, il y a déjà trois ans, un enfant bien conformé. La mère, qui a vingt-sept ou vingt-huit ans, est sans difformité apparente extérieure ; elle n'a rien ressenti d'extraordinaire dans sa grossesse. Le père de cet enfant, qui n'est point celui du premier, est jeune et bien conformé. Le travail de l'accouchement s'est accompli régulièrement, sans difficulté, et l'enfant paraît n'être venu que quelques jours seulement avant terme.

Ce fœtus, qui a une longueur totale de 29 centimètres, est normalement constitué dans la partie sus-ombilicale; la portion sous-ombilicale, qui a une longueur de 27 centimètres, au lieu de s'élargir à la partie inférieure du tronc pour constituer le bassin, va, au contraire, en se rétrécissant, et les cuisses et les jambes, qui sont réunies ensemble dans toute leur longueur, semblent faire suite au tronc, qui se termine par une extrémité pointue constituée par la réunion des deux pieds, auxquels on ne distingue que les deux orteils.

Le bassin ne présentant point de délimitation d'avec les membres, on ne trouve point de trace d'anus ni d'organes génitaux externes.

M. Houel, qui n'a point encore complété la dissection de ce monstre, qu'il se propose de présenter de nouveau à l'Académie, a néanmoins constaté que le rectum manquait, qu'il se terminait dans le bassin rudimentaire par une bride fibreuse. Il lui a aussi été impossible de trouver trace des organes génitaux internes mâles ou femelles, ainsi que des organes urinaires. Il n'existe point de vessie, d'uretères ni de rein. Les capsules surrénales, qui, dans les monstres de cette espèce ont été rencontrées par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, manquent également chez ce fœtus.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial en date du 9 de ce mois, M. Villatte, vétérinaire en chef des écuries impériales, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

—Un concours pour la nomination d'un chef interne s'ouvrira le 13 décembre prochain à l'Hôtel-Dieu de Toulon. Le programme des examens est réglé ainsi qu'il suit :

1re séance. (Question orale.) Anatomie et physiologie. — 2e séance. (Question écrite.) Pathologie interne et externe. — 3e séance. (Question orale.) Accouchements et opérations chirurgicales. — 4e séance. (Question orale.) Clinique interne et externe. Matière médicale.

Les émoluments du chef interne sont fixés à 500 fr. Il sera logé, nourri, éclairé, chauffé, blanchi dans l'établissement. Il est alloué en outre, au chef interne, par le département, une subvention de 200 fr. comme répétiteur du cours d'accouchement.

— M. le docteur Chahu, membre du conseil d'arrondissement de Mamers, vient de mourir à Montmirail. Cet honorable confrère, qui s'était fait dans son pays une réputation juste et méritée, était âgé de soixante-trois ans.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 110. — SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 110. — SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des fongosités de la muqueuse utérine.

Depuis que Récamier a signalé pour la première fois à l'attention des praticiens l'existence de l'affection généralement connue aujourd'hui sous le nom de *fongosités utérines*, et qu'il a proposé pour la combattre la méthode de l'abrasion ou du curage, ainsi qu'il l'appelait, quelques cliniciens se sont imposé la tâche de vérifier les observations de cet habile praticien, et de juger expérimentalement la valeur de sa méthode. M. Nélaton est, parmi ces cliniciens, celui qui a poursuivi avec le plus de zèle et de persévérance l'étude de cette affection, dont il a souvent entretenu ses élèves à la clinique ; et c'est surtout à son autorité que la méthode Récamier doit d'avoir surmonté les vives oppositions qu'elle a rencontrées à ses débuts. Nous devons à l'un de ses élèves les plus assidus et les plus distingués, M. Rouyer, une très-bonne monographie de cette affection presque entièrement fondée sur les observations qu'il a recueillies pendant plusieurs années dans le service (1). C'est à ce travail, qui résume l'ensemble de presque tous les faits observés depuis quinze ans, que nous empruntons l'esquisse suivante de la maladie dont il s'agit.

Les lambeaux enlevés pendant la vie, au moyen de la curette utérine, présentent, à cause même de la forme de l'instrument, l'aspect de bandelettes longues de 3 à 5 centimètres sur 5 à 6 millimètres de largeur. Les deux faces, libres et adhérentes, sont circonscrites par des bords taillés en biseau, aux dépens de la dernière. La face libre est lisse, recouverte par l'épithélium; on y aperçoit un lacis vasculaire fin ; la face adhérente est hérissée de petites villosités très-fines, un peu veloutées, d'un blanc grisâtre ou rosé, très-peu vasculaire. Indépendamment de cet état qui rappelle celui de la muqueuse observé pendant l'écoulement menstruel, on trouve de petites granulations saillantes, soulevant légèrement la muqueuse, d'autres fois formant de petites saillies hémisphériques ou même sphériques, mais un peu pédiculées, ressemblant assez bien à de petits grains de groseille. Sous la muqueuse il existe quelquefois de petits caillots sanguins comme apoplectiques, plus souvent de petites masses spongieuses, semblables à du tissu placentaire.

(1) *Etudes cliniques sur les fongosités de la muqueuse utérine, et sur leur traitement par l'abrasion et la cautérisation.* Thèse inaugurale, par M. Jules Rouyer. Paris, 1858.

Les petits grains dont il vient d'être question, ne sont rattachés dans certains cas à la muqueuse que par un pédicule mince et ressemblant tout à fait alors aux polypes vésiculaires que l'on extrait souvent des fosses nasales.

Il est enfin une autre disposition de granulations que l'on rencontre sur la muqueuse vascularisée, ce sont de petits grains comme des têtes d'épingle, qui se trouvent sous la face libre de la muqueuse et lui donnent un aspect chagriné.

Ces fongosités, que l'on observe quelquefois simultanément dans la cavité utérine et dans la cavité du col, arrivent dans quelques cas à franchir l'orifice externe sous la forme d'une petite tumeur fongueuse vasculaire, qui a pu faire croire à l'existence d'une tumeur encéphaloïde. Mais l'abrasion, en débarrassant les malades de tous les accidents qu'elles éprouvaient, démontre la véritable nature de ces fongosités.

Les altérations qui ont été rencontrées le plus souvent en même temps que les fongosités, sont la tuméfaction du col de l'utérus, des ulcérations superficielles sur cette partie de l'organe, le ramollissement du tissu propre de l'utérus, et un agrandissement plus ou moins prononcé de la cavité de cet organe.

C'est le plus souvent à la suite de grossesses multipliées, et surtout de fausses couches, que l'on voit se développer ces fongosités.

M. Rouyer a noté que dans les cas de grossesse arrivée à terme, très-souvent le dernier accouchement avait été pénible, long, et suivi d'hémorrhagie.

L'existence des fongosités étant le plus habituellement liée à la grossesse, elles ont été observées le plus souvent sur des femmes jeunes, de vingt à trente-cinq ans. Cependant on trouve dans le relevé quatre cas chez des femmes de quarante-cinq à cinquante ans.

M. Nélaton a eu occasion d'observer plusieurs fois des fongosités utérines chez des femmes dont la mère avait présenté des symptômes semblables. L'une des malades dont M. Rouyer a recueilli l'observation, a dit avoir deux sœurs qui étaient sujettes aux mêmes accidents.

Enfin il résulte des investigations et des interrogatoires auxquels s'est livré M. Rouyer à cet égard, que la plupart des femmes qui ont présenté cette affection, avaient abusé ou au moins usé très-fréquemment du coït.

Enfin, se fondant sur des considérations cliniques et anatomo-pathologiques qu'il serait trop long de reproduire ici, M. Rouyer a été conduit à admettre que les fongosités reconnaissent généralement pour cause immédiate un travail inflammatoire qui lui-même se développe sous l'influence de causes diverses.

Les principaux symptômes qui révèlent la présence des fongosités dans la cavité de l'utérus, sont la métrorrhagie et les douleurs.

Les fongosités déterminent le plus souvent au début une augmentation de l'écoulement menstruel ; mais bientôt les hémorrhagies peuvent perdre ce caractère régulier et devenir presque continuelles; ou bien les époques menstruelles se rapprochent et se montrent deux fois, trois fois par mois. Lorsque l'écoulement sanguin est continu, il est généralement peu abondant, et augmente d'une manière très-sensible aux époques des règles. Il est enfin un genre d'irrégularité qui a été observé quelquefois. Les troubles hémorrhagiques dont il vient d'être question ont disparu presque complétement, dans quelques cas, pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à trois ou quatre mois, puis ils ont reparu ensuite, et de même, à plusieurs reprises.

Les douleurs ont été souvent le symptôme dominant ; elles se montrent principalement dans la région lombaire et dans la région hypogastrique, dans les aines, dans les membres abdominaux et dans la région sacrée. Bien que ces douleurs soient communes à la plupart des affections utérines, elles ont paru cependant avoir quelques caractères spéciaux qui permettraient de les rapporter exclusivement aux fongosités utérines. Voici ce que M. Rouyer dit avoir remarqué à cet égard :

La douleur qu'on observe le plus fréquemment est celle qui s'étend d'une des régions iliaques dans le membre inférieur correspondant, et surtout celle qui existe dans la région sacrée. Elles semblent suivre la même marche que les pertes sanguines, diminuant et augmentant avec elles.

D'autres symptômes accusent également, quoique d'une manière moins constante, l'existence des fongosités; telles sont la leucorrhée, qui précède et suit les règles pendant deux ou trois jours, et les névralgies intercostales ou les névralgies iléo-lombaires, qui se manifestent chez quelques malades. Enfin, les pertes sanguines réitérées peuvent amener une anémie, qui devient à son tour un symptôme indirect de la maladie.

La marche de l'affection est le plus ordinairement lente et présente presque toujours des intermittences; aussi les malades n'ont-elles recours en général aux soins médicaux qu'assez tard et alors qu'elles sont lassées par la persistance et les retours incessants des hémorrhagies. Dans presque tous les cas que M. Rouyer a observés, la maladie datait de plusieurs années. Malgré que les soins soient presque toujours administrés tardivement, la maladie guérit presque toujours. — Par quels moyens? — C'est ce que nous examinerons dans la prochaine *Revue*.

Rhumatisme cérébral.

Voici encore un nouveau fait de rhumatisme cérébral rapidement suivi de mort, malgré la médication énergique mise en

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. NÉLATON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. ; tome V, publié sous sa direction par M. le docteur JAMAIN, avec des figures intercalées dans le texte.

L'année dernière, nous rendions compte du quatrième volume de ces *Éléments de pathologie chirurgicale*. Les éloges que nous donnions alors, nous les donnons encore aujourd'hui. Nous trouvons en effet dans ce nouveau volume le même esprit de saine critique et de sagace observation, la même clarté dans l'exposition, la même sévérité dans le style, et enfin la même justesse dans les appréciations. Nos auteurs, avant tout, se sont attachés à l'exposition du bon, de l'utile et du classique, laissant au temps le soin de montrer la valeur de ce qui est aujourd'hui dans le vague, et de ce qui n'est pas établi sur des bases solides. Et, disons-le de suite, ce n'est pas un des moindres mérites de MM. Nélaton et Jamain, au milieu de tant de faits qui se produisent dans le champ de l'observation, d'avoir discerné le faux du vrai, en un mot, séparé l'ivraie du bon grain.

Le livre que nous avons sous les yeux est la première partie du cinquième et dernier volume du *Traité de pathologie chirurgicale* de M. le professeur Nélaton et de M. le docteur Jamain ; il renferme les *affections de l'anus et du rectum*, et les maladies si nombreuses et si intéressantes de l'appareil urinaire.

Au moyen d'une analyse écourtée, banale et rapide, nous n'irons pas faire une énumération fastidieuse des titres, des chapitres, des articles qui se trouvent dans ce volume.

Nous appelons l'attention sur un ou deux points seulement, et quand le lecteur aura bien compris la supériorité avec laquelle MM. Nélaton et Jamain les ont envisagés, nous n'aurons plus qu'à quitter la plume après avoir écrit ces mots : *Ab uno disce omnes*.

On sait combien les spécialistes se sont disputés et se disputent encore sur la priorité de l'invention de la lithotritie. Nous sommes encore tout assourdi, et vraiment nous entendions crier si fort autour de nous, qu'au milieu de ce vacarme de réclamations, de déclamations et de récriminations, nous ne pouvions plus reconnaître où était la vérité. Mais MM. Nélaton et Jamain ont porté la lumière dans ce chaos; ils ont prononcé le fameux *quos ego*, et pour longtemps, sans doute, nous serons débarrassés des cris un peu trop tumultueux de prétentions rivales. Voyons comment nos auteurs traitent cette partie de la lithotritie, et citons, au risque d'être long, cette remarquable page de l'histoire de l'art guérir.

« Nous diviserons l'histoire de la lithotritie en quatre périodes. Dans la première, cette opération est seulement entrevue, et si elle est exécutée, c'est probablement avec peu de succès, puisqu'elle appelle à peine l'attention de quelques praticiens.

« Albucasis indique positivement la possibilité de briser les pierres dans la vessie : *Accipiatur*, dit-il, *instrumentum subtile quod nominatur mashaba rebilia et suaviter intromittatur in virgam et volve lapidem in medio vesicæ et si fuerit mollis frangitur et exibit*, *si vero non exiverit... oportet incidi ut chirurgia determinatur*.

Malgré ces indications, l'école italienne du seizième siècle, qui connaissait cependant parfaitement les auteurs arabes et la lithothritie, n'avait pas accepté cette méthode. Ainsi Alex. Benedetti blâme cette opération : *Aliqui intus sine plaga lapidem conterunt instrumentis; quod equidem tutum non invenimus*. Il préfère la taille médiane ; il ajoute en effet ; *Nunc inter anum et colem recta plaga cervicem vesicæ incidunt*.

« On le voit, la lithotritie avait été conçue depuis longtemps, peut-être avait-elle donné quelques résultats heureux.

» Nous n'avons fait remonter la lithotritie que jusqu'à Albucasis ; c'est, en effet, le premier ouvrage de chirurgie qui, à notre connaissance, en fasse mention; il est certain cependant que cette opération était connue avant lui. Olympios démontre que la lithothritie a été pratiquée au commencement du neuvième siècle, sous le règne de l'empereur Léon l'Arménien. Le document sur lequel il s'appuie est tiré de la vie du moine Théophanès; on y trouve le passage suivant : Il se rendit auprès de l'empereur, « quoiqu'il fût tourmenté par une maladie chronique des reins et par une dysurie. » — En effet, des instruments avaient été introduits dans la vessie par le conduit naturel, et après avoir broyé les pierres qui s'y trouvaient, les apportaient en dehors, et permettaient à l'urine sa libre sortie autant que possible.

L'opération pratiquée chez ce moine était bien la lithotritie; il paraît certain que l'appareil instrumental était déjà arrivé à une certaine perfection, puisque, à l'aide des instruments, on pouvait amener au dehors les débris de fragments; ce fait est donc de la plus haute importance pour l'histoire de la lithotritie, et il nous prouve que l'opération indiquée plus tard par Albucasis, avait avant lui été appliquée avec succès. »

« C'est à cette première période qu'appartiennent les tentatives de ce moine de Cîteaux qui parvint à briser dans sa vessie une pierre en portant jusqu'à elle, au moyen d'une canule, un petit ciseau sur lequel il frappait avec un maillet; et celle du major Martin, qui se procura quelque soulagement en frottant le calcul à l'aide d'une espèce de lime courbe renfermée dans une canule.

» La seconde période, *période d'essai*, est celle qui offre le plus d'intérêt dans l'histoire de la lithotritie.

Cette opération est étudiée avec soin. La possibilité de fragmenter les calculs n'est plus l'objet d'un doute de la part des chirurgiens; ils sont surtout préoccupés 1° de la confection des instruments; 2° des moyens

usage, qui nous est communiquée par M. Petit (d'Aubignon).

Le nommé B..., âgé de trente-huit ans, d'un tempérament sanguin, robuste et vigoureux, a été atteint, dans l'espace de quatre à cinq ans, de deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, qui furent combattues par la saignée et le nitrate de potasse à haute dose. La fièvre et les douleurs avaient cédé en peu de temps à l'emploi de cette médication. Depuis le mois de novembre 1856, cet homme avait joui d'une bonne santé, quand, le 19 février 1858, après quelques jours d'un travail pénible, il fut saisi d'une courbature générale et de quelques douleurs vagues dans les membres. Il avait le pressentiment d'une nouvelle attaque de son rhumatisme.

Le 20, les douleurs augmentent d'intensité: des frissons surviennent.

Le 21, une céphalalgie violente se déclara et les douleurs diminuèrent subitement.

Le 23, le malade éprouva de l'assoupissement.

M. Petit, appelé à lui donner des soins, le trouva dans l'état suivant : la face, qui la veille était injectée, d'après les renseignements donnés par la famille, était décolorée, les pupilles resserrées, presque insensibles ; le pouls faible et déprimé ; le coma s'était déclaré dans la nuit ; le malade put à peine répondre aux questions qui lui étaient adressées : il répondait par monosyllabes ; à peine sentait-il quand on lui pinçait les extrémités.

La saignée ayant paru contre-indiquée par la dépression du pouls, M. Petit prescrivit quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes aux jambes, du calomel et un lavement purgatif. Il fit appeler en même temps son confrère, M. Bourbousson, qui diagnostiqua aussi un rhumatisme cérébral, et qui fut d'avis de continuer cette médication

Le soir, même état. Le coma était plus profond ; il y avait perte complète de connaissance et de la sensibilité. Le calomel avait produit deux selles. On fit appliquer deux vésicatoires camphrés aux jambes, et on pratiqua largement l'urtication sur les articulations et sur l'épine dorsale. Deux cautères furent appliqués aux mastoïdes.

Cette énergique médication ne produisit aucun effet. Dans la nuit du 24, des convulsions violentes se déclarèrent, et le malade mourut dans la matinée.

On ne peut guère révoquer en doute ici la nature de la maladie. La médication que M. Petit a mise en pratique était évidemment indiquée dans ce cas. Enfin, le déplacement du rhumatisme n'a pas eu lieu, dans ce cas, à la suite de l'administration du sulfate de quinine ou de toute autre médication ; il a été spontané et produit par une cause inappréciable.

De la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets, appliquée au traitement de la surdité nerveuse.

Des expériences physiologiques entreprises dans le but de rechercher, au moyen de la faradisation localisée, quelles sont les propriétés et les fonctions de la corde du tympan, ont conduit M. le docteur Duchenne (de Boulogne) à appliquer ce procédé de faradisation à la cure de certaines surdités nerveuses. Nous extrayons d'un travail que M. Duchenne vient de publier sur ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique*, les quelques faits et les quelques considérations qui suivent :

Voici le procédé opératoire dont se sert notre confrère :

La tête du malade étant inclinée de manière à placer le conduit auditif externe dans une direction à peu près verticale, on injecte dans ce conduit une quantité d'eau suffisante pour en remplir la première moitié, et l'on plonge dans ce liquide un fil métallique, en évitant de le mettre en contact avec la membrane du tympan ou avec les parois du conduit auditif.

Mais comme le plus léger mouvement de la tête ou de la main qui tient le réophore auriculaire, peut produire ce contact, qui cause une vive douleur au moment du passage du courant, M. Duchenne, dans le but de rendre ce contact impossible, a fait construire un réophore auriculaire dans lequel le fil métallique conducteur est isolé par une enveloppe en ivoire et ne peut pénétrer jusqu'à la membrane du tympan. Après avoir attendu que l'espèce de bourdonnement produit par l'impression du liquide sur la membrane du tympan ait disparu, on met le réophore auriculaire en rapport avec un des conducteurs d'un appareil d'induction, et on ferme le circuit en plaçant sur l'apophyse mastoïde l'autre réophore humide, qui lui-même communique avec le second conducteur de cet appareil.

L'appareil d'induction qui sert à cette expérience, est approprié à la délicatesse de l'organe sur lequel on agit, c'est-à-dire que le minimum de sa puissance doit être à peine appréciable lorsqu'on applique les excitateurs métalliques sur l'extrémité de la langue, et qu'il doit pouvoir se graduer avec précision et sur une échelle d'une grande étendue.

Afin de mieux apprécier les phénomènes électro-physiologiques de ce mode de faradisation, M. Duchenne l'a d'abord essayé sur lui-même.

Voici les principaux phénomènes qu'il a constatés :

A l'instant où a lieu l'intermittence du courant, perception d'un petit bruit sec, parcheminé, ou d'un craquement au fond du conduit auditif externe ; bruit dont l'intensité augmente en raison directe de la force du courant. Aux phénomènes d'audition s'ajoute une sensation de chatouillement dans le fond de l'oreille. Après un certain temps d'excitation et à un certain degré de tension du courant, sensation nette d'un chatouillement dans le côté droit de la langue et vers la partie postérieure, et gagnant progressivement la pointe à mesure que la force du courant est augmentée, etc. Mais le phénomène qui a le plus frappé M. Duchenne dans ses expériences sur lui-même, ainsi que dans les applications thérapeutiques sur les malades, c'est la production d'une *sensation gustative* spéciale, lorsque l'excitation est suffisamment énergique. Enfin quelques sujets ont perçu à chaque intermittence une sensation lumineuse (phosphène électrique) du côté excité.

En résumé, il y a : perception d'un son (bruit sec, parcheminé) que M. Duchenne pense être produit par l'ébranlement des parties profondes de l'oreille (des osselets, des membranes du tympan et de la fenêtre ovale), et non par l'excitation directe du nerf acoustique, qui, à raison de ses dispositions anatomiques, est inaccessible à cette excitation ; — excitation de la sensibilité générale et gustative de la langue, par le fait des connexions anastomotiques de la corde du tympan avec le nerf lingual.

Bien que ces faits n'expliquent pas d'une manière suffisante l'influence de la faradisation sur la fonction auditive, il était essentiel de les exposer avant de faire connaître les faits cliniques dont nous allons maintenant nous occuper.

Les cas dans lesquels M. Duchenne a expérimenté avec succès le procédé d'électrisation auriculaire en question peuvent être rangés dans la classe des surdités que l'on a appelées surdités nerveuses, c'est-à-dire sans aucun signe de lésion organique apparente.

Au premier rang de ces paralysies nerveuses qui ont le plus sûrement guéri par la faradisation, se place la surdité hystérique.

En voici un exemple :

Une jeune fille, convalescente d'une fièvre typhoïde, est prise, à la suite d'une discussion vive, d'un accès d'hystérie qui se reproduit plusieurs fois dans l'espace de quelques semaines. Admise dans le service de M. Briquet, à la Charité, on constate une anesthésie cutanée et musculaire de tout le côté gauche, ainsi qu'un affaiblissement musculaire notable. Les organes des sens étaient également affectés du côté gauche ; la vue était considérablement affaiblie ; l'odorat, le goût et l'ouïe étaient abolis. Les muqueuses nasale, linguale et conjonctivale étaient complétement anesthésiées, ainsi que la peau du pavillon et du conduit auditif externe. Cette malade était, en outre, incommodée par des bruits continus et très-variés (bourdonnement, sons de cloches, sifflets plus ou moins forts et aigus) qui la privaient de sommeil.

M. Briquet ayant autorisé M. Duchenne à expérimenter dans ce cas l'excitation électro-cutanée, trois premières applications, faites d'abord en trois jours consécutifs, ont eu pour effet de rétablir la sensibilité du tronc et des membres, et de provoquer l'éruption menstruelle suspendue depuis le début de la première maladie. Il suffit de promener une fois un des réophores métalliques sur la muqueuse nasale et linguale pour rappeler avec leur sensibilité générale l'odorat et le goût ; la sensibilité cutanée du pavillon et du conduit auditif externe fut également rappelée, mais sans modification des troubles fonctionnels de l'ouïe. Alors, ayant placé la malade de manière à donner à son conduit auditif une direction verticale, ce conduit fut rempli d'eau ; puis, ayant plongé un fil métallique dans ce liquide avec la précaution de ne toucher ni les parois du conduit auditif ni la membrane du tympan, et placé l'autre réophore humide sur l'apophyse mastoïde, M. Duchenne fit passer une dizaine d'intermittences du courant de son appareil d'induction, éloignées les unes des autres d'une demi-seconde.

Le courant, d'abord extrêmement faible, fut augmenté graduellement jusqu'à produire une sensation désagréable mais non douloureuse dans le fond du conduit auditif. A chaque intermittence, la malade entendit immédiatement un petit craquement sec du côté excité ; mais elle n'éprouva aucune sensation dans la langue. Immédiatement après l'opération, elle distinguait à une assez grande distance le battement d'une montre, qu'elle ne percevait pas même quand elle était appliquée contre l'oreille ; elle entendait la voix aussi bien à gauche qu'à droite.

Le lendemain, ayant appris que le rétablissement de l'audition n'avait été que temporaire (il avait duré une heure seulement), M. Duchenne fit une nouvelle application qui fut suivie des mêmes effets physiologiques immédiats, mais cette fois persistants. L'ouïe revint en effet, et se maintint dès ce moment à son état normal.

M. Duchenne a traité et guéri par le même moyen, dans le même service, une jeune fille atteinte d'une surdité produite par le sulfate de quinine, administré pour combattre une fièvre intermittente. Après neuf jours d'administration de sulfate de quinine à la dose de 1 gramme, cette jeune fille fut atteinte d'une surdité tellement prononcée, que les battements d'une montre appliquée contre l'oreille n'étaient plus perçus, et que l'on ne pouvait se faire entendre, si fort qu'on élevât la voix. Il y avait quinze jours qu'elle était dans cet état, lorsque M. Briquet engagea M. Duchenne à la soumettre à la faradisation de l'oreille. Trois applications, à vingt-quatre heures d'intervalle l'une de l'autre, dissipèrent la surdité.

Enfin, parmi les autres faits rapportés par M. Duchenne, et qui sont relatifs à des surdités anciennes liées à des affections

---

de les faire pénétrer jusque dans le réservoir de l'urine ; 3° de protéger les parois vésicales contre les instruments eux-mêmes, et de faire sortir les graviers après le broiement de la pierre. Pendant toute la période, on fait quelques expérimentations sur le cadavre, mais les instruments lithotriteurs ne sont pas appliqués sur le vivant.

Le chirurgien qui nous semble avoir le premier réalisé la lithotritie, est M. Fournier (de Lempdes). Il résulterait de pièces incontestables qu'il aurait, vers 1812, fait fabriquer par un horloger et un armurier de Clermont-Ferrand des instruments pour broyer la pierre dans la vessie sans faire d'incisions. La même année, ainsi qu'il résulte d'un certificat délivré par M. Chomet, chirurgien de l'hôpital de la même ville, il fit des expériences sur des cadavres, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. En 1817, de semblables expérimentations eurent lieu à Paris, à l'hôpital Saint-Louis. Ce n'est pas à dire pour cela que ce chirurgien ait inventé la lithotritie ; il fallait, pour conduire à un résultat, plusieurs conditions qui n'avaient pas été remplies par lui. Il n'en a pas été, en effet, de l'opération dont nous nous occupons comme de la staphyloraphie. Roux l'imagine, l'exécute immédiatement, réussit, et à peine si les progrès de la chirurgie ont apporté une modification notable à sa méthode. Nous voyons, au contraire, l'opération de la lithotritie marcher lentement vers la perfection où nous la trouvons aujourd'hui.

« Avant d'arriver à l'instrument qui devait servir à l'application de la lithotritie sur le vivant, on en imagine un très-grand nombre, parmi lesquels nous signalerons l'instrument de Gruithuisen, celui d'Eldgerton, de Ducamp, les lithoprionés de M. Leroy (d'Etiolles)... »

Le premier de ces instruments a été décrit seulement en 1813, tandis que les tentatives de M. Fournier (de Lempdes) datent de l'année précédente.

» L'instrument d'Eldgerton est courbe ; la partie courbe est composée de deux demi-lames demi-cylindriques qui peuvent se rapprocher ou s'éloigner l'une de l'autre au moyen de charnières situées à l'extrémité des deux lames et sur le milieu ; lorsque l'instrument est développé, les deux lames forment une anse quadrilatérale destinée à embrasser le calcul ; l'instrument se trouve complété par une râpe qui doit, par des mouvements alternatifs, user le calcul. Cet instrument n'expose pas à autant de dangers que le précédent, mais il est tout aussi défectueux au point de vue de l'application.

» En 1821 et en 1822, M. Leroy (d'Etiolles) imaginait deux instruments, l'un courbe, l'autre droit, auxquels il donne le nom de *lithoprionés*, et qui n'ont jamais été appliqués. Le *lithoprione droit* se compose d'une première sonde dans laquelle est reçue une sonde d'un moindre calibre, laissant entre elle et la première un intervalle d'une demi-ligne environ, séparé en quatre coulisses dans lesquelles glissent quatre ressorts de montre, qui se fixent au bec mobile de la sonde, disposé comme le bouton de la sonde de Bellocq. Ces ressorts, en se développant dans la vessie, forment une espèce de cage, qui reçoit le calcul. Un des ressorts peut être plus développé que les autres pour aller à la recherche du calcul ; au centre de la canule interne est une tige d'acier surmontée par une fraise analogue à celle du trépan, et qui est mise en mouvement au moyen d'un archet.

» A peu près à la même époque, Ducamp faisait fabriquer par M. Houdin, horloger, un instrument à peu près semblable ; une canule droite externe servait d'enveloppe à l'instrument, et se terminait par un bouton mobile sur lequel étaient fixés quatre ressorts. Trois étaient attachés par leur extrémité inférieure sur une canule interne, qui, glissant dans la précédente, pouvait, en se rapprochant du bouton, développer les ressorts dans la vessie ; le quatrième ressort était beaucoup plus long, glissait dans la canule interne, et pouvait être beaucoup plus développé que les autres pour aller à la recherche du calcul. La canule interne recevait, en outre, une tige métallique surmontée par une fraise à développement, et qui, mise en mouvement par un rouet ou par un archet, était destinée à perforer la pierre. A la fin de l'année 1822, des expériences furent faites à la Charité, et on put broyer un fragment de pierre à bâtir.

» Toutes ces tentatives étaient loin de remplir le but des chirurgiens, mais ne montraient pas moins leur génie inventif. Pendant ce temps, Amussat vulgarisait le cathétérisme rectiligne, et ouvrait une nouvelle voie à la lithotritie.

» Dans la troisième période, les instruments sont moins défectueux, puisque l'on pratique la lithotritie avec succès sur le vivant.

» Le premier instrument à l'aide duquel on a pratiqué la destruction de la pierre dans la vessie de l'homme est la pince à trois branches élastiques. Cette invention est revendiquée par MM. Civiale et Leroy (d'Étiolles).

» Dans un mémoire lu à l'Académie de chirurgie le 16 avril 1823, M. Leroy (d'Etiolles), en présentant son instrument, s'exprime en ces termes : « Des craintes ont été élevées sur la solidité des ressorts de montre, et ces craintes n'étaient pas sans fondement... Je cherchai dans l'arsenal de la chirurgie si quelque instrument pouvait me fournir des idées et le moyen de parer à ces inconvénients, et je reconnus bientôt que je m'étais donné beaucoup de peine pour trouver ce que j'avais pour ainsi dire sous la main. En effet, le tire-balle d'A. Ferri me fournissait un moyen simple et solide de saisir la pierre, et pour faire arriver jusqu'à elle la perforateur, il suffisait de transformer en une canule creuse la tige qui dans le tire-balle porte les branches ; c'est ce que j'ai fait... »

» On a cherché à amoindrir la valeur de la découverte de M. Leroy (d'Etiolles) en disant qu'il y avait une grande analogie entre son instrument et le tire-balle d'A. Ferri, le vésical de Franco, et surtout la pince de Sanctorius, puisque, dans ce dernier instrument, il suffisait de substituer le perforateur au stylet. Nous ne partagerons pas cette manière de voir. M. Leroy sut opérer cette substitution ; il vit que cette pince pouvait être appliquée à la fragmentation des calculs ; il

aigues ou sans cause connue, nous trouvons : un cas de surdité double, complète à gauche, consécutive à une fièvre éruptive, datant de seize ans, rebelle aux injections de la trompe d'Eustache et à la perforation de la membrane du tympan ; guérie par la faradisation après dix séances ; — une surdité nerveuse double, faible à gauche, complète à droite, datant de neuf ans, consécutive à une rougeole, rebelle au cathétérisme de la trompe d'Eustache et à divers autres moyens excitants, guérie par la faradisation en vingt séances ; — enfin, une surdité complète à gauche datant de vingt ans, rebelle à plusieurs traitements, guérie également en vingt séances.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 septembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE.

M. LEGOUEST, à l'occasion du procès-verbal, demande à compléter les observations qu'il a faites dans la séance précédente et lit la note suivante :

« En disant que la myotomie est inutile dans le redressement des articulations, j'ai formulé une opinion peut-être trop absolue ; j'ai voulu dire simplement qu'elle n'offrait pas en général de grands avantages, et ne facilitait pas beaucoup les manœuvres du chirurgien, particulièrement dans le redressement appliqué à la fémoro-coxalgie. J'ai dit aussi que les opérations de ce genre que j'ai vu pratiquer par M. Bonnet (de Lyon) n'ont pas toujours eu un succès complet, c'est-à-dire que le but proposé, la rectification de la direction de la cuisse et du bassin, n'a pas toujours été atteinte et *maintenue* ; ce qui n'implique pas que M. Bonnet, depuis 1851, ne soit point parvenu à des résultats plus satisfaisants par des procédés plus parfaits.

Si je pense que la myotomie est inutile, c'est que je pense aussi que les rétractions musculaires ne sont que consécutives aux accidents développés dans l'article, accidents qui entraînent et commandent les déviations.

L'immobilisation de l'articulation par le malade, pour éviter la douleur, est le phénomène initial de toutes les coxalgies ; et cette fixité ou la limitation des mouvements de l'article ne sont obtenues qu'au moyen de certaines positions, soit dans le décubitus, soit dans la station ; ces différentes positions déterminent et fixent aussi l'état des muscles.

On a bien dit, jusqu'à présent, que dans les fémoro-coxalgies avec adduction du membre, on observait tels phénomènes ; que dans les fémoro-coxalgies avec abduction on observait tels autres ; mais l'explication de ces phénomènes entreprise par MM. Bonnet et Parise, et que demandait, dans la dernière séance, M. Gosselin à M. Richard, laisse encore des points obscurs à éclaircir.

M. Richard a invoqué les modifications pathologiques de l'articulation elle-même comme causes des déviations ; je suis aussi de cet avis, assez général, je crois, et que notre honorable confrère n'a pas cru devoir développer ; voici comment je m'en rends compte.

Dans la plupart des fémoro-coxalgies, une certaine quantité de liquide s'accumulant dans l'article, oblige le malade à fléchir la cuisse et à la porter légèrement dans la rotation en dehors ; si le malade est couché, ce qui arrive la plupart du temps, il ne peut reposer que sur le dos ; or, dans cette situation, le membre ne serait pas soutenu, et, pour éviter la douleur, le malade soutient sa cuisse par un artifice qui consiste à infléchir le bassin du côté malade, à l'incliner en même temps de ce côté, et à tourner le membre davantage en dehors.

Il résulte de cette manœuvre, que l'épine iliaque antérieure et supérieure est plus bas et plus en arrière du côté malade que du côté sain ; que le membre sain, pour devenir parallèle au membre malade, se porte dans l'adduction ; et que le sujet qui, dans cette situation, ne serait pas droit dans son lit, incline la colonne vertébrale du côté opposé à celui vers lequel est infléchi le bassin.

Dans la station debout, la nécessité de mettre les membres sur le même plan, sans communiquer de mouvements dans l'article, ou le moins possible, impose au bassin les déviations qui ont été décrites.

Cette situation peut persister, ce qui est rare, et le plus souvent elle se transforme en une situation tout à fait opposée : cela peut arriver du jour au lendemain, comme nous en avons été témoin plusieurs fois et par le mécanisme suivant : pour soulager la fatigue d'un décubitus constamment le même, ou bien le sujet s'incline davantage du côté malade, ou bien il se tourne de l'autre côté. Le premier mouvement favorise et prépare le changement de position du membre ; mais la douleur que la pression de l'article, par le poids du bassin sur le lit, fait éprouver au malade, l'empêche de se mettre tout à fait sur le côté affecté, il se retourne alors complétement sur le côté sain, et, pour soutenir son membre, il le fléchit, le porte dans l'adduction, lui fait croiser l'autre cuisse, et pose son genou en avant d'elle sur le matelas. Il résulte de cette position sur le côté, même chez un homme bien portant, l'élévation de l'épine iliaque du côté qui ne repose pas sur le lit, et l'adduction du membre.

Si après être resté dans cette position, qui devient plus ou moins fixe, le malade se met sur le dos, afin de placer ses membres sur un même plan, il élèvera davantage l'épine iliaque, infléchira la colonne vertébrale sur le bassin du côté malade, la renversera en arrière, et fera exécuter au bassin, sur le membre sain, un léger mouvement de rotation qui reportera aussi en arrière l'épine iliaque.

Dans la station, il suspendra son membre au bassin par un artifice analogue.

Ces déviations bien connues me paraissent donc toutes résulter de la fixité plus ou moins grande de l'article, imposée par le malade pour éviter la douleur.

S'il convient dans les cas de fémoro-coxalgies, de pratiquer la myotomie, cette opération devra donc intéresser non-seulement les adducteurs, mais encore le petit fessier, le psoas et iliaque, et comme l'avait proposé Mayor, la masse sacro-lombaire ; car tous ces muscles sont ou peuvent être plus ou moins rétractés, comme les adducteurs.

Aussi loin qu'on ait pu porter les sections sous-cutanées, j'hésiterais à pratiquer celles-ci, si elles étaient nécessaires ; je les crois heureusement inutiles.

En effet, lorsque, en présence d'une fémoro-coxalgie au début, on chloroformise le malade pour opérer le redressement, souvent le relâchement des muscles, obtenu par l'anesthésie, suffit pour arriver au but ; lorsque, en présence d'une coxalgie ancienne, le redressement n'est pas obtenu par la résolution musculaire, l'obstacle immédiat n'est pas dans les muscles, mais dans les altérations qu'a subies l'articulation, et quand on cherche à communiquer des mouvements, c'est dans l'article d'abord que les craquements se produisent ; la déchirure des muscles qui résisteraient ne s'effectue que plus tard. Ils n'opposent pas une résistance invincible, attendu qu'on agit sur eux au moyen d'un bras de levier considérable et puissant, mesuré par toute la longueur du membre inférieur : leur rupture, en tout cas, expose à moins de dangers que leur section sous-cutanée, aussi habilement qu'elle soit exécutée.

Ce n'est donc que secondairement, lorsqu'on s'est bien convaincu que les obstacles à parachever le redressement résident dans les muscles, lorsque les manœuvres préalablement exécutées et suffisamment prolongées n'arrivent pas seules à ramener une direction convenable, qu'on pourra avoir recours à la myotomie.

M. Palasciano (de Naples) et M. Bonnet après lui ont insisté sur ce fait : que la communication des mouvements de flexion doit précéder les mouvements d'extension lorsqu'on opère sur le genou ; ce procédé facilite beaucoup en effet les manœuvres du chirurgien. C'est aussi par la flexion que tout d'abord on doit, à mon avis, procéder au redressement de la cuisse sur le bassin ; les tentatives d'extension restent presque toujours impuissantes, lorsqu'elles sont employées les premières, tandis que celles de flexion, plus facilement et plus puissamment dirigées, préparent à celles-là une issue plus heureuse, et permettent en général d'arriver à un résultat satisfaisant sans recourir aux sections sous-cutanées.

M. BOINET ne pense point, comme M. Legouest, que c'est la douleur de l'articulation coxo-fémorale dans les maladies articulaires de la hanche qui est la cause des déformations, des déviations que l'on observe. Il croit que ces déviations sont dues à d'autres causes, et en particulier à la rétraction musculaire. Ainsi il a observé que dans les sciatiques anciennes, dans les tumeurs blanches du genou, le bassin était notablement dévié, les épines iliaques n'étaient plus sur la même ligne, tandis que les trochanters avaient conservé leurs rapports normaux. Chez un infirmier que M. Boinet soigna pour une hydrarthrose, il constata l'existence d'une déviation du bassin, qui était due au raccourcissement des muscles de la cuisse, et après guérison, la marche put s'opérer normalement. La rétraction et l'habitude sont donc pour M. Boinet les deux principales causes des déviations des membres.

M. LEGOUEST demande à M. Boinet comment il s'explique alors les positions vicieuses des membres des individus qui n'ont point marché.

M. BOINET, s'appuyant sur la marche ordinaire des coxalgies, répond que les individus qui en sont atteints souffrent longtemps avant que de prendre le lit et que les phénomènes de rétraction qu'il a signalés ont pu alors s'effectuer. Il ne croit pas que si un individu prenait le lit au début, il se produisît des déformations.

M. GOSSELIN ne peut partager l'opinion de M. Boinet ; il a eu l'occasion dernièrement de voir une petite malade qui a été prise instantanément de douleurs coxalgiques ; il existait une déviation notable. La malade une fois endormie, le membre a été redressé, et le lendemain on retrouvait de nouveau la position vicieuse, à savoir : la courbure de la colonne lombaire, la déviation du fémur. M. Gosselin a même constaté ces déformations dans quelques cas de fractures du col du fémur, et pour la production de ces déformations on ne pouvait point invoquer la marche, qui dans ces cas était devenue subitement impossible.

CORRESPONDANCE.

M. H. Trélat, agrégé à la Faculté, écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire, qui est actuellement vacante.

— M. Legendre, prosecteur des hôpitaux, se porte également candidat pour la même place. Il adresse, comme nouveau titre à l'appui de sa candidature, un exemplaire de son grand travail intitulé : *Anatomie chirurgicale homolographique, ou description et figures des principales régions du corps humain.* Paris, 1858 ; gr. in-folio.

— M. le docteur Chappelain, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Marseille, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu, écrit pour se porter candidat au titre de membre correspondant, et adresse à l'appui de sa demande un travail manuscrit intitulé : *De la luxation sciatique du fémur.* (Commissaires : MM. Larrey, Maisonneuve et Gosselin.

— M. Letenneur, membre correspondant, adresse diverses observations imprimées sur un polype fibreux naso-pharyngien enlevé par fragmentation, sur une ascite guérie par injection iodée, et sur deux cas de kystes abdominaux tubaires.

— M. VERNEUIL présente à la Société les trois thèses suivantes :

De l'incision du voile du palais comme opération préliminaire à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens; recherches historiques sur l'opération de Manne (d'Avignon), par M. Fouilloux ;

Recherches sur la transfusion du sang, par M. Quinche ;

De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes chirurgicaux, par M. Petiteau.

— M. FOLLIN présente la thèse suivante :

Relation médicale d'une campagne aux mers du Sud, par M. Berchon.

— M. LE PRÉSIDENT fait observer à la Société qu'une vacance a été déclarée dans son sein il y a environ un mois, et qu'aux termes du règlement on doit procéder aujourd'hui à la nomination d'une commission de trois membres, qui sera chargée de dresser une liste de présentation des candidats par ordre de mérite. Dix-huit personnes prennent part au scrutin, et la commission est composée de MM. Cullerier, Richet et Gosselin.

LECTURE.

MM. Bastien et Desjardins donnent lecture d'une note relative à un *nouveau procédé de rhinoplastie.*

La commission chargée d'examiner ce travail est composée de MM. Morel-Lavallée, Ad. Richard, et Verneuil, rapporteur.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Doumic donne lecture de la note suivante relative à un nystagmus double avec strabisme convergent de l'œil droit, épicanthus interne

---

l'introduisit dans la vessie après lui avoir fait subir les modifications nécessaires pour l'opération qu'il voulait pratiquer.

» S'appuyant sur un ouvrage publié en 1823, M. Civiale prétend être l'inventeur de l'instrument dont il est ici question ; mais il faut remarquer que la pince à quatre branches qu'il figure ne présente avec celle de M. Leroy (d'Etiolles) qu'une analogie assez éloignée, puisque ses branches ne sont pas élastiques, mais fixées par des charnières sur le tube qui les supporte. Ainsi donc, M. Leroy (d'Etiolles) serait l'inventeur de la pince à trois branches.

Mais pendant que M. Leroy cherchait à modifier, à perfectionner son instrument, M. Civiale opérait, le 13 janvier 1824, sur le vivant, avec un instrument établi d'après les mêmes principes que celui de M. Leroy, et il réussissait.

» Il résulte de ces considérations, que M. Fournier (de Lempdes) est le premier qui ait fait des tentatives sérieuses pour détruire mécaniquement les pierres dans la vessie ; qu'à Amussat reviendrait la gloire d'avoir vulgarisé le cathétérisme droit, qui seul, au début de cette invention, rendait possible l'application des instruments ; à M. Leroy (d'Etiolles) celle d'avoir imaginé le premier instrument applicable, et enfin à M. Civiale d'avoir le premier brisé une pierre sur le vivant à l'aide de la pince à trois branches. Mais la lithotritie ne devait pas en rester là ; cette opération marcha peu à peu vers la perfection, et ce n'est qu'avec lenteur qu'elle arriva au point où nous la trouvons aujourd'hui. »

Ainsi qu'on peut le voir, l'idée de briser les pierres dans la vessie n'est pas tout à fait de date récente. On trouve, en effet, dans les auteurs anciens quelques phrases qui indiquent leurs tentatives. Mais il y a loin de là à une véritable méthode opératoire ; aussi peut-on dire que la lithotritie date seulement de ce siècle, et nous sommes heureux d'attribuer l'honneur de cette découverte à la chirurgie française.

Plusieurs chirurgiens se disputaient l'honneur de l'invention, mais, comme toutes les grandes découvertes, la lithotritie n'est pas l'œuvre exclusive d'un seul homme. Une chose nous a toujours étonné, c'est que l'on ait si souvent écarté le nom de M. Charrière. Sous ce rapport, nos auteurs ont eu raison de faire ressortir tout le mérite de M. Charrière, ils ont rendu justice à qui de droit. En effet, en voyant tout ce que M. Charrière a consacré d'études, de patientes combinaisons et de pénibles veilles à la perfection et à la création d'instruments lithotriteurs, on est en droit de se demander où en serait, sans lui, cette belle conquête de la chirurgie contemporaine.

Tant de choses nous restent à dire, que nous nous prenons à regretter de nous être laissé aller au facile entraînement de la citation. Non-seulement ce volume renferme des recherches bibliographiques curieuses, mais il présente encore une ample moisson de faits importants pour la pratique. Puisque nous sommes à parler de calculs vésicaux, mentionnons aussi leur anatomie pathologique. En traitant ce sujet, nos auteurs n'ont point oublié les documents puisés avec sagacité par M. Houel dans les collections du musée Dupuytren, et les travaux si intéressants que M. Bigelow a consignés dans sa thèse en 1852.

A propos de l'histoire des maladies de la prostate, MM. Nélaton et Jamain ont cité tout ce que la science présente de nouveau, et nous croirions être taxé d'ingratitude si nous ne leur témoignions pas ici toute notre reconnaissance pour les honneurs qu'ils ont bien voulu rendre à notre travail sur ce sujet qui nous fut désigné pour thèse lors de notre concours pour l'agrégation.

Dans ce même concours, un de nos compétiteurs, notre excellent ami M. Houel, eut à traiter des plaies et des ruptures de la vessie, sujet extrêmement obscur et difficile. M. Houel se livra à des recherches nombreuses et savantes ; il les consigna dans sa thèse, et nos auteurs n'ont pas manqué de signaler ces faits dans leur ouvrage.

Les calculs de l'urèthre offrent souvent des difficultés considérables au chirurgien qui veut les amener au dehors. Comment, en effet, introduire un instrument derrière ces corps sans les repousser vers la vessie ? Depuis longtemps M. Nélaton signalait à son auditoire cette difficulté, et M. Mathieu, qui l'écoutait, se mit à l'œuvre ; il construisit un instrument fort ingénieux, qui est représenté dans le livre que nous analysons.

Dans la même page, nous trouvons le dessin d'un instrument inventé en 1832 par M. Dubowisky et fabriqué par M. Charrière. Cet instrument a été construit dans le même but que celui de M. Mathieu.

Vers les dernières pages du livre, nous rencontrons cinq dessins qui sous les nos 60, 61, 62, 63, 64, représentent les divers temps d'une opération fort remarquable, instituée et appliquée deux fois par M. le professeur Nélaton dans son service à l'hôpital des Cliniques de la Faculté. Il s'agit là d'une nouvelle méthode d'autoplastie que M. Nélaton appelle *autoplastie par redoublement.* L'application de cette ingénieuse méthode à deux cas d'épispadias très-graves, a donné, entre les mains de son auteur, deux magnifiques résultats. L'histoire de ces deux malades est consignée dans un mémoire dû à M. A. Richard.

Le lecteur trouvera aussi vers le milieu du livre une description de la taille prérectale, inventée par M. le professeur Nélaton. Si l'on en juge par les résultats obtenus, on peut dès aujourd'hui, sans être téméraire, prédire à cette nouvelle opération une brillante destinée.

Tels sont, en quelques lignes, les principaux faits qui nous ont frappé à la lecture de cet ouvrage ; il nous en resterait beaucoup d'autres à mentionner, mais il est bon de laisser quelque chose dans le silence, afin que ceux qui parcourront ce livre puissent jouir de l'attrait de la surprise.

Avant de quitter la plume, nous engageons vivement MM. Nélaton et Jamain à nous donner promptement la fin de leur ouvrage ; pour couronner leur œuvre, les auteurs n'ont plus qu'un effort à faire ; encore un pas, et ils seront arrivés au terme de leur laborieuse entreprise : ils auront à la fois satisfait nos désirs et comblé une grande lacune dans notre littérature chirurgicale.

B. BÉRAUD.

double chez deux enfants albinos (frère et sœur), qu'il présente à la séance.

Les deux petits malades que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société présentent un ensemble de phénomènes pathologiques curieux à étudier.

Adolphe Jorey, âgé de sept ans, né à Milly (Seine-et-Oise), est albinos : cheveux et cils complétement incolores, iris d'un gris bleuâtre très-clair, pupilles rouges : cette teinte du fond de l'œil s'aperçoit aussi sur certains points à travers le tissu de l'iris où le pigment uvéen manque complétement, tandis qu'il existe sur d'autres points.

Sa sœur, Joséphine, âgée de trois ans, également albinos, présente les mêmes phénomènes que lui du côté des yeux ; nous y reviendrons tout à l'heure.

Ces deux enfants albinos sont nés d'un père et d'une mère parfaitement constitués, aux cheveux châtain foncé, aux iris bruns.

Le petit Adolphe, quoique d'un développement moyen, est néanmoins fort et vigoureux. La tête est volumineuse, mais régulièrement conformée, et l'enfant n'a jamais eu de maladie de l'encéphale, ni de convulsions ; l'innervation s'accomplit d'une manière parfaite, l'intelligence est très-développée, tous les sens sont normaux ; les yeux seuls présentent des anomalies singulières que nous allons examiner.

Les deux globes oculaires sont constamment animés de mouvements suivant le diamètre horizontal ; ces mouvements toutefois ne sont pas très-rapides à l'état ordinaire, mais ils s'accélèrent beaucoup à la moindre impression morale. Ce ne sont pas seulement les muscles droits interne et externe qui sont le siége de ces contractions cloniques, de temps à autre les muscles obliques agissent à leur tour.

A ce nystagmus double, il faut joindre un strabisme convergent de l'œil droit : ce strabisme est dû évidemment au non-usage auquel cet œil est condamné depuis longtemps, l'enfant ayant pris l'habitude de ne se servir que de l'œil gauche, et en se rapprochant beaucoup des objets qu'il veut voir. Il est facile de s'en assurer en examinant la portée de la vision de chaque œil isolément : l'œil gauche peut lire à une distance assez considérable un caractère d'impression moyen ; pour l'œil droit, au contraire, il faut rapprocher le livre ; néanmoins la vision de cet œil est encore assez bonne.

En outre, il y a chez lui un léger degré d'épicanthus interne des deux côtés.

Enfin, ce petit malade porte une déformation de la partie antérieure droite du thorax, qui est bombée en avant ; cette affection est due au rachitisme.

La petite sœur, âgée de trois ans, présente les mêmes anomalies que son frère, albinisme, nystagmus double et strabisme convergent de l'œil droit, mais à un moindre degré.

Comme on le voit, l'association de ces phénomènes est fort curieuse, surtout à cause de sa rareté.

Le nystagmus est souvent lié, dit-on, à l'albinisme ; les deux faits que je signale sembleraient confirmer cette assertion. Le strabisme se rencontre fréquemment avec le nystagmus, je l'admets encore. Mais ce qui fait l'intérêt de cette présentation, c'est la réunion chez le même sujet de ces trois phénomènes, auxquels il faut encore ajouter un double épicanthus. Toutes ces anomalies, bien que congéniales, ne sont cependant pas héréditaires chez les deux enfants Jorey ; le père et la mère sont parfaitement portants, et n'offrent aucun des vices de conformation que présentent leurs enfants ; ils sont, de plus, bruns tous les deux, et cependant ils ont des enfants albinos.

A ces seuls titres, ces deux petits malades sont déjà fort intéressants ; mais le point sur lequel je veux surtout appeler l'attention de la Société, c'est l'état de la vision chez ces enfants, comparativement à celle d'autres individus atteints de nystagmus, sans complication d'albinisme ni de strabisme. La Société comprend que je veux parler du malade présenté par M. H. Larrey dans le mois de mai 1855. Je me rappelle d'autant mieux l'histoire de ce malade, que j'étais encore chef de clinique de M. Sichel lorsque M. Boulongue, aide-major du 1[er] carabiniers, vint soumettre cet homme à l'examen de mon savant maître : Bonneuret, d'une taille de près de six pieds, portait un nystagmus double, dans lequel les mouvements étaient très rapides et atteignaient le nombre de 180 par minute ; les yeux étaient saillants, la pupille dilatée, la vision presque nulle. Enfin ce malade ne parvenait à distinguer les objets qu'à la condition de les placer à sa gauche.

Au contraire, chez le petit Jorey, les oscillations ne sont pas aussi fréquentes, on en compte à peine 50 à 60 par minute ; l'œil droit, dévié en dedans, est animé des mêmes mouvements ; ces oscillations d'un œil strabique sont assez remarquables. Notre petit malade a les yeux médiocrement saillants ; la pupille n'est pas ordinairement dilatée, elle se contracte et se relâche rapidement sous l'influence de la lumière et de l'obscurité. La vision de l'œil gauche est bonne à une distance ordinaire ; l'œil droit est un peu plus faible, mais voit encore assez bien, et si l'on cache l'œil gauche momentanément, le strabisme disparaît aussitôt. Ce strabisme me paraît donc devoir être attribué, ainsi que la légère diminution de l'œil droit, à la mauvaise habitude qu'a contractée l'enfant de se servir exclusivement de son œil gauche, et surtout de se rapprocher beaucoup des objets qu'il regarde, tandis que sa vue est suffisante pour qu'il se tienne à une distance plus considérable.

Vous savez, en effet, messieurs, qu'on observe fréquemment cette amblyopie acquise d'un seul œil, et quelquefois la déviation consécutive de cet œil, chez des individus qui, travaillant assidûment sur de petits objets, ont la malheureuse habitude d'approcher considérablement leur travail des yeux : les brodeuses, les piqueuses, les couturières, les teneurs de livres, etc., présentent souvent cette affection ; aussi pensé-je que c'est principalement à cette cause qu'on doit rapporter l'infériorité de la vision de l'œil droit chez notre petit malade.

L'ophthalmoscope a confirmé notre opinion ; dans l'œil droit comme dans l'œil gauche, les vaisseaux de la rétine ont leur développement normal ; aucun état pathologique ne peut être découvert ni dans l'un ni dans l'autre. M. Follin, qui a eu la bonté d'examiner le malade avec moi, est arrivé à des résultats identiques. Il y a loin de là à un arrêt de développement des vaisseaux de la rétine, et à une saillie prononcée de la papille optique, signalés par M. Desmarres.

Le nystagmus congénial n'est donc pas nécessairement l'indice d'un état voisin de la cécité. J'insiste sur ce point, parce qu'il est généralement admis que le nystagmus s'observe principalement chez les aveugles de naissance, ou chez les enfants atteints de cataractes congéniales, ou enfin chez les individus dont la vue est très-notablement affaiblie.

Vient maintenant la question du traitement.

Que faut-il faire chez ces deux enfants atteints de nystagmus ? Faudra-t-il diviser les muscles ? Pas le moins du monde ; on aggraverait leur état en donnant naissance à un exophthalmos. Faudra-t-il pratiquer la section du muscle droit interne pour remédier au strabisme de l'œil droit ? Pas davantage ; non-seulement cette opération est inutile, mais elle est encore dangereuse, le strabisme pouvant se produire en sens inverse, sans que la vision y gagne aucunement. On obtiendra, je crois, un résultat bien plus satisfaisant en exerçant fréquemment l'œil droit sur des objets gros et éloignés ; c'est le seul moyen de rendre un peu de force à la vision de cet œil, et quand il aura une portée égale à celle de son congénère, il reviendra insensiblement au parallélisme.

Je crois qu'on se trouvera également bien d'empêcher les petits malades de trop s'approcher des objets qu'ils veulent regarder, et que leur vision des deux yeux pourra gagner notablement par l'exercice fréquent sur des objets éloignés.

Enfin je conseille de tonifier la constitution générale par les ferrugineux, le quinquina, l'huile de foie de morue, etc., certain d'avance que la vision n'aura qu'à gagner à l'amélioration de l'état général ; la gymnastique, les bains sulfureux, les lotions froides, seront encore d'un bon emploi.

Quant à l'épicanthus, il est peu marqué, et ne gêne en rien la vision. Il n'y faut pas toucher.

Tels sont, messieurs, les moyens que je propose ; c'est sur leur opportunité en pareil cas que je viens demander l'avis de la Société.

M. GUERSANT accepte, quant au traitement, l'opinion émise par M. Doumic dans la note lue à la Société, mais il regarde comme utile, dans ces cas de nystagmus, l'emploi de la gymnastique oculaire, au moyen de lunettes dont le centre est transparent, tandis que la circonférence ne laisse point passer les rayons lumineux. Il conseille aussi les exercices qui obligent l'œil à fixer pendant un certain temps un objet éloigné, et en particulier le tir à l'arc. Ces exercices ont réussi à M. Guersant chez des jeunes gens atteints de strabisme.

M. CHASSAIGNAC, dans le nystagmus, a aussi employé la gymnastique oculaire ; mais c'est à la volonté du malade qu'il s'adressait, et il a cherché à rhythmer ces mouvements irréguliers. Il faisait regarder le malade en haut, en bas, en dedans, en dehors, mais il n'a pu rien obtenir. Il a cru devoir aussi y adjoindre l'emploi de médicaments antispasmodiques, mais sans succès. Le chloroforme, pendant deux jours seulement, a suspendu les mouvements du nystagmus, qui sont revenus ensuite.

— M. MARJOLIN présente un petit malade atteint d'une luxation de l'indicateur de la main droite en arrière du deuxième métacarpien.

M. FOLLIN ne pense pas qu'il y ait luxation complète, le déplacement ne lui paraît point assez considérable ; la forme générale du doigt, la saillie des tendons et du métacarpien ne sont pas sensiblement différentes de celles du côté opposé ; aussi pense-t-il que sans tentatives très-énergiques on arriverait facilement à mettre les parties en contact.

M. MARJOLIN ne peut partager l'opinion de M. Follin. Il a examiné l'enfant pendant qu'il était plongé dans le sommeil anesthésique, et il lui a semblé sentir que les deux extrémités osseuses s'étaient complétement abandonnées ; l'une fait saillie du côté de la face dorsale, l'autre de la face palmaire. Si la luxation était incomplète, comme le pense M. Follin, la réduction eût été facile ; M. Marjolin la croit donc complète et un peu latérale en dedans.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BAUCHET présente une tumeur de la mâchoire inférieure qu'il a enlevée sur une jeune fille de vingt-cinq ans. Elle siégeait du côté droit au niveau de la seconde molaire. Cette tumeur, qui datait de huit ans environ, avait déjà été enlevée trois fois. M. Bauchet, craignant une nouvelle récidive, s'est décidé à pratiquer la résection de la mâchoire qui la supportait et avec laquelle elle faisait corps. L'examen microscopique a montré à M. Bauchet que cette tumeur était composée de tissu fibreux pénétré de lamelles osseuses. M. Broca, qui a également examiné cette tumeur, a confirmé cet examen.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

HOUEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés en date du 11 septembre 1858, M. Raymondaud, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. Boulland.

M. Dumesnil, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur suppléant à ladite école.

Il conservera, avec ce nouveau titre, les fonctions de chef des travaux anatomiques.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre à la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Hydrothérapie. Son histoire, sa théorie ; principales maladies auxquelles s'applique l'hydrothérapie méthodique ; par le docteur BOTTENTUIT. In-18 de 290 pages. Prix, 2 fr. — Paris, chez Victor Masson.

Quelques considérations sur le rachitis (Étiologie, traitement). Thèse inaugurale, par le docteur E. DÉMOULIN.

Considérations hygiéniques sur l'allaitement et les soins des jeunes mères envers leurs nouveau-nés. Thèse inaugurale par le docteur P. TONDUT.

Ces thèses se trouvent chez Rignoux, imprimeur de la Faculté de médecine.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur LEGRAND DU SAULLE. Paris, 1857, brochure in-8°; chez T. Viat, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 111. — MARDI 21 SEPTEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 111. — MARDI 21 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 SEPTEMBRE 1858.

Lorsqu'une découverte apparaît dans le monde scientifique, les uns l'acceptent avec enthousiasme, les autres la repoussent obstinément ; d'autres — et ce sont les plus prudents — attendent la sanction de l'expérience. Mais si cette découverte a pour but d'arracher à la mort des victimes à peu près certaines, si elle a pour elle la raison et le succès, si elle remplace avantageusement la seule chance de salut mise à la disposition du médecin, alors elle doit promptement trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique. C'est, nous le pensons, le sort réservé au *tubage de la glotte,* ainsi nommé par son ingénieux inventeur.

Nous publions aujourd'hui *in extenso* le mémoire de M. Bouchut, sur le tubage du larynx destiné à remplacer la trachéotomie dans les cas d'asphyxie, de croup, et dans certaines maladies du larynx. Si l'expérience confirme les prévisions de l'auteur, ce sera une magnifique conquête de la chirurgie conservatrice. L'indication étant donnée de fournir un passage à l'air dans les bronches, quoi de plus simple que de tuber le larynx et de dilater la glotte par un tube métallique à demeure, que peuvent aisément supporter les malades ? Ce procédé n'est-il pas préférable à celui qui consiste à ouvrir un passage à l'air au moyen d'une opération sanglante des plus graves, et, avouons-le, des plus difficiles, laquelle n'a d'autre but que de mettre au cou une canule de diamètre égal au diamètre de l'ouverture naturelle ? Ne vaut-il pas mieux faire sortir les fausses membranes des bronches par un tube *intra-glottique*, que de fendre le cou pour leur donner passage ? Si donc la chose est possible, ce qui n'est pas douteux puisque l'expérience l'a établi, il n'y a plus à hésiter sur l'emploi préalable du *tubage du larynx*. Du premier coup, M. Bouchut a réussi à placer dans le larynx des canules que l'on met et que l'on enlève à volonté, qui ont séjourné pendant trente-six et quarante heures, et par lesquelles l'air passe suffisamment. Les fausses membranes peuvent s'échapper par ces tubes. Ils ne gênent pas les fonctions de l'épiglotte et sont parfaitement supportés. On peut, par ces canules, au moyen d'instruments spéciaux également imaginés par le médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, faire des *insufflations dissolvantes* de bi-carbonate de soude, de chlorate de potasse et de chlorate de soude, etc., *écouvillonner* la trachée-artère, et, chose importante, racler ce conduit pour *détacher, broyer* et *pulvériser* les fausses membranes afin de faciliter leur expulsion.

Pour nous, sans rejeter la trachéotomie, qu'il sera toujours temps de pratiquer si l'enfant s'asphyxie réellement, nous croyons qu'il sera convenable de commencer le traitement par le tubage de la glotte. Du reste, il ne nous semble pas permis d'agir autrement, à moins de ressembler à ceux qui, dans la rétention d'urine, voudraient supprimer le cathétérisme par l'urèthre, pour lui substituer la ponction sus-pubienne de la vessie. — Dr A. Corlieu.

NOTE SUR LE PLATRAGE DU VIN,

En réponse à M. Barascut,

Par M. le Dr DAUVERGNE, de Manosque,

Puisque M. le docteur Barascut a soulevé la question du plâtrage du vin à l'occasion des plus formidables accidents, il est juste que cette question soit étudiée, et comme j'ai habité deux pays dont l'un ne plâtre jamais et l'autre presque toujours, j'ai pu acquérir une certaine expérience à cet égard.

Le premier pays que j'ai habité, Valcusole, sur un terrain calcaire, sec, caillouteux, a peu de vignes, mais le vin qu'il produit est léger, clair, un peu vert, comme dit le langage du pays, et d'une bonne conservation. Il ne se plâtre donc pas.

L'autre pays, Manosque, que j'habite maintenant, repose sur un sol presque en entier d'alluvion, terrain plus humide et plus gras, et le vin noir qu'il produit en abondance doit être plâtré pour pouvoir le conserver. J'ai donc vu des ivrognes dans l'un et l'autre pays, et n'ai trouvé aucune différence dans leur genre d'ivresse ni dans leur santé générale. Je vois ici, au contraire, des gens fort robustes, qui en usent largement. On pourrait même dire que ce sont ceux qui en usent le plus qui sont les plus robustes, si, comme par tout pays aussi, ce n'étaient les plus robustes qui en usent plus abondamment.

Mais un fait plus remarquable, c'est que Valcusole, dans ces dernières années, a été tellement ravagé par la maladie de la vigne, que la récolte a été tout à fait insuffisante et que la plus grande partie de ses habitants a été obligée de venir s'approvisionner à Manosque ; je connais bien des familles qui ont été dans ce cas, et qui, par conséquent, font usage d'un vin plâtré, qui aurait dû les éprouver d'autant mieux qu'elles y étaient moins habituées, et cependant ces familles ne se sont pas aperçues du changement.

Je suis enfin, moi-même, la personne que cherchent MM. Amédée Joux et Barascut : je bois depuis longtemps du vin plâtré et je déclare en boire indifféremment. On dira peut-être que c'est une affaire de tempérament, et que je supporte le vin plâtré mieux qu'un autre. Voici en deux mots l'histoire de mon estomac. Depuis longtemps, c'est-à-dire avant mon habitation à Manosque, et partant avant de boire du vin plâtré, je dois à l'usage du cheval, je crois, une gastralgie que caractérisent des aigreurs *atroces*, et par intervalle, comme à la suite, une faiblesse épigastrique, un sentiment d'anéantissement qui semble partir de l'estomac. Pendant ces aigreurs, je ne puis prendre ni vin, ni fruits, ni sucreries ; après, un peu de vin me réussit très-bien. Or le vin plâtré de Manosque me réussit aussi bien que le vin de Bordeaux, de Bourgogne, des côtes du Rhône ou des Mées, ce vin généreux de nos pays, assurément fort digne d'une réputation très-étendue, qu'il n'a pu encore obtenir. Que de fois j'ai causé de cette question du plâtrage avec mon savant ami M. Raybaud de Lange, directeur de la ferme-école de Paillerols, et chaque fois nous sommes restés plus convaincus de son innocuité, à ce point que ce riche propriétaire boit sans hésiter à sa table, comme il fait boire à ses fermes et à sa ferme-école, du vin plâtré.

Enfin, j'ai fait plâtrer depuis deux ans seulement le vin d'une ferme qui ne l'avait pas été jusqu'ici. Ce vin, qui se conservait peu, a été depuis d'une qualité supérieure et d'une conservation parfaite. La piquette faite sur ce marc a été, contrairement à l'ordinaire, excellente et d'une conservation telle qu'on en boit encore en cette saison. Par conséquent, les fermiers en ont bu plus abondamment que de coutume ; ils ont bu aussi plus de vin, puisqu'il s'est mieux conservé, et cependant personne ne s'est plaint ni de trouble de digestion ni de sa santé, car personne à la ferme n'a été malade depuis cette époque.

Voici une autre question que je pose à mon tour à M. Barascut : Vaut-il mieux boire du vin plâtré ou du vin tourné ? Cependant il n'y a que cette alternative, il faut choisir ; car les propriétaires comme les fermiers boivent le vin qu'ils récoltent. Or mon expérience à ce sujet est certaine. J'ai une propriété à Saint-Tulle, qui ne produisait que du vin qui au milieu de l'été devenait noir, plat, amer, nauséabond. Depuis vingt ans que l'on y plâtre, non-seulement le vin est bon, agréable, mais généreux, et d'une conservation telle qu'il supporte de longs transports, lorsqu'il ne pouvait supporter celui de la cave à la salle à manger.

Maintenant la question a encore une autre face : Ne vaut-il pas mieux les vins non plâtrés ? Sans doute, parce qu'ils ont plus de qualités premières, intrinsèques, plus de qualités réellement alimentaires, l'arome produit évidemment par les matières colorantes et l'alcool. Mais si le plâtre maintient cet arome en maintenant la couleur du vin, un tel vin n'est-il pas plus réellement alimentaire que lorsqu'il devient noir, cailleboté ?

Toutefois ne pourrait-on pas défendre le plâtrage pour essayer d'autres méthodes ? pour forcer à les chercher, et ainsi à y atteindre ? Prise à ce point de vue, une défense ministérielle pourrait être philanthropique encore ! En attendant, comme je crois que les vins qui ont besoin d'être plâtrés manquent d'alcool et ont surtout en excès de la matière colorante, j'ai le projet cette année d'ajouter de l'alcool et d'enlever des grappes, pour voir l'effet que produira une fermentation avec de tels éléments de combinaison.

Avant cependant que les expériences nouvelles s'expliquent à cet égard, l'on peut rester persuadé qu'un usage qui date au moins de Pline, qui est aujourd'hui fort répandu, est innocent, puisque ses effets ont passé jusqu'ici inaperçus. Les terribles conséquences que lui attribue M. Barascut prouvent même cette innocuité, car s'il en était ainsi, il serait bien étrange que les habiles professeurs de Montpellier, que tant de médecins et tant de générations médicales eussent passé à côté sans les remarquer.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU SERVICE DE LA CLINIQUE.

Organes génitaux de l'homme. — De l'hydrocèle. — De l'orchite.

En douze années, nous trouvons :

Pour les hydrocèles.	359 cas (1).
Pour les orchites.	524 »
En 1858, hydrocèles.	16 »
orchites.	22 »

Les hydrocèles se sont réparties de la façon suivante quant au siége :

A gauche.	166 cas.
A droite.	162 »
Hydrocèles doubles.	31 »
Somme égale. . .	359 cas.

En comparant les années au même point de vue du siége de l'hydrocèle, je vois que pendant telle année le maximum était du côté droit, pendant telle autre du côté gauche. Du reste, l'oscillation d'une année à l'autre est presque insignifiante, puisque sur douze années je trouve seulement une différence de quatre entre les deux côtés. En conséquence, je me crois autorisé à dire que l'hydrocèle n'est pas sensiblement plus fréquente à droite qu'à gauche.

Quant on en vient à l'étiologie, on ne manque jamais de signaler l'orchite comme une des causes de l'hydrocèle chronique. On admet que l'hydrocèle aiguë née de l'orchite aiguë survit à l'affection qui lui a donné naissance, et passe à l'état chronique. Notre chiffre de 31 cas d'hydrocèles doubles prouve : 1° que ce genre d'hydrocèles n'est pas rare ; 2° aussi que l'hydrocèle ne vient pas aussi souvent de l'orchite qu'on aurait pu le croire, puisque l'orchite aiguë n'est presque jamais double.

Tout en m'accordant qu'à la vérité l'orchite engendre l'hydrocèle, n'oublions pas la part très-grande qui dans la production de cette affection revient aux autres maladies du testicule (hypertrophie, dégénérescence tuberculeuse et vénérienne), comme aussi aux froissements sans nombre qui résultent pour les bourses de leurs rapports avec les cuisses, les vêtements, les sécrétions urinaires et sudorales, toutes causes souvent méconnues, oubliées par les malades, et qui jouent cependant un grand rôle dans l'étiologie de l'affection dont il s'agit.

Dans un grand nombre de cas, l'hydrocèle constitue par elle-même une maladie ; et ce qui prouve son indépendance, c'est sa curabilité complète sans retour, alors même que le traitement ne s'adresse qu'à l'hydrocèle exclusivement. C'est que jamais, pour guérir cette affection, je ne me suis trouvé dans la nécessité d'enlever le testicule ni même de le traiter.

Est-il résulté de cette pratique d'abstention à l'endroit du testicule un préjudice pour la guérison de l'hydrocèle ? Assurément non ; et voyez-le vous-même. Je ne trouve que quatre cas seulement où il n'y ait pas eu de guérison. Et encore sommes-nous autorisé à admettre que ces malades ont guéri plus tard, soit spontanément, soit sous l'influence réelle, bien que tardive, de notre méthode thérapeutique.

J'ai cependant un cas de mort à vous signaler, un malheur, et je désire que ma sincérité vous en évite de semblables et vous engage à ne rien négliger pour le succès de vos opérations, même les plus futiles en apparence. L'attention du chirurgien peut être aisément distraite pendant une opération aussi simple que celle de l'injection iodée ; et cependant, si le malade fait un mouvement, si ce détail vous échappe, le bec de la canule est déplacé et l'injection tombe dans les tissus voisins.

Quoique l'infiltration de l'eau iodée n'entraîne pas nécessairement la suppuration ou la gangrène du tissu cellulaire, elle peut cependant faire naître quelquefois ces deux accidents, ainsi que je l'ai constaté dans un cas.

(1) Ce chiffre ne représente pas exactement le nombre des hydrocèles, attendu que 200 et quelques observations ont été distraites il y a quelques années pour un travail particulier.

Mais vous l'avez vu plus d'une fois dans des circonstances analogues, et notamment cette année, sur un malade couché au n° 6 de la salle de la sainte Vierge, et auquel j'avais pratiqué la résection du premier métatarsien. Les pertes de substance des enveloppes du testicule sont d'un pronostic beaucoup moins grave qu'on ne serait porté à le croire. La réparation s'opère à merveille et en quelque temps, si troublée que soit d'ailleurs l'harmonie des fonctions, si grave que soit l'état général; au milieu même de la cachexie tuberculeuse la plus profonde, comme celle qui frappait notre malade, le testicule finit par retrouver de nouvelles enveloppes.

Faut-il placer la piqûre du testicule à côté de cet accident si rare et en conclure au danger de la ponction de l'hydrocèle? Qu'il vous suffise de vous rapporter au traitement de Vidal, qui débridait dans l'orchite le testicule lui-même. Songez à la pratique suivie par moi dans le même cas. J'ai pratiqué bien des fois quatre ou cinq piqûres; quelques-unes, par impossible, ont pu atteindre l'organe, mais toujours sans le moindre inconvénient. Vous conclurez donc en disant avec moi qu'il serait véritablement futile de faire un crime à notre méthode, à la fois si simple et si profitable aux malades, d'un incident aussi léger que la piqûre du testicule dans le traitement de l'hydrocèle.

Somme toute, le cas de mort sus-indiqué ne saurait changer en rien le pronostic si léger de l'hydrocèle.

La curabilité de cette affection demeure presque toujours certaine, et vous avez vu par quelle méthode si expéditive j'ai pu la démontrer définitivement dans presque tous les cas.

La dose d'iode que contiennent les injections varie au gré du chirurgien, ou mieux des indications qu'il rencontre; au gré de la facilité probable à l'inflammation que présenteront les tissus, ou de la résistance, au contraire, que leur induration, l'ancienneté de la tumeur, paraissent devoir lui opposer.

C'est ainsi que l'iode entre dans mes injections dans la proportion d'un quart, d'une moitié, des trois quarts; quelquefois même il faut l'injecter à l'état de pureté.

On a beaucoup parlé des dangers de la pénétration de l'air dans la poche vaginale; c'est là une exagération pure, que l'imperfection des instruments a pu vous démontrer à plusieurs reprises quand elle permettait l'introduction de quelques bulles d'air.

L'injection faite, agitez la poche pour conduire le liquide irritant dans toutes les parties du sac; laissez écouler une partie proportionnée aux chances d'inflammation, et laissez le reste à demeure. Retirez enfin brusquement la canule en pinçant la petite plaie pendant quelques secondes avec les doigts pour éviter l'écoulement en retour et peut-être l'infiltration locale du liquide de l'injection.

Et tout est fini: l'opération a duré deux minutes au plus, sans véritable souffrance pour le malade.

En présence d'une méthode aussi simple, aussi bénigne, et cependant si certaine dans ses résultats, croirait-on que le besoin de l'innovation a poussé à imaginer des moyens qu'il suffit de citer pour les juger!

Et tenez, voici un chirurgien qui traverse la tumeur de part en part avec une longue canule : celle-ci présente à sa partie moyenne un orifice béant au milieu de la cavité de la poche, grâce auquel tout le liquide s'écoule par les extrémités de l'instrument demeuré libre au dehors.

Il ne retire point l'instrument, mais le laisse en contact avec les cuisses par les deux extrémités, et cela pendant trois longues semaines. Des injections sont pratiquées dans cet espace de temps, une ou deux fois par jour, et le malade est guéri. Il est difficile d'imaginer un procédé plus gênant, plus compliqué, pour arriver plus lentement au même résultat.

Un autre passe un séton, et le laisse à demeure jusqu'à la suppuration, quinze jours, trois semaines.

Je vois d'autres chirurgiens modifier notre procédé non plus dans la manœuvre, mais dans la quantité du liquide; ils en injectent à peine, et laissent le malade marcher immédiatement.

Assurément voilà qui est bien simple! Est-ce là ce qui peut honorer son inventeur du titre de fondateur d'une méthode nouvelle?

Ne l'ai-je pas déjà dit depuis longtemps, ne l'ai-je pas publié dans les *Archives* de 1837 (mais en pure perte, je le vois, tant il est difficile pour ces imaginations fécondes de s'asservir à la lecture des travaux de leurs devanciers)? Je le répète, il suffit de déposer dans la cavité de la poche séreuse quelques grammes d'eau iodée, de laisser le tout pour que les malades puissent guérir en allant et venant; d'où le séjour au lit, j'en ai vu plusieurs cas, n'était nullement indispensable. Mais ce repos est-il utile? Je le crois; or je n'hésite pas à dire qu'il est préférable en tout état de cause.

Il y a plus, c'est que les injections m'ont réussi, même en les pratiquant avec du sulfate de cuivre, de l'alun, du lait, de l'air, enfin avec le liquide même tiré du sac un instant auparavant. Or la question n'est pas de savoir si ces moyens guérissent, mais s'ils guérissent mieux. Eh bien, les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré en mettant en usage successivement toutes ces différentes méthodes, m'ont conduit au procédé que vous m'avez vu employer si souvent, c'est-à-dire à celui qui m'a paru le plus simple, en même temps qu'il est à coup sûr le plus efficace.

D'UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU CROUP par le tubage du larynx (1).

Par M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Il est rare qu'une bonne idée reste entièrement stérile et qu'elle n'en fasse pas surgir d'autres nécessaires soit pour étendre les applications, soit pour compléter ce qu'elle renferme d'utile. C'est ainsi que les inventions succèdent aux inventions, et que de petits perfectionnements constituent un réel progrès. Le tube laryngien de Chaussier a été remplacé par le tube de M. Depaul, ou par la sonde de M. Loiseau, et on a vu l'anneau imaginé par ce confrère prendre la place de celui de Dieffenbach. Aujourd'hui, après toutes les tentatives faites pour arriver à la guérison du croup par le cathétérisme laryngien ou par la trachéotomie, je viens soumettre à l'appréciation de l'Académie une méthode nouvelle, le tubage de la glotte accompli par la bouche, sans péril ni effusion de sang, et destinée à remplir la même indication contre les mêmes dangers.

Je ne me permettrai pas de juger cette méthode ni de fonder sur elle aucune espérance que pourrait démentir la clinique. Au début des innovations thérapeutiques, il faut laisser la parole aux faits observés et racontés heure par heure, puis attendre qu'on en ait un grand nombre avant de tirer aucune conclusion avantageuse ou défavorable. Pour l'instant, je n'apporte à l'Académie que la réalisation sur le vivant d'une idée que je crois juste et susceptible de rendre service à la pratique médicale. Il s'agit de la dilatation du larynx par des viroles à demeure mises dans la glotte au moment de l'asphyxie du croup, et de façon à éviter la trachéotomie, cette opération difficile et dangereuse dont la mortalité varie de 80 à 90 pour 100.

Deux fois déjà à l'hôpital Sainte-Eugénie, en présence de mon collègue M. Empis, de MM. Créquy, Paris, Maugin, Beaumetz et Nivert, internes de l'hôpital, j'ai opéré le *tubage* de la glotte dans des cas de croup bien caractérisés par des fausses membranes, et je vais raconter ces observations dans tous leurs détails. Chacun pourra ainsi les juger en parfaite connaissance de cause, et si les faits se multiplient, on saura bientôt à quoi s'en tenir sur l'importance de cette pratique.

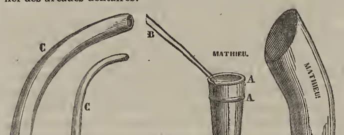
Avant de lire mes observations, l'Académie me permettra, j'espère, de lui exposer en quelques mots la forme des instruments qui m'ont servi, ainsi que les données anatomiques et les expériences sur lesquelles repose mon manuel opératoire.

Les instruments sont :

1° Des sondes d'homme courbes, de diverses grosseurs, ouvertes aux deux bouts, et nécessaires à pénétrer dans le larynx pour servir de guide à des viroles de forme toute particulière ;

2° Des viroles d'argent cylindriques, droites, longues de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, garnies à leur extrémité supérieure de deux bourrelets placés à 6 millimètres de distance, et percées d'un trou pour le passage d'une amarre en soie destinée à les retenir du dehors ;

3° Un anneau protecteur de l'index ou un dilatateur particulier des arcades dentaires.



Une fois muni de ces instruments, j'ai voulu, avant toute application sur le vivant, les essayer sur le cadavre pour me convaincre de la facilité de leur usage. Mes collègues et les élèves de l'hôpital ont pu, en portant le doigt sur l'épiglotte, introduire une virole dans le larynx et voir qu'elle avait quelque peine à sortir lorsqu'elle était convenablement placée. Nous nous sommes assuré :

1° Que la virole disparaissait en entier dans le larynx ;

2° Que le bord supérieur était au-dessous de la corde vocale supérieure dans les ventricules du larynx, et que le jeu de l'épiglotte et des cartilages arythénoïdes n'était pas empêché ;

3° Que la corde vocale inférieure prenait place entre les deux bourrelets de la canule, par conséquent au-dessus du bourrelet inférieur correspondant à la face interne du cartilage cricoïde.

Cela étant fait, nous convînmes, M. Empis et moi, de saisir la première occasion qui se présenterait d'appliquer sur le vivant le *tubage de la glotte*. Elle ne se fit pas attendre.

En ce moment d'effroyable épidémie d'angine couenneuse et de croup qui règne à Paris (2), et qui a envoyé durant le mois d'août à l'hôpital Sainte-Eugénie 15 cas de croup tous suivis de mort, les faits se multiplient plus qu'on ne le désire. Le lendemain de nos expériences sur le cadavre, une petite fille, atteinte de diphtérie et de croup à la période d'asphyxie, étant arrivée à l'hôpital, je lui tubai le larynx par la bouche avec les instruments que vous venez de voir, pensant bien que cette manœuvre ne compromettait rien, et que si l'asphyxie continuait, il serait toujours temps d'ouvrir un passage à l'air par la trachéotomie. La canule est restée en place dans la glotte durant 36 heures, sans amener de suffocation ni gêner les fonctions de l'épiglotte, et les phénomènes d'asphyxie, tels que la cyanose, la suffocation et l'anesthésie, ont cessé pour faire place à une respiration plus facile, à une sensibilité normale et à une teinte rosée naturelle de la peau.

Le larynx a pu être ainsi désobstrué de ses fausses membranes. Malheureusement la diphtérie existait aussi dans le nez, aux oreilles et sur la surface d'un vésicatoire du bras, jadis placé pour un catarrhe bronchique habituel de l'enfant. L'empoisonnement diphtérique augmenta rapidement, ce qui, joint à une pneumonie lobaire droite développée pendant la nuit qui suivit le tubage de la glotte, occasionna la mort. Le croup était guéri, et l'application de la canule avait produit ce qu'on pouvait attendre d'un instrument de cette nature. Il avait empêché l'asphyxie et avait évité une opération grave, la trachéotomie, que la marche des accidents aurait rendue inutile.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de trois ans et demi affecté d'angine couenneuse et de croup, avec commencement d'asphyxie. La respiration était râpeuse, sifflante, sèche; la toux faible et rauque; la voix complétement éteinte, le visage animé, rouge, congestionné; la sensibilité encore assez grande; l'agitation très-grande, mais sans accès de suffocation.

Je lui tubai le larynx et mis très-aisément la virole dans la glotte, à la seconde tentative, en moins de deux ou trois minutes.

Il n'y eut pas d'accès de suffocation, et l'enfant put parler d'une voix plus forte qu'avant le tubage; il put boire sans que les liquides tombassent dans les voies aériennes. De fausses membranes tubulées, d'un large diamètre, et provenant de la trachée et des bronches, purent sortir à travers le tube mis dans la glotte, sans que les efforts de toux aient déplacé l'instrument, qui est resté quarante heures en place sans s'obstruer, et après avoir été changé une fois au moment de la visite.

Au bout de ce temps, les accès de suffocation et d'asphyxie, retardés de deux jours par l'application de la canule glottique, reparurent. J'étais absent; mais MM. Créquy, Maugin, Beaumetz et Nivert, internes de l'hôpital, réunis, pensèrent, comme je l'avais déclaré le matin d'après les signes fournis par l'auscultation, qu'il y avait des fausses membranes dans les bronches, et conséquemment un obstacle considérable au-dessous de la glotte. Ils regardèrent la mort comme imminente, bien qu'il n'y eût pas encore d'anesthésie, et la trachéotomie fut faite. Par cette ouverture sortit une petite fausse membrane bronchique plus petite que celles qui avaient été expulsées spontanément par la virole glottique, et mes jeunes confrères purent constater que ma canule, non obstruée, était à sa place dans la glotte, maintenue sur la corde vocale inférieure.

Voici maintenant ces deux faits racontés dans leurs détails, heure par heure, de manière à montrer la succession des phénomènes morbides et les effets du *tubage de la glotte* appliqué au traitement du croup. Comme j'ai eu l'honneur de le dire au début de cette lecture, je ne les juge pas, mais je les raconte, et je pense que peut-être, frappés de ce qu'il y a de simple et de facile dans ce nouveau procédé opératoire, vous en écouterez les minutieux détails avec bienveillance et intérêt.

Obs. I. — *Croup, asphyxie et anesthésie; tubage du larynx; guérison du croup. — Pneumonie; mort.*

Marie Génot, fille de cinq ans et demi, entre le 6 septembre dans le service de M. Empis, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Mathilde, n° 26. Cette enfant est malade depuis le 25 août par un rhume assez fort, et dès le lendemain de l'invasion la toux, un peu rauque, a attiré l'attention de la mère.

Cet état a duré jusqu'au 3 septembre. Alors la toux a pris le caractère croupal. Des accès de suffocation se sont produits, et la voix est depuis lors étouffée, presque éteinte.

L'enfant a continué de boire et de manger, et elle n'a jamais eu beaucoup de fièvre.

Après quelques jours de traitement, la dyspnée augmenta, ainsi que le nombre des accès de suffocation, et l'enfant, cyanosée, anesthésique, était dans l'état suivant lorsque je la vis pour la première fois.

Couchée sur le dos, la tête renversée en arrière, cette enfant a le visage rouge, violacé, couvert de sueur, et la *peau insensible* à la piqûre.

Le pouls, petit et fréquent, marque 128; la respiration est pénible, sifflante, accompagnée de sifflement laryngo-trachéal sec très-fort; la toux est rauque, sèche, métallique, et la voix éteinte.

Mon collègue M. Empis m'engage à essayer mon appareil pour la dilatation de la glotte, et à onze heures du matin, en présence de MM. Créquy, Paris, Maugin, Dujardin, Beaumetz, Nivert, internes de l'hôpital, je procédai à l'opération.

Du premier coup je mis la canule en place, puis je la retirai pour permettre à M. Créquy d'essayer comme moi. Ce médecin la mit sans peine. Je la retirai encore, et la replaçai une troisième et dernière fois très-rapidement et sans difficulté.

L'enfant parut un peu soulagée. L'asphyxie imminente et caractérisée par la cyanose du visage et l'insensibilité la plus complète des téguments cessa, et l'enfant devint sensible à la douleur, en même

(1) Ce travail a été l'objet d'un paquet cacheté déposé à l'Académie des sciences dans la séance du 6 septembre 1858.

(2) Au 1er août il y avait eu depuis le 1er janvier, tant à domicile que dans les hôpitaux, 602 cas de mort par le croup, tandis que dans les années ordinaires, le nombre des décès produits par cette grave maladie n'est que de 120 à 140.

temps que la teinte violacée des téguments disparaissait un peu. Elle respirait plus facilement.

Ma canule ne gênait pas les fonctions de l'épiglotte, et l'enfant put avaler sa salive et boire sans avaler de travers, c'est-à-dire sans que les liquides pussent tomber dans la trachée.

L'enfant pouvait parler à voix basse, et elle nous dit être beaucoup mieux.

Pendant deux heures, il n'y eut pas de changement. La respiration resta un peu difficile, et le visage rouge, animé. Le pouls marquait 136, et la respiration 40 par minute. La canule occasionnait un sentiment de gêne évident, et l'enfant demandait qu'on la lui ôtât. Elle fit plusieurs gestes pour l'arracher en saisissant le fil de soie, et il est probable qu'elle l'eût arrachée si l'on n'eût pas à cet égard exercé la plus grande surveillance.

A trois heures, l'enfant était très-bien; *son teint était entièrement naturel*, rosé, sans rougeur des joues; sa respiration et son pouls seuls étaient précipités. Elle ne fait plus aucun mouvement pour retirer la canule.

A cinq heures, l'enfant est de nouveau agitée, le visage très-rouge, sans cyanose; elle tousse avec peine et crache difficilement; elle expectore des mucosités quand on le lui dit, mais elle fait difficilement sortir ce qui engoue la canule, et elle ne rejette pas de fausses membranes. La respiration est pénible, laborieuse, mais non bruyante, et sans sifflement guttural.

Vers neuf heures du soir, la toux ayant débarrassé la canule, il y a de nouveau un moment de calme et de tranquillité, caractérisé par une facilité plus grande de la respiration et une coloration naturelle de la peau du visage.

Le mercredi, 8 septembre, la nuit a été assez calme; l'enfant a toussé plusieurs fois sans rejeter de fausses membranes, et sa respiration a été constamment haute et laborieuse. Il n'y a pas eu d'accès de suffocation ni de mouvements pour arracher la canule, qui est parfaitement tolérée par le larynx. Vers deux heures, il y a encore eu un instant de coloration rouge du visage avec sueur; mais ce phénomène a disparu vers six heures avec quelques secousses de toux. — L'enfant boit de l'eau rougie et du bouillon sans difficulté, et les fonctions de l'épiglotte s'accomplissent très-régulièrement, car les liquides ne pénètrent pas dans le larynx.

A neuf heures, l'enfant est dans le même état, assez calme et le visage rosé naturel. Mes collègues, MM. Empis et Marjolin, m'engagent à laisser la canule.

A une heure, le visage se colore de nouveau et devient un peu violacé; la respiration est pénible, bruyante, accompagnée de râles bronchiques appréciables à distance, mais sans sifflement guttural. Ces bruits empêchent toute auscultation; mais on constate à la percussion une parfaite résonnance de la poitrine.

La respiration est à 44 et le pouls à 130. La peau est moite et très-chaude.

A quatre heures, la dyspnée est un peu moins forte, et la coloration du visage, un peu moins vive, est encore assez prononcée. La respiration est très-bruyante, couverte par des râles bronchiques. Toux peu fréquente; il est évident qu'il y a obstruction de la canule. L'enfant boit facilement, elle urine bien, mais elle n'a pas été à la selle.

A huit heures, la dyspnée est très-forte et le visage cyanosé, couvert de sueur. Dans la crainte d'une nouvelle asphyxie, M. Créquy retire la canule pour se préparer à la trachéotomie. Il retarde cependant, parce qu'il lui semble que l'enfant respire un peu plus librement, et en effet, la nuit se passe jusqu'à deux heures du matin sans accident.

Une potion avec 50 centigrammes de sulfate de cuivre, donnée dans le but de faire vomir et de débarrasser les bronches, ne produit qu'un effet purgatif.

Vers deux heures, la respiration s'embarrasse de nouveau, et le visage devient bleuâtre; mais après quelques secousses de toux, ces phénomènes disparaissent et laissent l'enfant en assez bon état jusqu'au matin.

L'extraction de la canule a été des plus faciles. Il a suffi de tirer le fil de soie qui la retenait dans le larynx, et elle est aussitôt sortie des lèvres de la glotte, qui ne s'étaient pas gonflées sur elle et n'avaient pas produit un enchatonnement qu'*à priori* je pouvais redouter.

Le jeudi, 9 septembre, à neuf heures, mon collègue, M. Empis, trouve la malade en assez bon état, et il me fait remarquer que la peau est bonne et le pouls retombé à 128; que la respiration est assez facile, quoique couverte par des râles trachéal et bronchique, et que principalement lorsque l'enfant tousse, sa toux n'a rien de *rauque*, de *strident*, de *guttural*, ni de *laryngé*, qu'elle est grasse, bronchique, et par conséquent que le larynx est débarrassé des fausses membranes.

Cela est vrai; le changement de la toux, qui n'est plus éteinte, qui n'a rien de rauque et qui est devenue grasse et bronchique, est le phénomène le plus important que l'on puisse constater.

La respiration est assez bruyante pour empêcher toute auscultation, mais là où on peut mettre l'oreille, il existe du râle muqueux très-abondant. Elle est à 40 par minute.

La diarrhée produite par le sulfate de cuivre continue, mais sans vomissement. — Eau rougie, bouillon.

A quatre heures, même état de respiration bruyante, trachéale et bronchique. On entend partout, dans la poitrine, des râles qui marquent le mouvement vésiculaire.

Le vendredi, 10 septembre, à neuf heures, l'enfant a mal dormi, et elle a beaucoup toussé, d'une toux grasse sans expectoration. La respiration est fréquente (40) et se fait sans bruit extérieur. Le visage est calme, rosé, naturel, sans chaleur, et la peau a une température modérée. Le pouls à 136.

Résonnance sous-claviculaire naturelle, et là le murmure vésiculaire s'entend pur et sans mélange de râles.

En arrière, matité à droite et souffle bronchique sans râles. A gauche, bonne résonnance du thorax, où l'on entend un murmure vésiculaire normal.

Le larynx est évidemment libre, mais le poumon droit est le siége d'une hépatisation étendue.

L'enfant a un vésicatoire qui tend à se couvrir de fausses membranes, et il y a derrière chaque oreille des excoriations dues à un eczéma sur lequel apparaissent des taches grisâtres, couenneuses. — Julep gommeux diacodé; tartre stibié, 0,30 centigr.; bouillons.

A quatre heures, pas de vomissements; plusieurs garde-robes.

La respiration fréquente, un peu haute, se fait sans bruit; le souffle a beaucoup augmenté et le visage exprime par son abattement une situation très-grave. Peau chaude; pouls à 144.

A neuf heures, la respiration s'embarrasse de plus en plus sans faire de bruit appréciable à distance. Elle est haute, très-laborieuse, et la face est rouge, animée, couverte d'une sueur visqueuse. Les pupilles sont contractées comme cela s'observe dans l'agonie.

Autopsie le 12 septembre. — Les oreilles, les narines et la surface excoriée du bras, sont couvertes de fausses membranes en partie desséchées.

Le pharynx est encore couvert de plaques diphthéritiques, ainsi que la face postérieure des cartilages arythénoïdes.

Le larynx et la trachée ne renferment plus de fausses membranes; leur muqueuse est épaissie, rugueuse, granulée, pâle dans la trachée, rouge au contraire au niveau des cordes vocales supérieure et inférieure et à la face interne du cricoïde. Cette membrane n'est pas ramollie, et n'offre point d'ulcération. Les cordes vocales sont entières, un peu épaissies en raison du gonflement de la muqueuse, et les ventricules du larynx paraissent moins profonds que d'habitude. Toutes ces parties sont dépourvues d'exsudation couenneuse.

Les bronches offrent une coloration rouge livide intense, et la muqueuse granulée, non ramollie, est couverte d'une exsudation purulente épaisse.

Le poumon droit adhère mollement à la plèvre costale; il est lourd, induré, et occupé dans presque toute sa hauteur par une hépatisation bien caractérisée. La lésion occupe toute la partie postérieure et inférieure du lobe supérieur, tout le lobe moyen et la plus grande partie du lobe inférieur.

A la loupe, on voit les vésicules du poumon remplies d'air, dans les parties souples et crépitantes, et là où le tissu est dur, résistant, on ne voit qu'une masse de chair sans vésicules apparentes. J'insufflai le poumon devant mon collègue Empis, MM. Créquy et Maugin, nos internes, et l'air ayant pénétré dans le tissu hépathique, nous vîmes à la loupe des vésicules remplies d'air là où, il n'y avait qu'un instant, il n'y avait pas une bulle d'air.

Après avoir coupé le poumon, nous vîmes le parenchyme rouge, hématosé, un peu crépitant, conservant sa friabilité sous le doigt, et les granulations caractéristiques de l'hépatisation. On le cassait sous le doigt comme on brise le tissu de la rate; cependant, mis dans l'eau, le tissu flotte et surnage, tandis qu'un peu plus loin des parties hépatisées, mais non insufflées, restaient noirâtres et tombaient au fond de l'eau. C'est là un de ces cas qui prouvent, comme je l'ai autrefois établi, que l'on peut insuffler le tissu hépatisé des poumons.

Çà et là existent des granulations tuberculeuses demi-transparentes, de rares tubercules à l'état jaune de crudité, et de nombreux tubercules dans les ganglions bronchiques.

Le poumon gauche est souple et partout crépitant; il renferme cependant quelques granulations demi-transparentes.

Le cœur, le foie et les autres organes du ventre n'offrent rien de particulier.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Cette observation et cette autopsie démontrent :

1° La diphthérite cutanée et l'empoisonnement diphthéritique ;

2° La désobstruction du larynx des fausses membranes qui l'avaient temporairement obstrué en occasionnant l'asphyxie, et nous avaient forcé à tuber la glotte ;

3° L'innocuité de l'opération et du séjour d'une canule à demeure dans la glotte pendant trente-six heures ;

4° L'existence de la pneumonie constatée pendant la vie, et qui a été la cause déterminante de la mort ;

5° La disposition tuberculeuse du sujet, qui a donné à sa maladie une gravité toute particulière.

OBS. II. — *Croup, suffocation, commencement d'asphyxie, tubage du larynx pendant quarante heures; rejet de grosses pseudo-membranes. — Suffocation nouvelle et trachéotomie.*

Arthur Juery, garçon de trois ans et demi, est entré le 9 septembre dans le service de M. Empis, salle Saint-Benjamin, n° 9, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Ce garçon, assez fort, malade depuis trois jours, a la voix enrouée et tousse assez fréquemment.

Le pharynx est rouge, et il y a sur l'amygdale droite hypertrophiée une fausse membrane épaisse, sans engorgement ganglionnaire du cou. Pouls peu fréquent; rien dans la poitrine. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 10 septembre, même état; nouvelle cautérisation, et à quatre heures l'enfant est couché sur le côté, la tête fortement renversée en arrière; sur le cou tendu s'observe une forte dépression latérale à chaque effort respiratoire.

La respiration est sifflante, sèche, râpeuse et prolongée. La toux, rauque hier, s'affaiblit et s'éteint; la voix est complétement abolie, et l'enfant ne parle que des lèvres, avec un bruit guttural à peine appréciable.

La résonnance de la poitrine est bonne, et on n'y entend par l'auscultation que le retentissement du sifflement laryngé.

L'arrière-bouche présente des fausses membranes épaisses sur les amygdales et dans le pharynx.

Le visage est rouge, fortement congestionné, sans cyanose, et il n'y a pas encore d'anesthésie ni d'accès de suffocation. Pouls à 136.

L'enfant est soumis depuis plusieurs jours à l'action inutile du chlorate de potasse.

A quatre heures, en présence de MM. Paris, Maugin et Dujardin Beaumetz, internes de l'hôpital, je procède à la dilatation forcée de la glotte.

Ma canule, fixée sur la sonde, est introduite une première fois dans l'arrière-bouche et ressort du larynx où je l'avais placée. A une seconde tentative immédiate, je la fixe convenablement, et elle reste dans la glotte. Ces manœuvres opératoires ne durent pas plus de deux minutes.

A l'instant l'enfant put parler d'une voix plus forte qu'avant d'avoir sa canule. Il articulait d'une façon gutturale, mais assez fortement pour qu'on l'entende, et il nous disait : *Otez-moi cela!* En même temps la toux éteinte était remplacée par une toux plus forte et plus éclatante.

La canule occasionna d'abord un peu de gêne, et l'enfant aurait bien voulu l'arracher. Le fil d'amarre rentre a chaque instant dans la bouche et serait avalé s'il n'était fixé à un collier. Quelqu'un placé en surveillance le retire à chaque instant et empêche le malade d'y porter les mains. La présence du fil et de la canule occasionnent une salivation visqueuse très-abondante. La déglutition n'est pas gênée, car l'enfant boit sans avaler de travers.

A neuf heures, la tolérance du corps étranger est établie. L'enfant ne fait aucun mouvement pour s'en débarrasser, et il paraît être en assez bon état. Il dit ne pas souffrir. — Bouillon, julep, chlorate de potasse.

Samedi, 11 septembre, l'enfant a dormi assez tranquillement. Il respire avec bruit par la canule, qui semble un peu embarrassée. La toux est grasse, forte, et la voix assez distinctement articulée. Soif peu fréquente. Les boissons passent avec la plus grande facilité. Pas de vomissements ni de selles.

La tolérance de la glotte pour la canule est complète; elle ne détermine aucun effort de suffocation. La mastication du fil d'amarre a cessé, et il n'y a plus de salivation. Peau modérément chaude. Pouls, 96.

A quatre heures, l'enfant dort paisiblement sur le côté droit, sa respiration fait peu de bruit, et le visage, frais, a une teinte rosée naturelle.

A quatre heures et demie, l'enfant se réveille fort agité, toussant avec violence; sa respiration est sifflante et bruyante; il suffoque, et au bout d'un instant tout se passe après le rejet d'une fausse membrane épaisse, tubulée, longue de 3 centimètres environ, et bifurquée à son extrémité inférieure. Chose remarquable, les efforts de toux nécessaires à l'expulsion de cette fausse membrane n'ont pas déplacé la canule.

A huit heures, l'enfant rejette une seconde fausse membrane très-large et longue de plus de 2 centimètres. Après cette crise, il dort paisiblement une partie de la nuit.

Dimanche, 12 septembre, l'enfant, couché tantôt sur le côté, tantôt sur le dos, respire péniblement; sa toux est grasse, mais peu fréquente, et sa voix altérée est difficile à interpréter. Il boit sans peine et les liquides ne pénètrent jamais dans les voies aériennes.

La résonnance de la poitrine est faible, et de chaque côté, en arrière, la respiration est difficile à entendre. Il n'y a pas de murmure vésiculaire, et on ne saisit qu'un ronchus général.

En présence de M. le docteur A. Mayer, présent à la visite, nous ôtons sans peine le tube du larynx, en tirant sur l'amarre en soie. Son intérieur est libre de tout obstacle et ne renferme ni mucus ni fausse membrane.

Je le remets aussitôt sans difficulté en moins d'une minute. — Bouillons, eau rougie, potion avec le chlorate de potasse.

Vers midi, en mon absence, la respiration s'embarrasse beaucoup, et l'enfant suffoque de manière à faire craindre pour sa vie. Son visage est bleuâtre, mais la peau n'est pas insensible. Dans cet état, les cinq internes de l'hôpital réunis pensent qu'il y a un obstacle dans les bronches, au-dessus de la virole glottique, et ils pratiquent immédiatement la trachéotomie.

Pendant l'opération sort un fragment de fausse membrane bronchique, moins fort et moins long que ceux qui sont sortis spontanément par la virole de la glotte. Mes jeunes confrères, qui avaient laissé mon tube en place pendant la trachéotomie, purent s'assurer qu'il était bien dans la glotte, retenu par la corde vocale inférieure, et l'ayant amené au dehors par son amarre en soie, ils constatèrent, d'une part, que son intérieur était libre de tout obstacle, et, de l'autre, qu'un faible effort était suffisant pour le faire sortir du larynx.

Lundi, 13 septembre, l'enfant a encore rejeté un fragment de fausse membrane; il est assez bien d'ailleurs.

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation il y a plusieurs choses qu'il importe de signaler. On a dû remarquer avec quelle facilité s'est fait le tubage du larynx et l'absence complète de suffocation après l'introduction du tube intra-glottique. Dans ce cas comme dans l'autre, les fonctions de l'épiglotte n'ont pas été suspendues. L'enfant a pu tousser et parler plus fortement avant qu'après le tubage. Enfin, par le tube, qui n'avait pas plus de 8 millimètres de diamètre, il a pu rendre des fausses membranes énormes, provenant de la trachée et de la bifurcation des bronches.

Comment se fait-il que, dans ces conditions, avec une dilatation permanente de la glotte, sans obstruction de la canule, un accès de suffocation ait rendu la trachéotomie nécessaire? Je n'en sais rien, n'ayant pas vu le malade à ce moment. Mais la suffocation, en apparence très-forte, ne menaçait pas d'une asphyxie très-prochaine, puisqu'il n'y avait pas d'anesthésie. Elle ne pouvait être produite que par une fausse membrane de la trachée ou un obstacle dans le tube du larynx. Or le tube était libre. C'était donc une fausse membrane bronchique. Mais puisqu'il en était déjà sorti deux gros fragments par la canule glottique, il pouvait en sortir encore d'autres, et c'est ce qui fût sans doute arrivé après une plus longue temporisation.

Quoi qu'il en soit, l'opération a eu cela d'utile que, en soulageant le malade, elle a montré que le tube du larynx était libre et bien à sa place dans la glotte, retenu par les cordes vocales inférieures.

Tels sont les faits que, sur les instances de votre secrétaire perpétuel, j'ai cru devoir porter à la connaissance de l'Académie. Puissent-ils établir devant elle :

1° La facilité qu'on a de pratiquer le *tubage de la glotte* au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte.

2° La tolérance de cette virole par le larynx.

3° La possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx par ce moyen, de préférence à la trachéotomie.

4° La facilité qu'ont les grosses concrétions pseudo-membraneuses, formées dans la trachée et dans les bronches, de sortir par ce tube intra-glottique.

5° L'utilité de cette ressource nouvelle pour les médecins, qui, dans de petites localités, sans aides et loin de tout secours, pourront employer ce moyen de préférence à tout autre.

TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS DE KYSTES DE L'OVAIRE.

Par M. le docteur WARIN, médecin de l'hôpital de Metz.

Une discussion brillante au sujet des kystes de l'ovaire a rempli plusieurs séances de l'Académie impériale de médecine : elle a amené tour à tour à la tribune des hommes d'une haute science et d'une grande habileté pratique.

Chacun apporta dans cette discussion les résultats de son expérience, chacun fit connaître les faits qui lui étaient propres ; mais non contents de recueillir les observations fournies par les membres de la docte Compagnie, et celles qui furent publiées à l'étranger, les membres de l'Académie semblèrent inviter tous les médecins praticiens, quel que soit le rang qu'ils occupent par ordre de mérite dans le corps médical, à faire connaître les faits qui leur étaient particuliers sur cette question, afin de faire ressortir de ces diverses observations sur les kystes de l'ovaire des indications rationnelles pour un traitement radical ou pour une sage abstention.

Il m'a dès lors paru utile de consigner la relation de trois observations sur des kystes ovariques, dans lesquelles se trouvent exprimés les résultats de trois injections iodées pratiquées à l'hôpital pendant le premier semestre de 1856.

Ces faits en appelleront d'autres, je l'espère, et fourniront l'occasion à plusieurs de mes honorables confrères d'inscrire dans les archives de la science les résultats de leur pratique sur une maladie qu'ils n'observent malheureusement que trop souvent.

OBS. I. — La nommée Obriot (Marguerite), âgée de trente-trois ans, vigneronne, habitant le village de Nouilly, entra à l'hôpital le 5 février 1856.

Cette femme, réglée de bonne heure, d'une bonne constitution, n'a jamais éprouvé de maladies sérieuses. Elle n'eut ni fausse couche ni grossesse.

Il y a treize ans environ, elle ressentit dans la partie inférieure de l'abdomen, de la pesanteur, de la gêne dans les mouvements, jointes à une constipation opiniâtre, sans trouble bien marqué dans la menstruation.

L'honorable praticien qui la vit alors, M. le docteur Richet, attribua ces accidents à un engorgement de l'utérus.

Cependant le mal diminua assez pour que cette femme laborieuse pût reprendre bientôt son travail; ce ne fut guère qu'en 1854 qu'elle s'aperçut qu'elle portait à gauche de l'abdomen une tumeur peu volumineuse, qui au début ne lui causait pas de douleurs.

La femme Obriot pouvait continuer son travail de chaque jour, et ce ne fut qu'à la fin de l'année 1855 que la tumeur prit un très-grand développement et devint pour la malade la cause de divers embarras.

Lors de l'entrée de cette femme à l'hôpital, je sus que depuis plusieurs mois elle avait été obligée de cesser son travail, et qu'elle avait gardé le lit constamment depuis vingt jours environ ; que, depuis plusieurs semaines, elle ne pouvait uriner qu'avec difficulté et avec des douleurs qui lui arrachaient des cris; que, même dans les derniers jours, elle avait été forcée de recourir à l'emploi de la sonde; que les selles n'avaient lieu qu'après des lavements purgatifs.

La malade est sans fièvre, sans trouble de la respiration et de la circulation ; les fonctions digestives se font bien, à part les difficultés des garde-robes ; les menstrues sont régulières. A l'examen du ventre, on remarque qu'il est plus développé à gauche qu'à droite, que là se trouve une tumeur du volume d'une grosse tête d'enfant.

Cette tumeur est indolente, assez rénitente, non bosselée ; elle est située à la partie inférieure gauche du ventre, et semble se prolonger vers le petit bassin.

Par le toucher vaginal on constate la présence d'une tumeur qui occupe tout le détroit supérieur du bassin ; l'utérus est refoulé en haut et à droite; il est très-difficile d'atteindre l'extrémité du col, qui paraît à l'état sain.

La vessie, quand elle est distendue par une certaine quantité d'urine, fait saillie à droite, au-dessus du pubis, saillie qui disparaît par l'évacuation des urines avec la sonde.

Le doigt indicateur de la main droite porté dans le vagin, à la partie inférieure de la tumeur, parvient à lui imprimer de petits mouvements, que constate la main gauche placée sur la partie supérieure de la tumeur.

Par le toucher rectal on observe que la paroi postérieure du vagin est refoulée vers le rectum, ce qui explique la difficulté des selles, difficulté due à un obstacle mécanique.

Après un examen attentif de la tumeur, il est facile de s'assurer qu'elle contient un liquide : c'est un kyste probablement uniloculaire, c'est un kyste ovarique qui a pris de vastes dimensions.

Mes honorables collègues, MM. Bernard et Legrand, ainsi que MM. les docteurs Riché et Bouillé, qui avaient vu antérieurement la malade, sont appelés; ils examinent attentivement le kyste, et d'un commun accord il est décidé que la tumeur étant facilement accessible par le vagin, ce sera à la partie inférieure du kyste que la ponction sera faite, et que si le liquide est transparent, on fera immédiatement une injection iodée.

La tumeur fixée par les mains d'un aide, qui la refoule en bas, un trocart approprié est introduit dans le vagin, guidé par l'indicateur de la main gauche, et, arrivé sur le kyste, le trocart est poussé dans la direction de la masse de la tumeur; la paroi de la tumeur étant assez épaisse, le trocart est enfoncé de 3 centimètres. Je retire la tige, et immédiatement nous voyons sortir un liquide légèrement citrin, très-limpide. J'enfonce la canule plus profondément, à 5 centimètres environ, et je laisse sortir le liquide presque entièrement.

J'injecte alors de la teinture d'iode (teinture, 20 grammes; eau, 80 grammes); je maintiens dans le kyste cette injection pendant environ dix minutes, puis je laisse sortir le liquide, et je retire la canule.

Après l'opération, on comprime modérément l'abdomen par un bandage de corps.

Le kyste contenait cinq litres de liquide.

Après cette ponction et cette injection iodée, la malade est constamment sans fièvre; il ne survient pas de douleurs vives dans l'abdomen; au bout de trois jours, la vessie a repris ses fonctions; il n'est pas nécessaire de faire usage de la sonde; les selles sont faciles, et la femme Obriot se trouve dans de très-bonnes conditions.

Par le palper abdominal, on sent une tumeur peu volumineuse due sans doute aux parois du kyste. Par le toucher vaginal, on constate que la tumeur qui existait dans le petit bassin a disparu totalement; l'utérus, devenu accessible au toucher, est un peu plus volumineux qu'à l'état normal; sa paroi postérieure est dure, le col paraît à l'état sain.

Lors de sa sortie de l'hôpital, la femme Obriot se trouvait dans de bonnes conditions; elle avait pu reprendre ses occupations journalières.

A la fin du mois de juin, de nouveaux accidents survinrent, et cette femme fut obligée de rentrer à l'hôpital.

Grâce à l'obligeance de mon honorable collègue, M. le docteur Legrand, je puis ajouter les renseignements suivants :

Après sa rentrée dans les salles, on constate chez la malade un état fébrile, peau chaude, sèche, etc.

L'abdomen présente dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse, dure et sensible à la pression. Cette tumeur se prolonge vers la ligne médiane et se perd derrière le pubis en s'enfonçant dans le petit bassin. Il existe de la constipation.

Le col de l'utérus est bas, sans ulcération, mais le corps de l'organe est très-volumineux et enclavé.

Introduit dans l'intestin, le doigt pénètre avec difficulté, arrêté qu'il est par une tumeur dure, volumineuse et globuleuse, qui refoule la paroi intérieure du rectum. Cette tumeur ne peut subir aucun déplacement.

Après une diminution notable de la tumeur hypogastrique obtenue à l'aide de quelques antiphlogistiques simples, la fièvre s'est rallumée.

A l'opiniâtreté de la constipation a succédé la diarrhée de forme colliquative. Des douleurs lancinantes se sont éveillées dans la région hypogastrique, sans que toutefois la tumeur ait regagné la fosse iliaque.

Le teint de la malade et l'habitude générale du corps ont pris une nuance cachectique spéciale; l'amaigrissement a été assez rapide, etc., et c'est dans cet état que la malade a obstinément demandé sa sortie et regagné son village, d'où elle a envoyé des nouvelles confirmatives d'une cachexie cancéreuse et de la fièvre hectique consécutive.

Ces accidents s'aggravèrent, et la malade succomba le 8 octobre, huit mois après la ponction du kyste.

OBS. II. — Dans le courant du mois d'avril, la nommée Meheu (Barbe), âgée de trente et un ans, n'ayant jamais eu d'enfants, journalière, habitant la commune de Louvigny, est entrée à l'hôpital, au n° 18 de la salle 11.

Cette femme est forte et vigoureuse; elle a toujours continué son travail pénible. Cependant, depuis trois mois environ, elle se fatigue promptement, elle éprouve des tiraillements et des douleurs dans le ventre, occasionnés par une tumeur très-volumineuse, située dans la région de l'ovaire gauche.

Lorsque la malade garde le repos, elle ne souffre point, toutes les fonctions se font régulièrement, la constipation est peu prononcée.

Cette femme appartient à une famille pauvre; elle est obligée de gagner sa vie, et comme elle travaillait toujours malgré les douleurs qu'elle éprouvait, elle est venue solliciter son admission à l'hôpital. Une main généreuse étant intervenue pour payer les frais de journée à l'hôpital, son admission ne souffrit aucune difficulté.

Nos honorables confrères, MM. les docteurs Legrand, Bernard et Degott, examinent avec moi la malade : ils constatent que la tumeur ovarique gauche est arrondie, mobile, dure, fuyant jusque dans le bassin, où elle se perd.

Par le toucher vaginal, on observe que l'utérus occupe sa place habituelle, que le col est à l'état sain. Si on examine par le rectum, on sent une tumeur qui est très-haut et qui comprime légèrement l'intestin.

Cette tumeur étant facilement accessible par les parois abdominales, il est décidé qu'un trocart sera plongé dans le kyste tenu immobile par un des médecins présents; qu'aussitôt que le liquide sera sorti, la canule maintenue en place avec soin, un autre aide fera une injection iodée. — Teinture, 20 grammes; eau, 80 grammes.

Cette injection reste pendant huit minutes dans le kyste; j'ai soin, après l'injection, de ne pas laisser sortir tout le liquide : il en reste dedans la valeur de 25 grammes à peu près.

Un bandage de corps, modérément serré, est placé pour envelopper le ventre et y établir une légère compression. Il n'est point survenu de fièvre après l'opération, la malade dormait bien, réclamait des aliments, enfin elle ne s'expliquait même pas les précautions et les soins dont elle était entourée.

Cette femme, entrée à l'hôpital le 7 avril, a été opérée le 14. Elle en est sortie le 22 du même mois dans les meilleures conditions. Par le palper abdominal, on sent une tumeur très peu volumineuse qui n'est point douloureuse.

Depuis son retour dans sa famille, cette femme travaille et se porte à merveille.

OBS. III. — Le 18 juin est entrée, dans la salle n° 10, la nommée Cranicourt (Françoise), âgée de quarante-deux ans, demeurant à Orny.

A part la fatigue que cause à cette femme le poids de la tumeur ovarique gauche, et les douleurs qu'elle ressent dans les régions voisines, toutes les fonctions se font normalement; il existe seulement de la constipation. Cette femme a été réglée de bonne heure; les fonctions menstruelles se sont toujours faites régulièrement; elle n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches.

La gêne éprouvée par la malade depuis plusieurs mois, quand elle vaque à ses travaux habituels, l'a déterminée à réclamer la ponction du kyste. Un traitement palliatif, des fondants à l'intérieur et à l'extérieur furent employés pendant longtemps, et cela sans le moindre succès; ce traitement ayant échoué, cette femme vint me prier de l'opérer.

Le kyste ovarique gauche était mobile; il était facile de s'assurer qu'il était isolé de tout organe important. La tumeur n'était point bosselée, elle n'était point le siége de douleurs lancinantes.

Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le 22 juin, je pratiquai la ponction du kyste; elle fut suivie d'une injection iodée. Il y avait plus de trois litres d'un liquide blanc, qui contenait quelques flocons d'albumine. J'injectai dans le kyste, avec les précautions déjà indiquées, environ 15 grammes de teinture d'iode et eau 50 grammes, et j'y maintins l'injection douze minutes, puis j'en fis sortir le liquide.

Il n'y eut pas le moindre accident pendant les dix jours qui suivirent cette opération. Seulement il survint un peu de fièvre vers le douzième jour, et aussitôt on constata la présence d'un érythème peu étendu. Trois jours après, le 8 juillet, la fièvre et la rougeur avait disparu, cette femme put retourner chez elle, à Orny, sans le moindre inconvénient.

Depuis cette époque, je l'ai revue plusieurs fois : on sent à travers les parois abdominales une tumeur grosse comme un œuf, fournie sans doute par les parois du kyste. Cette tumeur m'a semblé diminuée la dernière fois que je revis la nommée Cranicourt.

L'utérus est à l'état sain; les règles n'ont point reparu, ce qui s'explique par l'âge de cette femme. Elle se porte parfaitement bien, et rien n'est de nature aujourd'hui à faire craindre une récidive.

Des trois observations qui précèdent il résulte :

1° Que les injections iodées peuvent être faites dans des kystes volumineux sans déterminer d'accidents;

2° Que les parois d'un kyste considérable peuvent revenir sur elles-mêmes;

3° Que, la ponction étant faite soit par le vagin, soit à travers la paroi abdominale, il faut avoir soin de maintenir la tumeur afin de la pousser dans la direction de l'instrument, car, sans cette précaution, la canule pourrait s'échapper du kyste, et il en résulterait des accidents graves dus à des épanchements dans le péritoine;

3° Que dans les deux derniers cas il n'y a pas jusqu'à présent de récidive, et que, pour la femme Obriot, la ponction et l'injection ne sont pour rien dans le résultat funeste. Quant à ce dernier cas, les fonctions étaient tellement troublées par suite du volume de la tumeur, que la mort était imminente avant la ponction. Malheureusement les accidents cancéreux qui se développèrent dans la suite atténuèrent l'heureux résultat de cette opération.

Après avoir lu toutes les sages appréciations faites sur les kystes de l'ovaire, je dois m'abstenir de tout commentaire : le seul rôle qui me convienne dans cette circonstance est d'exposer les faits purement et simplement.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 septembre 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

Grandes ventouses. — M. JUNOD lit un mémoire ayant pour titre : *Description des perfectionnements qui permettent de réduire les grandes ventouses au quart de leur volume pour la facilité du transport.* (Voir le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine, numéro du 16 septembre.)

Le mémoire de M. Junod est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Velpeau et J. Cloquet.

Fragment de verre dans l'orbite. — M. BLANCHET communique une note relative à un fragment de verre enfoncé dans l'orbite près du nerf optique, et y séjournant neuf ans sans causer de graves désordres.

Quinze jours après l'extraction du fragment de verre mentionné dans ma communication du 16 août dernier, dit M. Blanchet, le jeune L..., qui depuis cette époque avait contracté un strabisme convergent, ressentit une difficulté de plus en plus grande à exécuter les mouvements de l'œil en bas et en dedans, et une certaine douleur. Un nouvel examen fit découvrir un second fragment de verre de 15 millimètres de longueur sur 1 centimètre environ de largeur, qui siégeait sous le globe oculaire, en dedans du muscle droit interne, et dont une des extrémités était appuyée contre le fond de la cavité orbitaire, près du nerf optique. Voilà donc un corps étranger qui séjourne neuf ans au fond de l'orbite, près du nerf optique, sans occasionner ni suppuration ni trouble dans la vue, et n'a causé qu'un strabisme divergent, lequel à la vérité persiste encore aujourd'hui, malgré l'extraction du corps étranger. (Commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe) et J. Cloquet.)

— MM. DELFRAYSSÉ, ALCAZAR (de Montreal) et PICKERING adressent des communications relatives au choléra-morbus. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Essai sur les mollusques, considérés comme aliments, médicaments et poisons; par Charles OZENNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Brochure in-4°. Prix, 3 fr. — Se trouve à Paris, chez Coccoz, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 30 ; Rignoux, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31 ; et Arthur Eloffe, rue de l'Ecole-de-Médecine, 18 et 20.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 112. — JEUDI 23 SEPTEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 112. — JEUDI 23 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 SEPTEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le temps des vacances est le temps des communications et des lectures des médecins de la province et de l'étranger, et ce n'est pas le moins utilement employé. Dans les séances précédentes, on a successivement entendu les communications de MM. Bonnet (de Lyon), Serre (d'Alais), Leroy de Méricourt, etc. Dans la séance d'hier, la tribune a été occupée par MM. Silbert (d'Aix), François (d'Abbeville), Chauveau (de Lyon), et Riboli (de Turin.)

M. François, dont l'Académie a entendu l'année dernière une intéressante communication sur un cas d'excision du maxillaire supérieur, a présenté hier une malade à laquelle il a pratiqué une opération de blépharoplastie d'après un procédé nouveau. Cet habile chirurgien a tiré un très-heureux parti de la suture des paupières, comme moyen de maintenir temporairement le lambeau autoplastique dans ses nouveaux rapports. L'opérée sera présentée de nouveau à l'Académie, après que l'on aura procédé à la séparation des paupières, afin qu'elle puisse juger du résultat définitif de l'opération.

Sous le titre de grossesses tardives, — expression qui n'est pas d'une parfaite exactitude, mais dont on comprend d'ailleurs parfaitement le sens, — M. le docteur Silbert a exposé les dangers des grossesses prolongées au delà du terme normal, et indiqué les moyens de les prévenir. Nous renvoyons pour cette exposition au compte rendu de la séance.

M. Chauveau a déjà fait connaître dans une précédente communication, et dans un travail considérable qui est encore en voie de publication, une nouvelle théorie des murmures pathologiques entendus dans l'appareil de la circulation de l'homme, murmures connus sous le nom générique de *bruits de souffle.* « Tout bruit de souffle résulterait, suivant lui, des vibrations d'une veine fluide intra-vasculaire, qui se forme constamment lorsque le sang pénètre, avec une certaine force, d'une partie étroite dans une partie réellement ou relativement dilatée du système circulatoire. » C'est à la démonstration physique de cette théorie qu'est consacré le mémoire dont M. Chauveau a donné lecture hier. L'appareil d'expériences physiques qu'il a déployé à l'appui de cette théorie demanderait, pour être convenablement apprécié, une étude à laquelle il ne nous est pas loisible de nous livrer en ce moment. L'auteur nous promet d'ailleurs un prochain travail dans lequel il se propose de présenter la preuve que sa théorie est en parfait accord avec les enseignements de l'observation clinique. Nous attendrons cette nouvelle communication pour fixer notre opinion sur l'ensemble de ces intéressantes recherches.

M. le docteur Riboli, de Turin, a présenté un instrument dit rétracteur de la fistule vésico-vaginale, destiné à faciliter l'opération qui a pour objet de remédier à cette infirmité. M. Jobert aura à apprécier l'utilité de cet instrument.

L'Académie a entendu enfin une lecture de M. Cramoisy, sur le traitement de la blépharite glandulo-ciliaire et son traitement par l'avulsion des cils. On trouvera une courte description de son procédé dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

L'asthme. — Examen des opinions professées sur la nature de cette maladie.

Rentrant dans les idées de M. Louis, M. Rostan accepte encore que l'asthme peut se rattacher à l'existence de l'emphysème pulmonaire. Cette opinion se présente sous un côté plus spécieux. Rencontrant toujours de l'emphysème pulmonaire chez les asthmatiques, M. Louis en a conclu que cette lésion organique était la cause de la maladie; pour lui encore asthme et dyspnée sont seule et même chose. Lorsqu'on lui montrait un individu affecté d'asthme nerveux essentiel, il diagnostiquait l'emphysème, dont la percussion et l'auscultation lui révélaient souvent, il est vrai, l'existence. Toutefois, il eût été facile de lui faire voir des exemples dans lesquels l'affection nerveuse ne coïncidait pas avec la lésion pulmonaire mise en cause. Si, par exemple, chez le malade couché au n° 10 de notre salle Sainte-Agnès, et qui est asthmatique depuis longues années, il y a en même temps de l'emphysème et du catarrhe pulmonaire, il n'en est plus ainsi de la femme du n° 6 de la salle Saint-Bernard. Chez elle, plusieurs d'entre vous l'ont constaté, il n'existe aucun symptôme d'emphysème, la respiration se fait partout librement et amplement.

Cependant les faits invoqués par M. Louis ont été rigoureusement observés, mais la portée en a été exagérée. Je vais vous expliquer comment il est arrivé à ses conclusions.

Dans quelles conditions se produit l'emphysème? Est-ce une affection primitive, est-elle secondaire? Pour ma part je ne la comprends point primitive, et je ne puis vous faire comprendre comment elle est un effet, non une cause de l'asthme, qu'en entrant dans quelques détails relatifs au mécanisme de sa production.

Et d'abord, quel est le mécanisme de la toux? Après une inspiration la glotte se ferme convulsivement; les muscles expirateurs se mettent en jeu pour expulser des cavités bronchiques l'air ou les mucosités, le sang ou le pus qu'elles contiennent. Ce n'est qu'après des efforts souvent énergiques que ces puissances expiratrices triomphent de la résistance qui leur est opposée. Mais que se passe-t-il pendant cette lutte? Il y a une pression exercée de dedans en dehors sur les tuyaux bronchiques et sur les vésicules pulmonaires. Cette pression se traduit au dehors par la turgescence des vaisseaux de la face et du col, vers lesquels le sang est refoulé par le fait même de la compression des ramifications vasculaires qui le distribuent dans les poumons. L'air emprisonné dans l'appareil bronchique lutte contre l'élasticité des parois des vésicules pulmonaires, et lorsque la pression est longtemps soutenue, longtemps et énergiquement répétée, lorsque la résistance opposée par les obstacles qui s'opposent à la sortie de l'air contenu dans la poitrine est trop forte, les parois des vésicules se distendent, et l'emphysème est produit. Quelquefois même les vésicules pulmonaires se rompent, et il se fait un emphysème interlobulaire dont nous n'avons pas à nous occuper.

Lorsqu'on songe à ce mécanisme de la production de l'emphysème vésiculaire, on n'est plus surpris de le rencontrer chez les enfants qui ont eu une coqueluche violente, chez les individus sujets aux affections catarrhales, etc. Or, l'anatomie pathologique, en nous montrant la fréquence de cette lésion en opposition à la rareté de l'asthme, nous fournit des arguments contre l'opinion de M. Louis; en effet, l'emphysème vésiculaire s'observe à l'autopsie d'individus qui n'ont jamais éprouvé rien d'analogue à l'asthme.

Tout prouve donc que l'emphysème pulmonaire ne peut être la cause de l'asthme. D'une part, il n'y a aucun rapport entre la lésion organique qui persiste nécessairement, qui du moins ne disparaît pas en quelques heures, et les symptômes passagers qui constituent l'accès de la maladie. D'autre part, les symptômes existent sans qu'il y ait lésion, et d'un autre côté celle-ci peut se présenter sans que les premiers se soient jamais manifestés.

Mais s'il n'est pas cause de l'asthme, l'emphysème peut en être l'effet, et nous allons étudier comment.

D'une part, chez l'asthmatique, l'inspiration est plus lente, plus profonde que chez l'individu dont la respiration est libre, tandis que l'expiration, au lieu de se faire passivement comme elle se fait physiologiquement en vertu de la seule force élastique des poumons et du relâchement des muscles qui ont été mis en mouvement pendant l'inspiration, l'expiration est active, plus violente, et cependant, malgré ces efforts, l'air est expulsé plus lentement qu'il ne l'est à l'état normal, en raison de l'obstacle opposé à son passage à travers les bronches contractées spasmodiquement. On comprend dès lors comment la maladie durant plus ou moins longtemps, ces efforts d'expiration se répétant à chaque attaque, revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, pendant un an, deux ans, dix ans et plus, on comprend que ces attaques étant aussi accompagnées d'une toux qui se fait par des efforts d'expiration plus énergiques encore, il se produise de l'emphysème pulmonaire.

Suivant M. Beau, l'asthme est le résultat d'un catarrhe chronique des petites bronches dans lequel les crachats affectent une densité et une viscosité qu'on ne retrouve que dans cette maladie. La dyspnée est causée par l'obstacle opposé à la sortie de l'air des vésicules bronchiques par la présence de ces mucosités épaisses dans les ramifications ultimes des bronches. Laënnec avait signalé l'existence de ces crachats, qu'il appelle *crachats perlés*, dans cette variété de catarrhe, auquel il a donné le nom de catarrhe sec, et qui n'est autre chose que l'asthme. Ces crachats, que l'asthmatique rend en effet après son attaque, se présentent sous forme de mucosités globuleuses de la grosseur d'un grain de chènevis. Jamais mêlés d'air, demi-transparents, d'une teinte grisâtre, quelquefois noirâtres, coloration qu'ils empruntent à la présence de la matière noire pulmonaire, ils perdent quelquefois leur forme globuleuse, leur densité, et deviennent légèrement nacrés.

M. Beau, qui connaissait les idées de l'illustre auteur de l'auscultation médiate, qui avait observé lui-même des faits concordant avec sa théorie, M. Beau part de là pour dire que chez les asthmatiques il y a dans les bronches une accumulation de cette sécrétion excessivement plastique; qu'on ne doit pas, par conséquent, être étonné de l'oppression éprouvée par les malades, les produits de sécrétion plastique jouant dans les tuyaux bronchiques le rôle de soupape, absolument comme les fausses membranes dans le croup, comme les corps étrangers, les haricots, par exemple, qui pénètrent dans les voies aériennes. Les râles ronflants et sonores que l'on entend alors en auscultant les malades, sont déterminés par la vibration qu'éprouve la colonne d'air en franchissant l'obstacle mécanique que lui opposent les productions muqueuses plastiques qu'elle rencontre. Cette théorie offre quelque chose de spécieux; cependant il est facile de la combattre et de la renverser.

Supposons un individu atteint de croup, chez lequel les tuyaux bronchiques sont oblitérés par des fausses membranes diphthériques : cet individu présentera-t-il les accès d'oppression paroxystiques que nous retrouvons chez les asthmatiques? Voyez encore ce qui se passe chez le malade couché au n° 19 de la salle Sainte-Agnès, et qui est affecté d'un catarrhe bronchique avec sécrétion des plus abondantes. Chez cet individu, qui rend de temps en temps une masse énorme de mucosités purulentes dont il remplit son crachoir, ces mucosités s'accumulent évidemment pendant un certain temps dans les bronches, et cependant il n'éprouve rien qui ressemble aux accès de dyspnée de l'asthmatique. Mais, dira-t-on, chez lui la sécrétion se fait toute dans les grosses ramifications bronchiques, et alors il n'y a pas obstacle au passage de l'air, parce que le tronc de l'arbre bronchique est assez large pour que, nonobstant la présence de la matière catarrhale dans son intérieur, cet air puisse circuler assez librement. Ce qui prouve que l'accumulation se fait jusque dans les dernières ramifications, c'est qu'à l'auscultation vous entendez parfaitement des râles sonores et des râles bullaires très-fins. Eu égard à l'abondance de l'expectoration, il est évident que chez cet individu l'oblitération des bronches était bien autrement générale, bien autrement complète qu'elle ne l'est chez ceux qui ne rendent que quelques petits crachats muqueux, perlés; et cependant, je le répète, notre malade n'éprouve rien d'analogue aux accès d'oppression de l'asthmatique.

Mais en admettant que ces crachats perlés soient la cause de la gêne de la respiration qui caractérise l'asthme, M. Beau nous accordera bien que cette sécrétion muqueuse a mis quelque temps à se faire. Or, l'invasion des accès dans l'asthme a lieu avec une rapidité qui n'est guère en rapport avec l'existence de la cause invoquée pour l'expliquer. L'influence d'une émotion morale, d'une poussière, et d'une poussière d'une nature particulière suivant les individus, chez celui-ci la poudre d'ipécacuanha, chez cet autre la poussière de l'avoine, etc., qui suffit pour provoquer immédiatement l'accès d'asthme, suffit-elle pour provoquer aussi promptement la sécrétion muqueuse mise en cause?

De plus, il est des individus qui, sujets à ce que Laënnec désignait sous le nom de catarrhe sec, rendent par l'expectoration des crachats muqueux, perlés, et les rendent avec une extrême difficulté. Ils ont des quintes de toux des plus violentes, provoquées par une sensation de gêne, de picotement dans la poitrine et à l'orifice du larynx; et cependant ces individus n'ont jamais de dyspnée, jamais d'accès d'asthme.

Enfin, il est des asthmatiques, en petit nombre, il est vrai, chez lesquels vous chercherez en vain, soit au commencement, soit pendant, soit à la fin des accès, des signes de catarrhe.

Ainsi, au point de vue étiologique, la théorie du catarrhe est aussi inadmissible que la théorie de l'asthme exclusivement symptomatique d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux, que la théorie de l'emphysème. Ces théories sont bien plus inadmissibles encore au point de vue thérapeutique. Lorsqu'il sera question du traitement, je vous dirai qu'en moins de quelques minutes, une inspiration de fumée de datura ou de vapeurs nitrées suffit pour faire cesser tout à coup les accidents. Or, je vous le demande, en serait-il ainsi, en admettant que la maladie fût sous la dépendance exclusive de lésions matérielles ou de causes mécaniques?

Nature de l'asthme. — En considérant les faits que je vous ai rapidement et brièvement exposés, quand on arrive à se demander quelle est, en définitive, la nature de l'asthme, on est tenté de comparer cette maladie à d'autres maladies spasmodiques dont l'appareil pulmonaire est encore le siége. La coqueluche se prête tout d'abord à cette analogie.

Un individu prend un catarrhe bronchique qui, pendant sept ou huit jours n'a d'autre caractère que ceux de la bronchite la plus simple; puis surviennent des quintes convulsives que rien ne peut maîtriser, revenant toutes les heures, toutes les deux heures, quelquefois à de plus longs intervalles, et durant à peine une minute à une minute et demie. Dans l'intervalle, le malade n'éprouve rien que ce qu'on éprouve dans un rhume le plus ordinaire. Son expectoration ne présente rien de particulier. Si cet individu tousse cinq cents fois, vous compterez à peine vingt à trente quintes de toux convulsive.

Vous aurez donc affaire, dans ce cas, à un catarrhe, mais à un catarrhe auquel s'est ajouté un élément nerveux qui va de suite vous permettre de caractériser la maladie. Cet élément nerveux la caractérise si bien que, dans quelques circonstances, rares à la vérité, il se montrera seul. J'ai appelé il y a plus de vingt ans l'attention sur ce fait capital de l'élément spasmodique pouvant exister isolément. Entre autres exemples, j'ai cité celui d'un enfant de mon service à l'hôpital Necker, qui, pendant huit à dix jours, ne présenta rien autre chose d'abord, comme manifestation de la coqueluche, qu'un hoquet qui revenait huit, dix et quinze fois dans le courant des vingt-quatre heures. Il n'avait pas toussé auparavant et ne toussait pas encore. Après huit ou dix jours, il eut quelques quintes de toux, et bientôt il présenta tous les symptômes d'un catarrhe qui désormais marcha avec le spasme.

Je vous l'ai dit, et je le répète, il en est de même des asthmatiques; si le plus souvent ils présentent tous les phénomènes du catarrhe, et quelquefois d'un catarrhe violent, dans un certain nombre de cas ils n'en ont aucun symptôme.

On est donc en droit d'admettre avec Willis, que l'asthme est une affection nerveuse, que les accès de dyspnée qui le caractérisent sont le résultat d'un spasme, qui en resserrant plus ou moins passagèrement les bronches, s'oppose à la libre circulation de l'air dans les poumons, et cause tous les accidents.

Les travaux de Reisseissen, d'autres travaux plus récents encore, ceux en particulier de M. Gratiolet, qui a eu l'occasion d'étudier l'anatomie du poumon sur l'éléphant mort à la ménagerie, ont démontré la structure musculaire des bronches. De quel droit refuserait-on à ces conduits musculeux d'être le siége de spasmes, quand on admet la possibilité de leur existence dans d'autres organes ayant une même structure anatomique? de quel droit nierait-on les spasmes bronchiques lorsqu'on admet les spasmes vésicaux, intestinaux, les spasmes de l'estomac et de l'urèthre?

Si la physiologie conduit *à priori* à la possibilité de leur production, on ne peut plus se refuser à y croire lorsqu'on étudie les faits pathologiques. Considérez ce qui se passe dans un accès d'asthme. Le malade éprouve un sentiment de constriction dans la poitrine. Les efforts énergiques de ses muscles inspirateurs sont impuissants à faciliter l'acte de la respiration. Il semble qu'il y ait, et il y a évidemment, un obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches, car si vous auscultez l'asthmatique pendant son accès, vous n'entendrez ni râle, ni murmure vésiculaire, que vous allez entendre une fois l'accès passé. Et cependant les muscles inspirateurs sont assez violemment en action pour faire le vide dans la poitrine, où l'air pourtant ne pénètre pas. Ce qui s'oppose à cette introduction de l'air est donc un obstacle placé dans les tuyaux bronchiques. Nous avons vu que ce n'était pas un obstacle matériel comme les mucosités; c'est une contraction spasmodique des tuyaux bronchiques eux-mêmes.

On a imaginé d'autres théories. Tout en reconnaissant comme nous la nature nerveuse de la maladie, M. Bretonneau croit que la dypsnée dans l'asthme est occasionnée par une congestion violente des poumons. Suivant lui, il se passe dans l'asthme quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'aura épileptique à forme congestive. Si chez quelques individus, en effet, l'aura épileptique est seulement douloureuse, si c'est une sensation pénible, qui, partant d'un point du corps, du pouce par exemple, monte rapidement vers la tête et est plus ou moins immédiatement suivie de l'attaque convulsive; chez d'autres, l'aura est accompagnée d'un mouvement congestif dont on peut être témoin; s'il part de la main, celle-ci se gonfle, les doigts sont violemment serrés par les bagues qu'ils portent; ceci dure une, deux, trois minutes, et l'attaque arrive. Cette congestion est aussi essentiellement nerveuse que celle qui produit la rougeur de la face, survenant sous l'influence des émotions morales. M. Bretonneau admet que dans l'asthme il se fait une semblable congestion, qui, oblitérant les vésicules pulmonaires et les ramifications bronchiques, est cause de la dypsnée et amène consécutivement la sécrétion muqueuse que l'on observe généralement en effet à la fin des accès.

Quelque vénération que je professe pour M. Bretonneau, mon premier et mon excellent maître, j'ai toujours combattu cette manière de voir. Je ne comprends pas cette aura, je ne la saisis pas; tandis que je comprends, je saisis l'asthme, et mieux encore je ne comprends pas comment les choses se passeraient autrement.

Ainsi l'asthme est une névrose, de plus c'est une névrose diathésique. Il est très-rare, en effet, que cette affection ne se lie pas à l'existence d'une diathèse chronique. C'est ce que j'essayerai de vous démontrer dans une autre leçon.

DU TAMPONNEMENT DU VAGIN,

et d'une nouvelle manière de le pratiquer.

Par M. le docteur H. Montanier.

Le tamponnement du vagin est une petite opération très-utile dans un grand nombre de cas, et cependant fort négligée par la plupart des médecins. Elle me rend, je pourrais dire tous les jours, des services très-réels dans beaucoup de maladies du vagin et de l'utérus. Il est vrai que j'ai un moyen aussi simple que commode pour pratiquer le tamponnement, et que je ferai connaître après avoir brièvement exposé les indications auxquelles il me paraît surtout convenir. Je suis certain que l'ennui de tamponner, et surtout de *détamponner* les malades, selon la méthode ordinaire, est la principale raison qui s'oppose à l'emploi de cet utile moyen, et j'en ai la preuve dans les aveux ou les confidences de plusieurs confrères d'ailleurs fort instruits.

1° *Métrorrhagie.* — Le tamponnement du vagin est surtout indiqué dans la métrorrhagie; là il n'est pas seulement utile, il est souvent absolument indispensable, et c'est le seul moyen d'arracher les malades à une mort certaine. Je pourrais en fournir la preuve en rapportant plusieurs cas très-remarquables pris dans ma pratique; mais tous les praticiens connaissent trop bien les faits de ce genre pour qu'il soit nécessaire d'en multiplier les exemples.

Dans les cas de métrorrhagie foudroyante, arrêter l'écoulement du sang, voilà la première et la plus importante chose à faire; plus tard, le médecin agit suivant les indications; il a dans tous les cas alors le temps de se retourner. Mais le tamponnement est encore utile dans des cas beaucoup moins graves, où l'hémorrhagie persistant dans de moindres proportions, quoi que l'on fasse, la malade ne tarderait pas à tomber dans un état d'anémie plus ou moins profond. Il importe peu que l'hémorrhagie soit essentielle ou symptomatique d'une lésion organique ou autre du col, du corps de l'utérus ou de ses annexes, il faut d'abord tamponner le vagin pour arrêter le sang.

Cette pratique n'expose à aucun danger, elle n'offre même aucun inconvénient; jamais je n'ai vu ni l'utérus ni le vagin souffrir de ce tamponnement. Il n'en est pas toujours ainsi quand on le pratique à la suite des grandes opérations qui se font quelquefois sur le col de l'utérus et en particulier à la suite de l'amputation; mais je laisse de côté, à dessein, tous les cas de cette catégorie, n'entendant m'occuper que des hémorrhagies spontanées. Ici, s'il pouvait y avoir quelques inconvénients, ce serait uniquement dans le cas où l'on laisserait le tampon trop longtemps appliqué. Imprégné alors de sang, de mucosités, de pus, de muco-pus, on comprend qu'il pourrait devenir à la longue, pour le col et pour le vagin, un corps étranger des plus dangereux. Mais ce danger n'est point réel, puisqu'il suffit ou bien d'enlever le tampon après 24 ou 48 heures, ou bien de le renouveler tous les jours.

2° *Vaginite.* — Tous les médecins savent combien est long et fastidieux le traitement ordinaire de la vaginite. Généralement les malades s'y soumettent avec une irrégularité désespérante. Si beaucoup de *flueurs blanches* ne sont réellement que des *flueurs blanches*, j'ai la conviction profonde qu'il en est au moins autant, quand elles sont un peu abondantes, qui sont la suite d'une vaginite mal soignée et presque toujours d'une vaginite vénérienne.

A quoi tient cette persistance de la vaginite? A peu près uniquement, selon moi, à la difficulté où l'on se trouve d'isoler les surfaces de la muqueuse malade. Ces deux surfaces, imprégnées d'une matière mucoso-purulente, toujours en contact, s'influencent mutuellement et nuisent mutuellement à la guérison. Ce sont là d'ailleurs des principes aujourd'hui généralement acceptés, et le meilleur traitement auquel on puisse avoir recours est celui qui consiste à tenir éloignées l'une de l'autre les faces de la muqueuse vaginale. Qu'on se serve pour cela de la poudre d'amidon, ou d'un tampon de charpie ou de ouate, le but est toujours le même et le résultat le même aussi. Ce procédé réussit assez bien; mais, tel qu'on le pratique généralement, il est insuffisant. Jamais on ne met dans le vagin une quantité assez grande d'amidon pour en isoler convenablement les surfaces; et le petit bourdonnet de charpie qu'on laisse habituellement dans l'organe malade est aussi tout à fait insuffisant. Il faudrait pour remplir convenablement le but qu'on se propose, tamponner complétement le vagin, et c'est là une opération trop ennuyeuse pour que la plupart des médecins consentent à la pratiquer avec l'ancien mode de tamponnement. Mon procédé, au contraire, est si simple, que les malades elles-mêmes pourraient à la rigueur suppléer le médecin.

Je laisse de côté pour le moment (je me propose d'y revenir plus tard) les autres cas où le tamponnement est indiqué, et je décris immédiatement mon procédé.

3° *Tamponnement. — Modus faciendi.* — Le moyen le plus ordinaire de tamponner le vagin, celui qui a été primitivement employé, consiste à introduire dans le vagin, à l'aide du spéculum, des bourdonnets d'ouate ou de charpie, jusqu'à ce que l'organe en soit complétement bourré. On soutient ce tamponnement à l'aide de quelques compresses et d'un bandage en T. Tout cela est fort simple assurément, mais il l'est beaucoup moins d'enlever ensuite toute cette charpie; et s'il faut recommencer souvent, cette petite opération devient une véritable corvée.

Pour obvier à cet inconvénient, on a imaginé d'introduire d'abord dans le vagin un sac en toile qu'on bourre ensuite de charpie. Ce procédé est plus commode sans doute, mais beaucoup moins simple que le précédent. D'ailleurs, quand il s'agit d'enlever la charpie, on se trouve en présence des mêmes inconvénients, c'est-à-dire d'une opération longue et ennuyeuse, puisqu'il faut enlever la charpie morceau à morceau. Je dis qu'il le faut, car dans le cas où le tamponnement est réellement bien fait, si on voulait enlever d'un coup le tampon et son enveloppe, on s'exposerait à faire souffrir la malade au point qu'elle ne consentirait pas à une seconde opération.

Lorsque M. Gariel inventa le *pessaire à réservoir d'air* en caoutchouc, on eut l'idée, et lui tout le premier, de l'utiliser pour le tamponnement du vagin, principalement dans les métrorrhagies. Cet appareil est en effet le plus commode qu'on ait jusqu'ici imaginé, et c'est celui que j'emploie, mais après avoir fait disparaître les inconvénients qu'il présente, et qui empêchaient d'en retirer aucune utilité dans les circonstances dont il s'agit ici. Les principaux de ces inconvénients sont les suivants:

1° Dès que le caoutchouc se trouve humecté et lubrifié par les mucosités vaginales, il devient tellement glissant, qu'au moindre effort, souvent même au moindre mouvement de la malade, il s'échappe du vagin et tombe. On obvierait peut-être à cet inconvénient en gonflant considérablement le pessaire; mais alors la malade ne pourrait presque jamais le supporter.

2° Dans le plus grand nombre des cas, ce pessaire n'obturerait pas d'une manière assez complète le vagin, il ne comprimerait pas assez exactement le col pour arrêter complétement l'écoulement de sang; à moins que, comme dans le cas précédent, on ne le gonflât outre mesure, et il présenterait alors les mêmes désavantages.

3° Enfin, il peut être nécessaire, il est très-souvent utile de porter dans le vagin des substances médicamenteuses liquides ou solides; au point de vue du traitement, c'est souvent là une indication capitale. Avec l'ancien mode de tamponnement, il est aisé d'agir topiquement sur le vagin et sur le col de l'utérus; avec le pessaire à réservoir d'air, la chose est absolument impossible.

J'ai fait disparaître tous ces inconvénients du pessaire à réservoir d'air en le recouvrant d'une lame d'éponge fine. Et comme il n'est pas possible d'adapter une couche d'éponge au caoutchouc, j'ai imaginé le moyen suivant:

Je fais tailler, sur le modèle de la boule à air, une sorte de chemise ou de bonnet en toile de la grandeur de la boule; une coulisse permet de serrer cette chemise autour du tube qui termine la boule, et l'empêche ainsi de se détacher. C'est sur cette chemise que je fais coudre une lame d'éponge fine de 4 à 6 centimètres d'épaisseur. Cette légère modification permet de se servir alors du pessaire à air comme du meilleur tampon; il obture complétement le vagin et le col de l'utérus sans qu'il soit nécessaire de le gonfler démesurément; — jamais il n'est à craindre qu'il s'échappe du vagin; — enfin, on peut à volonté l'imbiber de solutions ou de poudres médicamenteuses appropriées. Rien n'est plus facile, on le comprend aisément, que de tenir ce pessaire extrêmement propre; il suffit, pour cela, d'avoir deux ou trois chemises qu'on met et qu'on ôte alternativement après les avoir laissées séjourner un ou deux jours dans l'eau. On peut, en outre, donner à ces pessaires la forme que l'on veut, de façon qu'ils remplissent bien le but que le médecin se propose (1).

Rien n'est plus simple que la pose de ce pessaire, dont tout le monde aujourd'hui connaît le mécanisme. On l'introduit vide d'air et recouvert de l'éponge, avec ou sans l'aide du spéculum; mais il vaut toujours mieux se servir de cet instrument. Dans tous les cas, l'éponge devra être légèrement imbibée d'eau; car il m'a semblé que dans cette condition elle est toujours moins irritante pour le vagin. Ainsi que je l'ai déjà dit, on peut, selon les cas, charger cette éponge d'une solution astringente ou autre, ou bien la recouvrir de poudres de toute espèce. Quand on a poussé le pessaire suffisamment loin dans le vagin, on retire le spéculum, en ayant soin de maintenir le pessaire à sa place à l'aide de ces longues pinces dont on se sert pour porter la charpie sur le col de l'utérus, ou de tout autre instrument, voire même d'une simple baguette de bois. Alors, avec la boule qui sert de réservoir d'air et qu'on presse avec la main, on gonfle le pessaire, on ferme le robinet, et l'opération est terminée. Pour enlever l'in-

(1) Ces pessaires ont été construits sur mes indications par M. Mathieu.

strument, on a soin de laisser sortir l'air préalablement, et le pessaire vient en quelque sorte tout seul.

Dans les chutes de l'utérus, quand elles sont récentes, dans les versions de cet organe, dans le prolapsus du vagin, etc., etc., le pessaire peut aussi rendre de grands services; mais ce sera là le sujet d'une autre note.

Comme on le voit, rien n'est plus simple et plus commode que l'emploi de ce pessaire comme tampon vaginal, et, si je ne m'abuse, je crois qu'il peut rendre quelques services. Pour moi, je n'ai jamais eu qu'à me louer de son emploi. — Avec un peu d'habitude, les malades apprennent parfaitement à le mettre et à l'ôter elles-mêmes, et c'est, dans certains cas, un avantage très-grand. Toutefois, quand cela peut se faire, il vaut mieux que le pessaire soit introduit par le médecin et à l'aide du spéculum; on sait mieux alors ce que l'on fait, et, si on a imbibé l'éponge d'une solution médicamenteuse, elle en reste beaucoup plus abondamment imprégnée.

ABCÈS DE FOIE LATENT.

Péritonite partielle. — Phlébite des veines sus-hépatiques. Infection purulente, mortelle en 26 heures. — Diagnostic post mortem.

Par M. le docteur Ch. Delacour,
Professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Rennes.

L'infection purulente offre des symptômes tranchés dans la plupart des cas; il est rare de voir le chirurgien dans l'erreur lorsqu'un blessé, une accouchée présentent ce frisson, cette altération du facies, bien connus de tous ceux qui approchent les malades; mais l'erreur est facile, elle est presque inévitable lorsque l'empoisonnement suit une marche rapide, lorsque le point où le pus est versé dans les vaisseaux n'est pas facile à explorer, lorsque, enfin, les signes caractéristiques font défaut.

Il peut y avoir avantage à publier ces cas exceptionnels pour éclairer plus tard, par leur rapprochement, un côté obscur d'une affection si fréquente et si grave.

M. X..., avocat, âgé de quarante-sept ans, d'une intelligence remarquable, d'une constitution lymphatique et d'un assez grand embonpoint, se livrait aux travaux de sa profession avec une grande assiduité. D'une vie régulière, faisant très-peu d'exercice, il satisfaisait largement son appétit.

Sa santé, habituellement bonne, était de temps en temps troublée par des diarrhées passagères qu'il attribuait à un refroidissement.

Le 26 juin 1856, il ressentit pendant une lecture une douleur très-vive dans le flanc droit, au-dessous des côtes; cette douleur fut expliquée par l'impression d'un courant d'air froid; la nuit fut troublée par des douleurs abdominales intenses. Un médecin, en présence de ces souffrances, n'observant ni fièvre ni vomissement, crut avoir à combattre un rhumatisme des parois de l'abdomen; il prescrivit 15 sangsues qui produisirent du soulagement.

Les jours suivants, le rétablissement était incomplet; il y avait un état de malaise sans fièvre; la douleur de l'abdomen, circonscrite à l'hypochondre droit, était peu vive; des bains furent prescrits.

Le 1er juillet, vers trois heures, M. X... dîne avec appétit, cause d'affaires pendant une demi-heure, et s'endort paisiblement.

A sept heures et demie, il se réveille en plein délire, se comparant à une pièce de canon que l'on manœuvre avec des leviers. Son médecin constate 90 pulsations, tandis que les jours précédents le pouls n'avait pas dépassé 70 et 80. Mais les extrémités des membres étaient comme glacés; la tête et le cou brûlants, couverts de sueur; la douleur de l'abdomen était obtuse.

Des sinapismes furent promenés sur les extrémités refroidies; peu à peu le délire se dissipa, et vers onze heures le malade était dans un état en apparence satisfaisant.

La nuit et la matinée se passèrent assez bien: M. X... prit une tasse de lait le matin et une seconde vers une heure de l'après-midi.

A deux heures, il tomba tout à coup dans l'état suivant: décubitus dorsal, figure pâle et immobile, yeux fixes, membres glacés, respiration facile. Je le vis à trois heures. Le pouls était à 128, très-sensible à la carotide et à la crurale, mais insensible dans les vaisseaux du calibre de la radicale. Vers trois heures un quart il reprit subitement pleine connaissance, mais le pouls conserva sa fréquence, sa faiblesse et les membres restèrent glacés.

Les battements du cœur, parfaitement normaux, éloignaient toute idée d'inflammation de ce côté. Ventre peu douloureux, nulle tumeur apparente. M. le docteur Ar. Guyot se joignit à nous. Cette affection, fort obscure, fut discutée, et nous éloignâmes l'idée d'une fièvre pernicieuse, d'une méningite, d'une endocardite, nous convînmes de notre incertitude: le danger était pressant.

Notre prescription se borna à des révulsifs multipliés, comme cela avait été fait précédemment, et à une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine, dont deux cuillerées furent prises.

Le soir, à sept heures un quart, le malade perd de nouveau connaissance, le pouls devient de plus en plus faible et fréquent, la sueur du cou et de la tête plus abondante, et à neuf heures et demie la mort survient.

L'autopsie a été faite le 4, à trois heures de l'après-midi. La chaleur avait été élevée et l'altération cadavérique était avancée.

Les vaisseaux du cerveau étaient pleins de gaz provenant de la putréfaction; les petits vaisseaux congestionnés, la substance cérébrale saine. Dans les ventricules se trouvaient environ 40 grammes de sérosité citrine, mais sans apparence de méningite. Les organes de la poitrine étaient sains, les cavités du cœur remplies de gaz.

Le foie déborde les côtes de deux travers de doigt; dans la région de la vésicule du fiel, et dans une étendue de 7 à 8 centimètres, limitée en bas par le gros intestin, nous rencontrons des fausses membranes, quelques grammes d'un liquide trouble, indices d'une péritonite partielle.

Le foie mis à nu, nous voyons à sa face convexe, près de la vésicule, une trace d'abcès; à la face concave, la vésicule double de son volume habituel, perforée par un pertuis très-fin. Elle est remplie d'un liquide séro-purulent, sans traces de bile: ses parois étaient molles, tomenteuses, grisâtres, et dans la partie correspondant au tissu hépatique, deux ouvertures circulaires faisaient communiquer cette poche avec deux abcès remplis d'un liquide semblable, abcès *à parois organisées*, offrant des débris celluleux condensés, sans trace d'inflammation aiguë récente. La capacité de ces deux abcès réunis pourrait égaler un œuf d'oie.

La glande hépatique était d'une teinte brune uniforme, saine dans la plus grande partie de son étendue. Le canal hépatique et le canal cholédoque étaient libres, teints de bile. Le cystique était aussi perméable.

Autour de ces abcès anciens, ayant l'apparence d'abcès froids, la substance du foie ne présentait aucune trace d'inflammation aiguë.

Trois rameaux des veines sus-hépatiques entourant l'abcès étaient le siége d'une phlébite: l'un d'eux, plus gros qu'une plume d'oie, contenait un liquide sanieux, puriforme, en liberté dans le vaisseau, sans que j'aie pu constater que ce dernier fût ouvert directement dans le foyer purulent. Les deux autres veines, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, et offrant un calibre de 5 à 6 millimètres dans leur tige principale, de 2 à 3 dans les ramifications secondaires, présentaient un coagulum rougeâtre, légèrement adhérent à leurs parois: ce coagulum était dans la partie la plus voisine des abcès infiltré de matière purulente.

Le sang qui s'est écoulé des gros troncs des sus-hépatiques contenait beaucoup de gouttelettes de graisse liquide. Je n'y ai pas aperçu de pus. La rate, les reins étaient à l'état normal; aucune articulation, aucun point du tissu cellulaire n'a présenté d'abcès métastatique.

Ces détails d'anatomie pathologique constatés, je crois qu'on ne peut se refuser à admettre que les abcès du foie étaient anciens, que le 26 juin une péritonite partielle par perforation s'est déclarée; que sous cette influence une inflammation s'est étendue aux veines qui entouraient l'abcès; que l'une d'elles a versé librement son pus dans le torrent circulatoire, et que l'infection a été si complète, que les symptômes habituels, les abcès métastatiques, n'ont pu se manifester.

On sait, du reste, que ces abcès ne se sont pas présentés chez les animaux auxquels on injectait dans les veines une dose élevée de pus; qu'ils succombaient en quelques heures.

EMPOISONNEMENT PAR L'USAGE EXTERNE DU TABAC.

Un jeune homme, affecté d'un herpès tonsurant qui s'était montré rebelle à toute médication, reçut d'un charlatan le conseil de le traiter par l'huile empyreumatique de tabac. Il se mit en devoir d'en recueillir dans tous les petits récipients dont quelques pipes sont pourvues, et s'étant ainsi procuré une certaine quantité de ce liquide, il s'en fit une friction sur les bras, siége de la maladie.

Mais quelle ne fut pas sa surprise lorsque, au bout de deux heures environ, il se sentit pris de frissons, de sueur froide, et près de perdre connaissance! La diarrhée, les vomissements, le délire vinrent bientôt aggraver cet état. Pendant que le docteur Calosi était là, le malade eut une lypothymie. Aucune autre cause morbide ne pouvant être supposée chez ce jeune homme, d'ailleurs sain et robuste, il n'y eut point de doute qu'il ne s'agît d'un empoisonnement par la nicotine. Des frictions excitantes, des stimulants diffusibles, et avant tout le nettoiement des parties frottées, le rendirent bientôt à la santé.

Au point de vue médico-légal, ce fait apprend qu'il ne faudrait pas, en pareil cas, chercher uniquement dans les matières du tube digestif la cause de la mort.

(*Gazetta medica Italiana, Stati Sardi.*)

CANCER ENCÉPHALOIDE DU FÉMUR.

Désarticulation de la hanche gauche. — Guérison.

Par M. le docteur Tatum.

A. N..., âgé de dix-sept ans, porte au-dessus du genou gauche une large tumeur comprenant toute la circonférence de la cuisse, plus saillante en dedans, et envahissant le tiers inférieur de la cuisse, l'articulation du genou restant saine. La tumeur est fluctuante comme un kyste; le malade l'attribue à un coup reçu sur le condyle interne. Lente dans son développement au début, elle a pris depuis quelque temps des dimensions considérables, et maintenant elle est douloureuse.

A son entrée à l'hôpital, le malade est pâle, maigre, épuisé. Une ponction donne issue à une quantité assez grande d'un sérum sanguinolent; le malade en est un peu soulagé; néanmoins le chirurgien décida de désarticuler la cuisse, afin de prolonger la vie du patient. Le 4 juillet, l'opération fut pratiquée avec un lambeau antérieur taillé par transfixion; le ligament capsulaire fut divisé, et la tête du fémur luxée en arrière. Le lambeau postérieur fut alors taillé un peu plus petit et plus mince que l'antérieur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; les vaisseaux furent liés, et la plaie réunie par la suture. La maladie consistait en un mélange de cancer médullaire, ostéoïde et hématoïde; la partie antérieure de la cuisse présentait un kyste renfermant trois pintes d'un sang grumeux.

Le 1er août, c'est-à-dire juste quatre semaines après l'opération, le malade s'en allait complétement guéri. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 septembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Une lettre de M. le docteur Chabanne, accompagnant de nouveaux échantillons des eaux de Vals (Ardèche);

2° Un rapport du médecin des eaux d'Hammam-Riva (Algérie) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Mordret (du Mans) prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats au titre de correspondant. (Commission des correspondants.)

— M. Guillon envoie, pour le concours du prix d'Argenteuil, une note sur un perfectionnement du traitement curatif des rétrécissements uréthraux de nature inflammatoire. (Renvoyé à la commission.)

— M. Loiseau (de Montmartre), à l'occasion de la communication faite par M. Bouchut dans la dernière séance, adresse une lettre dans laquelle il rappelle:

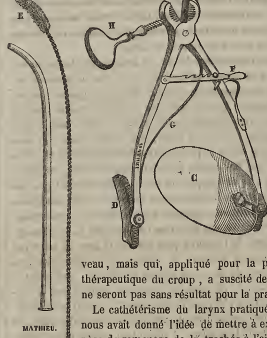
1° Que le titre même de son premier mémoire sur le cathétérisme du larynx se terminait par ces mots: « dilater la glotte afin de suppléer autant que possible à la trachéotomie »;

2° Que le jour du rapport de M. Trousseau, une foule de tubes propres au tubage soit du larynx, soit de la trachée, ont été mis sous les yeux de l'Académie, ainsi que des trousses de pinces destinées soit à les mettre en place, soit à les retirer; de tubes de caoutchouc et de gomme destinés au même but;

3° Il rappelle enfin que dans un second mémoire il cite une observation datant de 1840, dans laquelle une grosse sonde mise à demeure dans les voies aériennes a pu prolonger la vie pendant plusieurs heures. (Renvoyé à la commission nommée, M. Trousseau rapporteur.)

Tubage de la glotte. — M. L. Mathieu présente à l'Académie de la part de M. le docteur Bouchut, un des instruments qui sont destinés à compléter l'appareil instrumental du tubage de la glotte. C'est une raclette que l'on introduit à travers le tuyau intra-glottique lorsqu'il est en place, et à l'aide de laquelle on peut racler la muqueuse trachéale pour en détacher les fausses membranes et faciliter leur expulsion. Cet instrument se compose d'une sonde garnie d'un point d'arrêt, s'arrêtant sur le bourrelet supérieur de la virole glottique, et d'une tige intérieure assez petite pour ne pas gêner le passage de l'air, et terminée par un ressort en anneau. Une fois dans la trachée, la raclette, que l'on fait tourner au moyen d'un bouton, fonctionne sans gêner la respiration, puisqu'elle frotte dans un tube huit ou dix fois plus large qu'elle, et on peut prolonger l'opération autant que cela est nécessaire. Si l'on joint à cet instrument de longs écouvillons de crin, la pince à deux branches et la pompe d'aspiration des fausses membranes, que l'on introduit par la même voie, on aura tout ce qui est nécessaire à la pratique du nouveau traitement du croup.

Ecouvillonnement du larynx et de la trachée. — Instrument pour maintenir la bouche ouverte. — M. Créquy, interne des hôpitaux, soumet à l'examen de l'Académie deux instruments, dont l'un est destiné à l'écouvillonnement du larynx et de la trachée, et le second a pour objet de maintenir la bouche ouverte. Depuis quelque temps, dit l'auteur, l'attention des praticiens a été appelée par M. Loiseau sur un mode d'exploration du larynx qui n'est pas nouveau, mais qui, appliqué pour la première fois à la thérapeutique du croup, a suscité des recherches qui ne seront pas sans résultat pour la pratique.



Le cathétérisme du larynx pratiqué par M. Loiseau nous avait donné l'idée de mettre à exécution une espèce de ramonage de la trachée à l'aide d'un écouvillon introduit par le larynx avec les précautions que nous allons indiquer, écouvillonnement que, du reste, nous avons déjà pratiqué deux fois, à l'aide de ce procédé, il y a environ un mois et demi, mais en pénétrant dans les voies aériennes par l'ouverture faite à la trachée.

La susceptibilité du larynx, la présence des cordes vocales, paraissaient constituer de sérieux obstacles à l'exécution de cette opération. Mais aujourd'hui que M. Bouchut est venu nous montrer que le larynx peut supporter la présence d'un tube métallique pendant plusieurs jours, nous hésiterions beaucoup moins à réaliser notre projet, qui consiste à glisser rapidement de bas en haut un écouvillon de crins sur la muqueuse laryngée et trachéale.

Voici comment nous pratiquerions cette opération sur le vivant; sur le cadavre, elle est assez facile.

Il se présente tout d'abord une difficulté, celle de maintenir la bouche ouverte quelques instants, afin de pouvoir y introduire les doigts sans être mordu. A cet effet, nous avons fait construire, par M. Ma-

tbieu, un instrument qui pourra encore servir pour d'autres opérations, par exemple, pour l'ablation des amygdales.

Comme l'instrument de M. Mathieu destiné au même usage, il se compose de deux branches croisées à la manière des lames de ciseaux. Les grandes branches portent deux plaques garnies de plomb, et destinées à recevoir les arcades dentaires, et les petites branches une vis de pression destinée à ouvrir de force les grandes branches lorsqu'elles sont introduites entre les dents. Mais comme il est difficile de déterminer le maximum d'ouverture de la bouche, nous avons fait ajouter un ressort entre les grandes branches afin de maintenir les plaques appliquées contre les dents, et quelque effort que fasse l'enfant pour ouvrir la bouche, il ne peut se débarrasser de l'instrument, ni, en conséquence, mordre l'opérateur.

Une petite crémaillère à ressort, placée également entre ses branches, rend permanente l'ouverture de l'instrument, et permet de l'enlever aussi rapidement qu'on le désire, avantage que ne donne pas la vis. Aussi n'avons-nous laissé subsister celle-ci que pour forcer l'enfant à écarter les mâchoires, lorsqu'il ne veut pas le faire de bon gré.

La bouche maintenue ainsi ouverte, on procède de la manière suivante : un écouvillon en crins analogue à celui qu'on emploie pour désobstruer les canules, mais beaucoup plus long et terminé par une petite olive, est glissé dans une sonde en gomme élastique jusqu'à l'extrémité qui doit pénétrer dans le larynx. Cela fait, on introduit la sonde ainsi munie de son écouvillon dans le larynx par le procédé ordinaire. Quand elle est arrivée dans la trachée, on pousse l'écouvillon de manière à le faire sortir de la soude, ce qui se reconnaît à la sensation de mobilité qu'il donne à la main ; on ramène alors les deux instruments en tirant sur la sonde et sur l'extrémité de l'écouvillon restée libre en dehors de celle-ci. Les crins qui forment l'écouvillon et qui ont été inclinés dans la sonde, parcourent alors la trachée et le larynx à rebrousse-poils, et nous pensons qu'en agissant ainsi on pourrait, sinon ramener des fausses membranes, au moins les détacher en partie et faciliter leur expulsion par les efforts de toux qui ne manqueraient pas d'avoir lieu.

Cette opération n'est pas à l'abri de sérieuses objections, et on doit se demander si un écouvillonnement semblable pourra réellement détacher les fausses membranes ordinairement si adhérentes aux parties sous-jacentes, s'il ne pourra pas déterminer une inflammation très-vive de la glotte et devenir le point de départ d'une pneumonie se propageant du larynx au poumon en vertu d'un phénomène analogue à celui qui a lieu dans le testicule dans le cas d'uréthrite.

On peut répondre à la première objection.

Les fausses membranes sont très-adhérentes, il est vrai, quand elles siégent sur les amygdales, le voile du palais, le fond du pharynx, et surtout quand exceptionnellement elles siégent sur la langue. Mais il n'en est pas de même quand elles siégent dans le larynx, la trachée, les bronches, et tous ceux qui ont fait souvent la trachéotomie savent qu'elles se détachent fréquemment au moment de l'opération par les seuls efforts de la toux.

Quant à la seconde objection, c'est à l'expérience seule à la résoudre, et la trachéotomie ne nous paraît pas une opération tellement innocente qu'on doive la regarder comme le dernier terme de la thérapeutique du croup.

— M. le président annonce à l'Académie que M. Haime, correspondant à Tours, assiste à la séance.

M. le président annonce ensuite la mort de M. Margueron, de Tours, correspondant de l'Académie.

LECTURES.

Grossesses tardives. — M. le docteur SILBERT, d'Aix, lit un mémoire intitulé : « Des grossesses tardives et des indications qu'elles présentent. » L'auteur rapporte trois observations de grossesses tardives, desquelles il semble résulter que, contrairement aux idées qui ont régné longtemps, les grossesses tardives, loin de devoir leur cause à la faiblesse du fœtus, sont au contraire accompagnées, dans la très-grande majorité des cas, de l'excès de volume du fœtus.

Il résulte, comme conséquence forcée, de cette augmentation de volume du fœtus dans les grossesses tardives, que l'opinion professée encore aujourd'hui par quelques accoucheurs distingués, que les dangers offerts par les grossesses tardives sont des dangers illusoires, est en opposition complète avec l'observation et avec les faits. Dans le plus grand nombre des cas, en effet, le fœtus, qui vivait encore au moment du terme, si son séjour se prolonge trop longtemps dans la cavité utérine, succombe par des causes jusqu'ici inappréciables, ou bien il continue à vivre et à se développer, et son expulsion devient pour lui et pour la mère une source de dangers sur lesquels il n'est pas besoin d'insister, et que démontrent clairement les résultats des observations de dystocie par excès de volume des fœtus recueillis par M. Jacquemier.

Si l'excès de volume de l'enfant a pour celui-ci et pour la mère des conséquences si funestes pendant les efforts de la parturition, on comprend que la mort du fœtus un certain nombre de jours avant le développement du travail, est dans les grossesses tardives une circonstance relativement favorable ; car l'expulsion d'un enfant macéré, ramolli, et qui offre un chevauchement exagéré des sutures du crâne, est en général facile quand bien même il offrirait un certain excès de volume.

Les dangers des grossesses tardives ainsi reconnus, M. Silbert pense que les accoucheurs, loin de s'abandonner, comme ils le font presque toujours, à une expectation dont les effets peuvent être si déplorables, doivent agir surtout quand ils ont à leur portée un moyen qui leur permettrait en bien des cas de conjurer de tels malheurs. Ce moyen, c'est l'accouchement prématuré artificiel.

L'objection la plus grave qu'on peut faire à cette pratique, c'est l'incertitude de l'époque à laquelle il faut opérer.

Si des accoucheurs faisant autorité ont recommandé et opéré avec succès l'accouchement prématuré dans les cas de mort du fœtus avant le terme ordinaire de la gestation, M. Silbert pense qu'il est bien plus justifiable encore quand la grossesse a dépassé le terme. (Commissaires : MM. Moreau et Cazeaux.)

Blépharoplastie. — M. FRANÇOIS (d'Abbeville) lit une note sur un procédé autoplastique nouveau destiné à remédier à l'ablation de la paupière inférieure frappée de cancer.

Il s'agit d'une femme qui portait un cancer ulcéré de la paupière inférieure. Ce cancer avait envahi cet organe dans toute son étendue. La paupière supérieure était elle-même frappée d'inflammation chronique douteuse ; le bord libre était ulcéré ; tous les cils étaient tombés ; l'œil était sain. Voici en quels termes M. François décrit l'opération qu'il a pratiquée :

Une incision horizontale, partant de l'angle externe de l'œil, est dirigée vers la tempe dans l'étendue de deux centimètres, pour largement dépasser les limites du mal. De l'extrémité de celle-ci est pratiquée une incision verticale de quatre centimètres à peu près, partant de la région malaire. Incision parallèle à cette dernière, et d'une égale longueur, partant de l'angle interne de l'œil. Enfin le mal est cerné par une quatrième incision horizontale, qui réunit les deux dernières en suivant les lignes de la paupière. Je dissèque alors le voile pour l'enlever, en ayant soin, et grand soin, j'insiste vivement sur cette circonstance, car là est le nœud de mon procédé, en ayant soin, dis-je, de conserver le plus possible des fibres des muscles orbiculaires de la muqueuse palpébrale.

Cela fait, je dissèque le lambeau renfermé dans mes deux incisions verticales, jusqu'à ce qu'il me soit possible de le ramener facilement sur le globe de l'œil. J'avive le bord libre de la paupière supérieure, en détruisant par mon incision les ulcérations qui me laissaient du doute dans l'esprit. Alors je fais glisser le lambeau au niveau de la paupière que je viens d'enlever, et je comprends dans l'anse de la suture, qui doit mettre en contact mon lambeau et la paupière supérieure, les fibres des muscles orbiculaires et les parties de la muqueuse palpébrale que j'ai conservées.

Quatre points de suture sont ainsi placés : Mon lambeau et la paupière supérieure étant bien réunis, je place deux points de suture sur chaque incision verticale, pour avoir partout une réunion complète.

L'opérée est soumise à un régime sévère, et je fais placer sur l'œil des compresses d'eau fraîche renouvelées à chaque instant.

Le cinquième jour, j'enlève tous les points de suture, et partout la réunion est parfaite.

(L'opérée est dans la salle de la Bibliothèque, où les membres de l'Académie peuvent l'examiner.

Dans cette opération, ajoute M. François, j'ai eu l'intention de donner à la nouvelle paupière d'abord une muqueuse, ensuite un point d'appui par les fibres du muscle orbiculaire, et peut-être quelques mouvements. La blépharoplastie ne serait plus alors un simple morceau de peau, comme le dit Vidal, puisque cette peau aurait quelques mouvements et que le voile serait mobile. Il y aurait là, si je ne me trompe, un progrès et un avantage. Mais la question n'est pas jugée puisque la nouvelle paupière est toujours soudée à l'ancienne. Mais je prends l'engagement de présenter de nouveau à l'Académie le sujet quand la réunion sera détruite, afin qu'il soit possible de porter sur le fait un jugement définitif.

Mais en admettant qu'il n'obtienne pas tout ce qu'il désire dans le cas actuel, M. François pense que ce procédé pourrait trouver son application dans certaines circonstances particulières, dans le cancer superficiel, par exemple, qui respecte longtemps les tissus sous-jacents. Il fait remarquer enfin que, dans la blépharoplastie, par n'importe quelle méthode, il n'était pas toujours facile de trouver un point d'appui à la nouvelle paupière ; ce point d'appui est trouvé aujourd'hui dans la réunion des deux paupières ; et chose inappréciable, il est permis de conserver indéfiniment ce point d'appui. — (Commiss. : MM. Cloquet et Jobert, de Lamballe).

Mécanisme des bruits de souffle. — M. A. CHAUVEAU lit un mémoire ayant pour titre : *Expériences physiques propres à expliquer le mécanisme des murmures vasculaires ou bruits de souffle.* Ce mémoire est consacré à la démonstration physique de la théorie des bruits vasculaires qu'il a déjà exposée devant l'Académie, et qu'il résume dans cette proposition :

« Tout bruit de souffle résulte des vibrations d'une veine fluide intravasculaire, qui se forme constamment lorsque le sang pénètre, avec une certaine force, d'une partie étroite dans une partie réellement ou relativement dilatée du système circulatoire. »

Voici, sous forme aphoristique, les propositions qui résultent de ces recherches.

Quand un liquide s'écoule par un orifice, il forme, on le sait, un jet qui prend le nom de *veine fluide.* Ce jet est plus ou moins fort, suivant que la pression qui détermine l'écoulement se trouve elle-même plus ou moins considérable. Mais, quelle que soit la rapidité de l'écoulement, les molécules constituantes de la veine fluide sont toujours animées, dès leur sortie de l'orifice, d'un mouvement vibratoire particulier, mouvement qui a été parfaitement étudié par Savart.

Lorsque l'oreille est appliquée sur un tuyau de l'extrémité duquel s'échappe une veine fluide, on saisit un murmure tout à fait semblable au bruit de souffle des vaisseaux de l'homme.

Ce murmure n'est pas le résultat du frottement produit par le passage du liquide dans l'intérieur du tube. Il est dû aux vibrations moléculaires de la veine fluide, vibrations transmises jusqu'à l'oreille soit par les parois du tuyau, soit par la colonne liquide qui est en circulation dans celui-ci. En effet, si par un artifice particulier on supprime la veine fluide, tout en maintenant l'écoulement à l'intérieur du tube, le murmure disparaît de la manière la plus absolue.

Ce ne sont pas seulement les veines fluides extérieures qui peuvent donner naissance à des bruits de souffle : quand un liquide en circulation dans un appareil tubulaire traverse une portion plus ou moins dilatée de cet appareil, il forme en arrivant dans la dilatation une veine fluide intérieure, dont les molécules sont aussi animées de vibrations qui engendrent un murmure.

Si, au lieu d'une dilatation, c'est un rétrécissement qui existe sur le trajet du tube, le liquide, à son entrée dans la partie relativement dilatée qui succède au rétrécissement, produit encore une veine fluide intra-tubulaire tout à fait identique avec la précédente.

En dehors de la veine fluide externe ou interne, dont le mode de manifestation vient d'être indiqué, il n'existe aucune cause capable de faire naître un bruit de souffle.

Ainsi, le frottement exagéré qui résulterait du passage d'un liquide à travers un tube rétréci, ce prétendu frottement n'entre pour rien dans la production des murmures.

Ces murmures ne tiennent pas davantage aux rugosités qui peuvent exister sur les parois des tuyaux ni à l'état de flaccidité de ces parois.

Ils ne sont pas non plus sous la dépendance directe de la fluidité des liquides en circulation ni de la vitesse de l'écoulement.

Toutes ces propositions sont successivement l'objet d'un examen détaillé dans ce travail, où sont relatées les expériences physiques à l'aide desquelles M. Chauveau a cherché à démontrer sa théorie des bruits de souffle. Il se propose de présenter dans un exposé succinct la preuve qu'elle est en parfait accord avec les enseignements de l'observation clinique.

Les lois qui viennent d'être posées, dit-il en terminant, sont applicables aux fluides élastiques aussi bien qu'aux liquides. Quand un gaz s'échappe d'un orifice, il produit une veine externe vibrante, donnant naissance aux mêmes effets acoustiques que les veines liquides extra-tubulaires ; quand un gaz en circulation à l'intérieur d'un tuyau arrive dans une partie réellement ou relativement dilatée de ce tuyau, c'est en formant une veine intra-tubulaire, dont les caractères sont identiques avec ceux des veines liquides de même sorte ; tous les murmures et tous les sons musicaux qui résultent du mouvement des gaz dans les tuyaux, reconnaissent pour cause initiale les vibrations de l'une ou de l'autre espèce de veine fluide : ce sont là des faits certains, dont la démonstration expérimentale ne sera pas facile à donner. La théorie de la veine fluide a donc à intervenir encore dans l'explication du mécanisme des bruits et des sons qui se passent dans l'appareil respiratoire à l'état normal et à l'état pathologique. J'essayerai de développer devant l'Académie, dans une seconde lecture, les considérations qui se rattachent à ces nouveaux points de vue. (Commiss., MM. Andral et Beau. M. Gavarret sera adjoint à la commission dès que le décret approuvant son élection sera rendu.)

Blépharite glandulo-ciliaire. — M. le docteur CRAMOISY lit un travail sur la blépharite glandulo-ciliaire et son traitement radical. L'auteur réclame l'honneur d'avoir découvert le traitement de la blépharite glandulo-ciliaire par l'épilation ou l'avulsion des cils. Voici en quels termes M. Cramoisy décrit le procédé :

L'avulsion des cils se fait à l'aide de pinces à épiler ou même de pinces de trousse ordinaires. Il faut, autant que possible, n'arracher qu'un cil à la fois, et laisser passer la douleur avant d'en arracher un autre. Quand toute la paupière est malade, il est préférable de tout arracher ; et pour éviter une aussi longue douleur, on pratique cette opération en plusieurs séances. Les cils, ajoute M. Cramoisy, repoussent aussi beaux qu'auparavant, quelquefois même plus beaux. (Commissaires : MM. Huguier et Robert.)

Rétracteur de la fistule vésico-vaginale. — M. le docteur T. Riboli, de Turin, présente à l'Académie un instrument qu'il désigne sous le nom de rétracteur de la fistule vésico-vaginale. L'idée de cet instrument m'est venue, dit l'auteur, au moment où j'assistais M. le docteur Cusco, qui employait pour abaisser la fistule la pelote à air de M. Gariel. Cet instrument, confectionné par M. Bordini, consiste :

1° En un cathéter fenêtré bilatéralement à sa partie inférieure dans une étendue de 7 centimètres, ailé à la partie supérieure pour fixer la main qui l'emploie ;

2° En un mandrin pourvu à son extrémité libre d'un anneau destiné à recevoir le pouce de l'opérateur. Ce mandrin, à un centimètre au-dessus de l'anneau, est divisé on 20 millimètres, et va se fixer dans l'intérieur du cathéter à l'extrémité de deux lames brisées, lesquelles ont elles-mêmes un point d'attache au bout du cathéter : le premier, par un mouvement de va-et-vient, fait dilater en losange, ou rentrer dans le cathéter à travers les espaces fenêtrés, les lames brisées dont il est question. Un petit ressort, destiné à donner la première impulsion, est fixé au côté interne d'une portion des lames brisées ;

3° En une rondelle percée à vis à son centre, qui parcourt tout l'espace supérieur et gradué du mandrin pour régler à volonté la marche de l'écartement du losange.

Cet instrument a déjà servi à une opération. Il est vrai, ajoute M. Riboli, que la fistule était petite et récente, à la suite d'un accouchement laborieux par l'application du forceps ; mais il est vrai aussi que l'opération a été faite au trente-huitième jour après l'accouchement. La femme était jeune, avait accouché deux autres fois, toutes les parties étaient relâchées ; l'auteur n'a trouvé aucune difficulté. (Commissaire : M. Jobert.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix des externes et pour la nomination aux places d'élèves internes commencera le 18 octobre ; le registre d'inscription sera fermé le 2 octobre.

— Le schah de Perse n'a pas agréé M. le docteur Tholozan pour son médecin. Si les motifs de ce refus sont tels qu'on nous les donne, ils sembleraient indiquer que le traité conclu entre Ferruck-Khan et notre confrère n'était point sérieux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Des appareils électriques des poissons électriques ; par M. A. J. JOBERT (de Lamballe), membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Brochure grand in-8° de 104 pages, avec atlas de onze belles planches. — Paris, 1858. Chez J. B. Baillière père et fils, rue Hautefeuille, 18, et chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55.

Mémoire sur le cathétérisme de l'urèthre dans les cas difficiles, lu à la Société médicale du Panthéon par M. le docteur Aug. MERCIER. Broch. in-8° ; prix, 1 fr. — A Paris, chez Labé, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Life, its relations animal and mental, an inaugural dissertation ; by J. DICKSON BRUNS. — Charleston and Paris, J. B. Baillière.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Rapport à l'Empereur. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Polydipsie; traitement par la valériane à haute dose. — Traitement des fongosités utérines par l'abrasion. — Applications diverses du perchlorure de fer à l'intérieur; son emploi comme martial. — Usage interne du perchlorure de fer dans l'uréthrite. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 16 septembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

Le *Moniteur* vient de publier le décret qui rétablit le baccalauréat ès lettres pour les étudiants en médecine. S'il était encore parmi nos confrères des adversaires de cette mesure, si vivement désirée par les représentants les plus éminents du corps médical, nous pensons que les considérations si justes et si élevées du rapport de M. le ministre de l'instruction publique, suffiraient pour faire tomber toutes les préventions et rallier l'unanimité de nos confrères.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

SIRE,

Le décret du 10 avril 1852 dispense les étudiants des Facultés de médecine de produire le diplôme de bachelier ès lettres, et les assujettit seulement à l'obligation du diplôme de bachelier ès sciences.

On était justement préoccupé, à cette époque, de constituer dans les lycées l'enseignement scientifique sur de plus larges bases. La France, sous l'impulsion d'un Gouvernement fort et glorieux, voyait renaître tous ses moyens de travail et de prospérité. Il fallait surtout songer aux besoins de l'industrie, des arts et du commerce, et il était indispensable de fortifier l'étude des sciences appelées à jouer un si grand rôle dans le développement des richesses et de l'activité du pays. Mais les meilleures mesures, précisément parce qu'elles répondent à des besoins réels, sont souvent appliquées avec une certaine exagération. Ainsi l'entraînement légitime vers les études scientifiques ne s'est peut-être pas arrêté à ses véritables limites, lorsque, rejetant la prédominance de l'élément littéraire dans la préparation aux études médicales, il l'a soumise presque exclusivement à l'empire des études mathématiques et physiques. Du moins, Sire, telle a été la conviction du corps médical en présence du décret de 1852, auquel il opposa les plus vives résistances.

Cependant le système d'instruction secondaire étant ainsi établi, la prudence commandait, malgré les réclamations élevées au nom du corps médical, de ne pas renverser ce qu'on venait de construire. Les partisans des études de la médecine plus fortement empreintes de notions scientifiques ne manquaient pas de graves raisons à l'appui de leur opinion. C'était donc à l'expérience qu'il convenait de laisser le soin de décider une question si vivement débattue. Six années se sont écoulées depuis le décret du 10 avril 1852, et, pendant cette période, bien suffisante pour éprouver les avantages ou les inconvénients du régime nouveau, les facultés et les plus illustres représentants de la médecine n'ont pas discontinué leurs plaintes.

Suivant eux, on avait abaissé le niveau intellectuel du corps médical, sans avoir augmenté ni les moyens d'observation ni les ressources matérielles de l'art. J'ai dû, Sire, être vivement ému de cette lutte persistante des hommes les plus honorables et les plus compétents, et après une attente personnelle de deux années, pendant lesquelles j'ai attentivement suivi et constaté tout ce qu'il y avait de grave et de sérieux dans le débat, je l'ai soumis aux épreuves les plus décisives. Les trois Facultés de médecine ont dû délibérer solennellement, et deux d'entre elles, celles de Paris et de Montpellier, ont énergiquement protesté en faveur du baccalauréat ès lettres. Une commission spéciale, composée des médecins les plus distingués et des membres les plus éminents de l'Université, a émis le même avis. Ensuite la question a été portée devant le conseil impérial de l'instruction publique, qui l'a résolue dans le même sens. Enfin, Sire, d'après vos ordres, le conseil d'Etat a été saisi, et il a apporté le tribut de sa haute expérience et de ses lumières.

Que Votre Majesté, Sire, me permette d'exposer brièvement les dispositions du projet de décret ci-joint et les motifs qui en sont la justification.

L'art de guérir, si précieux à l'humanité, exige, pour être cultivé et appliqué avec succès, autant d'efforts d'intelligence et de jugement que de connaissances théoriques et pratiques. Sans nul doute, le docteur en médecine, digne de ce nom, doit avoir étudié laborieusement et la structure du corps humain et les phénomènes morbides, et la matière médicale, et c'est d'abord aux procédés de l'observation la plus attentive qu'il consacre ses forces et ses veilles. Mais l'observation elle-même serait stérile si toutes les ressources d'un esprit juste, actif, pénétrant, ne venaient tout à la fois l'assurer et l'étendre; il faut que la médecine, luttant contre les maladies de l'homme, connaisse l'homme tout entier, dans sa double essence physique et morale.

C'est en spiritualisant ainsi la science médicale, si riche d'ailleurs d'enseignements positifs, que notre époque, répudiant les systèmes absolus, a si largement constitué l'art de guérir, et l'a placé au sommet des professions sociales. Pourquoi donc dispenserait-on les aspirants au doctorat en médecine de l'épreuve générale des études littéraires? Mais ce sont ces études qui donnent au goût, au cœur et à l'esprit les tendances les plus délicates et les impulsions les plus heureuses. Le médecin, attaché à des travaux infinis, consulté dans toutes les classes de la société pour tous les maux qui affectent le corps et l'intelligence, obligé à tant de discernement et d'action morale, doit être, avant tout, préparé à l'apprentissage scientifique par une instruction littéraire complète. En négligeant les humanités, il néglige un élément indispensable pour lui, il écarte un moyen de succès et d'influence, et il crée peut-être un véritable obstacle à l'autorité comme au progrès de l'art qu'il exerce. Telle est la courte analyse des raisons qui ont prévalu pour exiger des aspirants au doctorat le diplôme de bachelier ès lettres.

Mais, Sire, Votre Majesté n'eût pas trouvé bon que l'on restât dans un système exclusif. Il ne s'agit pas ici d'une lutte entre les sciences et les lettres, il s'agit de régler avec sincérité et bon sens le genre d'études préparatoires qu'il convient d'imposer aux élèves en médecine. Aussi, dans les discussions qui ont eu lieu, presque tout le monde, après le rétablissement du diplôme de bachelier ès lettres, a reconnu qu'il fallait demander aussi la preuve de certaines connaissances scientifiques. La physique, la chimie, la botanique, sont, dans une légitime mesure, nécessaires au jeune homme qui se propose d'étudier la médecine. Si on le jette dans cette étude si variée et si absorbante des maladies de l'homme et des moyens de guérir, sans aucune notion suffisante de ces sciences spéciales, appelées sans cesse au secours de l'observation pathologique et de l'application de la matière médicale, il éprouvera les plus grandes difficultés. Il faut qu'en sortant de l'enseignement secondaire il soit prêt à profiter des cours de la Faculté de médecine, qui supposent l'élève au courant des éléments généraux des sciences physiques et naturelles.

Aussi la disposition fondamentale du projet de décret vient-elle réaliser cette alliance juste et vraie des sciences et des lettres pour les aspirants au doctorat en médecine, en exigeant tout à la fois l'obtention du baccalauréat ès lettres avant la première inscription, et celle du baccalauréat ès sciences *restreint* avant la troisième inscription.

Tel qu'il existe aujourd'hui, le programme du baccalauréat ès sciences comporte une série de connaissances mathématiques qui, judicieusement exigées pour d'autres carrières, semblent inutiles pour une bonne préparation à l'étude de la médecine. C'est pourquoi, Sire, le projet de décret dispense les élèves en médecine, dans l'épreuve du baccalauréat ès sciences, des questions les plus difficiles applicables aux sciences mathématiques. Ainsi se justifie l'expression de baccalauréat ès sciences *restreint*. Quant au délai de six mois, pour l'obtention de ce baccalauréat, il a été déterminé par des considérations pleines d'équité. L'exigence du double diplôme grève les aspirants d'un travail assez lourd, et elle est une charge exceptionnelle pour la carrière du doctorat en médecine. Il a donc paru très-équitable d'accorder à l'élève sortant des cours de l'enseignement secondaire avec le diplôme de bachelier ès lettres, un délai pour reprendre haleine et se mettre en mesure de soutenir l'examen du baccalauréat ès sciences, tout en lui conservant le droit de l'inscrire sur-le-champ à la Faculté de médecine et d'en suivre les cours. Je suis, au reste, convaincu que la plupart des jeunes gens qui se vouent au noble et rude labeur de la médecine feront tous leurs efforts pour obtenir les deux baccalauréats avant de franchir l'enceinte des lycées, où les ressources d'instruction sont organisées de manière à permettre cet heureux résultat.

Le projet de décret contient plusieurs dispositions accessoires qui ne manquent ni d'opportunité ni d'importance.

Sur la foi de l'article 12 du décret du 10 avril, beaucoup de jeunes gens ont pu, dans l'intention d'embrasser plus tard la profession médicale, choisir la voie scientifique que leur ouvraient les lycées. Il est juste de réserver à ces candidats le droit d'entrer dans les Facultés de médecine avec le diplôme de bachelier ès sciences obtenu d'après le règlement actuel; ils pourront user de ce droit jusqu'au 1er novembre 1861, époque où l'exécution pure et simple des dispositions de l'article 1er du nouveau décret ne lésera aucun intérêt.

Lorsqu'il s'agit de grades délivrés au nom de l'Etat, grades qui confèrent des privilèges, il importe que le titre même dont on se prévaut n'ait rien d'équivoque. Le baccalauréat ès sciences *restreint* ne saurait donc être attesté par un diplôme exactement semblable à ce ui du baccalauréat ès sciences complet. En fait, il n'a d'autre objet que de servir de sanction à l'instruction scientifique d'une catégorie déterminée d'étu-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, ou description et iconographie pathologique des altérations morbides observées dans le corps humain, par M. le docteur LEBERT, professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich (1).

Dans les temps anciens, et même il n'y a pas excessivement longtemps encore, c'était principalemnet de l'étude des phénomènes généraux de la maladie, de l'aspect extérieur, de l'ensemble du sujet, de l'état des forces, et de mille autres considérations analogues, que s'occupait le médecin De cette méthode d'observation, la seule possible alors, découlaient quelquefois, il faut bien le dire, de précieuses indications. On est souvent étonné, en lisant les ouvrages des anciens auteurs, de voir avec quelle habileté ils tiraient parti, dans beaucoup de cas, de ces examens superficiels, et comme ils arrivaient à deviner des maladies dont l'analyse séméiologique et les méthodes incomplètes d'exploration alors en usage eussent été impuissantes à leur révéler l'existence.

Plus tard, à une époque moins éloignée de nous, l'observation devint plus précise, plus localisatrice. Sous l'impulsion d'un homme de génie, disparu il y a vingt ans à peine, et pour lequel la postérité *impartiale* n'est pas encore arrivée, on chercha à préciser d'une manière plus exacte le siége et la nature des maladies. Que l'on ait ou non partagé ses doctrines, et nous ne prétendons pas dire qu'elles aient toujours été justes, il n'en est pas moins vrai de dire que c'est à l'influence de Broussais sur la manière d'examiner les malades et de classer les maladies, que la plupart de ceux qui l'attaquent aujourd'hui ou qui le renient comme leur maître doivent d'être devenus ce qu'ils sont.

Aujourd'hui, on ne trouve plus que ce soit assez de chercher à reconnaître dans quel organe ou dans quel appareil d'organes l'altération a son siége, quelle est la nature de la lésion, etc.; toutes choses cependant qui, s'il était possible d'y arriver toujours, devraient contenter les plus exigeants. On veut savoir quelle est la structure intime de chaque organe, de combien de sortes de tissus il est formé, et quelle est l'espèce particulière de lésion, d'altération moléculaire dont chaque tissu est affecté. C'est là ce qui constitue l'*histologie*, dont un des principaux moyens d'investigation est le microscope, devenu depuis quelques années d'un usage si fréquent et si répandu.

Depuis une quinzaine d'années surtout, les études micrographiques ont pris un immense accroissement. On a déjà découvert bien des faits dont on ne se doutait pas; on a rectifié bien des erreurs; mais, jusqu'à présent, on n'a pas, de ces découvertes, fait des applications bien évidentes, bien directes à la pratique; il est besoin de labourer longtemps encore et de fouiller profondément ce champ nouveau, à peine défriché, pour en faire sortir la riche moisson qu'il est permis d'espérer.

A la tête des travailleurs livrés à ces patientes et laborieuses investigations, d'autant plus arides au moment actuel que l'on ne peut encore prévoir l'instant où tout le monde sera frappé de leur utilité, se place M. Lebert, ce rude et infatigable *chercheur*, qui, depuis vingt ans, s'est livré tout entier aux études micrographiques. Pas n'est besoin de rappeler les livres qui ont fondé sa réputation, son *Traité de physiologie pathologique*, son *Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, enfin son *Traité des maladies cancéreuses*, si riche de faits, et où, comme résultat pratique important, l'auteur a démontré l'unité du cancer et la spécificité de la cellule cancéreuse.

Lorsqu'il y a trois ans, à pareille époque, nous annoncions dans un feuilleton de ce journal l'apparition des premières livraisons de l'ouvrage actuel, nous connaissions déjà une partie de la précieuse collection de dessins originaux et inédits que, depuis le commencement de sa carrière médicale, collectionnait et faisait exécuter à grands frais l'habile médecin que s'est attaché l'université de Zurich. Mais, quelle que fût notre confiance en ses talents, nous ne pensions pas qu'en si peu de temps il lui serait possible de coordonner, de constituer en corps d'ouvrage un si grand nombre de matériaux d'une espèce si nouvelle, et de tirer de leur rapprochement des conséquences rationnelles susceptibles de devenir peut-être plus tard le point de départ de déductions thérapeutiques.

Nous nous trompions. Les livraisons s'en succédèrent avec rapidité, et aujourd'hui nous avons sous les yeux le tome Ier complet, c'est-à-dire un magnifique volume de 750 pages in-folio de texte et un autre de 94 planches, splendides aquarelles, dont le moindre mérite n'est pas d'être d'une exactitude au-dessus de tout ce qu'il est possible de concevoir.

Dans nos précédentes appréciations, nous nous sommes étendu sur quelques-uns des détails les plus essentiels de certains chapitres et sur les motifs qui ont déterminé l'auteur à adopter telle ou telle classification plutôt que telle autre. Aujourd'hui nous ne voulons que jeter un coup d'œil sur l'ensemble de ce premier volume, et dire en deux mots les matières qui s'y trouvent contenues.

D'abord une remarquable introduction pour servir à l'histoire de l'anatomie pathologique depuis le seizième siècle jusqu'à nos jours; puis des considérations d'anatomie pathologique générale où sont passées en revue l'inflammation depuis sa plus légère manifestation, l'hypérémie, jusqu'à ses plus extrêmes conséquences, la suppuration, l'induration et le ramollissement, l'hypertrophie et l'atrophie. La partie la plus importante et la plus étendue de ce volume est consacrée à la classification des tumeurs, que M. Lebert divise en quatre grandes classes :

1° Productions hypertrophiques; 2° Productions homœomorphes hétérotopiques; 3° Productions hétéromorphes; 4° Enfin productions parasitiques.

(1) Tome Ier, in-folio. Chez J.-B. Baillière et fils.

diants, de ceux qui se destinent à la profession de médecin. Il sera donc spécial et n'aura de valeur que pour les études médicales. Renfermé dans ces limites, il doit coûter moins cher que le baccalauréat ordinaire. Aussi l'article 2 du décret a-t-il réduit de moitié les droits à acquitter par les aspirants au baccalauréat ès sciences restreint.

Il a paru d'ailleurs équitable de leur réserver la faculté d'échanger ce diplôme spécial contre un diplôme ordinaire, s'il leur convenait de pousser plus loin leur instruction mathématique, ou s'il leur plaisait d'entrer dans une carrière purement scientifique. La vocation médicale peut faiblir, surtout au début d'études pénibles qu'on n'aborde pas toujours avec la conscience des sacrifices qu'elles imposent; et, quant aux étudiants laborieux et persévérants, ils aimeront à profiter de cette faculté de compléter un examen dont ils auront subi antérieurement la partie la plus étendue, sinon la plus difficile. Enfin, et en tous cas, l'intérêt des familles sera respecté, et l'administration se montrera ainsi pleine de bienveillance pour tous ceux qui voudront se rattacher aux professions exigeant plus particulièrement les études mathématiques et le diplôme ordinaire de bachelier ès sciences.

Telles sont, Sire, les mesures et les prescriptions du projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à l'approbation de Votre Majesté.

Je suis avec un profond respect,

Sire,

De Votre Majesté,

Le très-humble et très-obéissant serviteur,

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut;

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

Vu le décret du 10 avril 1852 et notamment l'article 12 dudit décret qui est ainsi conçu :

« Les étudiants des facultés de médecine et des écoles supérieures de pharmacie sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès lettres. Ils doivent produire le diplôme de bachelier ès sciences avant de prendre la première inscription ; »

Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854;

Vu l'avis du conseil impérial de l'instruction publique, en date du 2 juillet 1858, duquel il résulte qu'il y a lieu :

1° D'exiger des étudiants en médecine, avant la première inscription, le baccalauréat ès lettres, et avant la cinquième, le baccalauréat ès sciences restreint;

2° De permettre aux bacheliers ès lettres, au commencement de l'année scolaire prochaine, de devenir étudiants en médecine, sauf à justifier à la cinquième inscription du baccalauréat ès sciences actuel;

Notre conseil d'État entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. Les étudiants des Facultés de médecine aspirant au doctorat doivent produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès-lettres, et, avant de prendre la troisième, le diplôme de bachelier ès sciences, restreint pour la partie mathématique.

La restriction indiquée dans le paragraphe précédent sera l'objet d'un règlement ministériel délibéré en conseil impérial de l'instruction publique.

ART. 2. Le baccalauréat ès sciences exigé des étudiants en médecine est délivré sous la forme d'un diplôme spécial, qui n'a de valeur que pour les études médicales.

Les droits à percevoir pour le baccalauréat ès sciences des étudiants en médecine sont fixés à la somme de cinquante francs, ainsi répartis :

Examen.	30 fr.
Certificat d'aptitude.	10
Diplôme.	10
Total égal.	50 fr.

ART. 3. Les jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier ès sciences, spécial aux étudiants en médecine, peuvent l'échanger contre un diplôme ordinaire de bachelier ès sciences, en subissant la partie de l'examen dont ils ont été dispensés la première fois, et en payant le complément des droits montant à la somme de cinquante francs.

ART. 4. Jusqu'au 1er novembre 1861, les jeunes gens pourvus du diplôme ordinaire de bachelier ès sciences peuvent prendre leurs inscriptions et leurs grades dans une faculté de médecine, sans être tenus de produire le diplôme de bachelier ès lettres.

ART. 5. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 23 août 1858.

Par l'Empereur : NAPOLÉON.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Polydipsie. — Traitement par la valériane à haute dose.

Il y a quelques jours, un malade sortait de l'Hôtel-Dieu après un séjour de plusieurs mois, durant lequel il avait vivement piqué la curiosité de toutes les personnes qui suivent la clinique. Cet homme était affecté de polydipsie. C'est peut-être l'un des exemples les plus extraordinaires de ce genre d'affection. Il est sorti non pas guéri, mais dans un état d'amendement très-notable, produit par l'usage de la valériane à haute dose. Cette médication a déjà donné, en pareil cas, de très-remarquables résultats entre les mains de M. Rouyer d'abord, puis entre les mains de M. Trousseau, notamment chez un malade que nous nous souvenons d'avoir vu dans ses salles au début de son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu, il y a cinq ou six ans environ. — Ce malade, qui buvait chaque jour jusqu'à 32 litres de tisane et urinait en conséquence, après quatre mois de traitement par la valériane portée graduellement à la dose énorme de 30 grammes, sortit complétement guéri; et si les renseignements qu'on nous a fournis depuis sur son compte sont exacts, sa guérison se serait parfaitement maintenue. — Le résultat n'a pas été tout à fait aussi heureux dans le cas qui va nous occuper, mais il l'a été assez néanmoins pour mériter d'être signalé. L'observation de ce malade est d'ailleurs assez digne d'intérêt par elle-même pour que nous croyions devoir la rapporter ici en abrégé.

Robert, âgé de vingt-quatre ans, garçon encore vigoureux, bien qu'il soit malade depuis quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Trousseau le 7 mai de cette année. La maladie pour laquelle il vient réclamer des soins datait, disons-nous, de quatre ans. Voici dans quelles circonstances on l'a reconnue. Cet homme était à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Laugier pour un accident chirurgical. Entre autres phénomènes morbides indépendants de la lésion pour laquelle il était entré, il se plaignait quelquefois de douleurs dans les reins, particulièrement du côté droit. Pendant son séjour dans les salles de chirurgie, on s'aperçut qu'il buvait abondamment et qu'il urinait en proportion; il buvait déjà à cette époque environ six litres par jour, et urinait, disait-il, comme quatre hommes. Ce phénomène éveilla l'attention de M. Laugier, qui pria M. Bouchardat, alors pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, d'examiner les urines. M. Bouchardat trouva du sucre, mais en petite quantité. Robert fut transféré au bout de quelques jours dans le service de M. Rostan. Il buvait alors quinze litres de liquide. Il ne fit dans ce service qu'un séjour de cinq semaines. Au moment où il le quitta, il buvait de dix-huit à vingt litres et en urinait vingt-cinq. (Pendant tout le temps de sa maladie la quantité d'urine a toujours dépassé celle des boissons.)

Entré à la Charité dans le service de M. Piorry, pendant trente-deux litres d'urine, il est soumis à une abstinence presque absolue de boissons. On ne lui donne pour étancher sa soif que de la glace et des citrons à sucer; aliments solides à discrétion. Après huit mois de ce régime, très-péniblement supporté (il était séquestré, et il souffrait de la soif à ce point qu'un jour il se jeta avec avidité sur son vase de nuit et le vida jusqu'à la dernière goutte), il était survenu néanmoins une grande amélioration; Robert ne buvait plus que six litres et n'en urinait que dix. Cependant, voyant qu'il maigrissait rapidement et que sa vue s'en allait avec ses forces, il demanda à sortir.

Au bout d'un an, nouvelles douleurs dans le rein droit avec augmentation de la soif et des urines. Il va à Lariboisière, dans le service de M. Hervez de Chégoin; il buvait alors quatorze litres et en urinait de dix-huit à vingt. On retrouve quelques traces de sucre dans ses urines. Il est traité par le gluten et le fer, l'opium, le quinquina en tisane et un régime fortement animalisé (2 kilogrammes de viandes rôties, de 20 à 25 et même 50 œufs et 1 litre de vin en sus de sa ration). Ce traitement n'a pas la moindre influence sur l'état du malade; il ne réussit même pas à faire diminuer la quantité de glycose contenue dans les urines, plus abondantes que jamais. Ne voyant aucune amélioration au bout de deux mois et demi, il sort.

Quelques jours après, il rentre dans le même hôpital (service de M. Pidoux), qui le met au régime suivant : pain grillé; 5 livres de viande, dont 3 de jambon et 2 de viandes rôties; 1 litre de vin en supplément. Pour médicament : poudre de valériane, 10 grammes dès le premier jour, à prendre dans les vingt-quatre heures ; bi-carbonate de soude; eau vineuse, 6 litres.

Sous l'influence de ce traitement, le malade voit bientôt diminuer la soif ainsi que les urines, qui, de 29 litres, tombent à 11 et 12 litres.

Voyant avec quelle étonnante facilité cet homme supportait les boissons alcooliques, M. Pidoux essaya de lui faire prendre de l'eau-de-vie; il prit 1 litre de 3/6, qu'il avala en deux séances à une demi-heure d'intervalle. Il en prit la même quantité chaque jour pendant une semaine, sans en éprouver la moindre incommodité. Il restait complétement réfractaire à l'action de l'alcool, qui ne réussit pas même à le mettre en gaieté. Ce n'était pas la première fois d'ailleurs qu'il donnait des preuves de cette singulière immunité. Un jour, à la suite d'un pari, il but, sans en être incommodé, jusqu'à 20 litres de vin!

Après un séjour de trois mois chez M. Pidoux, il sort n'ayant plus un atome de sucre dans les urines. Il se remet à travailler, mais bientôt à bout de forces, il se dirige de nouveau vers l'hôpital, et cette fois il entre dans le service de M. Trousseau.

M. Trousseau lui prescrit d'emblée 10 grammes d'extrait de valériane, puis progressivement on atteint la dose de 20 et même de 30 grammes. Alors, de 29 litres, la quantité d'urine descend promptement à 6. La soif diminue dans la même proportion. Mais malheureusement il arrive un moment où il ne peut plus supporter la valériane, qu'il vomit sitôt après l'avoir ingérée. L'appétit devient languissant, il ne mange plus que 4 portions. En même temps, il survient des convulsions. La valériane est supprimée, et le traitement suspendu pendant quinze jours; les urines remontent dès lors jusqu'à 16 litres.

Le malade sort et revient au bout de quatre jours, buvant 33 litres, et urinant 37 et même jusqu'à 43 litres. M. Trousseau le met à l'usage de l'extrait de belladone, mais elle est vomie presque aussitôt. Le sirop de strychnine n'est pas mieux supporté; il en est de même de l'huile de noix vomique, essayée à la dose de 15 centigrammes, et à laquelle on est encore obligé de renoncer. Cependant ce dernier remède avait réduit les urines à 18 litres.

Un chapitre supplémentaire comprend les modifications congénitales de conformation.

La deuxième partie renferme en deux livres le commencement de l'anatomie pathologique spéciale. Dans le premier, deux sections relatives aux maladies de l'appareil circulatoire, cœur et vaisseaux sanguins et lymphatiques. Dans le second, consacré aux affections des organes respiratoires, quatre sections où il est traité des maladies du larynx et de la trachée, des bronches et du parenchyme pulmonaire, de la plèvre et de la glande thyroïde.

Ce premier volume ne contient pas moins de 287 observations résumées avec soin, dégagées de tous les détails inutiles, et éminemment instructives au point de vue qu'a eu principalement pour but de traiter M. Lebert.

Nous l'avons déjà dit, l'ouvrage de M. Lebert est jusqu'à présent le plus magnifique monument qui ait jamais été élevé dans aucun pays à l'anatomie pathologique. Le livre, c'est la France qui pourra à juste titre s'en enorgueillir. Si M. Lebert est Prussien d'origine, il a choisi pendant vingt ans la France pour patrie adoptive, et, reconnaissant du bienveillant accueil qu'elle lui a fait, c'est en français et à Paris qu'il a voulu que son immense travail fût publié.

Il a eu lieu du reste, disons-le bien vite, de se féliciter de cette résolution. Où aurait-il trouvé autre part que dans la véritable capitale du monde scientifique un éditeur aussi intelligent, aussi actif, aussi disposé à engager sans hésitation et de la manière la plus désintéressée des capitaux immenses dans une entreprise que sa splendeur ne met malheureusement pas à la portée de toutes les fortunes médicales?

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal, par le docteur MAGNE (1).

C'est au moyen de la *cautérisation du sac lacrymal* que M. Magne obtient cette cure radicale. A l'époque où fut publiée la première édition de ce travail (1850), la cause de l'*oblitération du sac* paraissait complétement perdue; cette méthode, en effet, dont la première origine est attribuée à Nannoni, avait été employée dans quelques cas exceptionnels et entièrement abandonnée par les chirurgiens.

Tout au plus concédait-on que l'*oblitération du sac* pouvait être employée comme méthode exceptionnelle et comme dernière ressource, quand M. Magne l'érigea en *méthode générale*.

L'auteur explique comment il a été conduit à créer un procédé en désaccord avec les opinions généralement reçues.

Le *cathétérisme*, rarement praticable, souvent douloureux, toujours insuffisant, est rejeté par les hommes les plus compétents.

Les *injections* doivent être prolongées durant des années pour apporter quelque amélioration.

La *dilatation* à l'aide des clou, séton, corde à boyaux, etc., méthode longue et douloureuse, ne prévient pas la récidive.

La *canule* a fait son temps, elle est jugée.

La *création des voies artificielles* ne préserve pas du retour de l'inflammation.

La *compression* n'a de valeur que dans le cas de relâchement du sac.

Tel était l'état de la science quand M. Magne vint lutter en faveur de la *cautérisation* du sac. L'unanimité de découragement et d'insuccès ressortant de tous les procédés connus, lui rendait, il est vrai, la tâche moins difficile, et devait lui présager le triomphe qu'il a obtenu et le droit de domicile que sa méthode a acquis dans la science.

« La méthode en elle-même, a dit M. le professeur Nélaton dans une » de ses leçons cliniques, n'est pas nouvelle, mais elle avait été com» plétement abandonnée, et on peut la considérer comme une invention » nouvelle au point de vue principalement de la généralisation. »

Convaincu que les insuccès qui ont suivi la *cautérisation du sac* devaient être attribués non à la méthode, mais au peu d'action du caustique employé, M. Magne a adopté le beurre d'antimoine, et il a eu constamment à se louer de cet agent, qui, dans l'espace de douze jours, détermine l'inflammation, la suppuration et la cicatrisation complète.

M. Magne écrivait, il y a trois ans, qu'il n'avait rencontré qu'un seul insuccès sur plus de quarante opérations; et dans ce cas, il existait une carie de l'os unguis. Le nombre des insuccès n'a pas augmenté depuis lors.

Notre confrère va au-devant d'une objection qu'on ne pouvait manquer de lui faire. Le sac est détruit, que deviennent les larmes? Il donne à ce sujet quelques explications physiologiques, et confirme ce fait déjà observé et reconnu aussi depuis par le professeur Stœber, qu'il y a d'abord un épiphora qui diminue peu à peu et qui finit ensuite par disparaître.

Le chapitre Ier de la brochure de M. Magne contient des considérations générales sur le traitement de la tumeur de la fistule du sac lacrymal. Le second chapitre est consacré à l'exposé et à l'appréciation du traitement médical; l'exposé et l'appréciation des divers procédés chirurgicaux mis en usage, font le sujet des trois paragraphes suivants; enfin, le sixième traite de la méthode de l'auteur; il y décrit les instruments qu'il emploie, le procédé opératoire, le pansement, les accidents et les soins consécutifs. L'auteur termine par quelques observations de cas anormaux de fistule lacrymale.

Le travail de M. Magne restera comme un service rendu à la chirurgie oculaire. Grâce à lui, la guérison de la fistule lacrymale aura toujours lieu promptement et sans récidive.

Qu'on nous permette une citation de l'auteur, qui explique ce qu'était la cautérisation du sac il y a dix ans et ce qu'elle est aujourd'hui : « Le succès obtenu par l'oblitération du sac a dépassé mes espérances. Universellement blâmé à l'époque où je publiai mes premiers travaux, cette méthode a aujourd'hui conquis sa place dans la science. Je remercie bien sincèrement les chirurgiens qui l'ont prise sous leur patronage, et les organes de la presse médicale qui l'ont propagée. »

Dr A. FOUCART.

(1) 2me édition, chez J. B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Après quelques jours de repos, les urines restant au même point, on reprend l'usage de la valériane à 10 grammes.

Il y avait dix jours que le malade prenait la valériane à la dose de 10 grammes, lorsque, le 16 août dernier, il fut soumis à l'examen et à l'interrogatoire qui nous ont appris les détails qui précèdent. Voici quel était son état à cette époque.

Malgré cette longue maladie, Robert conservait encore physiquement les apparences d'une assez bonne santé; il n'a d'ailleurs jamais eu de fièvre. Il a la bouche pâteuse, et tout ce qu'il mange lui paraît sucré; sa salive est rare, épaisse; la soif, bien qu'encore assez vive, est infiniment moins impérieuse que précédemment. Il remarque que les boissons acidules, aigrelettes, apaisent mieux sa soif que toute autre boisson. Aussi, dans les intervalles qui ont séparé chacun des traitements qu'il a suivis, ne buvait-il que de la limonade et des sirops acidules. Aujourd'hui il se contente de six litres de liquide par jour. L'émission des urines a lieu neuf, dix, onze fois dans les vingt-quatre heures, et il en rend un litre chaque fois; elles sont claires, limpides comme de l'eau de roche. La peau est rugueuse, sèche et très-sensible à l'impression du froid.

La valériane est continuée à la même dose.

Le 24, les boissons ne sont plus que de quatre litres, et les urines de cinq et demi à six litres au plus.

Le 27, le malade va de mieux en mieux. Il ne boit plus que 3 litres et en rend seulement de 4 1/2 à 5. Les urines sont plus colorées, ce qui est arrivé chaque fois qu'elles ont diminué de quantité. Elles ne contiennent plus de sucre. Les forces reviennent.

Le 29, il s'est opéré dans la nuit une hausse subite dans les boissons et les urines. On élève la dose de valériane à 12 grammes.

Le 31, la soif retombe à 4 litres et les urines à 5.

Le 1er septembre, Robert, n'ayant bu la veille que 2 litres 1/2, et n'ayant uriné que 3 litres à 3 litres 1/2, demande et obtient son *exeat*.

Traitement des fongosités utérines par l'abrasion (1).

Le seul mode de traitement dont il soit question dans la thèse de M. Rouyer est l'abrasion de la muqueuse. Nous ne décrirons pas ici la curette utérine de Récamier, connue aujourd'hui de tout le monde, et nous ne rappellerons du procédé opératoire que quelques détails utiles à connaître pour l'application à quelques cas particuliers. La manœuvre ordinaire consiste, on le sait, après avoir introduit l'instrument avec précaution et lentement dans l'utérus, à lui imprimer quelques mouvements de rotation sur son axe; les bords de la gouttière de l'instrument entament la muqueuse qui se loge dans la petite cavité linéaire, et après deux ou trois tours qui suffisent pour remplir cette gouttière, on retire l'instrument avec la même précaution que l'on a apportée à son introduction.

Mais il peut arriver, dit M. Rouyer, qu'on rencontre quelque difficulté au moment où l'extrémité de la curette arrive près de l'orifice cervico-utérin; cette difficulté étant due le plus ordinairement à une condition spasmodique, il suffit d'essayer plusieurs fois sans violence, et on parvient ainsi à pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus.

S'il existe un changement dans la direction ou la forme de l'utérus, s'il y a une incurvation antérieure ou postérieure, par exemple, il ne faudrait pas imprimer à la curette des mouvements de rotation sur elle-même, car son extrémité utérine décrirait un arc de cercle beaucoup trop considérable, et déchirerait les parois de l'utérus. On se contentera alors d'imprimer de légers mouvements de latéralité à la curette, en grattant la surface interne de l'utérus; on pourra se servir d'instruments dont la courbure sera appropriée à celle de l'organe.

Dans ces cas, comme d'ailleurs lorsque la matrice est dans sa direction normale, il faut agir lentement; il faut que l'instrument soit conduit sans violence, et ne cherche à triompher d'aucune résistance.

Pour pouvoir conduire et diriger la curette dans la cavité utérine, on se sert du spéculum bivalve, l'instrument pouvant passer dans l'intervalle qui sépare les deux valves, et être ainsi amené dans l'axe de la cavité utérine, condition qu'on ne pourrait réaliser avec les spéculums pleins.

Dans presque tous les cas que M. Rouyer a relevés, les suites immédiates de l'opération ont été simples. Il en résulte, en général, une douleur peu intense, qui persiste pendant une heure ou deux, quelquefois plus, mais qui disparaît pendant la nuit suivante. On conseille dans ce cas à la malade de garder le repos pendant les quelques jours qui suivent l'opération.

Dans quelques cas il a suffi d'une seule abrasion pour obtenir la guérison. Tel est, en particulier, le cas d'une malade entrée dans le service de M. Nélaton, le 24 février dernier, en proie à des métrorrhagies presque incessantes, accompagnées de douleurs dans le bas-ventre, etc., et chez laquelle M. Nélaton reconnut l'existence de fongosités utérines. L'abrasion de la muqueuse permit d'extraire en effet plusieurs lambeaux présentant les caractères qui ont été décrits dans notre précédent article. Dans la journée qui suivit, la malade éprouva quelques douleurs et garda le lit. Le lendemain il n'existait plus de douleurs, même lorsqu'on palpait la région hypogastrique. L'écoulement du sang avait beaucoup diminué. Deux jours après il n'y avait plus qu'un écoulement séreux peu abondant.

Le sixième jour, l'écoulement était complétement arrêté.

Cependant les choses ne se passent pas toujours aussi simplement; il est des cas dans lesquels il est nécessaire de renouveler une ou plusieurs fois l'abrasion de la muqueuse utérine, ou de faire suivre cette opération d'une cautérisation au nitrate d'argent.

En résumé, les résultats de l'abrasion de la muqueuse utérine dans les vingt et quelques observations consignées dans la thèse de M. Rouyer ont été généralement satisfaisants. Une seule abrasion a suffi dans quelques cas, comme on l'a vu, pour obtenir une guérison complète. Le plus souvent, toutefois, il a fallu renouveler les abrasions, et quelquefois même on a dû y joindre des cautérisations intra-utérines. M. Rouyer fait remarquer, en outre, que plusieurs fois, assez souvent même, ainsi qu'on peut s'en assurer en parcourant ces observations, la guérison a été obtenue lors même que l'on n'avait retiré qu'une quantité très-minime et presque insignifiante de fongosités. Enfin il est arrivé, dans un certain nombre de cas, que l'affection a récidivé ou que les symptômes disparus pendant quelque temps ont reparu, surtout quand on n'avait agi qu'une seule fois.

Une question assez délicate se présente ici, au sujet des faits dans lesquels les malades ont guéri, bien qu'on n'eût retiré par l'abrasion qu'une quantité insignifiante de fongosités.

On peut se demander si, dans ces cas-là, on n'avait pas eu affaire à autre chose qu'à des fongosités utérines, et si la curette n'avait pas agi comme paraît agir quelquefois le redresseur utérin de Valleix ou de Simpson. La question inverse peut encore être posée, et l'on peut se demander encore si, dans quelques-uns de ces cas d'accidents utérins assez mal définis, dont on a obtenu la guérison au moyen du redresseur utérin, ce dernier instrument n'aurait pas agi à la manière de la curette, c'est-à-dire en entraînant après lui les fongosités qui tapissent la muqueuse utérine.

Ainsi, d'une part, nous trouvons une observation de M. Robert qui est un exemple d'antéflexion de l'utérus compliquant la présence de fongosités dans la cavité de l'organe. Or, la malade a été guérie presque complétement par l'abrasion des accidents morbides qu'elle éprouvait depuis plusieurs années, bien que l'antéflexion ait persisté.

D'un autre côté, dans deux observations de M. Nélaton, où le principal symptôme consistait dans des douleurs rénales et hypogastriques, la curette, introduite dans l'utérus, n'a rien amené au dehors, et néanmoins cette manœuvre fut suivie, dans les deux cas, sinon d'une guérison complète, du moins d'un grand soulagement qui permit aux malades de quitter l'hôpital et de reprendre leurs occupations.

Faudrait-il en conclure que l'abrasion pourrait être utilement appliquée dans d'autres cas que ceux où il existe des fongosités? Ces faits sembleraient l'indiquer; mais ces indications, on en conviendra, sont encore bien vagues.

Il a été question de récidives. Il s'en est présenté trois cas dans le service de M. Nélaton dans l'espace de quatre ou cinq ans. L'une de ces observations a été déjà publiée dans ce journal. M. Follin en a également fait connaître un cas qu'il a communiqué à la Société de chirurgie.

L'opération de l'abrasion n'est pas exempte d'accidents. M. Rouyer n'en constate qu'un seul qui ait été observé pendant l'opération; mais il est assez sérieux pour s'en préoccuper, c'est la perforation des parois de l'utérus, perforation d'autant plus facile à produire que le tissu de cet organe est ordinairement ramolli dans l'affection dont il s'agit. Bien que dans plusieurs des cas connus où cette rupture a été produite, il n'en soit pas résulté d'accidents graves, on ne pourrait évidemment toujours compter sur une pareille immunité. On ne saurait donc prendre trop de précautions pour l'éviter, c'est-à-dire procéder avec la plus grande douceur dans les manœuvres de l'abrasion. Quant aux accidents consécutifs, il n'en aurait jamais été observé, d'après M. Rouyer. Il n'en est du moins fait aucune mention dans les faits assez nombreux qu'il a réunis.

Un mot encore sur un moyen de traitement dont il n'est fait qu'une simple mention dans ce travail, et qui nous paraît cependant appelé à un rôle utile dans le traitement de cette affection: nous voulons parler du perchlorure de fer.

« Le seul traitement médical que l'on pourrait essayer, dit M. Rouyer, serait le perchlorure de fer pris à l'intérieur. Je ne sache pas que cela ait été fait encore. »

Cela a été fait ou est en voie de se faire. Dans les observations que nous avons publiées sur l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur comme hémostatique, il y a sans aucun doute plusieurs faits qualifiés métrorrhagie, et qui se rapportent très-probablement à la maladie dont il s'agit. On comprend que nous ne donnions pas ces faits pour certains; mais aujourd'hui que l'attention des praticiens est appelée sur cet agent thérapeutique, nous ne doutons pas qu'avant peu les essais se multiplient assez pour nous mettre à même d'apprécier l'efficacité d'un moyen qui, vu son innocuité, serait préférable encore à l'emploi de la curette.

Applications diverses du perchlorure de fer à l'intérieur. Son emploi comme martial.

L'article précédent nous ayant amené à parler du perchlorure de fer, nous saisirons cette occasion pour reprendre le cours de notre enquête thérapeutique sur cette médication. Parmi les communications qui nous sont parvenues depuis que ce point de pratique a fixé notre attention, nous devons, par ordre de date, la première mention à la note suivante, que nous a adressée M. le docteur J. Ekel-Biffardoy.

« J'emploie fréquemment le perchlorure de fer depuis sa découverte, nous écrit notre confrère, et cela par suite d'un hasard.

» L'ayant prescrit dans une hémorrhagie suite de couches, je jugeai à propos de continuer son emploi pour prévenir quelque récidive, et je ne tardai pas à observer sur ma malade tous les heureux effets de la médication ferrugineuse. Depuis ce temps je l'emploie de préférence, et je n'ai eu qu'à me louer des résultats. »

Voici l'observation que M. Ekel-Biffardoy rapporte à l'appui:

» Mme X... vint me consulter le 10 mai 1858. Atteinte il y a quatre ans d'une maladie syphilitique, elle avait été traitée successivement par les moyens employés en pareil ces, préparations mercurielles, etc., et plus tard iodure de potassium.

» Ces remèdes l'avaient beaucoup fatiguée, et depuis onze mois elle avait renoncé à leur usage. Cependant, comme depuis quelque temps elle s'apercevait que sa vue faiblissait sensiblement, elle se décidait à essayer encore de recourir aux conseils d'un médecin.

» Cette femme est âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique. Les principales fonctions s'exécutent mal; le sommeil est très-léger, inquiet, se dissipant au moindre bruit; l'appétit est nul, les digestions difficiles.

» J'examine d'abord les yeux, et je trouve la pupille extrêmement dilatée, mais sans déformation qui puisse faire remonter la cause du mal à une iritis syphilitique; la conjonctive ne présente pas de traces d'injection, et à part la dilatation de l'ouverture pupillaire, l'œil ne présente aucune circonstance anormale.

» La langue a environ le double de son épaisseur habituelle, elle est fendillée sur plusieurs points de son pourtour; il n'y a cependant jamais eu de salivation bien marquée. La parole est difficile, surtout le matin; ce n'est que dans la journée, après un certain temps d'efforts, que la malade peut s'exprimer avec plus de facilité.

» La respiration est légèrement gênée d'habitude; cette gêne augmente au moindre mouvement, et se complique alors de quelques battements de cœur.

» Il y a, de plus, une perte blanche très-abondante; les règles sont pénibles, et se reproduisent toutes les trois semaines. Il n'y a jamais eu de taches syphilitiques, non plus que de douleurs ostéocopes.

» J'attribuai la plus grande partie de cet état morbide à une chloro-anémie, suite peut-être de quelque exagération dans l'emploi des moyens anti-syphilitiques auxquels la malade avait été soumise si longtemps, et contre lesquels elle avait conservé une si profonde répugnance, et je pensai que le perchlorure de fer, qui m'avait rendu déjà de grands services dans plusieurs cas de cachexie, pourrait m'être encore utile dans cette circonstance.

» Je prescrivis donc: Sirop de fleur d'oranger, 120 grammes; perchlorure de fer, 20 gouttes, une cuillerée à bouche matin et soir; dans la journée, tisane de houblon édulcorée avec le sirop d'écorce d'oranges.

» Je revis la malade dix jours après; son état était déjà amélioré; la vue avait cessé de s'affaiblir, peut-être même avait-elle gagné quelque chose, mais c'était insignifiant. La respiration était plus libre, la langue un peu dégorgée et ses mouvements plus faciles. Le sommeil et l'appétit étaient bien meilleurs, et la perte blanche surtout aux trois quarts supprimée.

» Je continuai l'usage du perchlorure de fer en supprimant la tisane de houblon, et lorsque la malade revint me voir, douze jours après, je trouvai des progrès bien plus marqués. La dilatation anormale de la pupille avait presque entièrement cessé; sa contractilité était revenue beaucoup plus sensible; aussi la malade pouvait-elle lire, se livrer à des travaux de couture; la langue était complétement dégorgée, la parole était facile, la respiration libre, la perte blanche insignifiante. Les règles, qui paraissaient toutes les trois semaines, n'ont reparu que le vingt-huitième jour, et sans le cortége de coliques qui les accompagnait habituellement. J'ai engagé la malade à continuer encore quelques jours son traitement pour en assurer la consolidation. »

Usage interne du perchlorure de fer dans l'uréthrite.

M. le docteur Barudel, médecin-major à l'hôpital militaire de Lyon, prescrit, dans l'uréthrite, la potion suivante, qu'il continue pendant dix jours:

Eau distillée.	60 grammes.
Perchlorure de fer à 30 degrés. .	20 gouttes.
Sirop simple.	15 grammes.

Mêlez.

Il joint, il est vrai, à l'usage de cette potion, des injections au perchlorure de fer, dont la composition varie suivant que l'uréthrite est aiguë ou chronique.

Dans l'uréthrite aiguë, le malade fait trois fois par jour une injection avec la liqueur suivante:

Eau distillée.	100 grammes.
Iodure de plomb.	10 —

Mêlez.

(1) Voir la *Revue clinique* de samedi dernier.

Dans l'uréthrite chronique, les injections doivent être faites avec :

Perchlorure de fer à 30 degrés. . 25 gouttes.
Eau distillée. . . . . . . 100 grammes.

Trois fois par jour.

Il faut laisser séjourner l'injection au moins dix minutes dans le canal.

En général, dit M. Barudel, au bout de trois jours, on constate une certaine amélioration. Il n'a jamais remarqué, pas plus dans l'état aigu que dans l'état chronique, la moindre aggravation dans l'état inflammatoire de l'organe. Dès le quinzième jour, la guérison est presque toujours assurée.

Nous reviendrons sur ces faits. M. Barudel a d'ailleurs fait, pour un grand nombre de cas divers, des essais d'administration du perchlorure de fer dont nous aurons à tenir compte dans l'appréciation de cette médication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 septembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

M. VERNEUIL. Puisque la question du diagnostic de la coxalgie est posée, voici deux faits qui tendent à démontrer que ce diagnostic est parfois plus difficile qu'on ne le pense.

OBS. I. — Jeune fille de vingt et un ans, chute sur le siége et quelques jours après contusion de la hanche, suivie bientôt de douleurs dans la région coxo-fémorale et de gonflement du pied. La malade prend le lit, et y reste pendant quatre mois sans interruption jusqu'à son entrée à l'hôpital. L'affection fut successivement considérée comme un rhumatisme, puis comme une sciatique, et traitée par les ventouses et les vésicatoires répétés, puis par les inoculations de chlorhydrate de morphine avec la pointe d'une lancette. Ces moyens furent impuissants; les douleurs, parfois très-violentes, persistaient dans la hanche, le genou et le pied. L'attitude vicieuse que nous décrirons bientôt se produisit de très-bonne heure. Entrée à l'hôpital le 27 juillet 1858, salle Saint-Paul, n° 3.

Membre dans l'adduction, la rotation en dedans; la flexion au tiers environ; cambrure prononcée de la région lombaire; ascension et projection en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit; raccourcissement apparent de 3 centimètres; immobilité complète du membre maintenue par les muscles, les moindres mouvements communiqués étant fort douloureux. Douleurs intenses à la pression dans le pli inguinal et le contour postérieur du grand trochanter. Le bassin et la cuisse malade se meuvent ensemble et paraissent soudés. La mobilité obtenue a son siége dans la colonne lombaire; irradiation des souffrances dans le genou et le pied; décubitus dorsal ou sur le côté sain, jamais sur le côté malade. Etat général assez bon; symptômes manifestes de chloro-anémie; coxalgie subaiguë de la forme la plus commune; attitude vicieuse prononcée sans aucun déplacement articulaire. Tel fut le diagnostic; tous ceux qui virent la malade, M. Bonnet (de Lyon), notre savant collègue M. Bouvier, l'adoptèrent pleinement. Mais bientôt je revins de ma première opinion. Après avoir prescrit sans résultat marqué les ventouses scarifiées, les applications émollientes et narcotiques, l'anesthésie fut obtenue avec le chloroforme, et je pus m'assurer de l'intégrité absolue de l'articulation; celle-ci exécutait les mouvements physiologiques les plus étendus *sans la moindre difficulté*, sans trace d'un frottement articulaire, d'une rétraction ligamenteuse ou musculaire quelconque, de la moindre adhérence des surfaces. L'articulation d'un cadavre à l'amphithéâtre n'eût pas été plus souple. Dans cette première séance, je me contentai de placer le membre dans la rotation en dehors et dans l'abduction, en laissant persister la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin; mais, après avoir entendu la remarquable communication de M. Bonnet et avoir d'ailleurs soumis la malade à son obligeant examen, je résolus de recommencer l'opération, et d'appliquer à la fois les idées de notre collègue de Lyon et son appareil inamovible fidèlement reproduit. La première séance n'avait d'ailleurs amené aucun autre accident que de l'inappétence et quelques troubles nerveux, que la malade elle-même, et par expérience, attribuait au chloroforme.

Le 30 août, nouvelle anesthésie en présence de MM. Bouvier, Duval et d'un public nombreux que ce fait intéressait, et qui a pu suivre les phases ultérieures du mal. Même liberté du côté de la jointure. L'appareil amidonné avec attelles de carton et de fil de fer maintint sans peine le membre dans l'extension complète.

Les troubles nerveux recommencèrent et durèrent trois jours, sans fièvre toutefois, et sans le moindre symptôme alarmant. La malade accusait des douleurs dans la hanche, le pied et le genou. Cédant à ses instances, je détruisis la portion pelvienne de l'appareil, ne conservant qu'une grande botte montant jusqu'à l'ischion et le pli inguinal. La jeune fille se dit fort soulagée le lendemain, et nous avoua que déjà à plusieurs reprises, et sans appareil, elle avait ressenti des douleurs aussi fortes que celles des jours précédents. Nous avions donc été trompés sur la véritable cause de l'exacerbation, et nous avions involontairement cédé à un caprice. L'extension persista néanmoins, mais la rotation en dedans se reproduisit à un certain degré; les douleurs locales avaient beaucoup diminué dans le membre, et, avant de réappliquer l'appareil complet, nous voulûmes tenter la marche avec des béquilles.

Le 8 septembre, la malade marchait assez aisément une heure par jour. Bientôt après, la force revenant peu à peu dans le membre, les douleurs de la hanche avaient cessé, le pied portait complétement sur le sol, et sa pointe pouvait par l'action de la volonté être portée en dehors.

Le 13, la progression était facile avec une seule béquille.

Le 15, la malade, qui du reste était levée tout le jour, pouvait faire une dizaine de pas *sans aucun soutien*. L'appareil étant de plus en plus détruit fut enlevé; on resta vingt-quatre heures sans le réappliquer. Les douleurs et l'attitude vicieuse reparurent aussitôt, quoiqu'à un degré beaucoup moindre que la première fois. La malade, qui désirait s'en aller, fut convaincue alors que la guérison n'était pas complète, et nous vîmes encore se confirmer les idées de M. Bonnet, qui recommande l'application prolongée de l'appareil. L'appareil sera réappliqué, et la marche reprise aussitôt que possible. Il est bien entendu qu'un traitement général convenable fut institué contre la chloro-anémie.

La Société sera informée des suites de cette observation, dans laquelle la guérison sera certainement obtenue.

Je veux seulement aujourd'hui rectifier le premier diagnostic. Je ne crois pas qu'on puisse confondre ce cas avec une véritable coxalgie, c'est-à-dire avec une affection inflammatoire des parties molles et des parties dures de l'articulation coxo-fémorale. J'y vois plutôt une attitude vicieuse entretenue par le système nerveux et les muscles péri-articulaires avec intégrité complète de la jointure. Je ne comprendrais guère, en effet, comment une arthrite datant de quatre mois aurait produit dans les éléments articulaires assez peu de ravages pour que nul vestige n'en fût appréciable par les mouvements, pour que le redressement brusque n'ait éprouvé aucun obstacle, et pour qu'enfin la marche, c'est-à-dire la pression et le jeu des surfaces diarthrodiales l'une sur l'autre, devînt possible après huit jours d'application d'un appareil tout à fait incomplet.

— L'autre observation est curieuse à un autre titre : c'est l'histoire d'un malade chez lequel le diagnostic fut changé au moins deux fois pendant le cours de la maladie. On abandonna l'idée première d'une coxalgie pour celle d'un abcès péri-articulaire; puis on songea à une phlébite de la veine fémorale, et à l'autopsie on trouva à la fois l'abcès, la phlébite et la coxalgie. Mais le fait est assez important pour que quelques détails soient donnés (1).

M. BOUVIER fait des réserves sur la première observation. Le diagnostic posé par M. Verneuil, qui n'admet pas la coxalgie, ne lui paraît pas suffisamment justifié.

La contracture lui paraît symptomatique. On pourra probablement par la suite prononcer sur la question, que pour son compte il est loin de considérer comme résolue.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

J. Chapplain : *Mémoire sur les avantages et les inconvénients des divers systèmes de répression proposés jusqu'à ce jour.* (Mémoire de concours de 1853), in-8°.

J. Chapplain : *De l'influence des anciens hôpitaux sur les opérations chirurgicales.* Marseille, 1847, in 8°.

Mordret : *De la mort subite dans l'état puerpéral.* (Extrait des mémoires de l'Académie impériale de médecine). Paris, 1858, in-4°.

— M. Foucher écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'extrait d'une observation adressée à la Société par M. Jean Oxamendi, de la Havane, docteur médecin de la faculté de Paris.

Fracture compliquée de jambe avec issue de fragments. Fracture transversale de la rotule du même côté. Traitement par l'attelle postérieure. Guérison. — Dans une des journées les plus chaudes du mois de juin 1857, M. Julian Fernandez, âgé de 55 ans, emporté par un cheval effrayé, fut précipité contre le tronc d'un palmier et de là sur le sol. Il se souvient qu'au moment de heurter le palmier, il chercha à amortir le choc en avançant la main gauche. Il voulut se relever, mais il retomba aussitôt et s'aperçut alors que sa jambe était cassée et que le fragment supérieur du tibia avait perforé la peau.

M. le docteur Oxamendi fut appelé et vit le blessé deux heures après l'accident. Il constata l'existence de plusieurs fractures, savoir :

1° Une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche à un pouce et demi environ au-dessus de l'apophyse styloïde. Cette apophyse était en outre détachée à sa base par un second trait de fracture, et offrait une mobilité indépendante.

2° Une fracture des deux os de la jambe gauche. La fracture du tibia était située à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de cet os; elle était très-oblique, et la pointe du fragment supérieur faisait saillie à travers la peau déchirée. Le péroné était cassé un peu plus bas, à environ deux pouces au-dessus du sommet de la malléole externe.

3° Une fracture transversale de la rotule du même côté, avec un écartement notable des fragments entre lesquels la peau présentait une dépression large et profonde.

La fracture du radius fut facile à réduire et à maintenir. On appliqua deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure, avec des compresses graduées. La consolidation se fit régulièrement, sans aucune difficulté.

Mais l'existence simultanée d'une fracture de la rotule et d'une fracture compliquée de la jambe du même côté suscitait pour le traitement des difficultés particulières. Sur le moment, et en attendant un meilleur appareil, qui ne fut prêt que le lendemain, on appliqua un simple bandage de Scultet.

Quelques heures après sa chute, le blessé fut pris de délire nerveux. Cet accident céda à l'administration de l'opium à la dose de 20 centigrammes en une seule nuit. Le second jour le bandage de Scultet fut enlevé et remplacé par l'appareil suivant : une longue et forte attelle, large de trois pouces, remontant jusqu'au milieu de la cuisse, descendant au delà de la plante du pied et garnie d'un coussin, fut appliquée sur la face postérieure du membre. Six trous pratiqués de chaque côté, sur les bords de cette planchette, donnèrent insertion à six larges liens, ou plutôt à six mouchoirs pliés en cravate, et décrivant chacun un cercle autour du membre. Les deux cercles supérieurs, légèrement obliques, contenaient la rotule et maintenaient rapprochés les fragments de ces os. Les quatre autres cercles étaient appliqués sur la jambe, laissant la plaie à nu par les pansements de chaque jour. Enfin, une sorte de kilos fut placé sous l'extrémité inférieure de l'attelle, de telle sorte que le membre, pendant tout le traitement, resta à la fois dans l'extension et dans l'élévation.

Les deux liens supérieurs ou rotuliens ne purent être serrés qu'au bout d'environ une semaine, à cause d'une arthrite du genou qui s'était développée dès le second jour, ce qui nécessita l'application de 40 sangsues.

Il ne survint aucun autre accident. La plaie de la jambe se referma sans exfoliation. Au bout de cinquante jours l'appareil fut enlevé, et on trouva que la fracture de jambe était complétement consolidée; néanmoins, à cause de la rotule, dont le cal fibreux ne paraissait pas encore assez résistant, l'appareil fut appliqué de nouveau et maintenu encore pendant trente jours. On permit alors au malade de quitter le lit et de marcher avec des béquilles; mais, pour plus de sécurité, on entoura le membre d'une bande amidonnée qui resta encore en place pendant dix jours.

A ce moment, c'est-à-dire quatre-vingt-dix jours après sa chute, le malade ne pouvait encore marcher qu'avec des béquilles; mais deux mois plus tard, il marchait assez bien avec un simple bâton. Enfin, à la date du 29 mai 1858, près d'un an après l'accident, les fractures du membre étaient parfaitement rétablies. La jambe était à peine le siége d'un très-léger raccourcissement, et le malade marchait aisément sans aucun appui, avec une claudication à peine appréciable.

(Nous publierons la fin de cette séance dans le prochain numéro).

(1) Par une cause indépendante de notre volonté, l'observation ne sera publiée que dans le prochain compte rendu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les concours pour les prix de fin d'année, à la Faculté de médecine de Montpellier, ont été ouverts le 6 juillet 1858.

Voici les noms des lauréats :

Première année. Prix : M. Martin. Mention honorable : M. Grinffelt. — *Deuxième année.* Prix : M. Delclos. — *Troisième année.* Prix : M. Girard. Mention honorable : M. Pasturel. — *Quatrième année.* Prix : M. Batigne.

Le Serbd.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 114. — MARDI 28 SEPTEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 114. — MARDI 28 SEPTEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 SEPTEMBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance plusieurs lectures et reçu plusieurs communications, dont chacune mérite une mention spéciale. M. Panzetti, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Padoue, a donné lecture d'un mémoire sur la compression par la main comme méthode générale du traitement des anévrysmes externes, point de pratique du plus grand intérêt, et qui est en ce moment l'objet d'une étude attentive de la part des chirurgiens. Nous donnons dans le compte rendu un court extrait du mémoire de M. Panzetti. Nous publierons dans un des prochains numéros un résumé des observations qui en font la base, et nous rappellerons à cette occasion à quel point en est en ce moment la question.

M. Bouchut a exposé à l'Institut sa méthode du tubage laryngien, qu'il a fait connaître à l'Académie de médecine, et sur laquelle nous avons appelé déjà plusieurs fois l'attention de nos lecteurs (voir les numéros des 16, 21 et 23 septembre). Nous y reviendrons lorsque nous serons en mesure de produire des faits qui nous permettent d'apprécier les services que cette méthode est susceptible de rendre.

On a entendu, enfin, une lecture de M. Maisonneuve sur une nouvelle méthode de cautérisation, destinée à obtenir la destruction des tumeurs, et à laquelle il donne le nom de cautérisation en flèche. Inspirée par la considération des dangers qu'entraîne trop souvent l'instrument tranchant, la méthode de M. Maisonneuve n'est au fond qu'une modification de la méthode générale de la cautérisation, qui tend de plus en plus à entrer dans les habitudes de la pratique moderne. Elle procède en effet à la fois des divers procédés connus de cautérisation et de la vieille méthode des trochisques.

Elle est fondée sur ce principe que les tumeurs doivent être attaquées, non point par leur surface et de dehors en dedans, comme cela se fait dans les méthodes usuelles, telles que la cautérisation en masse ou les cautérisations circulaire ou linéaire, qui constituent déjà un progrès sur celle-ci ; mais dans leur intérieur même et de manière à être promptement et complétement désorganisées, sans que la peau ait subi d'autres lésions que celles qui sont nécessitées par la pénétration du caustique.

Nous n'examinerons pas en ce moment quelles peuvent être et la valeur de cette méthode et la légitimité des espérances que paraît fonder sur elle son auteur. Tout en sachant gré aux inventeurs des efforts qu'ils tentent pour étendre ou perfectionner les ressources de l'art, nous avons l'habitude de nous abstenir de toute critique comme de toute approbation élogieuse, jusqu'à ce que ces inventeurs eux-mêmes, ou de prudents imitateurs, nous aient mis à même de juger par des faits de la valeur et de l'avenir de leur découverte. Nous croyons cette habitude trop prudente pour nous en départir en ce moment.

Parmi les communications qui figurent dans la correspondance de cette séance, nous signalons à l'attention de nos lecteurs les expériences que M. le docteur Ch. Ozanam a faites sur les propriétés anesthésiques de l'acide hydrocyanique, propriétés que M. Ozanam conseille très-prudemment de ne pas chercher à utiliser dans la pratique, mais qu'il faudra enregistrer comme un document intéressant de l'histoire générale des agents anesthésiques. — Dr Brochin.

La *Gazette médicale de Strasbourg* apprécie en ces termes l'approbation donnée par le gouvernement aux *Statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France* :

L'agitation provoquée par une partie du corps médical du chef lieu de la Gironde nous a trouvé, non pas indifférents, mais attentifs. La question, telle qu'elle était posée, nous avait semblé mal entamée, et l'événement a prouvé que nous ne nous étions point trompés.

. . . .

Éconduits lorsqu'ils voulurent, presque arbitrairement, imposer à une Société locale une modification de sa manière d'être, modification que cette Société n'avait ni le droit ni la volonté de subir, nos confrères de la Gironde ont vu accueillir et développer par le gouvernement ce que leur but avait de grand et de généreux, et les proportions que leur œuvre est susceptible de prendre désormais, nous sont un sûr garant de l'avenir brillant qui lui est réservé.

L'article 1er répond immédiatement aux aspirations de la majorité de nos confrères. « Il est établi une Association de prévoyance, de *protection* et de secours mutuels pour tous les médecins de France. »

La *protection*, voilà ce qu'il nous faut, et ce qui nous manque comme corps. Individuellement, elle n'est le plus souvent que pour l'intrigant ; collectivement, nous n'en avons pas. La position du médecin peut, en effet, se résumer ainsi : *le dévouement d'un seul exploité par l'égoïsme de tous*. Le résultat d'une lutte posée dans de pareils termes ne saurait être douteux, c'est le dévouement qui finalement doit succomber et qui succombe en effet. Celui qui entre dans la carrière médicale avec un cœur noble et des sentiments généreux, à moins qu'il n'y entre avec un patrimoine très considérable, ou qu'il ne rencontre sur son chemin une riche dot ou un opulent héritage, doit finir ses jours dans la gêne et dans le besoin, si une mort glorieuse ne vient le moissonner à la fleur de l'âge ; et alors trop souvent il laisse une veuve dans le besoin et des orphelins sans patrimoine. Les exceptions confirment la règle.

Les amères paroles de Réveillé-Parise :

Des devoirs sans droits,
Des peines sans salaire,
Une vieillesse sans aisance,

resteront encore longtemps l'expression la plus vraie du sort qui est réservé à la grande majorité d'entre nous, et c'est avec bonheur que nous voyons aboutir à un commencement de réalisation les généreux efforts tentés pour faire cesser un état de choses aussi désespérant.

La protection professionnelle qui pourra sortir du magnifique programme contenu dans les statuts que nous donnons plus bas, rendra superflus bien souvent les *secours*, un des objets de l'Association.

L'art. 6 d'ailleurs est tellement explicite qu'il faudrait que toute l'organisation restât lettre morte à tout jamais s'il n'en devait pas sortir un avenir fécond en heureuses conséquences, et cet avenir vaut bien le mince sacrifice imposé aux Sociétés déjà existantes (sect. II, art. 16, n° 3).

Aucune absorption désastreuse ne menace ces Sociétés ; l'art. 33 leur garantit leurs propriétés acquises ou à acquérir. Elles trouvent au contraire un élément de prospérité de plus dans les dispositions de l'art. 37, et des garanties de sincérité dans celles de l'art. 44.

En résumé, et sans nous laisser aller à des illusions d'optimiste qui malheureusement ne sont plus de notre âge, nous croyons pouvoir dire que la constitution de l'Association générale des médecins de France est un grand événement, que nous devons nous féliciter hautement de vivre sous un gouvernement qui a su en comprendre la portée, et qui lui accorde sa généreuse protection, et que le corps médical tout entier doit se sentir pénétré de la plus vive reconnaissance envers les hommes éminents qui l'ont élaborée. EISSEN.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. WORMS.

Gangrène du membre supérieur par coagulation fibreuse dans le cœur droit au début d'une fièvre typhoïde.

Le nommé Laboissière, voltigeur, âgé de vingt-huit ans, est entré à l'hôpital le 9 avril 1858.

C'est un homme vigoureusement constitué, ayant toujours joui de la meilleure santé ; il est atteint depuis quelques jours d'une névralgie faciale droite qui cède après deux jours d'un traitement approprié.

Le 12, il se plaint d'une angine fort simple en apparence, mais qui semble à M. Worms l'indice d'une lésion profonde et grave ; il appelle l'attention des élèves sur ce malade, et pose un pronostic fâcheux, alors que rien encore chez cet homme, qu'un peu d'abattement, un peu d'engorgement des ganglions cervicaux, ne révèle le mal.

Le lendemain déjà le pronostic commence à se vérifier ; le malade est abattu, il y a de la fièvre, l'intelligence est déprimée, le facies torpide, la langue est moins humide que la veille. C'est l'invasion d'une fièvre typhique.

Le lendemain 14, les phénomènes d'une fièvre adynamique sont plus prononcés. Le malade est affaissé, la face est plombée et amaigrie, le pouls est accéléré, très-mou et fatigué ; la respiration est rapide, la peau sèche et refroidie. Rien d'anormal du côté de l'abdomen. C'était là le cortége d'un typhus grave, et il fut prescrit, d'après la méthode de M. Worms, du sulfate de quinine associé au campbre, du vin et de la limonade sulfurique.

Le 15, le malade est plus mal que la veille ; le pouls a encore faibli, l'intelligence n'est pas pervertie, mais elle est très-lente.

Dans la journée, le malade accuse une douleur vague dans le bras droit. Le médecin de garde constate sur son rapport qu'il est survenu une tuméfaction douloureuse du bras et de l'avant-bras droits.

A la visite du 16, on constate, en dehors de l'état typhique, qui est encore aggravé, une tuméfaction considérable des deux tiers inférieurs du membre supérieur droit ; il est augmenté du double en volume. La peau est d'un rouge violacé à la face postérieure ; en avant, il existe une large ecchymose, recouverte de quelques phlyctènes remplies de sérosité claire.

La sensibilité du malade est trop déprimée pour qu'il se plaigne beaucoup ; cependant les mouvements sont douloureux et très-bornés.

L'état général est le même que la veille ; le pouls ne se sent pas à droite ; à gauche, il est très-faible. La gangrène du bras faisant supposer l'existence d'un obstacle au cours du sang, on explore avec soin l'appareil circulatoire : les bruits du cœur sont très-faibles ; l'impulsion thoracique n'existe pas ; on n'entend pas de bruit particulier. Les carotides et les crurales battent très-peu. Sur la jambe gauche, il y a un peu de rougeur le long de la tibiale antérieure.

Dans la journée, le malade s'affaisse de plus en plus, et succombe à sept heures du soir.

L'autopsie, faite douze heures après la mort, donne les résultats suivants :

Rigidité cadavérique complète. La surface du corps est recouverte de suffusions sanguines, plus prononcées encore sur les membres que sur le tronc.

La face antérieure du membre supérieur droit est livide. De nombreuses phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre soulèvent l'épiderme ; quelques-unes sont crevées et supportent des eschares brunes.

L'aponévrose brachiale et antibrachiale est très-épaissie et infiltrée d'une sérosité sanguinolente. Les veines superficielles sont très-volumineuses, et renferment un sang épais et noir.

Les masses musculaires sont infiltrées ; leurs veines sont très-distendues.

Les veines profondes sont triplées de volume. Le névrilème des nerfs du membre est recouvert d'un lacis veineux abondant.

L'artère humérale et ses divisions sont relativement très-petites et vides de sang ; leur paroi interne est d'un aspect normal.

Toutes les veines du bras et de l'aisselle sont fendues avec soin dans toute leur longueur. Elles renferment une grande quantité d'un sang noir, de consistance de gelée ; mais on n'y trouve aucune trace de coagulation. Dans la veine sous-clavière droite se trouve un petit caillot fibrineux assez mince et peu organisé. La tunique interne des veines est lisse et rosée ; cette coloration est due à l'imbibition sanguine.

La dissection du système vasculaire est poursuivie jusqu'à l'oreillette droite.

La veine-cave supérieure est énormément distendue. La sous-clavière gauche a deux centimètres et demi de diamètre. La veine-cave inférieure présente l'aspect d'un énorme boudin ; on la poursuit jusqu'à sa division iliaque. Les veines rénales et spléniques ont un volume énorme ; il en est de même des veines crurales et saphènes.

Tous ces vaisseaux sont remplis d'un sang noir pris en gelée ; mais on n'y trouve pas de fibrine isolée. La surface interne des veines est lisse et teinte en rosé.

Les veines jugulaires sont relativement moins volumineuses que les autres veines. L'artère aorte est rétractée dans toute son étendue et ne présente que le quart du volume de la veine-cave inférieure ; elle renferme une petite quantité d'un sang clair et spongieux. La tunique interne est normale.

Rien de particulier dans l'estomac et les intestins ; le foie a son volume normal ; ses vaisseaux renferment beaucoup de sang.

La rate a 22 centimètres de long sur 10 de large. Elle est très-épaissie. Sa surface externe est violacée.

Son parenchyme n'est plus qu'une pulpe diffluente d'une couleur lie de vin.

Les sinus veineux du cerveau et les veines superficielles de cet organes sont gorgés de sang. Une véritable pluie sanguine transude à travers les pertuis de la dure-mère à l'ouverture du crâne.

La substance cérébrale est ferme ; mais elle contient beaucoup de sang.

Le pharynx, le larynx, la trachée, examinés avec soin, ne présentent rien d'anormal.

Le cœur et les poumons sont examinés en dernier lieu. Voici ce que l'on a constaté : le péricarde est libre dans toute son étendue ; il renferme une petite quantité de sérosité. L'aspect extérieur du cœur ne trahit aucune altération. Le cœur gauche est petit et contracté, le ventricule droit est affaissé et d'un volume normal.

L'oreillette droite et surtout l'auricule sont excessivement distendus.

La cavité gauche est presque molle ; elle est vide de sang. Les orifices mitral et aortique ne sont point altérés.

Dans le ventricule droit se trouve un énorme caillot fibrineux déco-

loré, consistant, et occupant presque toute la cavité. Ce caillot s'enchevêtre dans les colonnes charnues. Un second caillot dur remplit l'auricule.

Enfin, on retire de l'artère pulmonaire un immense coagulum, cylindrique à sa base, puis aplati dans le reste de son étendue et bifurqué à son extrémité. Le cordon fibrineux a 22 centimètres de longueur. Il n'y a presque pas de sang liquide dans le cœur droit. Les orifices de cette cavité ne sont point altérés.

L'endocarde droit est teint en rose; mais il n'est pas tuméfié ni tacheté, et ne semble pas avoir été le siége d'une inflammation.

Les poumons sont pâles et crépitants dans toute la partie antérieure; leurs bords sont emphysémateux en plusieurs points.

Leur partie postérieure est plus colorée et plus dense.

Vers le sommet droit se trouvent quelques noyaux durs et profonds du volume d'une noix; en ces points, le tissu pulmonaire est tout à fait condensé.

La veine pulmonaire est disséquée jusque dans ses dernières ramifications. Partout elle est complétement perméable, et sa tunique externe ne présente aucune trace d'altération.

Les caillots contenus dans le cœur droit et dans l'artère pulmonaire, sont lavés et étudiés avec soin.

Leur surface est d'un jaune clair; leur consistance est considérable. Ils sont très-élastiques et supportent une assez grande traction sans se rompre. Celui qui a été extrait de la veine pulmonaire semble être le plus ancien.

Examiné au microscope, on voit qu'il est composé de grumaux fibrineux, reliés entre eux par un véritable tissu cellulaire à mailles larges et très-nettement dessinées. C'est surtout à leur surface que ces coagulums sont le plus complétement organisés. Leur noyau est constitué par des globules de sang flétris, méconnaissables et par de la fibrine isolée.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre; mais il y a un point essentiel qu'elle sert à démontrer, c'est que, contrairement à des assertions très-sérieuses, il peut arriver que la gangrène des extrémités survienne par suite d'une coagulation veineuse.

Les faits sont si évidents dans ce cas, qu'il est presque superflu d'eu coordonner l'enchaînement.

Il y a eu gangrène du bras et tendance à la mortification dans d'autres points du corps. Il est impossible d'attribuer à ces accidents une autre cause que celle de l'impossibilité du retour du sang par les poumons.

Comme la gangrène s'est manifestée trois jours avant la mort, il est certain qu'il faut faire remonter au moins à cette époque la formation des caillots dans le cœur, qui seuls ont été la cause de la gangrène.

Sous quelle influence cette coagulation du sang s'est-elle faite?

Ceci est bien plus difficile à dire, et en admettant que l'état typhoïde a été la cause de la coagulation et des accidents auxquels elle a donné lieu, on ne constituerait qu'une étiologie éloignée.

Ne relatant de cette observation que le bénéfice de la notion exacte du procédé de mortification à la suite des coagulations sanguines dans le cœur, sans symptômes asphyxiques, on aura déjà eu quelque avantage à le connaître.

AVORTEMENT SIMULÉ.

Cas unique dans les annales de la médecine légale.

Il y a quelques mois, nous avons jeté un rapide coup d'œil sur les maladies simulées, et nous nous souvenons d'avoir dit qu'*à notre époque la simulation devenait presque un art*. Tout en parlant des piéges trop souvent tendus à la bonne foi du médecin, tout en relatant quelques-uns des problèmes inattendus qui peuvent surgir soudainement dans l'exercice parfois si délicat de notre profession, nous étions bien loin de supposer alors la possibilité du fait que nous allons rapporter. En effet, la simulation d'un avortement, c'est-à-dire la participation feinte d'une femme à un acte dont l'aveu mensonger l'expose à une peine infamante, en la rendant complice de manœuvres sévèrement punies par la loi, est quelque chose de si surprenant qu'elle déroute toutes les prévisions ordinaires de l'expert légiste. Cependant nos confrères, grâce à une rare sagacité, ne s'y sont pas trouvés pris; ils ont reconnu la fraude au milieu de circonstances vraiment très-difficiles.

Cet exemple, sans analogue, nous l'extrayons d'un très-remarquable travail intitulé : *Nouvelles études médico-légales sur l'avortement*, que M. le docteur Ambroise Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière et professeur agrégé de médecine légale à la Faculté, vient de publier tout récemment (1).

Au mois de septembre 1857, une sage-femme de la ville de Melun, voulant par le plus odieux calcul se débarrasser de la concurrence d'une nouvelle venue, imagina de la dénoncer comme coupable d'avortement sur la personne d'une ancienne servante, qui ne craignit pas de s'associer à cette infâme machination, dans laquelle un long service chez un médecin la mettait plus qu'une autre en état de jouer son rôle.

Voici la fable inventée sans doute en commun, et racontée avec une impudence inouïe et non sans une réelle habileté par la femme qui se serait soumise aux manœuvres abortives :

Elle avait vu ses règles manquer trois fois, et à la quatrième époque, paraître avec moins d'abondance que de coutume. Indécise sur la question de savoir si elle est enceinte, elle va consulter la sage-femme, — celle qu'elle accuse aujourd'hui, — et ne la renseigne pas sur le fait de l'apparition des menstrues deux jours auparavant. L'accoucheuse, sans la questionner sur les troubles du flux cataménial qu'elle a éprouvés, la touche, lui dit *qu'elle ne sait pas si c'est un amas de sang*, et séance tenante, la patiente étant debout, lui introduit une sonde. Elle dit n'avoir rien senti : il ne coule rien. Ceci se passait le 6 septembre, à neuf heures du soir. Le lendemain, à sept heures du soir, il s'écoule de l'eau, des douleurs et des coliques surviennent pendant la nuit.

Une voisine dépose qu'elle l'a vue se tordre et grincer des dents. Le surlendemain elle se lève, mais elle est reprise de douleurs et rend du sang pur, liquide, puis un peu plus tard un caillot qu'elle dit *gros comme deux doigts et recouvert d'une peau blanche*. Elle s'écrie : « La malheureuse m'aura blessée ! » et fait alors appeler pour la secourir une autre sage-femme, sa complice, celle dont elle veut servir la passion intéressée. Celle-ci, de son côté, déclare qu'à ce moment elle la trouve se tordant, se cramponnant, ayant des poussements comme une femme qui va accoucher. Elle la touche, et prétend aussi trouver dans le vagin un petit caillot de sang et une dilatation de l'orifice utérin de 25 lignes. Le lendemain, examinant le vase de nuit, la sage-femme dit y avoir vu nageant au milieu du sang un morceau de placenta long comme la paume de la main. Le même jour, elle recueille encore un lambeau de chair qu'elle porte le soir à M. le docteur Saint-Yves, qui croit bien avoir reconnu un fragment de rate de mouton. Cependant, continuant leur triste jeu, quatre jours après la prétendue opération, les deux coupables simulent des accidents plus sérieux que la sage-femme décrit en ces termes : « Comme il y avait toujours des poussements, des maux » de reins et une légère évacuation sanguine, je jugeai à propos » de faire des tamponnements », et plus tard, les maux de reins et les poussements continuant, elle crut devoir aider la nature en administrant 2 grammes d'ergot de seigle.

Cependant, M. le docteur Saint-Yves — médecin légiste aussi honorable qu'éclairé, dit M. A. Tardieu — était allé vers le cinquième ou sixième jour visiter l'accouchée, à la sollicitation de la sage-femme, qui espérait l'entraîner dans le piége et appuyer de cette autorité son accusation mensongère. Il ne fut pas peu surpris de la trouver sans fièvre, sans altération des traits du visage. Le ventre était volumineux, mais ne présentait pas la plus petite trace d'une éraillure récente. La sensibilité prétendue de la fosse iliaque n'empêchait pas d'exercer sur ce point une forte pression, surtout *quand l'attention de la femme était distraite*. Il n'y avait ni vomissements, ni nausées, ni hoquets. Les mamelles flétries n'étaient le siége d'aucune sécrétion. Les parties sexuelles ne laissaient écouler ni lochies ni sang. Le col de la matrice avait la position et la forme normales; il n'était pas chaud, ni gonflé, ni ramolli, mais seulement un peu entr'ouvert.

« Dès ce moment, dit M. A. Tardieu, la conviction de notre habile collègue était formée, et ce n'est que pour la confirmer que j'ai eu l'honneur de lui être adjoint dans le cours de l'instruction commencée sur la dénonciation de ces faits à la justice.

« Je n'ai pas besoin de dire que l'examen auquel je soumis moi-même la femme quelques jours plus tard, donna des résultats exactement semblables. Je trouvai le ventre gros, mais blanc et lisse; la matrice remarquablement petite, le col mou, mais normal; les seins sans trace de gonflement ni de sécrétion. Je dois dire que cette malheureuse, qui commençait à se sentir embarrassée de son personnage, feignit d'avoir éprouvé une sorte de trouble des facultés intellectuelles et chercha à éluder les questions en alléguant une perte de la mémoire qui n'était nullement admissible en présence des déclarations minutieuses qu'elle nous faisait sur d'autres points. »

MM. les docteurs A. Tardieu et Saint-Yves n'eurent pas de peine, on le pense bien, à démontrer quel tissu de faussetés, quelles impossibilités de toutes sortes se cachaient sous le récit en apparence assez habilement conçu des deux coupables, et les magistrats de Melun étaient à cet égard aussi convaincus que nos distingués confrères, lorsque peu de jours après la visite de M. A. Tardieu, à la suite d'un nouvel interrogatoire où elle avait persisté dans sa version mensongère, la femme qui se prétendait victime de l'avortement finit par se décider à dire toute la vérité. Elle avoua alors qu'elle n'avait jamais été chez la sage-femme accusée, et que le fait de cette visite et de l'opération était une fable inventée par elle d'accord avec l'autre sage-femme qui voulait nuire à sa rivale par jalousie de métier. Interrogée sur les détails de cette comédie odieuse, elle dit que sa complice avait attendu le moment où ses règles revenaient avec quelques coliques pour lui faire simuler la fausse couche, que le sang qu'elle avait montré mélangé à l'urine était le sang de ses règles rendu comme à l'ordinaire; qu'elle s'était laissé réellement tamponner pour éloigner mieux encore les soupçons, et qu'enfin les lambeaux de chair présentés à M. le docteur Saint-Yves avaient été apportés par la sage-femme.

Selon M. A. Tardieu, « un pareil fait n'a pas besoin de com» mentaires; il porte avec lui tout un enseignement. On a dit » bien souvent que tout est possible : cela est vrai, surtout de » quelques-uns des faits qui se présentent à l'observation du » médecin-légiste, et parmi ceux-ci l'avortement simulé occupera » désormais une place à part. »

Il ne nous est certainement pas permis de prédire dans quelles circonstances nouvelles un second fait de cette nature pourrait se révéler, mais il est assez probable que l'erreur serait également évitée, à la condition expresse toutefois d'imiter la conduite qu'ont tenue nos confrères dans le procès de Melun, c'est-à-dire de s'attacher à l'analyse minutieuse de tous les détails du faux avortement, d'en contrôler non-seulement la vraisemblance absolue, mais encore l'enchaînement et la coordination, et de procéder à une vérification directe, à l'examen de la femme.

Quant au cas particulier que nous venons de rapporter, nous pouvons nous demander, après y avoir bien réfléchi, si les conditions dans lesquelles s'était faite l'opération pouvaient à la grande rigueur passer pour admissibles. Eh bien non, car la femme avait eu ses règles deux jours auparavant, et la grossesse devait aux yeux de tous paraître au moins incertaine. En outre, les suites de l'avortement étaient très-inexactement rapportées; cette description de l'œuf expulsé était notoirement fausse, et le traitement employé ultérieurement par la sage-femme complice ne reposait sur aucune indication même spécieuse.

Ce jugement n'amoindrit en aucune façon à coup sûr le mérite et la sagacité qu'ont déployés nos confrères dans cette affaire. Loin de là, nous savons parfaitement combien il est facile dans le silence du cabinet de disséquer après coup toutes les circonstances d'un procès et d'en tirer telle ou telle induction : nous voulons, au contraire, rendre justice à qui de droit, et nous déclarons que M. le docteur Saint-Yves, arrivant là sans se tenir le moins du monde sur ses gardes, a su démêler le faux du vrai avec un rare bonheur. Quant à la coopération de M. Ambroise Tardieu, elle a été, comme toujours, empreinte d'un haut discernement, d'une habile observation et d'une exquise finesse.

Dr Legrand du Saulle.

CAS DE LIGATURE DE LA BRACHIALE

démontrant la vitalité persistante des tissus;

Par M. Joseph Lister, Esq., chirurgien assistant à l'Infirmerie Royale,

Traduit par M. le Dr Hurst.

(*Journal méd. d'Édimbourg*, mois d'août.)

Le 28 mai dernier, M. Burgess me pria de voir avec lui un de ses malades à Balfron, comté de Stirling. Le sujet était un homme de cinquante ans environ, qui, le 10 avril, essaya de se suicider, et se fit avec un rasoir, à la face antérieure du bras gauche, à peu près à 3 pouces au-dessus du coude, une plaie, qui, séparant complétement le biceps, coupa aussi les grosses veines superficielles du bras. L'hémorrhagie, très-abondante, fut presque entièrement veineuse. Elle s'arrêta par la compression; un pansement léger fut appliqué, et tout se passa bien pendant quelques jours, lorsqu'il survint de nouveau une hémorrhagie excessivement abondante. La compression fut de nouveau mise en usage. L'hémorrhagie revint encore deux fois dans l'intervalle de quelques jours, et pendant les trois semaines qui suivirent, le malade fit de rapides progrès vers la guérison. Le 24 mai, cependant, il y eut un nouvel écoulement de sang par la plaie. Cet accident se renouvela plusieurs fois jusqu'au 27, avec une force toujours croissante, et quoique la compression fût bien faite. Il devint donc urgent de recourir à d'autres mesures. L'arrangement peu convenable des trains de chemin de fer retarda mon arrivée de près d'un jour. Pendant ce temps la compression fut encore jugée utile et appliquée avec tant de force, que la circulation fut entièrement supprimée dans le membre, qui en resta ainsi privé pendant près de trente heures, jusqu'au moment où je le vis, c'est-à-dire le 29, à deux heures après-midi.

Il était couché sur son lit, pâle, affaibli par la perte de son sang, le bras gauche enflé au-dessus du bandage, livide et tout froid. On administra le chloroforme; j'écartai le bandage, et dès que les doigts eurent cessé de comprimer la brachiale, un jet de sang artériel jaillit de la plaie. Aidé du docteur Burgess, je cherchai à mettre à nu le point qui livrait passage au sang; après une dissection assez difficile dans des tissus profondément altérés par les produits de l'inflammation, je découvris une petite plaie dans les tissus de l'artère brachiale. Après avoir assez découvert l'artère pour ne pas risquer d'intéresser les nerfs voisins, je jetai sur elle deux ligatures : une au-dessus, l'autre au-dessous de la plaie, pour éviter tout retour de l'hémorrhagie.

Dans la soirée, et avant mon départ, le bras avait retrouvé sa chaleur, et M. Burgess m'a appris depuis que peu de temps après il avait senti une faible pulsation à la radiale.

Dans sa dernière lettre, écrite le 21 juin, il dit que les ligatures sont tombées quelques jours auparavant, que la plaie marche bien, et que la sensibilité du bras, quoique satisfaisante, est moindre que celle du bras droit. Le malade sent revenir les forces et la santé.

Ce cas est une application pratique du principe qui dit que les tissus conservent leur vitalité longtemps encore après que leurs rapports avec les centres circulatoires ou d'innervation sont interrompus. En vertu de cette vitalité, le sang reste fluide pendant plusieurs jours dans le membre amputé. Dans le cas qui nous occupe, l'aspect du bras, l'historique de l'affection, toutes les circonstances en un mot, tendaient à engager un chirurgien opposé à nos idées à recourir immédiatement à l'amputation.

RÉTINITE SYPHILITIQUE.

On admet généralement que l'iritis est la seule affection des membranes internes de l'œil qui puisse être attribuée à la syphilis. Une observation, rapportée par Wade (de Birmingham) dans le *Midland Quarterly Journal*, semble prouver cependant que la rétinite peut être due à la même cause. Le fait concerne

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*; juillet 1858.

une femme qui, après la guérison d'une syphilis, conserva une grande faiblesse de la vision. Cet état remontait à six mois, et avait commencé par des douleurs vives des deux yeux, de la céphalée, du larmoiement, de la photophobie et de la photopsie. La vision était restée entièrement abolie pendant une semaine, puis elle s'était rétablie peu à peu; mais la vue restait comme obscurcie, de temps en temps, par un nuage. M. Wade trouva les pupilles mobiles, la droite étant ovalaire avec le grand axe horizontal, mais sans granulations ni infiltration de lymphe dans l'iris. Le fond des deux ouvertures pupillaires; surtout la droite, offrait une coloration un peu moins noire qu'à l'état normal. — Un traitement par le chlorure de mercure, prolongé pendant plusieurs mois, fit disparaître ces symptômes et rétablit la vision. (*Annales méd. de la Flandre occid.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 septembre 1858. — Présidence de M. Rayer.

Traitement des anévrysmes externes par la compression digitale. — M. T. PANZETTI lit un mémoire ayant pour titre: *La main seule employée comme méthode générale dans le traitement des anévrysmes externes.*

Dans l'année 1772, dit l'auteur, Guattani, professeur de chirurgie à l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome, exprima l'opinion que les anévrysmes externes pouvaient être guéris par la *compression indirecte*, c'est-à-dire par la compression du vaisseau sur lequel la tumeur était située. De là des moyens nombreux de pratiquer cette compression, et ces moyens furent dus à des agents mécaniques.

L'histoire apprend que dans quelques cas rares (au nombre de dix à douze dans presque un siècle) ces moyens mécaniques furent aidés ou préparés dans leur application par l'emploi de la main; mais, quelle que soit la grande assistance de ce moyen naturel et simple, on le considéra uniquement comme assistant et nullement comme agent unique et naturel qui devait être employé d'emblée.

Et cependant ces agents mécaniques produisaient le plus souvent de funestes résultats; trop souvent l'inflammation, la gangrène, vinrent compliquer l'opération par la compression indirecte au moyen des agents mécaniques; et cependant encore le chirurgien persista dans leur emploi, sans songer que la compression manuelle, qu'on avait quelquefois employée comme accessoire utile ou de substitution, était le moyen qui *seul* pouvait avoir le pouvoir non-seulement de guérir, mais encore de guérir sans douleur et sans les dangers que font courir aux malades les agents mécaniques.

Pénétré de l'importance d'éviter les douleurs inséparables des agents mécaniques, d'éviter ces dangers trop fréquents, dès l'année 1843, époque à laquelle j'étais à Dublin, où je vis essayer les moyens mécaniques, j'ai tenté d'ériger en méthode générale la compression indirecte par la *main seule* dans le traitement des anévrysmes externes. Depuis lors j'ai exprimé cette opinion dans mes cours. En 1846, j'ai fait la première application de ce principe, qui resta sans succès par des circonstances qui furent indépendantes du moyen (que j'avais employé; mais en 1853, et plus particulièrement en 1855, j'en fis l'application heureuse sur deux malades qui guérirent parfaitement sans autre moyen que la main. (Suit la relation de sept observations que nous reproduirons plus tard.)

Tels sont, reprend l'auteur, les cas sur lesquels j'ose m'appuyer pour émettre l'opinion que la *main seule* doit être employée comme méthode générale dans le traitement des anévrysmes externes. Si jusqu'à présent les autres médecins auxquels on doit des exemples de réussite au moyen de la compression indirecte manuelle n'ont pas tenté, comme je le fais, d'ériger l'emploi unique de la main en méthode générale, c'est probablement par suite de l'idée exprimée dans différents écrits que cette compression devait être trop longtemps continuée. Mais si l'on considère que, ainsi que le prouvent nos observations, le temps nécessaire est infiniment moins long qu'on ne le supposait, que souvent il est très-court, que la compression doit être employée avec intermittence, qu'elle n'est ni dangereuse ni douloureuse, on estimera qu'un moyen qui supprime ou du moins atténue une des maladies les plus graves doit mériter l'intérêt de l'Académie. (Commissaires: MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

Tubage du larynx. — M. BOUCHUT lit un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage du larynx. (Voir le numéro du 21 septembre.)

Le mémoire de M. Bouchut est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral, Velpeau.

Nouvelle méthode de cautérisation, dite cautérisation en flèches. — M. le docteur MAISONNEUVE lit un mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation, dite cautérisation en flèches, permettant d'obtenir en une seule séance la destruction de la tumeur la plus volumineuse. Voici la description de cette méthode:

La cautérisation en flèches, dit M. Maisonneuve, diffère essentiellement de tous les autres modes de cautérisation, en ce que le caustique, au lieu d'être appliqué à l'extérieur des tissus, et d'agir sur eux de dehors en dedans, est, par une manœuvre spéciale, porté d'emblée dans leur profondeur, de manière à opérer leur destruction de l'intérieur à l'extérieur.

Choix du caustique. — Tous les caustiques solidifiables peuvent à la rigueur remplir le but que nous signalons. Mais celui que je préfère de beaucoup à tous les autres est la pâte de Canquoin, qui joint à une grande puissance hémostatique l'avantage de n'avoir aucune propriété toxique, et celui de se prêter avec une facilité merveilleuse à toutes les formes et à tous les degrés de consistance que l'on peut désirer. Cette pâte est composée, comme chacun sait, de

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine de froment.	3 parties.
Eau.	q. s.

Pour en former des flèches, on dispose d'abord cette pâte en une sorte de galette; on la divise ensuite en rayons ou en lanières de forme et de dimensions variables, suivant l'emploi auquel on les destine, puis, au moyen de la dessiccation, on donne à ces lanières la résistance et la solidité nécessaires à leur usage.

Forme des flèches. — Trois formes principales m'ont paru nécessaires pour remplir convenablement les diverses indications que peut présenter la nouvelle méthode de cautérisation. De là:

1° Les flèches coniques, plus spécialement destinées à la cautérisation circulaire (fig. 1re);

2° Les flèches en lattes, affectées surtout à la cautérisation parallèle ou en faisceau (fig. 2);

3° Les flèches fusiformes, exclusivement réservées pour la cautérisation centrale (fig. 3).

Procédé d'introduction. — Quand les tissus que doivent traverser les flèches ont une consistance molle et friable, celles-ci présentent assez de résistance pour pénétrer directement dans leur profondeur. Mais quand le contraire a lieu, comme, par exemple, quand il s'agit de traverser la peau saine, ou bien encore des tissus lardacés et squirrheux, il devient nécessaire de leur préparer une voie en ponctionnant avec un bistouri pointu les parties qui offrent de la résistance.

Cette manœuvre est prompte et facile. Avec un peu d'habitude, on peut même l'exécuter sans la moindre effusion de sang, attendu que la flèche qui remplace la lame du bistouri obstrue la plaie d'une manière complète et s'oppose à toute hémorrhagie.

Procédés divers de la méthode. — Le caractère spécial de la nouvelle méthode de cautérisation est, comme nous l'avons déjà dit, de porter d'emblée la substance caustique dans la profondeur même des tissus à détruire. Mais tout en conservant ce caractère, le nouveau mode de cautérisation se prête à des modifications nombreuses que nous pouvons ranger en trois groupes principaux sous les noms de:

1° Cautérisation circulaire ou en rayons;
2° Cautérisation parallèle ou en faisceau;
3° Cautérisation centrale.

Premier procédé. Cautérisation circulaire ou en rayons. — Dans ce procédé de cautérisation, on fait pénétrer les flèches caustiques (n° 1) à la base de la tumeur que l'on veut détruire, en les disposant suivant une ligne circulaire, et ayant soin de les espacer à leur point d'immersion de 1 centimètre environ l'une de l'autre. De cette manière, elles constituent par leur ensemble un plan ou un cône qui circonscrit la tumeur, l'isole des parties saines; et comme la portion de tissu vivant comprise entre chaque flèche n'a qu'une faible épaisseur, sa destruction s'opère en un temps très-court (une ou deux heures au plus), et la tumeur se trouvant ainsi privée de toute communication vasculaire ou nerveuse, cesse de vivre sans que le caustique ait besoin d'en opérer la désorganisation directe.

Cette propriété spéciale qu'a ce procédé de produire ainsi d'emblée et en quelques heures la mortification des tumeurs les plus volumineuses, jointe à celle de n'agir comme le bistouri ou la ligature que sur une couche très-mince de tissus, à celle bien plus importante encore de ne déterminer aucune effusion de sang, de ne développer presque aucune réaction traumatique, et surtout de mettre à l'abri des accidents terribles de l'infection purulente, en font, à mon avis, une des plus précieuses ressources de la chirurgie.

C'est surtout dans les tumeurs d'un certain volume et dans celles qui font une saillie prononcée à la surface du corps, comme les tumeurs du sein, que ce procédé trouve d'utiles applications.

Deuxième procédé. Cautérisation parallèle ou en faisceau. — Dans ce deuxième procédé, les flèches caustiques ne sont plus disposées circulairement autour de la base de la tumeur, de manière à former dans son épaisseur un plan ou un cône; elles sont, au contraire, enfoncées parallèlement entre elles par tous les points de la surface libre de la tumeur. Il en résulte qu'elles représentent ainsi dans l'intérieur des tissus une sorte de faisceau caustique dans les interstices duquel les parties qu'il s'agit de détruire sont réduites à des lames de peu d'épaisseur et cèdent promptement à l'action désorganisatrice. (V. fig. 2 et flèches n° 2.)

Comme on le voit, le deuxième procédé de cautérisation en flèches diffère essentiellement du premier, en ce qu'au lieu de borner son action à interrompre par une sorte de cautérisation lamellaire les communications vasculaires ou nerveuses des tumeurs, il en opère la désorganisation directe en pénétrant leur masse tout entière. Ce procédé détermine certainement une douleur plus vive que le précédent, en raison du nombre beaucoup plus considérable de flèches qu'il exige; mais cependant, comme son action n'en est pas moins rapide et efficace, et, d'une autre part, comme il se prête à des applications spéciales du plus haut intérêt, nous le mettons au moins sur la même ligne comme importance pratique.

C'est surtout dans les tumeurs d'un accès difficile et qui, profondément enfoncées dans les chairs, ne font à la surface du corps qu'une faible saillie, que ce procédé nous a rendu d'éminents services. Telles sont certaines tumeurs de l'aisselle, de l'aine, du cou; telles sont surtout les dégénérescences fongueuses du col de la matrice, du vagin, du rectum, etc.

Troisième procédé. Cautérisation centrale. — Je désigne sous ce nom un procédé fort remarquable de cautérisation, lequel consiste à introduire la flèche caustique au centre même de la tumeur qu'il s'agit de détruire. Le mode d'exécution de ce procédé est des plus simples: à l'aide d'un bistouri pointu, ou d'une espèce de fer de lance, on fait à la tumeur une ponction qui pénètre jusque un peu au delà de son centre. On peut même, si la chose paraît utile, creuser dans ce centre une sorte de petite cavité; puis, après avoir retiré l'instrument, on glisse à sa place une ou plusieurs flèches caustiques n° 3, que l'on pousse jusqu'à ce qu'elles aient complétement disparu dans l'épaisseur des tissus.

Le caustique, ainsi renfermé dans le centre de la tumeur, y détermine une eschare épaisse, sans manifester sa présence à l'extérieur par aucun trouble grave. L'orifice par lequel a eu lieu l'introduction de la flèche suffit pour donner issue à l'eschare, et quand celle-ci est détachée, le chirurgien peut réitérer l'application du caustique, de manière à évider la tumeur de dedans en dehors et à la réduire à une sorte de coque dont l'affaissement et la cicatrisation s'opèrent ensuite graduellement.

Ce troisième procédé de la méthode de cautérisation en flèches, moins puissant et moins énergique que les deux premiers, n'en a pas moins encore une grande valeur pour la destruction de certaines tumeurs inaccessibles à tout autre moyen, comme les tumeurs interstitielles de l'utérus, ou bien encore pour détruire les tumeurs superficielles sans compromettre la peau qui les recouvre, comme les ganglions du cou, de l'aisselle, de l'aine. Il m'est arrivé même de l'employer avec succès pour détruire des tumeurs de la langue.

Conclusions. — 1° Les inconvénients graves de la méthode de l'incision, sous le point de vue de l'hémorrhagie et de l'infection purulente, autorisent la réhabilitation des méthodes opératoires qui mettent à l'abri de ces accidents.

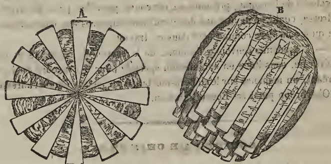
2° La cautérisation possède ces avantages à un haut degré.

3° Malgré ces précieux avantages, cette méthode, exécutée par les procédés ordinaires, présente des inconvénients tels, qu'on ne peut en tirer presque aucun service dans la médecine opératoire.

4° Dans la nouvelle méthode, dite cautérisation en flèches, ou de dedans en dehors, ces inconvénients n'existent plus.

5° Comme puissance, comme rapidité, comme facilité d'exécution, la cautérisation ainsi pratiquée rivalise avec le bistouri et la ligature, tout en conservant ses avantages spéciaux.

6° Elle mérite donc à tous égards d'occuper une place considérable dans la pratique chirurgicale.



Explication des planches.

Fig. 1re. Flèches coniques enfoncées circulairement à la base d'une tumeur. (Cautérisation circulaire.)

Fig. 2. Flèches plates enfoncées parallèlement entre elles sur toute la surface libre d'une tumeur. (Cautérisation parallèle ou en faisceau.)

Fig. 3. Flèche fusiforme enfoncée au centre d'une tumeur. (Cautérisation centrale.)

Propriétés anesthésiques de l'acide cyanhydrique. — M. CH. OZANAM communique une note sur les propriétés anesthésiques de l'acide cyanhydrique et sur l'oxygène comme antidote de ce corps.

Après avoir étudié, dit M. Ozanam, les effets si réguliers de l'acide carbonique et l'action déjà plus puissante de l'oxyde de carbone, il importait de leur comparer l'action plus énergique encore de l'acide cyanhydrique respiré en vapeurs. Aidé de M. Fabre et de M. Paul Blondeau, j'ai consacré à cette étude vingt et une expériences; non point dans l'idée d'employer sur l'homme une substance aussi dangereuse, mais pour achever la démonstration de cette loi exposée précédemment. « Tous les corps carbonés volatils ou gazeux sont doués » d'un pouvoir anesthésique d'autant plus considérable qu'ils renferment plus de carbone. » L'acide cyanhydrique nous offre la plus haute manifestation de ce pouvoir: 1° parce que le carbone y est en quantité considérable; 2° parce que sa puissance n'est point affaiblie par son mélange avec l'oxygène comme pour l'oxyde de carbone et l'acide carbonique; 3° parce que le carbone s'y trouve dans une combinaison facilement assimilable.

J'ai successivement étudié les effets des vapeurs de l'acide cyanhydrique dilué au 5e, au 20e, au 40e et au 100e; et, tandis qu'aux doses les plus fortes les effets sont foudroyants comme l'a démontré M. Flandin, ils sont déjà suffisamment affaiblis au 40e pour ressembler à ceux que détermine l'oxyde de carbone, et pour produire, atténués au 100e, une anesthésie passagère analogue à celle que détermine l'acide carbonique, mais que l'on ne peut prolonger comme elle: il faut, en effet, pour réussir, une deuxième condition, c'est d'interrompre les inhalations au moment où se manifestent les premiers signes d'action de l'acide. On abandonne alors l'animal à lui-même, et l'on voit se dérouler toute la série des phénomènes propres aux substances anesthésiques, excitation, collapsus, réveil. Mais si l'on veut prolonger les inhalations jusqu'à ce qu'on ait atteint la deuxième période de *coma*, l'animal tombe pour ne plus se relever.

La période d'excitation offre d'abord l'image la plus complète du tétanos. Le corps de l'animal se roidit, se courbe en un demi-cercle en avant ou en arrière. Puis surviennent des convulsions tellement violentes, que l'animal est projeté parfois à plusieurs pieds de distance. Le cœur bat avec une rapidité extraordinaire; la respiration est interrompue par la contraction de tous les muscles. À cet appareil formidable, qui dure 30 à 60 secondes, succède un *collapsus* complet. La pupille se dilate rapidement jusqu'aux dernières limites, l'œil devient saillant comme dans l'exophthalmie; la paralysie des membres est absolue. Pendant cette deuxième période, la respiration presque abolie ne se reconnaît qu'à de rares hoquets, les battements de cœur sont aussi très-rares et très-faibles.

Cependant si l'on n'a fait absorber à l'animal qu'une dose modérée de vapeurs, le coma, profond d'abord, diminue. La circulation se régularise, il ne reste plus qu'un sommeil anesthésique qui se prolonge pendant cinq à quinze minutes. Alors la sensibilité commence à renaître, l'iris reprend le premier sa contractilité, la pupille ses dimensions régulières; bientôt l'animal retrouve le mouvement aux membres antérieurs, puis aux membres postérieurs, et vingt à vingt-cinq minutes après le début de l'expérience, il est revenu à son état normal.

Si la dose de vapeurs inhalées a été trop considérable, le cœur s'éteint dès que la deuxième période commence, et l'animal succombe dans l'espace d'une demi-minute à trois minutes. On trouve en ouvrant le corps le sang veineux très-noir, mais il rougit promptement à l'air. L'odeur d'amande amère qu'exhale d'abord le cadavre, disparaît au bout de peu de temps.

L'acide prussique, respiré en vapeurs, serait donc le seul poison qui

donnerait la mort sans laisser d'indices, si Jacubowitsch, à l'aide du microscope, n'avait démontré qu'on rencontre alors les cellules et les tubes nerveux primitifs brisés en plusieurs points. Quand l'animal a été soumis à plusieurs reprises aux inhalations, on rencontre souvent aussi de légères inflammations du larynx et de la trachée.

Une question importante restait encore à résoudre : trouver le meilleur antidote de l'acide cyanhydrique. Nous avions employé en vain les douches d'eau froide, l'ammoniaque, l'acide chlorhydrique, la respiration artificielle, je songeai à l'oxygène. J'y étais conduit par cette donnée rationnelle que la proportion relativement plus grande de ce corps dans l'acide carbonique rendait ce dernier moins actif que l'oxyde de carbone, et celui-ci moins puissant que l'acide prussique, substance privée d'oxygène.

J'ai pu, en effet, au moyen des inhalations d'oxygène, sauver la plupart des animaux, même ceux qui avaient respiré l'acide au 5e. Tant que la respiration n'était pas complétement abolie, l'oxygène se montrait efficace. Mais il fallait en continuer l'usage pendant huit à douze minutes au moins; sinon tous les accidents reparaissaient, comme si ce corps était nécessaire jusqu'à ce que la dernière molécule d'acide prussique fût éliminée de l'économie. (Commissaires : MM. Pelouze et Andral.)

— M. GODARD, auteur d'un travail sur la monorchidie et la cryptorchidie de l'homme, présenté au concours pour les prix Montyon, adresse, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, ce qu'il considère comme neuf dans ce travail.

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant, un mémoire sur le choléra-morbus écrit en allemand et adressé d'Oberbronn par Karl Eugen Hauchen.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 16 septembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

RAPPORT VERBAL.

M. FOLLIN fait un rapport verbal sur un travail imprimé et adressé à la Société de chirurgie par M. Middeldorpff. C'est un mémoire en latin sur les polypes de l'œsophage.

M. Middeldorpff a entrepris ce travail à propos d'un cas de polype de l'œsophage qu'il a observé et opéré.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, souffrait depuis quelque temps d'une dysphagie, lorsque, après avoir bu beaucoup d'eau, il vomit son polype qui remplit sa bouche. Il l'avala de nouveau. Après avoir exploré avec soin les parties, M. Middeldorpff plaça une ligature sur le polype, à la base de la langue, et l'incisa à trois quarts de pouce en avant de la ligature. Le malade avala de nouveau ce pédicule, et resta depuis cette opération sans nouveaux accidents.

M. Middeldorpff trace dans ce travail les règles que devra suivre le chirurgien pour opérer ces polypes.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la coxalgie. — M. BOUVIER présente deux nouveaux faits de coxalgie.

Je mets, dit M. Bouvier, sous les yeux de la Société deux nouveaux cas de coxalgie, qui diffèrent l'un de l'autre à plusieurs égards, et qui diffèrent aussi du cas que j'ai déjà présenté, quoiqu'ils soulèvent les mêmes questions de diagnostic et de thérapeutique.

Désirée P..., âgée de trente-quatre mois, a eu la variole au mois d'octobre dernier, après avoir fait une chute la veille. Elle éprouva des convulsions le premier jour de l'éruption. On s'est aperçu, dans la convalescence de la maladie, que l'enfant boitait de la jambe gauche. Elle a été prise au mois de janvier d'une coqueluche qui a duré trois mois. La coxalgie a fait alors de tels progrès que la petite malade a cessé de marcher. C'est dans cet état qu'on me l'a présentée le 10 juillet. La sensibilité de l'articulation était extrême, et l'enfant jetait les hauts cris dès qu'on faisait mine de vouloir étendre le membre. Les douleurs ont diminué depuis cette époque, mais la cuisse reste fortement fléchie. Cette flexion est presque directe ou accompagnée de fort peu d'adduction et de rotation. Il n'y a pas d'abcès. Je ne trouve pas de luxation; ce n'est, je pense, qu'une position vicieuse. Ce cas, vous le voyez, se rapporte à la période aiguë de la maladie. Est-il indiqué de chloroformer l'enfant, de redresser le membre et de le maintenir ensuite avec un appareil convenable? Quel que soit le parti que l'on prenne, j'espère ne pas perdre la malade de vue et pouvoir communiquer à la Société la suite de cette observation.

L'autre enfant, Euphrasie B..., a cinq ans et demi. Elle a été affectée, il y a deux ans environ, d'une coxalgie du côté *droit*, pour laquelle on a fait une large application de caustique de Vienne sur le grand trochanter; on en voit encore la cicatrice. J'ai constaté, au mois de novembre de l'année dernière, qu'il existait un raccourcissement apparent du membre inférieur *droit*. Mais, en janvier, la hanche *gauche* fut prise à son tour; il y eut des douleurs très-vives, et le membre inférieur *gauche*, naguère plus long que le droit, devint peu à peu plus court. Je reconnus, en effet, le 20 mars, qu'il y avait raccourcissement *à gauche*, et je trouvai de ce côté tous les signes d'une luxation iliaque. Aujourd'hui les douleurs ont cessé; la luxation est des plus évidentes; les deux cuisses offrent un certain degré de flexion, moins marqué du côté droit; la cuisse gauche est, en outre, dans l'adduction et dans la rotation en dedans, la droite dans l'abduction; celle-ci ne paraît présenter qu'une position vicieuse sans luxation. On rencontre au côté externe de chaque cuisse un petit abcès superficiel, indolent. L'enfant est hors d'état de marcher seule, mais elle fait quelques pas avec des béquilles.

Cette coxalgie double offre quelque ressemblance avec celle d'une jeune fille de dix à onze ans, que nous avons vu redresser par M. Bonnet le 19 août dernier, MM. Guersant, Richard et moi. Nous observâmes, dans ce cas, une circonstance assez curieuse. Nous avions tous cru, ainsi que MM. Nélaton et Malgaigne, qui avaient aussi vu la malade, à l'existence d'une luxation coxalgique *à gauche*, et d'une simple position vicieuse *à droite*. Lorsque M. Bonnet, à l'aide de l'éthérisation, fut parvenu à ramener les deux membres à leur direction normale par rapport au bassin, ils se montrèrent égaux en longueur, quoique la luxation du fémur gauche n'eût pas été modifiée. En recherchant la cause de cette singularité, nous découvrîmes une luxation toute semblable du côté droit, qui avait été dissimulée par l'abduction permanente du membre. Il y avait là, pour moi, à n'en pas douter, deux luxations congénitales suivies de deux coxalgies, bien que les parents aient assuré n'avoir remarqué aucun défaut dans la démarche de leur enfant avant le début des coxalgies, qui ne remonte pas au delà de février ou de janvier dernier.

Il est peu vraisemblable que la même circonstance se présente sur Euphrasie B... Néanmoins, il faut peut-être une nouvelle exploration pendant le sommeil anesthésique pour compléter le diagnostic.

Doit-on tenter la réduction de la luxation chez cette enfant? Doit-on au moins essayer de donner une meilleure position aux deux membres?

A propos de la deuxième malade, M. MOREL-LAVALLÉE dit qu'il a interrogé la mère de l'enfant, et les réponses d'abord hésitantes de cette femme sont devenues ensuite bien plus décisives. Ainsi, après avoir dit que l'enfant marchait comme tous les autres enfants, elle a fini par déclarer qu'il ne marchait que le corps fortement renversé en arrière, et qu'il tombait avec une extrême facilité. De telle sorte qu'il est permis d'admettre l'existence d'une luxation congéniale.

A propos de la première malade, M. BOUVIER fait remarquer que l'opinion qui avait été prêtée à M. Bonnet, relativement à l'inopportunité de pratiquer l'opération sur les très-jeunes enfants, paraît peu exacte, car le chirurgien de Lyon lui a exprimé le regret de ne pas avoir été à même d'opérer l'enfant qui fait le sujet de cette observation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA fait la communication suivante :

Dans le service de M. Jobert, qui m'est actuellement confié, j'ai été à même d'observer un malade qui a succombé dans des conditions tellement extraordinaires, que je ne sais à quelle nature d'affection peut être attribuée la mort. Voici un résumé du fait en question :

Un homme de quarante-neuf ans, d'une forte constitution, entre à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une inflammation située dans la région hypothénar. L'extrémité d'une épingle s'était brisée, il y a environ seize ans, dans cette partie, et y avait séjourné depuis lors sans déterminer d'accidents. Mais, depuis quelque temps, le malade éprouvant de la douleur, vint se faire extraire ce corps étranger. L'opération fut très-simple, et le malade allait si bien lorsque M. Jobert me remit le service, qu'il avait reçu son exeat pour le lendemain.

Mais à ce moment apparurent des accidents nouveaux; le bras devint rouge, se tuméfia, et sur tout l'avant-bras se percevait une crépitation gazeuse manifeste. Je fis deux incisions sur la main et sur l'extrémité de l'avant-bras; elles donnèrent issue à des gaz et à un peu de pus; puis tout se calma, et le malade paraissait de nouveau guéri.

Deux jours après apparaissaient sur la cuisse droite trois plaques rouges, sans saillie, très-douloureuses. On appliqua sur ces taches du collodion.

Le lendemain, c'était la cuisse gauche qui était à son tour le siége de ces plaques. L'état général était resté bon jusqu'alors. Mais dans la nuit, des accidents graves apparurent, et le malade succombait à l'heure de la visite.

Autopsie. — Dans aucun point de l'économie ne se trouve de la suppuration; on rencontre seulement un peu de pus dans les artérioles du poignet.

Les lymphatiques de la cuisse, les ganglions inguinaux n'offrent rien d'appréciable.

En incisant la peau au niveau des plaques rouges, on ne trouve aucune altération du tissu cellulaire sous-cutané; mais en incisant plus profondément, on met à découvert les masses musculaires sous-jacentes réduites en un putrilage fétide, comme elles se rencontrent dans l'affection charbonneuse. La cuisse droite présente le degré le plus avancé de l'altération, qui se rencontre encore sur la cuisse et sur la jambe gauches.

Pour compléter les renseignements relatifs à ce malade, je dois dire qu'il exerçait la profession de peaucier.

Quelle est la nature de cette affection? Je suis disposé à la considérer comme de nature charbonneuse. Y a-t-il relation ou simple coïncidence entre l'apparition de ces phénomènes si insolites et l'inflammation de la main? C'est une question qui ne me paraît pas résolue.

J'ai vu dans le service de M. Velpeau un malade succomber avec des plaques analogues, mais cet homme était affecté de farcin.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne puis me défendre d'admettre chez le malade de M. Broca une affection charbonneuse, surtout lorsque je rapproche ce fait de deux autres que j'ai récemment observés. L'inflammation développée sur la main, par sa marche insolite, permet déjà d'établir un diagnostic d'autant plus facilement que l'homme était peaucier; le développement du gaz pour une inflammation simple en apparence était déjà un motif puissant pour admettre un état général grave.

L'affection charbonneuse peut quelquefois, avant de se localiser, déterminer des accidents assez rapidement mortels pour ne pas permettre aux phénomènes locaux de suivre leur évolution.

Ainsi, dans l'un des faits auxquels je faisais allusion, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans; elle est admise à l'hôpital Saint-Antoine avec des symptômes généraux graves. Elle portait sur le front une petite plaque semblable à celles décrites par M. Broca; d'autres taches moindres se remarquaient sur le dos du nez. Le lendemain, la malade était morte. On trouva à l'autopsie une coagulation du sang dans les vaisseaux situés au-dessous de la peau altérée, et, en outre, des ecchymoses sur toute la surface des poumons.

Dans l'autre fait, il s'agit d'un employé du chemin de fer de Lyon. Il avait eu une pustule maligne sur l'avant-bras; elle avait été cautérisée : il y avait encore une énorme tuméfaction du membre.

Sous l'influence d'un traitement approprié la santé redevenait parfaite; le malade mangeait, se levait, quand il fut pris de frissons, d'une douleur vive dans la région vésicale, et il mourut subitement.

Dans ce cas, l'affection charbonneuse, un moment vaincue, en apparence du moins, tua ensuite rapidement le malade.

C'est évidemment une autre manière d'être de l'intoxication charbonneuse. Palliée seulement par le traitement local, elle pénètre la constitution d'une façon latente, pour ensuite faire une explosion tout à fait inattendue.

M. BROCA ne peut admettre entre l'inflammation de la main et le développement d'une affection charbonneuse une corrélation acceptable.

Quant aux gaz, il a été très-surpris de leur production. Mais, je le répète, dit M. Broca, tant que le malade a vécu, rien ne me permettait de croire à une état charbonneux; c'est seulement après la mort que, par voie d'exclusion, je suis arrivé à formuler cette opinion toute hypothétique.

M. VERNEUIL pense que la question serait facilement résolue par l'inoculation des matières en putrilage sur la race ovine, le mouton étant l'animal le plus impressionnable au virus charbonneux.

M. LABORIE, à l'appui de l'opinion de M. Morel-Lavallée sur la possibilité de ne pouvoir, dans quelques cas, reconnaître l'affection charbonneuse, cite un fait qui s'est produit il y a quelques mois à l'asile impérial de Vincennes.

A la suite d'un repas, tous les malades et convalescents qui y avaient pris part, à l'exception de trois seulement, furent pris de diarrhée, et quelques-uns de vomissements. Après avoir recherché les causes d'une intoxication si générale, et n'avoir pu l'attribuer ni à l'eau, ni aux vases dans lesquels avaient été préparés les aliments, ni au vin, il fit l'examen de la viande de bœuf qui avait été servie la veille, une partie restait encore incuite. L'odeur et l'aspect de cette viande n'offraient rien de spécial; elle avait la meilleure apparence.

Mais en faisant des incisions dans la région fessière, je mis à nu, dit M. Laborie, des fibres musculaires profondes présentant exactement l'aspect des muscles décrits et présentés par M. Broca. Il devait y avoir, dans ce cas, une affection charbonneuse générale, et l'animal avait succombé, ou mieux avait été sacrifié, pendant que les symptômes locaux restaient encore latents; car, je le répète, rien sur les parties musculaires apparentes ne permettait de considérer l'animal comme atteint d'une affection aussi grave; et malgré les soins apportés à l'examen des substances alimentaires destinées à l'Asile impérial, on n'avait pu reconnaître l'altération que j'ai signalée.

Le secrétaire, A. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

En annonçant, il y a quelques jours, que le schah de Perse n'a point agréé M. Tholozan pour son médecin, nous exprimions la crainte que notre confrère se fût lié par un traité sans de *sérieuses* garanties pour son exécution. Nous avons lieu d'espérer aujourd'hui que M. Tholozan obtiendra satisfaction d'un refus qui lèse ses intérêts et blesse sa dignité.

— Notre honorable confrère et collaborateur M. le docteur A. Joux, qui a le bonheur — trop rare, hélas! dans notre profession — de pouvoir cumuler l'étude et l'exercice de la médecine avec les travaux agricoles, vient d'obtenir la médaille d'or au concours du département de la Marne. Déjà M. Joux avait obtenu une médaille d'argent du comice central du même département, et une seconde médaille à la suite du concours régional de Melun. Nous félicitons sincèrement notre aimable collaborateur de ce nouveau succès.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur LE PEYTRE, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Ad. Richard......	20 fr.
M. Mialhe, pharmacien de l'Empereur...	20
M. Rayer, médecin de l'Empereur....	20
M. le docteur Pfeiffer.......	5
Total des listes précédentes...	684
Total général jusqu'à ce jour...	749 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Etudes sur le vitalisme organique, — la fièvre puerpérale; par M. PIDOUX, médecin de l'hôpital Lariboisière. Un vol. in-8° de 145 pages. — Paris, typographie Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Sauveur, 22.

Traité des maladies du sein et de la région mammaire, par M. le professeur A. VELPEAU. 2e édition. 1 vol. in-8° de 800 pages avec figures dans le texte et huit planches gravées. Prix : 12 fr. — Chez Victor Masson, place de l'École de Médecine, 17, à Paris.

Les médecins cantonaux, lettres adressées au préfet du département de la Haute-Loire, par M. le docteur ANDRIEUX (de Brioude). In-8° de IV-92 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 SEPTEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Si vous aimez l'iode, on en a mis partout... Il y en avait déjà, au dire de M. Chatin, dans l'air que nous respirons, dans l'eau que nous buvons et dans la plupart de nos aliments ; et cette profusion, au sein de la nature, d'une substance qui nous était encore inconnue il y a une quarantaine d'années, était bien faite pour donner à penser que ce n'était pas sans but que le Créateur l'avait ainsi multipliée autour de nous, et qu'elle devait exercer une influence utile sur l'économie. Nous n'avons pas besoin de rappeler toutes les théories plus ou moins hypothétiques qui ont surgi de cette découverte.

Mais si la physiologie et l'hygiène en ont fait leur profit, chacune à son point de vue, la thérapeutique n'est pas restée en arrière.

L'iode, dont l'usage médical fut d'abord à peu près borné au traitement du goître et des affections scrofuleuses, a vu successivement s'étendre ses applications au point de devenir en peu d'années l'un des agents les plus usuels de la thérapeutique. Nul, à coup sûr, n'a autant contribué que M. Boinet à cette bonne fortune de l'iode, et il suffit de jeter un coup d'œil sur la table des matières de son *Traité d'iodothérapie*, pour voir que de tout l'ensemble du cadre nosologique médico-chirurgical, il n'est qu'un très-petit nombre de maladies dans lesquelles cet agent n'ait été ou ne puisse être utilisé.

M. Boinet ne s'est pas encore arrêté là ; après avoir épuisé toutes les formules pharmaceutiques, se souvenant qu'avant la découverte de l'iode à l'état métalloïde on faisait usage depuis longtemps, probablement de temps immémorial, et avec d'incontestables avantages, de substances que l'on a reconnues depuis être redevables de leurs propriétés aux petites quantités d'iode qui entrent dans leur composition, il a eu l'idée d'imiter à son tour la nature, en donnant à ses malades cette substance telle qu'elle la produit, c'est-à-dire à l'état de combinaison et d'extrême division. Mais comme la prévoyance de la bonne Nature n'a probablement pas dépassé les besoins physiologiques, il s'est trouvé que les proportions d'iode qu'elle a départies dans les matières alimentaires ne sont pas toujours en rapport avec les besoins thérapeutiques ; il a donc fallu renchérir encore sur elle en mettant de l'iode là où il n'y en avait pas, et en en ajoutant où il n'y en avait point assez. D'où la médication par l'alimentation iodée qui fait le sujet du mémoire dont M. Boinet a donné lecture hier à l'Académie.

Il y a là une idée thérapeutique vraie et qui peut être féconde en bons résultats. La chimie, en isolant les substances simples et les principes actifs d'un grand nombre de composés de l'ancienne matière médicale, a assurément rendu d'immenses services, et elle a enrichi nos arsenaux pharmaceutiques de médicaments d'une activité et d'une puissance inconnues de nos prédécesseurs. Mais l'expérience nous a appris bientôt que cette activité même n'était pas toujours sans dangers ; elle nous a appris, en outre, que l'action d'un composé n'est pas toujours identique à celle de ses composants, et qu'il y avait entre le principe actif d'une substance et cette substance elle-même autre chose qu'une simple différence de puissance. C'est là un fait devenu vulgaire à force d'évidence, et il n'est personne aujourd'hui qui administre indifféremment l'un pour l'autre le sulfate de quinine et le quinquina, la morphine et l'opium brut.

Autre est l'action de l'iode à l'état métalloïde, et celle des corps naturels dont il fait partie constituante. Tandis que le premier, s'il n'est rendu parfaitement soluble par l'addition d'un dissolvant chimique, a une action irritante locale sur les surfaces avec lesquelles il est mis en contact, qui s'oppose souvent à la production des effets dynamiques qu'on en attend ; ceux-ci, au contraire, qui contiennent l'iode dans un état de combinaison intime et de division extrême des plus favorables à l'absorption, ont tout à la fois l'avantage d'être exempts de cet inconvénient, et de posséder l'action dynamique propre à l'iode à un degré qui paraît dépasser le rapport que semblerait indiquer la proportion de métalloïde qu'ils renferment. En se servant de ces combinaisons naturelles, et en les imitant, lorsqu'elles sont insuffisantes, par des combinaisons artificielles qui en augmentent la puissance tout en respectant le plus possible leur mode d'association, M. Boinet nous paraît avoir institué une médication heureuse.

On peut voir, d'ailleurs, par l'analyse de son mémoire, que l'idée n'est pas restée à l'état spéculatif dans son esprit, et que c'est après plusieurs années d'expérience qu'il est venu informer l'Académie et le public médical des résultats qu'il a obtenus. Cette médication donnera-t-elle tout ce que M. Boinet paraît en attendre ? Comme tous ceux qui se sont consacrés à l'étude d'un ordre particulier de faits ou d'une méthode spéciale, et qui en ont fait en quelque sorte leur chose, il est peu présumable que M. Boinet ait su toujours résister à un entraînement trop naturel et qu'il ait échappé aux conséquences inévitables de l'engouement ; mais en supposant qu'il y ait à faire la part de l'illusion, et qu'il faille rabattre quelque chose sur ces espérances, il en restera encore assez pour que nous ne devions pas hésiter à nous montrer reconnaissants envers M. Boinet pour les louables et persévérants efforts qu'il n'a cessé d'apporter à l'étude et à la constitution de la médication iodée. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU SERVICE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE.

Maladies des organes génitaux de l'homme. — De l'orchite.

L'orchite est une affection qui a presque toujours sa racine dans l'urèthre. Il ne faudra donc pas s'étonner si l'inflammation blennorrhagique du testicule survient assez tard ou manque même quelquefois à la suite de l'uréthrite, car l'inflammation du canal commence en général vers la fosse naviculaire et gagne progressivement vers la région prostatique : ce qui fait que l'orchite ne survient guère qu'après le quinzième jour. D'ailleurs, alors même que l'inflammation aurait gagné la portion prostatique, il peut arriver qu'elle apporte elle-même des obstacles à ses progrès ultérieurs en oblitérant si bien les canaux éjaculateurs que l'inflammation n'y saurait passer. Mais plus tard, à la période spasmodique, à la tonicité des canaux, succède un relâchement des tissus, et l'inflammation, gagnant de proche en proche, parcourt le canal déférent, gagne l'épididyme, envahit le testicule en irritant la tunique séreuse qui recouvre ces organes.

Mais chacun sait, et je l'ai déjà dit, bien que le trajet que je viens d'indiquer soit en effet celui que parcourt l'inflammation née dans l'urèthre, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'inflammation gagne toujours les conduits intermédiaires au testicule et à l'urèthre. Il peut se passer ici un phénomène analogue à celui de l'adénite développée sans angioleucite, quoique ayant sa source dans un lieu éloigné. Bien que dans les deux cas un

FEUILLETON.

DE L'EMPLOI DE L'EAU FROIDE CHEZ LES ANCIENS (1).

L'emploi thérapeutique de l'eau froide en chirurgie était connu des anciens. Virgile nous en fournit la preuve.

Enée a été blessé dans un combat ; le fer reste dans la plaie. On appelle le chirurgien ; c'est Iapis, favori d'Apollon, à qui ce dieu avait laissé le choix de ses dons : son arc, ses flèches, et la science des augures ; mais lui, par piété filiale, demanda la connaissance des herbes salutaires et de la médecine, et préféra exercer sans gloire des arts muets (*Én.*, XII, v. 395) :

> Ille, ut depositi proferret fata parentis,
> Scire potestates herbarum, usumque medendi
> Maluit, et mutas agitare inglorius artis.

Très-embarrassé en ce moment près de son malade, il épuise inutilement toutes les ressources de son art. Que ne puis-je transcrire ici tous les détails de l'opération, toutes les tentatives du chirurgien, si minutieusement décrites par Virgile ! Vénus vient au secours de son fils ; elle descend, et, enveloppée d'un nuage, jette le dictame dans l'eau dont se sert Iapis.

> ..... Hoc fusum labris splendentibus amnem
> Inficit, occulte medicans ; spargitque salubris
> Ambrosiæ succos, et odoriferam panaceam.
> Fovit ea vulnus *lympha* longævus Iapis
> Ignorans ; subitoque omnis de corpore *fugit*
> Quippe *dolor* ; omnis *stetit* imo vulnere *sanguis*.

Tout à coup la douleur se calme ; c'est l'action sédative de l'eau froide, ressource si précieuse pour le chirurgien. Le sang s'arrête sous l'influence astringente de l'eau, qui resserre les tissus. Rien alors ne retenant plus la flèche, ni la contraction spasmodique des muscles, ni le gonflement des parties gorgées de sang, elle tombe et suit la main d'Iapis, *secuta manum, nullo cogente, excidit*. Je doute qu'aujourd'hui on admette volontiers l'efficacité du dictame, de l'ambroisie et de la panacée odoriférante, vinssent-ils d'une déesse.... Cependant Iapis, à la vue d'une cure si merveilleuse, ne veut pas s'en attribuer la gloire, et s'écrie, avec une modestie qui trouverait encore aujourd'hui sans doute des imitateurs : Ce n'est point l'œuvre d'un mortel, ce n'est point l'œuvre de la science, c'est l'œuvre d'un dieu plus puissant :

> Non hæc humanis opibus, non arte magistra,
> Proveniunt ; neque te, Ænea, mea dexera servat :
> *Major agit deus.*

Ne croirait-on pas entendre Ambroise Paré traduire Iapis quand il dit, avec son humble bonhomie, ce mot que la Faculté de médecine de Paris semble adopter pour devise, en l'inscrivant au-dessus de sa chaire professorale : *Je le pansay, et Dieu le guarit.*

Virgile a vu l'effet *hémostatique* de l'eau froide. Stace sait qu'il est dû au resserrement du calibre des vaisseaux béants : au sortir de l'eau, les blessures d'Hippomédon, un instant fermées, s'ouvrent à l'air, et son sang coule de nouveau (*Théb.*, IX, v. 529) :

> ..... Tunc vulnera manant,
> Quique sub amne diu stupuit cruor, aere nudo
> Solvitur, et tenues venarum laxat hiatus.

Nous ne devons donc plus nous étonner de rencontrer si souvent dans les poëtes latins cette expression : *Lymphis siccare cruorem*, *siccare vulnera*, sécher par l'eau le sang et les blessures.

> Interea genitor Tiberini ad fluminis undam
> Vulnera siccabat lymphis....

C'est Mézence que Virgile nous représente ainsi.

Stace fait oire par le vieillard Créon, à son fils Ménécée, de ne pas s'éloigner ; il veut pouvoir lui porter secours s'il était blessé :

> ..... Liceat misero tremebunda lavare
> Vulnera, et undantem lymphis siccare cruorem.

C'est à l'eau froide que nous voyons les anciens recourir tout d'abord dans leurs blessures ; elle est le premier et souvent l'unique pansement. Anne veut secourir Didon, sa sœur, qui vient de se frapper elle-même :

> ..... Date, vulnera lymphis
> Abluam.....

Ovide parlant des Centaures :

> ..... Illic lavere bimembres
> Vulnera clavigeri quæ fecerat Herculis arcus.

Idmon, disciple du dieu d'Épidaure, panse Tydée blessé ; il emploie d'abord l'eau, puis le fer, qu'il manie habilement, et enfin des herbes médicinales. C'est tout un cours de thérapeutique chirurgicale que nous fait Stace (*Théb.*, III, v. 398).

> Vulnera dum lymphis Epidaurius eluit Idmon,
> Nunc velox ferro, nunc ille potentibus herbis
> Mitior.....

Polyphème, privé de la vue par Ulysse, allait chaque jour laver dans les eaux son œil blessé ; il connaissait déjà l'action antiphlogistique de l'eau froide. MM. Chassaignac, Baudens et Sichel, n'auraient ils pas emprunté l'idée de Polyphème, et perfectionné son procédé pour l'appliquer à leurs opérés de cataracte ? (*Énéide*, III, v. 662.)

> Postquam altos tetigit fluctus, et ad æquora venit,
> Luminis effossi fluidum lavit inde cruorem.

Dans la syncope, nos poëtes se servent de l'eau froide. Voyez l'*Agamemnon* de Sénèque : la prophétesse Cassandre tombe évanouie, Agamemnon ordonne de la relever (act. II, v. 788) :

> ..... Famuli attollite,
> Refovete gelido latice : jam recipit diem
> Marcente visu.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 9 septembre.

principe irritant ait été conduit de l'urèthre au testicule, du pied, par exemple, au ganglion inguinal, faut-il chercher la raison de l'immunité qui protége le canal déférent et les vaisseaux lymphatiques dans la rapidité de la circulation, dans le peu de durée du contact des canaux avec les matières irritantes, ou enfin dans la disposition anatomique des organes qui nous représente le testicule, le ganglion, comme le résumé, la multiplication d'un même conduit enroulé à l'infini sur lui-même? Je ne pourrais vous donner à cet égard que de pures hypothèses, et je m'en abstiens.

De ce trajet si complexe découle toute la symptomatologie de l'affection, si complexe elle-même, décrite d'une façon un peu trop synthétique sous le nom d'orchite.

Je dis que l'orchite a été envisagée jusqu'à présent d'une manière trop synthétique.

En effet, 1° inflammation du canal déférent; 2° épididymite; 3° orchite proprement dite; 4° vaginalite avec ou sans hydrocèle; tels sont les éléments qui peuvent composer cette affection.

L'inflammation du canal déférent peut manquer; quand elle existe, on la reconnaît à l'excès de volume, de densité, de sensibilité du canal, qui se présente sous la forme d'une tige dure dans le cordon. Le toucher, en éveillant la douleur, déjà très-vive, spontanément, permet de constater l'existence dans le cordon d'une sorte de baguette, de baleine dure, cylindrique, rénitente, située à la partie postérieure, en arrière des éléments du cordon.

Quand ces symptômes et ces signes s'ajoutent à ceux de l'orchite, ils lui impriment quelques modifications qui permettent de constituer une variété particulière.

L'épididymite est rarement isolée; le plus souvent elle coexiste avec l'orchite véritable. Mais les deux maladies, alors même qu'elles s'ajoutent l'une à l'autre, ont leurs caractères distincts parfaitement tranchés.

D'une part, on trouve une tumeur dure, incomplétement sphérique, bosselée, offrant sur les côtés des bords durs et saillants, le tout occupant la position normale de l'épididyme, c'est-à-dire situé en arrière et en haut de la tuméfaction générale. Voilà pour l'épididymite. Au-dessous et en avant de cette première tumeur bosselée, dure, on trouve une autre demi-sphère, molle, lisse, comme fluctuante, embrassée sur les côtés par la saillie des bords indurés de l'épididyme, et enclavée dans celui-ci comme un œuf dans son coquetier; c'est le testicule enflammé qui se révèle par ces caractères ordinaires.

Parmi les complications de l'orchite, la plus importante est l'hydrocèle. M. Rochoux prétendait à ce sujet qu'il y avait toujours hydrocèle, en même temps qu'épididymite ou orchite; il allait bien plus loin encore, et poussait l'erreur jusqu'à déclarer que le siége précis de l'inflammation n'était pas le testicule, mais bien la tunique vaginale qui enveloppe cet organe, et que le nom d'orchite devait être remplacé par celui de vaginalite. M. Rochoux trouva des approbateurs; mais je me livrai bientôt à des recherches qui démontrèrent de la façon la plus claire que cette théorie était une vue de l'esprit et non pas un fait positif constaté au lit du malade par l'examen sérieux des symptômes. En vain, M. Rochoux a-t-il proclamé que l'orchite était impossible en vertu de la barrière opposée à la tuméfaction du testicule par sa tunique fibreuse inextensible; il a pu voir et se convaincre par lui-même de l'inexactitude de ses assertions. Pressé par les objections opiniâtres de M. Rochoux, un jour qu'il était présent à ma visite, je pratiquai devant lui, sur le testicule d'un malade atteint d'orchite, et couché, je me le rappelle, au n° 1 de la salle de la Ste-Vierge, une ponction légère avec la pointe d'une lancette, il en sortit une cuillerée d'une sérosité sanguinolente, et le volume de l'organe, constaté auparavant, avait à peine diminué du quart. En songeant ensuite à ce malade, je craignais le lendemain de m'être laissé entraîner à son préjudice par le désir de confondre sans réplique l'opinion de M. Rochoux et de ses partisans. Bien loin de là, et dès la visite suivante, je trouvais la tuméfaction douloureuse du testicule singulièrement diminuée. Ce qui n'avait été d'abord qu'une tentative hasardée, inspirée par le besoin de ma cause, devint dès lors un trait de lumière, et j'avais fondé du même coup la méthode thérapeutique dont je ne me suis jamais départi depuis cette époque, au grand avantage des malades. En effet, ceux-là mêmes dont la tunique vaginale n'avait pas donné de liquide, éprouvaient toujours du soulagement et un certain bien-être après la ponction, qu'il s'écoulât ou non une faible quantité (quelques gouttes) de sérosité ou de sang.

Il demeure donc établi et acquis à la science que la tunique vaginale n'est pas toujours le siége d'un épanchement; que s'il existe (ce qui se rencontre, il est vrai, dans l'immense majorité des cas, ainsi que je vous l'ai montré cette année chaque fois que l'occasion s'en est présentée), sa part dans la masse totale du gonflement varie entre le 6e et le 74e, sans atteindre jamais ou presque jamais la moitié.

Je crois avoir établi enfin que cette maladie est complexe et composée :

1° De la tuméfaction inflammatoire de l'épididyme, qui est ordinairement le siége principal et quelquefois unique du gonflement;

2° Que le testicule participe bien souvent à l'inflammation, qui en double ou triple le volume;

3° Enfin que le gonflement des enveloppes du testicule participe souvent à l'épaississement total des tissus.

Ainsi donc, sans partager la crainte chimérique de blesser le testicule et de développer par là de graves accidents, n'hésitez pas à pratiquer une, deux ou trois ponctions faites perpendiculairement et de manière à pénétrer sans crainte jusque dans la tunique vaginale avec la pointe de la lancette. Appliquez quelques compresses d'eau blanche ou des topiques émollients simples; quand l'inflammation est trop vive, maintenez les bourses dans une position élevée. De cette méthode, il résultera pour tous vos malades un soulagement instantané et une résolution rapide, et pour les pauvres, à qui vous éviterez les frais onéreux des sangsues, une économie notable.

HOPITAL COCHIN. — M. Beau.

Dyspepsie. — Cause morale.

A la salle Saint-Jean, n° 24, est couché un homme de trente et un ans, d'une constitution nervoso-lymphatique. Cordonnier de son état, il habite à Montrouge une chambre assez saine; sa nourriture est bonne, il se garantit convenablement des variations atmosphériques, et ne se fatigue pas trop au travail. Mais depuis quelques mois, il a éprouvé *des chagrins, de très-grands chagrins qui l'ont bouleversé*, selon son expression. Depuis cette époque, sa santé s'est détériorée de plus en plus, et à son entrée à l'hôpital voici les symptômes qu'il présente :

L'appétit diminué est souvent nul. S'il mange, c'est, dit-il, pour soutenir ses forces et pouvoir un peu travailler.

Après le repas, il éprouve de la gêne, de la pesanteur à l'estomac, avec un tel gonflement qu'il est obligé de déboutonner la ceinture de son pantalon. Il a des borborygmes et de la constipation. Sa digestion est lente, douloureuse, et dure plusieurs heures. Aussi, redoutant cet état, il évite souvent de rien prendre.

A la hauteur de l'estomac, à droite et à gauche, deux points douloureux, un en arrière et l'autre en avant, indiquent une double névralgie intercostale.

Mais ce qui distingue ce cas de beaucoup d'autres et lui mérite une attention spéciale, c'est que ce malade présente ce que l'on a vulgairement appelé la boule hystérique, et ce que M. Beau désigne sous le nom d'*aura gastro-glottique*. Il éprouve un sentiment de constriction qui, remontant de l'épigastre, s'arrête un instant derrière le sternum, et après cette courte station vient lui serrer la glotte. Il ressent alors dans les membres un tremblement nerveux. C'est assurément là l'*hystérie sensitive*, laquelle ne va pas jusqu'à l'*hystérie convulsive*.

Le malade est pâle, amaigri, faible; il y a chez lui un *laxum* de tous les muscles, et en particulier du cœur, qui présente un bruit de souffle anormal (chlorotique), lequel se propage dans les grosses artères.

On observe chez cet homme un phénomène très-commun dans la dyspepsie, mais rarement aussi complet : c'est l'*analgésie* ou paralysie du sentiment de la douleur cutanée. On peut lui piquer impunément à l'aide d'une épingle toutes les parties du corps et même le centre épigastrique, et on traverse de part en part la peau de l'avant-bras sans qu'il en accuse à peine la sensation.

La cause de la maladie de ce jeune homme est facile à trouver. Les peines morales ont produit tous ces désordres. Qui ne sait que leur premier effet est de réagir sur les fonctions digestives? Aussi Cullen les indiquait-il parmi les causes de la maladie qui nous occupe, et Stoll disait lui-même : « Le chagrin a une force étonnante pour troubler les fonctions de l'estomac, des intestins et du foie. » Il nous raconte ailleurs qu'il en a constaté l'observation et sur lui-même et sur beaucoup d'autres individus; et à l'appui il cite la maladie qu'il fit en 1776, après avoir quitté *malgré lui* un pays qu'il aimait : « Me trouvant surchargé d'un travail considérable et ingrat, et en même temps accablé de chagrins domestiques profonds, et qui m'affectaient d'autant plus que je cherchais à les concentrer au-dedans de moi, l'amertume de la bouche et la douleur à l'épigastre commencèrent à se faire sentir plus fortement, etc. »

Mais la maladie qui afflige ce jeune homme est-elle simple ou complexe? Autrefois on en aurait reconnu huit différentes : une anorexie, une tympanite, une dyspepsie, une double névralgie intercostale, une hystérie (surtout si nous avions eu affaire à une jeune fille), une chlorose et une paralysie du système cutané.

Déjà, dans Sydenham, on voit poindre l'idée que pour lui plusieurs de ces affections pourraient être réunies en une seule. On le voit, en effet, traiter l'hystérie, la colique hystérique, la colique hypochondriaque, l'aménorrhée, les leucorrhée et les pâles couleurs par les vins d'Espagne, le fer, les promenades à cheval; moyens qui tous contribuent à rétablir les fonctions digestives. Cependant, Cullen est le premier qui, sous le titre de dyspepsie, ait rassemblé divers états pathologiques dont chacun constituait avant lui une entité vague et indéterminée.

M. Beau, étendant le cadre de Cullen, a démontré que d'autres organopathies devaient se ranger à côté des affections désignées par cet auteur, et se manifester comme une efflorescence naturelle de la même lésion, la dyspepsie, mère de toutes les autres.

Traitement. — « Celui qui connaît bien la nature d'une maladie, dit Hippocrate, connaît aussi la méthode qu'il faut suivre pour la guérir. » Cet axiome est très-vrai en général, et sa conséquence est logique; mais ce n'est pas tout de combattre la maladie, il faut encore combattre la cause. Il est heureusement des cas où la chose est facile. Lorsqu'elle est physique, on peut la supprimer. C'est ainsi que nous avons vu, dans le service de

---

« Qu'on la relève, qu'on la ranime en lui jetant de l'eau froide : ses yeux éteints se rouvrent à la lumière. »

Laodamie se plaint de la pieuse sollicitude de ses parents, qui ne l'ont pas laissée mourir et l'ont rappelée à la vie par l'eau froide; car avec la connaissance reviennent les tristesses et les chagrins (Ov., *Her.*, XIII, v. 26.)

Vix mater gelida mœsta refecit aqua.....

Nous voyons dans Homère :

« Qu'une pierre lancée par Ajax a blessé Hector. Ses compagnons l'emmènent loin de la mêlée, et, arrivés aux bords du fleuve limpide le Xanthe sinueux, le descendent du char, le posent à terre, et lui versent de l'eau; il se ranime, ouvre les yeux..... (*Iliade*, liv. XI, v. 845).

J'arrive aux applications de l'eau froide à la *thérapeutique médicale*. Les différents procédés de l'hydriatrie étaient connus des anciens. Celse les nomme tous : bains, affusions, douches, immersions; mais je ne veux m'adresser qu'aux poëtes. On me contestera peut-être le droit d'interpréter dans le sens du traitement hydrothérapique ce vers de Virgile :

Spargite me in fluctus, vastoque immergite ponto.

Mais on m'autorisera, j'espère, à reconnaître une prescription d'*immersions* et d'*ablutions* froides dans ce passage de Juvénal :

Hibernum fracta glacie descendet in amnem,
Ter matutino Tiberi *mergetur*, et ipsis
Vorticibus timidum caput *abluet*.

On peut voir aussi dans Ovide la désignation des *douches* froides. Midas avait reçu de Bacchus le don fatal de changer en or tout ce qu'il toucherait; il se repent bientôt de sa demande indiscrète, et prie le dieu de reprendre son funeste présent et de le guérir de sa folie. Voici l'ordonnance :

Spumiferoque tuum fonti, qua plurimus exit,
Subde caput, corpusque simul, simul elue crimen.

On ne lui eût rien prescrit de mieux aujourd'hui; un bain froid et une douche; c'est le traitement des aliénés.

N'est-ce pas le traitement des *maladies chroniques* qu'Ovide décrit dans l'histoire de Glaucus? D'après l'ordre de l'Océan et de Thétis, Glaucus, pour devenir dieu marin et être purifié de tout ce qu'il a de mortel, doit se plonger dans les fleuves et exposer sa poitrine au choc cent fois répété de leurs eaux : *Ego lustror ab illis*...

Pectora fluminibus jubeor *supponere* centum.

En effet, c'est chose aussi difficile de transformer notre pauvre nature humaine, que de modifier une constitution faible et délicate, de guérir une maladie déjà vieille; et voilà pourquoi le poëte demande cette persévérance, *supponere centum*, qu'exige également l'hydrothérapie. Il en est des maladies chroniques comme du rocher :

Gutta cavat lapidem non vi sed sæpe cadendo.

C'est le malade lui-même qui va maintenant nous mettre au courant de son traitement. Horace était souffrant, souffrant probablement de ses yeux; car (*lippus erat*) il était atteint de quelque blépharite ou conjonctivite ancienne, liée sans doute au tempérament lymphatique. De plus, débilité, amaigri, dyspeptique, comme on dirait aujourd'hui, il était allé chercher inutilement aux eaux sulfureuses de Baïa la santé, les forces et l'embonpoint. Sur l'ordonnance d'Antonius Musa, il les quitte pour les bains froids de Vélie et de Salerne, et demande à son ami C. Num. Vala des renseignements sur ces nouvelles contrées (liv. 1er, ép. 15) :

.... Nam mihi Baias
Musa supervacuas Antonius, et tamen illis
Me facit invisum, gelida cum perluor unda
Per medium frigus.

Musa s'indigne contre ces malades qui osent soumettre leur tête et leur estomac aux douches brûlantes de Clusium et de Gabies :

Qui caput et stomachum supponere fontibus audent
Clusinis, Gabiosque petunt et frigida rura.

Plus loin Horace interroge son ami sur les qualités de l'eau. Boit-on à Vélie et à Salerne de l'eau de citerne ou de l'eau qui coule fraîche du haut des montagnes? Quant aux vins de ce pays, je ne m'en soucie guère.

Collectosne bibant imbres, puteosne perennes
Jugis aquæ (nam vina nihil moror illius oræ).

Ainsi l'eau à l'extérieur, l'eau à l'intérieur, le traitement sera complet......

On emploie aujourd'hui l'hydrothérapie dans les fièvres intermittentes; je ne vois rien dans Horace qui m'indique que cette pratique fût connue des anciens, car je n'oserais rapprocher des résultats obtenus de nos jours l'influence favorable de son frais ruisseau, *utilis capiti, utilis alvo*, qui le protége contre les fâcheuses influences de l'automne. Notre poëte parle bien d'une *immersion* froide à propos de fièvre, mais comme action de grâces et non comme traitement. C'est une mère qui demande au maître des dieux la guérison de son fils, atteint de fièvre quarte. S'il la lui accorde, le malade ne manquera pas de se purifier dans le Tibre, dès le matin du jour de jeûne qui lui est consacré :

Frigida si puerum quartana reliquerit, illo
Mane die, quo tu indicis jejunia, nudus
In Tiberi stabit.

Je ne puis quitter Horace sans parler d'Antonius Musa, qui produisit toute une révolution et dans la médecine et dans la position des médecins. Il apportait un système de thérapeutique énergique, efficace, qu'il s'était approprié en le formulant : ce fut sa fortune et sa gloire; mais il voulut l'appliquer à tout et rompre avec le passé, ce fut son erreur. Mais il eut du moins le mérite de tirer la médecine de l'abaissement dans lequel elle était plongée. Abandonnée aux esclaves, aux affranchis, ou aux Grecs, reléguée parmi ces arts muets dont parle Virgile, elle laissait sans considération et sans gloire, *inglorius*, celui qui l'exerçait. Musa sut lui faire une place parmi les arts libéraux, et obtenir pour lui-même l'amitié d'Auguste, qu'il avait sauvé, par les douches et les bains froids, d'une maladie grave. Le prince, par gratitude, lui accorda les titres de citoyen romain et de chevalier, et lui fit

M. Beau, guérir des dyspepsies chroniques datant de plusieurs années, en enlevant seulement la cause présumée de la maladie. C'est ce qui arrive chez certains fumeurs de profession et chez quelques buveurs de café.

Mais il en est bien autrement pour les causes morales. Elles sont difficiles à détruire, et il n'y a guère que le temps qui puisse en amortir les effets, ce temps, qui, comme on le dit avec raison, est un grand remède. Aussi, dans ces circonstances, les meilleurs moyens thérapeutiques viennent-ils échouer devant la résistance pathologique. L'exemple du malade dont nous traçons brièvement l'histoire viendrait au besoin affirmer ces considérations générales.

C'est en vain que l'habile médecin de l'hôpital Cochin a employé tour à tour un éméto-cathartique, les purgatifs, les bains sulfureux, les ablutions d'eau froide, faites deux fois par jour, etc., etc. Cependant, sous l'influence de deux larges vésicatoires appliqués sur l'estomac, le malade alla mieux et sortit enfin de l'hôpital dans un état satisfaisant. Mais, selon la remarque judicieuse de M. Beau, on ne doit pas oublier que plusieurs mois s'étaient écoulés depuis l'origine des peines morales, et que ce jeune homme avait été soustrait à leur action tout le temps qu'il passa à l'hôpital (un mois), où forcément il avait éprouvé des distractions variées. C'est pour remplir la même indication et consolider sa convalescence, qu'il a été évacué sur l'Asile impérial de Vincennes.

D[r] A. Nicolas.

DU PROCÉDÉ OU DE L'APPAREIL DE MITSCHERLICH

pour reconnaître la présence du phosphore dans les cas d'empoisonnement par les allumettes chimiques, comparé à l'appareil de Marsch pour la découverte de l'arsenic dans les analyses de chimie légale (1).

Par M. Couseran, pharmacien.

Il y a quelques mois, M. Mitscherlich proposa, pour reconnaître le phosphore dans les cas d'empoisonnement, un moyen qui permet de signaler le phosphore d'une manière prompte et facile dans les matières à analyser, ce toxique n'y existerait-il qu'à la faible dose d'un cent millième.

Et, dans un recueil, publié il y a peu de temps, sur les découvertes qui ont eu lieu dans les sciences physique pendant l'année 1856, l'auteur de cette revue, après avoir décrit avec soin le procédé du savant chimiste, s'exprime ainsi : « Ce procédé paraît aussi sensible pour reconnaître le phosphore dans les empoisonnements que l'appareil de Marsch pour déceler l'arsenic. » Cette assertion pouvant faire croire aux personnes qui n'ont pas l'habitude des opérations de chimie légale, et surtout aux membres de la magistrature chargés des instructions criminelles, qu'il n'y a point d'empoisonnement par le phosphore qui ne puisse être démontré par l'expert chimiste, j'ai cru devoir appeler l'attention de l'Académie sur cette question, et lui faire connaître les résultats de quelques expériences que j'ai faites avec l'appareil de Mitscherlich.

Ce procédé a, en effet, l'avantage sur les moyens employés jusqu'ici de pouvoir opérer à vases clos, et de laisser apercevoir pendant assez longtemps, dans le serpentin transparent où s'opère la combustion du phosphore, la lueur phosphorescente qui caractérise la présence de ce métalloïde, lueur qui n'est souvent que très-passagère lorsqu'on opère à l'air libre et sur de faibles parties de phosphore. Cette manière de procéder permet aussi, d'après l'auteur, de recueillir en même temps dans le récipient de cet appareil distillatoire des globules de phosphore, si ce corps se trouve en suffisante quantité dans les matières à analyser, et l'acide phosphorique qui s'est formé pendant la combustion qui a donné lieu à la lueur phosphorescente.

Mais il ne s'ensuit pas de là que ce procédé soit comparable à celui de l'appareil de Marsh, pour la recherche de l'arsenic à la suite d'un empoisonnement arsenical.

Car quoique ces deux toxiques produisent sur nos organes des effets qui ont la plus grande analogie, ils ne se comportent pas l'un et l'autre de la même manière dans l'économie animale.

Le phosphore ne devient toxique qu'en changeant d'état, c'est-à-dire en passant à l'état d'acide hypophosphorique ou phosphorique, et en se combinant pour cela avec l'oxygène de l'air qui se trouve mêlé aux matières alimentaires ingérées avec lui, ou qu'il emprunte peut-être aux parties des organes avec lesquelles il se trouve en contact, qu'il enflamme et corrode ; ou bien en passant à l'état d'hydrogène phosphoré, gaz que quelques auteurs regardent comme un des toxiques les plus subtiles.

L'arsenic, au contraire, une fois ingéré, suivant la quantité employée, non-seulement enflamme et corrode les tissus sur lesquels il séjourne, mais il passe dans la circulation par absorption, et est déposé dans certains viscères, où il séjourne assez longtemps pour pouvoir y être retrouvé après son élimination complète de l'appareil digestif.

Aussi, il est très-probable que dans les empoisonnements par le phosphore, lorsque les déjections buccales et alvines n'auront pas été recueillies avec soin et mises dans un liquide conservateur du phosphore, le procédé de Mitscherlich sera impuissant : les parties enflammées de l'estomac et des intestins ne produiront point de phosphorescence, et les réactions que la présence de l'acide phosphorique et des phosphates signaleront à l'expert, ne lui permettront pas d'affirmer qu'il y a eu empoisonnement par le phosphore, l'acide phosphorique et les phosphates faisant toujours partie de notre économie.

Tandis que dans l'empoisonnement par l'arsenic, lors même que les organes digestifs seront dans un état de vacuité complet, l'expert, à l'aide de l'appareil de Marsch, retirera du corps de la victime assez de matière toxique, pour qu'il puisse affirmer qu'il y a eu empoisonnement, et mettre sous les yeux de la justice le corps du délit.

Après ces observations qui ont eu pour but de faire remarquer la différence d'utilité des deux procédés pour arriver à la démonstration de ces deux intoxications, je vais rapporter à l'Académie quelques-unes des expériences que j'ai faites avec l'appareil de Mitscherlich.

Il y a quelques mois, un homme des environs de Toulouse, en parfaite santé la veille, mourut en quelques heures avec des symptômes assez graves pour que la justice crût devoir intervenir et ordonner l'autopsie du cadavre. Les médecins qui procédèrent à cette opération, ayant trouvé dans l'estomac et dans une partie des intestins des lésions dont ils ne purent se rendre compte, ils recueillirent alors convenablement ces organes pour qu'ils fussent soumis à une analyse chimique.

Je fus chargé par la justice, avec un de mes confrères et mon collaborateur, d'examiner ces matières et de rechercher quel aurait été le poison employé dans le cas où il y aurait eu crime.

Ces organes, qui avaient été conservés dans de l'alcool, étaient entièrement vides ; ils présentaient des traces d'une forte inflammation, et l'on remarquait, sur la partie inférieure de l'estomac, des taches violacées qui pénétraient assez profondément dans les tissus de cet organe.

Après avoir recherché avec beaucoup de soin et inutilement, dans leur intérieur, au fond des vases qui les avaient contenus et dans le liquide où ils étaient plongés, quelques corps étrangers qui pussent nous mettre sur la voie du toxique employé, s'il y avait eu intoxication, nous en soumîmes une partie aux expériences propres à nous faire reconnaître la présence des poisons minéraux ; nos investigations furent sans résultat. Ce fut alors que nous employâmes pour la première fois le procédé Mitscherlich qui venait d'être publié ; nous y soumîmes une bonne partie des matières qui nous restaient ; après plus d'une heure de distillation, n'ayant pas obtenu la moindre trace de phosphorescence, nous ajoutâmes dans la cornue et par son tube supérieur, le bout d'une allumette chimique, et, peu de temps après, nous vîmes se manifester au bec de la cornue et dans le serpentin, la lueur phosphorescente, caractère qui vint nous démontrer la sensibilité du procédé.

En présence de pareils résultats, malgré l'acidité de l'intérieur de l'estomac, des intestins et du liquide dans lequel ils étaient plongés ; lorsque l'alcool que les médecins avaient employé, et dont un échantillon nous avait été remis par la justice, était parfaitement neutre, et les caractères des phosphates que nous avaient fournis les réactifs, nous conclûmes qu'il était possible qu'une préparation phosphorée eût été la cause des désordres pathologiques observés par les médecins experts ; mais que, n'ayant pas trouvé des traces de phosphore, nous ne pouvions pas affirmer qu'il y eût eu empoisonnement.

Aurions-nous été plus heureux, si, au lieu de nous livrer à la recherche des divers toxiques que pouvaient nous faire soupçonner ces désordres, nous avions soumis immédiatement la totalité des matières qui nous avaient été remises à l'action du procédé de Mitscherlich ? Pour moi, je crois que ce serait l'indication à suivre en pareil cas, car cela n'empêcherait pas la recherche des autres poisons dans le résidu et le produit de la distillation.

Il résulte des essais que j'ai faits postérieurement à cette analyse, et qu'il serait trop long de rapporter ici, que du phosphore très-divisé et mêlé à des matières alimentaires peut être retrouvé plusieurs jours après leur exposition à l'air, par les méthodes ordinaires, et plus facilement par le procédé Mitscherlich.

Il en est de même des fragments détachés des bouts d'allumettes chimiques.

Ces allumettes, macérées dans des liquides alimentaires, tels que le lait, le bouillon, le café au lait, le vin, etc., laissent déposer des fragments qui, restés à sec pendant plusieurs jours à l'air, brûlent encore avec phosphorescence quand on les touche avec le bout d'une baguette chaude, ou qu'on les projette sur un corps suffisamment chauffé ; et les liquides séparés par simple décantation de ces fragments, ainsi que ceux où l'on a fait bouillir des allumettes, donnent, même après avoir été abandonnés plusieurs jours au contact de l'air, des lueurs phosphorescentes par le procédé Mitscherlich.

L'eau dans laquelle est conservé le phosphore du commerce, est un poison énergique. Cette eau, légèrement opaque, très-acide et qui ne laisse point apercevoir de traces de phosphore, évaporée par sa simple exposition à l'air ou légèrement chauffée, arrivée à un certain degré de concentration et à une température assez élevée, s'enflamme sur certains points, comme le feraient des grains de poudre de chasse, et mise dans l'appareil de Mitscherlich, ne donne cependant pas lieu à la moindre lueur phosphorescente, et le résidu de sa distillation, évaporé à l'air dans une capsule, arrivé à un certain degré de concentration, produit le même phénomène de combustion que nous venons de citer.

Ce procédé offre donc à la chimie légale un moyen de reconnaître plus facilement les moindres traces du phosphore contenu dans les matières ingérées, et à l'expert de pouvoir agir sur la

(1) Extrait des Mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse.

élever, au dire de Suétone, une statue à côté de celle d'Esculape. La faveur des grands et de la ville suivit bientôt la faveur de l'empereur ; l'engouement fut général, mais sa violence nuisit à sa durée, et la réaction contre l'eau froide en fut d'autant plus vive. Pendant les règnes qui suivirent, les bains chauds eurent tous les honneurs. La formule de Musa, discréditée, ne put être remise en faveur, même par Claude, qui cependant avait été guéri par l'eau froide, comme nous l'apprend Suétone : *Quod pater ejus frigidam ægro sibi tempestive dedisset.*

Enfin Charmis, de Marseille, opéra, sous Néron, une révolution analogue à celle qu'avait produite l'influence de Musa ; il plongea tous ses malades dans les lacs. L'eau froide, à l'intérieur et à l'extérieur, fut de nouveau à la mode.

« Hi nives, illi glaciem potant, pœnasque montium in voluptatem gulæ vertunt » (Pline, *Hist. nat.*, l. XIX, c. 4). — « Charmis ex Massilia... damnatis non solum prioribus medicis, verum et balneis : frigidaque etiam hibernis algoribus lavari persuasit. Mersit ægros in lacus. Videbamus senes consulares usque in ostentationem rigentes. » (*Id. ib.*, c. 5.)

Cette passion des bains froids redevint générale et gagna les philosophes, les personnages consulaires, l'empereur même. Nous avons vu Néron à l'œuvre ; Pline vient de nous montrer les vieillards consulaires étalant leurs membres roidis par le froid. Laissons maintenant les sages raconter eux-mêmes leurs folies. Sénèque le Philosophe se vante, en plusieurs endroits, de ses exploits psychrolytiques :

« Vetus frigidæ cultor mitto me in mare, quomodo psychrolutam decet » (ep. 53). Il se jette à la mer, tout enveloppé dans son manteau, pour échapper aux nausées que la barque lui donnait. — Dans ses vieux jours, après une longue course : « Ab hac fatigatione magisquam exercitatione in frigidam descendi : hæc apud me vocatur parum calida ; ille tantus psychrolutes qui kalendis Januariis in Euripum saltabam. » « Je suis si grand amateur de bains froids que, le 1[er] janvier, je me plongeais dans l'Euripe, et c'est dans l'eau vierge que je fêtais la nouvelle année. » (Ep. 83.)

Les anciens accordaient volontiers des propriétés thérapeutiques aux sources et aux fontaines. Le Nil a été des mieux partagés, suivant eux ; Pline, Sénèque, Plutarque, le célèbrent à l'envi.

Pline consacre un livre à l'étude des eaux ; il y parle des sources froides de Cutilies, auxquelles Celse envoyait ses malades.

« Les eaux de Cutilies, chez les Sabins, sont très-froides... l'estomac, les nerfs, le corps entier, s'en trouvent très-bien : « Cutiliæ in Sabinis, gelidissimæ ; aptissimæ stomacho, nervis, universo corpori. » (*Hist. nat.*, lib. XXXI.)

Dans le même livre, il mentionne un grand nombre de fleuves ou de fontaines qui guérissent les calculs, les blessures, les ophthalmies, remédient à la folie, donnent la fécondité, préservent les femmes enceintes, dissipent les taches blanches de la peau, la goutte, la fièvre, etc. Il n'y a pas jusqu'à l'eau de la mer dont il ne vante l'utilité.

« *Medendi modus idem et in marinis erit.....* On use aussi en médecine de l'eau de la mer chauffée pour les maladies des nerfs, pour les plaies qu'il s'agit de réunir, pour les contusions des os, enfin pour dissiper l'œdème. On emploie au même but les bains de mer *froids.* »

Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'ils aient accepté l'eau froide comme une panacée, qu'ils n'aient pas indiqué les cas où elle est utile, les cas où elle est inutile ou nuisible. Pline, Celse, Sénèque, font ces distinctions ; mais on les trouve jusque dans les poëtes. Et eux aussi, qui avaient admis l'influence salutaire de l'eau froide dans la fièvre, pour calmer la soif et la chaleur ardente qui brûle les malades, savent l'impuissance de ce même moyen pour éteindre la chaleur et la soif de la peste.

Lucrèce dit en parlant de cette terrible épidémie qui ravagea l'Attique :

In fluvios partim gelidos ardentia morbo
Membra dabant, nudum jacientes corpus in undas...
Insedabiliter sitis arida corpora mersans...
Nec requies erat ulla mali.

Et Sénèque le Tragique, racontant les mêmes malheurs dans *Œdipe* :

..... Tunc amplexu
Frigida presso saxa fatigant
Quos liberior domus elato,
Custode sinit, petitis fontes
Aliturque sitis latice ingesto.

Dans une autre tragédie, le même poëte nous représente Hercule, fou de douleur, brûlé par les feux de cette fatale tunique que le sang du centaure Nessus a rendue redoutable, demandant vainement à l'eau d'apaiser son supplice :

Nunc poscit undas : unda non vincit malum.

N'est-ce pas l'histoire de ces infortunés auxquels les brûlantes atteintes d'une de ces maladies de peau si cruelles et si rebelles, autres tuniques de Déjanire, ne laissent de repos ni le jour ni la nuit ? Eux aussi demandent à l'eau la guérison ; mais, trop souvent, l'eau ne peut dompter le mal.

Pour ne pas rester sur ces tristes images de notre impuissance, j'emprunte un passage à Claudien ; c'est un hymne véritable en l'honneur de l'eau, en même temps qu'un chant de reconnaisssance envers l'Auteur de la nature,

Qui, prenant en pitié notre frêle existence, a voulu que la terre nous versât la santé ; et soudain, du haut de la montagne entr'ouverte, jaillit un fleuve qui devait arrêter les terribles fuseaux de la Parque (Idylle VI, v. 83) :

Ille pater rerum, qui secula dividit astris,
Inter prima poli te quoque sacra dedit,
Et fragilem nostri miseratus corporis usum
Telluri medicas fundere jussit aquas ;
Parcarumque colos exoratura severas
Flumina laxatis emicuere jugis.

A. E. Arque.

totalité des matières qui lui sont confiées pour la recherche des toxiques, sans qu'il soit exposé à les détruire. Mais il restera la question de savoir si la phosphorescence sera toujours le fait de l'emploi du phosphore, ou si, dans quelques cas pathologiques, du phosphore ne se trouverait pas naturellement dans l'économie; et ne pourrait-il pas arriver quelquefois aussi que dans cet appareil, des phosphates, en présence de l'acide sulfurique de la matière organique carbonisée par cet acide, fussent réduits et donnassent lieu à la phosphorescence?

Quant à la comparaison du procédé de Mitscherlich avec celui de Marsch, ce serait une grave erreur, je pense, de croire que l'intoxication par le phosphore peut être démontrée aussi facilement que celle par l'arsenic avec celui de Marsch.

Dans les empoisonnements par le phosphore, il sera toujours très-important, du reste, de conserver les déjections de toute nature, si l'on ne veut pas être exposé à ce que le crime ne puisse pas être constaté.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 septembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport de M. Goupil sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Radessac (Morbihan), en 1858.

2° Deux rapports, dont un définitif, de M. Dusouil sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans la commune de Lamothe-Saint-Héraye (Deux-Sèvres), en 1857.

3° Deux rapports, dont un final, du même médecin, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Bougon (même département), en 1858.

4° Un rapport complémentaire de M. Masson sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1857 dans plusieurs localités de l'arrondissement de Beaune (Côte-d'Or).

5° Un rapport de M. Goupil sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Taupont (Morbihan) en 1858.

6° Un rapport de M. Fourrier sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes d'Andernay et de Malavillers (Moselle), en 1857 et 1858.

7° Un rapport de M. Bouyer sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Draguignan (Var), en 1858.

8° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1857, dans les départements de l'Aude, du Nord et des Bouches-du-Rhône (arrondissement de Marseille). (Commission des épidémies.)

9° Une demande en autorisation d'exploiter les sources minérales de la commune de Pabest-Biscaye, formée par M. le docteur Malgar-Lahendo.

10° Un rapport de M. Roussel, médecin-inspecteur des eaux minérales de Lachaldette (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856.

11° Le rapport de M. Dufresse-Chassaigne, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant la même année.

12° Le rapport de M. Gay, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), sur le service médical de cet établissement pour la même année. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur François (d'Abbeville) adresse une lettre par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant pour la section de chirurgie. (Commission des correspondants nationaux.)

— M. le docteur Mazade adresse une semblable demande, qui est renvoyée à la même commission.

— M. Boutigny (d'Évreux) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté contenant la formule d'un nouveau médicament. Le dépôt est accepté.

— M. Léchelle, pharmacien, adresse une note sur une préparation particulière de cubèbe et de tannate de fer. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Tubage du larynx. — M. BOUCHUT, au sujet d'une revendication de priorité relativement au tubage du larynx, faite par M. Loiseau, adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Les titres imprimés sont les seuls que la jurisprudence scientifique admette partout en matière de priorité parmi les savants. Sans cette règle, chacun pourrait toujours réclamer le mérite d'une invention quand elle est bonne. Beaucoup de médecins ont dû avoir et ont eu l'idée du *tubage du larynx*, et cependant moi seul l'ai rendu possible en montrant la méthode à suivre pour le réaliser.

» Il n'y a nulle part l'indication imprimée de cette opération faite sur le vivant. Personne n'a encore établi qu'on pouvait abandonner dans la glotte une canule prenant son point d'appui sur les cordes vocales pour guérir l'asphyxie du croup. Par conséquent le fait que j'ai fait connaître est nouveau, et mon opération, régulièrement instituée dans son instrumentation comme dans son manuel opératoire, reste une découverte personnelle.

» M. Loiseau réclame et annonce que M. Trousseau a parlé du tubage de la glotte devant l'Académie dans son rapport de 1857 sur le cathétérisme laryngien. Cela est inexact. Le rapport imprimé au *Bulletin*, tel qu'il a été lu en séance publique, ne renferme pas un mot qui soit relatif à cette méthode opératoire, ni à des instruments destinés à la mettre en pratique. On n'y trouve ni le mot ni la chose.

» M. Jobert (de Lamballe) en a parlé, dit-on, à l'Hôtel-Dieu, dans une de ses leçons cliniques; mais qu'en a-t-il dit? C'est ce qu'il faudrait savoir, et pour cela il faudrait lire le compte rendu de cette séance.

» M. Loiseau n'a donc pas fait le tubage du larynx en y abandonnant une canule; il y a laissé, dit-il, une sonde pendant plusieurs heures, ce que Desault, MM. Reybard, Green et bien d'autres ont fait avant lui; mais cela ne constitue pas une opération régulière capable de remplacer la trachéotomie. Enfin, bien que le titre de son mémoire se termine par ces mots : « *Dilater la glotte afin de suppléer autant que possible à la trachéotomie*, » chose que l'on fait tous les jours par le cathétérisme du larynx, cela ne constitue pas l'idée du tubage, et ne peut servir de base à une revendication quelconque de priorité.

» Mais, comme je l'ai dit dans ma lecture à l'Académie, afin de n'être injuste vis-à-vis de personne ni de me glorifier d'un mérite que je n'ai point, les idées s'engendrent les unes les autres, et le tube de Chaussier, celui de M. Depaul et de M. Loiseau, les sondes à demeure de M. Reybard dans les maladies du larynx, ont enfanté ma petite canule. On ne fait que bien rarement une invention tout entière; elle a sa raison d'être dans les faits antérieurs directs ou collatéraux; c'est parce que Chaussier a imaginé le cathétérisme du larynx, et que la clinique a démontré que des corps étrangers pouvaient rester de trois jours à trois mois dans les voies aériennes, que j'ai songé à mettre à demeure un corps étranger creux dans la glotte. De l'induction au fait, il n'y avait plus qu'une chose à faire, c'était de se procurer des instruments d'un usage facile, moins informes et moins volumineux que ceux qu'on vous a présentés dans la dernière séance. M. Mathieu me les a fournis, et chacun a déjà pu voir qu'ils sont encore les seuls qui soient appropriés à leur destination. »

Cette lettre est renvoyée à la commission précédemment nommée.

Trocart modifié.— M. MATHIEU soumet à l'appréciation de l'Académie une modification qu'il vient de faire subir au trocart.

Jusqu'à présent, dit-il, on n'a fait que des trocarts qui, ayant chacun leur manche, formaient un volume considérable lorsqu'on voulait en avoir de deux ou trois calibres différents.

Celui que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie obvie de la manière la plus complète à cet inconvénient. Sur un seul manche, j'en réunis quatre de différents calibres, depuis le gros trocart jusqu'au trocart explorateur.

Le moyen que j'emploie consiste à les faire entrer les uns dans les autres, de façon que les plus gros servent d'étui aux plus petits en protégeant leur pointe. Le manche qui leur est commun sert d'étui au plus gros et protége également sa pointe, selon la modification que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie il y a environ cinq ans.

Par ce moyen, on peut très-facilement faire entrer dans la trousse trois ou quatre trocarts ne tenant que la place d'un seul. Cette modification permet également de placer un robinet sur le plus gros trocart.

MATHIEU.

— M. le docteur Bourguignon adresse une lettre relative aux applications que trouvera le tubage du larynx dans l'épilepsie, pour laquelle on a proposé la trachéotomie. (Même commission.)

— **M. VELPEAU** fait hommage à l'Académie de la deuxième édition de son *Traité des maladies du sein*.

LECTURE.

Alimentation iodée. — M. BOINET lit un mémoire ayant pour titre : *De l'alimentation iodée comme moyen préventif et curatif de toutes les maladies où l'iode est employé à l'intérieur comme médicament, principalement dans les affections scrofuleuses, lymphatiques, syphilitiques, rhumatismales, chroniques, goutteuses, etc.*

Partant des recherches et des observations qui montrent que le goître, le crétinisme, les scrofules, etc., n'existent pas ou sont bien plus rares dans toutes les contrées du monde où il se trouve de l'iode en quantité suffisante dans le sol, l'air, les eaux et les produits alimentaires, et que l'énergie des fonctions de la vie est en raison directe de sa quantité dans notre économie, M. Boinet a pensé que l'iode pouvait être un aliment aussi bien qu'un médicament, ou plutôt que l'iode était plus un aliment qu'un médicament, puisqu'il entre dans la composition de toutes les substances si nécessaires à la vie. En conséquence, il a joint l'iode à l'alimentation comme moyen curatif et préservatif d'un grand nombre de maladies, de celles surtout où les bons effets de l'iode et de ses préparations avaient été constatés comme médicament très-efficace, dans le goître, le crétinisme, les scrofules, et toutes les maladies qui en dérivent, comme les affections de la peau, les engorgements des glandes, le carreau, les caries des os, les tumeurs blanches, les abcès froids, certains ulcères, certaines ophthalmies, la phthisie, dans les maladies vénériennes constitutionnelles, les rhumatismes chroniques, la goutte, le cancer, etc., pensant qu'en agissant ainsi il parviendrait à modifier, à améliorer la santé générale des individus, et à guérir toutes les maladies dont l'iode est le remède.

De nombreuses observations recueillies depuis dix ans, sont venues, d'après M. Boinet, justifier toutes ces prévisions.

Considérant donc l'iode comme un aliment, et non plus comme un médicament, M. Boinet a cherché sous quelle forme il conviendrait mieux de l'administrer. Celle qui lui a paru la meilleure est la forme qui nous est présentée par la nature. Il a administré l'iode tel qu'on le trouve dans la nature, combiné avec les plantes qui en contiennent en plus grande quantité. Employé ainsi à faibles doses, d'une manière presque insensible mais continue, il a des effets très-avantageux et très-remarquables; il ne trouble pas les fonctions digestives, comme il arrive toujours lorsqu'on administre les préparations iodiques telles que la pharmacie les prépare. C'est au fucus, aux plantes marines, aux crucifères, aux sels iodofères, à quelques sources iodées naturelles, etc., qu'il s'adresse. Le pain ordinaire, le pain d'épice, les gâteaux, les biscuits, le chocolat, le vin, la bière, les sirops, etc., sont les principaux excipients qu'il choisit et que préfèrent les malades et surtout les enfants, qui peuvent en faire usage sans se douter qu'ils prennent un médicament.

Ces aliments iodés, en même temps qu'ils sont très-économiques, sont d'un usage général, et servent à peu près partout à la nourriture de chaque jour. Préparés avec les substances iodées naturelles, ils remplissent avantageusement le but qu'on se propose, celui d'offrir aux constitutions faibles, lymphatiques, scrofuleuses, détériorées par les excès ou les maladies, un aliment qui, en même temps qu'il nourrit, améliore et guérit.

L'iode, administré dans ces conditions et sous cette forme, est pris en quantité si minime, que ceux qui se nourrissent d'aliments ainsi préparés sont loin de se douter qu'ils prennent cette substance.

Dans les essais qu'il fait depuis 1849 des aliments iodés comme moyen prophylactique et thérapeutique, M. Boinet a choisi des sujets gravement atteints de dégénérescence strumeuse et offrant toutes les variétés des scrofules, ophthalmies, ulcères, maladies de la peau, glandes, carie des os, tumeurs blanches, etc., et dans la grande majorité des cas la guérison a eu lieu après l'usage, pendant plusieurs mois, d'une alimentation iodée continue.

Voulant donner à cette expérimentation toute la valeur qu'elle avait à ses yeux, M. Boinet a prié un de ses confrères, médecin du bureau de bienfaisance, de lui adresser les enfants les plus scrofuleux de sa circonscription; il les a nourris avec du pain iodé, et tous ces enfants, quoiqu'ils fussent d'ailleurs dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques, ont éprouvé une amélioration des plus sensibles. Les personnes qui ont suivi ces expériences ont pu constater en outre que cette alimentation n'avait donné lieu à aucun accident, qu'elle ne produisait ni sensation désagréable au goût, ni douleurs gastralgiques. Le pain iodé a toujours paru augmenter l'appétit et la vigueur.

Cette manière d'administrer l'iode sous la forme alimentaire, à petites doses et pendant longtemps, ajoute M. Boinet, n'a jamais produit aucun dérangement ni de l'estomac ni des intestins; elle est sans contredit le meilleur moyen de faire pénétrer cette substance dans le système absorbant chylifère et d'agir sur l'ensemble de l'organisme par les voies de la nutrition.

Enfin M. Boinet termine en combattant, par des exemples, cette idée erronée que l'iode administré d'une manière continue et pendant longtemps, peut produire des accidents plus ou moins considérables, tels que l'amaigrissement, l'atrophie de certains organes. Loin de produire l'atrophie et l'amaigrissement, l'iode, au contraire, est très-propre, suivant lui, au développement des organes.

L'opinion que l'iode administré pendant longtemps et à haute dose a de grands inconvénients, est basée sur les phénomènes fâcheux que présentaient les malades lorsqu'on leur administrait l'iode métallique (dont les particules solides précipitées agissaient sur les parois de l'estomac et des intestins à la manière d'un corps irritant). Mais ces inconvénients sont faciles à éviter si on administre une préparation iodée qui ne laisse pas précipiter l'iode, et qui le rend tellement soluble qu'il est impossible de le retrouver par les réactifs. Alors, non-seulement tous les accidents reprochés à l'usage de l'iode n'ont pas lieu, et tous les individus qui sont soumis à cette médication acquièrent au contraire de l'appétit et de l'embonpoint. Cette différence de l'iode selon sa préparation est donc de la dernière importance.

(Le mémoire de M. Boinet est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Chatin et Trousseau.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. DUBOIS (Frédéric) lit pour M. Robinet et au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports officiels sur des demandes d'application du décret du 3 mai 1850. Aucune de ces demandes ne paraissant fondée à la commission, M. le rapporteur propose de répondre qu'il n'y a pas lieu de leur faire l'application dudit décret.

Ces conclusions sont adoptées sans opposition.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 septembre, M. Poggiale, pharmacien principal de 1re classe, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été nommé pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

— A la suite de l'affreuse explosion de la machine du bâtiment de l'État le *Roland*, le dévouement de nos confrères de la marine a été dignement récompensé par un ordre du jour émané de M. le vice-amiral Jacquinot, préfet maritime au port de Toulon. Nous nous empressons de reproduire ce document, aussi honorable pour l'officier général qui sait si bien apprécier le corps de santé de la marine, que pour les médecins qui ont su se rendre dignes de ce juste et public hommage.

Le vice-amiral, préfet maritime du 5e arrondissement,

Prie M. le directeur du service de santé d'exprimer à MM. les officiers de santé placés sous ses ordres toute la satisfaction qu'il a éprouvée en voyant, dans sa visite à l'hôpital principal, la promptitude avec laquelle des soins empressés et dévoués ont pu être donnés aux malheureuses victimes du funeste accident survenu à bord du *Roland*.

Toulon, le 24 septembre 1858. Signé : JACQUINOT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Considérations sur la névralgie des nerfs intercostaux, par M. le docteur ANDRÉ LÉONI. In-4° de 44 pages. Prix, 1 fr. 25 c. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

 Nº 116. — SAMEDI 2 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Du vertige stomacal. — Des fractures de la cavité glénoïde du temporal. — Colique de plomb guérie en quelques heures par la faradisation. — Paracentèse ovulaire (évacuation de l'humeur aqueuse). — Peste à Benghazi. — Carie de l'articulation du poignet; désarticulation de la main. — Société de chirurgie, séance du 23 septembre. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du vertige stomacal.

Il ne s'agit point ici du vertige accidentel, de ce phénomène passager, fugace et sans gravité, auquel tous les hommes sont plus ou moins sujets dans certaines conditions que tout le monde connaît; il s'agit du vertige véritablement morbide, expression de divers états pathologiques persistants, et qui se lie, comme dans certaines affections, l'épilepsie, par exemple, à l'existence de lésions plus ou moins profondes du cerveau, ou bien à des troubles sympathiques éprouvés par le *sensorium commune* sous l'influence d'une maladie de l'estomac ou de tout autre viscère. Ce vertige, qui peut devenir un phénomène habituel ou se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés, constitue une véritable affection dans laquelle l'art est appelé à intervenir.

C'est de l'une de ces espèces de vertige, le vertige stomacal, que nous allons nous occuper, en faisant connaître les résultats des recherches cliniques auxquelles s'est livré M. le docteur L. Blondeau sur ce sujet, et qu'il vient de publier récemment dans les *Archives générales de médecine*.

M. Blondeau admet avec Pison et Baillou deux espèces différentes de vertiges stomacaux, les uns qu'il propose d'appeler vertiges *ab inedia*, analogues à ceux qui se produisent dans l'abstinence, et que l'on observe chez les individus dont les forces digestives ne peuvent fournir à une nutrition suffisamment réparatrice (vertiges de la dyspepsie); les autres, que les anciens comprenaient sous le titre de vertiges *a crapula*, auraient pour type le plus élevé ceux qui se produisent sous l'influence d'un état de plénitude de l'estomac, comme cela arrive après un repas trop copieux (vertiges de l'indigestion).

Un exemple de la première espèce a été offert par une malade entrée le 4 août 1856 dans la salle de la clinique de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu. C'était une femme de cinquante-six ans, d'une constitution détériorée, d'un teint pâle, et qui se plaignait d'éprouver depuis trois jours un malaise général consécutif à des accidents qui avaient eux-mêmes pour origine de grandes fatigues et de grands chagrins. Voici en quoi consistaient ces accidents : Etant en route à pied, avec un de ses enfants, après avoir fait à peine trois kilomètres, elle se sentit prise d'un étourdissement, de pesanteur de tête sans céphalalgie, sans éblouissements, sans tendance à la syncope. Il lui sembla presque en même temps que la terre s'entr'ouvrait devant elle; ses jambes fléchissaient, elle se sentait entraînée vers l'abîme qui lui apparaissait ouvert sous ses pieds. Ces sensations furent accompagnées de nausées, d'envies de vomir, et elle rendit son déjeuner du matin avec une petite quantité d'un liquide clair. Cependant elle gardait son entière connaissance, bien que poussant des cris de terreur, priant son fils de la retenir et de l'empêcher de rouler dans le gouffre qu'elle voyait; elle avait conscience que ce qu'elle voyait était imaginaire. Cette sensation, qu'elle comparait à celle qu'on éprouve lorsque, placé sur un point élevé, on regarde à ses pieds, dura dix minutes. Elle fut suivie d'une douleur de tête qui persista le reste de la journée.

Le lendemain, après un court trajet en chemin de fer, au moment où elle descendait à une station, elle fut prise d'accidents absolument semblables. En mettant le pied sur le marchepied du wagon, elle éprouva un léger étourdissement qui l'obligea, pour ne pas tomber, de s'appuyer sur le bras d'un de ses compagnons de voyage; il lui semblait voir les wagons danser, comme emportés très-haut, pour s'abîmer ensuite dans la terre, qui lui paraissait s'ouvrir, comme elle l'avait vu la veille; et, comme la veille aussi, elle se sentait attirée dans le gouffre. Cette fois aussi, elle avait la parfaite conscience de son illusion, et répondait très-nettement aux questions qu'on lui adressait. Ce fut le lendemain de ce second accès qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu.

Interrogée sur sa santé antérieure, elle répondit avoir toujours été bien portante jusqu'à son âge critique, époque à laquelle ses forces diminuèrent à la suite de métrorrhagies considérables; époque à laquelle aussi elle commença à ressentir les maux d'estomac qui ont augmenté depuis six semaines; maux d'estomac caractérisés par un sentiment de pesanteur, de douleur de la région épigastrique irradiant vers l'abdomen, à la région précordiale, qui est le siége de picotements dans le dos et dans les lombes. Cependant l'appétit était conservé, mais la malade avait moins d'appétence pour les farineux, pour les aliments pris froids, qui déterminaient une pesanteur gastralgique, un sentiment de malaise général, et étaient plus péniblement digérés.

Ces sensations douloureuses se produisaient aussi dans l'intervalle des repas, et cédaient après l'ingestion des aliments qu'elle supportait; elles étaient encore accompagnées de sensation de chaleur, de bouffées au visage, etc.

Une alimentation réparatrice, du repos, une médication instituée suivant la méthode qui sera indiquée plus tard, la débarrassèrent en peu de temps de ces accidents.

Bien que l'exemple que nous venons de citer puisse être considéré comme l'un des types du vertige dyspeptique, cependant les sensations éprouvées par les malades ne ressemblent pas toujours à celles-là; elles peuvent varier à l'infini. Ce sont tantôt des étourdissements, un sentiment de vide dans la tête, un cercle de fer qui leur presse fortement les tempes, une sensation de froid glacial, une roue noire tournant devant leurs yeux avec une excessive rapidité, etc. La forme la plus ordinaire de ces vertiges, suivant M. Blondeau, est celle qui a été désignée par l'épithète de *gyrosa*. Tout tourne autour du malade, ou lorsqu'il est couché, il croit voir son lit emporté dans un mouvement de rotation, ou bien il se voit lui-même entraîné seul dans ce mouvement rotatoire. Les objets qu'il regarde sont colorés de diverses nuances bientôt confondues; s'il est debout, ses jambes vacillent, fléchissent, il va tomber, il tombe même, *sans perdre jamais conscience de ce qu'il fait*.

Ces accidents se développent à l'occasion de la moindre circonstance. Il suffit que l'individu sujet à ces vertiges lève la tête pour les éprouver. M. Trousseau, dans les leçons cliniques qu'il a consacrées à ce sujet, a insisté sur ce fait, que rien de semblable ne survient lorsque le malade regarde en bas, contrairement à ce qui arrive lorsque le vertige se lie à un état de plénitude de l'estomac, et surtout lorsqu'il dépend d'un état congestif de l'encéphale.

Lorsqu'on interroge les individus qui sont sujets à ce genre de vertige, on reconnaît bientôt que ces accidents sont sous la dépendance des troubles de l'appareil digestif. Ils sont liés à des douleurs d'estomac que la pression au creux épigastrique, que l'ingestion de certaines substances alimentaires exagèrent et propagent jusque dans le dos; douleurs s'irradiant en divers points du corps, au thorax, à l'abdomen, accompagnées de sensations de chaleur, d'ardeur à la région de l'estomac, de flatulences, d'éructations acides habituellement non nidoreuses, de vomissements glaireux, muqueux, de constipation plus souvent que de diarrhée, bien que ces deux accidents puissent alterner quelquefois l'un avec l'autre. Enfin, par-dessus tout, les digestions sont laborieuses, pénibles.

Dans quelques cas, — M. Blondeau en rapporte deux exemples empruntés l'un à M. Lasègue, l'autre à la clinique de M. Trousseau, — les phénomènes vertigineux peuvent être non-seulement les symptômes prédominants, mais encore les seuls symptômes caractérisant les troubles de l'estomac. Dans ce dernier cas, les accidents présentaient une certaine analogie, sinon quant à la forme, du moins quant aux circonstances dans lesquelles ils se sont produits, avec ceux de la seconde catégorie, avec les vertiges de l'indigestion, dont il nous reste à parler.

Il est des circonstances dans lesquelles l'indigestion, l'embarras gastrique, la plénitude de l'estomac se traduisent uniquement par les phénomènes vertigineux, dont le malaise, la pesanteur de tête, le sentiment de tristesse qu'éprouvent quelques individus après le repas, sans ressentir d'ailleurs aucun trouble du côté de l'estomac, représentent le premier degré du vertige dont il s'agit.

Plus passagers, plus accidentels que les vertiges de la dyspepsie, les vertiges de l'indigestion ne se manifestent qu'après les repas, sous l'influence de l'ingestion de certains aliments habituellement ou accidentellement mal supportés; ils cessent généralement quand la digestion est faite; tandis que les premiers, plus sujets à retour, ne sont jamais plus forts qu'alors que le malade est à jeun depuis plus ou moins longtemps. Ils diffèrent d'ailleurs essentiellement des vertiges *a dyspepsia*, non-seulement par les causes occasionnelles qui les produisent, non-seulement par leur durée, par leur marche, mais surtout par leur forme. Le mot *a crapula*, par lequel les anciens les désignaient, et qui signifie pesanteur de tête après avoir bu ou mangé, exprime leur manière d'être la plus habituelle. Ils consistent, en effet, en une pesanteur de tête, une céphalalgie gravative, des tintements, des bourdonnements d'oreille, des obnubilations.

Voici en quels termes M. Blondeau formule le traitement de ces deux états :

« Quelques tasses d'infusion aromatique, du thé, du café noir léger, une petite quantité de liqueur stomachique, l'administration à petites doses de bi-carbonate de soude, cinq ou six pastilles de Vichy par exemple, en aidant le travail de la digestion, peuvent suffire pour faire cesser les vertiges de la digestion et les autres troubles nerveux qui les accompagnent.

Il n'en est pas ainsi des vertiges de la dyspepsie proprement dite. Ceux-ci réclament un traitement, qui, s'adressant à un état pathologique plus ou moins ancien, plus ou moins persistant, doit être suivi avec persévérance et pendant un temps plus ou moins long.

Souvent il suffit, pour calmer les accidents lorsqu'ils surviennent, de donner au malade un peu d'aliments, du bouillon par exemple, une petite quantité de vin généreux ou tout autre cordial; mais pour en prévenir le retour, pour guérir en un mot la maladie, c'est au traitement de la dyspepsie qu'il faut avoir recours.

Les alcalis, les amers, jouent dans un grand nombre de cas un rôle important. Voici la médication préconisée par MM. Bretonneau et Trousseau, médication qui a été employée en particulier, et avec un plein succès, chez la malade dont on a lu plus haut l'histoire.

On fait prendre aux malades, le matin, une tasse de macération amère faite avec : copeaux et bois de *quassia amara*, 2 grammes, qu'on laisse macérer douze heures dans une tasse d'eau froide. En même temps, on donne des prises ainsi composées :

Bi-carbonate de soude.	1	gramme.
Craie préparée.	1	—
Magnésie.	1	—

Mêlez et divisez en trois paquets, qui doivent être pris deux heures après chaque repas dans un demi-verre d'eau sucrée, et le troisième le soir au moment de se coucher.

L'usage longtemps prolongé de la magnésie pouvant déterminer le relâchement du ventre, on doit suspendre de temps en temps l'usage de ces prises alcalines, ne les donner que pendant cinq à six jours de suite, puis en reprendre huit à dix jours après pendant un temps égal au premier. Dans l'intervalle, on donne au malade des eaux minérales naturelles, telle que l'eau de Vichy, l'eau de Pougues, l'eau de Vals, d'Ems, qui semblent agir principalement par leurs principes alcalins; les eaux de Bussang, de Spa, de Schwalbach, Sultzbach, qui doivent une partie de leur action aux mêmes éléments, une plus grande encore aux principes ferrugineux qu'elles contiennent.

Pour exciter l'appétit et pour stimuler la contractilité des fibres musculaires de l'appareil digestif, il est bon d'avoir recours de temps en temps aux préparations strychnées : donner, par exemple, au commencement de chaque repas, deux gouttes, puis trois, puis quatre, de teinture amère de Baumé; ou bien faire prendre des pilules contenant de l'extrait noix vomique, en commençant à la dose de 0,05 centigrammes, que l'on peut augmenter plus tard.

M. Blondeau considère également comme pouvant être d'une incontestable utilité, dans un grand nombre de cas, un traitement hydrothérapique suivi dans un établissement spécial, et plus simplement constitué à domicile au moyen de lotions froides, et mieux encore à l'aide du drap mouillé; de même la médication thermale par les eaux de Vichy, de Pougues, d'Ems, de Spa, etc., prises aux sources mêmes, suivant des indications qu'il est difficile de préciser, mais dont le praticien doit être juge. Enfin, il insiste avant tout sur la nécessité d'un régime tonique et substantiel, d'un exercice modéré, et de tout ce qui peut favoriser la nutrition.

Des fractures de la cavité glénoïde du temporal.

« L'hémorrhagie auriculaire est un symptôme important, mais elle n'est point un signe certain de l'existence des fractures du rocher. Sans vouloir parler des cas où elle est indépendante de toute cause traumatique, il en est d'autres où, survenue à la suite d'une chute, elle ne saurait indiquer une fracture du crâne. Tels sont les faits de Monteggia et de Tessier cités par M. Malgaigne (t. I, p. 386); tel est encore celui du docteur Grout (*Travaux de*

la Société de médecine de Rouen, 1853.). Un homme fait une chute sur le menton, les deux condyles de la mâchoire sont fracturés. Du sang s'écoule par les deux conduits auditifs, on croit à une fracture du crâne, que l'autopsie ne démontre pas. »

Tels étaient les termes dans lesquels M. Albert Puech, chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Toulon, discutait, il y a quelques années, la valeur diagnostique de l'hémorrhagie auriculaire. Il résumait alors l'état de la science sur ce point. Depuis la lecture de ce mémoire à la Société médicale d'émulation de Montpellier, des observations sont venues se joindre à celles qui viennent d'être rappelées, une explication satisfaisante en a pu être donnée, et M. Puech lui-même a eu occasion d'en recueillir un exemple qu'il a bien voulu nous communiquer. Nous croyons utile de le rapporter, afin qu'ajouté à ceux que M. Morvan a rassemblés (*Archives de médecine*, 1856.), il vienne concourir à l'histoire de ce point intéressant de pathologie (1).

Chute, plaies multiples dont une au menton ; hémorrhagie auriculaire gauche, qui, après avoir duré cinq jours, est suivie d'un écoulement séro sanguinolent. Déglutition et mastication douloureuses. Guérison lente. — J. J..., âgé de cinquante-trois ans, d'Exille (Piémont), entré le 25 juillet 1857, est un ouvrier maçon employé au chemin de fer de Marseille à Toulon. Il y a quelques heures, il était sur un échafaudage chargé de pierres et placé à la hauteur de quatre mètres du sol, lorsque l'échafaudage ayant cédé, il a été jeté par terre. Son compagnon de travail n'a eu qu'une légère contusion. Pour lui, il a perdu connaissance pendant quelques instants, et a dû être retiré de dessous les décombres.

Après un pansement provisoire, il est adressé à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate l'existence de diverses plaies : à la partie externe de la cuisse droite, plaie longitudinale peu profonde de 3 centimètres; à l'occiput, plaie du cuir chevelu de 6 centimètres; au sourcil droit, plaie de 2 centimètres. Enfin, au menton, le long du bord inférieur du maxillaire, existe une dernière plaie à bords irréguliers de 4 centimètres d'étendue. Si les premières sont insignifiantes, celle-ci s'accompagne de symptômes qui indiquent une action traumatique assez énergique; ainsi, du côté gauche, quelques dents ont été ébranlées et d'autres déviées. La bouche ne peut être largement ouverte; lorsqu'on presse la face interne de la branche gauche du maxillaire, le malade accuse une vive douleur qui se transmet au fond de l'oreille correspondante ; enfin, lorsqu'il veut avaler quelque tisane, une douleur analogue se produit. Il n'existe toutefois ni fracture ni luxation du maxillaire inférieur. Une hémorrhagie abondante avait lieu par le conduit auditif gauche: au dire du malade, elle était survenue immédiatement après l'accident. Le stylet introduit provoque des douleurs très-vives, et permet de constater en avant une sorte de crépitation. Je n'ose prolonger cet examen, mais je ne mets point en doute l'existence d'une fracture esquilleuse produite par le contre-coup de la branche maxillaire gauche.

Existe-t-il, en outre, une fracture du rocher ? cela paraît peu probable. A part l'hémorrhagie auriculaire, rien ne légitime cette pensée. La perte de connaissance, ainsi que je l'ai dit, a été courte, et la céphalalgie est nulle ; l'intelligence est nette, et le malade répond facilement à toutes les questions qui lui sont adressées. Le pouls est plein et calme. Vu l'état saburral de la langue et l'inappétence qu'il présente depuis quelques jours, je prescris avec la diète 5 centigrammes d'émétique en lavage.

Le 26 juillet, le malade a parfaitement dormi; il y a eu deux selles. L'écoulement de sang continue, mais moins abondant. — Bouillon et mauve miellée.

Le 28 juillet, il a pris aujourd'hui deux soupes, qui ont été difficilement avalées. L'état général est très-bon.

Le 30 juillet, à l'écoulement de sang qui progressivement avait diminué, a succédé aujourd'hui une sérosité sanguinolente : cet écoulement, assez abondant en premier lieu pour tacher l'oreiller, diminue peu à peu pour disparaître complétement dix jours après son apparition. J'avais oublié de noter que depuis l'accident cette oreille était dure et était le siége de bourdonnements.

Depuis le 2 août il est au quart, mais il n'est précaution qu'il ne prenne pour pouvoir avaler sans trop de douleur. Cette sensibilité est excessivement tenace. Ainsi, un mois après l'accident, il est obligé de mouiller son pain et de réduire en morceaux très-exigus les aliments qu'on lui donne ; en un mot, il cherche à s'épargner les mouvements de mastication. Il peut dormir sur l'oreille malade, ce qu'il ne pouvait faire les premiers jours; mais par contre il n'écarte pas davantage les maxillaires l'un de l'autre. Quand il tente d'effectuer ce mouvement, ou qu'on pousse le menton en arrière, ou qu'on presse la mâchoire en dedans, il accuse une vive douleur à l'articulation temporo-maxillaire gauche qui s'irradie dans la fosse temporale. On note encore pareille douleur lorsqu'il tousse et se mouche avec force ou qu'on examine la membrane du tympan à l'aide du spéculum auris.

Aujourd'hui 12 septembre, jour de sa sortie, il marche avec plus de facilité ; néanmoins il y a encore un peu de douleur à la pression de la branche maxillaire gauche. L'oreille est encore le siége de quelques bourdonnements ; quant aux plaies, elles sont cicatrisées depuis quelques jours.

(1) Depuis que la communication de M. Puech a été écrite, M. Morvan a publié un nouveau travail sur la fracture de la cavité glenoïde du temporal, avec deux nouvelles observations (*Archives générales de médecine*, n° 7, 1858). Ce travail nous fournira l'occasion de revenir prochainement sur ce sujet.

Tel est ce fait : M. Puech le fait suivre des réflexions suivantes, fondées sur la considération de ses circonstances principales. La conservation des facultés physiques peu après l'accident devait faire supposer l'intégrité du rocher, tandis que l'examen du conduit auditif par le stylet indiquait une fracture et son siége. Autour de cette fracture se groupent, comme symptômes rationnels, l'hémorrhagie auriculaire et l'écoulement qui lui fait suite, la sensibilité accusée au niveau de la fracture, sensibilité que réveillent les mouvements soit provoqués, soit physiologiques du maxillaire inférieur. Enfin, la fracture a eu lieu par contre-coup ; l'action traumatique s'est transmise du menton aux parois osseuses de l'articulation temporo-maxillaire gauche. A défaut des renseignements fournis par le malade, la plaie du menton en est une preuve

Les symptômes ont été identiques avec ceux présentés par les malades de M. Morvan : une circonstance seulement les en distingue, c'est leur ténacité. Ainsi, à l'écoulement de sang qui dure cinq jours succède un écoulement séro-sanguinolent d'une durée double. Concurremment le malade a de la peine à avaler et à marcher; tout mouvement de la mâchoire lui est douloureux, et lorsqu'il sort, c'est-à-dire quarante-sept jours après l'accident, s'il commence à manger des aliments consistants, la pression sur la branche gauche s'accompagne encore de quelques douleurs.

Colique de plomb guérie en quelques heures par la faradisation.

Nos lecteurs se rappellent sans doute sur quels faits et sur quel ordre de considérations se fonde la méthode du traitement de la colique de plomb par l'électricité instituée par M. Briquet. On sait que ce médecin fait jouer un rôle important dans cette affection à l'état névralgique des muscles abdominaux et lombaires, ce qui paraît effectivement justifié jusqu'à un certain point par les résultats qu'il a obtenus de la faradisation. Mais on se rappelle aussi qu'en reconnaissant l'efficacité de l'électricité contre le symptôme douleur, nous avons émis la pensée que là se bornait probablement son action et qu'il y avait lieu à ne pas perdre de vue plus tard les symptômes consécutifs à l'intoxication saturnine.

M. le docteur Gaillot, de Reims, nous communique l'observation suivante, qu'il considère comme confirmant de tous points la manière de voir du médecin de la Charité. Il va sans dire que, tout en reconnaissant combien, en effet, la faradisation s'est montrée utile dans ce cas, nous appliquons au fait de notre correspondant les mêmes réserves que nous avons déjà faites à l'égard des faits de M. Briquet.

M. L..., plombier, a déjà eu, à des intervalles éloignés, trois coliques de plomb. Le traitement employé paraît avoir été le sulfate de soude et le chloroforme à l'intérieur. Les douleurs ont persisté sans interruption, et le mal ne s'apaisa qu'au bout de douze à quinze jours. Aujourd'hui, au dire du malade, l'affection est plus grave, c'est-à-dire qu'elle est plus douloureuse, car elle est parfaitement simple et exempte de toute complication. Les souffrances sont atroces, surtout autour de l'ombilic et dans la région lombaire. La rétraction des testicules donne au patient des accès de frénésie ; il se roule avec fureur sur le plancher, et ses cris sont affreux.

Je suis appelé le second jour. Dans l'espace de vingt-quatre heures, je fais cinq visites, et j'épuise l'arsenal thérapeutique généralement employé contre cette affection. Des purgatifs, même drastiques, n'amènent point de selles ; un bain sulfureux est apporté, le patient ne peut s'y tenir que quelques minutes; des liniments calmants sont appliqués sur le ventre ; j'ordonne des potions fortement opiacées, de la limonade sulfurique, de l'alun, du chloroforme par la bouche et en lavement ; j'essaye d'endormir le malade avec ce dernier agent, et je n'y réussis pas.

Les douleurs sont toujours aussi intenses ; il y a même parfois du délire. Je cesse alors toute médication, et j'appelle l'électricité à mon secours. Les pinceaux sont promenés sur l'abdomen, l'un parallèlement au pubis et aux crêtes iliaques, l'autre parallèlement à la base de la poitrine ; je les rapproche de temps en temps de l'ombilic, je les pousse aussi dans la région des reins. Au premier contact, les coliques s'évanouissent ; le malade ne sent plus que les douleurs de la faradisation : mais ces douleurs, dit-il, sont encore plus cruelles que les coliques. Comme il les supporte avec courage, je n'essaye pas de le chloroformiser. D'ailleurs, elles durent si peu! A trois reprises, j'applique les pinceaux pendant deux minutes à peine, puis je me retire, laissant le malade dans un calme parfait.

Une heure après les coliques se réveillent avec la même intensité. On me rappelle : trois faradisations de quelques minutes les font taire, et le calme se prolonge pendant quatre heures. Deux fois encore je suis rappelé, dès que les douleurs paraissaient se réveiller ; et, après la quatrième faradisation, elles ne reparaissent plus. Il y a eu au total quatre applications du traitement électrique dans la même journée.

La nuit fut tranquille, le malade dormit, bien qu'il lui restât une légère courbature due autant aux coliques qu'à la faradisation. Le lendemain il se promenait et il mangeait trois potages. Je note que pendant toute cette journée il n'y eut pas de selles, et le malade ne prit à l'intérieur que de l'eau sucrée. Le surlendemain 30 grammes d'huile de ricin faisaient justice de la constipation.

Paracentèse oculaire (évacuation de l'humeur aqueuse).

M. le docteur Coursserant a appelé dernièrement l'attention de la Société médicale du Panthéon sur l'utilité de la paracentèse oculaire :

1° Dans les ophthalmies granulaires chroniques compliquées de kératites panniformes ;

2° Dans toutes les maladies oculaires en général, avec complication d'ulcération de la cornée et menace de rupture de cette membrane ;

3° Dans les ophthalmies scrofuleuses chroniques avec persistance de la photophobie ;

4° Dans les choroïdites chroniques passant parfois à l'état subaigu ;

5° Dans l'hydrophthalmie ;

6° Dans les amauroses complètes ou incomplètes restées jusque-là rebelles à tout l'arsenal connu de la thérapeutique oculaire.

Incessamment nous publierons dans nos colonnes les développements que ce médecin nous promet sur cette matière.



PESTE A BENGHAZI.

La *Gazette médicale d'Orient* publie le rapport du docteur Bartoletti, président de la première commission sanitaire envoyée à Benghazi. La commission déclare que l'épidémie qui règne à Benghazi est la peste. Voici les différents symptômes qu'elle a observés :

« La maladie éclate sans prodromes ; elle débute par des frissons, de la céphalalgie et de la fièvre. A cet état succède l'abattement, une démarche chancelante, des vomissements bilieux qui cessent bientôt; la langue est blanchâtre, luisante, ocrée, souvent rouge à ses bords. Il y a du délire, de la constipation, quelquefois seulement de la diarrhée, mais sans persistance.

» Du deuxième au troisième jour de la maladie, avec l'augmentation de la fièvre et du délire, paraissent des pétéchies sur différentes parties du corps, des bubons aux aines et aux aisselles, ainsi que des parotides, et moins souvent des charbons. Plus tard, la réaction générale devient très-intense, le délire augmente, tous les symptômes s'aggravent, un état comateux survient, parfois les bubons disparaissent, et le malade succombe entre le troisième et le septième jour après l'invasion.

» Quelquefois la mort a lieu dans les vingt-quatre heures, et dans ces cas foudroyants, qui sont relativement rares, les bubons manquent le plus souvent.

» D'autres fois, la maladie commence par l'apparition des bubons, et la fièvre ne se déclare que trois ou quatre jours après. Ces cas ne sont pas très-rares, et il a été observé que le cours en est ordinairement grave et la terminaison funeste. D'autres fois encore la maladie parcourt deux périodes, et dans ce cas elle prend une forme typhique, et si elle doit être mortelle, les bubons s'affaissent, sans toutefois disparaître complétement.

» Ainsi, les bubons sont les points les plus saillants de la maladie... Ordinairement ils se terminent soit par induration, soit par résolution. » Il en est toutefois qui suppurent. Les charbons, assez rares au début de l'épidémie, étaient plus fréquents dans la dernière période, pendant laquelle les cas avec pétéchies tendaient au contraire à disparaître.

L'épidémie avait pris naissance vers la mi-avril dans un campement d'Arabes, à huit heures de chemin de Benghazi. Les premiers accidents à Benghazi n'ont eu lieu qu'au commencement de mai. Il y avait alors de 1 à 4 décès par jour. Le 1er juin, l'épidémie avait pris un caractère plus violent, et le 20 de ce mois on compta en tout 20 décès. En mai, on a eu 95 morts ; en juin, 542 ; et dans la première quinzaine de juillet, 169 ; total, 806.

Le nombre des attaques aurait été de 1,340, ce qui donnerait une mortalité de 60 sur 100 malades ; mais ces chiffres sont probablement trop faibles. Comme la population de Benghazi se trouvait réduite, par l'émigration d'un grand nombre de familles, à 3 ou 4,000 habitants, il y aurait eu 1 malade sur 3 personnes, et 1 mort sur 4 ou 5. La garnison de Benghazi, forte de 200 hommes, a eu 120 malades et 30 décès.

L'émigration des habitants a propagé l'épidémie chez les Bédouins ; elle y a fait des ravages qu'il est difficile d'apprécier. Elle a propagé jusqu'à Medji, à dix-huit heures de Benghazi, et à Derna, où elle paraît avoir été portée par un navire arabe venu de Benghazi avec des malades à bord. (*Gazette hebd.*).

CARIE DE L'ARTICULATION DU POIGNET.

Désarticulation de la main.

Par M. le Dr VANZETTI.

(Lu à la Société de chirurgie, séance du 23 septembre.)

J'ai l'honneur de faire part à la Société du résultat que j'ai obtenu sur un malade affecté d'une carie grave de l'articulation du poignet, chez lequel j'ai désarticulé la main au lieu de suivre la méthode généralement employée d'amputer l'avant-bras.

Il s'agissait d'un homme d'environ vingt-six ans, dont la main droite se trouvait dans un état tel que l'amputation était indispensable. Cette main avait acquis un volume énorme à cause de l'œdème chronique symptomatique de l'affection des os malades : aux environs de l'articulation, tant sur la face dorsale que sur la face palmaire, se trouvaient des ouvertures fistuleuses qui permettaient à la sonde de pénétrer dans l'articulation. Le membre malade, bien plus maigre que le gauche, ne pouvait exécuter aucun mouvement, se trouvant dans une

pronation constante : une fièvre hectique minait l'existence de cet homme, qui souffrait depuis deux années. Tous les chirurgiens qu'il avait consultés lui avaient fait connaître la nécessité de se faire amputer l'avant-bras, quelques-uns lui avaient même dit que pour être plus sûr du succès, il faudrait amputer le bras.

En présence de cette maladie, avant de procéder à l'opération, je me demandai ce que je ferais si, au lieu d'une main, je trouvais un pied dans des conditions pareilles : ferais-je dans ce cas l'amputation de la jambe au lieu d'élection ou au tiers inférieur?

Non certainement, car depuis l'année 1843, époque à laquelle j'ai eu le bonheur de voir à Édimbourg, dans la clinique de M. Syme, un homme opéré par la méthode qui porte le nom de cet illustre chirurgien, je n'ai jamais amputé une jambe pour une affection des os du tarse, mais j'ai toujours fait la désarticulation du pied en suivant exactement la méthode du célèbre professeur d'Édimbourg. Or, me disais-je, pourquoi ne pas agir de même dans une carie des os du carpe? La surface palmaire de la main n'est-elle pas analogue à la face plantaire du pied? Je pensai alors qu'après avoir abattu la main en conservant un lambeau bien long et large, soigneusement disséqué aux dépens de la face palmaire, dont les téguments sont fermes et résistants, j'obtiendrais un moignon qui serait protégé par une peau que la nature a justement destinée à résister au contact des corps rudes, aux froissements, à la pression, etc., etc. Avec un lambeau si long, la cicatrice sera forcément placée sur la partie dorsale du moignon, et par conséquent l'extrémité de celui-ci présentera une surface arrondie, lisse, étendue, précisément comme le moignon de la jambe après l'opération de Syme : la condition de ce malade mutilé sera bien meilleure si, au lieu d'avoir son avant-bras amputé vers le tiers moyen, il conserve même plus que la longueur du cubitus; il aura, en outre, l'extrémité de celui-ci convertie en une espèce de massue parfaitement matelassée, qui rendra son membre mutilé propre à certains travaux, à s'appuyer, presser et même frapper, etc., etc. Il n'est pas nécessaire, Messieurs, de m'étendre sur la longue série des avantages qu'aura mon malade, même eu égard aux suites immédiates de l'opération, si celle-ci, entreprise d'après les idées que je viens brièvement d'énoncer, est couronnée de succès; ces avantages vous sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de vous les énumérer tous.

Je passe donc à la description de l'opération et je dirai quel en a été le résultat. Il faut cependant que je vous rappelle une circonstance qui augmente, je crois, l'importance pratique de ce cas; c'est, comme je l'ai déjà dit au commencement, que non-seulement la surface dorsale du poignet, mais aussi la palmaire, au niveau de l'articulation, présentait plusieurs ouvertures fistuleuses, dont deux étaient si larges, qu'on aurait pu y placer un petit pois : cette fâcheuse complication n'est pas fréquente dans la carie de l'articulation du poignet, car le plus souvent les sinus fistuleux vont dans ces cas s'ouvrir aux côtés et à la partie dorsale seulement de l'articulation, comme dans la carie de l'articulation du pied il est bien rare qu'elles s'ouvrent à la surface plantaire.

Or, ces trajets fistuleux, qui étaient placés précisément à la racine du grand lambeau palmaire que je devais disséquer, pouvaient faire craindre qu'il ne tombât en gangrène, nonobstant sa richesse vasculaire qui constitue un autre de ses avantages sur le lambeau dorsal. Malgré cette complication, je persévérai dans l'idée que j'avais conçue de ne pas faire l'amputation du bras, mais la désarticulation de la main pour tailler le lambeau palmaire; l'avant-bras dut être tenu perpendiculairement par un aide, qui avait saisi la main par les doigts, le coude du malade appuyant sur la table d'opération : cette position était nécessaire, la supination étant impossible.

Je fis deux incisions latérales : l'une, commençant au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, se prolongeait le long du côté du cinquième métacarpien; l'autre, commençant à la même hauteur, longeait le premier métacarpien, passait au côté externe de l'éminence thénar pour aller rejoindre le côté externe du métacarpien de l'indicateur : les deux incisions furent réunies par une troisième courbe dont la convexité correspondait aux articulations métacarpo-phalangiennes; je disséquai très-soigneusement ce lambeau des tendons fléchisseurs, qui restèrent à nu, et je redoublai de soin lorsque j'arrivai vers la racine, où se trouvaient les sinus fistuleux, pour lui laisser le plus d'épaisseur possible; je taillai après un lambeau dorsal, convexe, à peine de la longueur d'un pouce; ce lambeau était criblé d'ouvertures fistuleuses, et son épaisseur naturellement bien moindre que celle du lambeau palmaire.

Ces deux lambeaux une fois taillés, je les fis relever fortement vers le coude, de manière à avoir l'extrémité inférieure de l'avant-bras à nu. Après avoir abattu la main dans l'article, voyant l'extrémité des os privée de cartilage et couverte de fongosités grisâtres, je retranchai avec le couteau, en employant la force nécessaire, environ 6 millimètres de cette extrémité spongieuse. J'eus alors devant moi une surface osseuse d'une étendue plus grande que je ne l'aurais supposé; mais l'ayant trouvée parsemée de taches jaunâtres indiquant une dégénérescence graisseuse, je continuai à emporter des tranches minces jusqu'à ce que la difficulté pour le couteau de couper les os, en même temps que leur coloration normale et la résistance offerte à l'ongle, me donnèrent l'assurance que j'étais arrivé à une partie saine. Je n'ai pas eu besoin d'employer la gouge, comme je le fais dans la désarticulation du pied quand je trouve des points isolés ramollis ou simplement suspects, dont la présence pourrait compromettre le succès de l'opération.

Je réunis les lambeaux avec trois bandelettes de taffetas d'Angleterre, je jetai sur le moignon un voile humide, puis de la charpie sèche, et le tout fut maintenu en place par un triangle. Au quatrième jour, j'enlevai le premier appareil, qui était trempé de sérosité sanguinolente, en partie déjà desséchée; excepté les deux angles de la plaie et sa partie moyenne, où le lambeau dorsal s'était comme affaissé et retiré du lambeau palmaire, sur tout le reste de la plaie une parfaite adhésion s'était opérée. Rien n'entrava la guérison, qui eut lieu sans remèdes ni topiques ni internes. On fit de simples applications sèches de charpie pour protéger la plaie. Les trajets fistuleux, après avoir fourni dans les premiers jours une sécrétion séreuse, ne tardèrent pas à entrer en une suppuration louable, et bientôt à se cicatriser.

Le malade, dont l'état général s'améliora, put être renvoyé guéri au bout de trois semaines. Son moignon, parfaitement solide, représentait un renflement en forme de massue, et avait la plus grande ressemblance avec le moignon d'une jambe opérée par le procédé de Syme, ou le poing d'un homme dont les doigts seraient adhérents à la paume de la main.

Je me propose de procéder de la même manière dans les cas analogues; ce ne serait que dans les cas, certainement fort rares, où les téguments de la face palmaire et dorsale de la main seraient détruits ou totalement incapables de fournir un lambeau, que je procéderais à l'amputation de l'avant-bras.

Dans les traités de chirurgie on trouve, parmi les indications de l'*amputation*, la carie de l'articulation et la tumeur blanche du poignet; je crois qu'il faut ranger ces affections parmi les indications de la *désarticulation*, ou excision des épiphyses malades, comme je viens de le faire.

Quand on pense qu'à part les cas traumatiques avec destruction complète des téguments de la main, la carie et la tumeur blanche sont les cas pour lesquels on fait le plus souvent l'amputation de l'avant-bras, on conçoit combien va être rétréci le champ de cette grave mutilation.

Enfin, quant au procédé opératoire, je ferai observer que le lambeau palmaire, taillé de la manière que j'ai indiquée, étant plus large que l'extrémité inférieure du bras, forme un moignon dont les angles débordent considérablement, ce qui le rapproche de la main fermée.

Je ne sais pas si d'autres chirurgiens ont dans des cas pareils procédé comme je l'ai fait; cela pourrait bien être. S'il en est ainsi, cette observation sera une nouvelle preuve des bons résultats que donne cette manière d'opérer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 septembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

DISCUSSION SUR LE CHARBON.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, M. BOINET, à propos de la présentation de M. Broca, cite le fait suivant :

Un boucher mourut pour avoir contracté le charbon en débitant un bœuf mort de cette maladie, et néanmoins l'animal cause de cette mort fut vendu et consommé sans qu'il en résultât aucun accident pour les consommateurs.

M. MOREL-LAVALLÉE dit que la question d'innocuité comme aliment de la viande des animaux morts du charbon est loin d'être jugée.

M. DEGUISE fils communique le résultat des expériences faites à Alfort par M. Reynal avec les débris cadavériques présentés par M. Broca. Un cheval a été inoculé trois fois sans succès. Du reste, M. Reynal, à l'inspection des muscles, a cru pouvoir affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une affection charbonneuse. Il est juste néanmoins d'ajouter que l'extrême décomposition de la substance inoculée a pu rendre l'inoculation infructueuse. On n'a pu, comme le désirait M. Verneuil, faire l'expérience sur un mouton.

M. Deguise ajoute que l'opinion, sinon générale, au moins presque générale à Alfort, est que la chair des animaux sacrifiés lorsqu'ils présentent cette altération désignée sous le nom de *sang de rate* peut être impunément livrée à la consommation. Du reste, le nombre des animaux tués dans les abattoirs dans ces conditions de maladie dépasse un chiffre énorme; lorsque l'animal, au contraire, succombe avec le charbon, sa chair est considérée comme très-nuisible.

M. MOREL LAVALLÉE s'étonne de cette distinction ainsi formulée; il est évident qu'un animal affecté de charbon encore local, sans symptômes d'intoxication générale, peut, s'il est abattu dans ces conditions, ne pas constituer un aliment nuisible : c'est donc seulement lorsque l'animal présente les symptômes généraux qu'il devient nuisible. Malgré le danger de la contagion en général, il y a des cas où le contact même prolongé des tissus affectés de charbon a lieu impunément. Ainsi on a pu disséquer pendant plusieurs jours sans éprouver d'accidents le cadavre d'un individu mort avec une pustule maligne, et bien plus, un élève de M. Rayer a pu impunément s'inoculer de la matière prise sur cette pustule.

M. BROCA. Chez certains animaux, le charbon spontané est très-commun; il ne présente pas encore de trace locale; c'est là ce qui constitue le *sang de rate*. Cet état précède l'explosion du charbon. Si on abat alors l'animal, il n'est pas encore nuisible; le contraire a lieu lorsque le charbon est apparu.

Quant au fait d'inoculation sans résultat pratiquée sur un élève de M. Rayer, il est assez rare pour n'avoir pas une grande valeur. Il faut ajouter encore que le charbon étant une affection spéciale à certains animaux, est heureusement moins transmissible à l'homme que l'on semble le dire, et peut-être l'inoculation eût-elle réussi si elle avait été faite soit sur le bœuf, soit sur le mouton.

M. BOINET. M. Broca me semble ne pas être dans le vrai lorsqu'il signale l'espèce de difficulté que présenterait l'inoculation sur l'homme. Dans quelques pays, et surtout dans la Beauce, la maladie est si commune que dans certains villages les hommes qui ne portent pas les stigmates de l'affection charbonneuse constituent presque une exception, et par cette raison le nombre des guérisseurs dépasse tout ce qu'on pourrait imaginer.

M. CHASSAIGNAC insiste sur la manière toute successive dont procède l'intoxication charbonneuse. Ainsi, un individu se présente dans mon service, dit M. Chassaignac, affecté de pustule maligne du bras. Le membre était considérablement tuméfié; il y avait déjà des symptômes généraux très-graves; dès qu'on eut pratiqué la cautérisation, ces symptômes s'amendèrent, et disparurent peu de temps après. Si cet homme n'avait pas été cautérisé, il succombait. La rapidité de la guérison après la cautérisation montre que le foyer primitif continuait à rester un foyer d'infection. Ce que je dis pour cette affection est aussi applicable aux cas d'inoculation d'autres substances vénéneuses. On sait la rapidité de l'absorption par les plaies; eh bien, malgré la nature grave des accidents qui signalent un commencement d'infection de la constitution, on peut dans bien des cas vaincre le mal par la cautérisation.

M. BROCA, sans nier la fréquence du charbon dans certaines contrées, pense cependant qu'il ne faut pas admettre que tous ces stigmates, signalés sur un si grand nombre d'individus, prouvent que les hommes qui les portent aient été vraiment affectés de charbon. Le traitement confié aux empiriques ignorants peut bien souvent avoir été appliqué contre des accidents qui n'offraient aucun des caractères de la pustule maligne.

M. RICHARD appuie l'observation de M. Boinet sur la fréquence de la pustule dans la Beauce; et en réponse à M. Broca, sur l'inexpérience des patients et des empiriques, qui peut permettre de considérer beaucoup de malades comme n'ayant vraiment pas eu d'affection charbonneuse, il affirme, au contraire, que loin d'aller au-devant du mal, les paysans attendent avec une extrême négligence que les accidents aient acquis un grand développement avant de se décider à subir la cautérisation.

L'observation de M. Chassaignac, dit M. Richard, me paraît parfaitement juste : la cautérisation, malgré l'intoxication générale même très-avancée, amène la guérison. Cette particularité n'est pas spéciale au charbon; on peut en dire autant des piqûres anatomiques, des plaies produites chez les ouvriers dans certaines conditions. On peut même, en étendant ce fait, l'appliquer aux plaies des amputations, lorsque sont survenus des symptômes d'infection purulente. C'est encore le même phénomène qui se passe, lorsqu'après l'ablation d'un cancer on voit les ganglions, qui, pour moi, sont bien véritablement le siége d'une invasion cancéreuse, perdre de leur volume et même guérir. Dans ces cas, l'invasion cancéreuse a été combattue à sa source.

M. VERNEUIL a aussi constaté la fréquence de la pustule dans certains pays. Seulement, il ne faut pas confondre deux affections qui au début semblables en apparence, offrent comme pronostic la plus grande différence. Je veux parler de la pustule proprement dite et de l'œdème charbonneux de la face. Cette dernière maladie guérit seule.

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle, en citant deux vers de Virgile, que, dès la plus haute antiquité, il était reconnu que la peau des animaux morts du charbon pouvait donner cette maladie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, un travail de M. Fourquet intitulé : *Opérations de la pierre par la cystotomie, pratiquées chez l'homme adulte*. Toulouse, 1858, in-8°.

— M. MARJOLIN présente à la Société, de la part de M. Ulysse Créquy, la thèse inaugurale de ce dernier, intitulée : *Notice sur le croup et les affections diphthéritiques observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le 1er semestre de 1858*. Paris, 1858, in-4°.

COMMUNICATION.

M. Vanzetti fait la communication suivante : (Voir plus haut.)

M. HUGUIER approuve de tous points la méthode préconisée par M. Vanzetti; les avantages de cette amputation sont flagrants, et peuvent être classés en immédiats et consécutifs.

Les premiers sont constitués par la moindre tendance des accidents inflammatoires à remonter vers le bras, par la rétraction moindre des parties molles.

Quant aux résultats avantageux consécutifs, ils se trouvent dans la forme et la résistance du moignon.

M. RICHET a suivi avec intérêt la communication de M. Vanzetti. Sans diminuer le mérite de l'application généralisée du procédé opératoire, il rappelle que ce mode de désarticulation est depuis longtemps décrit. Lisfranc le faisait exécuter dans ses cours de médecine opératoire, et il insistait sur les difficultés que l'on éprouvait pour dessiner le lambeau sans être arrêté par la saillie du pisiforme d'une part, et de l'os crochu d'autre part. M. Alphonse Guérin, dit M. Richet, le décrit également dans son *Traité des opérations*, et je l'ai aussi indiqué dans mon livre.

Je l'ai pratiqué une fois, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un malade qui avait eu la main écrasée; la peau de la face dorsale ne pouvait servir à la formation du lambeau.

M. HUGUIER fait remarquer la différence des indications tracées par M. Vanzetti, et c'est en cela que réside l'intérêt de sa communication. Lisfranc et les autres chirurgiens n'appliquent ce procédé opératoire que pour les cas de désarticulation de la main; M. Vanzetti en étend l'application même aux amputations de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

M. VANZETTI parle dans le même sens que M. Huguier; il n'a pas cru inventer un procédé opératoire, il en a généralisé et étendu l'application.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Gangrène de la main. — M. BAUCHET présente un malade pour lequel il demande les conseils des membres de la Société.

« Ce malade, âgé de trente-huit ans, d'une constitution assez forte quand il est entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, où je remplace M. Denonvilliers, est atteint d'une gangrène de plusieurs doigts de la main droite. » Voici en quelques mots son histoire :

Il y a une quinzaine de jours, le malade est venu à la consultation : il éprouvait depuis quelques jours des douleurs très-vives dans tout le bras, et présentait à l'extrémité de l'indicateur droit une petite tache noire, que je ne puis pas mieux comparer qu'à ces petites ecchymoses que l'on observe à la suite d'un pincement à une porte, à une fenêtre, ou à tout autre objet. Le malade, qui travaille l'argent, a les ongles éraillés par la lime; il m'affirmait de la manière la plus positive qu'il ne s'était point blessé. Mais comme une contusion si peu importante pouvait avoir passé inaperçue, je fis appliquer une compresse d'eau-de-vie camphrée, et je recommandai au malade de revenir deux jours après, si tous les accidents ne s'étaient point dissipés.

Deux jours après, le malade revint; la tache avait augmenté et acquis une étendue cinq ou six fois plus considérable, et une tache pareille à la première apparaissait sur le médius. Il n'y avait plus de doute possible, il s'agissait d'une gangrène envahissant les doigts de la main droite.

Je cherchai les battements de l'artère radiale, de l'artère cubitale, et je ne pus sentir la moindre pulsation. J'engageai le malade à entrer à l'hôpital.

Le lendemain, j'explorai avec soin les artères du membre malade. Point de battements dans l'artère radiale, cubitale et humérale. Je trouvai les battements à l'artère axillaire; mais ils cessaient brusque-

ment au niveau du bord inférieur du grand pectoral. A ce niveau, on sentait l'artère dure et obstruée dans une étendue de 2 centimètres environ. Le cœur n'était le siége d'aucun bruit anormal. Pas de souffle, pas d'irrégularité.

Depuis cette époque, les douleurs sont intolérables. Le malade est courageux, mais il ne dort pas, et souffre même assez, par moment, pour pousser des cris. Les battements se font sentir dans l'artère humérale jusqu'à 2 centimètres au dessous du point où ils cessaient lors de la première exploration; mais on sent toujours un cordon noueux, dur, dans une étendue plus considérable. Ce cordon est très-facilement appréciable jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'artère humérale.

La gangrène a envahi entièrement l'indicateur et le médius; elle est montée jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Elle commence ses ravages sur l'annulaire et sur le pouce. Les deux doigts (indicateur et médius) sont noirs, secs, et tout à fait insensibles, ainsi qu'on peut le voir. La chaleur diminue à mesure que l'on descend depuis la partie moyenne du bras jusqu'à la main, qui est froide.

Le malade dort peu, quoiqu'il prenne chaque soir 30 à 40 centigr. d'opium; il a perdu l'appétit et maigrit beaucoup.

Outre l'opium à l'intérieur, je lui donne du vin de Malaga, du vin de quinquina, de l'extrait mou de quinquina, et une bonne nourriture.

Comme traitement local, j'ai fait appliquer un vésicatoire volant sur le bras, un autre sur le dos de la main, que j'ai fait saupoudrer de chlorhydrate de morphine; de plus, j'ai prescrit des cataplasmes arrosés de 150 à 200 gouttes de laudanum, renouvelés trois ou quatre fois par jour.

J'attends que la gangrène se limite avant d'en venir à une opération; mais si le malade dépérissait, s'il était menacé de mort, devrais-je attendre encore et toujours, jusqu'à ce que la gangrène fût bien limitée, ou bien devrais-je amputer au-dessus du point où l'on sent les battements de l'artère du membre? Je demande les conseils éclairés de la Société. Je reculerai devant toute opération aussi longtemps que la vie ne sera pas sérieusement en danger, et même, s'il survenait des accidents très-graves, j'hésiterais encore si je ne sentais pas le point où existe l'obstruction artérielle. Mais le chirurgien, en face d'une mort imminente, ne doit-il pas intervenir quand il est sûr de pouvoir dépasser les limites du mal?

Un mot, en terminant, sur la cause de cette lésion. En raison de l'âge du malade, de l'absence d'accidents antérieurs aux premiers symptômes de la gangrène je rejette l'idée d'une ossification artérielle, d'une artérite, et je m'arrête à celle d'une embolie. Le fait que la circulation s'est rétablie dans une étendue de 2 centimètres, vient, je crois, confirmer ce diagnostic. L'embolie a été poussée en avant par l'ondée sanguine.

Il n'y a rien au cœur, aucun bruit anormal, c'est vrai; mais il ne faut qu'un petit caillot pour déterminer une embolie.

Enfin, signalons encore les douleurs intolérables qu'éprouve le malade.

M. HUGUIER est opposé à l'amputation avant que la marche de la gangrène se soit définitivement arrêtée; car, si on ampute avant la délimitation naturelle de la mortification, on peut être certain de la voir se développer sur les moignons. On doit se contenter d'enlever les parties tout à fait mortes et dont l'odeur pourrait contribuer à rendre l'état du malade plus grave encore.

M. CHASSAIGNAC pense que dans certains cas l'amputation des parties mortifiées peut amener une grande somme de soulagement pour le malade. Il est bien entendu que, comme M. Huguier, il repousse l'amputation définitive faite avant l'arrêt du mal. Seulement il croit que dans certains cas la douleur est produite par l'état inflammatoire de la substance médullaire des os, qui, retenue par la résistance osseuse, éprouve une espèce d'étranglement que la section de l'os fait cesser. Un fait qui lui est propre semble justifier cette appréciation.

M. GUERSANT est également opposé à l'amputation avant la délimitation de la gangrène.

Stalactites osseuses développées dans l'épaisseur du fascia lata sur les deux cuisses. — **M. FOLLIN** présente un malade dans les conditions suivantes :

A la partie latérale et supérieure de la cuisse gauche, on remarque une production osseuse qui paraît être un fragment du fémur. Cette pièce osseuse, libre à son extrémité inférieure, devient très-saillante dans la peau quand le malade se baisse. Elle est adhérente à sa partie supérieure. Sur la cuisse droite on remarque la même disposition, mais à un bien moindre degré de développement.

Le malade s'aperçut pour la première fois de la présence de cette stalactite osseuse à la suite d'une chute; il crut avoir la cuisse cassée, mais il put néanmoins marcher.

M. RICHET pense qu'il s'agit d'une ossification du *fascia lata*.

M. HOUEL demande si ce malade est actuellement atteint d'une maladie de la hanche.

Chez des vieillards qui ont une affection de l'articulation coxo-fémorale, on voit naître de ces productions qui atteignent un développement considérable; elles ont pour point de départ le voisinage de la jointure. Elles occupent le plus souvent le muscle droit antérieur de la cuisse. Dans le cas actuel, l'ossification est bien dans l'aponévrose, mais elle doit procéder de l'os iliaque. Il doit y avoir une affection quelconque dans les articulations pelviennes. M. Richet a très-bien décrit ces stalactites.

M. CHASSAIGNAC considère ces productions comme des ostéophytes simples.

M. MARJOLIN a rencontré trois malades offrant ce genre d'affection. Sur l'un d'eux, les productions osseuses se rencontraient dans tous les muscles; chez le deuxième, elles naissaient du bassin, et le troisième malade offrait deux stalactites osseuses sur les cuisses. Ce dernier fait mérite surtout d'être signalé, car il s'agit d'un enfant, et cette maladie est très-rare pendant la jeunesse.

M. RICHET rappelle comment, à la suite d'une opération pratiquée par P. Boyer, il a été amené à s'occuper de cette question. L'opéré offrait une ostéophyte de l'omoplate. Cette tumeur énorme fut enlevée à grand'peine, et on s'aperçut après l'opération que des tumeurs analogues se rencontraient dans plusieurs autres points de l'économie. Le malade succomba, et M. Richet a décrit le squelette avec le plus grand soin.

J'ai signalé, dit M. Richet, une particularité qui constitue un caractère spécial aux ostéophytes péri-articulaires; c'est qu'en général elles sont symétriques. Chez le malade de M. Follin, les productions osseuses doivent naître dans les tissus fibreux péri-articulaires. Comme M. Houel, je crois à une affection de l'articulation.

Kéloïdes développés sur des cicatrices. — **M. LEGOUEST** présente un malade qui, à la suite d'une blessure simple de la région mastoïdienne, a vu se développer sur la cicatrice une tumeur kéloïde. On dut l'enlever, et elle récidiva deux fois. Aujourd'hui, elle est encore réapparue volumineuse comme un œuf. Le malade voulait s'en débarrasser à nouveau, mais M. Legouest se refuse à faire l'opération, parce qu'il a remarqué sur différentes parties du corps des productions semblables nées sur les plus simples blessures, même sur des excoriations légères, comme celles produites lorsque le malade se gratte avec ses ongles.

Il y a dans l'histoire de ce malade un fait assez curieux, c'est que cette disposition ne s'est produite chez lui qu'à la suite d'un voyage fait au Sénégal. Ainsi une cicatrice assez étendue du poignet, résultat d'une blessure faite avant ce voyage, est la seule qui ne présente aucune altération.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente une pièce d'anatomie pathologique dont la description sera donnée dans une autre séance.

Le secrétaire, LABORIE.

Le projet d'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France subit le sort commun à toutes choses en ce monde. Ici, il ne reçoit que des éloges, là il ne satisfait personne. Nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs l'appréciation qu'en a faite la *Gazette médicale de Strasbourg*; voici maintenant en quels termes l'apprécie la *Presse médicale de Marseille* :

« Lorsqu'il fut question pour la première fois, à Marseille, de l'institution de l'Association générale, deux collègues pour lesquels nous professons la plus entière sympathie, MM. Sauvet et Melchior Robert, vinrent demander l'adhésion de la Société impériale de médecine. Nous crûmes devoir nous élever contre le projet, qui nous paraissait une œuvre de centralisation dont notre ville, déjà pourvue d'un comité médical, ne pouvait retirer de grands avantages.

» S'il se fût agi de la création d'une maison de retraite pour les médecins âgés, infirmes ou malheureux, nous eussions applaudi de grand cœur. Si les hommes éminents qui composent la commission fondatrice, eussent usé de leur influence pour demander à l'Empereur une juridiction médicale, un conseil de discipline, que nous attendons depuis plus d'un demi-siècle, pas un médecin ne se fût montré dissident. Nous souhaitons que l'Association réalise ses vues généreuses; mais nous y voyons de grandes entraves, et sans nous faire juge dans une question qui a pour but le bien-être matériel des médecins, nous avons cru devoir donner notre opinion sur l'institution nouvelle. »

L'*Union médicale de la Gironde*, qui n'avait jamais vu d'un œil très-favorable le projet d'association générale, dont l'idée appartient au *Journal de médecine de Bordeaux*, s'exprime ainsi à son tour sur le même sujet :

« Nous avons foi dans la puissance des associations; nous désirons bien vivement que l'association médicale en particulier réussisse; mais, au risque de décourager quelques-uns de nos confrères, il faut bien l'avouer : tous les services publics rendus par les médecins, tout le mérite, toute l'habileté des membres de la commission qui a rédigé les statuts de l'association, n'ont pu obtenir qu'une *Société de prévoyance et de secours mutuels, comme il en existe des milliers en France.*

» Que les progrès rêvés par le médecin pour assurer la dignité de son art et le sauvegarder contre les misères professionnelles soient contenus en germe dans l'association médicale, nous voulons bien le croire; mais il n'est pas encore possible de les y voir; et nous avons peine à comprendre la joie bruyante de quelques-uns des moteurs de l'association en présence de statuts qui laissent, il est vrai, le champ libre à l'illusion, mais qui commencent par établir, à l'encontre de leurs présomptions et de leurs affirmations, *qu'il faut nécessairement fédérer les associations médicales existantes ou futures, avant d'arriver à une puissante association générale.* »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour la nomination à trois places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, le mercredi 13 octobre.

Le jury se composera de MM. Aran, Chassaignac, Giraldès, Nélaton, Puche, Richet et Voillemier, *juges*, et de MM. Gendrin, Guersant, *suppléants*.

Les candidats inscrits sont : MM. Bastien, Béraud, Dolbeau, Duchaussoy, Fano, Houel, Jamain, Legendre, Trélat.

— Deux nouveaux concours vont s'ouvrir à l'administration des hôpitaux : l'un pour la nomination des élèves externes (il commencera le 3 octobre; le registre d'inscription, ouvert le 30 septembre, sera fermé le 19 octobre); l'autre, pour les prix à donner aux élèves internes, il commencera le 6 octobre; le registre d'inscription, ouvert le 4 octobre, sera fermé le 19 octobre.

— Dans une séance du *Cercle de la presse scientifique*, M. l'abbé Moigno, dissertant sur les dangers qu'entraîne pour les ouvriers la fabrication des allumettes chimiques au phosphore blanc, a signalé deux faits nouveaux et dignes de figurer dans la pathogénésie d'un poison chargé déjà de tant de propriétés malfaisantes.

D'après ce savant, les femmes enceintes qui respirent l'air imprégné d'émanations phosphoriques dans les lieux où se fabriquent les allumettes, ne tardent pas à avorter, et cet accident serait si fréquent et si bien connu, que dans les localités où cette industrie occupe de nombreux ouvriers, des malheureuses le mettraient à profit pour se débarrasser du produit de la conception. Quant aux hommes soumis aux mêmes conditions, les vapeurs du phosphore auraient pour résultat d'amener chez eux, après un certain temps, une excitation véhémente du sens génésiaque. C'est aux médecins à vérifier l'exactitude de ces renseignements pleins d'intérêt et susceptibles peut-être d'être utilisés, non-seulement en vue de la prophylaxie, mais encore de la thérapeutique.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 117. — MARDI 5 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 117. — MARDI 5 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 OCTOBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance que deux lectures, et toutes deux sur des sujets de médecine. La première, de M. Bouchut, a pour objet la statistique de la mortalité du croup à domicile et dans les hôpitaux de Paris, dans une période de trente-deux années ; c'est un document important qui se rattache à la grande question, pleine d'actualité, du traitement de cette cruelle affection. Nous nous bornons à le signaler pour l'instant, devant revenir très-prochainement sur ce sujet. La deuxième lecture, de M. le docteur Cramoisy, est relative à des appareils destinés à administrer des bains internes. Le silence du compte rendu ne nous permet pas d'en parler ici.

Deux mémoires ont été présentés, l'un par M. E. Billod, sur le ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière chez les aliénés ; un second par M. Wanner, sur la série des forces qui concourent à déterminer les phénomènes de la circulation du sang.

Le mémoire de M. Billod renferme les résultats nécropsiques constatés chez dix sujets pellagreux morts dans son service, depuis la publication de ses recherches sur une variété de pellagre propre aux aliénés. Ces résultats paraissent confirmer l'opinion qu'il a émise dans ses précédents travaux sur le rôle que joue le ramollissement de la substance blanche de la moelle épinière dans cette affection.

M. Demarquay, dans une lettre adressée à l'Académie, a rappelé les faits qu'il a déjà communiqués, il y a plusieurs mois, à la Société de chirurgie, relativement à l'état d'insensibilité dans lequel se trouvent la plupart des individus auxquels on pratique la trachéotomie dans le but d'obvier à une asphyxie imminente. Ces faits, comme on le sait déjà, viennent à l'appui des observations que M. Bouchut a communiquées récemment à l'Académie, et des indications utiles qu'il en a déduites en vue de la détermination du moment le plus opportun pour recourir à cette opération.

Enfin, M. le secrétaire perpétuel a présenté, au nom de M. Guyon, un opuscule sur la fièvre jaune de Lisbonne en 1857.

A propos de fièvre jaune, nous signalons à l'attention de nos lecteurs une note de M. le Dr Alfred Mercier, sur la dernière épidémie de fièvre jaune de la Nouvelle-Orléans ; ils y trouveront des instructions utiles pour le cas où ils seraient consultés par des émigrants sur l'époque de l'année qu'il convient de choisir pour atténuer les effets de l'acclimatement. — Dr Brochin.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Les statuts nouvellement publiés de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France continuent à préoccuper nos confrères des départements et nos collègues de la presse.

La *Gazette médicale de Lyon*, par l'organe de son rédacteur en chef M. le docteur Diday, se livre, dans le numéro du 1er octobre, à un long examen de la question.

Notre savant confrère commence par poser nettement la doctrine la plus égoïste qui soit au monde : il invite à entrer dans l'Association générale le médecin *isolé*, et *les associations nées d'hier et à peine viables*, parce que, dit-il, l'impulsion émanée du centre fécondera des germes sans elle condamnés à une torpeur éternelle ; mais il pense qu'une Association *autorisée*, qu'une Association qui « a ses statuts, son en caisse, ses privilèges, son » influence conquise auprès de l'administration, de la magistrature, des confrères et du public de sa localité » ne doit pas aller « troquer son *acquis* contre les promesses d'une institution » nouvelle. » C'est vouloir dire ceci en d'autres termes : Avez-vous besoin d'argent, d'appui et de protection ? associez-vous, car vous avez tout à gagner ; mais votre corporation locale est-elle prospère et passablement considérée dans le pays ? défense à vous de laisser toucher à votre caisse, car vous auriez peut-être quelque chose à perdre.

Examinant ensuite la question à un point de vue essentiellement lyonnais, comme il le dit lui-même, et comparant les statuts de l'Association générale avec ceux de l'Association de prévoyance du Rhône, M. Diday a le regret de constater cinq différences qui lui sont peu sympathiques :

1° L'admission des officiers de santé ;

2° L'impossibilité d'accorder des secours à des médecins non sociétaires ;

3° L'élévation (de six francs) du droit d'admission de chaque nouveau membre ;

4° Le versement de ce droit d'admission en entier, plus du dixième des revenus annuels de la Compagnie dans la caisse de l'Association générale ;

5° La possibilité d'une augmentation du taux de la cotisation pour les sociétés locales dont les ressources auraient été reconnues insuffisantes, après examen des états de situation fournis chaque année, au préfet, en vertu de l'article 20 du décret organique sur les sociétés de secours mutuels.

J'ai examiné ces cinq différences, dit M. Diday, avec la pensée qu'elles nous seraient imposées si nous nous adjoignions. Peut-être soutiendra-t-on qu'il nous serait facultatif de les accepter, et, pour faire prévaloir cette interprétation rassurante, on invoquera l'article 25 ainsi conçu : « Les statuts et règlements de chaque » société locale sont délibérés par les médecins formant la so- » ciété. » Interprétation illusoire, car le même article 25 continue en ces termes : « Ces statuts (de chaque société locale) doi- » vent être mis en harmonie avec les conditions de mutualité générale réglées par les présents statuts. »

« Donc, sur les points étrangers à la mutualité, nous garderions notre indépendance. Libre à nous de maintenir la composition actuelle de notre bureau, de notre commission administrative, d'élire celle-ci au sort, non par le vote, comme l'édictent les statuts, etc., etc., mais pour les différences essentielles, celles que j'ai signalées, la même latitude nous est interdite, non de par la volonté des organisateurs, mais d'après le principe même de l'institution. »

Notre savant confrère de Lyon rappelle ensuite que, lorsque l'idée de l'association générale a pris racine, le public médical s'est aussitôt empressé de caresser deux légitimes espérances : l'abolition du charlatanisme et la fondation de caisses de retraite.

En y réfléchissant et en relisant le fameux article 6, qui a été si souvent mis en avant, M. Diday a bien vu, ainsi que tout le monde, quelque chose comme une intention de poursuivre l'exercice illégal de notre art, mais il croit, et nous sommes pleinement de son avis, que le charlatanisme ne peut être réprimé que par deux moyens réellement efficaces : la réforme de la législation actuelle, ou la poursuite active, incessante, de chaque infraction, suivant les formes judiciaires voulues.

Quant à la fondation de caisses de retraite, c'est une chose aujourd'hui obtenue; mais où sont les moyens d'exécution de cette sage et bienfaisante mesure ? M. Diday se le demande, et, à moins de dons extraordinaires, il avoue que « sous ce rapport tout reste à faire. »

M. Diday déclare qu'il a fait entendre la vérité à ses amis, mais la vérité sans passion et sans réticence. Loin de nier les avantages qui peuvent résulter de l'association générale pour le rehaussement de la dignité médicale et le soulagement des infortunes professionnelles, il est au contraire le premier à les signaler; mais finit-il par toucher aux intérêts lyonnais, il se voit dans la nécessité de terminer comme il suit :

« .... Quant aux associations prospères et vivaces, quant à la nôtre en particulier (l'Association de prévoyance des médecins du Rhône), qu'elles restent provisoirement vis-à-vis de l'Association générale dans une attitude de sympathie et d'observation. C'est l'événement — ne rougissons pas de l'avouer — qui doit décider de notre conduite. Si le besoin d'union l'emporte dans les masses sur la perspective d'une mutualité encore plus féconde, si une impulsion générale entraîne les adhésions au programme qu'on nous propose, associons-nous à ce mouvement. Mais ne nous piquons pas d'en donner l'exemple. Notre situation nous conseille plus de réserve, et l'intérêt de nos commettants nous en fait l'impérieux devoir. »

C'est presque une grande vertu de nos jours que d'avoir à ce point le courage de son opinion. M. Diday est foncièrement égoïste, cela est vrai, mais au moins il ne s'en cache pas.

Dr Legrand du Saulle.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

L'asthme. — Des diathèses auxquelles il se lie.

J'ai dit dans la précédente leçon (1) que l'asthme est une névrose le plus habituellement liée à l'existence d'une diathèse chronique; c'est ce que je vais essayer de démontrer en ce moment.

Laissez-moi entrer à ce sujet dans quelques détails qui ne seront pas sans intérêt. Un individu prend de l'asthme à l'âge de cinquante ans. Jusque-là il n'en avait éprouvé aucune attaque, mais dans sa jeunesse il avait eu la manifestation d'une diathèse dartreuse, herpétique; il avait été sujet aux eczémas, la manifestation la plus ordinaire de l'herpétisme. Rien n'est plus commun aussi que la mutation du rhumatisme, de la goutte, en asthme. J'ai connu une personne qui avait des attaques de goutte et d'asthme alternant très-régulièrement l'une avec l'autre. Quelquefois deux attaques de goutte se succédaient ; d'autres fois c'étaient deux attaques d'asthme, ou bien une attaque de l'une survenait après une attaque de l'autre; jamais elle n'eut à la fois asthme et goutte.

Ainsi, goutte, rhumatisme, gravelle, hémorrhoïdes, dartres, sont des maladies qui peuvent remplacer l'asthme et que l'asthme peut remplacer, comme des expressions différentes d'une même diathèse. Il est encore une maladie que l'on doit citer, c'est la migraine.

Beaucoup de gens sujets à des migraines périodiques sont goutteux, rhumatisants, hémorrhoïdaires, ou sont nés de parents qui l'étaient. Comme exemples de ces mutations diathésiques, je citerai le fait suivant, le premier qui ait frappé mon attention au commencement de ma pratique.

J'étais lié d'intime amitié avec un major anglais qui depuis longtemps était sujet à des migraines revenant avec une telle périodicité de deux mercredis l'un, qu'il savait, à une heure près, quand il allait être pris. Les attaques étaient si régulières que, chose plus extraordinaire encore, il savait quand elles finiraient. Elles duraient quelques heures et laissaient après elle le malade dans un état de parfaite santé. Ces migraines, dont il avait éprouvé les premières atteintes pendant son séjour aux Antilles, persistaient encore lorsqu'il vint à Paris, où je fis sa connaissance. Il en était très-fatigué, et me demanda un jour de l'en débarrasser à tout prix. C'était en 1824; j'ignorais alors ce qu'était la migraine; et, prenant avis de quelques-uns de mes confrères, je fis prendre à mon malade des pilules écossaises à haute dose. Sous l'influence de ces purgatifs répétés, les attaques perdirent leur périodicité, mais la santé du major fut loin de s'en trouver mieux. Auparavant, ses accès finis, il se trouvait dans un état de bien-être qui contrastait avec le malaise qu'il éprouvait quand les accès étaient près de venir. Il en était pour lui comme pour ceux qui sont sous l'empire d'une diathèse goutteuse, rhumatismale, hémorrhoïdaire ou autre; leurs attaques, précédées d'un état de malaise souvent indéfinissable, les soulagent à ce point que leurs crises sont, en vérité, des maux nécessaires.

Mon malade s'installa pour la belle saison à Fontainebleau, où j'allais le voir de temps à autre. Un matin, il vint me réveiller pour me montrer son pied, dont il souffrait atrocement. Je constatai une tuméfaction avec rougeur considérable ; c'était un accès de goutte bien franche. Ne sachant pas encore combien ces accès doivent être respectés, ne sachant pas encore que la migraine et la goutte sont sœurs, subissant, malgré moi et malgré les principes dans lesquels mon éducation médicale première avait été faite, subissant l'influence des doctrines de Broussais, alors en pleine vigueur, j'eus recours à sa médication antiphlogistique. 30 sangsues, des cataplasmes émollients arrosés de laudanum, furent appliqués sur la région malade; l'arthrite céda. Mais à partir de ce jour, le malade perdit sa belle santé d'autrefois. Une seconde attaque fut une attaque de goutte molle, atonique; et

(1) Voir les numéros des 2, 16 et 23 septembre.

non-seulement la santé fut altérée, mais encore le moral, l'intelligence furent affectés et modifiés. Le malade perdit sa vivacité d'esprit et sa gaîeté, il devint lourd, maussade et ennuyeux. Enfin il eut une attaque d'apoplexie, et deux ans après il succomba dans une seconde attaque.

Vous venez d'avoir la démonstration d'une transformation des migraines en goutte ; on pourrait vous citer des exemples d'autres mutations diathésiques et en particulier des mutations des dartres, des rhumatismes, de la goutte, de la gravelle, des hémorrhoïdes, de la migraine en asthme. Vous n'aurez que trop souvent, en vieillissant, l'occasion de l'observer.

Il est une autre diathèse, différente de celles dont je viens de vous entretenir, dont l'asthme peut être encore la manifestation, c'est la diathèse tuberculeuse.

Des parents tuberculeux peuvent procréer des enfants asthmatiques et des asthmatiques peuvent donner naissance à des individus tuberculeux. Il est remarquable que l'asthme, qui semble si peu de chose quant à la lésion organique qui l'accompagne, quand elle ne fait pas défaut, répond en quelques circonstances à une maladie diathésique à expression locale si considérable comme l'est la diathèse tuberculeuse.

Pour revenir aux diathèses dartreuses, rhumatismales, goutteuses, hémorrhoïdaires, etc., il est encore remarquable que lorsque les individus n'ont pas en leur temps les manifestations auxquelles ils sont habitués, attaque de goutte articulaire pour le goutteux, flux hémorrhoïdal chez les hémorrhoïdaires, ils éprouvent dans un grand nombre de circonstances, à un très-haut degré, des accidents névrosiques, des spasmes stomacaux, intestinaux, des troubles hypochondriaques, qui souvent à la vérité précèdent, mais à un degré moindre d'intensité, les attaques régulières. Ces accidents spasmodiques constituent des attaques d'asthme, lorsqu'ils ont pour siége l'appareil pulmonaire.

Par une de ces étranges coïncidences que nous voyons souvent dans les hôpitaux, un homme, entré dans nos salles le 9 août dernier, nous présente un exemple qui peut servir à la démonstration complète de tout ce que je vous ai dit.

Ce malade, âgé de trente et un ans est asthmatique depuis l'âge de treize ans. Jusque-là il n'avait ressenti aucune atteinte de cette affection. Vivant avec les enfants de son âge, il partageait leurs jeux, courait comme eux, se livrait comme eux, sans en éprouver la moindre gène, à tous les exercices de l'enfance. Sa première attaque survint sans cause appréciable. Il en fut pris à trois heures de l'après-midi, et sa crise dura pendant quatre ou cinq jours, revêtant, d'après les renseignements qu'il nous a fournis, la forme d'un catarrhe assez intense pour donner des inquiétudes à sa famille et aux médecins.

Cinq ans après, ces attaques d'asthme prirent une forme plus régulière. Ils arrivaient toujours après minuit, entre une ou deux heures du matin. Vous retrouvez déjà ici la circonstance sur laquelle j'ai tant insisté relativement à l'heure d'apparition des attaques. Le malade nous a dit, et vous l'avez entendu, que généralement ces accès survenaient très-violents, lorsqu'au moment de se coucher il remuait la paillasse de son lit; ils étaient occasionnés, a-t-il ajouté, par la poussière qu'il respirait dans cette opération. Ordinairement l'attaque se composait d'un seul accès, le malade restait six mois sans en avoir. Aujourd'hui ils reviennent plus fréquemment, toutes les six semaines à peu près, et durent trois jours, c'est-à-dire que pendant trois jours le malade éprouve une gène continuelle, un sentiment de constriction dans la poitrine, qui le mettent dans l'impossibilité de travailler, et que la nuit l'accès reprend avec une nouvelle intensité, se calmant habituellement au petit jour, quelquefois s'exaspérant à cette heure.

Un fait remarquable que cet homme nous a de lui-même parfaitement indiqué, c'est que son expectoration présente des caractères essentiellement différents avant et après l'accès. Durant celui-ci, il n'y a pas d'expectoration; avant elle est formée par des crachats petits, épais, globuleux, qu'il compare au germe de l'œuf de poule, et qui présentent par conséquent tous les caractères des crachats perlés; après la crise, ces crachats sont muco-purulents; vous les avez vus dans son crachoir; ils ne diffèrent en rien de ceux du catarrhe le plus simple.

Relativement à l'expectoration, le fait de crachats perlés rendus avant l'accès, c'est-à-dire alors qu'il n'y a ni gène ni oppression, pas d'asthme par conséquent, tandis que cette dypsnée n'est accompagnée d'aucune expectoration et qu'elle est suivie d'une expectoration catharrale des plus simples. Relativement à l'expectoration, cette observation est un exemple de plus à opposer à la théorie de M. Beau.

Dans cette observation, vous retrouvez encore ce que je vous ai dit des formes différentes de la maladie dans l'enfance et dans l'âge adulte; ce que je vous ai dit de ses heures d'apparition, de sa marche; vous allez retrouver encore ce qui a trait à sa diathèse. Car cet homme, né d'une mère goutteuse, d'un père épileptique, a été lui-même affecté de migraines.

En considérant que ce malade est affecté d'asthme depuis l'âge de treize ans, il en a aujourd'hui trente et un, nous devions prévoir l'existence de l'emphysème pulmonaire consécutif; nous en avons, en effet, trouvé tous les signes (1).

Enfin, cette observation est encore incomplète eu égard à ce qui touche au *traitement*. Lorsqu'il est pris de ses accès, notre homme sort du lit, fait chauffer de l'eau et prend immédiatement un bain de pieds, cela le soulage d'ordinaire. D'autres fois, il est obligé de se mettre à sa fenêtre, quelque temps qu'il fasse, chaud ou froid, et cet air frais de la nuit le calme. Si l'asthme était un catarrhe, pareil moyen de traitement réussirait-il? Le datura a été chez lui d'un faible secours, et il a éprouvé de grands inconvénients de l'emploi de l'ammoniaque, dont il sera question tout à l'heure. Ici, vous retrouvez l'asthme avec ses fantaisies thérapeutiques, comme plus haut, avec ses fantaisies pathologiques. Comme toutes les névroses, en effet, cette maladie cède souvent à des moyens très-différents suivant les individus, et ces moyens, l'expérience seule apprend aux malades et aux médecins quels ils peuvent être.

Nous avons vu que d'ordinaire les asthmatiques recherchent l'air frais; il en est d'autres, au contraire, qui ne se soulagent de leurs accès qu'en se mettant le dos devant un feu bien flambant, et notre malade vous a dit que le bain de pied chaud le calmait. S'il nous fallait citer ici les moyens plus ou moins bizarres auxquels certains asthmatiques ont recours pour faire cesser leurs attaques, nous aurions une liste longue à épuiser. J'ai connu un malade, le frère de l'ancien chancelier de notre dernière Chambre des pairs, qui, lorsqu'il était pris d'asthme, faisait allumer dans sa chambre quatre, cinq, ou six lampes Carcel, et se trouvait immédiatement soulagé. Un autre asthmatique, sujet à des accès diurnes, se faisait mettre sur son cheval et partant immédiatement au grand trot, contre le vent, calmait ainsi ses attaques.

Assurément ce sont là des faits bizarres, exceptionnels, mais il était important de les signaler, car ils sont une nouvelle preuve de la nature essentiellement nerveuse de la maladie.

(1) Lorsque le malade quitta l'hôpital, cinq à six jours après son entrée nous ne constations plus aucun signe ni d'emphysème ni de catarrhe. L'expansion vésiculaire se faisait librement dans toute l'étendue de la poitrine sans mélange de râles. Cet homme nous disait qu'il se faisait fort d'aller dès le lendemain de la Bastille à Vincennes au pas gymnastique; qu'il partait par expérience. Car, après de précédentes attaques, il avait parié avec des camarades pouvoir faire la même course, et qu'une fois, il avait été de Passy à Versailles en courant. Parti en même temps que la gondole, il était arrivé avant elle. Certes, pour tenir un pareil pari et fournir une pareille course, il fallait être pneumo-emphysémateux! L'emphysème que nous avions constaté était donc une lésion passagère, déterminée par la gêne momentanée apportée à la sortie de l'air hors des vésicules, c'était cet emphysème analogue à celui que présentent les enfants atteints de coqueluche, et qui, celle-ci guérie, se dissipe également. En définitive, ce nouvel exemple arrivait en contradiction avec la théorie qui regarde l'asthme comme toujours symptomatique de l'emphysème. Celui-ci dans ce cas était bien évidemment effet et non cause.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ DE PADOUE. — M. VANZETTI.

De la compression à l'aide de la main comme méthode générale dans le traitement des anévrysmes externes.

Nous avons publié dans le numéro du 28 septembre un extrait du mémoire que M. le docteur Vanzetti, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Padoue, a lu à l'Académie des sciences, sur l'emploi de la main seule comme méthode générale dans le traitement des anévrysmes externes.

Voici les faits cliniques sur lesquels notre savant confrère de Padoue a basé les considérations que renferme son mémoire :

OBS. I. Au mois de novembre 1853 je reçus, dans la clinique de l'Université de Padoue, un maçon de vingt-huit ans qui portait au jarret droit un anévrysme poplité de la grandeur d'une orange. Je préparai le malade par le repos, la diète, le nitre : je lui appris à se comprimer l'artère fémorale, et je lui ordonnai de se faire cette compression souvent chaque jour. Après deux semaines, je procédai à la compression méthodique : elle fut faite d'une manière intermittente sans gêner le malade; mais chaque fois elle fut continuée au moins deux heures. La solidification de la tumeur était complète au bout de 48 heures : la tumeur disparut rapidement. Ce maçon, qui guérit sans aucune douleur, sans aucun accident, se porte parfaitement bien depuis.

OBS. II. — Un officier des chasseurs, âgé de vingt-huit ans, vint de Vicence me consulter pour un anévrysme de l'artère poplitée droite, grand comme un citron. La jambe était plus qu'à demi-fléchie, la claudication par conséquent était très-prononcée. Cela eut lieu au mois d'octobre de l'année 1855. A cause des vacances, je ne pouvais pas le recevoir à la clinique de Padoue : je lui appris à se comprimer lui-même l'artère fémorale, et je le priai de revenir dans un mois, époque à laquelle je pouvais le recevoir dans mon service. Il se fit la compression, et il revint à la fin de novembre. Son anévrysme avait diminué d'un tiers, il était beaucoup moins compressible, sa solidification avait déjà manifestement commencé. Je chargeai mes élèves de faire une compression continue jusqu'au soir : elle fut commencée à midi précis, et avant cinq heures la tumeur était complétement solidifiée. Cet officier est encore actuellement au service.

OBS. III. — Une femme de trente-huit ans ressentit dans un des efforts de l'enfantement une vive douleur dans l'orbite gauche et son œil fit saillie en dehors de l'orbite tous les jours davantage; au cinquième jour elle ne voyait plus du tout de cet œil. Au dix-septième, 4 juillet 1856, elle fut reçue dans la clinique oculistique de l'Université de Padoue. Son aspect était effrayant à cause de la propulsion presque complète de l'œil hors de l'orbite. On constata tous les symptômes d'un anévrysme de l'artère ophthalmique. On entreprit méthodiquement la compression manuelle de la carotide gauche, mais on dut l'interrompre à chaque minute, car si on la prolongeait davantage la malade tombait en défaillance. La compression fut reprise souvent dans la journée sans trop gêner la malade. Le lendemain, amélioration, diminution du bruit saccadé et fort incommode que la malade éprouvait dans l'oreille. Au bout de quatre jours de compression intermittente et interrompue à des intervalles très-rapprochés, cessation des battements et du bruit anévrysmal; les jours suivants, retrait graduel et complet de l'œil dans l'orbite, retour de la vision et de la santé la plus parfaite, dont cette malade continua à jouir depuis.

OBS. IV. — Un homme, portant un anévrysme variqueux de la grandeur d'une noix au pli du coude, fut reçu à l'hôpital de Milan, dans le service du docteur Gherini, le 8 août 1857. On fit la compression manuelle de l'humérale et on la suspendit après trois heures et demie; ce temps écoulé, la tumeur était déjà solide, sans battements ni frémissements. La guérison ne se démentit pas.

OBS. V. — Au mois de septembre 1857, un vitrier fut admis à l'hôpital de Vérone, dans le service du docteur Gelmi, pour un anévrysme de l'artère poplitée gauche. Les souffrances étaient si grandes, que le malade lui-même demandait l'opération. On exerça la compression digitale chaque jour, tantôt pendant trois heures, tantôt pendant deux heures seulement. Dès le second jour les douleurs ont diminué; au quatrième elles ont cessé, et les pulsations furent moins manifestes, la tumeur plus ferme; au sixième les battements devinrent imperceptibles; au septième quelques mouvements de la jambe sont possibles. On continua la compression une ou deux heures par jour, et au vingtième la jambe revint à son état normal, ses mouvements devinrent parfaitement libres, on ne sentit plus qu'un noyau dur au centre du creux poplité.

OBS. VI. — Au mois d'avril dernier, le professeur Riberi, qui m'avait promis d'essayer ma méthode à la première occasion, recevait dans son service à l'hôpital Saint-Jean, à Turin, un malade atteint d'anévrysme du tiers inférieur de la fémorale gauche, survenu après une chute faite d'une locomotive. On fit d'abord un traitement interne approprié aux complications existantes, et, au bout de vingt jours, on entreprit la compression de la fémorale. Au bout de deux heures de compression, les douleurs dans l'anévrysme, qui avant étaient atroces, avaient cessé, de même que les battements; après quatre heures de compression, la tumeur présentait une solidité remarquable. On suspendit la compression, et, au cinquième jour, la tumeur était déjà en voie de décroissement rapide.

OBS. VII. — Au mois d'avril 1853, une femme fut prise d'une fièvre violente avec congestion cérébrale. Au troisième accès de cette fièvre, l'œil gauche fut subitement propulsé en dehors de l'orbite, des battements considérables se firent sentir et des bruits de souffle se firent entendre. Elle fut reçue à l'hôpital de Vérone, le lendemain de l'accident. On diagnostiqua un anévrysme orbitaire prenant un développement subit. On fit la compression manuelle de la carotide pendant cinq minutes, qui fut reprise cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures. Au dix-septième jour, après 440 minutes de compression, il n'y avait plus de saillie de l'œil, plus de bruit dans l'oreille et plus de battements.

DE LA CAUTÉRISATION LINÉAIRE ET DESTRUCTIVE

appliquée au traitement des névromes et des tumeurs sous-cutanées douloureuses.

Par M. le docteur A. LEGRAND.

Tout le monde sait aujourd'hui que le *névrome*, expression nouvelle introduite dans la science par M. le docteur Odier, de Genève, qui l'a ainsi distingué du *ganglion*, est une tumeur habituellement peu volumineuse, se développant dans la substance même du nerf, dont elle écarte les fibres, qui conservent leurs propriétés physiques et physiologiques. Le symptôme qui caractérise le mieux la présence du névrome, c'est de donner lieu à des douleurs trop souvent intolérables. Cette dernière condition explique que, dans la grande majorité des cas, les malades demandent à en être débarrassés. C'est au bistouri qu'on a généralement recours pour obtenir ce résultat.

Cependant il peut arriver que par la crainte de l'instrument tranchant quelques personnes aiment mieux attendre qu'il surgisse d'autres méthodes pour les en débarrasser. C'est ce qui m'est justement arrivé deux fois, et je viens rendre compte des résultats de ces deux tentatives.

Je ne suis pas le premier qui ait appliqué la cautérisation au traitement du névrome, et Ambroise Paré (1) cite deux *histoires mémorables* qui, lues attentivement et bien analysées, me paraissent se rapporter à deux faits de névromes; ceux-ci, traités tous deux par le cautère potentiel, auraient été suivis d'une guérison radicale. Depuis cette époque, je n'ai retrouvé, dans les annales de la science, aucun fait ni semblable ni analogue.

J'arrive au premier cas, où j'ai fait une heureuse application de la cautérisation à la destruction d'un névrome.

OBS. I. — La femme M..., âgée de 48 ans, est venue me consulter le 2 avril 1853 pour une *tumeur située au-dessous de la malléole interne, sur le trajet du nerf saphène*.

Il y avait huit ans environ qu'elle l'avait vue survenir, sans cause appréciable, grosse d'abord comme une tête d'épingle, mais causant déjà de cruelles douleurs. Ce symptôme avait précédé son développement, de sorte que déjà, depuis quelque temps, elle éprouvait une douleur très-vive, remontant le long de la jambe et en dehors, sans que la femme M... pût se rendre compte quelle en était la cause. Des douleurs plus aiguës signalèrent l'apparition de la tumeur, qui, ayant sans cesse grossi, a fini par acquérir son volume actuel, qui est à peu près celui d'un petit haricot, dont elle paraît aussi avoir la forme. Elle jouit de quelque mobilité, reposé évidemment sur l'extrémité du nerf saphène, car, si on la comprime, cela excite de la douleur *au-dessus de la tumeur*, douleur qui augmente avec la pression.

Cette douleur *provoquée* n'empêche pas qu'il n'en existe une *spontanée*, qui se manifeste plusieurs fois en vingt-quatre heures, souvent deux ou trois fois par nuit, et surtout quand la malade a plus fatigué

(1) *Œuvres d'Ambroise Paré*, dixième édition. Un vol. in-f°, Lyon, 1641. Liv. XVIII, chap. III, p. 425.

que d'habitude. Cette douleur s'irradie d'abord autour de la tumeur, gagne le nerf sciatique, suit son trajet, atteint quelquefois les nerfs intercostaux, et s'élève même jusqu'à l'épaule. Souvent, elle trouble le sommeil, et fait parfois pousser à la malade des cris lamentables. Quelque violentes que soient ces crises, il ne se manifeste jamais de rougeur autour de la tumeur.

La femme M... a consulté plusieurs chirurgiens des hôpitaux : tous se sont accordés sur la nature de la tumeur; tous lui ont proposé l'ablation, à l'aide du bistouri; elle s'y est toujours et formellement refusée, tant l'instrument tranchant lui inspire de terreur; et c'est ce sentiment, qui l'amène chez moi afin que je la débarrasse à l'aide de la cautérisation, dont je ne lui dissimule pas les inconvénients : *la douleur qu'elle excitera probablement et la longueur du traitement!*

Je pratiquai immédiatement (2 avril 1853) une première cautérisation linéaire selon le plus grand axe de la tumeur, qui est de 45 millimètres, tandis que le plus petit n'est que de 9 millimètres, et son élévation au-dessus du niveau de la peau de 5 ou 6 millimètres. La malade n'accuse qu'une légère douleur; mais il n'en fut plus de même pour la seconde, pratiquée le 4 avril. — Troisième et quatrième cautérisations les 5 et 6. — Ces premières cautérisations, quoique assez douloureuses, procurent déjà quelque amélioration : de meilleures nuits, un peu plus de facilité dans la marche. — Les 8, 11 et 13, cinquième, sixième et septième cautérisations; cette dernière ayant été fort douloureuse, je conseille des pansements avec une pommade belladonée, et de petits cataplasmes pour la nuit.

Le 16, la malade a tantôt une bonne, tantôt une mauvaise nuit, selon surtout la fatigue qu'elle a dans la journée.

Le 20, j'enlève l'eschare, produit des dernières cautérisations, et je trouve au-dessous un corps blanc, dur, résistant, peu sensible; la douleur sous la pression est bien moindre. — Huitième cautérisation. Cette dernière application de caustique a été suivie d'une assez violente réaction, qui pour la première fois a retenu la malade à la chambre et au lit; mais, au moment de ma visite, tout était rentré dans le calme.

Neuvième cautérisation le 28, suivie d'un grand calme et d'un excellent sommeil. Je pratique, ce même jour, la dixième cautérisation autour du produit pathologique, de manière à l'isoler de plus en plus.

Dixième et onzième cautérisations (fort douloureuses) les 2 et 5 mai.

Le 15, diminution notable de la tumeur, mais qui conserve toujours des adhérences fort profondes et fort tenaces, ce qui me fait prendre le parti de la cautériser dorénavant en masse.

Du 18 au 26 mai, quatre nouvelles cautérisations, toujours fort douloureuses, mais n'apportant en définitive aucun trouble dans la santé générale. La cautérisation du 26 (c'était la quinzième) a été aussi efficace que douloureuse, car c'est à peine si le 28 il reste encore quelques traces du névrome, qu'une seizième et dernière cautérisation détruit complétement.

Le 5 juin, depuis la chute de la dernière eschare, la femme M... a cessé absolument de souffrir, dans quelque position qu'elle place sa jambe ou son pied. Si la marche est encore difficile, pénible même; si le pied enfle encore quand on laisse pendre la jambe, il faut l'attribuer à la présence de la plaie, qui a certainement à son centre plus d'un centimètre de profondeur. Elle suppure abondamment, et l'on voit déjà s'y manifester quelques bourgeons charnus.

Le 10 juin, la femme M..., qui demeure rue Saint-Etienne-du-Mont, a pu venir chez moi à pied et faire ainsi deux kilomètres, non pas sans quelque peine sans doute, mais du moins sans aucune espèce de douleur *et en posant franchement le pied sur le sol, ce qu'elle n'avait pas fait depuis sept ans!*

Je dois maintenant relater ici ce que la malade m'a raconté, car ce n'est que depuis cet événement qu'elle éprouve le bien-être actuel et qu'elle s'est cru définitivement guérie.

Le 7, l'avant-veille par conséquent de sa visite chez moi, elle avait soulevé avec une longue aiguille un petit corps qui se trouvait au fond de la plaie et qu'elle considéra comme une eschare dont la présence empêchait la cicatrisation. Elle réussit à l'enlever sans grande douleur, puis l'ayant jeté dans son vase de nuit, elle le vit se précipiter au fond du liquide qu'il contenait avec une grande rapidité et y produire un léger choc qu'elle entendit fort bien : *ce petit corps était donc lourd et fort dur!* C'était lui que j'avais plusieurs fois touché dans mes cautérisations et qui offrait une teinte blanchâtre. Ce n'était certainement pas un corps étranger venu du dehors, ni un fragment d'os; ce ne pouvait donc être qu'un produit pathologique ou qu'une dégénérescence partielle du nerf, que l'avant-dernière cautérisation, *qui fut si douloureuse*, avait détaché du nerf.

Le 5 juillet, la femme M... est définitivement guérie. La cicatrice est presque linéaire, et on peut appuyer dessus sans exciter aucune douleur. La marche, difficile dans les premiers moments, est aussi libre sur le pied qui était malade que sur l'autre; il n'existe aucun gonflement, et la jambe n'enfle plus. Jamais le plus léger accident n'est venu démentir cette belle cure (15 août 1858).

L'énucléation d'un névrome, pratiquée par M. le docteur Quain, sur une femme de trente-deux ans, jettera quelque lumière sur la constitution pathologique du genre des tumeurs qui font l'objet de cette note, et comblera sans doute la lacune résultant de l'étourderie de la malade dont je viens de raconter l'histoire.

Ce névrome était situé à la partie postérieure de la cuisse, à deux pouces au-dessus du niveau de la rotule et au-dessous d'un des muscles jumeaux; mais les douleurs dont il était évidemment l'origine se manifestaient à la plante du pied. M. Quain ayant mis la tumeur à nu, reconnut qu'elle comprimait le nerf tibial postérieur immédiatement après sa séparation du grand sciatique, et qu'elle avait l'air d'en faire partie; mais ce n'était qu'en apparence, et il réussit à l'énucléer sans intéresser aucune des fibres nerveuses.

« La tumeur, qui ressemblait à une masse osseuse, avait le volume » et les dimensions d'une grosse noix, pesant 228 grains (gr. 11, 40), » et l'analyse chimique montra qu'elle se composait de phosphate et de » carbonate de chaux, avec une trace de sulfate de chaux. »

Les accidents qui suivirent l'opération furent insignifiants et la guérison solide, car M. Quain ayant revu la malade cinq ans après, la retrouva dans les meilleures conditions. (*Association medical Journal*, fév. 1855; et *Bull. génér. de Thérap.*, tome XLVIIIe (an. 1855, p. 427.)

Cette méthode de l'énucléation est tout à fait nouvelle; on la doit à M. Bonnet (de Lyon). Selon cet habile chirurgien, le névrome a pour point de départ le tissu cellulaire compris entre les filets nerveux, qui, écartés par ce même tissu considérablement tuméfié, s'épanouissaient tout autour de la tumeur sans éprouver d'autre altération. Partant de cette donnée, qui paraît exacte, le célèbre praticien de Lyon ayant eu à opérer un individu atteint d'un névrome du nerf poplité du volume apparent d'un œuf de poule, mais en réalité seulement du volume d'une grosse noix, en pratiqua patiemment la dissection et réussit à l'énucléer en laissant intacts tous les filets nerveux. « Au bout de dix-huit jours le malade put se lever et marcher; la guérison était complète et les fonctions du membre parfaitement conservées. » (*Bull. gén. de thérap.*, t. XXXVIIIe, an. 1850, p. 230).

Avant qu'on connût le procédé de M. Bonnet, qui me paraît d'une bien difficile application, et qui surtout semble devoir être fort douloureux, on se contentait de disséquer le névrome, puis on l'enlevait avec une portion du nerf malade, sans quoi la maladie était sujette à récidiver.

M. le docteur Michon a communiqué à la Société de chirurgie (séance du 18 avril 1849) l'observation d'une dame chez laquelle il avait enlevé, pour un névrome, une portion du nerf sciatique, et qui avait guéri sans accidents (1). Mais il paraît que les choses ne se passent pas toujours aussi bien, quand on coupe ainsi les nerfs. Il peut arriver alors (et il est arrivé assez souvent) qu'il se manifeste des gangrènes générales ou partielles dans les parties situées au-dessous du nerf réséqué. Ainsi, dans la séance du 15 décembre 1852 de la même Société, M. le docteur Richet a cité le fait de la ligature de l'artère crurale, dans laquelle on comprit le nerf saphène : « *Toutes les parties auxquelles ce nerf se distribuait tombèrent en gangrène.* » M. Robert a rappelé que, Dupuytren ayant aussi lié le nerf saphène avec l'artère, « il y eut une eschare gangréneuse au niveau de la malléole. » Mais ce même chirurgien a ajouté : « Que depuis il existe un assez » bon nombre de faits, dans lesquels on a enlevé, pour des né» vromes, des portions assez considérables de nerfs, sans qu'il » en soit résulté rien de fâcheux. »

Il est un autre accident qui me paraît devoir être la conséquence nécessaire de la résection d'un nerf un peu important, c'est l'insensibilité des parties auxquelles ce nerf se distribue. Ainsi M. le docteur Laforgues (de Toulouse), ayant enlevé avec une tumeur enkystée, qui s'était développée dans l'intérieur même du névrilème, une portion du nerf cubital, il en résulta une sensibilité et une paralysie incomplète des doigts, qu'on réussit cependant à guérir à l'aide des appareils de M. Duchenne (de Boulogne). — *Gaz. méd. de Toulouse*, janv. 1854. On lit un fait analogue dans la *Gaz. des Hôp.*, an. 1854, n° 91.

D'autres fois le membre, obéissant aux contractions des muscles toujours animés par les filets nerveux laissés intacts, prend une position vicieuse. A ces deux accidents consécutifs, on peut en ajouter un troisième, l'*atrophie du membre*.

Ce fut un cas de ce genre, mais bien plus malheureux, qui amena M. Bonnet à créer la méthode de l'énucléation.

Un instituteur, âgé de vingt-trois, portait à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras droit deux tumeurs non adhérentes et avec coloration normale de la peau. Elles causaient un léger engourdissement dans l'avant-bras et la main; mais la pression amenait un fourmillement douloureux dans les doigts, avec gêne dans leurs mouvements et diminution de la sensation tactile.

M. Bonnet ayant procédé à l'ablation de ces tumeurs, en découvrit deux autres. Le nerf médian les mettait toutes en communication; il fut coupé au-dessus et au-dessous. Cette section, qui produisit une douleur que le malade compara à une commotion violente ressentie dans le bras et dans la main, fut suivie de la perte de la sensibilité tactile des quatre premiers doigts.

A l'examen qu'on fit de ces tumeurs, on reconnut d'abord qu'elles étaient de nature squirrheuse, et qu'une d'elles, ramollie à son centre, offrait de la matière encéphaloïde. Mais on reconnut aussi que les fibrilles nerveuses étaient restées intactes, et que la tumeur, en se développant, les avait seulement écartées. C'est cette condition, fort curieuse, il faut le dire, qui donna à l'habile praticien de Lyon, pour les opérations suivantes, la pensée de chercher à énucléer la tumeur sans intéresser le nerf, qui, dans le cas actuel, était resté parfaitement sain.

Quant au malade dont il est maintenant question, un mois après l'opération il succomba, après avoir présenté des symptômes de résorption purulente. (*Journal de méd. de Lyon*, oct. 1842, et *Bull. gén. de thérap.*, t. XXIVe, ann. 1843, p. 155.)

Malgré les avantages incontestables sans doute de la méthode de M. Bonnet, elle n'en offre pas moins les dangers qui entourent toute opération pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant. Ainsi un chirurgien anglais, M. Bickerstach, faillit perdre son malade à la suite de l'application de cette méthode.

J'ai annoncé au début de cette note que j'avais eu deux fois l'occasion d'appliquer la cautérisation au traitement du névrome. Le second fait, sans avoir offert aucune circonstance fâcheuse, n'a point été aussi heureux que le premier : un peu par ma faute sans doute, mais beaucoup par celle d'un chirurgien consultant.

(1) A propos de cette même méthode, l'habile chirurgien de la Pitié a dit dans la même séance : « J'avais essayé la dissection de la tumeur avant de pratiquer la section du nerf, mais je fus obligé d'y renoncer, tant furent grandes les douleurs que ressentit la malade; ce fut au point que je craignis un instant qu'elle n'expirât entre mes mains. »

Dans ce second cas, la cautérisation a été suivie d'une rechute, parce qu'elle n'a point été assez largement appliquée : de même qu'on a souvent des exemples de rechutes de névromes après l'opération par le bistouri, quand on n'a pas enlevé un fragment assez considérable du nerf malade. Mais dans ce cas, comme dans le premier, la méthode n'a donné lieu qu'à une circonstance fâcheuse, la *douleur*, dont le chloroforme vous préserve. Mais l'anesthésie n'a-t-elle pas ses inconvénients, ses dangers même?

On le voit, les succès et les insuccès se balancent; si la cautérisation a contre elle la douleur, le bistouri a contre lui l'érysipèle, l'infection purulente, la gangrène, la paralysie plus ou moins complète, condition fâcheuse qui devrait aussi être la conséquence de la cautérisation. Mais celle-ci n'offre-t-elle donc pas des dangers qui lui seraient inhérents? Si je n'invoquais que ma propre expérience, qui commence à reposer sur des faits bien nombreux, je répondrais par la négative quand elle est rationnellement appliquée. Mais d'autres praticiens ne paraissent point avoir été aussi heureux que moi. Ainsi, M. le docteur Frère a communiqué à la Société de médecine pratique l'observation d'un cas de tétanos causé par un cautère. « Le malade avait fait » lui-même l'application d'une quantité trop considérable de » pierre à cautère sur le bras, d'où était résultée une vaste plaie, » qu'il avait imprudemment irritée par des mouvements étendus » et réitérés du membre supérieur. (*Rev. méd.*, 1836, tome II, p. 217, et *Compendium de chir. prat.*, t. I, p. 346.)

Dans ce cas, n'est-il pas permis d'attribuer le tétanos d'abord à l'application inconsidérée d'une trop grande quantité de caustique, mais ensuite autant aux mouvements désordonnés du malade qu'à l'action du cautère, qui sans doute n'avait atteint que superficiellement quelques filets du nerf musculo-cutané, car je doute qu'il y eût eu le moindre accident si la destruction du nerf avait été complète? « Comment ne point avoir cette opinion » quand on voit le cautère actuel et le cautère potentiel conseil» lés par les chirurgiens et employés avec succès pour le traite» ment des névralgies qui succèdent à la piqûre des nerfs? » (*Compendium de chirurg. prat.*, t. I, p. 188.)

Depuis que j'ai eu l'honneur de communiquer cette note à l'Académie des sciences, j'ai eu l'occasion d'appliquer, et avec le plus remarquable succès, la méthode de la cautérisation à l'ablation d'une *tumeur sous-cutanée douloureuse*. Je ne doute pas qu'on ne lise avec intérêt cette observation, que j'ai aussi communiquée à la même Compagnie (séance du 6 septembre), et qui terminera heureusement ce modeste travail.

Obs. II. — Je fus consulté, le 26 juin 1858, par le fils (âgé de dix-neuf ans) d'un de mes amis, pour une petite tumeur qu'il portait sur le bras gauche à la pointe du deltoïde. Il en faisait remonter l'origine à l'époque où il fut revacciné (11 mars 1855), en attribuant son développement à la piqûre vaccinale. Quand il s'aperçut de son existence, cette tumeur n'était d'abord grosse que comme un grain de millet; depuis ce moment, elle se développa lentement, pour acquérir le volume actuel, qui est à peu près celui d'un petit haricot; mais, en offrant une forme irrégulière et faisant sous la peau, où elle a conservé une assez grande mobilité, une saillie rugueuse, elle devient douloureuse dans certains mouvements du bras et quand on la presse. C'est évidemment une de ces tumeurs étudiées par Wood, et dont j'ai parlé au début de cette note. Je l'ai presque immédiatement attaquée (29 juin) à l'aide de la cautérisation linéaire appliquée parallèlement à son plus grand axe; cette cautérisation a paru peu douloureuse; il est vrai qu'elle n'avait pas une grande étendue.

Le 30, cette cautérisation paraît devoir suffire, car la petite tumeur a été atteinte dans toute son épaisseur, et elle a perdu en grande partie sa mobilité.

Le 15 juillet, ablation sans douleur, quoiqu'avec quelques légères tractions, qui n'eussent point été nécessaires si j'eusse attendu deux ou trois jours de plus, et qui m'ont prouvé combien cette petite tumeur avait déjà contracté de fortes adhérences avec les tissus voisins. De sorte que, si on avait eu recours au bistouri, il aurait fallu, indépendamment de l'incision de la peau, procéder à une véritable dissection de la tumeur, ce qui aurait duré un temps encore fort appréciable, et n'aurait pas laissé que d'être douloureux; car sans doute le chirurgien à qui cette mission eût été confiée n'aurait pas voulu faire courir à son opéré, pour une opération si peu importante en définitive, les chances défavorables de l'anesthésie; tandis que la cautérisation linéaire (*et une seule cautérisation*) a suffi pour diviser la peau, et en pénétrant sous elle détruire en même temps toutes les adhérences contractées par la tumeur. Après l'ablation, j'ai cautérisé avec le nitrate d'argent, cautérisation qui a été suivie d'un peu de suppuration, puis de la formation d'une croûte épaisse et très-sèche, sous laquelle s'est rapidement formée une cicatrice blanche et presque linéaire.

M. le docteur Charles Robin, dont l'obligeance égale la haute position scientifique qu'il a si honorablement conquise, a bien voulu accéder à ma prière, et analyser la portion de la tumeur que le caustique n'avait point atteinte. « Le microscope, a-t-il eu l'extrême bonté de m'écrire, ne montrait que des grains irréguliers dans le produit que vous m'avez envoyé; je l'ai analysé. Il est formé de carbonates de chaux et de magnésie, avec un peu de phosphate calcaire. C'est un genre d'altération qui se produit fréquemment dans les glandes sébacées de la peau. »

Je terminerai en faisant observer que la tumeur dont j'ai parlé à la suite de ma première observation offrait une composition fort analogue, quoique étant située plus profondément.

LA FIÈVRE JAUNE A LA NOUVELLE-ORLÉANS,

Par M. le docteur Alfred Mercier (de la Nouvelle-Orléans).

Avide de m'éclairer sur tout ce qui concerne la fièvre jaune, je

me fis un devoir, dès mon retour à la Nouvelle-Orléans, d'interroger mes confrères sur ce qu'ils en savaient. Je leur demandai d'abord ce qu'ils pensaient de la cause ou des causes de cette pyrexie. Les uns, en 1856, me démontraient que nous allions avoir une épidémie effroyable. Ils se fondaient sur ce que l'on avait récuré les grands fossés de la ville ainsi qu'un de ses canaux au printemps, et que les matières de toutes sortes qu'on en avait retirées allaient rester exposées sur leurs bords à l'action du soleil d'été. Or, il y eut très-peu de fièvre jaune en 1856; on n'en vit guère qu'à l'hôpital.

En 1857, selon d'autres, nous étions voués aux ravages d'une épidémie certaine, parce que de petits vents du nord avaient régné en juin. Mais ces mêmes vents avaient soufflé à la même époque l'année précédente, et d'une manière encore plus sensible. 1857 s'écoula, à peu de chose près, comme 1856.

Il y a des praticiens qui assimilent la fièvre jaune aux fièvres intermittentes pernicieuses, et lui appliquent le sulfate de quinine. Mais comment concilier cette opinion avec le fait suivant: pendant cette épouvantable épidémie de 1853, la plus meurtrière que la Nouvelle-Orléans ait jamais vue, une cinquantaine d'Irlandais continuèrent impunément leurs travaux de dessèchement au milieu des marais qui stagnent entre la ville et le lac Pontchartrain. Quelques-uns s'aventurèrent un jour dans les rues de la ville: ils y prirent la maladie; ceux-là seuls en furent atteints.

Une hypothèse toute voisine de la précédente rapporte la fièvre jaune à un miasme qui naîtrait des bords du Mississipi, lorsque de larges surfaces de terre, mises à nu par la retraite des eaux, subissent l'action d'un soleil brûlant. Cependant, en 1816, le fleuve en débordant couvrit presque tout le pays qui le sépare du lac Pontchartrain, et ne rentra dans son lit qu'au bout de six semaines. La saison fut des plus salubres.

En 1831, violente tempête qui refoule les eaux de la mer dans le lac Pontchartrain et transporte pour ainsi dire celui-ci sur tout l'espace compris entre lui et la ville. Des pluies abondantes et continuelles viennent grossir cette masse de liquide; bientôt une partie de la Nouvelle-Orléans même est submergée. Cette vaste nappe d'eau salée et d'eau douce, mélange si favorable, d'après ce qu'enseigne l'hygiène, au développement de gaz morbigènes, ne se retire qu'en partie; la plus grande partie est évaporée par l'ardeur du soleil, et laisse à découvert un immense champ de fange et de détritus de toutes sortes. Cela se passait au mois d'août, époque de prédilection pour la fièvre jaune: il n'y en eut pas un seul cas.

Enfin, n'ai-je pas entendu dire avec beaucoup de gravité en 1857 (car il faut exposer toutes les opinions), que cette année-là il y aurait épidémie, parce que c'était une année impaire?... Il faut remonter au temps de l'astrologie pour retrouver des raisons de cette force.

Un de nos anciens praticiens me disait il y a trois mois: — Je pense que nous aurons une épidémie cette année. — Sur quoi vous fondez-vous? lui demandai-je. — Mon Dieu, me répondit-il, sur ce que nous n'en avons pas eu depuis longtemps. — Si cet argument n'est pas des plus convaincants, c'est encore un des moins mauvais que j'aie entendus.

Une triste réalité est venue donner raison à cette manière de penser; car, au moment où je trace ces lignes, la fièvre jaune décime ces confiants Européens qui, emportés par l'irrésistible force de l'espérance, viennent rencontrer la mort là où ils comptaient trouver la fortune.

Au lieu de nous bercer de toutes ces vaines théories, ne vaut-il pas mieux convenir avec nous-mêmes que nous sommes dans une profonde ignorance sur ce qui concerne la cause ou les causes de la fièvre jaune, et entreprendre de nouvelles recherches? On a beaucoup dit que la misère et l'encombrement étaient très-favorables au développement de ce fléau. Il me semble, en effet, que si ces conditions ne sont pas indispensables à son éclosion, elles servent puissamment à son extension. On assure que les premiers cas qui se sont manifestés cette année se sont trouvés à bord d'un navire qui venait de la Trinité; on a dit aussi qu'en même temps la maladie s'était montrée sur d'autres navires dans une autre partie du port. Il est bien à regretter que le bureau de santé ne nous ait pas complétement satisfaits sur ce point. Quant au premier cas développé dans l'intérieur même de la ville, nous en connaissons d'autant mieux les détails, qu'il a pris naissance chez la belle-mère d'un de nos confrères.

Cette dame avait à son service une jeune Irlandaise établie depuis quatre mois seulement dans notre ville. Cette jeune fille n'avait pas quitté la maison depuis dix jours, lorsqu'un matin, à quatre heures, elle se réveilla avec les symptômes de cette cruelle affection. Elle avait été d'ailleurs placée dans les meilleures conditions hygiéniques, et la maison où elle servait se trouve située à peu près à quatre cents mètres du port. Elle vomit noir le quatrième jour, et le septième elle était emportée.

Si la fièvre jaune exerce ses ravages principalement dans les classes les moins aisées et là où il y a agglomération d'étrangers sur un étroit espace, il ne faut pas croire que le bien-être d'une position plus élevée mette qui que ce soit à l'abri de ses atteintes. L'espérer c'est se repaître d'une illusion qui peut coûter cher. La femme du consul de France nous en offrait hier un bien regrettable exemple. Confiante dans la force de son âge et de sa belle constitution, elle a cru qu'elle pouvait et qu'elle devait affronter à côté de son mari les périls d'une maladie qui, d'ailleurs, depuis son arrivée dans ce pays, n'avait régné que d'une manière sporadique. Elle ne reverra plus sa patrie.

Je me borne pour le moment à parler seulement de ce qui se passe sous mes yeux; je traite de la fièvre jaune telle qu'elle se montre à la Nouvelle-Orléans. Cette ville est le rendez-vous de tant d'Européens et surtout de tant de Français, que j'ai à cœur de transmettre à mes confrères transatlantiques des notions bien positives et bien nettes sur la manière dont cette grave maladie s'y comporte, afin qu'ils puissent au besoin donner d'utiles conseils aux émigrants. Que de malheureux eussent échappé à la mort, si seulement ils avaient su qu'on ne peut débarquer ici avec sécurité qu'après les premières gelées d'octobre ou de novembre, et qu'à partir de juin, et quelquefois même de mai, comme cela s'est vu en 1853, la ville est un tombeau qui s'ouvre pour recevoir l'étranger.

C'est une chose bien triste pour un homme de se voir mourir loin de son pays et de sa famille; mais le spectacle est mille fois plus navrant quand c'est un père qui a emmené sa femme et ses enfants avec lui, et qu'il se voit comme pris dans une embuscade d'où il ne peut sortir, soit parce qu'il est trop tard, soit parce qu'il n'a pas les fonds nécessaires à un déplacement. Chaque jour de petites boutiques montées récemment par des étrangers pleins de zèle et d'espérance, se ferment; tantôt c'est le père, tantôt c'est la mère qui a succombé. Quelquefois père, mère, enfants, toute la famille disparaît. Quand les enfants restent, ils sont recueillis par l'asile des Orphelins ou par la charité privée. Il faut le dire à la louange de la Nouvelle-Orléans, elle a le cœur très-large sous ce rapport; rien n'est plus commun que de rencontrer des familles où l'enfant dont la fièvre jaune a dévoré le père et la mère, grandit sous l'aile de parents adoptifs.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 septembre 1858. — Présidence de M. de Sénarmont.

Fièvre jaune. — M. le secrétaire perpétuel présente au nom de l'auteur, M. Guyon, un opuscule ayant pour titre: *Un mot sur la fièvre jaune de Lisbonne en 1857*, et donne lecture de la lettre d'envoi dont nous reproduisons le passage suivant, qui indique l'objet principal de cette publication.

« C'est, dit l'auteur, un historique de l'épidémie avec quelques considérations sur ses points de ressemblance et de dissemblance avec la fièvre jaune des tropiques, et une indication du mode de traitement qui lui a été généralement opposé par les médecins du pays. Je remets à plus tard ce qui a trait à son anatomie pathologique, ainsi qu'à la question de son origine. En attendant que nous abordions cette question, nous dirons par anticipation, que si, d'un côté, l'opinion de son origine locale ne peut être raisonnablement soutenue, d'un autre côté, celle de son origine étrangère ne saurait être démontrée d'une manière qui satisfasse tous les esprits. »

Mortalité du croup. — M. Bouchut lit un mémoire sur la mortalité du croup à domicile et dans les hôpitaux de Paris, de 1826 au 15 septembre 1858. (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Andral et Rayer.)

— M. Cramoisy commence la lecture d'un mémoire intitulé *Canules trouées pour bains internes*. (Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Andral et Jobert, de Lamballe.)

Ramollissement de la moelle épinière chez les pellagreux. — M. E. Billod communique à l'Académie un mémoire sur le ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière chez les aliénés pellagreux. Voici un extrait de ce travail:

Dix aliénés pellagreux étant morts dans mon service depuis la publication de mon mémoire sur une variété de pellagre propre aux aliénés et l'envoi de ma note à l'Académie des sciences (séance du 1er mars dernier) sur le ramollissement de la substance blanche de la moelle épinière chez les aliénés pellagreux, j'ai cru devoir adresser à l'Académie le relevé des autopsies qui ont été faites avec le plus grand soin par mes internes, et en ma présence. On verra que le résultat de ces autopsies est absolument confirmatif de celui sur lequel j'ai eu l'honneur d'appeler son attention dans la note précitée, et tend de plus en plus à démontrer que le ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière paraît être un fait constant chez les aliénés pellagreux qui meurent dans la période cachectique de leur affection.

J'ai dit que ce ramollissement était général ou partiel sur nos dix sujets: il a été général, bien que plus prononcé dans certains points, deux fois; — partiel, huit fois.

Dans toutes ces observations la consistance de la substance blanche cérébrale était aussi normale que possible. Dans sept cas, le ramollissement comprenait à la fois les faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle; deux fois il a paru borné aux faisceaux antérieurs, et une fois aux faisceaux postérieurs.

Aucun des sujets n'avait présenté de son vivant de symptômes de paralysie. Dans les dernières périodes de leur vie, leur faiblesse était telle, il est vrai, qu'ils ne pouvaient rester que couchés; mais nous nous sommes convaincu plusieurs fois que, nonobstant cette faiblesse, qui était générale et inhérente au progrès de la cachexie pellagreuse, aucun symptôme de paralysie spéciale n'était appréciable, car les malades pouvaient encore, pour certains besoins, rester quelques instants levés et debout.

Je me propose, pour m'éclairer plus complétement sur l'étude de la pellagre en général, d'aller observer de nouveau cette affection l'année prochaine, et à l'époque de ses exacerbations habituelles, dans les contrées où elle règne le plus endémiquement, à savoir, en Lombardie et dans plusieurs autres parties de l'Italie. (Commissaires: MM. Serres, Andral, Rayer.)

Circulation du sang. — M. Wanner adresse un mémoire ayant pour titre: *De la série des forces qui concourent à déterminer le phénomène de la circulation du sang.*

L'auteur, dans la lettre d'envoi, annonce cette note comme destinée à compléter la théorie de la circulation du sang qu'il a soumise, en 1856, au jugement de l'Académie. Aujourd'hui les conclusions auxquelles il arrive sont que « trois forces bien distinctes concourent à produire le phénomène:

1° Une force primitive inconnue qu'on rencontre dans l'œuf bien avant la formation du cœur;

2° L'action contractive du cœur sur le sang des artères;

3° Une compression générale qui agit en sens contraire sur le sang contenu dans les capillaires et dans les veines. (Renvoi à une commission composée de MM. Rayer et Cl. Bernard.)

Sur l'anesthésie qui naît de l'asphyxie. — M. Demarquay, au sujet du mémoire de M. Bouchut sur l'insensibilité de la peau qui survient à une période avancée du croup, adresse la lettre suivante:

Dans la dernière séance, M. Bouchut a appelé l'attention de l'Académie des sciences sur l'anesthésie qui se manifeste chez les enfants arrivés à la dernière période du croup. Je suis arrivé de mon côté à constater que les individus sur lesquels on pratique la trachéotomie dans le but de combattre une asphyxie imminente sont insensibles. Il y a dix ans, M. Auguste Duméril et moi avions déjà constaté ce fait, en étudiant à un certain point de vue l'action du chloroforme, de l'éther et de l'asphyxie. C'est seulement le 22 janvier de cette année, qu'en pratiquant la trachéotomie à une dame sur le point de succomber aux suites d'une maladie du larynx, que j'ai pu constater d'une manière non douteuse l'état anesthésique dans lequel se trouvait mon opérée. Le 30 mars dernier, j'ai pratiqué la même opération à un homme qui était en proie à une violente asphyxie, par suite d'un coup de feu qu'il s'était tiré dans la bouche: l'anesthésie fut évidente pour tout le monde. Enfin, j'ai dû pratiquer à un jeune médecin, au mois d'avril dernier, la trachéotomie pour remédier aux accidents causés par une maladie grave du larynx: je prévins mon malheureux confrère de l'état d'insensibilité dans lequel il était, et il me déclara après l'opération, supportée par lui avec un grand calme, qu'il n'avait point souffert. Ces faits intéressants se sont passés dans le service de M. Monod à la Maison municipale de santé, devant les médecins et les élèves qui fréquentent cet établissement. Ils ont été communiqués à la Société médicale du deuxième arrondissement aux mois de mai et de juin derniers, et à la Société de chirurgie à la fin de juin et de juillet de cette année. J'insiste sur ces dates bien moins en vue d'établir des droits de priorité à la découverte d'un phénomène, d'ailleurs important, et qui doit rendre le médecin plus confiant quand il est appelé à pratiquer la trachéotomie, que pour montrer que depuis longtemps je m'occupe du sujet sur lequel M. le docteur Bouchut a appelé l'attention de l'Académie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Binet, né à Lyon (Rhône); *De l'isolement nosocomial et des moyens moraux qui complètent son action thérapeutique dans le traitement de la folie.*

Chancerel, né à Pontgonin (Eure-et-Loir); *Soins hygiéniques à donner à l'enfant depuis sa naissance jusqu'au sevrage.*

Boutatis, né à Janina (Grèce); *Des signes de la grossesse utérine simple.*

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le directeur du Val-de-Grâce la lettre suivante, que nous nous empressons de publier.

Monsieur le rédacteur,

J'étais absent de Paris quand la *Gazette des Hôpitaux* a publié, au sujet de M. Tholozan, une petite note tendant à mettre en doute la réalité de son engagement avec le gouvernement persan. Permettez-moi d'ajouter un éclaircissement à la rectification que vous avez faite spontanément de cette note. La convention qui a enlevé M. Tholozan au Val-de-Grâce pour le mettre à la disposition de S. M. le Schah, a été conclue entre S. Ex. l'ambassadeur de Perse et M. le ministre des affaires étrangères de France, avec l'assentiment préalable de M. le ministre de la guerre, maréchal Vaillant, qui a bien voulu placer M. Tholozan hors cadre et lui conserver par cette mesure son grade dans la médecine militaire française. Vous le voyez, rien de plus sérieux que l'engagement de M. Tholozan, et si des difficultés ont surgi, qui probablement n'existent déjà plus, j'ai des raisons de croire qu'elles sont de nature à faire ressortir l'importance de la mission de notre ancien collègue.

Agréez, etc.

Le directeur de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire: Michel Lévy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Leprestre, chirurgien en chef des hospices de Caen, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— On lit dans la *Gazette du Midi*:

« Les dernières nouvelles de Bengazi, reçues par la voie de Malte, portent qu'à la date du 3 septembre les cas de peste étaient rares et isolés, que ceux des habitants qui avaient échappé au fléau retournaient à leurs travaux ordinaires, et que les affaires reprenaient leur cours.

On parlait de quelques cas de peste survenus dans l'intérieur de la régence.

Ainsi le mal, épuisé par sa violence même dans son principal foyer, se propage au dehors par les fugitifs. Puisse la fin de ces chaleurs ne pas lui donner une activité redoutable! »

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 118. — JEUDI 7 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 118. — JEUDI 7 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 OCTOBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une lecture de M. Trudeau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et une présentation de M. le professeur Jules Roux (de Toulon), ont fait tous les frais de la séance.

La lecture de M. Trudeau a pour sujet la gangrène spontanée et les indications chirurgicales qui se présentent dans les cas de sphacèle des membres. C'est une étude sérieuse et très-bien faite, autant qu'il nous a été possible d'en juger à une simple audition, d'une des questions qui ont le plus occupé depuis quelques années l'attention des pathologistes. Nous ne pouvons donner aujourd'hui que les conclusions de ce mémoire ; mais nous espérons pouvoir revenir bientôt sur le sujet dont il traite, l'auteur s'étant engagé à présenter prochainement un travail complémentaire dans lequel il se propose d'examiner les indications et les contre-indications de l'amputation pour chaque espèce de gangrène.

M. Jules Roux a présenté deux appareils, un appareil à fractures et un compresseur. L'utilité d'un nouvel appareil de fracture est-elle bien démontrée ? « Je préfère de beaucoup, disait tout récemment M. Velpeau, les bandages inamovibles dextrinés aux appareils mécaniques, souvent si compliqués, et dont on s'évertue à multiplier bien à tort les variétés déjà trop nombreuses. » (*Leçon clinique,* voir le numéro du 13 août dernier.) — Cette opinion de M. Velpeau est celle de beaucoup de chirurgiens aujourd'hui, nous pourrions même dire de la plupart, qui s'évertuent beaucoup plus à simplifier les appareils existants qu'à en inventer de nouveaux. Telle n'est pas l'opinion de M. J. Roux, qui ne voit dans la richesse apparente de nos moyens de déligation que le signe d'une pauvreté réelle. Nul appareil connu ne remplit, à ses yeux, toutes les indications que réclame le traitement des fractures. Celui qu'il a imaginé a pour objet de les remplir toutes. Il tient à la fois de tous les genres d'appareils connus: des appareils à attelles, à extension continue ; des appareils inamovibles, hyponarthéciques, etc. Il est édifié principalement dans l'intention d'imiter les doigts du chirurgien ou d'en reproduire l'action. A cet effet, M. Roux a pris les éléments des divers appareils connus qu'il a disposés différemment, et il y a ajouté un élément nouveau (nouveau du moins, en se reportant à l'époque où il en a entretenu pour la première fois le public) ; cet élément nouveau est la *cheville-doigt*, qui en constitue le caractère original : d'où le nom d'*appareil polydactyle* qui lui a été imposé.

L'appareil polydactyle n'est pas seulement destiné au traitement des fractures. A l'aide de certaines modifications, il sert de point d'appui à un compresseur élastique et gradué, susceptible d'être appliqué à tous les cas qui nécessitent la compression, et en particulier au traitement des anévrysmes. M. J. Roux a cherché à réunir dans cet appareil compresseur les avantages du système de compression de M. Broca et ceux de la compression digitale, en évitant les dangers ou les difficultés que l'expérience a permis de reconnaître dans chacune de ces manières d'agir.

Cet appareil complexe et à effets multiples, est extrêmement ingénieux. C'est ce que personne assurément ne contestera. Son utilité est-elle aussi évidente, et rendra-t-il à la pratique tous les services qu'en attend son inventeur ? S'il n'eût fallu pour le prouver que le talent d'exposition, la diction claire, précise, élégante, et l'accent de conviction que M. Jules Roux, grâce aux objections de M. Robert, a mis au service de son œuvre, la démonstration serait complète ; mais il est un argument plus puissant que tous ceux qu'a fait valoir l'habile et savant chirurgien de Toulon, c'est l'expérience clinique. L'expérience reste à faire. Nous ne pouvons donc que joindre notre voix à celle de M. Roux, pour appeler l'attention des chirurgiens sur l'objet de son intéressante communication, et les engager à expérimenter. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

De l'onyxis. — De l'ongle rentré dans les chairs.

Vous avez pu voir dans nos salles un groupe de malades atteints de certaines affections ayant pour siége l'ongle des doigts. Cette variété de faits que le hasard a rassemblés sous nos yeux, est digne à tous égards de nous intéresser par sa diversité ellemême, et par les enseignements pratiques qu'elle renferme.

Astruc, un des premiers, a donné une bonne description de ces maladies, qu'il désignait sous le nom d'*onglade*. Ce mot a été tour à tour remplacé par celui d'*ongle rentré dans les chairs* que lui donna Desault, celui d'*ongle incarné* prôné par Monteggia. Dans la première moitié de ce siècle, ces expressions ont été confondues et remplacées par le mot *onyxis*, résumant à lui seul toutes ces variétés morbides.

C'est à tort que l'on confond ainsi des états qui, bien qu'ayant certaines analogies, méritent néanmoins une description spéciale et des titres différents. C'est parce qu'il y a là une importante question de causalité que je vais entrer dans quelques détails indispensables.

Onyxis, ongle rentré dans les chairs, voilà deux mots auxquels nous attachons une signification bien différente, et qui expriment très-bien les altérations dont il s'agit.

L'onyxis est l'inflammation de la matrice de l'ongle.

L'ongle rentré dans les chairs est cette infirmité dans laquelle l'ongle pénètre dans les parties molles environnantes.

Je sais qu'il y a certaines relations, certaines analogies qui militeraient d'une manière spécieuse, il est vrai, contre notre manière de voir ; mais les développements qui vont suivre suffiront, j'espère, pour faire cesser toute incertitude à cet égard.

Si vous assistez à la première période de l'onyxis, vous verrez qu'il débute toujours par la matrice de l'ongle.

En effet, une douleur vive, profonde, siégeant devant la lunule se fait sentir tout d'un coup, et s'évanouit aussitôt pour reparaître ensuite à des intervalles irréguliers. Ces douleurs se rapprochent peu à peu, et finissent par devenir permanentes. Alors, à la racine, on voit des points rouges qui se multiplient sur le relief unguéal pour donner naissance à une tuméfaction uniforme qu'on peut comparer à un encadrement. Quelquefois la rougeur apparaît sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du membre; les souffrances sont très-vives; la station et la marche sont absolument impossibles, et la fièvre elle-même se déclare. Mais dans beaucoup de cas, cependant, l'affection a une marche lente, chronique, qui dénote l'existence d'une cause générale invétérée dans l'organisme.

Bientôt ces signes de phlogose se modifient successivement : la chaleur s'éteint, la tuméfaction change d'aspect, la douleur diminue ; seulement, si vous pressez sur l'extrémité de l'ongle, vous provoquerez une souffrance si vive que ce seul signe vous fera diagnostiquer un onyxis. La rougeur disparaît peu à peu, surtout au centre, pour être remplacée par une couleur jaunâtre, puis verdâtre, qui indique que l'inflammation a parcouru toutes ses phases, et qu'elle est arrivée à la période de suppuration. Dès lors l'ongle est décollé en partie ou en totalité ; au-dessous de lui, on trouve du pus et quelquefois des couches pseudo-membraneuses.

Mais toutes les périodes du mal ne sont pas toujours aussi nettement accusées ; l'affection est détournée de sa marche ordinaire, et présente des transformations qui doivent éveiller quelques soupçons et diriger vos investigations vers la recherche des causes du mal. C'est dans ce cas qu'on a fait jouer à la syphilis, à la scrofule, un rôle qu'il n'est pas permis de méconnaître. Que de malades, en effet, soignés inutilement pendant un temps très-long, et qui ont dû leur guérison à des traitements spécifiques ! Vous pouvez en voir la preuve chez un de nos malades qui présente un onyxis syphilitique à un des doigts de la main.

FEUILLETON.

Le Congrès scientifique de France à Auxerre.

En arrivant à Auxerre par la station du chemin de fer, on voit l'Yonne, attardée par les caresses d'une île charmante, ralentir son cours, faire tourner des moulins de l'aspect le plus pittoresque, baigner le pied d'une abrupte colline, et du haut de cette colline se précipiter en désordre vers un port commode et un frais boulevard, des colonnes de maisons commandées au centre par la cathédrale Saint-Étienne ; à l'arrière-garde, par la *gaillarde* tour de l'Horloge ; à l'aile gauche, par l'Hôtel-Dieu ; à l'aile droite, par l'église Saint-Pierre, qu'un pont dix-neuf fois séculaire invite à passer au faubourg Saint-Gervais. Entourez par la pensée ce site agréable de riches coteaux de vignes, et vous aurez la clef de l'orgueil des autochthones qui s'en vont sans cesse répétant, sur la foi de Fagon, cet ambitieux refrain d'une vieille chanson : « Auxerre est la boisson des rois. »

L'hygiène aurait peu de chose à reprendre dans les conditions topiques de la capitale de la basse Bourgogne, si d'horribles pavés, *en têtes de chats*, portant encore la date de la translation de la ville gallo-romaine sur l'emplacement de la cité du moyen âge, n'y transformaient les *œils de perdrix* en une infirmité endémique.

Les âpres *Autissiodoriens*, compatriotes de l'historien Lebœuf, du romancier Rétif de la Bretonne, du savant Fourrier, etc., etc., n'ont jamais passé pour des *montagnards écossais*... à l'endroit de l'hospitalité. Jeanne d'Arc s'en plaignit amèrement, tant en son nom qu'au nom de son gentil Dauphin ; et moi, je sais ce qu'en pensent aujourd'hui mes collègues les congressistes.

Gardon-nous toutefois de confondre les administrateurs avec la tourbe des administrés. L'autorité d'Auxerre, toujours gracieuse, fut pour nous bienveillante, hospitalière, pleine de délicates attentions: elle nous a fourni tous les moyens d'investigation, prodigué tous les genres d'agrément, toutes les fêtes qu'il était en son pouvoir de nous offrir : des expositions de choses vieilles et nouvelles, de peinture, d'agriculture, d'horticulture, de viticulture, des promenades aux flambeaux, un festival, une féerique *retraite illuminée*, une illumination splendide et un magnifique feu d'artifice ont été organisés par ses soins pour nous faire honneur, et de façon à ne rien laisser à désirer à ceux qui étaient venus pour la distraction, le plaisir et le bruit.

Moins bien inspirés ont été les médecins de la localité ; le plus grand nombre d'entre eux n'a peut-être compris ni les tendances ni le but des congrès, destinés à réveiller le mouvement intellectuel dans les provinces et à mettre en rapport les pionniers de la science, charmés de se rencontrer, de se connaître, de s'estimer, de se créer pour l'avenir de nouveaux rapports de bonne confraternité.

C'est dans la grande salle du palais de justice, reste du vieux manoir des comtes d'Auxerre, assis lui-même sur les ruines d'un *castrum romanum,* que le congrès s'est constitué, sous la direction d'un bureau composé des plus hautes autorités du diocèse de Sens, du département de l'Yonne et de la cité, auxquelles on avait adjoint d'autres notabilités scientifiques.

Dans une enceinte si pleine de souvenirs de différents âges, il y avait bien des échos à éveiller ; je n'ai ni la volonté ni le loisir de vous énumérer toutes les tentatives faites à cette dernière intention. Seulement, — je tiens à vous le dire, — le hasard a voulu que les honneurs de la première séance générale fussent pour l'abbé Baruffi, savant Piémontais, aimé, estimé, recherché par tous les congressistes. Le professeur de Turin a prononcé en faveur de la grande œuvre de M. F. de Lesseps un remarquable discours accueilli par les applaudissements chaleureux de l'assemblée et suivi d'un vote unanime pour l'entreprise du canal de Suez. L'épreuve du second jour n'a pas été moins heureuse pour notre confrère M. le docteur Duché, qui a eu le talent d'intéresser et d'émouvoir ses nombreux auditeurs, en leur racontant la vie et les travaux du naturaliste Robinau-Desvoidy. Pourquoi faut-il, hélas ! que les choses d'ici-bas se succèdent et ne se ressemblent pas ? Pourquoi la dernière séance générale a-t-elle été attristée par un *fiasco* complet, dont la pruderie intempestive à l'endroit des fistules vésico-vaginales, et les idées attardées du Nestor de la médecine parisienne ont fait tous les frais... ?

La section de médecine, relativement nombreuse, présidée par l'octogénaire docteur Bally, était établie dans la grande salle de l'hôtel de ville. Pour être arrivé trop tard, notre honorable confrère M. le docteur Bonnafont n'a pas été appelé au bureau, où, par le plus impardonnable des oublis, on n'avait pas fait monter M. le docteur Riboli (de Turin). C'est ici que l'on a remué des questions ! Dans la première, on demandait : « Quels sont les meilleurs moyens de prévenir l'aliénation mentale ? » — Tout homme qui suit ou qui viole sa loi physiologique se perfectionne ou se dégrade, ont répondu dogmatiquement les spécialistes de l'endroit. — Précisons un peu mieux les choses, reprend un criminaliste poitevin ; les causes de la dégénérescence physique et morale résident dans la tendance des familles qui cherchent à dévelop-

Dans ces cas, que vous rencontrerez assez souvent, le bourrelet unguéal est tour à tour couvert d'ulcérations ou de végétations d'un aspect gris violacé, humectées par une sanie putride. L'ongle se ramollit très-vite, tombe en morceaux, et n'est remplacé que par une production cornée informe, irrégulière. Quelquefois, et j'en ai vu des exemples, la matrice est altérée et même détruite; les parties voisines sont attaquées, et les os eux-mêmes n'échappent pas à ce travail désorganisateur.

Ces désordres sont peu communs cependant, et ils n'arrivent que lorsque le mal est la manifestation d'un état morbide général.

Nous reviendrons bientôt sur quelques autres points intéressants de cette question chirurgicale; mais avant laissez-moi vous dire deux mots sur l'*ongle rentré dans les chairs*, expression que je préfère à celle d'*ongle incarné*, qui ne rend pas exactement l'idée qu'on veut exprimer.

Ce mal n'est pas, comme l'onyxis, sous l'influence de causes à la fois locales et générales; il est dû à des causes mécaniques extérieures auxquelles l'économie est totalement étrangère. Les chaussures trop étroites, les inégalités de l'ongle, la mauvaise conformation des orteils, l'habitude de couper les ongles trop courts et circulairement, et bien d'autres causes qu'il est inutile de citer, en favorisent le développement.

On comprend, en effet, qu'une compression, de quelque nature qu'elle soit, tend à enfermer l'ongle dans les bords qui l'entourent. Dès lors cet ongle agit comme un corps étranger, et peut donner lieu aux accidents, aux désordres dont nous avons parlé. Vous constaterez, en effet, de la douleur, du gonflement, de la rougeur, un suintement séro-sanguinolent, une gêne excessive dans la marche, etc. Mais gardez-vous de confondre les deux états, sous peine de commettre de graves erreurs.

Dans l'onyxis, l'inflammation commence toujours à la matrice de l'ongle; l'ongle est en général altéré et les parties environnantes sont graduellement atteintes. Dans l'*ongle rentré dans les chairs*, l'ongle est intact, ne change pas de couleur, et la lésion des parties molles commence toujours au point où se fait la pénétration.

Dans le premier cas, l'ongle ramolli est ébranlé, se détache en partie ou en totalité, et l'inflammation, ainsi que nous l'avons dit, se termine par suppuration. De plus l'onyxis peut avoir son siége aux ongles des mains et des pieds.

Dans le second cas, l'ongle ne tombe point, l'irritation est toujours uniforme, et cette infirmité ne se rencontre qu'aux pieds et spécialement à la partie interne du gros orteil.

Le traitement est tout entier fondé sur cette distinction. C'est ce qu'il nous reste à établir.

Supposons que vous ayez à combattre un onyxis. Si le mal est à sa première période, vous pourrez quelquefois le faire avorter par l'emploi des antiphlogistiques et le *repos*. Ne comptez pas beaucoup cependant sur ces succès, ils sont très-rares, et le plus souvent, quoi que vous fassiez, l'inflammation parcourra ses phases et le pus apparaîtra. Alors la chute de l'ongle est inévitable; c'est un corps étranger dont la nature veut se débarrasser, et que vous devez enlever si vous voulez la seconder.

C'est surtout ici qu'il importe de tenir compte de l'influence des causes. Dans les cas ordinaires, des lotions émollientes, puis astringentes, et quelques légères cautérisations, seront d'un grand secours; n'oubliez pas en même temps de faire observer le repos au malade, et d'exiger de lui de grands soins de propreté.

Mais si l'organisme est sous l'influence d'une diathèse reconnue, attaquez-la aussitôt par les moyens spéciaux, si vous ne voulez voir le mal se perpétuer indéfiniment; dans ce cas je recommande des cautérisations plus énergiques. — L'iodure de potassium, l'iodure d'amidon et le fer rouge, m'ont rendu de grands services.

Si vous êtes en présence d'un ongle rentré dans les chairs, votre thérapeutique ne doit plus être la même; il y a dans ce cas des indications bien précises.

Consulté au début, vous pouvez vous opposer à l'établissement de cette difformité. On a conseillé à cet égard deux méthodes : l'amincissement de l'ongle et le redressement.

Dans la première méthode, on se propose de rendre les bords de l'ongle plus faibles, pour amoindrir le degré de pression qu'il exerce contre les parties voisines. On recommande aussi de gratter l'ongle à son milieu et longitudinalement, de manière à l'amincir peu à peu; les deux moitiés se séparent, pour passer l'une sur l'autre, et diminuent ainsi la pénétration des bords dans les chairs qui les avoisinent.

On a sans doute guéri par ces moyens, mais j'y ai depuis longtemps renoncé, parce que je les ai vus souvent échouer et provoquer de vives douleurs. Aussi je leur préfère le redressement, dont l'utilité n'est pas contestée.

Ce procédé consiste à placer un corps étranger au-dessous de l'ongle pour le tenir soulevé. Fabrice, Guy de Chauliac, Desault, Richerand, mon illustre maître, l'ont tour à tour employé avec succès en usant, suivant les circonstances, de corps étrangers divers; les plus usités sont l'éponge simple ou préparée, un morceau de bois, du fer-blanc, du linge, et enfin de la charpie, que je préfère aux précédents, parce qu'avec elle on peut augmenter insensiblement le redressement sans provoquer de vives douleurs.

Mais vous ne serez pas toujours appelés à traiter des cas aussi simples; lorsque la difformité sera beaucoup plus prononcée, les moyens que je viens d'indiquer échoueront, et le malade ne pourra guérir qu'après leur opération chirurgicale.

Depuis Ambroise Paré, Fabrice, Paul d'Égine, jusqu'à nos jours, cette question de thérapeutique chirurgicale a toujours assez vivement occupé les praticiens. Ne vous étonnez pas de mon insistance sur ce point; car il est triste à la fois et désespérant de voir très-souvent des malades exposés à des récidives indéfinies, et condamnés par suite à de nouvelles opérations.

Ces opérations, si diverses dans leurs formes, dans leurs procédés, peuvent être rangées sous trois chefs principaux. Dans la première catégorie nous classerons celles qui ont pour but de provoquer une perte de substance aux alentours de l'ongle. Lisfranc et Brachet, de Lyon, ont bien souvent employé ce moyen, qui, dans les mains de ces habiles chirurgiens, n'était pas toujours suivi de succès.

L'ongle était dégagé des bords qui l'emprisonnaient par l'ablation des tissus; mais il fallait toujours le soulever par un corps étranger intermédiaire et réprimer sans cesse les parties molles qui augmentaient de volume. On employait à cet effet les cautérisations avec le nitrate d'argent. Quelquefois, à la suite de ces manœuvres, il s'établissait une suppuration assez abondante pour inspirer quelques craintes. Je sais qu'on a réussi par ce procédé, mais je le trouve trop douloureux, trop long, et surtout trop incertain. Je ne signale pas les modifications qu'on lui a fait subir, et les nombreux moyens destinés à la fois à soulever l'ongle et à déprimer les chairs, cela nous entraînerait trop loin.

Je n'admets l'avulsion totale de l'ongle que lorsqu'il est totalement altéré, et qu'il est devenu un corps étranger dont il faut se débarrasser à tout prix. Vous observerez de ces cas, mais les plus communs sont ceux où l'avulsion partielle suffit.

Pour atteindre ce dernier but, il a été proposé plusieurs procédés opératoires.

Guillemeau, Fabrice d'Aquapendente, coupaient la portion d'ongle rentré dans les chairs qu'ils isolaient préalablement. Le résultat de cette manœuvre n'était que temporaire; l'infirmité reparaissait au bout d'un certain temps, et l'on était toujours obligé de recommencer l'opération. On a employé très-longtemps cette méthode, qui ne fut délaissée partiellement pourtant qu'après la publication du procédé de Dupuytren. Voici ce procédé :

Avec des ciseaux droits, dont il faisait pénétrer une branche sous l'ongle, Dupuytren divisait ce dernier en deux parties à peu près égales; puis après, avec de fortes pinces, il saisissait la moitié nuisible et l'arrachait rapidement. Cette manœuvre, qui fut un progrès, fut employée longtemps avec succès, mais cependant on s'aperçut que les récidives n'étaient pas rares.

Dès lors quelques chirurgiens songèrent à apporter des modifications à cette méthode; je ne m'y arrêterai pas plus longtemps.

J'arrive au procédé que j'ai adopté, et que je mets en pratique depuis bien longtemps déjà.

Voici les deux buts que je me propose :

1° Retirer la portion d'ongle qui entre dans les chairs;

2° Empêcher la réapparition de l'infirmité.

A cet effet, un aide tenant solidement le pied, j'introduis une branche de ciseaux sous l'ongle à son milieu et jusqu'à sa racine; je fends l'ongle en deux portions; avec de fortes pinces je saisis la moitié de l'ongle dont le bord rentre dans les chairs, et je l'enlève rapidement. Puis après, et ceci est très-important, je cautérise la surface dénudée avec un petit fer rougi à blanc.

Le malade est alors condamné au repos le plus absolu; quelques compresses d'eau froide sont appliquées sur le doigt, que l'on panse avec du cérat et de la charpie, seulement au bout de deux ou trois jours.

Cette opération est très-brève et fort peu douloureuse; c'est pour cela que j'emploie très-rarement le chloroforme ou la glace pilée, dont l'application est à peu près inutile. A. BARDE.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Sur la mortalité du croup à domicile et dans les hôpitaux de Paris, de 1826 au 15 septembre 1858.

La statistique est le seul instrument que nous ayons en notre pouvoir, soit pour apprécier les progrès de l'hygiène publique et l'amélioration du bien-être des peuples, soit pour juger des bons effets d'une méthode thérapeutique contre telle ou telle espèce de maladie. D'un emploi difficile, elle donne quelquefois lieu à bien de graves erreurs, lorsque l'on compare ensemble des unités de nature différente qui ne peuvent être additionnées et que l'on établit prématurément des moyennes sur des éléments trop restreints ou impossibles à comparer. Il n'en est pas de même lorsque, sur une longue période d'années, on ne lui demande que des résultats simples et absolus, nécessaires pour dresser un tableau de mortalité par âge, par sexe ou par maladie. A cet égard, la statistique officielle de la mortalité du croup à domicile et dans les hôpitaux de Paris, est une des plus faciles que l'on puisse établir, et elle ne saurait induire en erreur; car il s'agit de la constatation d'un fait de l'ordre matériel. Le croup, assez grave pour amener la mort, est toujours reconnu par les médecins, et les bulletins de décès peuvent bien déguiser quelques cas de mort sous les noms de diphthérie, d'angine couenneuse ou de pneumonie, ce qui forme des erreurs en moins; mais là où le décès est rapporté au croup, il n'y a pas lieu de croire qu'une erreur ait été commise. Conséquemment, le chiffre officiel des décès par le croup, à Paris, est plutôt au-dessous qu'au-dessus de la réalité. Il en résulte que si l'on rassemble pour une période de trente-deux ans le nombre des décès annuels occasionnés par cette maladie, et qu'on le divise par le chiffre annuel correspondant de la population, on a d'une façon précise :

1° Le nombre des décès de croup par an;

2° Le nombre de ces décès proportionnellement à la population.

Cette étude, pour une aussi longue période, conduit à des résultats aussi importants qu'inattendus, et tandis que la mortalité générale a diminué, nous allons voir la mortalité spéciale du

---

per avant tout, prématurément, les facultés intellectuelles des enfants. — Ce n'est pas cela, dit un autre; supprimez l'éducation des colléges, et hâtez-vous de la remettre aux parents. — Remontez plus haut encore, ajoute M. Riboli; portez toute votre attention sur la première éducation, sur l'instruction primitive; façonnez les facultés de l'enfance, de la jeunesse, etc., harmoniquement, symétriquement, positivement, et vous aurez des têtes fortes, des têtes mathématiques, difficilement accessibles à la colère, aux exagérations par hallucinations, par fanatisme, et par conséquent aux exaltations mentales de toute forme. Entre autres détails intéressants, il adresse aux nourrices, aux mères de famille le conseil suivant : « Craignez de prodiguer trop de caresses à vos enfants, si vous ne voulez les voir succomber au développement prématuré, à la surexcitation du cervelet. »

Voici quelle était la seconde question : « Du degré d'application de l'électricité d'induction, ou faradisation, à la médecine. » Etudiée par un seul des membres présents, elle a donné lieu à une simple causerie d'où rien n'est sorti, sinon la certitude que tout le monde, à peu près, ignorait les services rendus à la chirurgie par les beaux travaux de M. Duchenne (de Boulogne).

Les trois dernières questions relatives à la médecine ont été résumées dans un lumineux mémoire par M. le docteur Duché, sous ce titre : *La fièvre typhoïde est-elle plus grave chez les individus vaccinés que chez les non-vaccinés?* — Voilà la section de médecine divisée en deux camps, la vaccine vigoureusement attaquée et assez mal défendue, pour que l'un des praticiens et vaccinateurs les plus autorisés de l'Yonne, M. le docteur Paradis, après s'être bravement jeté dans la mêlée qui dura deux jours, vînt pour en finir formuler cette équitable proposition : « *La section de médecine émet le vœu que le gouvernement laisse aux familles la liberté de faire ou de ne pas faire vacciner leurs enfants.* »

Les choses en étaient restées là quand d'imprudents amis de la vaccine vinrent le *lendemain* de la discussion imposer au procès-verbal de la *veille* l'obligation d'ajouter qu'ils n'étaient pas suffisamment éclairés. A qui faut-il s'en prendre si le succès de cette manœuvre, obtenu malgré les protestations d'un sage ennemi, fut une déception pour ses auteurs?

Après la médecine pratique, la médecine professionnelle. Un vieux médecin bas-bourguignon, dans un mémoire plein de verdeur, est venu protester contre l'établissement, au moins inutile, des médecins cantonaux dans l'Yonne. Mais avoir démontré que l'assistance publique a toujours existé de fait, pour l'honneur de la profession médicale, il a fait toucher du doigt le préjudice porté aux élans de la charité du cœur, dans les campagnes, par la froide aridité de la charité légale. Et tout le monde d'applaudir! Il n'y a pas eu moins de battements de mains en l'honneur du professeur Borelli, de Turin, quand un membre de la section est venu exposer le procédé de ligature appliqué au staphylome de la cornée transparente, et ajouter de nouvelles observations aux heureuses opérations déjà connues en France.

Une autre question chirurgicale a découvert une plaie du département, la mortalité considérable des hernieux. L'abus d'un taxis forcé et trop prolongé, auquel on soumet généralement les patients, multiplie d'une manière fâcheuse, au dire malheureusement trop vrai des chirurgiens d'Auxerre, les chances aléatoires de la kélotomie, quand on pense à y avoir recours. Il a suffi qu'un pareil ordre de chose fût exposé à la section pour qu'elle le flétrît d'un blâme unanime.

Un mot encore, avant de finir, sur les établissements d'Auxerre qui appellent le contrôle de notre profession. Dans le pénitencier, bâtiment fort remarquable sous tous les rapports, on emploie le système mixte, après avoir fait une expérience malheureuse du système américain. Voici à quelle occasion. Lors de la translation des condamnés du bâtiment ancien au nouveau, les détenus, après deux heures environ d'un silence de mort, se livrèrent à un tel état d'exaspération, que les autorités qui veillaient se crurent obligées d'ouvrir momentanément les cellules et d'accorder le travail et la récréation en commun, pour ne pas transformer leurs prisonniers en aliénés de la pire espèce. L'asile départemental, dirigé par un aliéniste d'un mérite réel, est digne en tous points de sa réputation européenne : c'est du moins l'impression qui est restée dans l'esprit de tous les congressistes, que M. le préfet du département a bien voulu lui-même diriger à travers le dédale des divisions de l'établissement. Je voudrais n'avoir que des éloges à donner à l'hôtel-Dieu, si admirablement situé, et dont deux aimables chefs de service, sur trois, nous ont fait les honneurs avec bonnes grâces... Mais on ne saurait toujours louer sans se faire à la fin taxer de monotonie. E. A. ANCELON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Gayet, né à Saint-Genis-Laval (Rhône); *Nouvelles recherches expérimentales sur la cicatrisation des artères après leur ligature.*

Camparan, né à Saint-Gaudens (Haute-Garonne); *Étude chimique et thérapeutique sur les eaux thermo-minérales d'Encausse* (arrondissement de Saint-Gaudens).

Tinel, né à Rouen (Seine-Inférieure); *De la dysménorrhée et des troubles qui s'y rattachent, observée à Rouen.*

Laffite, né à Laurat (Ariége); *Considérations sur les phénomènes critiques observés dans le cours de la folie.*

croup augmenter d'une façon absolue et devenir proportionnellement plus forte, eu égard au chiffre de la population. Ce résultat est d'autant plus important qu'il s'agit d'une période assez longue, et que cette maladie, dans les quinze dernières années qui viennent de finir, a été l'objet d'un grand nombre de tentatives médicales et chirurgicales nouvelles. Faut-il l'attribuer à une augmentation constante du nombre des croups, ou serait-ce, au contraire, la conséquence des récents efforts de la thérapeutique? C'est ce qu'il est très-difficile de dire. Cependant, comme je le dirai plus loin, il y a tout lieu de croire que la trachéotomie n'est pas, sous ce rapport, à l'abri de tout reproche.

Quoi qu'il en soit, voici trois tableaux : l'un chronologique, A, et qui montre l'accroissement absolu de la mortalité du croup en même temps que l'accroissement de la population; et l'autre progressif, B, qui établit la mortalité proportionnellement à 1,000 habitants, ce qui montre que le nombre des décès par le croup augmente d'année en année, et qu'il n'a jamais été plus fort que dans la période décennale qui finit en ce moment. Le troisième, C, montre la marche ascendante et décroissante de l'épidémie de 1858. Tous ont pour base des chiffres officiels qui m'ont été fournis par votre collègue M. Trébuchet, le savant secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité à la préfecture de police. C'est vous dire qu'ils ne laissent rien à désirer sous le rapport de l'exactitude.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces relevés de la mortalité du croup dans les 32 dernières années, pour avoir la confirmation de quelques faits connus, tels que la fréquence plus grande de la maladie chez les garçons que chez les filles, sa fréquence plus grande de 2 à 3 ans qu'à tout autre âge, et pour y trouver la révélation inattendue d'un accroissement annuel progressif dans la mortalité de cette maladie.

En effet, la mortalité du croup par mille habitants a doublé de 1837 à 1853, et pour les années de 1847 à 1858, elle a été à peu près 5 fois plus forte qu'en 1838. Cela est énorme, et on se demande à quelle cause attribuer de pareils résultats établis par les relevés de 32 années d'observation, comprenant 10,044 décès de croup, chiffre assez considérable pour offrir toutes les garanties nécessaires de certitude.

A. *Tableau chronologique de la mortalité du croup à Paris, tant à domicile que dans les hôpitaux, de 1826 au 15 septembre 1858.*

	ANNÉES.	DÉCÈS DE CROUP. Masculin.	Féminin.	Total.	POPULATION.	PROPORTION des décès sur 1,000 habitants.
Avant la trachéotomie.	1826	154	126	282	761,892	3056,3
	1827	83	86	169	766,685	4536,5
	1828	77	75	152	741,478	5075,5
	1829	85	105	190	776,271	4085,5
	1830	72	52	124	781,064	6298,8
	1831	86	90	176	785,857	4465,0
	1832	73	67	140	808,547	5775,3
	1833	102	60	162	831,238	5131,0
	1834	92	69	161	853,929	3440,5
	1835	117	86	203	876,620	4022,7
	1836	100	66	167	899,313	5837,6
	1837	60	84	144	906,502	4954,7
	1838	98	85	183	913,691	6480,0
	1839	155	132	287	920,880	3208,6
	1840	199	148	347	928,069	2674,5
Après la trachéotomie.	1841	180	169	349	935,261	2737,1
	1842	171	104	275	958,988	3487,2
	1843	115	96	211	982,710	4657,3
	1844	151	146	297	1,006,442	3329,7
	1845	166	131	297	1,030,169	3468,5
	1846	163	144	307	1,053,897	3432,8
	1847	196	544	740	1,081,623	1461,6
	1848	194	180	374	1,081,623	2918,8
	1849	179	126	305	1,053,897	3462,2
	1850	181	178	359	1,053,897	2938,4
	1851	169	162	331	1,053,862	3182,0
	1852	211	190	391	1,053,862	2808,8
	1853	215	208	423	1,088,324	2577,5
	1854*			453	1,123,232	2466,2
	1855*			421	1,158,362	2940,0
	1856*			394	1,174,346	2980,5
	1857*			543	1,174,346	2162,1
	1858*			632**	1,174,346	1858,1

B. *Tableau progressif de l'accroissement de la mortalité du croup à Paris, de 1826 à 1858.*

ANNÉES.	DÉCÈS par le croup.	PROPORTION sur 1000 habitants.	ANNÉES.	DÉCÈS par le croup.	PROPORTION sur 1000 habitants.
1847	740	1461,6	1834	161	3440,5
1858**	632	1858,1	1849	305	3462,2
1857	543	2162,1	1845	297	3468,5
1854	453	2466,2	1842	275	3487,2
1853	423	2577,5	1835	203	4022,7
1840	347	2674,5	1829	190	4085,5
1841	349	2737,1	1831	176	4465,0
1852	391	2808,8	1827	169	4536,5
1848	374	2918,8	1843	211	4657,3
1850	359	2938,4	1837	141	4954,7
1855	421	2940,0	1828	152	5075,5
1856	394	2980,5	1833	162	5131,0
1826	282	3056,3	1832	140	5775,3
1851	331	3182,0	1836	167	5837,6
1839	287	3208,6	1830	124	6298,8
1844	297	3329,7	1838	183	6480,0
1846	307	3432,8			

* Le détail des décès par sexe n'a pu être fait.
** Ce chiffre indique les décès jusqu'au 15 septembre 1858.

C. *Tableau de l'épidémie de croup qui a régné à Paris en 1857 et 1858.*

	1857. DOMICILES.	HÔPITAUX.	TOTAUX.	1858. DOMICILES.	HÔPITAUX.	TOTAUX.
Janvier	28	6	34	78	22	100
Février	41	3	44	67	21	88
Mars	40	13	53	65	19	84
Avril	38	6	44	60	16	76
Mai	29	9	38	33	26	79
Juin	31	11	42	54	18	72
Juillet	31	8	39	52	12	44
Août	42	9	51	40	18	58
Septembre	22	7	29	21	10	31*
Octobre	32	10	42			
Novembre	36	10	46			
Décembre	53	28	81			

Evidemment le fait de cet accroissement de mortalité par le croup, contraire à la loi de diminution de la mortalité générale par 1,000 habitants dans la même période de temps, ne peut être expliqué que de trois manières :

1° Ou bien le nombre des croups augmente chaque année, et avec lui la mortalité proportionnelle ;

2° Ou bien la maladie est devenue plus grave ;

3° Ou, enfin, le traitement chirurgical suivi dans les 15 dernières années n'a pas le mérite qu'on lui attribue, et ne vaut pas le traitement médical autrefois employé, de 1826 à 1838, par exemple.

Il ne me paraît pas possible d'admettre ni de prouver qu'il y ait 2 ou 5 fois plus de croup aujourd'hui qu'il y a 20 ans, ce qu'il faudrait établir pour rendre un compte exact de la mortalité 2 et 5 fois plus forte que je viens de révéler. On comprend bien qu'il y ait une fois par hasard, comme en 1847 et en 1858, une épidémie qui fasse momentanément plus de victimes, mais cela ne fait qu'une augmentation temporaire de mortalité, tandis qu'un accroissement annuel progressif constaté pendant 32 ans tient évidemment à une autre cause. Personne n'oserait affirmer que le croup a changé de nature, et qu'il devient d'année en année d'un pronostic plus grave. Il ne reste donc plus qu'à imputer la grande mortalité dont je parle à la différence du traitement suivi dans ces dernières années. On sait en effet que, depuis les travaux de M. Bretonneau sur la diphthérie, et les savantes leçons de M. le professeur Trousseau, c'est-à-dire vers 1838 et 1840, le traitement chirurgical du croup par les cautérisations, par la trachéotomie et par les instillations caustiques, est devenu chose usuelle dans la pratique hospitalière et civile.

Or, par simple coïncidence ou par suite d'un effet malheureux, c'est à partir de cette époque qu'on voit s'élever la mortalité du croup par mille habitants, et qu'elle devient le double, le triple, le quadruple de ce qu'elle était antérieurement. Si l'on prend la première moitié du tableau de 1826 à 1840, époque où l'on faisait peu de trachéotomie, la mortalité n'est que de 1 sur 3, 4, 5 et 6,000 habitants ; au contraire, elle est de 1 sur 3,000, sur 2,000 et même sur 1,400 âmes dans la seconde moitié, temps où l'on pratique un grand nombre de trachéotomies. Est-ce à dire, pour cela, que ce soit une opération inutile ou nuisible? Je ne le crois pas, et j'ajouterai qu'en la retirant de l'oubli où de trop funestes résultats l'avaient sans doute fait tomber, M. Trousseau a rendu un grand service à la science.

Cela dépend néanmoins des principes qui président à son usage. Pratiquée à la période ultime du croup, *au moment de l'anesthésie* et par conséquent *contre une asphyxie réelle*, elle sauve quelquefois des enfants voués à une mort inévitable. Je l'ai vu faire et j'ai eu le bonheur de le faire moi-même. Au contraire, pratiquée de trop bonne heure, lors des accès de suffocation, *avant toute anesthésie*, et par conséquent avant que l'asphyxie soit suffisamment caractérisée, ce qui arrive tous les jours, elle fait périr des enfants qui peut-être eussent guéri spontanément. C'est ainsi que cette opération, employée comme moyen préventif et faite dans le but de combattre une asphyxie *qui n'existe pas encore*, ajoute ses propres dangers à ceux du croup et en augmente la mortalité absolue et relative. La mort immédiate par syncope ou par hémorrhagie sur la table des opérateurs, les morts consécutives occasionnées par diphthérie de la plaie cervicale ou par les pneumonies secondaires sont les causes de cette mortalité croissante.

AVORTEMENT SIMULÉ.

L'un des plus grands avantages qui résulte pour la science de la publication des recueils et journaux de médecine, c'est de fixer de temps à autre l'attention de tous les praticiens sur un point encore obscur, sur une question restée en litige, de répandre les opinions diverses qui se font jour et d'en discuter la valeur, de vulgariser des faits rarement observés et de solliciter pour ainsi dire des confrères la relation de cas analogues ou similaires *restés inédits*. La meilleure preuve nous en est donnée en ce moment par un honorable médecin de Paris, M. le docteur Delanglard, qui, à l'occasion de l'article que nous avons publié sur l'*avortement simulé*, dans le numéro du 28 septembre dernier, nous adresse une observation médico-légale du même genre. La communication de notre confrère présente un grand intérêt, et tout

* Ce chiffre indique les décès jusqu'au 15 septembre 1858.

en lui adressant nos vifs remercîments à ce sujet, nous nous empressons de la mettre sous les yeux des lecteurs.

Il y a quinze ans, M. le docteur Delanglard était juré, et un homme prévenu d'avoir déterminé un avortement sur la personne de sa maîtresse vint s'asseoir sur le banc des accusés. Les témoins à charge étaient d'abord la prétendue victime des manœuvres abortives, puis deux hommes, voisins et amis de cette femme, qui avaient vu se produire la fausse couche et s'étaient empressés de transporter la malade à l'hôpital de la Charité, où elle avait été admise dans le service de M. le docteur Guérard, alors professeur agrégé en exercice.

Le prévenu opposait au fait reproché les dénégations les plus formelles.

Les trois témoins donnèrent des détails très-circonstanciés sur toutes les phases de l'avortement : douleurs lombaires et utérines, convulsions, cris, reproches adressés au coupable par la femme ; en un mot, rien ne paraissait y manquer. C'est alors que les deux hommes, redoutant une fin prochaine pour la victime, l'avaient portée à l'hôpital de la Charité.

Point de doutes, l'accusation était accablante.

Mais, nous l'avons dit, M. Delanglard était juré dans cette affaire, et il pria M. le président des assises de s'enquérir minutieusement des moyens abortifs qui avaient été mis en œuvre. Les témoins, questionnés dans ce sens, répondirent que la femme avait pris du mercure. Le simple énoncé de cette substance, si redoutée des gens du monde, impressionna péniblement tout l'auditoire : magistrats, jurés et public.

M. Delanglard fit alors parvenir cette seconde question au président : Quelle a été la préparation mercurielle qui a été employée? Du mercure pur, fut-il répondu, du mercure appelé vif argent, du mercure à baromètre.

Une note que M. Delanglard fit déposer en ce moment sur le bureau du président instruisit ce magistrat du caractère inoffensif de l'agent métallique administré dans le but de provoquer un avortement.

En vertu de son pouvoir discrétionnaire, M. le président manda M. le docteur Guérard ; mais ce très-recommandable confrère n'avait pas conservé le souvenir de la maladie de la prétendue victime lors du séjour qu'elle avait fait, onze mois auparavant, dans les salles de son service. Muni cependant des cahiers de visite, il remonta à la date de l'entrée, et ne trouva rien dans ses prescriptions qui pût faire supposer une fausse couche ou une perte utérine. La médication avait été très-simple, le séjour à l'hôpital très-court, et il ne subsistait aucun indice d'une thérapeutique spéciale.

M. le président demanda alors à M. Guérard, dont tout le monde connaît la compétence en médecine légale et en chimie, si le mercure à l'état métallique pouvait produire l'avortement. La réponse fut négative, et cette opinion venant confirmer celle qu'avait émise M. le docteur Delanglard, le procès changea de face immédiatement. Les trois témoins furent arrêtés séance tenante, et la femme fit bientôt des aveux complets, accusant hautement ses deux complices de l'avoir poussée à cet odieux mensonge, à cette lâche accusation, pour assouvir leur vengeance.

Le prévenu fut acquitté.

Ce doit être à coup sûr pour M. Delanglard un précieux souvenir que celui d'avoir épargné un châtiment aussi terrible qu'immérité à un innocent, et d'avoir empêché la cour de rendre un arrêt entaché d'erreur. Des faits comme ceux-là peuvent se passer de louanges : l'orgueil professionnel est satisfait.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

EMPLOI DU MASSAGE

dans le traitement du sclérème des enfants nouveau-né.

Par M. le docteur LEGROUX.

OBS. I. — Une femme est accouchée, le 23 juillet, d'un enfant non à terme (sept mois). A la visite du 24, on constate que l'enfant est maigre et chétif, d'une faiblesse générale extrême, d'un développement incomplet; son cri est à peine accentué, il ne prend pas le sein. La peau présente une coloration rouge intense, presque générale, se rapprochant beaucoup du noir aux extrémités inférieures et supérieures. Le corps est froid et dur; la dureté et la réfrigération sont manifestement plus grandes dans le point où la coloration est plus foncée. Les pulsations de l'artère radiale sont impossibles à noter; les battements du cœur sont à peine perceptibles. Traitement manuel : massage, agitation musculaire, provocation artificielle de la respiration, etc. Une amélioration immédiate se manifeste ; le cri de l'enfant semble se réveiller; les mouvements d'élévation du thorax sont visibles. On répète cette manœuvre plusieurs fois par jour ; on enveloppe l'enfant de flanelle chaude ; on lui donne un bain aromatique, et on lui verse dans la bouche quelques cuillerées de lait.

Le 26, on lui injecte dans l'estomac 200 grammes de lait en deux fois. Le 27, la coloration du corps a disparu; aux pieds, aux mains, elle est notablement diminuée; chaleur revenue, mouvements respiratoires assez amples; les fonctions s'exécutent bien.

Le 30 août, plus de trace de coloration violacée.

OBS. II. — L'enfant présente à peu près les mêmes particularités. En cinq jours, le massage, l'agitation musculaire, la gymnastique des membres ramènent la coloration normale et l'exercice régulier des fonctions. Le cri, la chaleur, la respiration, tout est revenu, et l'enfant prend le sein. On n'en continue pas moins le traitement pendant trois jours encore. (*Bull. thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 octobre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Perrochan sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la ville de Calais en 1858;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Lozère, de Maine-et-Loire et des Côtes-du-Nord en 1857. (Commission des épidémies.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée la nomination de M. Gavarret dans la section de physique et de chimie médicales, en remplacement de M. Guéneau de Mussy.

M. le président invite M. Gavarret à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Leriche prie l'Académie de vouloir accepter le dépôt d'un paquet cacheté contenant une note relative à un nouveau chalumeau. Le dépôt est accepté.

L'Académie accepte également le dépôt d'un paquet cacheté de M. Rodet (de Lyon), relatif à la neutralisation du virus rabique et du virus morveux, et d'un autre paquet cacheté contenant une note sur de nouveaux produits médicamenteux, déposé par M. le docteur Cousin.

— M. Jules Rochart (de Brest) sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

M. le docteur Solari (de Marseille) adresse une note intitulée : *De la circulation artérielle dans les anastomoses par inoculation ou par arcades.* (Commissaires : MM. Poiseuille et Gavarret.)

— M. Préterre, dentiste américain, adresse quatre numéros de l'*Art dentaire* (nos de juin, juillet, août et septembre 1858), contenant, à propos de la nouvelle méthode anesthésique inventée par M. J. B. Francis (de Philadelphie) pour l'extraction des dents, l'annonce de la découverte et l'exposé du *modus faciendi;* un rapport du sous-comité des sciences et des arts de l'Institut de Pensylvanie; une note de M. Wilkinson; un mémoire de M. le docteur C. P. Williams; deux lettres de M. A. Préterre, dentiste à New-York; diverses autres pièces établissant les titres de M. Francis à cette découverte, et quelques observations sur des modifications légères que M. Préterre lui-même propose après de nombreuses expériences.

Je regrette, ajoute l'auteur, que l'un de mes plus anciens abonnés ait eu l'idée d'annoncer à l'Académie de médecine comme nouveauté une découverte vieille de plusieurs mois. En regard des 150 expériences étrangères appelant l'attention de mon très-honorable confrère, je pourrais fournir à l'Académie un relevé statistique de plus de 1,500 extractions faites par la nouvelle méthode.

Depuis plusieurs mois, j'ai mis moi-même les procédés de M. J. B. Francis aux mains de MM. les élèves des hôpitaux de Paris. Si j'avais pensé qu'on pût à l'Académie de médecine présenter une découverte qu'on n'a pas faite, j'aurais tenu à bonneur d'être le premier à parler dans cette enceinte de l'anesthésie galvanique.

— M. Velpeau fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Roux (de Brignolles), d'une brochure sur la taille bilatérale et la taille médiane.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur les eaux de Casteljaloux. Il conclut en proposant d'approuver l'exploitation. (Adopté.)

LECTURE.

Gangrène spontanée. — M. Trudeau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la gangrène spontanée et des indications chirurgicales dans les cas de sphacèle des membres.*

Ce travail a pour base quatre observations dans deux desquelles l'amputation a été pratiquée avec succès, une fois à la cuisse et une fois à la jambe au lieu d'élection. Les deux autres malades sont morts sans avoir été opérés, par suite des maladies qui contre-indiquaient l'opération.

L'auteur croit pouvoir tirer, de ces faits et de ceux qu'il a relevés dans les recueils périodiques depuis 1830, les conclusions suivantes :

1° L'artérite est une des causes les plus fréquentes de la gangrène spontanée.

2° Elle peut être traitée avantageusement au début par les émollients, les antiphlogistiques et l'opium.

3° Dans le cas de sphacèle des membres, l'attente de l'élimination spontanée augmente et prolonge les dangers du malade.

4° Elle l'expose aux chances défavorables d'une opération consécutive.

5° L'amputation faite en temps opportun abrége ses souffrances et diminue les dangers de sa position.

6° Elle est une ressource extrême, mais souvent précieuse et indispensable, quand il n'existe pas de contre-indication.

7° La théorie embolique peut trouver son application dans quelques cas d'affection chronique du cœur et des gros vaisseaux à sang rouge.

Dans un autre travail complémentaire de celui-ci, que l'auteur se propose de présenter à l'Académie, il examinera les indications et les contre-indications de l'amputation pour chaque espèce de gangrène. (Commiss. : MM. Larrey, Nélaton et Robert).

Fractures et compressions. — Appareils polydactyles, à chevilles mobiles. — Compresseur élastique et gradué. — M. le docteur Jules Roux, de Toulon, présente à l'Académie deux appareils nouveaux, l'un pour les fractures de tous les os, l'autre pour la compression de toutes les parties du corps, et principalement pour la plus délicate de toutes, celle des artères. La réunion de ces deux genres d'appareils, étrange en apparence, paraîtra toute naturelle quand on verra qu'ils marchent parallèlement et se prêtent un mutuel appui.

M. J. Roux, après avoir rappelé à l'Académie que, l'année dernière, M. le docteur Gaillard (de Poitiers) avait soumis à l'appréciation de l'assemblée un appareil à fracture qui a des analogies très-éloignées avec le sien, déclare, afin de prévenir tout soupçon de plagiat, qu'il a déjà publié, avec planches, un modèle de son appareil dans la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, 1849, p. 90, tandis que le professeur de Poitiers n'a fait connaître le sien qu'en 1850, *Gazette médicale de Paris*, page 262.

Les nouveaux appareils de M. J. Roux sont édifiés dans l'intention d'imiter les doigts du chirurgien ou d'en reproduire l'action. Dans ce but il a fait construire trois appareils polydactyles à fractures :

1° Pour le membre supérieur,

2° Pour la tête et le tronc;

3° Pour le membre inférieur.

Tous sont essentiellement composés : 1° de planches ou de planchettes, convenablement assemblées et de dimensions variables en rapport avec les parties qu'elles doivent supporter. Ces planches et planchettes, criblées de trous uniformes très-rapprochés, disposés en séries régulières, sont garnies sur les côtés de petits clous à tête arrondie;

2° De chevilles aplaties à turion, à mortaise; ces chevilles sont de trois grandeurs et s'implantent solidement dans les trous des planchettes.

M. J. Roux montre un modèle d'appareil polydactyle pour le membre inférieur. C'est un double plan incliné, criblé de trous, et susceptible de s'agrandir par l'addition d'allonges, dans sa portion crurale seulement.

Le membre fracturé, placé sur ce dernier appareil préalablement couvert d'un coussin de coton entourant les trois quarts de la circonférence du membre, est, dès que la coaptation est complète, entouré et exactement maintenu par des chevilles qui le dessinent en suivant tous les contours, en exerçant une pression douce comme le feraient, non des cravates ou des liens coaptateurs, mais des tuteurs réunis.

Le pied est assujetti par des chevilles-supports formant une semelle et soutenant le poids des couvertures. On écarte les chevilles si le membre se tuméfie; on les rapproche quand le gonflement diminue; on le façonne en suivant tous les changements qui peuvent s'y opérer, et les pansements, les incisions, les irrigations, les extractions d'esquilles se font facilement, et au besoin sans le secours d'un aide.

M. le professeur J. Roux établit et démontre que ses appareils polydactyles tiennent à la fois de tous les genres d'appareils connus, de ceux à *attelles*, à *extension continue*, des *inamovibles*, des *hyponarthéciques.* Dans son système d'appareil, il a pris les éléments déjà connus des appareils qu'il a arrangés un peu différemment, et il a ajouté un élément nouveau, la *cheville-doigt*. M. J. Roux montre, pour les appareils polydactyles du membre supérieur, de la tête et du tronc, des dessins que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici, mais que l'auteur fera sans doute connaître plus tard.

Le *compresseur élastique* et gradué qui reçoit des applications dans le traitement des fractures, comme dans celui des plaies artérielles des anévrysmes, offre les dispositions suivantes : son *point d'appui*, très-étendu, est un des appareils polydactyles; l'*armature* qui s'y implante solidement à l'aide de son turion, qu'une clavette fixe, est constituée par une tige métallique composée de deux pièces mobiles l'une sur l'autre, criblées de trous disposés dans toute son étendue en séries alternes. Dans un second modèle, l'armature, simple en bas, bifide en haut, reçoit dans son écartement concave taillé en lime, comme dans un chemin de fer, une ou plusieurs sphères taraudées, qu'on peut fixer invariablement sur tous les points de l'armature à l'aide de deux vis.

La *pelote digitale*, indépendante, élastique, graduée, est en cuivre dans sa partie supérieure, en liége couvert d'une peau douce dans sa partie inférieure. Une *vis* de pression, cheminant à travers l'un des trous de l'armature, tombe sur la pelote, met en jeu le ressort à boudin qu'elle contient, et exerce une compression dont la force ou le poids est marqué sur une échelle dont chaque degré est de cinq cents grammes.

Cette gradation précieuse permet d'apprécier au juste le poids nécessaire pour comprimer une artère à un degré suffisant sans s'exposer à fatiguer les parties molles par l'exagération d'une force inutile et dangereuse qui les empêche de supporter longtemps l'effort compressif.

L'auteur, en substituant à la pelote la vis à pointe de M. Malgaigne, a appliqué son compresseur avec succès dans plusieurs cas de fractures graves; il déclare avoir, sur plusieurs individus non malades, pu comprimer avec facilité toutes les artères du corps accessibles à la pelote, et même l'iliaque primitive.

M. J. Roux, qui pense que son compresseur pourra s'appliquer à toutes les parties du corps dans toutes les maladies qui nécessitent la compression, résume ainsi qu'il suit les avantages de son nouvel instrument comparé à ceux accrédités dans la science :

1° Point d'appui plus étendu;

2° Fixité de l'armature plus grande, courbure spéciale;

3° Pelote digitale, indépendante, élastique, graduée;

4° Facilité, en n'appliquant que le degré de pression rigoureusement indispensable, de mieux faire supporter la compression;

5° Simplicité de l'appareil, facilité, sûreté de son application dans tous les genres de compression;

6° Diversité des services qu'il peut rendre par son application sur toutes les parties du corps;

7° Faculté de le faire construire partout et à moins de frais.

M. le président. M. Jules Roux étant membre correspondant de l'Académie, la discussion est ouverte sur sa communication.

M. Robert craint que les appareils de M. J. Roux ne s'appliquent à trop de choses à la fois, et que notamment celui qui est destiné au traitement des fractures ne reste tout à fait personnel à son inventeur; pareille chose est arrivée à tous les appareils qui s'écartent de la simplicité de l'appareil de Scultet ou de Seutin, et que les praticiens, peu soucieux d'un arsenal compliqué et coûteux, n'ont pas adoptés.

Quant à la compression des artères, M. Robert croit que c'est toujours une opération délicate et difficile, et il doute que les expériences faites par M. Roux sur des sujets sains puissent remplacer les enseignements de la pratique. C'est seulement quand il aura employé son compresseur dans le traitement des anévrysmes qu'il pourra s'assurer s'il peut être supporté; et en employant la force qu'il a indiquée comme étant nécessaire pour oblitérer les artères, il s'exposerait bien souvent à produire des eschares. M. Robert a employé trois fois le compresseur de M. Broca, et chez aucun de ses malades on n'a pu le laisser en place un temps suffisant. La compression digitale, qui est d'une application plus facile, et qui a d'ailleurs donné de beaux succès, lui paraît infiniment supérieure à tous les compresseurs.

M. Roux, poursuit M. Robert, espère, à la vérité, obtenir au moyen d'un appareil élastique une action réglée et uniforme; mais je dirai, à mon tour, qu'il est toujours difficile et souvent impossible de prévoir et de régler l'action d'une force élastique.

J'ai pu m'assurer de ce fait à l'occasion d'essais que j'ai faits avec des bandes en caoutchouc il y a quelques années, et je n'ai évité les accidents qu'en renonçant le plus souvent à une action même modérée longtemps avant qu'elle eût produit un effet suffisant. Si j'avais voulu insister, j'aurais eu certainement des eschares, des gangrènes, etc.

Je me méfie, en un mot, des pressions élastiques, et je crains que M. Roux n'obtienne quelque jour de celle qu'il emploie des effets supérieurs à ceux qu'il en attend.

Je trouve encore que la cuirasse postérieure a l'inconvénient de ne pas se mouler sur les parties qu'elle reçoit, de les exposer à des pressions douloureuses, ou de forcer le chirurgien à multiplier les remplissages, et enfin je voudrais que la pelote fût mieux disposée pour pouvoir prendre tous les changements de position, d'inclinaison, etc., qui sont si souvent nécessaires, grâce aux conditions multiples que doit remplir la compression. Cette difficulté existe à un moindre degré même pour le compresseur de M. Broca; toutefois je le crois supérieur à celui de M. Roux, qui, je le crains, créera pour son inventeur des embarras sérieux quand il aura l'occasion de l'appliquer au traitement des anévrysmes.

M. J. Roux. La richesse des moyens cache parfois la pauvreté de l'art, et je crois qu'il pourrait bien en être ainsi des appareils à fracture, dont la grande abondance atteste au moins les efforts des chirurgiens pour bien remplir les indications. Quant au mien, il est destiné à en remplir un grand nombre à la fois, et comme il doit en même temps servir à des sujets de tailles fort différentes, puisque je l'emploie dans un hôpital, il est en effet fort compliqué.

Mais on pourra en appliquer les principes à des machines bien simples. Ainsi, s'il vous faut une simple extension, une planche percée de trous, des chevilles et un coussin suffiront; cela est assez simple.

Quant à la compression des artères, la méthode digitale a certes de grands avantages, mais je crois que parfois la nature peut bien être inférieure à l'art, et qu'il est des indications que les doigts ne peuvent remplir. J'ai employé mon appareil pour maintenir réduit le fragment supérieur d'un tibia cassé, à l'aide de la pointe de M. Malgaigne : il n'y a pas eu d'accident. Or, le doigt employé à sa place aurait certainement laissé une eschare.

La compression digitale a l'inconvénient d'aplatir souvent l'artère tout à fait au lieu de n'effacer qu'une partie de son calibre, et elle expose ainsi à la formation des caillots passifs et à tous leurs inconvénients. Je puis, au contraire, ne comprimer l'artère qu'à demi ou aux trois quarts, et je juge du degré de sa compression par l'étendue des oscillations de l'instrument, rendues plus sensibles à l'aide d'un niveau d'eau que j'adapte à son extrémité. C'est quand elles sont à leur maximum que l'artère est comprimée à moitié, et ce serait là, d'après M. Broca, le degré le plus favorable à la formation des caillots actifs.

Je n'ai pas eu l'occasion de traiter des anévrysmes par mon compresseur; les chirurgiens de Paris, s'ils voulaient bien l'essayer, pourraient bientôt combler cette lacune dans mon expérience. Mais je suis sûr d'arrêter toujours facilement la circulation; et j'ai pu, d'ailleurs, laisser mon instrument en place pendant vingt-quatre heures de suite chez une vingtaine de sujets, sans qu'ils en fussent incommodés.

Quant aux dangers de la compression, je les évite facilement, d'une part, parce que celle que j'emploie est toujours graduée, et puis, parce que je puis varier à l'infini le point sur lequel porte la pelote. Ainsi, s'agit-il d'un anévrysme poplité, je puis la faire porter sur toute l'étendue de l'iliaque externe et de la crurale.

M. Roux fait encore remarquer en terminant que son instrument, appliqué au thorax, traduit parfaitement, par ses oscillations, les mouvements du cœur, etc., et qu'il espère pouvoir l'appliquer au diagnostic des maladies de cet organe et des grosses artères.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les juges du concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour la nomination des élèves internes, sont :

Juges: MM. Matis, Piorry, Trousseau, Velpeau et Verneuil.

Juges suppléants: MM. Alph. Guérin et Vernois.

— M. le docteur A. Auclerc, dont nous avons annoncé, il y a peu de jours, la nomination à la place de professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, vient d'être nommé médecin titulaire à l'Hôtel-Dieu de la même ville.

— M. le docteur Emile Pereyra, médecin de l'hopital Saint-André de Bordeaux, inspecteur des bains d'Arcachon, médecin principal de la Compagnie des chemins de fer du Midi, vient de mourir à l'âge de 62 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Mémoire sur les tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulies, par M. le docteur L. Saurel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1858. In-8° de 58 pages. Prix, 1 fr. 50 c. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

De l'importance de l'ophthalmologie. Première leçon du cours d'ophthalmologie professé à la Faculté de médecine de Montpellier pendant le semestre d'hiver 1857-58, par M. le docteur Saurel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1858, in-8° de 35 pages. Prix, 1 fr.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 119. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.)
N° 119. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du croup et des affections diphthéritiques observées à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le premier semestre de l'année 1858. — De la fracture de la cavité glénoïde du temporal à la suite de violences sur le menton. — Bons effets de l'emploi topique du chlorate de potasse dans quelques affections chirurgicales, en particulier dans les ulcères variqueux et la pourriture d'hôpital. — Deux observations de névrose de l'estomac traitée avec succès par l'électricité. — De la pellagre. — La fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 29 septembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Le climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phthisie pulmonaire.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du croup et des affections diphthéritiques observées à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le premier semestre de l'année 1858.

L'épidémie de croup et d'angines diphthéritiques qui règne depuis le commencement de l'année à Paris, et dont on a eu l'occasion d'observer de si fréquents exemples dans les hôpitaux, a déjà donné lieu à de nombreuses communications soit aux Académies, aux Sociétés savantes ou dans la presse. Mais quelque multipliées qu'aient été ces communications, on nous saura gré de revenir encore et de revenir souvent sur ce sujet, car on ne saurait trop multiplier les documents capables de jeter quelque jour nouveau sur les points obscurs de cette affection, — et ils sont encore nombreux, malgré les innombrables travaux dont elle a été l'objet, — et surtout sur la prophylaxie et le traitement qui laissent encore tant à désirer.

Voici une esquisse des principaux caractères de cette épidémie d'après les observations recueillies pendant le premier semestre de cette année dans le service de M. le docteur Bartbez à l'hôpital Sainte-Eugénie, et consignées par M. Créquy dans sa thèse inaugurale.

L'affection diphthéritique, d'après M. Créquy, paraît avoir débuté assez fréquemment par le larynx et la trachée ou les bronches. Dans 30 cas où cette recherche a été faite, douze fois il y avait absence complète de fausses membranes dans l'arrière-gorge. Chez les dix-huit autres, il existait des pseudo-membranes soit sur les amygdales, soit sur les piliers du voile du palais, soit sur les autres parties constituantes de l'isthme du gosier et du pharynx ; mais ces dépôts plastiques avaient en général peu d'étendue, ils formaient des îlots disséminés sur ces organes. Dans trois cas seulement, de larges fausses membranes tapissaient toute l'arrière-gorge et recouvraient la luette à la manière d'un doigt de gant.

Il a été difficile de déterminer le point précis par où la maladie avait débuté. Cependant M. Créquy cite le cas d'un malade chez lequel la diphthérite paraît avoir eu une marche franchement ascendante; des fausses membranes se sont développées sur les amygdales plusieurs jours après que leur présence avait été constatée dans le larynx.

Le plus grand nombre des enfants, dès leur entrée à l'hôpital, étaient dans un état de maladie fort avancé. La voix ou la toux, déjà ou éteintes ou très-altérées, indiquaient que le larynx était envahi, sans laisser rien préjuger sur l'état des bronches. On put reconnaître toutefois, à l'autopsie, que les fausses membranes existant dans le larynx étaient en général plus épaisses, plus résistantes, plus adhérentes aux parties sous-jacentes, que dans aucune autre partie de l'arbre aérien.

L'état des ganglions sous-maxillaires, ou plutôt des ganglions siégeant sous l'angle de la mâchoire, a été noté 28 fois. Chez 21 malades, l'engorgement de ces ganglions a fait défaut, ou du moins il était si peu considérable, qu'il eût été difficile de le rapporter à un état maladif, d'autant plus qu'il n'y avait pas de douleur. Chez les 7 autres malades, cet engorgement existait, mais il était peu prononcé, sauf dans un cas où les ganglions prirent un volume considérable et passèrent à l'état de suppuration, ainsi qu'on put le constater par l'autopsie.

Cette absence d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, liée d'ailleurs à l'absence ou au peu d'intensité de l'angine couenneuse, est un des caractères de l'épidémie actuelle.

La marche de l'affection n'a rien présenté de particulier. La toux a été en général le premier symptôme qui a éveillé l'attention des parents. Les autres symptômes s'y sont venus joindre rapidement, et la maladie, sauf les accès de suffocation, a, dans la grande majorité des cas, suivi une marche progressive lorsqu'elle s'est terminée par la mort.

Le mode de terminaison le plus fréquent a été la mort. La terminaison fatale est généralement arrivée du quatrième au dixième jour.

Les lésions anatomiques appartenant en propre à l'affection diphthéritique n'ont présenté rien de bien remarquable. Ce n'est guère que dans la moitié des cas que l'on a trouvé des fausses membranes dans l'isthme du gosier et le pharynx.

Excepté deux enfants chez lesquels elles étaient épaisses et tapissaient toutes ces parties, en général elles étaient peu développées, et formaient des îlots disséminés çà et là sur les parois de l'arrière-gorge. La muqueuse sous-jacente n'était pas altérée.

Chez les enfants morts du croup, on n'a jamais constaté la gangrène de l'isthme du gosier ni du pharynx.

Dans quelques cas, les fausses membranes étaient limitées au larynx; plus souvent elles existaient en même temps dans la trachée, et dans un assez grand nombre de cas elles avaient envahi tout l'arbre aérien. Chez un malade, elles remontaient dans les fosses nasales, tapissaient les cornets et les méats, pénétraient dans les sinus maxillaires, dont elles reproduisaient exactement la forme.

Chez les malades soumis aux instillations de chlorate de soude pendant plusieurs jours avant leur mort, les fausses membranes étaient ramollies, à partir de l'incision faite à la trachée jusqu'à la bifurcation de l'organe. Quelquefois elles paraissaient comme usées à leur surface, et ne formaient plus qu'une grande quantité d'îlots disséminés sur la muqueuse trachéale. Dans les bronches, les fausses membranes reprenaient leur aspect tubulé et leur consistance.

Les poumons étaient sains dans plus de la moitié des cas. Assez souvent on a constaté les caractères de la broncho-pneumonie, étendue à une plus ou moins grande partie des deux poumons. On n'a jamais trouvé les lésions de la pneumonie franche.

Les expériences que M. Barthez avait déjà faites sur le pouvoir dissolvant de quelques solutions alcalines, et dont nous avons rendu compte dans cette *Revue*, ont été répétées un grand nombre de fois avec les solutions suivantes : chlorate de soude, chlorate de potasse, nitrate de potasse, potasse caustique, ammoniaque, bi-carbonate de soude. De tous ces agents, à l'exception de la potasse et de l'ammoniaque, le chlorate de soude est celui qui a paru exercer l'action la plus prompte. Deux heures après leur immersion, les fausses membranes étaient notablement ramollies ; au bout de cinq à six heures, elles étaient complétement diffluentes.

Comme complications, on a observé, ainsi que nous venons de le dire, chez un petit nombre de malades, de la broncho-pneumonie étendue à une grande partie des poumons, et suffisante pour expliquer la mort. Chez un plus grand nombre, quelques lobules disséminés dans les poumons présentaient les caractères de cette affection.

Une seule fois M. Créquy a constaté, à l'autopsie, une pleurésie d'un seul côté, qui avait été méconnue pendant la vie. Après la mort, on trouva quelques fausses membranes vers la partie moyenne du poumon et une petite quantité de liquide.

Chez deux petites malades opérées de la trachéotomie, il s'est manifesté une éruption érythémateuse que M. Créquy croit être purement coïncidente et sans rapport nécessaire ni avec l'affection ni avec les résultats de l'opération.

Trois malades ont eu des convulsions; tous trois avaient été opérés. Mais ces convulsions ayant eu lieu, dans ces trois cas, à la période ultime de la maladie, n'ont aucune importance symptomatique.

Voici les moyens thérapeutiques qui ont été mis en usage pendant cette période de six mois, et les résultats qu'ils ont donnés.

Deux malades atteints de croup bien caractérisé entrèrent à l'hôpital à une époque où les symptômes de l'asphyxie n'existaient pas encore. On les fit vomir pendant plusieurs jours consécutifs avec 50 centigrammes d'ipéca et 10 centigrammes d'émétique, et en même temps on leur donna du calomel et de l'alun ; le premier à la dose de 0,60 centigrammes; le deuxième à la dose de 1 gramme, dix paquets de chacun de ces médicaments, à prendre un toutes les heures en alternant. Ces deux malades guérirent. Chez tous les autres, la maladie était très-avancée. La plupart avaient subi un traitement avant leur entrée, et étaient envoyés à l'hôpital par leur médecins pour y être opérés.

BIBLIOGRAPHIE.

Le climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phthisie pulmonaire, par M. F. A. BARRAL, docteur en médecine de la Faculté Paris, membre de l'Académie des sciences de Lisbonne, professeur à l'École médico-chirurgicale de la même ville, etc. Traduit du portugais, refondu et augmenté de notes par le docteur P. Garnier (1).

L'étude des climats, au point de vue médical, est d'une haute importance. Trop négligée pendant des siècles, elle doit prendre un nouvel et glorieux essor, aujourd'hui que la vapeur transporte l'homme sur tous les points du globe, tantôt sur le continent, tantôt sur la plaine liquide, et le met à même de tout explorer. D'un autre côté, les progrès des sciences physico-chimiques permettent à l'hygiéniste d'acquérir des notions précises sur les *airs*, les *eaux* et les *lieux*.

Si on parvenait à découvrir un pays où la phthisie pulmonaire serait presque inconnue et curable, quelle précieuse découverte, et quel intéressant sujet d'études que cette recherche !

Depuis longtemps l'île de Madère a la réputation d'être favorable aux poitrines délicates, mais il était important que cette bonne réputation fût scrutée par des hommes de science ; elle l'a été par Fothergill, Héberden, Mason, d'autres encore, et enfin récemment par M. Barral.

Madère, située vers le 33e degré de latitude N. et vers le 18e de longitude O., à 10° nord du tropique du Cancer, est divisée de l'est à l'ouest par une chaîne de montagnes dont le pic le plus élevé, le *Ruivo*, est à 6,000 pieds au-dessus du niveau de la mer. Le sol basaltique de cette île est agréablement accidenté, fragmenté ; il est avivé par des cours d'eau qui descendent des montagnes en cascatelles, mais qui bientôt se promènent paisibles et décrivent des courbes gracieuses avant de se mêler à l'Atlantique. La végétation s'y montre à la fois élégante et majestueuse.

Funchal, ville capitale de cette île privilégiée, est construite en manière d'amphithéâtre entre la Cordillère et l'Océan; son ensemble offre à l'œil un charmant spectacle ; sa côte est ornée de belles et nombreuses maisons de plaisance s'harmoniant fort bien avec leurs parcs enchanteurs. La ville est petite, irrégulière, mais gentille dans sa petitesse et dans son irrégularité. Là circule un air pur, doux, bienfaisant, dont les principes iodés, bromurés, se parfument des senteurs délicieuses qu'ajoutent les myrtes, les cédrats, les orangers, etc. On comprend tout d'abord que l'hiver et l'insalubrité sont des fléaux inconnus dans ce pays; là se trouve un je ne sais quoi qui fait naître le contentement de l'esprit et du cœur.

On conçoit aisément que cette île ait été saluée par les poëtes des noms de *Fleur de l'Océan*, de *Perle*, de *Reine* de l'Atlantique.

Tout contraste à Madère avec divers pays où règne presque constamment une température froide et humide. Lisbonne n'est pas la ville de l'Europe où les phthisiques sont le plus nombreux, mais en ouvrant les registres de l'hôpital Saint-José, M. Barral compte 1 phthisique sur 53 malades, et en compulsant les registres de l'hôpital de Funchal, il ne trouve plus qu'un phthisique sur 88 malades. Cette différence n'est-elle pas due à la différence des climats? Mais le docteur Barral ne veut pas de conclusion *à priori*; il profite de son séjour à Funchal (où il accompagnait, en 1852, une royale et bien regrettable princesse affectée de tubercules pulmonaires) pour étudier la climatologie de l'île de Madère avec une précision expérimentale toute newtonienne.

Doué d'un grand talent d'observation, M. Barral constate les qualités de l'air, explore les terrains, indique les conditions propres aux habitations particulières et celles qui regardent les établissements publics, fabriques, usines, hôpitaux, asile de la mendicité, prisons, cimetières, abattoirs, etc.); signale à grands traits la topographie zoologique et botanique de Madère. Durant cinq mois il enregistre chaque jour, heure par heure pour ainsi dire, les résultats de ses observations météorologiques; dresse des tableaux qui échappent à l'analyse, mais qu'il sera bon de consulter dans son livre, et de comparer aux résultats obtenus par ses devanciers et qui y sont également consignés.

Les études topographiques de M. Barral une fois terminées, il veut encore, pour être convaincu, appeler à son secours un témoignage décisif, l'observation médicale elle-même. Il ouvre une triple enquête à l'effet de connaître le jugement des médecins de Funchal, celui des médecins étrangers, celui des malades et des habitants.

Les médecins *madériens* ont la ferme croyance, d'après les faits observés par eux, que le climat de Madère enraye la phthisie, et guérit les sujets qui arrivent à Funchal ayant les prodromes ou déjà les signes de la première période de cette affection. Ils ont même vu quelquefois la maladie se suspendre chez des tuberculeux qui portaient des cavernes, et les malades reprendre des forces, acquérir de la nutrition.

Quelle est l'opinion des médecins étrangers? Elle va servir de contrôle aux assertions des médecins de Madère, qui, nonobstant leur savoir et leur honorabilité, pourraient être illusionnés par un optimisme patriotique. Les médecins étrangers qui ont dit leur opinion sur cette question, n'ont pas, comme les *Madériens*, une manière de voir un

(1) 1 vol. Chez J. B. Baillière et fils.

A part quelques-uns qui étaient presque mourants, on essaya différentes médications chez les autres. Chez le plus grand nombre, on employa l'ipéca à la dose de 1 gramme; le calomel et l'alun administrés comme il vient d'être indiqué. A part les deux cas dont il vient d'être parlé, on dut en venir à l'opération.

Chez plusieurs malades, le chlorate de potasse a été employé. Mais après avoir constaté son inefficacité constante, on y a renoncé.

Chez quatre malades on a cautérisé à plusieurs reprises la surface interne du larynx avec une solution de nitrate d'argent, à parties égales, en se servant de l'instrument de M. Loiseau. Mais cette opération n'a pas donné les mêmes résultats qu'entre les mains de son inventeur. Chez deux malades, elle n'a paru avoir aucune influence sur la maladie. La marche vers l'asphyxie fut progressive, et on eut recours inutilement à la trachéotomie. Chez les deux autres elle fut suivie d'une notable augmentation de la suffocation, et l'on eut encore recours à l'opération. Les deux malades guérirent après avoir expulsé de larges fausses membranes par l'incision faite à la trachée.

Chez un malade, dont la diphthérite était limitée à l'arrière-gorge, M. Barthez a mis aussi en usage les insufflations alternatives de poudre de tannin et d'alun, également préconisées par M. Loiseau; cette médication parut d'abord modifier un peu l'état local, mais bientôt les fausses membranes gagnèrent en étendue; il se forma du pus dans les ganglions cervicaux, et l'enfant succomba.

Tous ces moyens ayant presque constamment échoué, on fut conduit à pratiquer la trachéotomie dans la grande majorité des cas.

L'appréciation des résultats qu'elle a donnés et des enseignements pratiques qui en ressortent, nous entrainerait trop loin pour aujourd'hui; nous la réservons pour la *Revue* suivante.

De la fracture de la cavité glénoïde du temporal à la suite de violences sur le menton.

Nous avons rappelé dans notre dernière *Revue*, à l'occasion du fait intéressant de fracture de la cavité glénoïde du temporal qui nous a été communiqué par M. Puech, de Toulon, les recherches que M. le docteur Morvan (de Lannilis), a déjà faites il y a environ deux ans sur ce sujet. M. Morvan vient de publier récemment dans les *Archives générales de médecine* deux nouvelles observations qui lui ont permis de compléter, en la confirmant, la symptomatologie qu'il a assignée à ce genre de fracture très-incomplétement connue jusque-là.

Voici le résumé de ces deux faits, et quelques-unes des considérations cliniques auxquelles ils ont servi de texte.

Dans la matinée du 28 août, une femme de 46 ans fait une chute d'un lieu élevé sur le menton; elle perd connaissance sur le coup, mais ne tarde pas à se ranimer. Elle n'avait eu évidemment qu'une simple commotion cérébrale, sans suite, car le lendemain elle fit six kilomètres à pied pour aller consulter. Elle avait :

1° Sous le menton une plaie linéaire peu profonde, allant de la symphyse au côté droit de cette partie;

2° Une plaie contuse au côté droit de la lèvre inférieure, peu étendue, mais occupant presque toute l'épaisseur de son bord libre;

3° Enfin quelques contusions et excoriations légères sur la joue droite; lésions montrant que la violence avait porté principalement sur le côté droit du menton et de la face.

Il s'était fait après la chute un écoulement de sang par l'oreille gauche; cet écoulement avait duré toute la journée, mais dans les derniers temps ce n'était plus qu'un suintement.

A la visite de M. Morvan, vingt-quatre heures après l'accident, l'oreille était bouchée par un caillot de sang qu'il fallut enlever pour introduire le spéculum. Le conduit auditif fut trouvé rétréci, déchiré à sa partie moyenne et inférieure. Le stylet permit de constater en ce point la présence de petites esquilles provenant de la fracture de la cavité glénoïde du temporal. Le rétrécissement et la sensibilité du conduit auditif empêchaient de constater l'état de la membrane du tympan. Le maxillaire inférieur était intact, ni luxé ni fracturé; mais la malade ne pouvait l'écarter du maxillaire supérieur que de 1 centimètre et demi, encore cet écartement provoquait-il de la douleur à l'oreille gauche et à l'articulation temporo-maxillaire du même côté. Pareille douleur se manifestait quand on poussait le menton d'avant en arrière ou que l'on abaissait la mâchoire inférieure. La déglutition était pénible, à ce point que cette femme ne voulait rien prendre. Il lui était impossible de mâcher du paim. Enfin, la malade disait entendre pendant tous ces mouvements un bruit de craquement à l'oreille gauche; l'ouïe de ce côté était plus dure, le tic-tac d'une montre n'était pas entendu.

Le 31 août, trois jours après l'accident, la déglutition était devenue plus facile; il était survenu un gonflement assez notable à la région temporo-maxillaire gauche, qui était empâtée, chaude et fort sensible à la pression. L'oreille fournissait un écoulement puro-sanguinolent. Le boursouflement de la muqueuse ne permettait plus de constater la présence des esquilles.

Cette femme ne fut revue qu'un mois après, vers la fin de septembre. Tout s'était passé heureusement depuis la dernière visite. Il restait toujours un peu de difficulté pour ouvrir la bouche et de la sensibilité lorsqu'on voulait abaisser la mâchoire.

Le deuxième malade est un garçon de vingt-six ans, qui, le 18 mai dernier, reçoit la ruade d'un cheval sur la face. Un médecin appelé auprès de lui constate deux heures après l'accident : au côté gauche du menton une plaie contuse d'un centimètre de long, dirigée obliquement d'avant en arrière, et pénétrant jusqu'à l'os. La lèvre inférieure est comme mâchée, également du côté gauche; trois dents sont brisées à la mâchoire supérieure; enfin, l'aile droite du nez est déchirée de manière à former un lambeau flottant. La violence s'était donc fait sentir obliquement de bas en haut et de gauche à droite.

Un écoulement de sang abondant a lieu par le nez et par l'oreille droite. L'écoulement du nez dure douze heures, et celui de l'oreille trente-six heures environ. Ce dernier est remplacé par un écoulement séreux qui dure trois jours. Enfin le troisième jour de l'accident, il se prodnit aux deux yeux, mais principalement à l'œil droit, une ecchymose qui gagne successivement la conjonctive et la paupière inférieure. Il y a, en avant de l'oreille droite, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, une vive sensibilité, qui arrache fréquemment des plaintes au malade. Cette sensibilité est exagérée par la pression sur le menton, ou par l'abaissement de la mâchoire inférieure, qu'on ne peut d'ailleurs écarter au delà d'un centimètre.

Du premier au troisième jour, le malade fut alternativement dans le coma ou dans le subdélirium; du troisième au sixième, il fut en proie à un délire fébrile des plus agités.

M. le docteur Bergot, qui donnait des soins à ce malade, s'était borné les premiers jours, en raison de l'abondance de l'écoulement sanguin, à des applications de sangsues et à des compresses froides sur la tête. Il eut recours ensuite au calomel à doses fractionnées et à l'opium à haute dose concurremment. La fièvre et le délire ne tardèrent pas à tomber.

Le sixième jour, le malade prenait du bouillon, et à partir de ce moment tout alla de mieux en mieux; la convalescence et le rétablissement furent des plus rapides.

Le 5 juin, M. Morvan examina cet homme avec M. Bergot, et ils constatèrent ensemble qu'il subsistait encore dans l'articulation temporo-maxillaire droite de la sensibilité, qui était facilement réveillée par la pression directe sur l'articulation, ou par l'action de pousser le menton en arrière ou d'abaisser la mâchoire inférieure. Cette sensibilité était également mise en jeu par la mastication. En introduisant un corps mousse dans le conduit auditif et en pressant légèrement sur la paroi inférieure de ce conduit, on déterminait une vive souffrance dans la partie correspondant à la cavité glénoïde. La membrane du tympan était détruite, les osselets de l'oreille paraissaient à découvert. Il y avait eu des bourdonnements très-forts et une surdité presque complète à l'oreille droite pendant les quinze premiers jours, mais l'audition était parfaitement rétablie en ce moment.

Dans sa première note, M. Morvan signalait, d'une part, le saignement de l'oreille déterminé par une violence sur le menton et coïncidant avec l'intégrité de la membrane du tympan, et d'autre part, un groupe de symptômes se rattachant à la sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire correspondante, avec la difficulté d'écarter les mâchoires, comme révélant l'existence d'une fracture de la cavité glénoïde du temporal. La première des deux observations que nous venons de reproduire confirme cette détermination diagnostique par la constatation des signes directs de cette fracture.

Aux sept observations rapportées dans les deux mémoires de M. Morvan, il faut ajouter deux cas qui lui ont été communiqués, l'un par M. Follin, le second par M. le docteur Aubry. Dans le fait observé par M. Follin, il s'agit d'une jeune fille qui, dans une chute d'un lieu élevé, s'était fracturé la cuisse et la mâchoire inférieure; il y avait une large plaie du menton, des dents brisées, une rupture verticale du maxillaire inférieur avec vives douleurs vers l'articulation temporo-maxillaire gauche et un écoulement léger de sang par l'oreille du même côté. Quant à M. Aubry, il a eu à traiter un jeune homme qui, par suite d'une chute sur le menton, accusait une douleur vive vers l'articulation temporo-maxillaire droite. L'examen de la région malade lui fit constater l'absence de luxation et de fracture du maxillaire inférieur; mais son attention fut surtout attirée par un saignement de l'oreille. — Ces deux malades ont guéri.

C'est à l'aide de ces neuf faits que M. Morvan a pu tracer un tableau descriptif assez complet de cette lésion. Nous allons en résumer les principaux traits.

La fracture de la cavité glénoïde, dans tous les cas observés, a toujours été le résultat d'une violence agissant sur le menton, et transmise par l'intermédiaire du maxillaire inférieur jusqu'à la cavité glénoïde.

On a vu que les symptômes constants étaient une contusion ou une plaie contuse du menton, un écoulement de sang généralement copieux par l'oreille, la sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire, et la difficulté d'écarter les mâchoires.

La contusion du menton a ici une valeur séméiologique d'autant plus grande que, les malades perdant généralement connaissance au moment de l'accident, on serait porté en son absence à attribuer le saignement de l'oreille à toute autre cause, à une lésion du crâne, par exemple. Il y a, bien entendu, à faire une réserve à cet égard pour les cas où la fracture de la cavité glénoïde est compliquée d'une fracture de la base du crâne, comme cela a été constaté dans l'une des observations ci-dessus. Dans ce dernier cas, l'écoulement de sang est remplacé au bout de quelques jours par un écoulement de sérosité.

La situation de la plaie du menton s'est toujours montrée en rapport avec la fracture de telle ou telle cavité glénoïde. Ainsi, quand la contusion est à gauche de la symphyse du menton, c'est l'oreille droite qui saigne et qui est le siége de la fracture, *et vice versa*. Quand les deux oreilles saignent, la contusion existe précisément au milieu du menton.

L'intégrité ou la déchirure de la membrane du tympan a aussi une grande importance au point de vue du diagnostic. En effet, la fracture du rocher avec saignement auriculaire ne peut avoir lieu qu'à la condition d'une rupture de cette membrane, tandis

---

nime. On retrouve alors Hippocrate, qui dit : Oui, et Galien qui dit : Non.

Sir J. Clark estime le climat de Madère comme étant le meilleur pour les phthisiques. M. le professeur Andral est disposé à partager cette même croyance. Le docteur White se prononce en faveur du climat de Madère, sous l'influence duquel il recouvra la santé.

Mais voici maintenant venir le docteur Mason, qui résida à Funchal, où il fit des observations d'hygrométrie, et où il ne trouva point d'amélioration à sa maladie grave. Cet observateur, qui allait souvent consulter son hygromètre pendant la nuit, prétendit que l'humidité de Madère ne le cédait pas à celle de l'Angleterre, et que les phthisiques, du moins ceux (comme lui) qui ont besoin d'inspirer un air sec, doivent redouter Madère.

Par une sorte de contraste, Funchal n'a pu convenir à la maladie du docteur Kampfen, mais à cause de son extrême sécheresse; M. Kampfen pense donc que l'été de Madère est convenable seulement aux malades qui réclament une atmosphère douce, pure, sèche, tempérée. Le mémoire du docteur Burgess tend à prouver l'inutilité des changements de climat comme moyen de guérir la consomption pulmonaire.

Enfin beaucoup de malades confessent qu'ils ont obtenu du mieux-être pendant leur séjour à Funchal; plusieurs reviennent à Madère en souvenir du bien qu'ils y ont trouvé une première fois; il en est même qui, après avoir obtenu une amélioration si grande qu'elle ressemblait fort à une guérison, ont pris à Madère un domicile permanent. Quel est le nombre des malades quasi-guéris ou guéris? M. Barral cherche à résoudre cette question avec une sorte d'exactitude mathématique, et fait le dénombrement des malades étrangers pendant cinq ans. Il en compte jusqu'à 1,601, Anglais en grande majorité; mais il faut s'empresser de diviser ces malades voyageurs en deux grandes catégories, l'une composée de malades non phthisiques, et l'autre formée par des phthisiques à diverses périodes. Les malades de la première catégorie ont tous été promptement soulagés ou guéris. Quant à ceux de la seconde, les uns succombent, ce qui ne doit nullement surprendre; d'autres, plus nombreux, éprouvèrent une réelle et durable amélioration. Mais certains parmi ces derniers cessèrent d'être en correspondance avec M. Barral; il en est autrement pour des Portugais constamment sous ses yeux, chez lesquels il eut la satisfaction de constater un mieux persistant et équivalent à une guérison.

Le temps n'est pas encore venu de rassembler les faits avec tous les éléments d'une statistique sage, raisonnée, péremptoire, mais les faits déjà connus ne permettent-ils pas de considérer le climat de Madère comme ayant une très-grande part aux heureuses modifications qui s'opèrent chez les tuberculeux? Sans doute il faut aussi compter le traitement pour quelque chose, en notant toutefois que ce traitement, parfois le même avant l'arrivée des malades dans l'île, était jusqu'alors inefficace.

Dans le traitement médicamenteux figurait, comme en Europe, l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium et de fer, la digitale, les balsamiques, etc., etc. Mais au-dessus de cette pharmacologie, il y a l'air de Madère, les promenades sur les bords de la mer, une habitation au sud pendant l'hiver, plus ou moins loin de la mer, selon les idiosyncrasies. Eh bien, pour ces malades, abrités des vents froids par la Cordillère, l'air vivifiant et riche de principes maritimes que les courants du sud-sud-est amènent à Madère, n'est-il pas la plus bienfaisante, la plus précieuse des fumigations pour leur poitrine tuberculeuse? Et jusqu'à plus ample informé, M. Barral est fondé, en comparant certaines localités vantées (Lisbonne, Nice, Rome, Pise, Naples, Venise, etc.), à leur préférer Madère. Son opinion est renforcée par les auteurs qui ont étudié le climat par trop vanté de l'Italie. Rome, Naples, avec leur beau ciel azuré, ne font pas exception; il en est de même de la reine de l'Adriatique, de Venise la belle, car sa noble atmosphère pélagienne se mésallie à des effluves marécageuses.

L'auteur, après avoir passé en revue les stations recommandées aux phthisiques et examiné les titres de ces stations, jugé leur valeur comparative, est donc encore fondé à formuler des conclusions telles que celles-ci : Le climat de Madère doit être conseillé aux personnes qui, ayant une prédisposition héréditaire à la phthisie, commencent à tousser, à éprouver des hémoptysies, des faiblesses, de l'amaigrissement, ou tout autre symptôme décelant l'invasion de cette maladie. Il doit être conseillé également à ceux qui, avec ou sans cette disposition, présentent les signes du premier degré de la phthisie. On peut encore le conseiller aux phthisiques arrivés au second degré, lorsqu'ils conservent des forces, sinon comme curatif, du moins pour prolonger la vie avec moins de souffrance...

Ce travail remarquable sur le climat de Madère manquait à la littérature médicale; sa traduction en notre langue sera accueillie avec des applaudissements dans cette patrie des Bayle, des Laënnec, etc., dans notre France où l'on reçoit si bien ce qui arrive à propos. Puis M. Barral est docteur en médecine de la Faculté de Paris, et la science, système nerveux des pays civilisés, doit avoir une *action réflexe*. J'ajouterai que cette œuvre méritait d'avoir pour interprète le docteur P. Garnier, dont les traductions sont de véritables photographies littéraires, et qui de plus a joint à sa nouvelle traduction des notes explicatives excellentes et une préface élégamment écrite.

Dr E. Bessière.

que dans le cas de fracture simple de la cavité glénoïde le saignement a lieu malgré son intégrité. Il faut, il est vrai, pour ne donner à ce signe que sa stricte valeur, tenir compte des cas où la membrane du tympan était déjà lésée avant l'accident, ainsi que cela avait lieu dans l'une des observations rapportées par M. Morvan.

En résumé, voici les signes diagnostiques comparatifs de la fracture simple de la cavité glénoïde et de la fracture du rocher avec ou sans lésion de cette cavité articulaire :

Dans le premier cas, saignement de l'oreille avec intégrité de la membrane du tympan et tout le groupe de symptômes qui se rattachent à la sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire.

Dans le deuxième cas, saignement de l'oreille avec rupture de la membrane du typan, d'une part, et d'autre part, tous les symptômes qui se rattachent à la sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire, coïncidant avec les symptômes qui accusent les fractures de la base du crâne.

Dans le troisième cas enfin, saignement de l'oreille avec rupture de la membrane du tympan, plus les signes caractéristiques des fractures du rocher, mais absence des symptômes de la sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire.

Le pronostic, sans gravité dans le cas de fracture simple de la cavité glénoïde, devient grave au contraire dans les deux autres cas.

Le traitement des fractures de la cavité glénoïde n'a exigé, en général, d'autres moyens que quelques émissions sanguines et des compresses d'eau froide. Dans les deux autres cas, on a à combattre les complications cérébrales qui accompagnent presque toujours les fractures du rocher.

Bons effets de l'emploi topique du chlorate de potasse dans quelques affections chirurgicales, en particulier dans les ulcères variqueux et la pourriture d'hôpital.

Depuis que l'attention des praticiens a été appelée sur les bons effets de l'action topique du chlorate de potasse dans un certain nombre d'affections de la bouche, un de nos jeunes confrères, M. le docteur Milon, a eu l'idée d'essayer cet agent dans quelques affections chirurgicales, et de rechercher jusqu'à quel point il modifierait d'une manière avantageuse les plaies de mauvaise nature. M. Milon a bien voulu nous rendre témoin de ses premiers essais à l'Hôtel-Dieu, mais ils étaient encore alors trop peu concluants pour que nous ayons cru devoir en entretenir nos lecteurs. Il les a poursuivis depuis dans divers autres hôpitaux, mais nous avions perdu de vue les expériences et l'expérimentateur, lorsque dans l'un des derniers numéros du *Bulletin général de thérapeutique*, nous avons trouvé quelques renseignements que nous nous empressons de faire connaître.

M. Milon a été conduit par les résultats de ses expériences à considérer le chlorate de potasse comme le *sel cicatrisant* par excellence. Il modifie merveilleusement les plaies en les détergeant, en diminuant la suppuration, en faisant disparaître la fétidité qu'elles exhalent.

Dans les ulcères variqueux, par exemple, dit M. Milon, sous l'influence de ces applications, la cicatrisation se fait à la fois par les bords de l'ulcère et par son centre, où l'on voit apparaître un tissu cicatriciel qui grandit chaque jour et finit par rejoindre la circonférence : dès les premiers jours, la partie cicatrisée présente une consistance spéciale qui promet une guérison durable. C'est ainsi qu'il assure avoir guéri, en trente-deux jours, chez un homme de cinquante-six ans, un ulcère de la jambe datant de vingt ans, et dont on n'avait jamais pu obtenir la cicatrisation complète.

Dans deux cas de pourriture d'hôpital, ajoute M. Milon, l'action du chlorate a été excessivement prompte. Dès les premiers jours la fétidité avait disparu et les plaies étaient détergées ; le travail de cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité, bien que chez l'un des malades il y eût des séquestres.

Mais de tous les résultats, le plus extraordinaire (aussi ne le donnons-nous qu'avec réserve) a été la guérison d'un cancroïde chez un homme âgé de soixante-treize ans et atteint de cette affection depuis vingt-sept ans. Considérée comme telle par M. Velpeau et par M. Richet, dit le journal auquel nous empruntons ces détails, cette affection, qui avait débuté par une petite verrue non douloureuse, mais causant de légers chatouillements, avait fini par donner lieu à une ulcération, tantôt diminuant d'étendue, tantôt s'agrandissant, et cette affection s'est terminée par la guérison, à l'aide des applications topiques du chlorate.

Les pansements ont toujours été faits avec la solution saturée à la température ambiante. Le mode de pansement consiste tout simplement à appliquer sur la plaie un gâteau de charpie trempé dans cette solution. Seulement, pour éviter le dessèchement du tampon et son adhérence à la plaie, M. Milon a soin de maintenir celle-ci dans un état constant d'humidité, en l'arrosant à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures et en recouvrant le pansement d'un morceau de diachylon ou de toile gommée.

Un pansement chaque jour est suffisant ; on n'en fait un second que dans les cas où la suppuration est très-abondante. Lorsque celle-ci est très-diminuée, il y a avantage à ne faire le pansement que tous les deux jours.

Enfin il est utile qu'on sache que ces applications sont quelquefois assez douloureuses. Ces douleurs ont leur plus grande acuité au moment de l'application, puis elles diminuent insensiblement et cessent après 15, 20 ou 30 minutes.

L'expérience de ce mode de pansement est si facile, qu'on ne peut manquer d'être fixé en peu de temps sur sa valeur réelle.

DEUX OBSERVATIONS DE NÉVROSE DE L'ESTOMAC

Traitée avec succès par l'électricité.

De tous les agents modificateurs du système nerveux, il n'en est aucun qui jouisse d'une action plus puissante que l'électrisation ; lors donc qu'une névrose résiste, le praticien ne doit pas hésiter à recourir à cette médication, toujours inoffensive. Les faits suivants, publiés par M. Oré, prouveront, une fois de plus, que le succès peut couronner la tentative.

Une dame âgée de trente ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament nerveux, était affectée depuis quatre années d'une pneumatose stomacale, qui se produisait d'une manière subite par le seul fait de l'ingestion de quelques cuillerées de bouillon ou d'un liquide quelconque. Mais, chose étrange, ces phénomènes n'avaient lieu que le soir et ne se montraient jamais après les repas que la malade faisait pendant le jour. Des emplâtres stibiés et des vésicatoires volants à l'épigastre, le sous-nitrate de bismuth, la magnésie calcinée, des vomitifs, les eaux de Pougues et de Vichy, enfin un voyage en Italie, furent sans action sur la maladie.

Après avoir essayé de l'usage du sulfate de quinine, afin d'avoir successivement rempli chacune des indications, et cet agent anti-périodique ne modifiant aucunement l'état de cette dame, M. Oré eut recours à l'électrisation. Les deux conducteurs de l'appareil de Legendre et Morin furent appliqués sur la région épigastrique ; on fit passer d'abord un courant faible, puis on en augmenta graduellement l'intensité, afin de ne pas produire de douleur trop vive. Aucune modification ne suivit la première application. Après la seconde séance, la malade put prendre quelques aliments ; mais la tension de l'estomac revint immédiatement après ; toutefois elle fut moins forte, et dura seulement deux heures au lieu de douze. Les mêmes manœuvres furent renouvelées pendant cinq jours, et dès ce moment la malade put manger impunément, sans éprouver aucun des symptômes qui l'avaient fatiguée depuis quatre ans. Afin de s'assurer qu'il n'y avait pas une simple coïncidence entre le résultat obtenu et l'emploi de la faradisation, M. Oré cessa d'en faire usage. Bientôt la tension de l'épigastre reparut, et il dut revenir à ce moyen. Pendant un mois environ, la malade fut électrisée chaque jour ; après ce laps de temps, la guérison fut complète, et elle s'est maintenue depuis.

Le sujet de la seconde observation est un abbé, d'un tempérament nerveux et très-impressionnable. Depuis huit années, il était fatigué par des vomissements quotidiens, contre lesquels les médications les plus diverses avaient été mises en œuvre. Les matières rendues étaient tantôt des aliments, tantôt des mucosités. Il est important de faire remarquer que sa mère était atteinte d'une affection identique. Ces vomissements, qui avaient lieu sans efforts et sans occasionner à ce malade de fatigue bien grande, étaient surtout augmentés par des influences morales. Ainsi cet abbé ne pouvait jamais monter en chaire sans vomir, quelques instants avant, les substances contenues dans son estomac. Encouragé par le résultat obtenu chez la malade précédente, M. Oré proposa l'électrisation. Ce traitement fut fait de la même manière et continué pendant un mois. Dès la cinquième faradisation les vomissements ont cessé, et ils n'ont pas reparu depuis.

Ces faits de guérison de névroses stomacales ne sont pas uniques, comme le croit notre confrère de Bordeaux, et nous pourrions en ajouter plusieurs tirés de notre pratique ; mais ils n'en sont pas moins dignes d'être enregistrés.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

DE LA PELLAGRE.

Réponse de M. le docteur Hiard (de Mugron), à M. le docteur Sorbets (d'Aire).

Avant d'analyser les objections qui m'ont été faites, je dirai quel a été mon but en publiant mes *Quelques mots sur la pellagre*. C'est d'abord de constater le premier, au moins dans nos contrées, l'efficacité des bains de l'Adour contre cette affreuse maladie, bains que j'ai fait toutes les fois précéder d'ordinaire d'une ou deux purgations, et quelquefois aussi d'un vésicatoire. En second lieu, je n'ai pas voulu laisser ignorer non plus les services que m'a rendus le mercure dans deux cas désespérés.

Je regrette que M. le docteur Sorbets, qui, sans mot dire de l'action merveilleuse du mercure, pourrait, tout en employant, comme moi, les bains de l'Adour, n'avoir obtenu que des demi-succès, ait omis l'usage préalable des purgatifs. Notre honoré confrère aurait-il été retenu par l'existence *sine qua non*, nous dit-il, de la gastro-entérite dans la pellagre?...

Je ne crois pas qu'il soit utile d'entrer dans de longues considérations pour prouver que, pour moi comme pour beaucoup de bons esprits, l'irritation et l'*inflammation* surtout ont bien souvent fort peu de chose à voir dans ces différents troubles fonctionnels ; qu'à l'exception de l'état rouge et fendillé de la langue, tous les phénomènes cités peuvent tout aussi bien et mieux s'expliquer par l'amoindrissement de la puissance vitale qui est, pour moi, le fait capital de la pellagre, le seul qui puisse conduire à un bon traitement.

Quant à la diarrhée, en tant qu'elle apparaît comme conséquence de la gastrite indiquée par l'état rouge de la langue (et c'est bien là le sens de ma phrase), c'est un accident assez rare et exceptionnel.

Je ne parle pas de cette diarrhée avec une *langue normale*, qui paraît et disparaît, et qui souvent, quoi qu'on en dise, n'existe pas du tout, à moins qu'on n'ait sous les yeux des pellagreux arrivés *in extremis*. Cette diarrhée est pour moi sans importance ; elle n'a de valeur que comme épiphénomène aggravant la débilité ; elle ne donne aucune lumière pour le traitement. Aussi, le *sous-nitrate de bismuth* peut-il la faire disparaître sans amener la guérison.

Prenez une cachexie, une maladie chronique quelconque, vous observerez de temps à autre une diarrhée qui tient à la même cause que cette diarrhée *sans rougeur de la langue* des pellagreux. C'est ce que l'on voit dans la vérole constitutionnelle, les obstructions du foie et de la rate, la phthisie, le cancer interne, les maladies du cœur, etc. C'est que tout se tient dans l'organisme, et que, lorsqu'il est malade dans ses organes les plus importants, il n'est pas étonnant que le canal alimentaire qui, dans l'ordre biologique, occupe la première place, en ressente le contre-coup et fasse mal ses fonctions. La diarrhée, qui en est le signe, n'est la plupart du temps, à mes yeux, qu'une simple indigestion, l'effet d'un embarras gastrique, phénomènes qui ne sont que sur le second plan par leur importance.

Pour me résumer, je dirai à M. le docteur Sorbets que je suis au moins sur un bon chemin pour le traitement de la pellagre, et que quelque jour on me saura gré de l'avoir indiqué en attendant que mes études m'aient conduit à faire mieux.

LA FIÈVRE JAUNE A LA NOUVELLE-ORLÉANS.

Le rapport officiel du Bureau de santé constate qu'il y a eu 445 décès causés par la fièvre jaune, dans les limites de la Nouvelle-Orléans, dans les cent cinquante heures (une semaine moins dix-huit heures) expirées samedi 11 septembre, à midi. Les décès se partagent comme suit :

30	heures	expirées	lundi	6	septembre,	à midi. . . .	100
24	—	—	mardi	7	—	— . . .	77
24	—	—	mercredi	8	—	— . . .	49
24	—	—	jeudi	9	—	— . . .	64
24	—	—	vendredi	10	—	— . . .	85
24	—	—	samedi	11	—	— . . .	70
150	—	—	samedi	11	—	— . . .	445
18	—	de plus (à peu près)					36
Total pour la semaine expirée le 12 septembre. . . .							481

Voici maintenant la mortalité de chaque semaine depuis que la fièvre jaune sévit à la Nouvelle-Orléans :

			Fièvre jaune.	Autres maladies.	Total.
Semaine	expirée le	18 juin. . . .	2	428	430
—	—	4 juillet. . .	8	134	142
—	—	11 juillet. . .	9	139	148
—	—	18 juillet. . .	20	117	137
—	—	25 juillet. . .	25	162	187
—	—	1 août. . . .	70	120	190
—	—	8 août. . . .	140	166	306
—	—	15 août. . . .	286	171	457
—	—	22 août. . . .	318	165	483
—	—	29 août. . . .	402	184	586
—	—	5 septemb. .	449	197	646
—	—	12 septemb. .	481	(à peu près)	
		Total. . . .	2210	décès causés par la fièvre jaune.	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 septembre 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. DEGUISE fils, revenant sur la discussion soulevée dans les dernières séances sur la fréquence de l'affection charbonneuse dans certains pays, dit que dans un voyage qu'il vient de faire du côté de Chartres, il a pu constater combien, en effet, la pustule maligne était commune. En moins de deux jours, j'ai pu en voir deux cas. Un chirurgien, M. Poulain (de Châteauneuf), dont la pratique pour le traitement de cette affection est très-étendue, m'a appris que dans presque tout le pays on a abandonné la cautérisation avec le fer rouge. On pratique l'excision de la pustule, et sur la plaie on verse une très-grande dose de sublimé. M. Poulain m'a assuré que ce traitement, toujours efficace, n'était jamais suivi d'accidents, malgré la quantité de sublimé employée.

CORRESPONDANCE.

M. VELPEAU dépose sur le bureau la seconde édition de son *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*. Paris, 1858, in-8°.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Velpeau au nom de la Société.

— M. Bauchet écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

Quoique le délai de rigueur soit expiré, la Société, consultée par M. le président, décide que le nom de M. Bouchut sera inscrit sur la liste des candidats.

LECTURE.

M. FOUCHÉ lit un travail intitulé : *Note sur une variété de tumeur de l'orbite*. (Renvoi à une commission composée de MM. Huguier, Danyau et Verneuil.)

RAPPORT.

M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur les travaux de M. le docteur Fabrizzi (de Modène).

La discussion et l'adoption des conclusions sont renvoyées à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Double kéloïde conjonctivale. — M. VERNEUIL présente un malade, qui, à la suite de l'introduction d'acide sulfurique dans les yeux, a vu se former sur la cicatrice de la brûlure dans chaque œil une bride de substance kéloïde, faisant adhérer la conjonctive oculaire à la conjonctive palpébrale. M. Verneuil hésite à pratiquer une opération, parce que le malade paraît prédisposé à avoir des kéloïdes. On voit, en effet, sur le cou, sur les points également brûlés par l'acide, des productions de ce genre. C'est là un fait qui mérite d'être rapproché de celui présenté par M. Legouest dans la séance précédente.

M. HUGUIER serait d'avir d'opérer, en engageant, après avoir détruit son adhérence, l'extrémité palpébrale de la tumeur dans une incision pratiquée à la partie déclive de la paupière et en l'y retenant par une suture.

C'est précisément ce mode opératoire que M. Verneuil se proposait d'adopter.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation de l'avant-bras en avant, compliquée de la fracture de l'olécrane et de celle de l'apophyse coronoïde. — M. MOREL-LAVALLÉE. Il y a dans la science trois exemples de la luxation de l'avant-bras en avant avec fracture de l'olécrane; il n'y en avait point encore avec fracture de l'apophyse coronoïde. Ce fait, dont vous avez les pièces sous les yeux, présente encore cette particularité nouvelle, que la luxation, au lieu d'être directement en avant, était en même temps en avant et en dehors. J'ajouterai que c'est le premier exemple où la fracture de l'apophyse coronoïde ait été reconnue sur le vivant.

Le 14 septembre dernier est entré dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, nº 18, Alexandre Verlegen, garçon brasseur, âgé de trente-huit ans.

Il était couché dans une voiture que conduisait à pied un de ses camarades. Tout à coup le cheval s'emporte; il essaye de sauter à terre, mais il tombe sur le côté droit, et la roue lui passe de dehors en dedans sur la partie antérieure du coude.

Le lendemain, à la visite, le gonflement de l'articulation et des parties voisines était tel, que le membre paraissait avoir doublé de volume. Les reliefs et les dépressions qui fournissent des points de repère autour de la jointure avaient disparu. Si l'on ajoute que le blessé avait de l'embonpoint, était surtout puissamment musclé, on sentira qu'il n'était pas permis de songer, pour le moment, à établir un diagnostic précis. Tout ce que je pus constater, c'était une fracture de la base de l'olécrane avec plaie pénétrant jusque dans l'articulation, qui évidemment était le siége de lésions plus graves, mais impossible à reconnaître actuellement.

Les mouvements actifs de l'avant-bras étaient abolis; mais tous les mouvements passifs, surtout l'extension et la flexion, conservaient presque toute leur étendue, sans s'accompagner d'ailleurs d'aucune agitation. Le pouls était comme du côté sain, ce qui montrait que l'artère humérale n'avait pas souffert.

Outre la plaie de la région olécranienne, une autre, également irrégulière, existait au côté interne du coude; et une troisième en dehors, et des eschares, résultat immédiat de la contusion, sur plusieurs points du bras. — 40 sangsues, cataplasmes.

Les jours suivants, le gonflement ne fit qu'augmenter, en s'accompagnant d'une fièvre assez forte; la peau est tendue, luisante. Un phlegmon diffus se déclare; de larges débridements sont pratiqués.

Le 20, deux collections purulentes s'étant prononcées à la partie externe et inférieure du bras, et à la partie interne et supérieure de l'avant-bras, des incisions donnent issue au pus. Ayant introduit une sonde cannelée par cette ouverture, je l'y engage de bas en haut jusqu'au pavillon, profondément, dans le voisinage de l'humérus. L'index substitué à la sonde cannelée, le bras étant tenu dans la flexion presque à angle droit, dans cette plaie qui était au côté interne du coude, je trouvai la poulie humérale complétement libre et à nu, et l'avant-bras, placé en avant de l'extrémité humérale, et j'annonçai immédiatement une luxation en avant compliquée de fracture de l'olécrane; je trouvai également au bout du doigt, sur la face antérieure du bras, à trois travers de doigt au-dessus du coude, une grosse esquille mobile, que son volume, et surtout son éloignement de toute surface osseuse à nu — car elle reposait sur le brachial antérieur, — me faisaient reconnaître pour l'apophyse coronoïde.

Sa position, aussi élevée et aussi rapprochée de la face antérieure du bras, pouvait d'abord paraître étrange, et cependant cette position s'explique tout naturellement par le transport de toute l'extrémité de l'avant-bras sur le bras, et par la flexion de l'avant-bras, qui rapproche cette apophyse de la face antérieure de l'humérus. Encore adhérente par le périoste à son côté externe, elle reprend sa place au pli du coude dans l'extension.

A ma seconde exploration, je constatai, le lendemain, que l'avant-bras n'était pas directement luxé en avant, mais à la fois en avant et en dehors, de façon que l'extrémité tronquée du cubitus correspondait à la racine du condyle, c'est-à-dire à la place qu'aurait occupée le radius dans une luxation directe en avant.

Le samedi soir, 26 septembre, un violent frisson qui s'est répété le dimanche matin, nous a fait perdre l'espoir de lui conserver son membre, ce symptôme, surtout avec sa violence, annonçant pour nous la pénétration du pus dans le sang, car rien dans l'état du membre ni dans les viscères ne pouvait en rendre compte.

L'amputation est en effet pratiquée le lundi 27, assez haut, au niveau de l'insertion deltoïdienne, par la méthode à lambeaux antérieur et postérieur.

A l'examen anatomique de la pièce, on a trouvé, *dans les parties molles*, de vastes foyers qui s'étendaient depuis le coude jusqu'au tiers inférieur du bras et au tiers supérieur de l'avant-bras, en dedans et en dehors, mais surtout en dedans; ces foyers, recouverts d'une épaisse fausse membrane pultacée, s'étendaient depuis la peau jusqu'aux interstices des muscles, et ils communiquaient avec les os fracturés, puisque le foyer des lésions osseuses articulaires en est même le point de départ.

Il y a effectivement une fracture de l'olécrane et de l'apophyse coronoïde, exactement au niveau de la base de l'olécrane, comme si la double fracture avait eu lieu d'un coup de hache perpendiculairement frappé.

La fracture de l'olécrane est transversale et siége un peu au-dessous de la partie cartilagineuse, en sorte que toute la cavité est restée appliquée sur la partie sans déplacement en haut. Elle est retenue en position d'abord par son engrenage même, et surtout ensuite par des parties molles, d'abord en procédant de la superficie à la profondeur par l'aponévrose, qui se fixe d'une part à la partie postérieure de l'olécrane, et d'autre part à l'épitrochlée et à l'épicondyle, et en dedans par le ligament très-fort étendu de l'olécrane, où il est fixé au niveau et à un centimètre au-dessus de son lieu, entre l'insertion du triceps et sa portion cartilagineuse d'une part, et de l'autre à l'épitrochlée immédiatement en avant du nerf cubital, et en dehors par un ligament affectant la même disposition, mais beaucoup moins épais. Il faut ajouter que le ligament est uni à l'aponévrose comme celui du côté opposé, et comme cette aponévrose joint aussi le tendon du triceps aux origines des muscles de l'avant-bras, on comprend qu'en disant au malade de roidir son membre, le fragment olécranien se trouve immobilisé, comme nous l'avons vu chez un autre malade. Le cul-de-sac articulaire supérieur étant intact, il est impossible d'élever l'olécrâne plus qu'à l'état normal.

L'*apophyse coronoïde* est séparée de la face antérieure du cubitus parallèlement à cette face, comme si elle n'en était que décollée; elle est en même temps renversée en dehors, sa partie interne étant devenue antérieure. Une simple extension avec une traction légère auraient opéré la réduction de la luxation, qui se reproduit avec la même facilité.

Les *muscles épitrochléens* n'existent presque plus, détruits qu'ils ont été par la violence extérieure et par la suppuration; ils ne sont plus représentés que par un petit cordon du volume d'une plume à écrire, qui cède au moindre effort. Le *muscle cubital*, enveloppé d'une fausse membrane inflammatoire, formait presque le seul moyen d'union des os de ce côté, car il ne reste plus une trace de ligaments. En dehors, les muscles étaient restés en grande partie intacts, mais plus de ligaments. Aussi la luxation se reproduisait-elle aussi facilement qu'elle se réduisait.

Les *cartilages articulaires* manquent dans l'étendue d'un centimètre sur la poulie humérale à son côté interne; tandis qu'à son côté externe le cartilage, qui présente une petite division de la largeur de l'angle, est comme fracturé sur lui-même, et se décolle avec moins de facilité.

Nous terminerons par une remarque: on pourrait s'étonner que l'étendue et la facilité des mouvements passifs de l'avant-bras n'aient pas mis tout d'abord sur la voie de la luxation; mais c'est précisément le degré de cette mobilité, qui, avec l'absence de la crépitation, pouvait le mieux écarter cette idée, car la flexion et l'extension, conservées à ce point, faisaient plus naturellement supposer que l'articulation était intacte.

Enfin, on notera que les lésions du squelette étaient l'effet d'une cause directe.

M. RICHET. Les cas de luxation du coude ne sont pas communs; j'en ai déjà publié une observation. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer un deuxième exemple.

Un homme tombe du haut d'un omnibus; il présente une luxation du fémur et une luxation du coude.

La première fut facilement réduite.

Quant à l'autre, elle se compliquait de la fracture de l'olécrane. Cette apophyse avait été violemment séparée comme avec une hache. La violence avait été telle que la peau avait été déchirée, et que par cette plaie le doigt pénétrait facilement dans l'articulation. La luxation était complète, et, comme l'a indiqué M. Morel dans l'observation qu'il nous a communiquée, on réduisait avec une extrême facilité, mais la luxation se reproduisait immédiatement.

En présence de si graves lésions, je voulus savoir si je devais sauver le membre, le maintenir dans une position qui puisse le rendre utile au malade. Je réduisis et plaçai l'avant-bras dans la flexion à angle droit sur le bras; il y eut suppuration, et le malade guérit avec ankylose. Il se sert bien de son bras.

Le secrétaire, LABORIE.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

MM. David Richard, de Stéphansfeld.	20 fr.
Dagonet, agrégé à Strasbourg.	20
Desmarres	40
Un anonyme.	2 50
Sichel.	10
Legrand du Saulle (2e souscription) . . .	10
Auzouy (de Maréville).	10
Billod (de Sainte-Gemmes)	10
Total.	122 50
Total des listes précédentes. . .	749
Total général jusqu'à ce jour. . .	871 50

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un congrès médical s'ouvrira le 18 octobre à Asti (Sardaigne). La médecine, la vétérinaire et la pharmacie y seront représentées.

— M. Darricau, médecin de l'hôpital civil de Bayonne, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 120. — MARDI 12 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 120. — MARDI 12 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 OCTOBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Velpeau, en faisant hommage à l'Académie de la deuxième édition de son *Traité des maladies du sein*, a exposé, dans quelques remarques dont il a donné lecture à ses collègues, quelques-uns des sujets principaux traités dans cet ouvrage. En attendant que nous rendions compte de ce livre, l'un des plus pleins de faits et d'enseignements pratiques qui soient sortis de la plume féconde de son auteur, et qui résume sur cet ordre de maladies les résultats de l'expérience la plus vaste, jointe à ce que l'esprit de méthode et d'observation a de plus précis, nous reproduisons dans le compte rendu l'analyse rapide que M. Velpeau en a faite lui-même.

Après cette communication, l'Académie a entendu la lecture d'un mémoire de M. le professeur Bouisson, de Montpellier, sur l'utilité de la ventilation des plaies et des ulcères. L'idée de ventiler directement les plaies lui est venue, dit-il, en observant la guérison spontanée et à l'air libre des solutions de continuité superficielles faites à des animaux. La prompte dessiccation des surfaces dénudées, la formation d'une croûte et la cicatrisation sous cet opercule protecteur, l'ont amené à penser qu'en favorisant, par la ventilation directe, l'évaporation des liquides exhalés, on accélérerait l'organisation régulière du plasma, et qu'il résulterait une *cicatrisation sous-crustacée* plus avantageuse que celle qu'on obtient par les pansements ordinaires.

M. Bouisson s'est proposé, comme on le voit, par la ventilation des plaies, le même but qu'on s'efforçait d'atteindre autrefois au moyen des topiques réputés siccatifs, ou plus récemment au moyen des pansements rares et des pansements par occlusion ; il considère même la cicatrisation sous-crustacée comme préférable à ces divers modes de cicatrisation, en ce sens qu'en fermant la solution de continuité avec ses propres produits, elle respecte davantage les opérations naturelles.

Ceci n'est pas une simple vue de l'esprit. Avec les belles ressources d'expérimentation clinique dont dispose M. Bouisson, l'idée spéculative ne devait pas tarder à recevoir la sanction de l'expérience. Aussi nous apprend-il que depuis le mois de mars 1857, la ventilation a été mise en usage dans son service, et appliquée à des cas variés, notamment à des plaies chroniques ou récentes, à des ulcères locaux ou constitutionnels, à des solutions de continuité résultant d'opérations chirurgicales, etc. Les effets thérapeutiques qu'il a obtenus de la ventilation locale, se résument ainsi : action sédative, action siccative, action protectrice, action antiseptique, économie des médicaments extérieurs et des pièces de pansement, simplification du service des malades, propreté et salubrité.

En termes d'optique, on appelle horoptère (de ὅρος, borne, ὀπτήρ, qui voit), la ligne droite tirée par le point où concourent les deux axes visuels, ou, en d'autres termes, le lieu qu'occupent dans l'espace les deux points qui sont vus simultanément par les deux yeux. La détermination de l'horoptère a été l'objet de nombreuses recherches de la part des physiologistes. Mais d'après M. Claparède, cette détermination aurait été constamment défectueuse. Ce savant a cherché à donner une solution nouvelle de ce problème. Tel est l'objet de la courte note qu'il a communiquée à l'Académie. Cette solution est-elle la vraie ? Sera-t-elle définitive ? C'est aux physiciens et à ceux de nos confrères qui ont fait une étude spéciale de l'optique appliquée à la physiologie d'en juger.

Nous signalerons enfin à nos lecteurs une lettre de M. Blanchet, sur l'éducation à donner aux sourds-muets et aux aveugles, au sein même de leur famille. On trouvera dans cette lettre des détails du plus grand intérêt sur les résultats que promet pour l'avenir, et qu'a déjà donnés en partie, le système de la pédagogie à la propagation duquel notre honorable confrère s'est dévoué avec une persévérance et un zèle dignes des plus grands éloges. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Traitement de l'asthme (1).

Dans certains pays où l'asthme est une maladie commune, le traitement de cette affection était autrefois abandonné aux empiriques. Dans les Indes orientales, c'était un remède populaire que de se guérir de ses accès en fumant une espèce d'herbe, qui n'était autre que le datura metel. Le docteur Anderson, médecin à Madras, recommandait l'usage de cette plante ; il en remit à un officier général anglais, qui en apporta en Europe en 1802, et en donna au docteur Sims, d'Édimbourg. Celui-ci en ayant reconnu les bons effets, essaya d'y substituer le datura stramonium ; ces essais réussirent, et aujourd'hui l'usage de la stramoine est vulgarisé dans le traitement de l'asthme.

Ce que nous disons du datura stramonium peut s'appliquer aux autres espèces, au ferox, au fastuosa comme au metel le premier employé, comme aux autres solanées ; mais le plus ordinairement c'est au stramonium qu'on a recours. De tous les remèdes administrés pour combattre les accès d'asthme, celui-ci réussit habituellement mieux. On fume ses feuilles desséchées soit dans une pipe, soit roulées dans du papier sous forme de cigarette. Ce moyen ne réussit pas à tous les malades, il est généralement sans effets chez les individus qui font habituellement usage du tabac à fumer. Cela se comprend lorsqu'on réfléchit que le tabac est une solanée vireuse, de la famille par conséquent du datura, et que l'accoutumance à l'action de la nicotine, peut empêcher l'action du principe actif de la stramoine. Cependant, je connais des fumeurs de tabac que le datura soulage, ce qui prouverait que celui-ci a une action spécifique différente jusqu'à un certain point de celle de la nicotine, bien que l'une et l'autre ne se remplacent par conséquent pas complétement. Il est néanmoins des asthmatiques qui, n'ayant pas l'habitude d'en faire usage, calment leurs accès en fumant du tabac. Je suis du nombre, et je vous ai raconté que dans ces attaques il me suffisait souvent d'aspirer quelques bouffées d'un cigare pour faire cesser la dyspnée.

D'une manière générale, toutes les solanées vireuses, datura, tabac, jusquiame, belladone, jouissent plus ou moins des mêmes propriétés. Elles entraient toutes dans la confection des cigarettes Espic, de Bordeaux, cigarettes qui ont joui longtemps d'une grande renommée dans le traitement de l'asthme essentiel et des catarrhes pulmonaires compliqués d'accidents nerveux. Elles se préparent de la manière suivante :

Feuilles choisies de belladone. . . .	0,30 centigr.
Feuilles choisies de jusquiame. . . .	0,15 —
Feuilles choisies de stramoine. . . .	0,15 —
Feuilles choisies de phellandre aquatique.	0,05 —
Extrait gommeux d'opium.	0,013 milligr.
Eau de laurier-cerise.	q. s.

Les feuilles, séchées avec soin et mondées de leurs nervures, sont hachées et mêlées exactement. L'opium est dissous dans l'eau de laurier-cerise ; le solutum est réparti également sur la masse. Le papier qui sert à confectionner les cigarettes est préalablement lavé avec la macération des plantes ci-dessus indiquées dans l'eau de laurier-cerise, et séché convenablement.

On comprend le succès de ce médicament.

Toutefois, quand on prescrit aux asthmatiques l'usage du datura et des autres solanées, il importe essentiellement d'en proscrire l'abus. Autrement on épuiserait vite l'action de ce moyen thérapeutique.

C'est lorsque l'attaque est violente et seulement alors qu'il faut y avoir recours. Le malade doit fumer deux cigarettes par jour, ou du moins par nuit, au moment de l'accès, et non sept, huit, dix, comme sont tentés de le faire un grand nombre.

Lorsque le malade ne peut pas fumer, on y supplée en faisant brûler du datura dans sa chambre, en le mettant ainsi dans une atmosphère de fumée antispasmodique.

Je le répète, il en est de cette médication comme de toutes, comme de toutes celles surtout qui s'adressent aux maladies nerveuses ; il faut grandement tenir compte des individualités. Tel asthmatique sera soulagé par le datura, tel autre par la belladone ; l'un par la jusquiame, un quatrième par le tabac. Il en est aussi, et notre malade du n° 1 est du nombre, qui ne peuvent pas supporter les solanées ; pour ceux-là, il faut employer d'autres médications justement préconisées.

Parmi ces médications, je vous indiquerai les fumigations de papier nitré, faites de la façon suivante :

On sature une solution de nitrate de potasse, dont on imbibe une feuille de papier non collé. Ce papier, convenablement séché, est divisé en un certain nombre de parties, et chacune d'elles est roulée sous forme de cigarettes, que le malade fume comme une cigarette de tabac. S'il ne peut en faire usage de cette façon, le papier est roulé en boule, puis allumé ; on en reçoit la fumée dans un entonnoir, plus simplement encore sous un cornet de papier dont le malade place l'extrémité dans sa bouche, aspirant ainsi des bouffées de fumée.

Chez quelques malades j'ai associé les deux médications, en faisant rouler des feuilles de solanées dans la cigarette de papier nitré.

Parmi les moyens de traitement des accès d'asthme, il en est un tour à tour vanté par les uns, proscrit par d'autres d'une façon trop absolue, car dans une juste mesure il rend de signalés services ; je veux parler des applications d'*ammoniaque* sur la partie postérieure du pharynx.

Cette médication est due à Ducros de (Sixt). Appelé auprès d'un asthmatique, il portait, à l'aide d'un pinceau, sur la partie postérieure du pharynx, un gros pinceau trempé dans un mélange à parties égales d'eau et d'ammoniaque liquide.

Esprit bizarre et rempli des théories médicales les plus étranges, Ducros avait été conduit à cette pratique par cette singulière idée que le fond du pharynx était le centre d'où émanait toute la puissance nerveuse dont il cherchait ainsi à modifier l'action. Quelque étrange que fût son point de départ, il obtint de réels succès de ses applications ammoniacales ; ceux qu'il obtint, notamment chez la sœur du roi Louis-Philippe, le mirent un instant en grande réputation à Paris. Des expériences faites par d'autres médecins, par M. Rayer, par moi-même, montrèrent en quelques cas l'efficacité du moyen. Mais en d'autres cas j'eus, pour ma part, à ne pas m'applaudir de son emploi ; des accidents formidables survinrent au moment de l'application, et tout en reconnaissant ses avantages, je dois vous avertir de ses dangers.

Deux exemples me sont restés pour toujours dans la mémoire. Un homme fort, de colossale constitution, vint un jour me trouver dans mon cabinet ; il m'était adressé par mon confrère et ami Lebreton. Au moment où j'introduisis dans le fond de l'arrière-gorge le pinceau chargé d'ammoniaque étendue, il fut pris d'un accès d'orthopnée épouvantable ; tout à coup il se dressa sur ses jambes comme lancé par un ressort, il se précipita vers ma fenêtre dans un état de suffocation effroyable. Je crus qu'il allait mourir ; ce fut aussi son sentiment. Cependant le calme revint ; mais le malade ne se soucia pas de tenter de nouveau l'expérience.

A quelque temps de là, une dame que j'ai eu depuis occasion de revoir, vint également me trouver. Cette fois j'opérai avec la plus extrême précaution, et, néanmoins, à peine le pinceau touchait-il le pharynx, qu'un accès terrible de suffocation survint. Cette fois, du moins, je pus suivre le résultat du traitement, et j'appris que la malade était restée deux mois sans avoir d'attaques, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

Notre malade du n° 1 vous racontera que lui-même a été soumis à ces applications d'ammoniaque, et que la seule fois qu'il en subit, il fut pris d'un accès d'oppression tel qu'il se vit sur le point de mourir. De plus, à partir de ce moment, il eut ses accès tous les quatre jours, revenant à l'heure où l'opération avait été faite, tandis qu'auparavant il n'avait d'attaque que tous les trois mois.

La médication de Ducros ne guérit donc pas tous les malades, bien qu'un grand nombre la supportent avec la plus grande facilité. — Ducros l'appliquait journellement sans avoir jamais observé de fâcheux effets. — Cependant les accidents dont j'ai été le témoin me montrent que l'on ne saurait agir avec trop de prudence et que la mort elle-même peut arriver au milieu d'une de ces épouvantables crises. Aussi, quand j'ai recours aux applications d'ammoniaque, ai-je soin de prendre la précaution que je vous recommande de prendre également. Je fais d'abord respirer de l'ammoniaque aux malades en leur passant sous le nez un

(1) Fin. — Voir les numéros des 2, 16 et 23 septembre et 5 octobre.

flacon rempli de cet alcali, puis je les touche, la première fois, avec une solution de 1 partie d'ammoniaque pour 9 d'eau; le lendemain, je fais une solution au 8e, puis au 7e, j'arrive progressivement à 1/3, et enfin, quand l'habitude est acquise, je prends la solution à parties égales.

Il est même un moyen d'employer l'ammoniaque, c'est de tenir le malade dans une atmosphère de vapeurs ammoniacales que l'on fait dégager en laissant dans sa chambre des assiettes remplies de cette substance.

C'est à ces vapeurs que doivent certains malades d'être soulagés par le seul fait de leur passage plus ou moins prolongé dans les lieux où ce gaz ammoniaque se dégage. Je vous ai cité l'exemple du capitaine de navire dont M. le docteur Vidal m'a communiqué l'histoire, et qui était exempt d'attaques lorsqu'il naviguait sur son bâtiment chargé de guano.

L'administration de l'*éther*, soit sous forme de sirop, soit en capsules, est un moyen qui réussit encore; quelquefois aussi j'ai obtenu de bons résultats d'un *vomitif* donné à propos. Celui auquel j'ai recours est l'ipécacuanha, dont je prescris 3 grammes en poudre divisés en quatre prises, à prendre de dix en dix minutes jusqu'à effet évacuant.

Je vous ai indiqué quelques-uns des moyens propres à combattre les accès d'asthme; il me reste à vous dire les moyens destinés à prévenir leur retour.

Ici l'intervention de l'art est bien souvent moins efficace que dans le premier cas; souvent elle est impuissante.

Voici la méthode de traitement qui m'a le moins mal réussi dans le cas où j'ai été à même de l'appliquer.

Ce traitement est long, et demande à être suivi avec une grande exactitude; il se compose de la série des moyens suivants :

1° Pendant dix jours de suite, chaque mois, le malade prend le soir en se couchant d'abord une, puis trois jours après deux, et les quatre derniers jours quatre pilules ainsi composées :

Extrait de belladone.	0,01 centigr.
Poudre de racine de belladone. .	0,01 —

F. S. A. une pilule.

2° Les dix jours qui suivent, on remplace les préparations belladonées par le sirop de térébenthine, dont le malade prend le soir une cuillerée à bouche (30 grammes).

3° Pendant les dix derniers jours du mois, le malade est mis à l'usage des fumigations arsenicales, qui sont faites de la façon que je vais indiquer.

On prépare une solution avec 1 gramme d'arséniate de soude dans 20 grammes d'eau distillée. Avec cette solution, on imbibe un morceau de papier non collé de manière à l'épuiser; le papier, convenablement desséché, est divisé en 20 parties égales, qui renferment par conséquent chacune 0,05 centigrammes d'arséniate de soude.

Chaque morceau de papier est plié sous forme de cigarette. Le malade, après l'avoir allumée, en aspire la fumée, que par une lente inspiration il fait passer jusque dans les bronches.

On ne doit en aspirer que quatre à cinq bouffées, une seule fois par jour.

De même que pour les aspirations de papier nitré, si le malade ne peut fumer la cigarette, il y supplée en faisant brûler le morceau de papier roulé en boule sous un entonnoir ou sous un cornet de papier, ainsi que je vous l'ai indiqué.

Enfin, comme complément du traitement, le malade doit, tous les dix jours, pendant une année, prendre, le matin à jeun, dans une tasse de café noir, un paquet de *poudre de quinquina de Calysaya de 4 grammes*. Depuis quinze ans que j'emploie ce mode de traitement, j'ai eu à m'en applaudir chez un assez bon nombre de malades.

En vous parlant des causes occasionnelles de l'asthme, je vous ai dit quelle était sur certains malades l'influence des climats et des lieux; je vous ai rapporté des faits d'individus asthmatiques qui n'avaient jamais d'attaques lorsqu'ils habitaient certains pays, tandis que dans d'autres ils en étaient constamment tourmentés. Ceci doit être mis à profit. Mais en conseillant aux malades de changer de lieu, vous devez en appeler à leur propre expérience ou les avertir, s'ils n'ont pas essayé de ce moyen de traitement souvent efficace, que cette expérience seule doit être leur guide, car souvent vous pourrez épuiser bien des juridictions médicales, si j'ose ainsi dire, sans obtenir de résultats satisfaisants. Il n'existe pas, en effet, de règle absolue à cet égard : Tel lieu convient à celui-ci, qui ne conviendra pas à celui-là. Ainsi, les lieux bas conviennent généralement aux asthmatiques; les lieux élevés leur sont contraires, et cependant j'ai connu un général qui, sujet à des attaques d'asthme incessantes pendant son séjour à Paris, en fut délivré pendant dix mois qu'il habita Clermont-Ferrand, et n'en eut pas le moindre accès pendant le temps qu'il resta dans les montagnes du Mont-Dore, où il faisait à pied et à cheval de nombreuses excursions.

Vous reconnaissez encore là les fantaisies de cette singulière affection : fantaisies étiologiques, fantaisies pathologiques, fantaisies thérapeutiques, tout vous montre assez que l'asthme est de nature essentiellement nerveuse.

SUR LES RAPPORTS DE L'ASTHME AVEC LA GOUTTE,

Par M. le Dr F. MASSINA, ex-chirurgien auxiliaire de la marine impériale.

Un article publié récemment dans la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 26 août 1858, sur l'asthme, par M. Trousseau, m'engage à communiquer un fait que j'ai observé sur moi-même, il y a un an et demi environ.

Embarqué sur le transport mixte *l'Isère*, en qualité de chirurgien en second, je fus chargé de la pharmacie du bord. Les deux premières fois que je manipulai des médicaments, et entre autres l'ipécacuanha, que je mettais en paquets, je fus pris d'un véritable accès d'asthme. — Oppression, dyspnée, éternuements fréquents, écoulement abondant par le nez d'un mucus clair, liquide, toux, etc. Le coryza et la dypsnée durèrent environ deux heures. Je me crus réellement atteint de bronchite avec coryza.

Quelques jours après, en ouvrant un paquet contenant de la poudre de racine du Brésil, j'éprouvai les mêmes accidents. Alors je me souvins d'avoir lu, dans le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de MM. Trousseau et Pidoux, le fait de deux pharmaciens dont les attaques d'asthme se renouvelaient toutes les fois qu'on remuait dans l'officine la poudre d'ipécacuanha.

Les deux pharmaciens, cités de nouveau par M. Trousseau dans sa leçon, étaient asthmatiques; je ne suis pas, moi, atteint de cette affection. Toutefois, comme plus loin le professeur parle d'un jeune Moldave qui avait des accès d'asthme alternant avec des attaques de goutte, et prétend que « goutte et asthme sont souvent les manifestations d'une même diathèse, » je serais assez porté à croire qu'étant né d'un père goutteux, dont je déplore la perte, je ne sois prédisposé, par l'influence de l'hérédité, à l'une ou à l'autre de ces deux affections.

Quoi qu'il en soit, le fait que je vous ai signalé en commençant et qui m'est personnel, fait voir combien est remarquable l'influence de l'ipécacuanha sur l'appareil respiratoire.

L'avenir se chargera de me démontrer, à mon grand déplaisir peut-être, si la relation signalée entre l'asthme et la goutte deviendra pour moi un fait d'expérience et une preuve de plus pour la thèse de l'éminent professeur.

CAS INTÉRESSANT DE GROSSESSE GÉMELLAIRE,

où le cordon ombilical de l'un des enfants formait un nœud autour du cordon de l'autre.

Traduit de l'anglais par M. J. HURST, aide-major au 14e régiment d'artillerie. — (*Journal médical d'Edimbourg*, juillet 1858).

J'ai été témoin dernièrement du cas assez étrange d'accouchement gémellaire que l'on va lire, et je le publie comme une curiosité médicale.

Mme O..., âgée de trente ans, grosse pour la troisième fois, sentit les premières douleurs à une heure du matin, le 12 mai 1858.

Je fus appelé et j'arrivai à trois heures; je vis que c'était un cas de grossesse double. Un des enfants était venu à deux heures, vivant et en bonne santé : présentation du crâne. La garde-malade était occupée à tenir le cordon pour l'empêcher de remonter, et avait, comme elle me le dit elle-même, essayé quelques tractions. La tête du second enfant était engagée au moment où j'arrivais, et à quatre heures et demie la matrice se débarrassa de ce fœtus, qui était livide et mort.

La masse placentaire fut enlevée avec assez de facilité. Les deux placentas se trouvaient réunis en un seul gâteau vasculaire, ayant à peu près 9 pouces de diamètre, sans divisions, ce qui faisait voir clairement que les deux jumeaux avaient été contenus dans les mêmes membranes. Du centre de cette masse émergeaient les deux cordons, à peu près à un pouce l'un de l'autre; les gros troncs vasculaires se croisaient, mais, autant que la simple inspection permettait de le voir, ne s'anastomosaient pas les uns avec les autres. Chaque cordon avait à peu près une longueur de 24 pouces. Nous ne prîmes pas cette mesure avec beaucoup d'exactitude.

A peu près à la moitié de sa longueur, le cordon ombilical du premier enfant, qu'on reconnaissait facilement à la ligature qu'on y avait faite, le cordon, dis-je, formait un nœud simple; et à travers le coulant, ainsi formé, passait le cordon du second enfant, dont la circulation avait été rendue impossible, à cause de la constriction produite par ce nœud. Sauf un léger aplatissement en ce point, les cordons présentaient l'apparence de la santé parfaite. Les enfants étaient tous les deux également à terme et bien nourris, de sorte que la circulation n'avait dû être interrompue que peu de temps avant la mort.

J'ai déjà dit que la garde-malade, avant mon arrivée, avait exercé des tractions assez fortes sur le cordon du premier enfant en l'attirant à elle, d'où je conclus que c'est à ce moment que l'étranglement eut lieu.

Disons, en passant, que dans ce district l'opinion unanime est que, si le cordon n'est pas retenu par la main, il se retire dans l'utérus, ce qui expliquera la conduite de la garde en cette occasion.

J'ai, comme beaucoup d'autres auteurs, rencontré souvent des cordons noués plus ou moins serrés dans les accouchements simples, mais je n'avais jamais ni vu ni entendu citer un fait analogue à celui que je viens d'enregistrer : aucun ouvrage d'accouchement à ma connaissance n'en donne la description, et le docteur West, de l'hôpital Saint-Barthélemy, mon honoré maître, auquel je montrai la pièce, dit n'en avoir jamais vu d'exemple.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 octobre 1858. — Présidence de M. POUILLET.

Maladies de la mamelle. — M. VELPEAU fait hommage à l'Académie de la deuxième édition de son *Traité des maladies de la mamelle*, et y joint les remarques suivantes sur quelques-uns des sujets traités dans l'ouvrage :

En offrant la première édition de ce traité à l'Académie en 1854, j'annonçais que l'ouvrage avait plus de 2,000 observations pour base. Les maladies de la mamelle sont, en effet, si fréquentes, que j'ai pu en recueillir plus de 800 nouveaux cas depuis dans ma seule pratique, soit de l'hôpital, soit de la ville, 200 pour chacune des années 1854, 1855, 1856 et 1857. Leur nombre se reproduit d'ailleurs sous mes yeux avec une régularité vraiment étrange. Ainsi, l'année 1858, dont je n'ai pas pu me servir en faisant ma statistique, attendu que l'impression du volume était déjà commencée en 1857, m'en a déjà donné, aujourd'hui 4 obtobre, 124 exemples dans ma clientèle privée, exactement le même chiffre que l'an dernier et que les trois autres années à la même date.

Le dépouillement de mes 807 observations (je ne tiens pas compte des malades, en grand nombre cependant, qui n'ont fait que passer à la consultation publique de l'hôpital) a fourni 407 cas d'affections bénignes dont :

Abcès.	116
Hypertrophies.	121
Adénoïdes.	130
Névrose.	40
Cancers ou maladies malignes.	400
	807

Sur les 400 cancers :

Le sein droit en a offert.	158
Le sein gauche.	231
Les deux seins.	11

L'âge était :

De 30 à 40 ans pour	29	femmes.
De 40 à 50 —	95	—
De 50 à 60 —	119	—
De 60 à 70 —	49	—

Les autres avant ou après.

Sur 163, j'ai trouvé :

Demoiselles.	25
Femmes mariées sans enfants.	28
— ayant eu des enfants sans nourrir.	50
— ayant nourri.	60

Il suit de là, ainsi que je le disais en 1853, que sur un total de 530 tumeurs du sein, autrefois confondues sous le titre de *cancer*, il y en a 130, ou plus d'un quart, qui ne sont pas des cancers et qu'il est possible d'en distinguer. En en retirant les hypertrophies pures, qui ont souvent été prises aussi pour des tumeurs de mauvaise nature, la proportion des cancers se trouve encore, comme l'on voit, de beaucoup amoindrie, puisque sur un total de 651 tumeurs, il ne reste, de la sorte, que 400 cancers.

Pour faire sentir toute l'importance de ces distinctions, il suffit de remarquer qu'en dehors du bistouri ou des caustiques, les cancers sont jusqu'ici absolument incurables, tandis que les hypertrophies et les adénoïdes, c'est-à-dire les tumeurs de nature bénigne, ne menacent point la vie des malades.

Mes observations nouvelles, comme mes observations anciennes, démontrent que le sein gauche est sensiblement plus exposé au cancer que le sein droit, 231 contre 158, mais sans que je puisse donner une raison péremptoire de cette différence.

On dit, on croit généralement que le cancer naît chez la femme surtout à l'âge du retour, c'est-à-dire entre 40 et 50 ans. Le fait n'est pas tout à fait exact, puisque j'en trouve 119 entre 50 et 60 ans, tandis qu'il n'y en a que 95 de 40 à 50 ans, puis 40 de 60 à 70 ans et 29 de 30 à 40 ans.

Il n'est point vrai non plus que les femmes mariées soient seules atteintes de ce mal cruel, car sur un simple groupe de 163 il s'est trouvé 25 demoiselles, et sur 138 femmes mariées sans avoir eu d'enfants, j'en ai rencontré 28.

Une autre erreur que ma statistique tendrait à détruire est celle qui attribue les maladies du sein chez les femmes au défaut de lactation après la couche; c'est le contraire qui est vrai, puisque de 110 cancers chez des femmes mères, 60 ont eu lieu chez celles qui ont nourri et 50 seulement chez les autres; l'ensemble des faits prouve, au surplus, que les femmes qui nourrissent sont en réalité plus souvent atteintes des différentes maladies du sein que celles qui ne nourrissent pas.

Ce qu'on a dit de l'influence de la santé générale, de la constitution, du régime de vie, des chagrins, des tourments de l'esprit, des inquiétudes de l'âme, des afflictions du cœur, etc., est également inexact. J'ai vu le cancer chez des femmes robustes et sanguines aussi bien que chez les femmes débiles et lymphatiques; chez les femmes grandes, sèches et fortes, comme chez celles qui sont grasses et molles; chez les femmes gaies ou sans souci, comme chez les femmes délicates, nerveuses, impressionnables; chez les femmes résolues et tranquilles enfin, aussi bien que chez les femmes naturellement tristes, tourmentées ou inquiètes; dans la classe opulente aussi bien que parmi les pauvres; chez des femmes sobres et rangées, comme chez les femmes qui abusent ou qui se privent de tout.

Il en est de même des pays. Le cancer n'épargne pas plus les habitants de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique ou de l'Inde, que ceux de l'Europe, et les femmes de l'Espagne, du Portugal, de l'Italie ou de l'Angleterre n'y sont pas moins sujettes que celles de l'Allemagne ou de la France.

Comme le cancer de la mamelle est le plus commun de tous, c'est presque toujours à la mamelle qu'on fait allusion quand on traite du cancer en général. Aussi ai-je cru devoir sortir de mon premier cercle dans cette nouvelle édition, et y discuter en détail quelques-unes des questions doctrinales relatives aux tumeurs de nature maligne et même à toute espèce de tumeurs quel qu'en soit le siége. J'ai dû rechercher soigneusement en particulier ce que les travaux des micrographes modernes nous ont appris sous ce rapport.

On a pu croire, j'ai moi-même espéré un instant que la nature intime du cancer allait être enfin dévoilée par l'intervention du microscope.

Il faut bien en convenir aujourd'hui : ce n'était encore qu'une illu-

sion. Avec ce précieux instrument on est parvenu à démêler dans les produits pathologiques des éléments, des principes qu'on n'y soupçonnait guère jusque-là, à en préciser la composition moléculaire infiniment mieux que par le passé ; mais la malignité du cancer n'en reste pas moins un mystère aussi profond, aussi impénétrable quant à sa cause, quant à sa raison matérielle qu'auparavant.

Je crois avoir mis hors de doute aussi :

1° D'une part, que le cancer *vrai*, *bien caractérisé*, abandonné à lui-même ou attaqué par les seules ressources de la pharmacie ou de l'hygiène, ne guérit point, fait toujours mourir, et que les praticiens qui disent le contraire se trompent ou se font illusion ;

2° Que, d'un autre côté, on guérit radicalement et sans récidive un certain nombre de *véritables cancers* par l'opération, soit au moyen du couteau, soit à l'aide des caustiques, etc.

Ventilation des plaies et des ulcères. — M. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, lit un mémoire sur *l'utilité de la ventilation des plaies et des ulcères*. Voici un extrait de ce travail :

Malgré l'attention accordée, à presque toutes les époques, à l'observation et au traitement des plaies et des ulcères, dit l'auteur, la pratique n'est pas encore irrévocablement fixée sur toutes les questions qui s'y rapportent. Bien que les essais et les recherches de nos devanciers et de nos contemporains aient remanié beaucoup de points de cette partie de la chirurgie, le défrichement est loin d'être complet, et il est à présumer qu'il occupera encore l'activité des investigateurs.

L'idée de ventiler directement les plaies nous est venue en observant la guérison spontanée et à l'air libre des solutions de continuité superficielles faites à des animaux. La prompte dessiccation des surfaces dénudées, la formation d'une croûte et la cicatrisation sous cet opercule protecteur, nous ont amené à penser qu'en favorisant par la *ventilation directe* l'évaporation des liquides exhalés, on accélérerait l'organisation régulière du plasma, et qu'il résulterait une *cicatrisation sous-crustacée* plus avantageuse, à divers titres, que celle qu'on obtient par les pansements ordinaires.

Le but de la ventilation des plaies est le même que celui qu'on s'efforçait autrefois d'atteindre au moyen des topiques réputés siccatifs ; il se rapproche aussi de celui qui caractérise la méthode des pansements rares et des pansements par occlusion. Mais la cicatrisation sous-crustacée nous paraît préférable en ce sens, qu'en fermant la solution de continuité avec les matériaux mêmes que fournit celle-ci, elle respecte davantage les opérations naturelles.

Cette méthode a une origine physiologique dont les traces seraient faciles à trouver dans les travaux de Hunter et de M. Flourens, qui ont insisté les premiers sur l'utilité de la conservation des croûtes sur les plaies en voie de guérison.

Le blastème cicatriciel qui, sur la surface des plaies, passe successivement de l'état amorphe à celui de stratification fibriforme, finement granulée, avec apparition d'aires vasculaires, condensation graduelle de la masse, et formation ultime d'une couche épidermique limitante, ce blastème, disons-nous, subit d'autant mieux les transformations qui aboutissent à la cicatrice parfaite, qu'il est plus exempt du contact ou de la présence du sang, du pus ou des corps étrangers d'une autre nature. C'est pour ce motif que la cicatrisation offre de si grandes différences de caractère, de durée ou de gravité, suivant les conditions où elle s'opère. On peut résumer ces conditions en rappelant qu'il existe des plaies *sous-cutanées*, des plaies *affrontées*, des plaies *sous-crustacées* et des plaies *nues*. Les premières se prêtent à l'organisation régulière du plasma à l'abri de l'inflammation. Les autres sont nécessairement envahies par ce mode pathologique ; mais le procédé le plus rationnel pour les en affranchir, au moins à un certain degré, consiste à les ramener autant que possible aux conditions des plaies de la première catégorie, c'est-à-dire de les placer sous une couche isolante et protectrice qui affranchisse le travail des perturbations ordinaires qui le retardent.

La ventilation nous a paru répondre à cette intention. Mise en usage dans notre service de clinique chirurgicale à Montpellier dès le mois de mars 1857, elle a été appliquée à des cas variés, notamment à des plaies chroniques ou récentes, à des ulcères locaux ou à des ulcères constitutionnels modifiés par un traitement général préalable, à des solutions de continuité relatives à des opérations chirurgicales.

La nature de la communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie des sciences, et le peu de temps dont je puis disposer, ne me permettent pas d'exposer, dans cet extrait de mon travail, les faits particuliers qui démontrent l'efficacité de la ventilation. Je me bornerai à rappeler que les exemples recueillis s'élèvent au delà de trente, que les essais ont été faits publiquement, que la ventilation locale, essayée sur des plaies très-anciennes, rebelles aux moyens ordinaires, les a promptement modifiées et guéries, et que ce moyen n'a, dans aucun cas, entraîné d'inconvénients. Dans un cas particulier, un vaste ulcère de la jambe datant de dix-huit ans s'est cicatrisé en deux mois.

Les plaies ventilées révèlent promptement l'effet produit : leur surface pâlit sous l'action réfrigérante du courant d'air ; une croûte légère, résidu de l'évaporation de la sérosité du sang ou du pus, s'établit à cette surface où elle adhère. La reprise des séances de ventilation donne à la croûte une consistance graduellement croissante, et lui permet d'abriter la plaie contre l'action des corps extérieurs. Sous cet abri, le travail cicatriciel suit sa marche ordinaire ; la matière plastique subit les métamorphoses connues. Une lame épidermique sépare plus tard la cicatrice, organique de la face profonde de l'opercule crustacé, et celui-ci, d'une nature inorganisée et caduque, se détache dans un délai variable.

Le mode de guérison obtenu dans ce cas est assimilable à celui où l'on produit des croûtes artificielles en recouvrant les plaies avec des substances spongieuses et absorbantes qui s'imbibent des liquides séreux ou purulents et forment sur les solutions de continuité des enveloppes adhérentes plus ou moins heureusement tolérées par les tissus. L'application de charpie râpée sur les petites plaies, celle du coton ou du typha sur les brûlures, donnent lieu à ces opercules crustacés artificiels sous lesquels la cicatrisation peut aussi s'accomplir. Un exemple plus remarquable de cicatrisation sous-crustacée est celui qui a lieu à la suite de l'application de certains caustiques arsenicaux qui, après avoir détruit les parties malades, forment avec ces parties mêmes, chimiquement combinées avec le caustique, une escarre isolante qui la dessèche, passe à l'état de croûte, protége le travail plastique, et laisse voir en tombant une cicatrice bien établie et que n'a troublée aucune intervention inflammatoire. Appuyée par ces analogies, la ventilation locale des plaies assure des résultats moins exceptionnels et d'une application plus facile en thérapeutique.

L'auteur passe ensuite en revue les effets thérapeutiques de la ventilation locale, qu'il range sous les chefs suivants : action sédative ; action siccative ; action protectrice ; action antiseptique ; économie des médicaments extérieurs, des pièces de pansement ; simplification du service des malades ; propreté, salubrité. Nous ne pouvons le suivre dans cette partie de son travail, et nous arrivons aux conclusions du mémoire exposées dans les termes suivants :

« La ventilation des plaies et des ulcères est utile dans un très-grand nombre de cas comme moyen curateur.

» Elle amène la guérison en desséchant les surfaces nues et en les recouvrant d'une croûte formée par le résidu des liquides évaporés.

» Cette croûte a pour effet d'isoler la plaie du contact de l'air et des corps extérieurs, de favoriser un mode de cicatrisation plus simple et plus régulier que celui des plaies exposées, dont le pansement peut détruire la cicatrice en voie d'organisation.

» La cicatrisation sous-crustacée est pour les plaies ouvertes ce que la cicatrisation sous-cutanée est pour les plaies fermées.

» Les plaies et les ulcères ventilés se cicatrisent plus promptement et avec moins d'accidents primitifs ou consécutifs que les plaies soumises aux pansements par les corps gras ou autres topiques médicamenteux.

» La ventilation développe des effets qui se traduisent par la réfrigération locale, l'action astringente et antiphlogistique, la dessiccation de la plaie, son isolement ou occlusion, et la préservation de l'action septique du pus.

» Elle s'exerce simplement à l'aide du soufflet ordinaire ou au moyen de ventilateurs spéciaux.

» Cette méthode thérapeutique est applicable au traitement des plaies non réunies récentes ou anciennes, d'une étendue petite ou moyenne. On peut l'appliquer aussi au traitement des ulcères simples, de la brûlure, etc. Son action peut être auxiliaire d'un traitement général, être précédée de celui-ci ou se combiner avec d'autres précautions.

» Elle offre plusieurs avantages indirects, notamment l'économie de la charpie et du linge à pansements. » (Commissaires, MM. Flourens, Velpeau, Jobert, de Lamballe.)

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un ouvrage écrit en allemand de M. F. Libarzik sur les lois de la croissance dans l'espèce humaine. (Renvoi à M. Cl. Bernard, avec invitation de faire un rapport verbal.)

Nouvelle détermination de l'horoptère. — M. E. CLAPARÈDE communique une note sur ce sujet. La détermination de l'horoptère, dit-il, c'est-à-dire des lieux qu'occupent dans l'espace les points qui sont vus simples simultanément par les deux yeux, a été étudiée dès longtemps par de nombreux physiologistes, sans qu'on soit arrivé à une solution définitive du problème.

Le travail le plus étendu que nous possédions sur ce sujet, celui de M. George Meissner, contient malheureusement plusieurs erreurs qui lui ont fait réduire l'horoptère à une seule ligne, ou parfois même à un seul point.

Mes propres observations m'ont conduit aux résultats suivants :

I. L'horoptère n'est jamais pour deux yeux normaux borné à une seule ligne ni à un seul point, mais il est toujours une surface.

II. Cette surface passe par le point de mire et par une ligne droite, passant par ce point de mire, perpendiculairement au plan de vision.

III. La surface horoptérique est telle, que tout plan mené par les centres optiques et faisant un angle quelconque avec le plan de vision, donne pour section de cette surface une circonférence du cercle.

Il ressort de là :

1° Que le cercle horoptérique déterminé en 1805 par Pierre Prévost et retrouvé plus tard par Vieth et Johannes Müller représente la section de la surface horoptérique par le plan de vision ;

2° Que la ligne horoptérique perpendiculaire au plan de vision et passant par le point de mire qui a été déterminée en 1842 par M. Alexandre Prévost, mais à laquelle les physiologistes n'ont guère consacré d'attention, existe bien réellement. Elle appartient à la section de la surface horoptérique par le plan vertical qui passe par le point de mire et par le milieu de la droite qui joint les centres optiques.

Je me propose de justifier, dans un prochain mémoire, chacune des propositions énoncées ci-dessus.

Éducation des sourds-muets et des aveugles. — M. BLANCHET transmet une lettre sur l'éducation à donner aux sourds-muets et aux aveugles sans les séparer de leur famille. Voici le texte de cette lettre :

Il existe en France, d'après les statistiques officielles, environ trente mille sourds-muets, et un nombre encore plus considérable d'aveugles. Sur ce nombre, les deux sixièmes à peine participent au bienfait de l'instruction, en sorte que plus de la moitié restent privés de toute éducation. Depuis que nous avons créé successivement, dans les divers arrondissements de Paris, à dater de 1848, des écoles gratuites pour les sourds-muets et les aveugles, il ne reste plus un seul de ces infortunés, qui, dès l'âge de cinq ans, c'est-à-dire à la sortie de la salle d'asile, ne puisse participer au bienfait de l'instruction.

Dans plusieurs départements, nous avons commencé à organiser ce mode d'éducation en procurant aux instituteurs les moyens de se livrer avec succès à ce genre d'enseignement. M. le ministre de l'intérieur, ayant daigné en reconnaître l'utilité et les avantages, vient d'adresser une circulaire à MM. les préfets pour en recommander la mise en pratique dans toutes les communes de France. En ce moment, un grand nombre de directeurs d'écoles normales des départements, conformément aux vœux exprimés à ce sujet par les conseils généraux, se préparent à cet enseignement dans les écoles communales que nous avons fondées à Paris. Ainsi, dans un avenir qu'on peut considérer comme très-prochain, tous les sourds-muets, tous les aveugles de France, participeront au bienfait de l'éducation sans se séparer de leurs familles et de leurs camarades parlants, dont ils deviendront plus tard les compagnons de travail et d'atelier.

Les avantages de ce mode d'enseignement sont :

1° De pouvoir étendre le bienfait de l'instruction à tous les sourds-muets et à tous les aveugles, non-seulement sans entraîner l'Etat à aucuns frais, mais au contraire en dégrevant les budgets des départements des bourses qu'ils votent chaque année ;

2° De permettre à tous les instituteurs de se livrer, après un temps assez court de préparation, à ce genre d'enseignement ;

3° De donner à ces infortunés une éducation plus en rapport avec leurs besoins, de laisser le sourd-muet des campagnes à l'agriculture et faciliter à ceux des villes l'accès des ateliers ;

4° Enfin, de doter le plus grand nombre des sourds-muets de la parole et de la faculté de la lire sur les lèvres à l'aide des moyens que nous avons exposés à l'Académie depuis près de quinze ans, et qui sont en usage dans nos écoles : moyens simples à la portée de tous les instituteurs et des parents.

Cette lettre, avec un mémoire imprimé qui l'accompagne, est renvoyée à titre de pièce à consulter à une commission nommée par l'Institut en juillet 1856, sur l'invitation de M. le ministre de l'instruction publique, pour s'occuper de diverses questions relatives à l'éducation des sourds-muets, commission dans laquelle M. Dumas représente l'Académie des sciences.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 septembre 1858. — Présidence de M. ARCHAMBAULT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Richer de Forges adresse à la Société un travail intitulé : *Trois ans de campagne à bord du* ROLLAND, et demande le titre de membre correspondant. (M. Josias.)

— M. le docteur Berchon, chirurgien de la marine impériale, adresse un travail intitulé : *Une campagne dans les mers du Sud*, et sollicite le titre de membre correspondant. (M. Ramon.)

Commencement de travail à sept mois de grossesse ; rétrocession spontanée. Accouchement à terme. Au bout de vingt et un jours, expulsion d'un fœtus de quatre mois. — M. DUPERTUIS communique l'observation d'une femme déjà mère de trois enfants, qui, devenue enceinte de nouveau, fut prise, au terme de quatre mois, d'une hémorrhagie assez abondante, laquelle s'arrêta cependant au bout de quelque temps, sans être suivie d'accidents. Au huitième mois, un commencement de travail s'étant déclaré, M. Dupertuis fut appelé de nouveau ; il constata qu'il y avait des contractions utérines bien suivies, une dilatation et un peu d'effacement du col. Cependant, au bout de trois jours, ces phénomènes s'arrêtèrent spontanément, et la femme n'accoucha qu'à la fin du neuvième mois, à terme, et naturellement, d'un enfant vivant.

Les suites de couches furent heureuses ; cependant l'utérus était resté un peu volumineux, lorsque vingt et un jours après, sans contractions utérines apparentes, sans douleurs, fut expulsé un œuf entier, renfermant un fœtus que, d'après son développement, M. Dupertuis jugea être âgé de trois mois et demi à quatre mois, et qui était profondément altéré. Il n'y eut rien de particulier à la suite de ce nouvel accouchement, et la femme s'est remise promptement et complétement.

M. MATTEI. L'observation que vient de raconter M. Dupertuis est intéressante à plusieurs égards. L'apparition du sang au quatrième mois de la grossesse est le point le moins important ; on voit, en effet, assez fréquemment, apparaître les règles, surtout pendant les premiers mois, et quelquefois pendant toute la durée de la gestation. Je connais une dame qui s'est mariée avant d'être réglée ; la menstruation s'est établie au moment où elle est devenue enceinte, et a continué pendant les neuf mois de la grossesse. Elle a complétement disparu pendant l'allaitement, pour se rétablir régulièrement à une seconde grossesse.

Un point plus intéressant est le fait du commencement du travail à huit mois, et de sa suspension spontanée ; c'est ce que l'on a appelé *rétrocession spontanée du travail de l'accouchement*. Ce fait a été signalé depuis longtemps, mais jusqu'à présent on n'a pu en donner une explication satisfaisante ; cette explication cependant ne me paraît être fort simple, lorsque l'on rattache ce fait aux phénomènes physiologiques de la grossesse.

Les anciens avaient reconnu que l'accouchement arrivait à des époques déterminées de la gestation, que le neuvième mois était l'époque habituelle, quelquefois le septième. On croyait alors et l'on a cru longtemps encore après, que le fœtus se tenait assis dans l'utérus ; qu'au septième mois, il faisait la culbute pour se préparer à sortir ; qu'au huitième, il se reposait, et sortait au neuvième. C'est à ces mouvements que l'on rapportait les malaises qu'éprouvent ordinairement les femmes à ces diverses époques. Aujourd'hui on ne croit plus à la culbute ; mais les femmes du peuple, dans mon pays, appellent ces époques de maladie l'*intrata del mense*.

Ces phénomènes ne sont autre chose que la congestion cataméniale, qui, bien que non accompagnée d'hémorrhagie, ne se répète pas moins pendant toute la grossesse. L'utérus se congestionne, se contracte même quelquefois avec douleur ; c'est aux époques cataméniales qu'ont lieu les avortements spontanés, et d'après mes recherches, c'est presque toujours à la neuvième après la fécondation qu'a lieu l'accouchement. Le commencement de travail observé par M. Dupertuis, surtout lorsqu'on l'observe au septième ou huitième mois, et sa rétrocession spontanée, ce n'est donc que l'époque menstruelle correspondante. Tant que dure la congestion, il y a menace d'accouchement ; cette congestion passée, tout cesse, et il faut se borner pendant ce temps à du repos et à une dérivation sur les membres supérieurs.

M. DUHAMEL pense que l'on a eu tout simplement affaire à une grossesse double, pendant le cours de laquelle un des enfants a péri ; ce fœtus est resté dans l'utérus pendant que l'autre continuait à se développer.

M. PICARD, répondant à ce qu'a dit M. Mattei des congestions cataméniales, rapporte le fait suivant : Il y a quinze ans environ, il fut

consulté par une femme de vingt-cinq ans, enceinte de trois mois à peu près. Cette femme éprouvait des douleurs abdominales symptomatiques d'une fausse couche; elle perdait déjà un peu de sang. La recherche des antécédents lui apprit qu'elle avait déjà eu quatre ou cinq grossesses, qui s'étaient toujours terminées par des fausses couches nerveuses aux époques menstruelles, et s'annonçaient par des phénomènes semblables aux phénomènes actuels. La malade était, en outre, affectée d'une légère hypertrophie du cœur, et le pouls battait fortement. M. Picard pensa que la raison des fausses couches devait être la congestion menstruelle, et qu'on combattrait avantageusement cette disposition par une petite saignée du bras.

Les accidents cédèrent en effet à ce moyen, qui fut répété quatre fois dans le cours de la même grossesse, à chacune des époques où les accidents se renouvelaient, et l'enfant vint à terme. Il vit encore aujourd'hui.

M. MATTEI partage complétement l'avis de M. Duhamel quant à l'existence d'une grossesse double dont un des fœtus aurait cessé de vivre, tandis que l'autre continuait son évolution. Autrefois, ajoute-t-il, ce fait aurait été une preuve à l'appui de la doctrine des superfétations; mais depuis que l'on a reconnu comme chose certaine l'oblitération de la cavité utérine par la formation de la caduque, ces idées ont disparu de la science. Aujourd'hui, on ne peut admettre la superfétation que dans les cas de fécondations opérées à peu de jours de distance, dans ceux de grossesse extra-utérine, ou dans les cas de matrice double.

Maintenant, comment se fait-il que cet œuf ne soit sorti que vingt et un jours après l'accouchement du premier enfant? Voici l'explication qui me paraît la plus probable. L'œuf mort, le dernier expulsé, n'avait pas joui d'une grande vitalité; cependant il conservait encore quelques adhérences; cette circonstance, et la diminution des contractions de l'utérus qui avait été développé outre mesure, rendent raison de son non-décollement au moment du premier travail. Ce n'est que plus tard, d'une manière lente et sourde, que ce décollement s'est opéré sous l'influence des contractions qui continuent encore plusieurs jours après l'accouchement. La sortie d'un caillot assez volumineux indique précisément ce travail de décollement, et si l'hémorrhagie n'a pas été plus forte, c'est que les vaisseaux utéro-placentaires de cet œuf n'admettaient plus le passage du sang depuis longtemps. En effet, dans les cas ordinaires, lorsqu'une partie du placenta se décolle et que l'autre, restée adhérente, gêne le retrait de l'utérus sur lui-même, ces vaisseaux déchirés restent béants et sont cause d'hémorrhagie. Le placenta, resté adhérent, est un foyer d'attraction pour la circulation des parois utérines correspondantes.

M. DUPERTUIS demande comment on peut expliquer que ce fœtus putréfié n'ait pas déterminé d'accidents.

M. FOUCART. On a fait grand bruit de ces accidents de résorption purulente lorsqu'il reste dans l'utérus des morceaux de placenta ou des débris de fœtus. Ils sont fréquents, cela est incontestable; mais ils ne surviennent pas nécessairement. Il y a quatre ans environ, j'ai donné des soins à une jeune femme qui fit une fausse couche de quatre mois. Quelques tractions, peut-être un peu trop fortes, sur le cordon, en occasionnèrent la rupture. Je dus introduire la main dans la matrice pour retirer le placenta, qui vint par morceaux, et dont plusieurs fragments restèrent dans la cavité utérine. Ce n'est qu'au bout de huit ou dix jours que sortirent les dernières portions du placenta. Des injections nombreuses, des soins de propreté constants, suffirent pour prévenir tout accident, et la malade guérit complétement et rapidement.

M. DUHAMEL. Lorsque le placenta est enchatonné, l'utérus se rétracte d'une manière inégale dans ses différentes parties, de manière à former une espèce de calebasse qui emprisonne le délivre. Quelquefois il est difficile d'introduire la main dans l'espèce de col que forme cette calebasse; il faut alors le dilater avec les doigts, agissant successivement pour arriver sur le placenta qu'on veut extraire.

Je pense que dans le cas de notre confrère Dupertuis, il s'est produit un phénomène semblable, c'est-à-dire qu'après l'accouchement et la délivrance de l'enfant à terme, le second produit, qui avait péri depuis longtemps et qui était enfermé dans son œuf intact sans avoir reçu le contact de l'air, s'est trouvé renfermé dans une partie de l'utérus qui ne s'est point rétractée comme le reste de cette cavité, et qu'il a fallu un temps de vingt et un jours pour faire cesser la contraction du col, de cette espèce de calebasse dont j'ai parlé plus haut, et déterminer la contraction du corps de cette même calebasse. L'utérus, revenant chaque jour sur lui-même, a fini par se trouver irrité par ce corps étranger, et s'est déterminé à l'expulser. Les pertes qui sont survenues dans l'intervalle des deux accouchements étaient occasionnées par la présence de cet avorton qui a été chassé vingt et un jours après le premier accouchement.

Il arrive quelquefois qu'un produit de la conception périsse, l'œuf restant intact, et qu'il ne soit expulsé qu'au bout d'un temps très-long. J'ai donné des soins à une dame enceinte de quatre mois et demi: les mouvements actifs de l'enfant avaient été perçus d'une manière distincte; une impression morale très-violente a donné la mort à l'enfant, qui pendant vingt-quatre heures a fait des mouvements désordonnés, puis ils ont cessé tout à coup.

Cette dame est accouchée à neuf mois de grossesse, c'est-à-dire quatre mois et demi après la mort de l'enfant. Tout s'est passé dans l'ordre naturel; les membranes se sont rompues après une heure de douleur; l'enfant a suivi de près l'écoulement des eaux, et la délivrance s'est opérée naturellement. Les eaux étaient un peu troubles.

Le fœtus avait la taille ordinaire à cet âge; il s'était racorni comme s'il avait été macéré dans l'alcool, et ne présentait rien de remarquable. Je n'ai vu aucune trace de putréfaction.

A mon avis, un enfant peut séjourner un temps très-long dans l'utérus sans se putréfier, à la condition que l'œuf sera resté intact, par conséquent à l'abri du contact de l'air.

M. PICARD. Les raisons données par M. Mattei expliquent pourquoi il n'y a pas eu d'hémorrhagie, mais non comment le fœtus a pu rester sans se décomposer et sans produire d'accidents. Les phénomènes de résorption purulente sont plus fréquents que ne semble le penser M. Foucart. Il faut tenir compte des dispositions individuelles.

M. MATTEI. A propos de la résorption putride, j'ai démontré dans mon mémoire sur la fièvre puerpérale que la diversité des conditions générales du sujet explique pourquoi, même avec la putréfaction d'un placenta dans l'utérus, il peut n'y avoir pas d'accidents de résorption, tandis que dans d'autres cas un peu de sang décomposé produit une résorption promptement mortelle; mais ici le manque de phénomènes de décomposition et de résorption s'explique par l'intégrité de l'œuf. Tant que l'œuf est intact, la décomposition n'a pas lieu.

Quant à l'enchatonnement, M. Duhamel s'est laissé, je crois, un peu persuader par les idées qui règnent sur les contractions irrégulières de l'utérus, et qui sont une simple vue de l'esprit. On ne peut raisonnablement admettre un enchatonnement là où le placenta n'a pas des adhérences très-solides, et ces adhérences sont, selon moi, le résultat de placentites qui ont passé inaperçues. Dans ces cas, si l'utérus continue à se contracter, malgré les adhérences, il se cramponne sur le placenta et le circonscrit dans une espèce de cavité. Voilà l'enchatonnement, lequel n'a lieu que lorsqu'il existe des adhérences anormales. S'il était le résultat de contractions irrégulières, il se produirait également dans les cas où ces adhérences manquent complétement ou sont très-faibles, comme cela a lieu dans les cas ordinaires. Je me résume en disant qu'un placenta ne peut être enchatonné que lorsqu'il est adhérent, et que l'utérus n'a pas de prise sur un placenta détaché.

M. PICARD a observé il y a quelques jours un fait qui semble donner raison aux opinions de M. Mattei. Il avait fait un accouchement qui s'était terminé naturellement; l'enfant était sorti seul. Le délivre offrant quelque résistance, des tractions modérées furent exercées sur le cordon, qui se rompit. M. Picard crut devoir introduire la main pour retirer le placenta. Il pénétra facilement jusqu'au milieu du corps de l'utérus; là il sentit la moitié inférieure du délivre libre, comme suspendue; l'autre moitié avait été emprisonnée dans la partie supérieure de la cavité utérine, qui s'était contractée par le milieu en forme de sablier; quelques efforts suffirent pour ouvrir le passage, et M. Picard finit par aller détacher la portion supérieure, qui était adhérente à l'utérus. Cette remarque viendrait jusqu'à un certain point à l'appui des doctrines de M. Mattei, puisque la partie enchatonnée du placenta était réellement adhérente.

Le secrétaire général, Dr A. FOUCART.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel administratif de plusieurs établissements de l'assistance publique à Paris:

M. Partout, directeur de la Vieillesse hommes (Bicêtre), passe à la Vieillesse femmes (la Salpêtrière), en remplacement de M. Basse, admis à la retraite;

M. Brault, directeur de l'Hôtel-Dieu, passe à Bicêtre;

M. Ory, directeur de la Pitié, passe à l'Hôtel-Dieu;

M. Ainfroit, économe de Lariboisière, est nommé directeur de la Pitié;

M. Monéris est nommé économe de Lariboisière.

— Un concours pour deux places, l'une de médecin, l'autre de chirurgien-adjoint, s'ouvrira le 23 novembre prochain à à l'Hôtel-Dieu de Toulouse; le registre d'inscription sera clos le 15 du même mois.

Un autre concours pour deux places d'élève interne des hôpitaux de la même ville s'ouvrira le 30 novembre.

— La rentrée des cours à l'Université de Bruxelles a eu lieu mardi dernier. Cette année, contrairement à l'habitude, il n'y a pas eu de séance solennelle; les travaux de reconstruction qui vont transformer le vieil et sombre local qui existait en un palais splendide sont venus y mettre obstacle. L'année prochaine, il y aura compensation: en prenant possession de son beau local, qu'elle devra à la munificence de l'administration communale, l'Université pourra célébrer la 25e année de sa fondation. En attendant, nous sommes heureux d'annoncer que, pour ce qui concerne la Faculté de médecine, les inscriptions sont nombreuses, tous les cours et les travaux de dissection sont repris, partout on ne rencontre que zèle et activité.

Le bureau de la Faculté de médecine est composé, pour l'année académique 1858-1859, de la manière suivante:

Président: M. le professeur Hauchamps.

Secrétaire: M. le professeur Crocq. (*Presse méd. belge.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature; par M. le docteur Antoine Bossu, médecin de l'infirmerie Marie-Thérèse, auteur de l'*Anthropologie*, etc. Trois volumes très-grand in-8° à deux colonnes, enrichis de 1400 figures intercalées dans le texte. Prix, 27 fr. (franc de port pour toute la France et l'Algérie). — Paris, au bureau de l'*Abeille médicale*, rue de Seine, 31.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 OCTOBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il a été fait quelque bruit, depuis plusieurs mois, d'une nouvelle méthode d'anesthésie locale appliquée à l'avulsion des dents. Plusieurs chirurgiens des hôpitaux se sont émus de cette invention, qui se présentait sous la garantie d'hommes honorables et parfaitement compétents dans la matière ; ils en ont fait l'essai, et les résultats de ces expériences ont été produits hier devant l'Académie. Ces résultats, il faut bien le dire, n'ont pas répondu tout à fait à ce qu'on aurait pu en attendre, d'après les assertions très-nettes et très-précises énoncées dans les diverses communications qui ont été faites sur ce sujet à l'Académie ou dans les journaux. Il y a du moins entre eux des contradictions peu faites pour entraîner les convictions. Ainsi, sur un certain nombre d'expériences que M. Robert a instituées à l'Hôtel-Dieu, et dont il a rendu compte à ses collègues, deux fois le résultat a été tout à fait négatif ; dans plusieurs cas, il est resté douteux, et quatre fois seulement l'avulsion a pu être opérée sans douleur. D'un autre côté, nous tenions déjà de M. Nélaton que de semblables expériences avaient été faites dans son service, et que, dans quelques cas, le succès lui avait paru à peu près complet. M. Nélaton étant absent, M. Moreau, qui avait assisté à ces expériences, a raconté ces faits. Enfin, M. Velpeau a rendu compte à cette occasion de quelques essais d'incisions à l'aide d'un procédé analogue, et qui ne lui ont donné aucun résultat satisfaisant. Somme toute, il paraîtrait y avoir eu jusqu'à présent dans ces tentatives, trop peu nombreuses, il est vrai, pour autoriser une conclusion définitive, plus d'insuccès que de succès ; encore ceux-ci ont-ils laissé des doutes dans l'esprit des expérimentateurs. Faut-il se demander, avec M. Velpeau, « s'il y a quelque différence entre les dents américaines et les nôtres » ; n'ayant pas été témoin des expériences, nous aimons mieux faire peser nos doutes sur la parfaite identité des conditions de l'expérimentation, jusqu'à ce que de nouvelles expériences comparatives et suffisamment multipliées nous apprennent s'il y a eu inexpérience d'un côté ou illusion de l'autre.

La médication par l'alimentation iodée, dont M. Boinet a entretenu l'Académie dans l'une des précédentes séances, a été l'objet d'une intéressante communication de M. Rilliet, de Genève, qui a eu pour organe M. le secrétaire perpétuel. Les réflexions de M. Rilliet, qui paraît avoir beaucoup étudié la médication iodique sous toutes ses formes, même sous la forme alimentaire, n'infirment en rien le fait fondamental sur lequel repose le travail de M. Boinet ; savoir l'efficacité et et l'utilité que peut avoir dans la pratique l'alimentation iodée. Elles apportent seulement quelques restrictions, très-importantes, il est vrai, à l'une des propositions de M. Boinet, de laquelle il semblerait ressortir que l'alimentation iodée est d'une parfaite innocuité.

Il résulte, au contraire, des observations de M. Rilliet, que l'absorption longtemps continuée de petites doses d'un sel iodé, n'importe à quel véhicule il soit mêlé, n'est pas toujours sans danger ; que l'intoxication iodique est peut-être plus à redouter quand le médicament est pris à petite dose que lorsqu'il est administré à dose élevée, et qu'elle est d'autant plus à craindre, que les sujets qui y sont soumis sont plus avancés en âge. De pareilles propositions, émanant d'un savant et d'un praticien aussi distingué que M. Rilliet, demandent à être prises en très-sérieuse considération ; elles commandent tout au moins la prudence dans l'expérimentation de la méthode préconisée par M. Boinet.

M. le docteur Simonot a présenté à l'Académie un appareil de son invention, qu'il nomme respirateur artificiel, et il a exposé dans une note dont il a donné lecture, les applications qu'il propose de faire de cet appareil, pour combattre l'asphyxie en général, et particulièrement celle qui résulte de l'affection diphthéritique. Il serait très-difficile de donner en peu de mots une idée quelque peu précise de cet appareil et de son mécanisme. Mais comme il s'agit d'une application qui peut avoir une grande importance, si les vues de l'auteur sont fondées, nous espérons que les commissaires chargés d'examiner cet appareil et son mode de fonctionnement, voudront bien, après l'avoir expérimenté, en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

Entre les lectures dont nous venons de faire connaître l'objet, s'est interposé un rapport de M. Boudet, qui déclare qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réclamation de priorité soulevée par M. Leras relativement à l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer citro-ammoniacal. On trouvera le texte de ce rapport dans le compte rendu de la séance.

Dr Brochin.

HOPITAL MARITIME DE BREST. — M. LEFÈVRE.

Accidents saturnins déterminés, dans plusieurs familles, par l'usage d'une boisson dite piquette, préparée dans des vases en terre recouverts d'un vernis dû à un composé plombique.

(Observations recueillies par M. MAUGER, chirurgien de 1re classe, chef de clinique.)

Le danger que présente l'usage des poteries recouvertes d'un vernis au plomb a été signalé assez souvent, depuis un grand nombre d'années, pour qu'on soit surpris qu'aucune mesure n'ait été prise afin de surveiller une industrie qui, par les procédés qu'elle emploie, peut être souvent la cause d'accidents graves parmi les classes malheureuses de la société qui se servent presque exclusivement de ces poteries grossières.

Les faits que nous allons rapporter offrent un double intérêt, puisqu'ils font comprendre d'une part combien il est nécessaire que l'autorité intervienne pour faire cesser les dangers qui résultent de l'emploi des vases dont la couverte est le produit d'un composé saturnin, et, de l'autre, parce qu'ils apprennent combien il faut toujours mettre de soins et de persévérance dans la recherche des causes qui produisent certaines maladies, dont un examen trop superficiel ou trop rapide au point de vue étiologique fait souvent méconnaître l'origine et la véritable nature.

OBS. I. — Au n° 12 de la salle des sous-officiers est couché le sieur Lamy (François), âgé de trente-sept ans, maître mécanicien du vaisseau à vapeur *le Duguay-Trouin*, en armement au port de Brest.

Cet homme, embarqué en 1841 en qualité d'armurier sur le vaisseau *le Neptune*, éprouva, au mouillage de Tunis, dans la Méditerranée, une première attaque de *coliques sèches* qui dura une vingtaine de jours. Huit ans après, il eut une récidive de cette même affection dans la Plata, où il naviguait comme mécanicien sur la frégate à vapeur *le Magellan*. Cette récidive fut plus forte que la première invasion ; elle dura un mois environ, et fut accompagnée de douleurs très-vives dans les membres inférieurs et supérieurs ; ceux-ci étaient de plus le siége d'un tremblement qui, momentanément, suspendit l'usage régulier des mains. Deux atteintes moins fortes eurent lieu, en 1854, dans la mer Noire, sur le vaisseau à vapeur *le Charlemagne*. Enfin, dans le courant de cette année, étant employé au montage de la machine du *Duguay-Trouin*, dans le port de Brest, il éprouva deux légères atteintes qui précédèrent de peu de temps celle, beaucoup plus forte, qui a nécessité son entrée à l'hôpital maritime de Brest, le 29 juillet dernier.

Le jour de l'admission, les phénomènes suivants ont été constatés : la face pâle, terne, légèrement ictérique ; cette teinte est plus prononcée aux sclérotiques ; la langue est blanche, saburrale, les gencives offrent à leur bord libre une coloration gris-ardoisé très-prononcée qui a envahi aussi la partie de la muqueuse buccale en contact avec les gencives ; ces dernières sont saines du reste, et ne présentent aucune boursouflure ni ecchymoses qui permettent de les comparer à celles des scorbutiques. Le ventre est légèrement rétracté, peu douloureux à la pression ; les coliques sont assez vives ; les selles manquent depuis quatre jours. La souffrance siége surtout à la région des lombes. La fièvre manque complétement, mais la parole est brève, saccadée, la voix haute ; il existe un peu d'excitation cérébrale, s'accompagnant de céphalalgie sus-orbitaire intense et de tremblement convulsif des membres supérieurs.

A la visite du soir, on prescrit un lavement avec huile de ricin 30 grammes, et des onctions sur la région lombo-abdominale avec un liniment composé de belladone, de laudanum, et d'eau de laurier-cerise.

Le 30, la nuit a été très-agitée, pas de sommeil, pas de selles ; augmentation des douleurs lombaires. — Orge miellée ; mêmes onctions ; lavement avec séné, 30 grammes ; un bain sulfureux.

Dans la journée, il survient des vomissements bilieux ; le bain n'a pas pu être longtemps supporté ; la sensibilité du ventre augmente : vives coliques, pas de selles.

Le 31, persistance du même état : dans la matinée, la peau est le siége d'une transpiration abondante ; il survient un hoquet très-fatigant ; l'excitation cérébrale augmente, subdélirium nocturne ; le tremblement des mains est plus prononcé. — On administre, dans la journée, 60 grammes d'huile de ricin en lavement, et le soir, par la bouche, une goutte d'huile de croton-tiglium, qui ne détermine pas de selles. Mais les douleurs sont immédiatement soulagées par l'emploi de la faradisation des parois abdominales et lombaires.

Le 1er août, les douleurs sont beaucoup moindres depuis la faradisation ; celles des lombes n'ont pas reparu, mais le hoquet, le tremblement, le subdélirium et la constipation persistent. — Orge miellée ; extrait de belladone, 0,10 grammes ; bains sulfureux et faradisation.

Le 2, il survient trois selles de médiocre consistance, qui amènent une grande amélioration de la douleur, mais ne calment pas l'état nerveux.

Les jours suivants, on continue l'usage de la belladone et des bains sulfureux ; sous l'influence de ceux-ci, les ongles prennent une coloration très-prononcée.

A partir du 5 août, on ajoute au traitement précédent l'iodure de potassium : le mieux s'établit définitivement ; les selles reviennent régulièrement tous les jours, en même temps que diminue le tremblement des mains et que se calme l'éréthisme nerveux.

Ce malade, interrogé à cette époque sur la nature des douleurs et des phénomènes qu'il a ressentis dans cette dernière attaque, nous dit que c'est une nouvelle récidive de la *colique sèche*, dont il a été antérieurement atteint et dont il se croyait à l'abri, puisqu'il n'habitait plus les pays chauds. Comme précédemment, la maladie a marché peu à peu ; des troubles variés ont éclaté du côté du ventre quelque temps avant l'attaque, qui a été semblable aux autres, seulement plus intense.

Mais ce qui, dit-il, le surprend étrangement, et ce qui éveille toute notre attention, c'est que toute sa famille éprouve, depuis quelque temps, des accidents semblables aux siens, qu'il nous prie de vouloir bien constater.

Cette famille, que nous avons examinée, est composée de la femme, âgée de trente-cinq ans, et de trois enfants : une fille de quinze ans, une autre de onze, et un petit garçon âgé de sept ans.

Au moment de notre visite, la mère, qui est accouchée depuis deux mois sans accidents, est au lit ; elle a l'air hébété, répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. Depuis un mois environ elle éprouve de violentes coliques avec constipation opiniâtre et des vomissements verts porracés très-fréquents ; les accidents encéphalopathiques ne sont survenus que depuis huit jours. Les gencives offrent *le liséré de Burton très-prononcé*.

La fille aînée est également couchée ; il n'y a pas chez elle d'accidents cérébraux, mais la faiblesse musculaire est très-grande. Cet état s'accompagne de perte d'appétit, de coliques, de constipation, de teinte subictérique du visage et du *liséré de Burton*, très-net, mais moins large et moins foncé que chez sa mère.

Les deux autres enfants sont plus légèrement atteints ; aussi les phénomènes analogues qu'ils présentent sont-ils moins intenses ; mais tous deux offrent également, comme trait caractéristique, la coloration gris-ardoisé des gencives.

En présence de ces accidents identiques réunis dans une même famille et ne différant entre eux que par une intensité plus ou moins grande, il fallait, de toute évidence, admettre une cause unique ayant agi à des degrés divers chez toutes ces personnes et y ayant amené une intoxication dont il fallait rechercher la nature. Cette recherche était facile : la présence constante du liséré de Burton indiquait réellement que le plomb était ici l'agent toxique, et il y avait tout lieu de supposer qu'il avait été introduit dans l'économie par l'alimentation.

Nous apprîmes bientôt, en effet, que depuis plusieurs mois toute cette famille employait pour sa boisson habituelle un liquide fermenté ainsi composé :

Mélasse.	250 grammes.
Vinaigre.	125 —
Feuilles de vigne.	60 —
— de pêcher.	60 —
Eau.	18 à 20 bouteilles.

Ces diverses substances étaient laissées en contact pendant quatre ou cinq jours ; puis le liquide était mis dans des bouteilles de verre. Le vase employé pour la macération de ces divers in-

grédients était en poterie grossière qui se fabrique dans le Finistère, et dont l'intérieur est recouvert d'un épais vernis formé avec de la litharge.

Nous pensâmes immédiatement que ce vase était la cause productrice des accidents dont nous étions témoins. Le vinaigre avait dû attaquer le vernis, et le liquide ingéré par toute cette famille avait produit une intoxication saturnine.

L'analyse chimique a confirmé la justesse de cette appréciation. La boisson a été analysée avec le plus grand soin par MM. Carpentin et Herland, pharmaciens de la marine, qui y ont constaté la présence d'une notable quantité de plomb. Celui-ci ne pouvait provenir que du vase employé pour la préparation de la boisson. M. Carpentin a aussi analysé la partie vernissée de ce vase; il en a nettement constaté la nature plombique, ce qui l'a amené à conclure que la boisson acide a dû prendre au vernis du vase dans lequel elle a été préparée, la quantité de plomb que l'analyse y a révélée.

Ainsi donc, l'usage prolongé d'une boisson acide préparée dans un vase vernissé avec la litharge a produit chez toute cette famille des accidents saturnins non douteux. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est l'analogie la plus complète établie par le malade Lamy, entre les accidents plombiques actuels et les attaques de *coliques sèches* dont il a été antérieurement atteint. Pour lui, la maladie est la même; les phénomènes se sont présentés de la même façon, et ils ont été identiques chez lui et chez les divers membres de sa famille.

Nous ne voulons pas ici rechercher les causes et la nature de la *colique sèche*, si diversement interprétées par les médecins; mais l'analogie symptomatique entre cette dernière affection et les accidents plombiques mérite d'être signalée.

Obs. II. — Dans la même salle se trouve le nommé Chana (Auguste), âgé de trente-trois ans, second maître de manœuvre.

Cet homme est d'une constitution robuste, ce qui ne l'a pas mis à l'abri des attaques de la *colique sèche*, dont la première remonte à l'année 1846; et elle aurait été occasionnée, au dire du malade, par un séjour d'une demi-heure sous l'eau, dans une cloche à plongeur, la moitié inférieure du corps trempant dans la mer. En 1856, il en aurait éprouvé une nouvelle attaque après s'être jeté à la mer pour sauver un matelot; et cette attaque, qui s'est produite à la Martinique, se serait accompagnée de paralysie incomplète des membres supérieurs.

En 1857, il est entré, pour la première fois, à l'hôpital maritime de Brest, pour la même affection, qui aurait eu pour cause déterminante, toujours d'après le malade, un bain de mer. Il séjourna à l'hôpital du 22 juillet au 12 septembre; il présenta des phénomènes de douleurs beaucoup plus intenses, et on constata chez lui la présence sur les gencives d'un liséré gris-ardoisé, et une coloration brune de la peau et des ongles qui succéda à l'emploi des bains sulfureux.

Au mois d'octobre suivant il eut encore une petite attaque, de courte durée cette fois.

Depuis cette époque, il n'a plus quitté la rade de Brest, où il est embarqué sur un garde-pêche, et il se croyait débarrassé de la maladie dont il a tant souffert, lorsqu'une nouvelle attaque le força à rentrer à l'hôpital le 16 août de cette année.

Cette fois, la constipation n'est pas très-forte; mais les douleurs des membres, de l'abdomen et de la région lombaire ont une intensité plus grande que de coutume; les vomissements sont très-multipliés et ne permettent l'ingestion d'aucun aliment ni d'aucune boisson. La face exprime la souffrance, sa teinte est sub-ictérique; la bouche est pâteuse avec inappétence, l'haleine fade; les gencives, surtout à la mâchoire inférieure, portent le *liséré de Burton*. Le ventre est rétracté, douloureux; la pression avec la main à plat augmente peu cette douleur, qui devient au contraire insupportable si on l'exerce avec l'extrémité des doigts. « C'est une nouvelle attaque de *coliques sèches*, nous dit cet homme; je l'ai senti venir, peu à peu, lorsque je m'en croyais tout à fait débarrassé. »

Le traitement employé fut le même que précédemment : purgatifs à l'huile de ricin et au séné; bains sulfureux, belladone et faradisation des parois abdominales, qui est bien supportée et qui amène un soulagement dans les douleurs, suivi bientôt de selles peu abondantes.

Eclairé par notre première observation, nous apprenons de cet homme qu'il se sert pour boisson unique, depuis son retour à Brest, d'une sorte de piquette composée avec :

Sucre.	500 grammes.
Mélasse..	60 —
Fleurs de sureau et de tilleul. .	50 —
Genièvre et coriandre.	30 —
Vinaigre.	120 —
Eau..	20 bouteilles.

Comme pour le premier malade, ces diverses substances sont mises dans un vase semblable en poterie grossière, vernissée à la litharge; mais le contact ne dure que deux jours. Cette liqueur, analysée par M. Herland, a révélé des traces évidentes de plomb, mais moins considérables que celles de Lamy, ce qui est dû au contact moins prolongé avec le vernis plombique.

Sa femme, que nous avons aussi examinée, a éprouvé depuis quelques mois des coliques violentes et de la constipation; elle porte également un liséré gris-ardoisé aux gencives. Ici l'intoxication saturnine est manifeste; en outre, elle est pure et n'est pas entachée, comme chez son mari, d'attaques antérieures de coliques sèches (si toutefois la cause productrice n'est pas la même dans l'une et l'autre maladie), avec lesquelles celui-ci établit, du reste, la plus entière analogie.

Obs. III. — La troisième observation nous est fournie par un jeune ouvrier couché à la salle n° 3. Le Moal, âgé de dix-neuf ans, ajusteur au port de Brest, est entré à l'hôpital maritime le 5 août 1858, se disant atteint de *coliques sèches*.

Ce malade est d'une constitution peu vigoureuse; depuis quelques mois, il sentait ses forces diminuer, des douleurs vagues occupaient le ventre et les membres; les selles étaient irrégulières. Cet état s'aggravant, il a dû entrer à l'hôpital.

On constate alors un amaigrissement prononcé, la teinte ictérique de la peau et une faiblesse musculaire très-grande sans tremblement ni paralysie. Les douleurs siégent aux membres, au ventre et à la région lombaire; la constipation est opiniâtre et les vomissements multipliés. La bouche est pâteuse, saburrale; les gencives sont pâles, décolorées; le bord libre des inférieures présente un liséré ardoisé très-nettement dessiné, qui embrasse tout l'espace compris de la première molaire droite à celle du côté gauche. Les dents sont parfaitement blanches et saines, ainsi que les gencives, à l'exception toutefois de ce liséré plombique.

Cet homme n'a jamais navigué, et dans la profession qu'il exerce, il ne travaille que le fer. Mais lui aussi boit depuis plusieurs mois de la piquette faite avec des feuilles de cassis, de la mélasse et du vinaigre, que l'on met macérer dans un vase vernissé, analogue aux précédents. L'analyse de cette boisson y a aussi révélé la présence d'une notable quantité de plomb. Toute sa famille, composée de quatre personnes, qui boit journellement de cette boisson, a éprouvé les mêmes accidents, tous portent un liséré plombique très-épais et très-étendu.

Le membre de cette famille qui a été le plus fortement atteint, est le fils aîné, âgé de trente ans, marin congédié depuis trois mois, et qui vient de faire dans les mers du Sud une longue campagne sur la corvette *l'Embuscade*, où, comme la plus grande partie de l'équipage, il a eu à souffrir des *coliques sèches*. Pour ce marin, qui est tombé malade deux mois après son retour dans sa famille, après y avoir fait usage pendant ce temps de la boisson signalée plus haut, ce qu'il vient d'éprouver actuellement n'est encore que la reproduction exacte des coliques sèches qu'il a ressenties pour la première fois à bord de *l'Embuscade*.

Quant au jeune Le Moal, les purgatifs, les bains sulfureux et la faradisation ont promptement amélioré son état, et il lui a été possible de quitter l'hôpital le 22 août, pour reprendre son travail habituel.

Plusieurs observations semblables à celles que nous venons de rapporter ont été publiées à différentes époques. La *Revue médicale* (numéros de juillet et août 1849) en contient deux; l'une relative à un pauvre maçon qui fut également empoisonné par l'usage d'une boisson préparée dans une terrine vernissée; l'autre, d'un pharmacien de Nantes, M. Leménan (des Chenais), qui, voulant s'assurer par lui-même de la facilité avec laquelle les vernis des poteries communes sont attaqués par les acides végétaux, fit bouillir, avec de l'eau distillée, quatre petites pommes dans un pot verni, d'environ deux litres de capacité. Il constata, après deux ou trois jours de contact, l'altération du vernis et la présence dans la liqueur d'une notable quantité de plomb tenu en dissolution par les acides végétaux.

M. Desmedt, pharmacien en Belgique, a vu en 1848 tous les membres d'une famille éprouver des symptômes d'empoisonnement après avoir mangé d'une soupe préparée avec des groseilles rouges. On avait d'abord écrasé ces fruits dans un vase de terre vernissé à l'intérieur pour en avoir le jus, et une circonstance fortuite ayant empêché de terminer cette opération, on avait laissé les groseilles à demi écrasées dans le vase de terre, en y ajoutant un peu d'eau. Ce ne fut que le lendemain que ce travail pût être repris et que la préparation de la soupe avec le jus qui était resté en contact avec le vernis put être achevée. Comme on avait fait cuire cette soupe dans une bassine de cuivre, on ne savait à quelle cause attribuer les accidents qui se produisirent chez toutes les personnes qui en avaient mangé. C'est en procédant à l'analyse chimique de la quantité qui restait, que M. Desmedt reconnut que le jus de groseille n'avait pas attaqué la bassine de cuivre, puisque rien ne décelait la présence de ce métal dans le résidu examiné, mais qu'il avait fortement attaqué le pot de terre cuite, et que c'est de ce dernier vase que provenait le sel plombique, dont la présence lui fut révélée.

On voit donc le danger qu'il peut y avoir à se servir de vases vernissés au plomb, puisque leur usage habituel, qui n'est ordinairement suivi d'aucun accident dans les ménages pauvres qui s'en servent presque exclusivement, peut tout à coup, sous l'influence de préparations acides et dans des circonstances données, devenir la cause d'un empoisonnement. Dans une ville maritime, où des poteries de cette qualité peuvent être employées pour conserver des provisions de campagne (aliments ou condiments) destinées aux maîtres ou aux états-majors, il convient d'appeler l'attention des chirurgiens de la marine sur de semblables accidents, afin que leur surveillance s'exerce sur des détails qui leur sont habituellement étrangers, et qui cependant méritent toute leur attention, car il est probable que la colique sèche qui atteint si souvent d'une manière exclusive le personnel mangeant à certaines tables (maîtres, élèves ou officiers) a pu souvent dépendre d'une cause semblable qui sera restée méconnue.

Un autre enseignement pour les chirurgiens de la marine ressort de ces mêmes faits. Dans les trois familles qui ont fait usage des piquettes plombiques se trouvent d'anciens marins qui, dans le cours de leurs campagnes, ont éprouvé sous les latitudes chaudes des atteintes de la maladie qualifiée de *colique sèche*. Ces hommes, qui ont été questionnés avec soin, s'accordent à reconnaître que les symptômes qu'ils viennent d'éprouver sont absolument les mêmes que ceux qu'ils ont ressentis autrefois. Ils ne peuvent établir aucune différence ni dans les phénomènes précurseurs ni dans la nature ou l'intensité des douleurs qu'ils ont eu à supporter, et qui, d'après eux, auraient un caractère spécial à nul autre pareil, ce qui les porte à n'en faire qu'une même maladie. L'un d'eux, plus explicite que ses camarades, nous a même affirmé qu'au début de ses dernières souffrances il avait annoncé à sa famille qu'il allait être repris de sa colique sèche.

Ces nouveaux témoignages en faveur de l'identité qui existe entre la colique sèche et la colique saturnine, résultats d'une épreuve personnelle des deux maladies, viennent s'ajouter à ceux déjà si nombreux des observateurs qui n'admettent aucune différence entre elles, et ils conduisent nécessairement à se rapprocher de l'opinion qui les fait dépendre d'une même cause, l'intoxication saturnine.

INFIRMERIE DE LA PRISON DE LA ROQUETTE.

M. Deleau.

Applications diverses du perchlorure de fer à l'intérieur et en topique.

Obs. I. — *Adénite cervicale.*

Le nommé N..., Italien de naissance, âgé de 30 ans, détenu, de tempérament bilieux, après un séjour de trois mois à Mazas, est transféré au dépôt des condamnés. Il se présente à notre visite, en accusant une adénite cervicale, qui s'étend de la mâchoire inférieure gauche jusqu'aux os de la clavicule, d'une longueur de 11 centimètres sur 10 centimètres de largeur, d'une forme oblongue, d'une densité remarquable, sans qu'elle détermine une gêne dans la circulation ni dans la déglutition; elle produit seulement un peu de suffocation. La tumeur, en rejetant le cou vers le côté droit, oblige le malade à maintenir la tête dans une position oblique. La tumeur est indolente, sans inflammation; sa dureté est à désespérer de l'application de tous les résolutifs. Le malade est soumis à l'usage de deux cuillerées à bouche de sirop et à l'application de la pommade de perchlorure de fer, un second pansement par jour. Un mois se passe sans changement. A six semaines, la tumeur donne signe d'un commencement de résolution, et elle cède à la puissance du sel ferrique après un traitement de deux mois.

Obs. II. — *Ophthalmie scrofuleuse.*

Le nommé L..., détenu, âgé de vingt-cinq ans, constitution lymphatique, est affecté depuis plusieurs années d'une inflammation chronique de la conjonctive. Cette inflammation s'étend sur les bords des paupières de l'œil gauche; la cornée est complétement altérée; la vision est perdue, et le malade a le cou labouré de cicatrices scrofuleuses. Ce détenu a mis en usage tous les médicaments préconisés, sans soulagement aucun. Je l'ai reçu dans mon infirmerie, où il a été soumis à la méthode chloro-ferrique; une cuillerée à bouche de sirop, collyre de 4 gouttes de la solution dans 30 grammes d'eau distillée. L'hypertrophie des vaisseaux capillaires s'amende dans les quinze jours, et la guérison a lieu à la fin d'un mois de traitement.

Obs. III. — *Spermatorrhée.*

Les nommés B... et P..., détenus, âgés de dix-huit à vingt ans, ont contracté la mauvaise habitude de la masturbation. Ils sont reçus à l'infirmerie, se plaignant d'une faiblesse générale par suite d'une perte constante de la semence. Après une mercuriale paternelle, suivie de l'énumération des symptômes fâcheux qui sont la conséquence de ce vice honteux, je prescris : sirop de perchlorure de fer, deux cuillerées à bouche dans la journée. La santé des deux malades s'est rétablie entièrement dans l'espace d'un mois sans laisser trace de leur infirmité acquise.

Obs. IV. — *Bronchite chronique.*

Le nommé R..., âgé de trente-six ans, constitution délabrée par la maladie, entre à l'infirmerie avec une bronchite chronique de quatre années; toux, bruit de râle dans la partie postérieure du poumon droit; crachats blancs, purulents et filiformes, rarement striés de sang.

Soumis à l'usage des béchiques, des opiacés, des purgatifs et à l'application d'un cautère au bras droit, le malade ne cesse pendant dix jours de tousser et de cracher; il n'a ni sommeil ni appétit. J'ai recours au sirop de perchlorure de fer à la dose ordinaire. Le malade se trouve mieux de la nouvelle prescription; la toux s'apaise après quelques jours, les crachats se modifient, la perméabilité du poumon est sensible à l'oreille. Le sommeil répare les forces du malade, qui sort entièrement guéri après deux mois de traitement, avec l'espoir de ne pas éprouver une récidive à l'ouverture de la mauvaise saison.

Ces quatre observations présentent une identité dans l'action modificatrice que le perchlorure de fer exerce sur les membranes muqueuses.

Obs. V. — *Blennorrhagie.*

Les nommés C... et V... ont contracté une blennhorragie qui date de six mois. Mis à l'usage du sirop et des injections au perchlorure de fer, leur blennorrhagie se dissipa dans l'espace de quinze jours. Les malades habitent la prison depuis deux mois sans présenter le plus léger signe de récidivité, et sont transportés aujourd'hui dans une prison départementale.

Il est rare d'observer dans les prisons la blennorrhagie dans son état d'acuité primitive; il en est autrement dans la pratique en ville, et là le succès du perchlorure de fer dépasse toutes les espérances. *Abstineo...*

Obs. VI. — *Chancre mou.*

Le nommé L..., détenu, forte constitution, âgé de vingt-quatre ans, porte un chancre mou à la rainure droite. — Cautérisation, pommade, sirop au perchlorure de fer. Guérison du chancre dans l'espace de dix jours.

Obs. VII. — *Chancre syphilitique induré.*

Le nommé S..., âgé de vingt-huit ans, présente un chancre induré à la rainure gauche, sans retentissement dans l'aine inguinale. — Cautérisation, pommade, sirop au perchlorure de fer. Après quatre ou cinq jours d'application de la pommade, un phénomène remarquable se présente à mon attention. Le chancre induré se trouve modifié dans son espèce et présente les caractères du chancre mou. Il se cicatrise avec la même rapidité.

Je laisse aux syphiliographes le soin d'expliquer ce phénomène pathognomonique, que j'ai depuis longtemps signalé pour la première fois. Le perchlorure de fer, dans cette concurrence, est-il neutralisant, modificateur ou résolutif?

Il modifie le chancre et le cicatrise, c'est le point essentiel pour la pratique.

Obs. VIII. — *Ongle rentré dans les chairs.*

Le nommé T..., âgé de quarante ans, ouvrier terrassier, venant de Loches, entre à l'infirmerie avec l'ongle du pouce gauche rentré dans les chairs. L'application de la pommade perchlorurée limite, au bout de quelques jours, la peau à ses rives naturelles, et le malade se livre librement sans douleur aux mouvements de la marche.

Le panaris a été cette année très-fréquent dans les hôpitaux et dans les prisons. J'attaque ordinairement le mal à son origine, en faisant couvrir le doigt avec la pommade perchlorurée. Cette application dissipe dans les vingt-quatre heures le gonflement inflammatoire, et la douleur se calme sous l'influence sédative du médicament, comme peut le faire le chloroforme. Mais si le panaris avancé parcourt toutes ses périodes, le perchlorure de fer les active, avec l'assurance d'arrêter les progrès toujours fâcheux de la nécrose.

TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE.

Sarcome celluleux des Allemands, de la région ano-coccygienne. — Extirpation complète à l'aide de l'écraseur linéaire. — Guérison.

Par M. le docteur Piachaud (de Genève).

Bien que l'écraseur linéaire soit un instrument assez généralement répandu, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de faire connaître aux praticiens l'heureux emploi que j'ai eu l'occasion d'en faire pour l'extirpation d'une tumeur volumineuse dans une région où on redoute toujours, et avec raison, de porter le bistouri. J'en rapporte, du reste, tout l'honneur à son inventeur, M. le docteur Chassaignac, qui a rendu un éminent service à la chirurgie.

Dans l'opération que j'ai pratiquée, il était important d'éviter l'hémorrhagie : ce but a été atteint d'une manière complète; il en a été de même dernièrement pour l'extirpation d'une tumeur de la langue, opérée par le docteur Gautier, et à laquelle j'assistais.

Pour le manuel opératoire, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant l'observation qui va suivre, on pouvait craindre quelques difficultés, à cause de la situation profonde de la tumeur et du nombre de sections qu'il y aurait à pratiquer, afin de cerner le mal de tous les côtés.

J'ai dû faire, en effet, quatre sections successives avec la chaîne, les trois premières en les faisant passer à travers les tissus, la dernière directement pour achever de séparer la tumeur.

Pour faire passer la chaîne à travers les tissus, j'ai fait confectionner une aiguille large et forte munie d'un chas, que je faisais pénétrer au moyen d'un manche mobile qui m'a permis de la pousser avec assez de force.

De cette manière, l'opération a été plus longue, sans doute, que si j'avais employé l'instrument tranchant; mais la perspective de n'avoir pas à craindre d'hémorrhagie et l'insensibilité de la malade la rendaient bien préférable.

On remarquera que bien qu'un tiers du sphincter ait été enlevé, et cela dans une profondeur de 5 centimètres, les fonctions de l'anus ont reparu dès que le tissu cicatriciel a formé un point d'appui suffisant aux fibres musculaires.

Mme X..., de Coppet, Anglaise d'origine, âgée de soixante ans environ, née de parents sains, n'ayant pas eu connaissance de maladie organique dans sa famille. Elle a eu plusieurs couches, la dernière il y a vingt ans; jamais elles n'ont rien offert de sérieux : pendant ses grossesses, elle a été sujette à des hémorrhoïdes, qui se dissipaient après l'accouchement.

Il y a six mois environ que cette dame s'est aperçue d'une grosseur à l'anus; elle s'en est peu préoccupée, l'attribuant à une hémorrhoïde; cependant il ne s'écoulait jamais de sang par là. Elle éprouvait de la gêne dans la marche, dans la station assise, peu dans la défécation; depuis deux mois, il est survenu des douleurs assez pénibles; aussi la malade a commencé à se tourmenter, et a désiré avoir l'avis du docteur Mercier, qui, par l'examen local, a vu qu'il s'agissait d'autre chose que d'une simple tumeur hémorrhoïdale. J'ai été prié de la voir avec lui, et nous avons constaté qu'il existe une tumeur à la partie inférieure et postérieure du rectum et de l'anus. Cette tumeur occupe le tiers de la circonférence de l'anus, et forme une saillie cutanée bien appréciable; sur les côtés de l'orifice se voient des plis et des restes d'hémorrhoïdes anciennes. Le doigt pénètre facilement dans le rectum, et permet de reconnaître que la tumeur remonte à 5 centimètres de hauteur, et se termine là par une saillie très-nette; elle a la forme et le volume d'un œuf de poule aplati du côté de la muqueuse rectale; elle fait saillie dans le rectum, et ses limites sur les parties latérales sont parfaitement nettes; sa consistance est dure; elle est indolente, et ne présente aucune adhérence du côté du coccyx. En somme, son caractère essentiel et important, c'est qu'elle est fort bien limitée de tous côtés, et que les tissus qui l'avoisinent sont très-souples et normaux. Il n'y a aucun ganglion engorgé dans les aines. Par l'anus, il y a habituellement un suintement muco-purulent, et parfois, après les selles, il est sanguinolent; ces jours derniers, il y a eu même une perte de sang assez abondante.

L'état général est satisfaisant, et la malade fort disposée à faire enlever sa tumeur.

Le 27 juillet 1858, je procède à l'opération avec l'aide des docteurs Mercier père et fils : la malade est placée comme pour être opérée de la fistule et soumise aux inhalations du chloroforme. La tumeur tout entière est enlevée au moyen de l'écraseur linéaire. Avec une forte aiguille à chas, que je pousse avec un manche mobile pour la faire pénétrer plus aisément, je traverse les tissus de dehors en dedans à 4 centimètres en arrière de l'anus et à 1 centimètre en dehors de la tumeur; je reçois la pointe de l'aiguille sur mon doigt dans le rectum, et je la ramène par l'anus à l'extérieur.

J'attache par un fil la chaîne de l'écraseur au chas de l'aiguille, et je la fais passer à travers les tissus, que je sectionne facilement au moyen de l'instrument. Je pratique une section pareille au côté opposé de la tumeur avec la même facilité. Le doigt introduit dans le rectum, je trouve que la tumeur est encore retenue dans le haut par une large bride formée par la paroi du rectum; je porte alors mon aiguille transversalement dans le rectum et je divise cette paroi avec la chaîne de l'écraseur. A ce moment la tumeur n'était plus retenue que par sa paroi postérieure ou coccygienne : il fut facile de la séparer, car je n'eus qu'à porter dans le rectum la chaîne avec laquelle j'entourai la tumeur de manière à prendre même hors de ses limites; le docteur Mercier fit marcher l'instrument pendant que je dirigeais la chaîne. La tumeur fut détachée en entier avec la portion de peau en arrière de l'anus; il n'y eut aucune hémorrhagie, sauf celle produite par les piqûres de l'aiguille, et nous reconnûmes que la tumeur était entourée partout de tissu musculaire, de sorte que tout le tissu malade avait été enlevé.

Le pansement a consisté dans l'introduction d'une grosse mèche de coton recouverte d'un matelas de charpie, avec compresse, le tout maintenu par un bandage en T. La première selle a eu lieu le cinquième jour, et depuis lors chaque matin il y a eu une selle au moment du pansement. Il n'y a eu ni fièvre ni accident, et le 20 août la plaie était rétrécie des deux tiers; les matières sortent involontairement.

Le 20 septembre, c'est-à-dire deux mois après l'opération, je revis madame X..., qui est guérie; il n'y a plus de suppuration, l'apparence de l'anus est naturelle; le doigt introduit rencontre en arrière le tissu cicatriciel assez résistant et recouvert d'une muqueuse normale; en avant on sent une petite tumeur hémorrhoïdale. Les fonctions de l'anus sont *normales*, Mme X... va à la selle une fois chaque matin naturellement, et peut retenir ses matières volontairement. L'appétit est excellent et la santé très-bonne.

Examen de la tumeur. — La tumeur a la forme d'un œuf de poule aplati du côté de la membrane muqueuse; elle est régulière, sans bosselures. La surface muqueuse est d'un rouge violacé, ulcérée dans toute son étendue; par une coupe longitudinale, nous avons reconnu une consistance molle, quoique résistante, d'un aspect gras, couenneux parfois, comme glanduleux, laissant écouler peu de liquide; sa couleur est gris-jaunâtre; il est facile par le râclage de détacher de petits fragments. Au microscope je reconnais les caractères non douteux du tissu fibro-plastique celluleux.

Le docteur Claparède a bien voulu faire de ce tissu un examen détaillé, et voici la note qu'il m'a transmise à ce sujet :

« La tumeur est formée presque exclusivement par des fibres-cellules fusiformes à nucléus ovale et granuleux. Çà et là, mais rarement, on aperçoit des traînées de tissu conjonctif homogène à apparence fibreuse. Entre les cellules fusiformes s'en trouvent d'autres qui présentent tous les passages de la cellule sphérique à la cellule fusiforme définitive. Cette structure anatomique classe d'une manière positive la tumeur parmi les sarcomes (fibro-plastiques de Lebert), mais parmi les sarcomes celluleux qui se rapprochent le plus des carcinomes. Le réseau vasculaire est très-peu développé; malgré l'apparence couenneuse de la section, le microscope ne révèle presque pas d'éléments graisseux, l'éther ne permet également d'extraire que fort peu de graisse. »

NOTE SUR UN CAS DE MONSTRUOSITÉ

du genre paracéphale (classe des acéphaliens).

Par M. le Dr Ch. Delacour, prof. adjoint à l'Ecole de méd. de Rennes.

Nous possédons dans les collections de l'Ecole de médecine de Rennes un certain nombre de monstruosités dont quelques-unes méritent d'être publiées, et dont une constitue un genre complétement nouveau.

L'observation que je publie aujourd'hui a trait à une monstruosité qui n'est pas très-rare; mais il est un point de l'histoire des acéphaliens resté fort obscur, c'est leur circulation : c'est à ce point de vue que j'appelle l'attention. Il nous a été remis par M. le docteur Tual.

Le fœtus humain dont il s'agit est né après cinq mois de grossesse, et sans circonstances remarquables : sa longueur est de 17 centimètres; la partie sous-ombilicale présente l'apparence ordinaire; les membres inférieurs sont développés comme ceux d'un fœtus de cinq mois; sexe féminin; anus perforé.

La partie supérieure du corps se termine en s'arrondissant à quatre centimètres au-dessus du nombril, d'où s'échappe un cordon ombilical très-grêle. En arrière, la colonne vertébrale n'était protégée que par une peau rouge et peu épaisse.

En pénétrant par la dissection et de haut en bas dans l'abdomen, on peut observer que la colonne vertébrale présente cinq vertèbres dorsales et cinq côtes qui sont affaissées et accolées à la tige centrale; au-dessous, les vertèbres lombaires et sacrées. Aucune trace de sternum.

Entre les parois abdominales et les vertèbres, un foie assez volumineux auquel se rend une veine ombilicale. Aucune trace des reins, du pancréas, du cœur, de l'aorte, des artères ombilicales.

Intestin grêle se terminant en cul-de-sac supérieurement, en bas pouvant être suivi jusqu'à l'anus.

Aucune trace des organes génitaux internes.

A la place de la vessie, un canal cylindrique de 1 centimètre de diamètre se prolonge par l'ouverture ombilicale dans le cordon, et s'abouche dans la veine ombilicale après 3 centimètres de contact. Ce même canal se prolonge en bas dans le bassin à gauche du rectum, et se termine par trois canaux secondaires adossés comme les doigts de la main. Je suis porté à croire que ses orifices sont le commencement des veines hypogastriques; mais le fœtus avait été durci par l'alcool au point que cette dissection était très-difficile. Les parois de ce réservoir ont environ 1 millimètre.

Le cordon ombilical se compose donc de la veine ombilicale, de ce vaisseau, qui occupe la place de la vessie et de l'ouraque, et qui était peut-être un réservoir pour le sang, de deux cordons celluleux représentant les artères ombilicales et semblant imperforés.

Ce monstre acéphale s'est donc développé jusqu'à cinq mois sans cœur, sans que la circulation artérielle ait existé, et c'est déjà un fait extraordinaire, bien qu'il ne soit pas sans analogues dans la science : M. Serres a constaté sur un fœtus acéphale un vaisseau médian, qu'il a comparé au vaisseau dorsal des insectes. Cet organe, prolongé dans le cordon et abouché dans la veine ombilicale chez notre fœtus, n'est-il pas un vaisseau pulsatile du même genre?

Il serait bien à désirer qu'on pût injecter le premier fœtus acéphale qui se présentera.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 octobre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Mayenne pendant l'année 1857, et dans l'arrondissement de Segré (Maine-et-Loire) pendant les années 1856 et 1857 (commission des épidémies);

2° Les rapports de M. Campmas, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Baréges (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857, et de M. Secourgeon, médecin principal de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1858;

3° De nouveaux échantillons de barégine extraite des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon;

4° Une demande formée par le sieur Tapon-Chaullet, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical des sources qu'il possède à Chateldon (Puy-de-Dôme), et connues sous le nom de Sources de la Montagne. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, adresse une lettre par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

— M. le docteur Despré (de Saint-Quentin) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. (Accepté.)

— M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. Cauvière (de Marseille), membre correspondant, et annonce que M. le professeur Langenbeck (de Berlin) assiste à la séance.

Anesthésie locale par le galvanisme. — M. Robert prend la parole à l'occasion du procès-verbal et au sujet de la note adressée dans la dernière séance par M. Préterre, sur l'anesthésie locale par le galvanisme. Il a expérimenté à l'Hôtel-Dieu, et avec le concours de M. Magitot, ce procédé, et il doute qu'il ait réellement la valeur que lui ont attribuée quelques auteurs américains. L'appareil qu'il a mis en usage est celui de M. Duchenne. L'un des pôles est adapté à l'instrument qui sert à opérer l'avulsion; le malade tient l'autre pôle en main, et il le serre fortement au moment de l'opération.

Chez deux malades, le résultat a été tout à fait négatif. Le premier éprouva une vive douleur, qui ne parut pas être moins intense que celle qu'il ressentit quand on lui arracha la dent semblable du côté opposé sans se servir du courant. Chez le second, une expérience comparative du même genre donna le même résultat.

D'autres fois le résultat resta douteux. Quatre fois enfin l'avulsion se fit sans douleur; mais M. Robert se demande s'il s'agissait bien ici d'une action réellement anesthésique. Dans ces quatre cas une douleur vive s'était fait sentir au moment de la fermeture du courant, et M. Robert pense que les choses pourraient bien s'être passées comme chez ces malades auxquels Dupuytren parvenait à réduire des luxations en sollicitant vivement leur attention et en obtenant ainsi le relâchement des muscles. Le saisissement produit dans ces cas par un propos blessant ou une apostrophe inattendue pourrait bien trouver son équivalent dans une douleur qui empêche d'en percevoir une autre.

Toutefois cette explication semble être en opposition aux deux autres essais tentés par M. Robert : ici, au lieu d'appliquer un des pôles à la clef de Garengeot, on le mettait en contact avec le lobule de l'oreille, et, bien qu'il en résultât une douleur intense, l'avulsion n'en fit pas moins souffrir les malades.

M. Robert a encore employé le procédé de M. Francis pour ouvrir deux abcès, et il lui a semblé que l'opération n'en avait été que plus pénible. Il résulte pour le moins de ces tentatives, qu'on ne peut pas compter sûrement sur l'anesthésie par le courant galvanique.

M. Moreau a assisté à des expériences analogues à celles de M. Robert, dans le service de M. Nélaton. Deux fois le succès a été à peu près complet. Chez un élève du service l'avulsion se fit sans douleur, mais le contact du davier avec la lèvre détermina une sensation de brûlure. On se mit à l'abri de cette complication, chez un autre sujet, en entourant l'instrument d'un tissu de soie. Cet homme, qui avait beaucoup souffert d'une avulsion de dent, il y a quelque temps, n'éprouva aucune douleur, si bien, dit M. Moreau, qu'il se disait prêt à se faire arracher vingt dents par le nouveau procédé.

M. Velpeau. Nous avons entendu parler, depuis quelques mois, d'un courant électrique arrivant d'Amérique, et qui, appliqué aux dents, aurait des propriétés anesthésiques. J'ai voulu savoir ce qui en était, et une première expérience, faite dans mon service, paraissait favorable à cet agent nouveau.

J'ai pensé, avec M. Follin, qu'on pourrait peut-être l'utiliser pour la

chirurgie, et j'ai institué quelques expériences à cet effet dans mon service.

Voici en peu de mots quels en furent les résultats :

Mon premier malade, auquel j'ouvris un abcès par une incision *électrisée*, se plaignit vivement ; il avait subi une incision analogue sans l'emploi du galvanisme, et il ne s'était pas plaint, bien qu'il eût souffert. Il fut, du reste, impossible de savoir si c'était l'incision ou la douleur produite dans la main par le contact de l'un des pôles qui avait le plus fait souffrir le malade.

J'enlevai à un autre sujet un bouton cancroïde du nez déjà traité par la cautérisation; l'anesthésie parut être complète. Un autre avait subi antérieurement l'ablation du bourrelet douloureux qui encadrait un ongle incarné ; je répétai la même opération en employant le courant galvanique : la souffrance fut plus vive, et il s'y joignit en outre la douleur éprouvée par la main qui tenait l'un des rhéophores.

J'ouvris de même un abcès chez un autre malade qui avait déjà dû se soumettre à une opération analogue sans le secours du galvanisme, et la douleur fut la même que la première fois. Les résultats ne furent pas plus avantageux pour la ponction d'un hydrocèle et une dernière ouverture d'abcès.

Je conclus franchement de ces tentatives que le galvanisme ne change rien aux incisions, et M. Follin est arrivé, je crois, à la même opinion relativement à l'avulsion des dents. Reste à savoir s'il y a quelque différence entre les dents américaines et les nôtres.

RAPPORTS.

Emploi thérapeutique du perchlorure de fer. — M. F. BOUDET, au nom d'une commission composée de MM. Barth, Bouchardat et Boudet, lit le rapport suivant, à l'occasion d'une réclamation de M. Leras :

MM. Barth, Bouchardat et moi, nous avons été chargés par l'Académie d'examiner une réclamation qui lui a été adressée par M. Leras, à l'occasion du rapport d'une commission composée de MM. Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet, sur un mémoire relatif au pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, proposé par M. Robiquet comme agent thérapeutique.

En 1847, M. Persoz fait connaître le pyrophosphate double de fer et de soude (*Annales de chimie et de physique*, tome XX, p. 322, 327 et suivantes.). Il a précisé sa composition, indiqué la manière de le préparer, et appelé l'attention des médecins sur sa valeur thérapeutique.

En 1849, deux ans plus tard, M. Leras a adressé à l'Institut une note dans laquelle il a préconisé les avantages du même sel, sans indiquer la manière de le préparer ni donner aucun renseignement sur sa composition. Il lui attribuait une supériorité remarquable sur les autres ferrugineux en raison de la propriété qu'il lui avait reconnue de ne pas précipiter le suc gastrique.

En 1855, M. Leras a présenté à l'Académie de médecine le même travail qu'il avait envoyé, en 1849, à l'Institut. Dans cette deuxième note, comme dans la première, on ne trouve aucune formule ni aucun renseignement sur la nature et la préparation du sel ferrugineux.

M. Souheiran, dans son *Traité de pharmacie*, quatrième édition, portant le millésime de 1853, avait reproduit la formule publiée par M. Persoz : « Le pyrophosphate de fer, est-il dit dans cet ouvrage, se dissout dans le pyrophosphate de soude en donnant une solution double qui est précisément le composé employé en médecine. Les Anglais le considèrent comme étant plus facilement supporté par les malades que les autres préparations de fer, et l'emploient en solution dans l'eau. »

La formule du pyrophosphate de fer et de soude avait donc, dès 1853, été publiée dans un livre classique et d'une grande notoriété, et le sel était connu et apprécié en Angleterre longtemps avant que M. Leras eût adressé aucun mémoire à l'Académie de médecine.

M. Leras avait avancé, il est vrai, d'après ses propres expériences, que le pyrophosphate ferrico-sodique ne précipitait pas le suc gastrique, mais M. Quévenne avait contredit cette assertion dès 1854 (*Archives de physiologie*, octobre 1854, p. 28).

Il est juste, toutefois, de faire remarquer que M. Quévenne avait opéré sur du suc gastrique de chien, tandis que M. Leras avait employé le suc gastrique du bœuf.

Il est évident, d'après ce qui précède, que le mémoire envoyé à l'Académie par M. Leras en 1855 ne présentait aucun fait scientifique nouveau, et partant ne pouvait être l'objet d'un rapport; aussi n'en a-t-il pas été fait à l'Académie au sujet de cette communication.

En 1857, M. Robiquet a présenté à l'Académie un mémoire sur le pyrophospbate de fer citro-ammoniacal, c'est-à-dire sur un produit distinct du pyrophosphate ferrico-sodique. A cette occasion, M. Leras a cru devoir adresser à l'Académie une réclamation de priorité.

Cette réclamation n'était pas fondée, puisqu'il s'agissait d'un composé tout autre que le pyrophosphate ferrico-sodique.

Qu'a fait cependant la commission chargée par l'Académie d'examiner le mémoire de M. Robiquet et les réclamations de M. Leras? Elle a résumé, dans son rapport, la communication de M. Leras à l'Institut en 1849, reproduite en 1855 devant l'Académie de médecine; elle a apprécié le seul fait scientifique que M. Leras pût revendiquer, l'action réciproque du suc gastrique et du pyrophosphate ferrico-sodique ; elle a constaté que, conformément aux observations de Quévenne, le suc gastrique du chien était précipité par le pyrophosphate ferrico-sodique, et, de plus, a démontré par des expériences précises, que le pyrophosphate ferrico-sodique paralysait l'action digestive du suc gastrique, comme la plupart des autres ferrugineux.

La commission a donc accompli dans toute son étendue la mission dont elle avait été chargée par l'Académie, et M. Leras n'était en aucune manière fondé à dire que son rapporteur n'avait tenu aucun compte de ses réclamations. Ses réclamations, au contraire, avaient été prises en considération avec une grande et bienveillante attention.

Telle est, messieurs, l'état de la question que la commission avait à examiner.

Comme conséquence des faits et des considérations qu'elle vient de vous exposer, elle a l'honneur de proposer à l'Académie de déclarer qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réclamations de M. Leras. (Adopté.)

LECTURE.

Intoxication iodique lente. — M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit, au nom de M. Rilliet, une note intitulée : *Quelques mots sur l'intoxication produite par l'iode administré à petites doses longtemps continuées.* Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° L'absorption longtemps continuée de petites doses d'un sel iodé, qu'il soit mêlé à l'eau, à l'air ou aux aliments, n'est pas toujours sans danger ;

2° Les habitants de certaines localités sont plus que d'autres exposés à l'intoxication iodique ;

3° Cette susceptibilité spéciale dépend peut-être de la petite quantité d'iode que recèlent l'eau, l'air et les aliments dont on fait usage dans ces pays.

4° L'intoxication iodique est peut-être plus à redouter quand le médicament est donné à petite dose qu'à grande dose, et comme préventif que comme curatif d'une diathèse localisée ou confirmée.

5° Cette intoxication est tout à fait exceptionnelle dans l'enfance, rare dans l'âge adulte, et d'autant plus à craindre que les sujets sont plus avancés en âge. En conséquence, on ne saurait surveiller trop attentivement l'administration de l'iode chez les personnes âgées de plus de quarante ans, et il faut en suspendre l'usage à l'apparition des premiers symptômes de saturation (boulimie, amaigrissement, palpitations, susceptibilité nerveuse).

6° Le médecin, placé en présence d'une de ces maladies sans nom, sans cause et sans localisations morbides appréciables, et dont la boulimie, les palpitations, le marasme, sont les symptômes apparents, doit avoir les yeux ouverts sur la possibilité d'une intoxication iodique.

7° Les meilleurs remèdes de cet empoisonnement lent sont le lait, une alimentation analeptique, le changement d'air et les préparations ferrugineuses. (Cette note est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Boinet sur l'alimentation iodée.)

Respirateur artificiel. — M. LE DOCTEUR SIMONOT lit une note sur un instrument de son invention qu'il nomme *respirateur artificiel*, et sur ses applications à l'asphyxie diphthéritique et aux asphyxies en général.

« Les bases de construction de cet instrument, dit l'auteur, sont les suivantes :

» Isolement absolu des courants inspiratoire et expiratoire;

» Dosage aussi précis que possible de ces mêmes courants;

» Sensibilité et régularité des mouvements impulsifs et expulsifs ;

» Abstention de tout métal oxydable dans la construction ;

» Protection de l'instrument contre l'afflux des liquides que pourrait appeler au dehors le courant expiratoire ;

» Possibilité de varier à volonté les conditions thermométriques, hygrométriques et thérapeutiques de l'air inspiré ;

» Contrôle des influences qualitatives subies par le même air, au moyen d'un examen comparatif de l'air expiré. »

A l'aide de cet instrument, M. Simonot se propose de remplir les deux indications suivantes : « 1° Assurer l'aération des poumons, et 2° rétablir le jeu des puissances respiratoires. »

A cet effet, l'auteur met son instrument en communication avec l'ouverture d'un tube laryngien ou d'une canule trachéotomique, et à l'aide des deux corps de pompe dont se compose le *respirateur*, il règle à son gré les mouvements d'inspiration et d'expiration. (Commissaires, MM. Nélaton, Blache et Trousseau.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart pour entendre le rapport de M. Trousseau sur le prix Itard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Baillard, né à Montargis (Loiret) ; *De l'ovarémisme.*

Micriditz, né à Smyrne (Turquie) ; *Étude sur le diagnostic des épanchements pleuraux.*

Venot, né à Bordeaux (Gironde); *Du sarcocèle syphilitique.*

Debauge, né à Lyon (Rhône) ; *Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc.*

Icard, né à Biot (Var) ; *Des rétrécissements de l'urèthre. Appréciation des différentes méthodes thérapeutiques.*

Bories, né à Toulouse (Haute-Garonne) ; *Des abcès parenchymateux du sein et de leur traitement.*

Ducellier, né à Carouge (Suisse) ; *De la version du fœtus par manœuvres externes.*

Boucard, né à Montjoie (Tarn-et-Garonne) ; *Des accidents qui surviennent dans les grossesses gémellaires.*

Cézilly, né à Seynes (Basses-Alpes) ; *Observations sur le dragonneau ou ver de Médine.*

Forgeot, né à Anneville (Haute-Marne) ; *Réflexions sur la diphthérite épidémique*, maladie observée à Vignory en 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de chirurgien au bureau central a commencé ~~aujourd'hui~~ : la question que les candidats ont eu à traiter est la suivante :

Décrire l'opération de la thoracentèse et les indications de cette opération.

MM. Boulay et Alph. Guérin sont juges suppléants à la place de MM. Gendrin et Giraldès.

Les candidats sont au nombre de dix; dans la liste que nous avons publiée, nous avons omis M. Parmentier.

— Le corps médical de Marseille vient de perdre son doyen et l'une de ses plus grandes célébrités. M. Cauvière, ancien directeur et professeur de l'École de médecine, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de 78 ans, après une courte maladie.

Doué d'une remarquable intelligence, d'un esprit fin, d'une instruction solide et variée, où les lettres et la philosophie ne tenaient pas moins de place que les sciences, qui avaient toujours été l'objet de ses prédilections; professeur éloquent, praticien habile, et par-dessus tout homme du monde; bon, aimable, et plein de distinction, M. Cauvière a dû à cet heureux ensemble de qualités la grande réputation dont il a joui pendant plus d'un demi-siècle, et sa suprématie incontestée sur tous ses confrères, presque tous aujourd'hui ses élèves.

M. Cauvière, avec son grand savoir, sa vaste expérience et sa grande facilité, n'a rien écrit, rien du moins dont nous ayons connaissance. C'est surtout dans l'enseignement oral, dans son service d'hôpital et dans ses consultations qu'il a déployé toutes les ressources de ses belles facultés intellectuelles.

Les obsèques de M. Cauvière ont eu lieu lundi 4 octobre. Des discours ont été prononcés sur sa tombe, par M. Coste, directeur de l'École préparatoire, M. Seux, président de la Société de médecine, et par ses confrères, MM. Reymonet et Girard.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé membre associé de l'Académie des Quirites (Académie des sciences, lettres et arts) de Rome.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 122. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 122. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un antre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tumeur cérébrale diagnostiquée pendant la vie.

Une femme, âgée de cinquante et un ans, malade depuis environ seize mois, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 juillet dernier dans le service de clinique de M. le professeur Rostan, salle Saint-Antoine. Cette malade, envoyée par M. le docteur A. Legrand comme atteinte d'une myélite cervicale, présente un facies étrange et un air hébété, qui, *à priori*, font naître l'idée de quelque lésion grave de l'encéphale. M. Rostan, après l'avoir examinée avec soin, voit et fait remarquer qu'elle présente une légère différence dans la dilatation des deux pupilles ; ses traits sont amaigris et altérés, tout son corps est d'une maigreur extrême. Elle se tient sur son séant le cou roide ; il n'existe aucune déformation de la colonne cervicale, ni aucune lésion organique de la région, ce qui indique que cette attitude tient uniquement à la douleur. Interrogée sur les sensations qu'elle éprouve, la malade dit ressentir une vive douleur dans la partie supérieure du cou et la partie postérieure de la tête, vers laquelle elle porte la main d'une manière automatique. Elle se plaint aussi d'une faiblesse musculaire générale, plus prononcée aux membres inférieurs, mais égale des deux côtés. La faiblesse des jambes est telle qu'elle ne lui permet pas de marcher sans appui.

La sensibilité est altérée aussi, mais faiblement ; cette altération consiste en une sorte d'engourdissement et une sensation insolite d'ardeur, que la malade ressent dans la paume des mains. Un autre symptôme frappe aussi vivement l'attention, c'est la lenteur extrême de la parole et la difficulté de s'exprimer, qui ne permet à la malade de répondre aux questions qu'on lui adresse qu'en bredouillant et comme en larmoyant. En même temps elle laisse échapper de la bouche une assez grande quantité de salive, qui s'écoule sur les lèvres sous forme de bave. Il y a un état de somnolence habituelle.

Si l'on remonte aux antécédents, la malade ne signale aucune maladie grave antérieure à sa maladie actuelle, et qui datait, ainsi que nous l'avons dit, de seize mois lors de son entrée à l'hôpital. C'est à cette époque seulement qu'elle a commencé à éprouver les douleurs de tête dont elle se plaint aujourd'hui. Un peu après se sont montrés l'affaiblissement musculaire et le trouble de la parole. Tous ces symptômes ont été croissant d'une manière continue, mais c'est depuis trois mois surtout qu'ils ont marché avec rapidité.

Actuellement, la malade ne présente que les symptômes indiqués du côté de la sensibilité, de la motilité et de la parole. Les sens spéciaux et l'intelligence ne paraissent pas altérés d'une manière bien marquée.

Du côté de la digestion, rien que de l'inappétence, et la gêne de la déglutition qui entraine l'écoulement et la salive hors de la bouche : langue saine, pas de douleur épigastrique ou abdominale, pas de nausées ni vomissements ; constipation. — Rien de particulier du côté des fonctions respiratoires, circulatoires et urinaires : langueur générale. La nutrition est profondément altérée, amaigrissement prononcé.

M. Ludovic Hirschfeld, chef de clinique, appelé à se prononcer sur le diagnostic de cette affection, diagnostiqua une tumeur de la base de l'encéphale, en se fondant sur les considérations suivantes :

1° Sur la douleur profonde et parfaitement limitée en arrière de la tête ;

2° Sur l'intégrité de l'intelligence ;

3° Sur la conservation presque complète de la sensibilité tactile et générale, et des mouvements ;

4° Sur le trouble de la parole coïncidant avec la presque intégrité des sens spéciaux ;

5° Enfin sur l'analogie que le facies de cette femme présentait avec celui d'une autre malade, sur laquelle M. Rostan avait diagnostiqué une tumeur de l'encéphale que l'autopsie démontra.

Telle était aussi l'opinion du docteur Legrand, à qui M. Hirschfeld communiqua sa manière de voir.

M. Rostan, de son côté, attachant plus d'importance aux troubles généraux de la sensibilité et de la motilité, et prenant également en considération le trouble de la parole et de la déglutition et le facies de la malade, tenant compte enfin de l'inégale dilatation des pupilles, mais interprétant ces symptômes d'une manière différente, se borna à exprimer l'opinion qu'il s'agissait d'une lésion probablement plus étendue de l'encéphale, s'abstenant d'ailleurs de se prononcer sur sa nature, et réservant à tous autres égards le diagnostic.

On soumet la malade à un traitement antiphlogistique et révulsif : applications de sangsues, vésicatoires, sinapismes, purgatifs, etc.

Dans le courant du mois de juillet, on n'a rien noté de particulier, si ce n'est l'intensité croissante des symptômes déjà existants.

Dans le mois d'août de nouveaux accidents apparaissent. La paralysie fait des progrès ; elle s'est étendue aux sphincters et a amené l'incontinence des matières solides et liquides. La respiration devient de plus en plus difficile par suite de l'accumulation dans les bronches de mucosités que la malade ne peut expulser. L'amaigrissement et l'affaissement général, que l'inanition n'a fait qu'accroître, sont extrêmes.

Le 14 août survient une complication grave. La malade est prise d'un érysipèle à la face, avec chaleur fébrile, accélération du pouls, et une soif vive d'autant plus insupportable que la malade ne peut pas la satisfaire à cause de la dysphagie ; agitation, insomnie, délire.

Le 16, l'érysipèle disparaît ; assoupissement profond, interrompu seulement par quelques gémissements plaintifs. Mort à quatre heures.

L'autopsie démontre que M. Rostan avait eu raison de suspendre son diagnostic. En effet, il n'y avait point de lésion dans le cerveau, rien, si ce n'est toutefois une injection générale des méninges sans suffusion séreuse. Mais on trouva à la base de l'encéphale, dans le sillon de séparation du cervelet et du bulbe rachidien, une tumeur qui, à l'intérieur comme à la coupe, paraît être ce qu'on appelle une tumeur fongueuse, et dans laquelle M. Robin constata au microscope les caractères des tumeurs sanguines.

Cette tumeur, grosse comme un petit œuf de poule, comprimait la partie latérale droite du bulbe rachidien, et partant les nerfs glosso-pharyngien, pneumo-gastrique et spinal. Elle était contournée à sa face inférieure par le nerf grand hypoglosse distendu et allongé considérablement. De plus, elle envoyait un prolongement de 3 centimètres environ dans la veine jugulaire interne.

Il ressort de l'examen des lésions cadavériques que la mort a été occasionnée par la méningite suite de l'érysipèle, et que les symptômes observés s'expliquent : les troubles de la sensibilité et de la motilité, par la compression de la partie supérieure du cordon rachidien ; le trouble de la parole, par le tiraillement de l'hypoglosse ; la dysphagie, par la compression du nerf du plexus pharyngien.

L'absence de lésions dans le cerveau explique pourquoi les fonctions cérébrales étaient à peine altérées.

Quant à l'état général et à l'expression de la physionomie, ils s'expliquent sans doute en grande partie par l'intensité de la douleur.

L'autopsie a démontré encore qu'on avait eu tort de soutenir dans ces derniers temps que les tumeurs développées dans le cervelet, en le comprimant, donnaient toujours lieu à des vomissements, car la malade dont il vient d'être question n'en a pas présenté dans tout le cours de sa maladie.

De l'affection hypertrophique des ganglions lymphatiques.

Dans l'une des dernières leçons cliniques de cette année scolaire, M. Nélaton a appelé notre attention et celle de ses élèves sur une affection hypertrophique des ganglions lymphatiques, dont il n'est rien dit dans les auteurs, et qui parait, du reste, assez rare, à en juger par le petit nombre d'exemples qui ont pu être recueillis depuis qu'ils ont été signalés. M. Nélaton dit n'en avoir vu guère plus d'un ou deux exemples tous les ans. Celui qui a fait l'objet des quelques considérations qui vont suivre a été le seul de cette année.

C'est un jeune homme de vingt-sept ans, d'une apparence assez chétive, entré à la clinique le 8 juillet dernier. Il y avait à cette époque un an qu'il avait vu se développer l'affection pour laquelle il entrait à l'hôpital. Voici comment il rapporte le début et la marche de sa maladie. Il ressentit d'abord des douleurs dans l'aisselle du côté droit, puis une tuméfaction se manifesta dans la même région. Quelque temps après, sa joue droite se tuméfiait également, ainsi que le côté correspondant du menton. Il entra alors à Saint-Louis, où il fut soumis à un traitement iodé et à des cautérisations sur les parties affectées. Plus tard, il entra à Saint-Antoine, où les mêmes symptômes se montrèrent du côté

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes ; par le docteur CAZIN (de Boulogne-sur-Mer). Ouvrage couronné par la Société de médecine de Marseille (1).

« La botanique, a dit Fontenelle dans son Éloge de Tournefort, ne serait qu'une simple curiosité si elle ne se rapportait à la médecine, et quand on veut qu'elle soit utile, c'est la botanique de son pays qu'il faut étudier. » Fontenelle avait raison ; un grand nombre de plantes de notre pays jouissent de propriétés médicales importantes, susceptibles de rendre bien des services aux praticiens, surtout à ceux qui exercent à la campagne. Eh bien, ces propriétés, presque personne ne les connaît ; en dehors d'un très-petit nombre de végétaux indigènes dont le hasard a le plus ordinairement révélé les propriétés thérapeutiques, c'est presque toujours des plantes étrangères que font usage nos médecins. Les méthodes de classification, la distinction des caractères spéciaux, etc., sont parvenues depuis longtemps à un haut degré de perfection. Il n'y a plus à craindre aujourd'hui que l'on confonde seulement deux variétés d'une même espèce ; mais quant à savoir quel est l'usage que l'on peut faire des végétaux en général, de telle ou telle famille, c'est une chose dont bien peu de personnes se préoccupent, et qui semble à tout le monde parfaitement indifférente.

Et cependant, nous le répétons, quelles ressources ne trouverait pas le médecin rural dans les *simples*, pour lesquels l'homme des champs professe une si vive prédilection !

Pour en profiter, il faut étudier avec soin et attention les propriétés physiologiques et thérapeutiques, et c'est cette étude dont M. Cazin a voulu faciliter l'accès et abréger la durée, en offrant au monde médical cette seconde édition d'un livre dont la première a été assez rapidement épuisée.

On se rappelle qu'en 1847 la Société de médecine de Marseille avait mis au concours cette question : Des ressources que la flore médicale indigène présente aux médecins de campagne. Il ne restait plus que quelques semaines avant qu'eût lieu la clôture du concours, lorsque M. Cazin eut connaissance de la question. Depuis longues années il s'était livré, pour sa satisfaction personnelle, dans le simple but d'être utile aux cultivateurs peu aisés et aux indigents du canton qu'il habitait, et sans aucun dessein de les faire connaître, à des recherches ayant pour but le sujet proposé. Il avait rassemblé depuis longtemps des notes nombreuses ; aussi n'eut-il qu'à les coordonner, et malgré la rapidité de cette improvisation, son travail fut jugé le plus complet, le meilleur, et remplissant le mieux toutes les conditions de la question : il fut couronné.

Trois ans après, l'approbation donnée par la savante Société, les encouragements de ses amis, et, plus que toute autre considération, la conviction qu'il pouvait rendre un grand service, déterminèrent le médecin de Boulogne à livrer à l'impression son premier travail, mais considérablement augmenté, constituant enfin un ouvrage sérieux et réfléchi.

Il fallait que le livre fût réellement bon pour que, dû à un médecin de province dont personne à Paris ne connaissait le nom, il obtînt un succès aussi complet. Et cependant, cette première édition ne contenait guère que des indications thérapeutiques sans presque aucune notion d'histoire naturelle. En se décidant aujourd'hui à en donner une nouvelle, l'auteur n'a pas voulu se borner à une réimpression ; il a voulu se rendre digne des suffrages unanimes qu'il avait obtenus, et de ce louable désir est résulté le magnifique volume que nous avons sous les yeux.

Exposons le plan qu'a suivi l'auteur.

Au commencement de chaque article se trouve naturellement le nom de la plante, avec sa synonymie latine et française complète, et la désignation de la famille à laquelle elle appartient, suivant la classification naturelle de Jussieu et de Richard, et suivant la classification artificielle de Linnée.

Puis viennent l'indication des lieux où on la rencontre le plus communément, des expositions où on doit la cultiver, si elle exige des soins particuliers, et la description détaillée de chacune de ses parties, racine, tige, feuilles, fleurs, fruits, etc. ; la désignation des parties usitées, et les renseignements nécessaires à la récolte : ainsi le moment le plus favorable, la manière dont elle doit être faite, les procédés sui-

(1) Deuxième édition. Un vol. in-8° avec planches. — Chez Labé.

gauche. Voici ce qui fut constaté lors de son admission à la clinique :

Hypertrophie générale des ganglions lymphatiques, limitée à la partie supérieure du corps, mais tendant à envahir tous les ganglions. La face offrait une physionomie spéciale ; les régions parotidiennes, mastoïdiennes, sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes, étaient tuméfiées au même degré à droite et à gauche, et formaient comme un bourrelet arrondi, large, qui encadrait la face. Il existait, en outre, des ganglions tuméfiés dans les deux aisselles, sous les clavicules, en arrière des pectoraux, dans les régions sus-claviculaires ; mais la tuméfaction était moins considérable qu'autour de la face. Les deux mamelons présentaient un volume exagéré ; le mamelon droit était plus volumineux que le gauche. Le tissu cellulaire entourant ces ganglions était plus épais et n'avait pas la souplesse qu'il présente à l'état normal ; il y avait une sorte d'œdème dur de ce tissu. Dans ces points, la peau était le siége d'une démangeaison assez vive, et qui portait ce jeune homme à se gratter avec une sorte de fureur. La partie inférieure du tronc et les membres étaient amaigris, ce qui formait un contraste frappant avec l'augmentation de volume des parties supérieures.

Sur la demande de M. Nélaton, M. Gubler a examiné le sang de ce malade au microscope. Voici le résultat de cet examen : « Le sang est assez riche en globules rouges, la plupart à l'état parfait ; il y en a cependant quelques-uns plus petits et sphéroïdaux. Généralement ces globules s'empilent moins régulièrement qu'à l'état normal ; ils se serrent moins étroitement les uns contre les autres. Les globules blancs sont en excès, mais cela ne constitue pas même le degré inférieur de la leucémie. On en compte de 15 à 20 dans le champ du microscope, à un grossissement de 450 à 500 diamètres (le triple environ du chiffre ordinaire). »

M. le docteur Jules Rouyer, alors attaché au service en qualité d'élève externe, a recueilli deux autres observations semblables, dont M. Nélaton avait également entretenu ses élèves dans le cours des années précédentes ; et à l'aide de ces trois faits, des renseignements recueillis auprès du professeur, et des notes prises dans ses leçons cliniques, il a tracé, dans un article inséré dans l'un des derniers numéros du *Progrès* (numéro du 17 septembre), une histoire rapide de cette affection, que nous lui demandons la permission de reproduire.

Cette affection, dit M. Rouyer, n'a encore été observée que chez des sujets du sexe masculin parvenus à l'âge adulte ; le plus souvent, ce sont des hommes mal conformés, ne présentant pas un développement physique très-satisfaisant. On l'a rencontrée chez des sujets placés dans des conditions sociales très-différentes. Parmi les premiers malades vus par M. Nélaton, il s'en trouvait deux qui avaient été plusieurs fois atteints de fièvre intermittente ; aussi M. Nélaton avait-il cru que ces affections antécédentes n'étaient pas sans influence sur le développement de celle-ci ; mais il l'a rencontrée depuis chez un assez grand nombre de sujets qui n'avaient jamais eu d'affections paludéennes, et n'avaient pas été exposés à les contracter.

Les symptômes observés dans tous les cas sont : un développement exagéré des ganglions lymphatiques accusé quelquefois dès le principe par des troubles physiologiques du côté des voies digestives et respiratoires ; — les ganglions envahis les premiers sont ceux des régions cervicale antérieure et sous-maxillaire. — Puis l'affection, qui suit une marche progressive, envahissante, s'étend successivement aux diverses régions qui contiennent des ganglions, en procédant de haut en bas ; ce n'est qu'en dernier lieu qu'on voit les régions inguinales et poplitées être envahies par cette maladie.

On a vu dans l'observation rapportée plus haut un œdème dur du tissu cellulaire qui entoure les ganglions ; dans quelques cas, les vaisseaux lymphatiques, correspondant aux ganglions envahis, ont été eux-mêmes affectés. Autour de ces vaisseaux, le tissu cellulaire est également induré, et la peau placée sur le trajet paraît aussi être le siége d'une hypertrophie assez prononcée.

Malgré l'augmentation de volume considérable qui a été notée, il y a un amaigrissement très-prononcé, dont les malades se rendent parfaitement compte ; *ils maigrissent tout en restant gros*. Cette détérioration de la constitution s'explique d'ailleurs jusqu'à un certain point, par les troubles digestifs et surtout l'anorexie, que l'on observe dans ces cas.

Tous les malades n'ont pu être suivis jusqu'au terme de leur maladie ; plusieurs ont été perdus de vue. Mais chez ceux que M. Nélaton a pu suivre, la maladie s'est toujours terminée par la mort, après une durée qui a varié de trois à cinq ans. Dans les derniers moments, on a observé une dyspnée plus ou moins prononcée, du délire, et ensuite une torpeur persistant jusqu'à la mort.

A l'autopsie on a trouvé les altérations indiquées plus haut. Les ganglions affectés ne contenaient point de matière tuberculeuse.

En fait de traitement, les principaux moyens auxquels M. Nélaton a eu recours sont l'électricité, le sulfate de quinine, le mercure, l'iode, l'arsenic, l'hydrothérapie ; on n'a pu jusqu'ici trouver aucun moyen capable de modifier cette affection ou d'en ralentir la marche.

De l'action topique du perchlorure de fer dans l'angine couenneuse.

Dans une communication faite récemment à l'Académie des sciences, sur la nature et le traitement du croup, M. le Dr Jodin émettait l'opinion que le croup et les angines couenneuses ou croupales ne sont que des affections parasitaires ou moisissures ; que le traitement de ces affections n'exige ni moyens généraux ni cautérisations, mais de simples applications parasiticides. Quant à l'agent le plus propre à remplir cette indication, il signalait le *perchlorure de fer* comme préférable à tous autres, ce médicament pénétrant complétement le champignon et pouvant être absorbé sans danger, etc.

On n'avait pas attendu que M. Jodin eût exposé cette théorie pour essayer le perchlorure de fer en topique dans le traitement de l'angine couenneuse. Dans une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux, dont nous aurons prochainement à entretenir nos lecteurs, M. Nathalis Guillot faisait savoir qu'il employait cet agent comme modificateur local des surfaces malades, et qu'il lui avait paru préférable à tous ceux dont il s'était servi jusqu'ici. D'un autre côté, M. le docteur Gigot (de Levroux), dans une lettre qu'il nous a adressée quelques jours après la communication de M. Jodin, nous informait qu'il avait obtenu de l'emploi du perchlorure de fer contre l'angine couenneuse des résultats dignes d'attention. Voici les faits que renferme cette lettre :

M. Gigot a d'abord étudié l'action du perchlorure de fer sur les productions diphthéritiques enlevées de la gorge des malades, et voici ce qu'il a constaté :

Une pseudo-membrane fraîche ou conservée dans l'alcool, mise en contact avec cet agent, diminue de volume et est en quelque sorte momifiée. D'un autre côté, en versant quelques gouttes de perchlorure de fer sur une portion de couenne préalablement dissoute dans une solution concentrée de bi-carbonate de soude ou d'iodure de potassium, on voit que la matière albumineuse résultant de la dissolution de la pseudo-membrane se coagule à la manière du liquide sanguin traité par le même agent.

Ces effets du perchlorure de fer sur les pseudo-membranes ont déterminé notre confrère à l'employer contre l'angine diphthéritique. L'occasion, malheureusement, dit-il, ne lui manquait pas, car une épidémie grave d'angine couenneuse régnait alors depuis deux mois dans le pays.

Il a appliqué le perchlorure de fer sur la muqueuse pharyngienne et les concrétions diphthéritiques au moyen d'une éponge ou d'un pinceau de charpie. Le premier effet de cette application, dit-il, est l'expulsion immédiate des mucosités qui, coagulées par le perchlorure de fer, sont expectorées par le malade ou restent fixées au pinceau. Les pseudo-membranes minces et peu adhérentes à la muqueuse se détachent aussi immédiatement. Les plus adhérentes ne sont enlevées que par petits fragments semblables à des fragments de chair musculaire macérés dans l'eau.

Mais, à part son action énergique sur les pseudo-membranes et les mucosités qui obstruent le pharynx, le perchlorure de fer resserre encore les tissus subjacents, et peut empêcher ainsi de nouvelles exsudations couenneuses. Le filtre organique à travers lequel passe la matière fibro-albumineuse qui constitue les pseudo-membranes, doit être puissamment modifié par l'action astringente du perchlorure de fer.

M. Gigot a traité de cette manière dix malades, dont un (enfant de quatre ans) a succombé par suite de l'extension de la diphthérite au larynx. Des neuf autres malades, il y en a deux chez lesquels le perchlorure de fer a été remplacé au bout de deux jours par le bi-carbonate sodique. Chez ces malades, les pseudo-membranes se reproduisaient entre chaque application de perchlorure de fer et s'enlevaient toujours facilement. Enfin, chez les sept derniers malades, l'angine s'est arrêtée en quelques jours. Il n'a jamais été fait plus de deux applications de perchlorure de fer dans les vingt-quatre heures.

L'observation de la dernière malade traitée par cette méthode est assez importante pour être rapportée ici.

« Sophie E..., domestique, âgée de dix-sept ans, d'un tempérament sanguin et d'une très-forte constitution, fut prise d'angine couenneuse à la ferme du petit Grange-Neuve, où deux enfants étaient morts récemment de cette maladie. Il y avait trois jours qu'elle était atteinte lorsqu'elle réclama mes soins. La distance étant trop considérable pour que je puisse suivre attentivement la maladie, Sophie E... fut immédiatement transportée à Levroux. Son état était inquiétant. Facies injecté ; haleine fétide ; engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires, surtout du côté droit ; déglutition difficile ; pouls à 110 et plein ; vomissements et épistaxis la veille. A l'inspection du pharynx, une couenne grisâtre, d'un aspect fibreux, recouvre toute l'amygdale droite, qui est considérablement tuméfiée, et s'étend le long du pilier du voile du palais ; l'amygdale gauche est incomplétement recouverte par une pseudo-membrane plus blanche et plus molle. La luette est infiltrée, et la muqueuse pharyngienne extrêmement rouge. Le traitement par le perchlorure de fer est commencé.

» Le 31 juillet au soir, trois applications successives, au moyen d'un pinceau de charpie, de perchlorure de fer sur toute la muqueuse pharyngienne jusqu'à l'épiglotte. A la seconde application, les deux couennes sont détachées. Leur volume a considérablement diminué ; elles sont ratatinées et comme séchées par le perchlorure de fer. Le pinceau est entièrement recouvert de mucosités coagulées et de petits fragments de pseudo-membranes. La portion de la muqueuse, occupée par les concrétions diphthéritiques, est rouge, mais ne présente aucun écoulement sanguin. La malade accuse une sensation pénible de chaleur et de constriction à la gorge, qui se prolonge pendant quelques minutes.— Gargarisme avec une solution concentrée de bi-carbonate de soude ; tisane d'orge et chiendent.

» Le 1er août au matin, je trouve la malade levée et fort gaie. La nuit a été excellente. Pas de fièvre ; facies moins injecté ; ganglions sous-maxillaires considérablement diminués. La fétidité de l'haleine, qui, la veille, était telle qu'elle était perçue à une assez grande distance, a complétement disparu. La langue est noircie par le perchlorure de fer. — Même gargarisme. Le soir l'amélioration continue.

» Le 2, la malade paraît guérie. Il ne reste plus, en effet, qu'un petit fragment de pseudo-membrane, qui tombe après une seule application de perchlorure de fer.

» Le 3, aucune trace de productions diphthéritiques sur la muqueuse pharyngienne, qui est encore rouge. Les amygdales ont

---

vant lesquels doit être conservée chaque partie, et pendant combien de temps elle garde ses propriétés. Ceci est chose importante.

Une des principales objections que se font les médecins à l'emploi de nos plantes indigènes est celle-ci, qu'elles sont infidèles dans leur action sur nos organes. La cause de cette prétendue infidélité est bien simple et bien facile à trouver. Souvent les plantes sont récoltées ou avant leur entier développement, à une époque où elles n'ont pas encore acquis toutes leurs propriétés, ou trop tard, à un moment où elles ont perdu la plus grande partie de leurs éléments actifs. De plus, la récolte est faite par des individus qui le plus souvent n'ont aucune des connaissances nécessaires pour assurer la conservation des plantes.

On livre à l'herboriste ou couvertes de rosée, ou, ce qui est plus grave et constitue une véritable fraude, rafraîchies artificiellement et mouillées pour les faire paraître plus récentes, lorsqu'elles n'ont pas été vendues au marché précédent. Dans cet état, il est facile de comprendre que la dessiccation hâte leur altération au lieu de les préserver.

« Les malades, dit M. Cazin, les emploient sans les faire examiner par le médecin, lequel peut seul constater leur identité, leur bon état de conservation, s'assurer si elles ne sont pas récoltées depuis plusieurs années, si elles ont été cueillies chacune dans la saison convenable, dans l'exposition, le terrain, le climat qui leur est propre. On conserve souvent dans les jardins les végétaux les plus disparates pour éviter la peine d'aller les chercher au loin. Une plante aromatique qui aime les montagnes et l'exposition du midi, se chargeant des principes au milieu desquels elle vit, devient aqueuse, se gonfle, et perd les trois quarts de son énergie dans un terrain gras, trop humide, privé des rayons vivifiants du soleil. »

Nous trouvons ensuite les notions chimiques, les résultats qualitatifs, quantitatifs, lorsque la chose est possible, des analyses qui en ont été faites, comparées entre elles lorsqu'elles ne sont pas d'accord.

Enfin, chose essentiellement utile aux jeunes médecins et aux étudiants, les préparations pharmaceutiques dont elles forment la base et leurs doses.

Un des points de vue sur lesquels l'auteur s'est le plus longuement et le plus complaisamment étendu, c'est sur leur action toxique et physiologique, et sur leurs propriétés médicinales. La première, établie d'après les expérimentations sur les animaux, répétées dans bien des cas par l'auteur lui-même ; les secondes basées sur l'observation clinique.

Ici, l'auteur énumère les différentes affections dans lesquelles on les a employées avec plus ou moins de succès ; puis, se livrant avec soin à l'étude de leurs effets thérapeutiques, il passe en revue les recherches des anciens et des modernes, enregistrant leurs erreurs comme leurs utiles découvertes, et tâchant, autant que possible, de jeter un peu de jour sur les questions les plus obscures et les plus controversées. Inutile de dire qu'il ajoute à ces recherches un grand nombre de faits nouveaux, dont la plupart lui sont propres et ont été recueillis dans une pratique de plus de quarante années. N'oublions pas de dire que souvent, et sans sortir de son cadre, l'auteur, à l'occasion d'une plante de notre pays, complète son travail en consacrant quelques lignes à l'examen des plantes exotiques de la même espèce, dont il compare les propriétés à celles de l'individu indigène.

L'ouvrage se termine par des notions générales sur la conservation et la dessiccation des plantes, un calendrier floral, une classification des plantes d'après leurs propriétés médicinales, une table des matières pathologiques et thérapeutiques, une table alphabétique des plantes, contenant leurs noms scientifiques et vulgaires, leurs produits naturels et pharmaceutiques.

Un atlas de planches lithographiées d'une remarquable exactitude donne la représentation graphique de plus de deux cents plantes usuelles.

Qu'avons-nous à dire de cet ouvrage qui parle plus éloquemment en sa faveur que l'épuisement entier d'une première édition dans les conditions défavorables que nous avons indiquées, d'un livre fait en province, par un médecin presque inconnu en dehors de son arrondissement? M. Cazin a su forcer la renommée à s'occuper de son œuvre, qui lui assure une place honorable parmi les auteurs qui se sont livrés à l'étude et à l'enseignement de la matière médicale et de la thérapeutique.

Dr A. Foucart.

un volume normal. — Dernière application de perchlorure de fer.

» Le 4, Sophie E..., parfaitement guérie, retourne à la ferme de Grange-Neuve. »

M. Gigot ajoute que les faits qu'il a observés ne sont pas assez nombreux pour l'autoriser à conclure en faveur de l'efficacité du perchlorure de fer contre l'angine couenneuse. « Je ne les aurais pas encore signalés, dit-il en terminant sa lettre, si je ne m'y étais cru autorisé par la communication que M. Jodin a récemment faite à l'Académie des sciences, relativement au croup. Il me paraît aussi impossible d'admettre avec ce médecin que les angines couenneuses sont des affections parasitaires, que de démontrer que la couenne pleurétique du sang est elle-même une *moisissure*.

» Quoi qu'il en soit, le perchlorure de fer employé contre l'angine couenneuse me semble digne de l'attention des praticiens, si ce n'est comme *parasiticide*, du moins comme substance éminemment tannante. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 octobre 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

M. Bernard Brodhurst fait hommage à la Société d'un exemplaire de son travail intitulé : *Restoration of motion by forcible extension and rupture of partially anchylosed surfaces*. London, 1858.

— M. le docteur Demoucbaux (de Saint-Quentin) adresse la suite de l'observation d'un jeune enfant présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 16 juin 1858.

Nous transcrivons cette observation.

Double hernie de l'ovaire. — Dégénérescence; encéphaloïde des ovaires. — Absence de l'utérus. — Tumeur encéphaloïde de l'épiploon. — Mort. — Autopsie.

Claire Huguet, âgée de trois ans et trois mois, a joui d'une assez bonne santé jusqu'il y a six mois; néanmoins ses traits étaient délicats, sa nature grêle, et ses chairs molles et peu fournies.

Son appétit, ordinairement fort bon, l'excitait même dans les derniers temps à manger avec voracité. Ses digestions, faciles d'abord, ne devinrent pénibles et suivies de diarrhées que dans la dernière période de sa maladie.

Son intelligence était très-développée. La plus petite résistance à ses désirs occasionnait une irritabilité nerveuse extrêmement prononcée.

Il y a six mois, deux tumeurs d'inégal volume parurent vers la région inguinale. Dans les premiers temps, ces tumeurs solides étaient indolentes, mais bientôt celle du côté droit, plus volumineuse et irréductible, devint douloureuse autour; la tumeur gauche, plus petite, disparaissait assez bien sous le doigt. Peu à peu ces tumeurs grossirent, et des douleurs parfois très-aiguës se firent sentir dans la région hypogastrique.

On constata alors, dans la cavité abdominale, une certaine quantité de liquide.

Bien que l'enfant conservât son appétit, elle ne tarda pas cependant à s'amaigrir sous l'influence d'une diarrhée abondante. Alors aussi les extrémités inférieures s'œdématièrent.

Ces accidents, ayant fait en peu de temps des progrès rapides, la jeune Huguet succomba le 20 août dernier.

Vingt-quatre heures après son décès, l'autopsie du cadavre fut pratiquée.

Signes extérieurs. — La face est amaigrie. Le crâne est large et très-développé. Les bras et le buste sont émaciés. L'abdomen est fortement distendu; mesuré autour de l'ombilic, il donne 82 centimètres de circonférence. Une ouverture, pratiquée dans le flanc gauche, donne issue à trois litres environ d'un liquide clair, transparent et d'une couleur légèrement citrine.

Les parois abdominales enlevées dans toute leur étendue, on voit les deux fosses iliaques remplies par deux énormes tumeurs, qui se touchent vers la ligne médiane, et sont à peine séparées vers le bas par une vessie de très-petite dimension.

Ces deux tumeurs, évidemment formées par des ovaires hypertrophiés et dégénérés, sont oblongues, ovoïdes et aplaties, en forme de rein. Leur face antérieure et postérieure, ainsi que le contour supérieur, sont libres de toute adhérence.

La tumeur principale, du côté droit, donne 33 centimètres de circonférence dans son plus grand contour, et 25 centimètres de circonférence dans son plus petit. Son bord inférieur est légèrement étranglé vers son milieu par un sillon. Cette tumeur est attachée par un repli de ligaments larges à une autre portion de l'ovaire, trilobée et moins volumineuse que la précédente; et du bord inférieur de cette deuxième tumeur part un petit prolongement membraneux, qui gagne l'anneau inguinal et sert de pédicule à une troisième partie de l'ovaire, laquelle forme la tumeur herniaire droite, du volume d'un œuf de poule.

Cette tumeur, incisée vers son milieu, nous offre une dégénérescence encéphaloïde. La tumeur trilobée, placée au-dessous de la tumeur principale, et celle qui constitue la hernie du côté droit, sont formées par une substance ramollie d'un blanc crémeux.

La tumeur du côté gauche est, comme la précédente, formée par l'ovaire hypertrophié. Son plus grand contour nous donne 38 centimètres de circonférence, et le plus petit 26. Cette tumeur n'est divisée qu'en deux portions. La partie principale est en tout semblable à la tumeur du côté droit. Son bord supérieur est libre, et l'inférieur se termine par un ligament qui sert de pédicule à la portion d'ovaire herniée, dont le volume est celui d'un œuf de pigeon. Cette dernière portion, restée engagée dans l'anneau inguinal, ne rentre qu'en partie dans la cavité abdominale.

Un vice de conformation, qui a été annoncé par M. le docteur Cazeaux, consiste dans l'absence de l'utérus. Le vagin, très-étroit et peu profond, se termine comme un doigt de gant, par un cul-de-sac entouré par les ligaments larges qui servent de points d'attache aux ovaires malades.

L'épiploon gastro-colique dans son bord inférieur se termine par une tumeur du volume du poing, qui renferme dans plusieurs cavités de ses deux feuillets adhérents une matière demi-fluide, blanche, purulente, ayant une grande analogie avec la matière cérébriforme des petites tumeurs ovariques ramollies.

Tous les autres organes renfermés dans l'abdomen sont sains. En effet, l'estomac, le foie, les intestins, la rate, les reins et le mésentère, n'offrent rien de remarquable.

COMMUNICATION.

Nouvel appareil applicable aux fractures et à la compression des artères. — M. ROUX. J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine deux appareils nouveaux, l'un pour toutes les *fractures*, l'autre pour toutes les *compressions*, et particulièrement celles des artères. Je viens aujourd'hui soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie les mêmes appareils. Mais afin de donner à chacune des deux assemblées, auxquelles j'ai l'honneur d'appartenir comme membre correspondant, une partie originale de mon travail, j'ai exposé à l'Académie les généralités, les principes de mon système, et j'ai réservé pour la Société de chirurgie les détails d'application, les avantages pratiques.

Appareils à fractures. — Pendant trop longtemps on a enveloppé les membres avec des appareils compliqués, dont les nombreuses pièces de linge, subordonnées les unes aux autres, formaient avec la fracture qu'elles absorbaient pour ainsi dire, un tout si compact, qu'il était désormais impossible de toucher à une partie sans modifier le tout. Mayor et M. Baudens apportèrent d'heureuses modifications à cet état de choses, en consacrant mieux que leurs prédécesseurs l'isolement, l'indépendance de chaque pièce d'appareil. Ils imitèrent mieux la *main*.

C'est cet isolement, cette indépendance d'action, que je me propose d'agrandir encore, en les rendant complets, absolus dans un nouveau système d'appareil, que je me suis efforcé de rapprocher non de la main prise en totalité, mais de chaque *doigt* pris en particulier, en substituant le détail à l'ensemble, l'action des éléments isolés à l'action des éléments en masse.

Ces appareils *polydactyles*, destinés à remplacer les doigts, sont de trois sortes, selon qu'ils s'appliquent aux fractures :

1° De la tête, du tronc, et particulièrement de la colonne vertébrale;

2° Des membres supérieurs;

3° Des membres inférieurs.

Le modèle et les figures que vous avez sous les yeux diront mieux que mes paroles que ces appareils se composent de planchettes solides, trouées d'une manière uniforme d'après des séries calculées pour que les trous soient très-rapprochés; que trois sortes de chevilles, *crurales, jambières, à support*, différant seulement par la dimension en hauteur, mais présentant toutes un *tenon*, deux *mortaises*, s'implantent aisément dans les trous des planchettes.

Un appareil qui a quelque analogie avec le mien, vous a été présenté, l'année dernière, je crois, par M. le docteur Gaillard, de Poitiers; la ressemblance n'est qu'apparente : d'ailleurs, j'ai publié un modèle de mon système, avec des figures, avant le professeur de Poitiers, dans la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, 1849, page 90, tandis qu'on ne trouve la première description de l'autre système, qui a d'ailleurs son utilité, que dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1850, page 262.

Application. — Sur le plan horizontal de l'appareil polydactyle, muni d'un coussin en coton assez épais, et que recouvre au besoin une toile cirée ou une pièce de caoutchouc vulcanisé, placez le membre fracturé; sur ses deux côtés, relevez en gouttière la toile cirée, le coussin; plantez dans les trous assez de chevilles pour maintenir le tout, et laissez l'appareil dans l'extension ou la demi-flexion.

Mode d'action. — Les chevilles disposées autour du membre en suivent les contours, en maintiennent la forme, assurent la coaptation des os fracturés déjà opérée par le chirurgien. Ils font l'office des doigts, doigts inflexibles, sans doute, mais infatigables; doigts rigides, à la vérité, mais que le coussin qui enveloppe les trois quarts du membre transforme en pelotes élastiques; doigts insensibles, à coup sûr, mais au-devant desquels réside la sensibilité des parties malades, souvent exaltée par la lésion. Partout où les doigts et la main de l'opérateur modelant le membre, exercent une action efficace pour soutenir les tissus, comprimer une esquille, etc., une ou plusieurs chevilles ont leur raison d'être, à la condition de ne jamais exercer de pressions dangereuses, en agissant enfin, non comme les cravates, les liens coaptateurs, mais comme des tuteurs. Ces chevilles-doigts doivent être écartées du membre s'il survient du gonflement, et en être rapprochées quand il diminue, etc.

Les appareils polydactyles tiennent de tous les autres systèmes employés dans le traitements des fractures. Disposées en deux séries continues, les chevilles figurent dans leur ensemble deux *attelles*, avec cet avantage que, découpées en fragments très-nombreux, elles se moulent sur le membre, et que chacune de leurs parties, substituée doucement aux doigts du chirurgien, en retient le mode d'action et presque l'intelligence. Ces chevilles entourant le membre, l'étreignant s'il le faut pendant toute la durée du traitement, ne rappellent-elles pas quelque chose des appareils *inamovibles* ou mieux *amovo-inamovibles*, avec l'avantage de tenir le membre à ciel ouvert? Cette planchette, ce plan incliné que je n'ai pas inventés, que j'ai seulement arrangés un peu différemment, auxquels j'ai ajouté un élément nouveau, la cheville-doigt, rappellent des formes variées de l'*hyponarthécie*. Cinq moyens de contre-extension, trois d'extension au moins, font que notre système d'appareil tient de ceux à *extension* continue.

Dans les fractures les plus graves des membres, l'appareil polydactyle est préférable à tous les autres.

Que peut-on attendre, dans ces cas si difficiles, de l'appareil de Scultet à attelles, des appareils inamovibles? Rien que l'imminence et trop souvent la réalisation de nouveaux dangers, de nouveaux accidents. Les appareils hyponarthéciques sont alors seuls utiles, car ils remplissent, sans dangers d'étranglement, la première indication du traitement, l'*immobilité* de la partie.

C'est ici que les appareils de Mayor, de Baudens, celui de M. le docteur Arnaud, chirurgien de 1re classe de la marine, sont très-utiles. Sur l'appareil à chevilles mobiles, le membre fracassé solidement placé est exposé à la lumière, à l'air, aux regards, et trouve désormais tous les moyens d'y rester jusqu'à l'entière guérison, sans qu'il soit nécessaire de changer, de visiter, de défaire, de renouveler, de réappliquer l'appareil. Les chevilles placées loin des plaies assujettissent toujours bien le membre, assurent son immobilité sans exercer de compression périlleuse, car en ne mettant pas de cheville en regard des plaies, on laisse des fenêtres bien plus faciles à pratiquer que dans les appareils inamovibles.

Les pansements se font sans aide, avec la plus grande facilité, et une simplicité telle, que les personnes étrangères à l'art peuvent les accomplir elles-mêmes. Cependant l'inflammation diminue dans le membre fracassé, la suppuration est moins abondante, les esquilles sont enlevées, etc. Le moment est arrivé de rendre au membre sa forme; c'est ce qu'on obtient avec les doigts agissant isolément, et auxquels succèdent des chevilles indépendantes, que le malade lui-même peut écarter ou enlever au plus léger indice d'une compression trop forte.

Voici les avantages qui sont surtout le partage des appareils polydactyles : simplicité, facilité de se les procurer partout; sûreté d'application; pas de danger d'étranglement pour le membre; faculté de comprimer sûrement des fragments rebelles, avec la pointe de M. Malgaigne, adaptée à mon compresseur; pansements très-faciles sans remuer le membre, sans lui imprimer de secousse douloureuse; moyens de mieux travailler à lui rendre sa forme et partant une configuration plus parfaite, un résultat meilleur.

Tous ces résultats, les médecins habiles les obtiennent avec tous les autres appareils; les opérateurs distingués, comme les musiciens de premier ordre, font des choses merveilleuses avec de mauvais instruments. La question n'est pas là; il s'agit de savoir s'il n'y a pas un appareil facile, exempt de dangers entre toutes les mains. Pour moi, je repousse formellement, dans les fractures les plus graves avec vastes plaies, esquilles, et les appareils inamovibles, et surtout le bandage de Scultet, où tout se réunit pour menacer le membre d'étranglement, les compresses, les plans de bandelettes, les attelles, les liens; appareil trop souvent malheureux dans les campagnes, dans la pratique des villes, par la gangrène qu'il a produite et les amputations qui en ont été la suite obligée; appareil que bien des chirurgiens s'obstinent à conserver encore, malgré les insuccès de la pratique et les enseignements de la raison.

Compresseur élastique et gradué. — Il a un appareil polydactyle pour *point d'appui*; une tige articulée à courbure spéciale pour *armature*, ou bien un arc bifide dans lequel marchent, comme dans un chemin de fer, une ou deux boules. A travers un des trous taraudés de l'une de ces armatures passe une vis de pression qui compresse la pelote collée, *pelote digitale*, construite en imitation de la pulpe d'un ou de plusieurs doigts, contient un ressort à boudin dont les effets sont gradués sur une échelle extérieure.

J'ai appliqué ce compresseur sur toutes les artères accessibles, et même sur l'*iliaque primitive*. J'ai pu comprimer, dans des fractures rebelles et à l'aide de la pointe de M. Malgaigne, des bouts d'os rebelles pendant deux ou trois semaines et sans nul danger.

Attendons de l'expérience les applications qu'on pourra faire de ce compresseur dans le traitement des plaies artérielles, des anévrysmes, etc., etc.

Pour apprécier avec une grande exactitude les oscillations que l'arrêt partiel de la circulation imprime à tout l'appareil, j'ai annexé à mon compresseur un *cadran* ou un *niveau d'eau*, susceptible de faire connaître les diverses nuances des amplitudes oscillatoires.

DISCUSSION.

M. GOSSELIN. Après l'intéressante communication de M. Roux, je ne puis me défendre de prendre la parole pour protester contre le jugement rendu par notre honorable collègue contre l'appareil de Scultet. Je dois dire que, loin de l'abandonner je l'emploie beaucoup, et que je le trouve excellent.

Pour juger la question d'une façon toute pratique, il faut le comparer aux autres appareils, et spécialement à celui de M. J. Roux.

L'appareil de notre collègue peut donner de très-bons résultats, c'est incontestable. Il est combiné d'une façon ingénieuse, il remplit bien les indications désirables; mais ce qu'on peut contester, c'est qu'il soit d'un emploi facile, et, par contre, on doit prévoir qu'il ne sera pas vulgarisé. Il me paraît impossible d'avoir toujours et pour tous les cas à sa disposition un appareil aussi compliqué. C'est là ce qui sans doute l'empêchera d'être adopté. L'appareil de Scultet, qui, en résumé, me paraît offrir les mêmes avantages, peut au contraire s'improviser partout, et si j'insiste sur sa bonté, c'est que la multiplicité des appareils dont on dote chaque jour la thérapeutique des fractures, tend à éloigner les élèves de l'étude nécessaire pour bien appliquer le bandage de Scultet.

Je vais plus loin, je crois que l'appareil de M. Roux ne se vulgarisera pas, parce qu'il ne peut faire rechercher sa construction compliquée par des services exceptionnels. Tout ce qu'il pourra produire s'obtiendra aussi bien avec l'appareil de Scultet, et il faut s'attacher aux choses simples.

Dans les fractures non compliquées, l'idéal du traitement, c'est la guérison obtenue sans difformité. Ce résultat ne s'obtient guère que dans les fractures qui ne présentent pas de déplacement, ou qui offrent un déplacement réductible et qui peut être maintenu en place une fois réduit.

Mais, il faut l'avouer, trop souvent nous avons affaire à des déplacements qu'il n'est pas possible de maintenir en réduction. Dans ce cas la guérison s'obtient, mais il reste de la difformité; d'autres fractures sont compliquées de déplacements irréductibles, et, quoi qu'on fasse, le membre reste difforme. Il est vrai que la difformité s'amoindrit avec le temps. Ces complications tiennent à des causes qui sont encore ignorées; ce que nous savons malheureusement, c'est que l'on ne peut les combattre, quel que soit le moyen employé. L'appareil de M. Roux ne pourra, dans ces cas, faire ni plus ni mieux que l'appareil de Scultet.

Restent les fractures avec plaies; là, sans aucun doute, l'appareil de Scultet laisse à désirer, et ceux qui laissent le membre à découvert offrent des avantages réels. Ajoutons même que l'appareil de Scultet peut encore, dans ces cas, être appliqué avec quelque avantage.

M. J. ROUX. L'argumentation de M. Gosselin porte sur deux points;

elle établit d'abord les avantages de l'appareil de Scultet, et, contradictoirement, elle accuse le mien, qui offrirait trop de complications. Je regrette de me trouver en dissidence avec un chirurgien aussi compétent que M. Gosselin, et je vais m'efforcer de lui répondre.

Il est vrai que l'appareil de Scultet est bon, mais à la condition d'être bien appliqué, et c'est précisément parce qu'il est le plus souvent mal appliqué que je le trouve dangereux. Il est incontestable que cet appareil, manié par des mains habiles, donne de bons résultats; mais avec le mien n'aura-t-on pas ces mêmes bons résultats, et sans laisser une si large part aux dangers d'une application inhabile?

L'appareil de Scultet a été trouvé tellement peu satisfaisant par bon nombre de chirurgiens, que chacun dans sa pratique l'a dépossédé de quelques-uns de ses éléments. Ainsi M. Malgaigne lui enlève ses bandelettes, un autre ses compresses, un autre ses coussins, et ainsi de suite, et toutes ces réformes sont faites dans une même pensée : laisser le membre à découvert, ou tout au moins le moins couvert possible. Pourquoi? parce qu'on a reconnu que bien souvent la chirurgie avait à intervenir à la suite de l'application de l'appareil de Scultet.

Mon appareil laisse le membre à jour; il a donc une qualité qui paraît être désirée par le plus grand nombre des chirurgiens. Mais, dites-vous, il est compliqué; j'ai été au-devant de cette objection en vous montrant à quel degré de simplicité il pouvait être ramené, puisqu'il peut s'improviser à l'aide d'une simple planchette percée de trous et de chevilles grossièrement taillées. Or, avec ces conditions avantageuses déjà, on ne devra pas porter un jugement définitif sur mon appareil avant de savoir s'il n'ajoute rien au traitement.

Oui, sans doute, comme l'a fait judicieusement remarquer M. Gosselin, il y a des fractures que l'on ne réduit pas; mais parmi celles qui sont réductibles et que d'autres appareils ne peuvent maintenir réduites, ne peut-on pas espérer que la réduction soit maintenue? C'est précisément ce que je crois obtenir.

Ainsi un homme a la jambe saisie entre un bateau et les pierres d'un quai, il en résulte une fracture compliquée; il y a de nombreuses esquilles; une, entre autres, détachée du péroné, est éloignée de plus de deux centimètres de sa position normale. Je ne puis la réduire avec les doigts, et, recourant à mon appareil, je la refoule, et pendant trois semaines je puis maintenir une pression qui la fait se consolider, presque réduite complétement. Ainsi j'obtiens non pas sans doute une guérison sans difformité, mais une bien meilleure consolidation : j'ai ajouté quelque chose au traitement.

M. GOSSELIN. Je suis satisfait de savoir que l'appareil de M. Roux peut être simplifié; ce sera pour son avenir dans la pratique une chose favorable.

Quant aux fractures compliquées, je l'ai dit, je préfère les appareils qui laissent le membre à découvert. Mais je dois ajouter que les appareils simples que nous possédons déjà, comme la gouttière, etc., remplissent très-bien les indications voulues, et je m'en suis servi d'une façon avantageuse.

M. MAISONNEUVE. Il n'est pas possible d'établir entre l'appareil de Scultet et celui de M. Roux aucune comparaison; ils sont radicalement différents, et pour mon compte, sans aller plus au fond de la question, je dois déclarer que j'ai tout à fait renoncé à l'appareil de Scultet. J'ai adopté presque exclusivement l'appareil plâtré; il remplit, à mon sens, toutes les indications aussi bien pour les fractures simples que pour les fractures compliquées. Pour l'appliquer, j'ai soin de maintenir les malades dans un état d'anesthésie de telle façon que les forces musculaires anéanties ne s'opposent plus jusqu'à dessiccation de l'appareil au maintien de la réduction.

M. J. ROUX ne nie pas l'excellence de l'appareil en plâtre lorsqu'il est appliqué par des mains très-habiles; mais combien de praticiens pourront-ils l'appliquer sans exposer le malade à de graves complications?

M. BROCA. Je ne parlerai pas des applications de l'appareil de M. Roux au traitement des fractures; mais je puis donner des détails sur sa valeur comme moyen de compression sur les artères. Il n'y a rien de trop compliqué, suivant moi, dans un appareil qui réussit dans des cas jusqu'alors considérés comme au-dessus des moyens chirurgicaux connus; aussi, dans ce sens, je dois rendre hommage au procédé compressif de M. Roux. Il a pu comprimer d'une manière parfaite l'artère sous-clavière, et nous savons tous que cette compression, même avec le doigt, est d'une exécution presque impossible. Il faut des sujets exceptionnellement disposés, maigres et à clavicules basses. Avec l'appareil de M. Roux, la compression se fait d'une façon parfaite, et, grâce à ce nouveau procédé, on pourra traiter par la compression les anévrysmes de l'artère axillaire. M. Roux a également comprimé, et avec succès, l'artère iliaque externe. Reste à savoir combien de temps un malade pourra supporter les compressions ainsi faites.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MAISONNEUVE présente un sein cancéreux enlevé par la cautérisation en flèche. Nous transcrivons l'observation de ce fait.

Cancer ulcéré du sein droit. Cautérisation en flèche. Elimination complète de la tumeur en un seul bloc. Guérison. — Verbrughem (Victorine), âgée de trente-trois ans, domestique, vient à l'hôpital de la Pitié, le 8 septembre 1858, pour y être traitée d'une tumeur squirrheuse du sein droit; l'organe tout entier était envahi par la dégénérescence, et formait une tumeur du volume du poing, dure, bosselée, adhérente à la peau dans toute sa surface, et creusée à la place du mamelon d'un ulcère sanieux d'où s'écoulait un ichor fétide.

Du reste, la tumeur était assez nettement circonscrite et restait mobile sur le thorax; les ganglions axillaires ne paraissaient point encore affectés. Après quelques jours de repos, le 13 septembre 1858, la malade fut soumise à la cautérisation en flèche (procédé circulaire).

Après avoir tracé autour de la tumeur la ligne circulaire sur le trajet de laquelle devaient être introduites les flèches, ligne qui avait environ 40 centimètres de circonférence, M. Maisonneuve soumit la malade au chloroforme, et procéda immédiatement à l'introduction des flèches. Portant alors le bout du doigt index gauche sur le point où devait avoir lieu la première introduction, il fit avec un bistouri pointu une ponction oblique de 2 centimètres environ de profondeur; puis, retirant le bistouri, il enfonça dans l'ouverture qu'il venait de faire une flèche conique et plate de 5 centimètres de long. Répétant cette manœuvre de 2 en 2 centimètres, il enfonça ainsi successivement seize de ces flèches sur le trajet de la ligne circulaire qui circonscrivait la base de la tumeur. C'est à peine si l'opération dura deux ou trois minutes; elle ne fut accompagnée ou suivie d'aucun écoulement de sang.

Le lendemain, à la visite, la malade dit que la douleur avait été assez vive pendant deux heures, qu'ensuite elle s'était éteinte. La nuit avait été bonne, le sommeil calme, et il ne s'était pas manifesté la moindre réaction fébrile. La malade était gaie, riante, comme si elle n'avait subi aucune opération.

Quant à la tumeur, elle était complétement sphacélée; seulement elle n'exhalait aucune odeur, elle ne donnait presque aucun suintement.

Le deuxième et le troisième jour ne présentèrent rien de remarquable : toujours absence complète de fièvre et de douleur. Le quatrième jour, on vit apparaître un petit cercle rouge autour de l'eschare; ce cercle est régulier, sans dentelures : il se prononce de plus en plus jusqu'au huitième jour, où la tumeur se détache d'un seul bloc, laissant une plaie régulière, rosée, au fond de laquelle on aperçoit à nu les digitations du muscle grand-pectoral. Les bords de cette plaie sont si réguliers, qu'on les croirait taillés avec le bistouri.

Aujourd'hui, vingt jours après l'opération, douze seulement depuis la chute de l'eschare, la plaie, diminuée de plus des trois quarts, est en pleine voie de cicatrisation, et tout annonce qu'avant dix ou quinze jours la malade sera complétement guérie. Elle désire aller terminer sa convalescence chez elle, et sort de l'hôpital le 1er octobre 1858.

Moignon d'un malade amputé dans l'articulation médio-tarsienne il y a vingt ans. — M. FOUCHÉ communique sur ce sujet une observation que nous publierons dans le prochain numéro.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Nous recevons de M. le docteur Magitot la lettre suivante, dans laquelle notre confrère explique la part qui lui revient dans les expériences d'anesthésie locale dont on a entretenu l'Académie de médecine dans la dernière séance.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, il s'est élevé une discussion au sujet des expériences que j'ai entreprises depuis quelque temps dans les hôpitaux de Paris sur l'*anesthésie galvanique* appliquée à l'extraction des dents. Ces expériences, je dois le dire, me paraissaient trop peu nombreuses et trop peu concluantes pour m'autoriser à formuler une opinion, et j'attendais du temps le droit de me prononcer lorsque la question fut soulevée à l'Académie.

Deux de nos maîtres vénérés, MM. Velpeau et Robert, ont alors rendu compte d'un certain nombre de faits recueillis dans leur service et sous leur direction, faits desquels il résulte, sinon une négation absolue des effets anesthésiques de l'électricité, du moins des doutes sérieux sur la véritable action de ce moyen.

Sur ces entrefaites, quelques réflexions me furent communiquées par des personnes présentes à la discussion : les expériences, disait-on, ne sont pas convenablement instituées, et conséquemment les résultats, entachés d'erreur, ne sauraient infirmer les faits antérieurement annoncés.

J'ai désiré présenter à cet égard quelques considérations, et je vous prie, monsieur le Rédacteur, de vouloir bien me prêter le concours de vos colonnes pour rétablir les faits dans leur réelle signification, et déterminer en même temps l'état de la question.

Lorsque j'eus connaissance de la découverte de M. Francis (de Philadelphie), je résolus de mettre à l'étude le problème de l'anesthésie, et de reproduire rigoureusement les expériences faites à l'étranger. En conséquence, je dus me placer dans les conditions identiques à celles de l'auteur américain. Ces conditions ont été exactement reproduites dans mes expériences, et dès lors, si ces dernières sont vicieuses, le reproche revient nécessairement à l'expérimentateur primitif, dont j'ai copié simplement le mode opératoire.

Que si, maintenant, les personnes familières avec l'étude des actions électriques déclarent vicieuse, au point de vue théorique, l'expérience américaine, je suis très-disposé à l'admettre. On n'ignore pas, en effet, combien l'influence du galvanisme sur les tissus varie suivant la nature, l'intensité et la direction des courants; aussi, avant de donner à nos expériences la publicité qu'elles ont reçue peut-être trop prématurément, devions-nous réunir un nombre plus considérable d'observations, et surtout, dans de nouvelles séries de recherches, modifier les conditions d'expériences, employer, par exemple, soit des courants continus, soit des courants d'induction, étudier enfin les différences d'action de chacun d'eux.

Dans notre pensée, la question ne peut être actuellement résolue en raison du petit nombre et de l'incertitude des faits recueillis. Nous ne saurions, en effet, accepter sans contrôle les affirmations de certains opérateurs qui annoncent avoir obtenu un nombre considérable de résultats favorables, mais qui se gardent bien de nous renseigner sur les conditions de leurs expériences, qui ne mentionnent ni l'âge ni le sexe des sujets, ni la qualité ni le sens des courants employés, ni la nature de l'affection dentaire qui a déterminé l'extraction, ni l'état physique de la dent malade, etc.; ces lacunes enlèvent à l'expérience le caractère d'une observation rigoureuse et font naître nécessairement dans l'esprit la plus grande méfiance sur la signification et la valeur des faits.

Quoi qu'il en soit, la question mérite qu'on s'y arrête. On connaît, en effet, l'action hyposthénisante de certains courants électriques sur les nerfs, et, à cet égard, la pulpe dentaire, si éminemment riche en filets nerveux, si nettement limitée dans son enveloppe osseuse, pourrait être assimilée à un nerf véritable et subir isolément les mêmes influences. C'est dans ce sens que nous avons eu et que nous avons encore l'intention de diriger nos recherches; nous en ferons connaître ultérieurement les résultats.

Agréez, etc.

Dr E. MAGITOT.

11 octobre 1858.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 123. — MARDI 19 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.)
N° 123. — MARDI 19 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du Palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 18 octobre 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Jacubowitsch continue toujours ses belles recherches anatomiques sur le système nerveux. Il a communiqué à l'Académie, dans cette séance, le résultat des études qu'il vient de faire, à l'aide d'un nouveau procédé, des éléments anatomiques de la moelle épinière et du cerveau à l'état frais. Ce procédé, très-simple, consiste à recouvrir d'une légère couche de solution ammoniacale de carmin la portion de matière nerveuse que l'on veut étudier, et qui a été préalablement tenue en macération dans une solution de chromate de potasse. Le carmin pénétrant la substance nerveuse, qu'il colore fortement, tandis qu'il n'a point de prise sur la gangue celluleuse qui l'environne, permet d'étudier le tissu nerveux dans son état de parfait isolement.

Avec le secours de ce procédé, M. Jacubowitsch a pu étudier au microscope la texture des deux espèces principales de cellules — cellules de mouvement et cellules de sentiment — dont se compose ce tissu. C'est ainsi qu'il a constaté, entre autres résultats, que les cellules du mouvement sont pourvues d'une membrane propre ; que le contenu de la cellule est parfaitement homogène ; et que l'aspect granulé ou ponctué qui a été reconnu dans diverses circonstances, ne se montre qu'après plusieurs jours, et doit être attribué en partie aux différents réactifs chimiques employés, ou à un commencement de décomposition.

M. Jacubowitsch a pu vérifier par ce procédé ce que ses premières recherches lui avaient appris relativement à la forme et au volume différent des cellules de mouvement et des cellules de sensibilité, ces dernières se distinguant des premières par leur disposition fusiforme. Outre les qualités spéciales appartenant aux cellules nerveuses, que ce procédé lui a permis de reconnaître, il lui a donné encore, dit-il, la solution d'importantes questions anatomico-physiologiques. Ainsi, non-seulement les cellules de la même espèce sont unies entre elles, comme il l'avait indiqué déjà ailleurs ; mais il a constaté en outre une union directe entre une cellule de la sensibilité et une cellule du mouvement, union qui s'opère au moyen d'un prolongement appartenant plutôt par ses qualités à la cellule de sensibilité. C'est, comme on le voit, un fait nouveau en anatomie, mais qui a surtout son importance au point de vue physiologique ; il peut aider, en effet, à comprendre un grand nombre de fonctions et à donner l'explication de beaucoup de phénomènes pathologiques.

M. Budge a communiqué deux mémoires, dont l'un relatif à une question intéressante de physiologie expérimentale, a pour objet la détermination d'un second centre spinal du nerf grand sympathique ; et le second, sur un point d'organogénie, nous fait connaître le mode d'accroissement des muscles. Dans de précédentes recherches sur le nerf grand sympathique, M. Budge a démontré que la partie cervicale de ce nerf prend sa source dans cette partie de la moelle épinière qui est bornée au segment compris entre la sixième vertèbre cervicale et la troisième dorsale. Dans ce nouveau travail il se propose de démontrer qu'il existe au niveau de la quatrième vertèbre lombaire un second centre spinal de ce nerf, pour les mouvements de la vessie, du rectum et des vaisseaux déférents, qu'il propose de désigner sous le nom de *centre génito-spinal.*

La seconde communication de M. Budge a pour objet, avons-nous dit, de faire connaître le mode d'accroissement des muscles. A l'aide d'un nouveau mode de dissection approprié à ce genre de recherches, et qui consiste à dissoudre le tissu cellulaire interfibrillaire, de manière que les fibres musculaires seules subsistent, il a pu opérer le dénombrement des fibres qui entrent dans un muscle dans les diverses conditions de leur développement, et chez des animaux de taille différente. Il est arrivé ainsi à constater que l'accroissement des muscles se fait à la fois et par l'augmentation en épaisseur et en longueur de chaque fibre existante, et par la formation de fibres nouvelles ; comme sous l'influence du ralentissement ou de l'absence de nutrition, les fibres diminuent de volume et quelques-unes même disparaissent.

Enfin M. Tigri, de Sienne, a communiqué une courte note sur la structure de la rate, et sur quelques résultats nouveaux qu'il croit avoir obtenus par ses recherches sur ce point d'histologie.

L'anatomie et la physiologie ont, comme on voit, une large part dans cette séance. La médecine et la chirurgie pratique y sont représentées par une note de M. Loiseau sur le tubage de la glotte et la trachéotomie ; une lettre de M. Mercier sur la taille sous-pubienne membraneuse ; un mémoire de M. Jeanneret sur sa méthode de traitement du choléra-morbus ; et par la présentation d'un ouvrage de M. Remak sur la galvanothérapie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Résumé général du service de la clinique chirurgicale.

Maladies des yeux.

Je ne trouve pas moins de 2,500 cas de maladies des yeux dans un relevé de douze années. Encore devons-nous ajouter que souvent nous avons trouvé chez le même sujet des cas complexes où la kératite, l'iritis, ou tout au moins la conjonctivite oculaire ou palpébrale, se trouvaient réunies ; en sorte qu'il faudrait porter à 3,000 les exemples de maladies des yeux qui se sont présentés dans le service pendant ces douze années.

Ainsi, sur 13,000 malades environ qui ont passé dans notre service durant cette période, il y en a eu plus d'un quart admis pour des maladies des yeux. En faut-il davantage pour vous engager à ne pas négliger cette branche de la chirurgie, et à surmonter la répugnance que pourraient vous inspirer les dénominations barbares que certains spécialistes répandent à plaisir autour de la pathologie oculaire comme pour en défendre les approches.

Je n'appellerai aujourd'hui votre attention que sur un seul point, l'occasion m'en étant fournie par un malade auquel je vais pratiquer une opération par un procédé bien simple, et cependant bien fécond en résultats ; je veux parler de l'excision des points lacrymaux comme moyen curatif de la tumeur et de la fistule lacrymales.

Le procédé est bien simple : en effet, une pince à griffe et une paire de ciseaux pour tout appareil instrumental ; on saisit le point lacrymal inférieur avec la pince, dont les mors devront embrasser environ 5 millimètres de parties molles, puis on donne un premier coup de ciseaux en dedans du point saisi, et un deuxième coup en dehors avec inclinaison de l'instrument un peu obliquement en bas et en dedans ; même répétition pour la paupière supérieure, et l'opération est terminée.

Il y a déjà bien longtemps que j'ai le premier, fait l'essai de ce moyen sur les malades atteints de tumeur et de fistule lacrymales. J'ai obtenu beaucoup de succès, auxquels, je dois le dire, sont venus se mêler aussi quelques revers. Aussi n'est-ce point sans étonnement que j'ai vu un oculiste, distingué d'ailleurs, se proclamer tout récemment le fondateur de cette méthode.

Des inflammations. — Pendant l'année 1858, les inflammations s'élèvent à 160 cas, savoir : Inflammations de la peau et du tissu cellulaire :

Érysipèles primitifs.	30
— consécutifs.	48
Angioleucites primitives.	8
— consécutives.	10
Phlegmons.	13
Abcès.	70
Panaris.	33

Pendant nos douze années antérieures, les phlegmons se montent à 1056, dont :

Pour les hommes.	700
Pour les femmes, environ. . . .	300

Les panaris figurent pour 274. Un mot sur cette dernière affection.

Du panaris. — Vous pouvez remarquer la fréquence extrême de cette affection. En douze années en voici 274 cas, dont 183 pour les hommes et 89 pour les femmes ; ce qui donne pour résultat, contrairement à ce que j'avais pu supposer, ce fait qu'il est permis de généraliser : les panaris sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, dans la proportion d'un tiers à l'avantage de l'homme.

Les idées de panaris et de piqûres sont tellement associées dans votre esprit, que vous êtes étonnés sans doute d'une pareille disproportion, puisque les piqûres atteignent plus souvent les doigts de la femme que ceux de l'homme.

Mais le panaris anthracoïde, par exemple, n'a pas besoin de traumatisme pour se développer ; donc il appartient aux deux sexes. D'ailleurs, les professions spéciales aux hommes les mettent bien souvent dans la nécessité de manier les instruments piquants ; ce sont les aiguilles des tailleurs, les alènes des cordonniers, les instruments piquants du coutelier, le crin pour les brossiers, etc. Changez donc vos idées préconçues à ce sujet.

J'ai recherché ensuite la fréquence relative du panaris au point de vue du siége.

A la main droite je constate 120 cas ; à la main gauche on en trouve 82.

Règle générale, les panaris sont d'un demi plus fréquents à droite qu'à gauche.

Ici votre pensée, celle qui se présente au premier abord, se trouve confirmée par les chiffres : à la main la plus active, la plus grande part de blessures et des panaris qu'elles entraînent.

Puis j'ai recherché quelle était la fréquence relative de cette affection sur les différents doigts.

Voici l'ordre de fréquence :

1° C'est le pouce qui a été le plus souvent atteint ; il compte 85 cas ;

2° L'index vient ensuite, 81 cas ;

3° Le médius, 58 cas ;

4° L'annulaire, 36 cas ;

5° L'auriculaire, 8 cas.

Conclusion : Le pouce et l'index sont également atteints de panaris ; puis la fréquence des panaris diminue dans l'ordre numérique des doigts.

Chaque espèce a sa gravité, sa thérapeutique ; leur distinction est donc importante.

1° Panaris sous-épidermique. Il est si simple et si bénin que je ne m'y arrêterai pas.

2° *Panaris sous-cutané.* — 1° *De la face dorsale.* Il ressemble beaucoup au phlegmon diffus, aussi bien par ses symptômes divers que par sa marche rapide, qui lui permet de se propager en fort peu de temps du pouce à la main, et de celle-ci à tout le reste du membre.

Conséquence thérapeutique et pronostique : Traitement rapide, incisions prématurées, sinon gravité réelle.

2° *Panaris sous-cutané de la face palmaire,* au niveau de la première et de la deuxième phalange. — Cette variété se circonscrit en général au niveau de l'une des phalanges. C'est que la disposition anatomique du tissu domine ici tous les symptômes. Les plis articulaires, qui se dessinent sous la face inférieure de chaque articulation phalangienne, s'opposent à l'expansion inflammatoire et lui impriment les caractères du phlegmon circonscrit.

Indication thérapeutique : Ouvrir de bonne heure pour s'opposer à la transformation de cette variété de panaris, qui deviendraient rapidement panaris synoviaux.

3° *Panaris de la pulpe* de la dernière phalange. — Ce panaris est presque toujours sous-cutané à ce niveau. La structure de la région ne permet plus d'y compter quatre espèces ; elles sont réduites à deux. En effet, plus de coulisses synoviales. Entre la peau et la phalange identité absolue dans les couches des tissus. Le plan fibreux, qui protégeait la gaîne et par suite les première et deuxième phalanges, n'existe plus, et d'emblée l'inflammation s'étend jusqu'autour de l'os, en détruit les moyens de nutrition, et le frappe enfin de nécrose.

Voyez d'ailleurs ce que donne à ce sujet la statistique : sur 300 cas de panaris de toutes sortes, 48 cas de nécrose de la première phalange.

Traitement : ouvrir vite et profondément pour éviter la dénudation de l'os. Plus tard, l'os étant dénudé et les abcès ouverts

depuis longtemps, on agrandit les plaies, et, à l'aide d'une pince, on va chercher le séquestre pour l'extraire.

En général, au bout de dix à quinze jours de durée du panaris, la mortification de la phalange est bien probable si elle n'est déjà certaine.

3° *Panaris synoviaux.* — Ici, pas de gonflement considérable, surtout quand on les compare aux panaris sous-cutanés de la face dorsale. Quoi qu'il en soit, le doigt malade peut être doublé de volume. La tuméfaction n'est pas limitée au doigt, elle gagne la paume de la main dont la cavité est effacée. Bientôt le poignet se tuméfie en s'arrondissant. Plus tard, l'avant-bras est envahi à son tour.

4° Tous les panaris périostiques ne présentent pas de considération qui ne vous ait été signalée, à plusieurs reprises, dans le courant de l'année.

5° Le panaris gangréneux mérite une mention particulière. Dès le début, son inflammation préalable bien caractérisée, du même coup, tout ou partie du doigt se prend de gangrène. La plaque malade du doigt semble affaissée, prend une teinte grise, qui devient promptement noirâtre, et reste entourée de tissus plus ou moins épaissis et enflammés. La gangrène s'étend quelquefois profondément sous la peau et frappe les tissus sous-jacents beaucoup plus largement que la peau elle-même. Dans cette variété, la gangrène est le phénomène primitif; elle frappe les tissus de la dernière ou la deuxième phalange, et les tendons sont mortifiés du même coup.

L'affection n'est pas incurable. La guérison peut s'obtenir sans que l'amputation devienne indispensable.

Je ne saurais trop vous recommander d'être bien circonspects avant de prendre la détermination d'amputer un doigt. En effet, après l'extraction de la phalange nécrosée, les parties molles se condensent, et la nature trouve des ressources imprévues pour amener la guérison la plus rapide et pour restituer au doigt, privé de son squelette, des mouvements qu'il avait depuis longtemps perdus.

Sur le chiffre de panaris sus-indiqué, il y a eu 60 cas de nécrose, et, sur ce nombre, il s'en trouve 45 ou l'extraction de la phalange seule a suffi, en permettant au doigt de retrouver, après la guérison, une partie de sa forme et de ses usages naturels.

Contusions et brûlures. — Je classe sous le même titre ces deux affections, parce qu'en effet leur histoire est commune et que c'est ici une nécessité véritable du monde de simplifier la science en même temps que la thérapeutique.

Voici leur fréquence relative :

Je trouve pour les contusions, dans le cours de huit années, 838 cas.

Quant aux brûlures, en sept ans, elles ne figurent sur mes tableaux que pour 128 cas, dont 78 pour les hommes et 50 pour les femmes.

Les brûlures, vous le voyez, sont peu fréquentes dans nos hôpitaux relativement à la proportion et à la fréquence véritable de cette affection; c'est que beaucoup d'entre elles sont soignées à domicile, car rien n'égale au milieu du peuple les prétentions à guérir la brûlure; comme aussi, par une contradiction singulière, la crédulité des personnes du monde est sans limites quand il faut accepter ces pommades innombrables, toutes infaillibles, contre la brûlure, quel que soit le genre, ou le siége, ou le degré.

En examinant le total des brûlures pour chaque degré, nous trouvons :

39 cas au premier degré, 58 au deuxième, 77 au troisième, 15 au quatrième, ce qui fait un total supérieur à celui de 128 déjà donné.

La raison de cette différence est claire, puisque le même malade atteint de brûlure peut présenter plusieurs degrés à la fois.

Quant à la région : brûlure de la tête, 11 cas; du tronc, 7; des bras, 50; de la jambe, 40, etc.

Examinées au point de vue de l'âge, les brûlures abondent dans l'enfance et dans la vieillesse, pour des raisons communes que vous vous imaginez aisément; dans l'âge adulte, leur fréquence est grande; c'est que les professions, la vie active de cet âge, l'exposent encore plus que sa vigueur ne le soustrait aux atteintes du feu.

Avant 20 ans, je constate 28 cas de brûlures; de 20 à 30, 39; de 30 à 40, 29; de 40 à 50, 15; de 50 à 60, 19, etc.

La symptomatologie des deux affections contusions et brûlures justifie pleinement la place commune que je leur impose dans le cadre nosologique : toutes deux offrent au premier degré l'érythème, simple vascularisation, hyperhémie superficielle. Dans les deux cas, au deuxième degré, soulèvement de l'épiderme, arraché s'il s'agit d'une contusion légère, d'un froissement occasionné par une puissance dirigée parallèlement à la surface contusionnée; soulevé, au contraire, par une sérosité citrine transparente, ou quelquefois mêlée de sang, quand la brûlure n'a exercé qu'une action passagère, comme celle qui résulte du contact rapide de l'eau bouillante.

Il ne faudrait pas confondre avec les vésicules du deuxième degré des brûlures celles que dans les contusions violentes on peut rencontrer sur la peau après quelques jours de durée. Il ne s'agit plus alors d'un signe de contusion au deuxième degré, mais bien un indice de mortification profonde des tissus. L'époque de la manifestation des deux phénomènes s'oppose à leur confusion.

Enfin, dans les degrés suivants, même symptôme fondamental : mortification d'une partie, de la totalité de la peau, des parties molles de tout un membre; même nécessité d'un travail d'élimination, d'une modification des surfaces dépouillées, d'une cicatrisation progressive; même durée de trois semaines, un mois au moins, en dépit de toutes les pommades.

Le diagnostic de la brûlure offre un intérêt réel : vous m'avez vu auprès du malade déclarer dès l'abord la cause de la brûlure et le jour de sa production. Toutes ces considérations offrent le plus haut intérêt en médecine légale. En effet, s'agit-il d'une brûlure assez profonde, à bords nettement circonscrits, n'atteignant que les saillies d'une région et respectant les creux; c'est presque toujours un corps solide qui a fait la brûlure; au contraire, autour d'un point profondément mortifié, que la brûlure indique ses premiers degrés, que la peau soit brunie, que les poils apparaissent comme frisés, que l'odorat soit frappé d'une odeur *sui generis* des téguments, que l'inflammation se dessine comme en traînées ascendantes, et qu'elle saute pour ainsi dire d'une région à l'autre, comme des mains au visage, vous l'avez pensé, il s'agit de la flamme, qu'elle ait d'emblée entouré le malade ou qu'elle se soit développée sur les vêtements d'abord en contact avec un corps incandescent; ailleurs ce sont les mêmes caractères sur une direction descendante, sans décoloration rousse de la peau, appendices pileux normaux, l'érythème, la phlyctène, la mortification, en un mot presque tous les degrés de la brûlure sont répandus çà et là sur la peau, soupçonnez l'eau bouillante, etc.

Pour les deux maladies, le traitement est le même, suivant les degrés : le premier degré guérit seul; les trois autres offrent les indications suivantes :

1° Soustraire au contact de l'air le corps papillaire dénudé : coton cardé laissé à demeure, corps gras, simple couche de liniment oléo-calcaire, bandelettes de diachylon;

2° Exciter, modérer, le travail d'élimination des parties mortifiées;

3° Modérer, diriger, la cicatrisation.

J'ai reconnu depuis longtemps que l'application des bandelettes de diachylon gommé accélère beaucoup la cicatrisation des plaies produites par la brûlure, aussi bien que celles qui naissent d'une contusion. S'il s'agit du deuxième degré, enlevez l'épiderme des phlyctènes, et pansez immédiatement avec les bandelettes; s'il y a des escbares, il faut en attendre la chute.

Laissez le pansement à demeure et ne le renouvelez que tous les huit ou dix jours, c'est-à-dire au bout d'un laps de temps fixé par la rareté ou l'abondance de la suppuration.

Ce procédé cumule deux avantages, en obéissant à deux indications : la première, qui est l'exclusion du contact de l'air; la deuxième, qui est la compression.

Je vous ai vanté bien des fois, au lit du malade, l'efficacité de ce dernier moyen dans les phlegmasies des membres.

Il est une variété de contusion que je voudrais assimiler à la brûlure, non-seulement par ses symptômes, mais encore par son mécanisme, sa pathogénie; je veux parler de celle que vous trouvez actuellement dans nos salles. Il s'agit d'un ouvrier qui a dans la région des reins une brûlure ou une contusion au troisième degré. Ce malade, en passant près d'une machine, approche de la bande de cuir qui s'étend de la roue de la machine à l'arbre du mouvement. Cette bande frotta quelques instants avec une rapidité extrême les reins du malade, et il en résulta l'affection que vous avez eue sous les yeux ce matin, une véritable brûlure au troisième degré.

Au premier abord, et sans connaître les antécédents, vous avez exclu avec moi la flamme ou l'eau bouillante; la lésion était trop circonscrite pour qu'il soit permis d'admettre d'autre agent que la brûlure résultant d'un corps solide ou la brûlure née du frottement.

C'est à dessein que je vous parle de brûlure produite par le frottement; car je pense que, chez ce malade, c'est l'élévation de température produite par le frottement qu'il faut accuser, aussi bien que la contusion simple. Ces deux moyens de destruction des tissus me semblent avoir une part égale ici dans la production des désordres locaux.

Je ne sache pas qu'il vous ait été parlé encore de ce genre de brûlure.

Des complications. — Elles s'élèvent à 26, en ne comprenant sous ce titre que les inflammations accessoires, angioleucite, érysipèle, phlegmon diffus; et je suis heureux de trouver dans ce résumé les éléments nécessaires pour confondre certaines prétentions où l'intérêt de la science n'était pas seul en jeu.

On a dit qu'il était préférable de traiter certaines tumeurs de la tête (loupes) et du sein (cancers) par les caustiques plutôt que par le bistouri, sous le prétexte que les agents chimiques ne déterminaient pas aussi aisément les érysipèles que le bistouri.

A ce compte, les brûlures accidentelles devraient être exemptes de ce genre de complications, et cependant je n'hésite pas à les considérer comme la pierre de touche qui démontre la fréquence des érysipèles à la suite de l'emploi des caustiques, car qu'est-ce en réalité que la brûlure, si ce n'est une cautérisation?

En 1858, nous voyons :

1° Trois brûlures accidentelles compliquées d'érysipèle;

2° Après l'emploi du caustique dirigé contre une tumeur carcinomateuse du sein, érysipèle. C'est qu'en réalité cette complication se retrouve dans toute espèce d'irritation portée sur la peau au moyen de tous les agents imaginables : ventouses, piqûres d'épingles, frictions avec la pommade stiblée ou mêlée à quelques gouttes d'huile de croton; enfin, suture entortillée appliquée aux tumeurs érectiles.

Il résulte de ces observations que l'opération par l'instrument tranchant est encore celle qui, par la rapidité qu'elle permet dans la cicatrisation primitive ou secondaire mérite encore au plus haut degré la confiance des chirurgiens.

Enfin, qu'il me soit permis de vous montrer la proportion de nos morts durant l'année 1858; elles s'élèvent à 31 cas. Mort par hémorrhagie, 1 cas; par pleurésie, 1; par cachexie cancéreuse, 1; à la suite d'amputations du sein, 4; de péritonite chronique née en dehors de nos salles, 1; péritonite après cautérisation de tumeurs hémorrhoïdales, 1. Notons que c'est là une terminaison tout à fait insolite à la suite d'une opération, en général, aussi bénigne et tout à fait imprévue.

A la suite d'apoplexie pulmonaire, un cas; de phthisie compliquée de fistule à l'anus, 1; de diathèse mélanique, 1; de pleuro-pneumonie, 1; d'ablation d'un lipome, 1; de brûlures, 2; de tétanos, 1; de plaie pénétrante de l'abdomen, 1; de fractures du crâne, 4; de fractures des membres, 2; de fracture de l'ischion, 1; de disjonction des deux os iliaques près des symphyses pubienne et sacrée avec infiltration urineuse, 1; tumeur blanche du genou, 2; abcès hématiques et amputation, 1.

Vous pouvez le voir, la mort a frappé surtout les malades atteints d'affections incurables par leur nature ou leur gravité insolite. La proportion de la mortalité à la charge de l'érysipèle est assez forte; celle qui revient aux fractures est faible au contraire. Sur 78 opérations, nous ne trouvons que 8 morts.

En somme, si regrettable que soit toute mortalité, en général, celle qui a frappé notre service durant cette année nous laisse au moins cette consolation, qu'elle est bien inférieure à celle qui grevait nos relevés dans plusieurs des années précédentes.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE

sur un malade ayant subi l'amputation du pied par la méthode de Chopart, il y a 21 ans.

Par M. FOUCHER.

(Lu à la Société de chirurgie, séance du 6 octobre.)

Le 20 septembre 1858, est entré à l'hôpital Saint-Louis le nommé D..., Michel, âgé de trente ans. Cet homme est d'une très-bonne constitution; son père et sa mère vivent encore; il a quatre frères et une sœur, qui ont toujours joui d'une parfaite santé. Venu à l'hôpital pour les suites d'une amputation de Chopart, il donne les détails suivants sur ses antécédents :

A l'âge de neuf ans, il eut la partie antérieure du pied gauche écrasée par une voiture lourdement chargée. A la suite de cet accident, il fut amené à l'hôpital Saint-Louis, où M. Jobert pratiqua l'amputation médio-tarsienne. Les suites immédiates de l'opération n'offrirent rien de particulier, et au bout de deux mois le malade put se promener dans la salle à l'aide de béquilles; un mois plus tard, il sortit de l'hôpital sans que la plaie fût entièrement cicatrisée. Rentré dans sa famille, il garda le repos pendant plusieurs mois encore, dans le but de favoriser la cicatrisation. Mais, voyant qu'elle n'avait pas lieu, il commença à se livrer aux jeux de son âge, autant qu'il le pouvait faire à l'aide de béquilles.

Dix-huit mois après l'opération, il quitta les béquilles pour s'aider seulement d'un bâton, lorsqu'il avait une marche un peu longue à faire.

Pendant les années qui suivirent, la plaie resta toujours à peu près stationnaire, augmentant d'étendue quand le malade marchait, diminuant quand il gardait le repos. Cette plaie était extrêmement douloureuse au moindre contact, et saignait après une marche un peu plus longue que de coutume. Le malade ne l'a vue qu'une fois presque entièrement cicatrisée. C'était il y a cinq ans, pendant le cours d'une albuminurie qui le retint au lit pendant quatre mois. Il pouvait néanmoins exercer son métier de tisseur, mais il a toujours marché avec difficulté, pouvant à peine faire 6 kilomètres dans une journée. Il y a trois ans, la marche devint de plus en plus pénible, et bientôt presque impossible, à cause de la douleur qu'elle suscitait dans la plaie. M. Jobert, à qui s'adressa le malade, lui fit remarquer que le calcanéum n'était plus dans sa position normale, et lui donna le conseil de porter un appareil articulé entourant la cuisse et la jambe.

Depuis cette époque, D..., fatigué d'avoir une plaie, dont il ne pouvait espérer la guérison et qui devenait de plus en plus douloureuse, pensant, en outre, que la partie inférieure de sa jambe était devenue inutile depuis qu'il était réduit à porter un appareil, prit la résolution de se faire amputer la jambe dans la continuité. C'est dans cette intention qu'il entra l'année dernière à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, remplacé alors par M. Richet. Ce chirurgien jugea l'opération utile; mais, le jour où elle devait avoir lieu, le malade manqua de courage et quitta l'hôpital.

Cette année, après avoir sérieusement réfléchi aux inconvénients de sa position, il résolut de surmonter la crainte que lui inspirait une opération et entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richet, remplacé par M. Foucher.

On constate l'état suivant :

Le membre abdominal gauche est moins développé que celui du côté droit. La longueur, mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, est de 82 cent. à gauche, de 84 cent. à droite. La cuisse gauche est beaucoup moins volumineuse que la droite, et la jambe, mesurée à sa partie moyenne, a 23 centim. de circonférence à gauche, et 36 centim. à droite.

Il est clair que le membre sur lequel a été pratiqué l'amputation de Chopart, a pris moins de développement que celui du côté opposé, ce qui s'explique par le défaut d'exercice de ce membre.

Le talon est reporté en haut, et le calcanéum a pris une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, en même temps qu'il a subi un léger renversement en dedans. Son axe fait en arrière, avec celui de la jambe, un angle de moins de 45°. Dans la station verticale le membre repose sur la partie antérieure et externe du calcanéum immédiatement en arrière de la cicatrice; le talon ne touche pas le sol, et dans la marche cette disposition s'exagère encore un peu.

L'astragale est oblique sur le calcanéum; sa face supérieure regarde en avant, et sa tête fait saillie sous la cicatrice. Au niveau de la tête de l'astragale existe une ulcération semi-lunaire de 5 centim. de largeur sur 32 de hauteur. Cette ulcération, à fond d'un rouge foncé, est entourée de bords assez saillants, durs et tellement sensibles que le moindre attouchement fait éprouver au malade des mouvements involontaires de tout le corps analogues à ceux que détermine une commotion électrique. Une pression subite et énergique est, au contraire, bien supportée. Sous l'ulcération et à son pourtour, on ne remarque aucun trajet fistuleux. La peau qui recouvre l'astragale est simple et normale; celle qui revêt la partie antérieure du calcanéum est plissée et recouverte d'un épiderme épais. La peau du talon est normale; les parties molles ne sont pas altérées. La face postérieure de la jambe, loin de présenter une saillie correspondante au tendon d'Achille, est concave et le tendon n'est ni tendu ni soulevé. On produit à grand'peine quelques mouvements obscurs dans les articulations tibio-astragaliennes et astragalo-calcanéennes.

Le malade, fort ennuyé des souffrances qu'il endure depuis vingt ans et de la difficulté qu'il éprouve à marcher, réclame avec instances l'amputation de la jambe. M. Foucher, pensant que la section du tendon d'Achille ne pouvait en aucune façon remédier à la position vicieuse du calcanéum, songea à pratiquer une opération plus radicale, bien que les os fussent sains. Il pensa un instant à faire une désarticulation tibio-tarsienne; mais redoutant la lenteur de la cicatrisation, et d'ailleurs, pressé par les instances du malade, il pratiqua, le 30 septembre, l'amputation sus-malléolaire par le procédé suivant : une incision, commençant immédiatement au-dessus de la malléole interne et conduite sur la face dorsale du pied pour aboutir à la base de la malléole externe, traça un lambeau à convexité inférieure. Ce lambeau, formé par la peau, fut rapidement disséqué. Une deuxième incision, partant des mêmes points et passant à la face postérieure du talon, circonscrivit un lambeau postérieur plus long, qui fut disséqué en comprenant le tendon d'Achille.

Les deux lambeaux étant relevés, une incision circulaire coupa les muscles profonds, et la section des os fut pratiquée à 2 centimètres au-dessus de l'extrémité du tibia. Les lambeaux furent réunis par la suture entortillée.

La dissection du moignon enlevé a montré les détails suivants : la cicatrice est sur le trajet d'une ligne verticale passant entre les malléoles; l'extrémité postérieure du calcanéum ne touche pas le sol. Les mouvements articulaires sont aussi obscurs que sur le vivant, et l'on ne peut redresser le calcanéum, malgré l'ablation du tendon d'Achille. La peau de la face dorsale est souple et normale jusqu'à la cicatrice; au-dessous d'elle, on trouve une lame fibreuse qui va en s'épaississant jusqu'à la cicatrice; cette couche est mobile et glisse sur les os, elle adhère en avant à l'extrémité antérieure de l'astragale. Il est impossible de distinguer dans cette trame fibreuse, qui a plus d'un centimètre d'épaisseur en avant, les tendons des muscles extenseurs du pied.

Sur les parties latérales, on trouve au-dessous de la peau l'aponévrose formant les ligaments annulaires interne et externe très-épaissie, tendue, et paraissant contribuer à maintenir le talon dans sa position. En dehors, au-dessus d'elle, la gaîne des tendons péroniers latéraux; ces tendons, après leur réflexion derrière les malléoles, viennent se confondre avec le tissu fibreux de la plante du pied. En dedans, existent la gaîne du jambier postérieur, celles de l'extenseur propre et de l'extenseur commun, qui viennent aussi se confondre avec le tissu fibreux qui recouvre le calcanéum. Le nerf tibial postérieur très-volumineux se divise en ses deux branches plantaires; ces nerfs, mêlés au tissu fibreux, ne peuvent être suivis jusqu'à la cicatrice. La traction opérée sur les tendons de la face postérieure exagère un peu l'élévation du calcanéum, ce qui paraît maintenir le tissu fibreux compris dans l'angle formé en arrière par cet os et les os de la jambe. Lorsque la dissection a isolé les tendons, ceux-ci ne peuvent plus former un obstacle au redressement du calcanéum; cependant l'os est maintenu dans sa position vicieuse par les parties postérieures des ligaments de l'articulation, et, entre autres, par le péronéo-calcanéen postérieur. La face plantaire du moignon n'offre plus aucun des muscles de la plante du pied. La concavité du calcanéum est entièrement remplie par un tissu fibreux formant une couche épaisse composée des aponévroses, des portions fibreuses des muscles, du ligament calcanéo-cuboïdien; cette couche, où viennent se perdre tous les tendons, adhère en avant à la cicatrice.

Les os sont sains, la tête de l'astragale est effacée, et les saillies de l'extrémité antérieure du calcanéum sont émoussées.

L'examen de cette pièce pathologique que M. Foucher a mise sous les yeux de la Société, montre donc que le tendon d'Achille n'avait, dans ce cas, nullement contribué à maintenir l'élévation du talon; que cette élévation était due principalement au tissu fibreux de la face postérieure de la jambe et aux ligaments postérieurs de l'articulation. Enfin, ce fait est de nature à éloigner les chirurgiens de pratiquer l'amputation de Chopart, puisque cette opération, faite pour une lésion traumatique, n'a pu aboutir à une cicatrisation complète après vingt et un ans, malgré la bonne constitution du malade et l'intégrité parfaite des os.

Aujourd'hui 5 octobre, l'état du malade est très-satisfaisant, et la réunion par première intention a eu lieu pour la moitié de la plaie de l'amputation sus-malléolaire.

PARACENTÈSE DU THORAX

pratiquée avec succès dans un cas de vomissements incoercibles.

Jusqu'à présent la paracentèse thoracique n'avait jamais été, que nous sachions, pratiquée dans le but d'obvier à des troubles affectant spécialement les fonctions de l'estomac. Le fait suivant, qui a été communiqué à la Société harvéienne par le docteur Hamilton Roe, son président, au nom de M. Heslop (de Birmingham), en est un intéressant exemple, qui probablement n'aura pas lieu d'être souvent imité, mais que néanmoins nous croyons utile de mettre sous les yeux des praticiens, parce qu'il montre combien la nature a de ressources, même dans des cas qui paraissent désespérés, lorsqu'elle est mise à même de remplir les fonctions immédiatement nécessaires à l'entretien de la vie.

Une jeune fille de vingt ans était affectée depuis deux mois d'épanchement dans la cavité pleurale gauche. Elle était tombée dans un amaigrissement extrême, elle avait des sueurs nocturnes, etc.; de plus, aucun aliment, de quelque espèce que ce fût, n'était gardé par l'estomac : la malade vomissait tout ce qu'elle prenait. Comme les moyens ordinaires restaient sans succès, et qu'évidemment dans de telles conditions la patiente devait bientôt périr d'inanition, le docteur Heslop crut devoir recourir à la paracentèse. Deux pintes de liquide furent évacuées, et cette opération amena un soulagement immédiat et complet, qui fut suivi d'une guérison rapide. M. Heslop ajoute que, pour se décider à l'emploi de ce moyen, il fut conduit par des considérations analogues à celles qui déterminent l'accoucheur à provoquer prématurément le travail de la parturition, lorsque l'existence de troubles graves vers des fonctions importantes, telles que celles de l'estomac, vient indiquer cette pratique. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 octobre 1858. — Présidence de M. Despretz.

Anatomie du cerveau et de la moelle épinière. — M. N. Jacubowitsch présente un mémoire sur un *Nouveau procédé pour étudier les éléments de la moelle épinière et du cerveau à l'état frais.* (Voir le 1er Paris). (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Sur un second centre spinal du nerf grand sympathique. — M. J. Budge communique un travail dont l'objet est la démonstration d'un second centre spinal du nerf grand sympathique.

Des expériences décisives et irréfutables ont démontré, dit l'auteur, que la partie cervicale du nerf grand sympathique prend sa source dans la moelle épinière, et que tous les phénomènes qui dépendent de ce nerf, c'est-à-dire son influence sur la dilatation de la pupille et l'augmentation de la chaleur dans la tête, peuvent être produits si l'on irrite ou détruit cette partie de la moelle épinière qui est bornée au segment compris entre la sixième vertèbre cervicale et la troisième vertèbre dorsale. Cette partie est, avec raison, désignée comme un centre du nerf grand sympathique cervical.

C'est encore pour une autre partie du même nerf, savoir pour la partie lombaire, que j'ai réussi à trouver un centre spinal. Ce nerf est dans les lapins situé entre les deux muscles psoas, derrière l'artère aorte descendante et la veine-cave inférieure. Les nerfs des deux côtés sont situés tout près l'un de l'autre, et sont souvent conjoints par des branches fines intermédiaires.

Chaque irritation galvanique sur ce nerf produit sur-le-champ des contractions du rectum, de la vessie et des vaisseaux déférents. Il est connu que le rectum et la vessie se meuvent spontanément sans qu'une irritation artificielle ait eu lieu, tandis que les vaisseaux déférents n'ont pas ordinairement de contractions spontanées. L'effet de la galvanisation sur le rectum et la vessie se reconnaît donc uniquement par des mouvements qui sont plus énergiques et qui se montrent tout à coup; mais les vaisseaux déférents, qui jusque-là étaient sans mouvement, font subitement des mouvements péristaltiques quand le nerf grand sympathique a été irrité.

J'ai observé que l'effet du galvanisme n'atteint son maximum qu'après un certain temps, et ne cesse pas au même moment que l'irritation cesse : la même observation peut être faite pour la plupart des muscles placés sous l'influence du nerf sympathique.

En irritant un point après l'autre, on peut préciser le lieu où la partie lombaire du nerf sympathique agit sur le rectum, la vessie et les vaisseaux déférents. Ce lieu se trouve dans le ganglion qui est situé près de la cinquième vertèbre lombaire; au-dessus de ce ganglion, il n'y a plus d'effet sur les organes ci-dessus désignés.

Pour remonter encore plus loin, et spécialement pour rechercher si la cause de l'effet est dans le ganglion ou dans la moelle épinière, j'ai galvanisé sur un lapin la région de la moelle qui correspond à la quatrième vertèbre lombaire; j'ai vu se manifester des contractions énergiques des vaisseaux déférents. Le lieu où l'on peut apercevoir ce phénomène est limité sur un espace d'environ trois lignes; au-dessous ou au-dessus de cet espace, la galvanisation est sans effet. J'ai donné à ce lieu le nom de *centre génito-spinal.*

C'est là aussi que se trouve le centre spinal pour le mouvement de la vessie et du rectum, mais il est d'une étendue un peu plus grande.

Si le nerf grand sympathique lombaire de l'un des côtés est coupé, l'irritation du centre produit de forts mouvements du vaisseau où le nerf est intact; de l'autre côté, les mouvements ne manquent pas complètement (puisque des combinaisons ont lieu entre les deux nerfs sympathiques), mais ils sont ordinairement très-limités.

Les deux branches communicantes qui sortent du quatrième nerf lombaire, qui se trouve entre la quatrième et cinquième vertèbre lombaire, forment l'union entre le centre génito-spinal et le nerf sympathique qui préside aux mouvements du rectum, de la vessie et des vaisseaux déférents. (Commissaires : MM. Duméril, Milne Edwards et Cl. Bernard.)

Croissance des muscles. — M. Budge adresse un mémoire sur la *croissance des muscles.*

J'ai réussi, dit-il, à découvrir un moyen par lequel on saurait décomposer un muscle dans toutes ses fibres, en sorte qu'elles restent intactes et qu'on en peut compter le nombre exact.

L'agent dont je me sers est une combinaison d'acide nitrique concentré et de chlorure de soude qui dissout le tissu cellulaire entre les fibres musculaires sans que les parties essentielles des fibres soient attaquées.

Le muscle ayant été laissé vingt-quatre heures dans le liquide, une légère pression suffit pour le décomposer. Si on le laisse plus longtemps dans le liquide, il se décompose dans ses fibrilles et permet de connaître sa composition élémentaire. On peut rendre sensibles aux yeux, de la manière la plus facile, les *sarcous elements*, comme les appelle M. Bowman, et démontrer que la théorie de M. Schidann, selon laquelle les fibres musculaires sont formées de fibrilles variceuses, n'est pas juste.

Je me suis servi de la séparation des muscles pour comparer le nombre des fibres chez les animaux petits et grands, et pour constater si de nouvelles fibres musculaires se forment pendant qu'un muscle croît, ou bien si elles existent toutes dès la première formation et n'augmentent qu'en volume. Cette dernière opinion est la plus générale; cependant mes dénombrements répétés m'ont prouvé le contraire. Le même muscle fait voir chez de jeunes grenouilles beaucoup moins de fibres que chez les vieilles.

L'accroissement des muscles repose donc sur deux changements, en tant que :

1° Chaque fibre devient plus épaisse et plus longue, comme les recherches microscopiques le prouvent;

2° Des fibres nouvelles se forment.

Il était intéressant de connaître quelles altérations les muscles subissent par le manque de nutrition. Dans ce dessein, on prit deux grenouilles mâles et de même grandeur, dont l'une fut tuée sur-le-champ, l'autre après trois mois et demi, temps pendant lequel elle n'avait rien mangé. Chez ces 2 animaux, toutes les fibres du muscle gastro-cnémien ont été comptées, et l'on en a en outre mesuré la largeur. Chez la première grenouille il se trouvait 4,462 fibres, chez la deuxième, 3,664. Ces fibres n'avaient pas toutes la même largeur, surtout chez la grenouille qui n'avait pas souffert; celle-ci n'en avait aucune qui égalât en ténuité les fibres les plus déliées de la seconde; cette seconde, au contraire, n'avait que très-peu de fibres de moyenne épaisseur et aucune des grosses.

Il s'ensuit de là que le nombre des fibres diminue par manque de nutrition, et qu'elles perdent considérablement de leur largeur. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Tubage de la glotte. — M. Loiseau adresse la note suivante sur le tubage de la glotte et la trachéotomie :

Le tubage simple du larynx n'ayant pour but que d'ouvrir un passage à l'air et sans l'utiliser à l'introduction des styptiques les plus énergiques, ne me paraît nécessaire que lorsque le larynx est œdématié ou que l'épiglotte ne fonctionne plus; car le simple passage d'un tube volumineux, d'une éponge ou de tout autre écouvillon suffit en général pour en détacher suffisamment les fausses membranes et permettre à l'air un passage convenable. D'un autre côté, ce serait une erreur de croire que ce simple tubage peut remplacer la trachéotomie; il faut pour cela que, comme elle, il établisse une espèce de barrière entre les parties infectées et les parties saines. Or, le seul moyen de remplir cette indication consiste à tuber depuis la bouche jusqu'au-dessous de la partie déjà infectée; et encore, pour éviter l'inconvénient du refoulement des fausses membranes, inconvénient qui peut être sérieux lorsqu'il n'est pas compensé par l'introduction de styptiques, il faudrait pratiquer cette opération un peu avant la formation des fausses membranes, ou du moins les extraire avec le plus grand soin à l'aide d'écouvillons introduits sous un très-petit volume et susceptibles d'une grande dilatation après leur introduction, tels que pinces à trois ou plusieurs branches, éponges comprimées, pinceaux de poils susceptibles d'être repliés ou distendus au moment où on les fait sortir d'une sonde étroite, comme celle de Belloc par exemple. Or, pour pratiquer ce tubage, et après avoir mis pendant de longues années à contribution presque toutes ces substances, fait fabriquer des sondes spirales élastiques de toutes les formes, j'en reviens aujourd'hui à préférer le premier moyen employé par moi en avril 1840, c'est-à-dire à l'emploi d'une sonde assez volumineuse offrant une brisure au niveau de la bouche : il suffit alors d'y adapter un anneau métallique assez résistant et pourvu d'un pavillon qui permette de le fixer autour de la tête. Le succès obtenu dans un cas d'œdème de la glotte, et signalé tout récemment à la Société des hôpitaux est une preuve de plus en faveur de ce moyen, qui du reste est d'une application extrêmement facile, les sondes à trachéotomie ordinaires peuvent même être utilisées en pareil cas; en supprimant l'un des pavillons des sondes doubles, on a un instrument susceptible de s'allonger suivant le besoin.

Ce moyen a sans doute un grave inconvénient : aussi n'en ai-je jusqu'ici conseillé l'usage que dans le cas où la trachéotomie était refusée; cependant, comme la trachéotomie elle-même compte très-peu de succès avant l'âge de trois ans, et que dans certaines épidémies tous les moyens paraissent échouer, je ne vois pas pourquoi on ne l'emploierait pas au moins dans ces cas.

Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe), déjà nommés pour un mémoire de l'auteur sur un procédé pour introduire dans les voies aériennes des instruments destinés soit à les cautériser, soit à en extraire les fausses membranes dans le cas du croup.

Sur la taille sous-pubienne membraneuse. — M. A. Mercier, au sujet de la dernière communication de M. Heurteloup, adresse la lettre suivante :

Ce procédé n'est pas nouveau; il n'est tantôt que le grand appareil, le seul employé depuis 1525 jusqu'à la fin du dix-septième siècle et auquel on n'a fait d'autre modification que celle qu'on a empruntée à la taille latéralisée, de ménager le bulbe; tantôt la taille latéralisée elle-même, d'après le procédé de Lecat. Dans cette résurrection, au reste, j'ai ma part à revendiquer. Voici, en effet, ce que j'écrivais en 1856 dans mes *Recherches sur le traitement des maladies des organes génitaux et urinaires*, p. 585, à propos du grand appareil si décrié : « Sans l'invention de la lithotritie, je suis convaincu qu'on serait revenu à cette méthode, un peu modifiée, pour les pierres peu volumineuses; car, à moins d'être faite outre mesure, la dilatation a moins de dangers que la division des plexus prostatiques, à laquelle expose l'instrument tranchant. » Et plus loin, p. 588, j'ajoute, à propos de la taille latéralisée : « Quant à l'étendue de l'incision du col de la vessie, les opinions sont partagées : les uns la veulent telle, que le calcul sorte sans difficulté; d'autres, particulièrement Lecat, la font très-étroite et

comptent principalement sur la dilatation. Je me rangerais plus volontiers à cette dernière opinion, parce que le col est si élastique, que j'ai été étonné moi-même du degré auquel je parvenais sans déchirure et pour ainsi dire sans douleur, avec mon dilatateur. »

Enfin, p. 604, j'insiste sur ce fait que la portion membraneuse est elle-même beaucoup plus dilatable qu'on ne le croit et que ne le pense encore M. Heurteloup.

Mais que pouvais-je obtenir avec mon dilatateur? Je l'ai dit p. 440 de la deuxième édition de mes *Recherches sur les valvules de la vessie :* « En supposant qu'on tire l'instrument jusqu'à son bec (ce qu'on doit rarement faire, puisqu'on aurait ainsi une dilatation qui aurait un centimètre de largeur sur trois d'avant en arrière), ce bec l'empêcherait de descendre complétement dans la région prostatique. » Ainsi cette dilatabilité contre laquelle je croyais devoir me mettre en garde donnerait au col 8 centimètres de circonférence ou presque 3 centimètres de diamètre; et remarquez que je m'occupe dans cet endroit du traitement de certaines rétentions d'urine dans lesquelles il importe de ne produire ni déchirure ni même inflammation tant soit peu vive. Il serait rarement possible d'arriver, chez les adultes, à ce degré de dilatation sans souffrances; mais on y parvient aisément chez les vieillards, dont j'ai vu la partie profonde du canal acquérir, par le seul fait d'un engorgement prostatique et sans dilatation, jusqu'à 6 centimètres de circonférence. Que serait-ce si on dilatait après avoir fait un ou deux débridements superficiels? (Commiss. nommée).

Structure de la rate. — M. TIGRI adresse de Sienne une note sur les travaux des anatomistes modernes relatifs à la *structure intime de la rate*, et sur la part qu'il a prise par ses propres recherches aux progrès qu'ont faits dans les dix dernières années l'anatomie et la physiologie de cet organe. Les résultats qu'il revendique principalement comme siens sont les suivants :

1° La démonstration d'un nouvel élément anatomique dans la composition de la pulpe splénique : les cellules fusiformes nucléées ;

2° La détermination morphologique des corps constituant l'épithélium vasculaire : cellules fusiformes nucléées ;

3° La séparation incessante des cellules épithéliales de la surface interne de tout l'appareil vasculaire (vaisseaux lymphatiques, veines et artères), cellules représentées dans le sang par des globules grands, blancs, nucléés : globules épithéliacés.

Ces résultats, dont la propriété lui est assurée, dit-il, par la date de ses publications, il les a retrouvés dans des publications de date postérieure où ses travaux ne se trouvent point cités, et pourraient bien ne pas avoir été connus des auteurs par suite de la distance des lieux et la différence des langues. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Cl. Bernard.)

Choléra. — M. H. JEANNERET adresse de Charlton-Kings, près de Cheltenham (Angleterre), un mémoire sur sa méthode de traitement du *choléra-morbus*.

La base de ce traitement est le camphre, qu'il administre le plus souvent associé à une poudre aromatique; le camphre doit être donné très-divisé, tel qu'on l'obtient en précipitant la solution alcoolique au moyen de l'eau ou encore trituré dans l'huile. Quand on prend la substance à l'état cristallin, elle agit plus lentement et cause souvent une sensation pénible à l'épigastre.

Les effets de ce mode de traitement, qui avaient été des plus heureux pendant les premiers mois de l'épidémie de Londres de 1854, ne furent plus les mêmes après le mois d'octobre, la maladie ayant changé de caractère et étant devenue une véritable dyssenterie. Sous cette dernière forme, quoique moins menaçante, elle était plus rebelle à l'action des remèdes et souvent accompagnée d'une fièvre avec rémission plus ou moins complète le jour, mais avec exacerbation la nuit. Dans ces cas, le camphre aromatisé ne produisait aucun effet utile, et il fallait avoir recours à une autre médication dirigée principalement contre la fièvre. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

Ventilation par les appareils gazo-fumivores. — M. TAVIGNOT soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Nouveau système de ventilation par les appareils gazo-fumivores.* L'auteur, dans la lettre d'envoi, annonce ce mémoire comme formant la seconde partie d'un travail dont la première aurait été présentée il y a moins de trois mois. Cette première partie n'est jamais parvenue à l'Académie, qui seulement a reçu, dans la séance du 19 juillet, une lettre dans laquelle M. Tavignot parlait de ses recherches sur « l'asphyxie chronique due à l'éclairage au gaz ». Le présent mémoire, dans lequel l'auteur précise ce qu'il entend par asphyxie chronique, compare entre eux les divers modes d'éclairage suivant qu'ils exposent plus ou moins à ce danger, et fait connaître les moyens qu'il a imaginés pour l'écarter, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Babinet, Combes, Bernard.

Galvanothérapie. — M. DESPRETZ présente à l'Académie un ouvrage de M. le docteur Robert Remak, qui a pour titre, *Galvanotherapie der nerven und muskelkrankeiten.*

M. Remak a employé les courants continus et presque constants d'une pile de Daniel, composée de plus ou de moins d'éléments.

En France, on s'est surtout servi des courants discontinus, produits par les appareils d'induction.

La lecture de l'ouvrage de M. Remak ne peut qu'être très-utile aux hommes qui s'occupent de l'application de l'électricité à la médecine.

CORRESPONDANCE.

Les membres de la Société médicale du sixième arrondissement de Paris ont adressé à M. le professeur Denonvilliers la lettre suivante, expression de leur reconnaissance pour le service que le savant professeur a rendu au corps médical en plaidant avec autant d'énergie que de talent la cause des lettres.

Paris, le 7 octobre 1858.

A monsieur le professeur DENONVILLIERS, *membre du conseil impérial de l'instruction publique.*

Le corps médical voyait avec peine que le diplôme de bachelier ès lettres cessait d'être exigé des étudiants en médecine, car cette mesure nuisait au développement des intelligences sans augmenter les ressources matérielles et les moyens d'observation de l'art. Et cependant qui plus que le médecin a besoin, dans l'exercice quelquefois si difficile de sa profession, de toutes les ressources d'un esprit développé et agrandi par des études où le goût, le cœur et l'intelligence trouvent tout à la fois un aliment substantiel et une impulsion des plus heureuses ?

La louable initiative de S. E. le ministre de l'instruction publique et le succès dont ses efforts viennent d'être couronnés ont été accueillis avec joie par les médecins de Paris, qui tous tiennent à honneur de conserver à notre profession la position si élevée qui lui est acquise, ainsi que Son Excellence a eu la bonté de le reconnaître.

La Société médicale du 6e arrondissement s'associe de trop grand cœur aux sentiments de profonde gratitude du corps médical tout entier pour ne pas désirer faire parvenir au chef de l'État, qui a décrété le rétablissement du baccalauréat ès lettres pour les étudiants en médecine, et au ministre qui a provoqué cette mesure, l'expression de sa vive reconnaissance.

La Société n'a cru pouvoir choisir un plus digne interprète de ses sentiments que l'éminent professeur qui a soutenu avec autant de conviction que de talent et d'énergie la cause du corps médical dans le conseil impérial supérieur de l'instruction publique.

Nous vous prions donc, très-honoré confrère, de vouloir bien vous charger de présenter à S. E. le ministre de l'instruction publique le tribut de notre reconnaissance, et de recevoir pour vous-même nos sincères remercîments et l'assurance de notre très-haute estime.

LES MEMBRES DU BUREAU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Mesnier, né à Pontoise (Seine-et-Oise) ; *De l'ergot de seigle et de son emploi en obstétrique et en médecine.*

Poidevin, né à Paris (Seine) ; *De l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.*

Millard, né à Paris (Seine) ; *De la trachéotomie dans le cas de croup,* observations recueillies à l'hôpital des Enfants malades, années 1857-1858, 1er semestre.

Thonion, né à Albert-Ville (Savoie); *Des phénomènes qui président au développement de l'ovule chez la mère.*

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

MM. le docteur Teilleux (de Maréville).	10 fr.	» c.
le docteur Lunier (de Blois).	20	»
Total des listes précédentes.	871	50
Total général jusqu'à ce jour.	901 fr.	50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 40.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert hier 18 octobre.

M. Falret, juge suppléant, empêché, a été remplacé par M. Barth.

La question écrite que les candidats ont eu à traiter était : *Des bourses séreuses sous-cutanées et de leur inflammation.*

— M. le docteur T.-J. Urbain étant mort à Pâturages (Belgique), le 7 septembre dernier, ses confrères se sont engagés à desservir, au bénéfice de sa famille, les fonctions dont M. Urbain était chargé en qualité de médecin de plusieurs exploitations houillères, et ce, jusqu'à ce que son fils, étudiant en médecine, ait terminé ses études et soit à même de reprendre le service qui avait été confié à son père.

Nous pouvons citer un autre trait non moins touchant : il est vrai qu'il a eu lieu dans le nouveau monde. En 1850, mourut à Rio-Janeiro le docteur Sénéchal, bien connu dans toute la population par ses habitudes de philanthropique désintéressement. Jamais il n'avait réclamé un sou d'honoraires; aussi, en mourant, laissait-il dans la misère une fille de treize ans. Une souscription fut improvisée parmi les membres de la colonie européenne; et en trois ou quatre jours une somme de *soixante mille francs* put être affectée à assurer l'avenir de la jeune orpheline.

— M. Bouchut reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance le mercredi 20 octobre, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et les continuera tous les mercredis suivants.

UN ASPIRANT au doctorat en médecine, assez au courant de la pharmacie, désire trouver un emploi dans une des pharmacies de la capitale. S'adresser au bureau du Journal.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 124. — JEUDI 21 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 124. — JEUDI 21 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). Du larynx, de la trachéotomie et du procédé de M. Loiseau. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS (M. Hamont). Affection hydatique compliquée d'albuminurie. — Observation d'anévrysme fémoro-poplité. — De l'inclinaison de la suture transverse et de la figure des sections horizontales du crâne dans les principales races humaines. — Emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 octobre.

PARIS, LE 20 OCTOBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Baizeau, agrégé au Val-de-Grâce, a lu hier un mémoire sur l'héméralopie épidémique. La lecture de ce travail nous rappelle une série de lettres et de notes sur ce sujet, qui ont été échangées depuis quelques mois dans les journaux, et qui n'ont probablement pas été étrangères au choix que M. Baizeau a fait de cette question comme sujet de lecture. Ce serait le cas, avant d'apprécier le travail du médecin du Val-de-Grâce, d'exposer en quelques mots les faits qui donnent à cette communication, à part sa valeur intrinsèque, une sorte d'intérêt d'actualité.

Il y a trois mois environ, à l'occasion d'une note de M. le docteur Deval, sur un cas d'héméralopie guéri à l'aide de vapeurs azotées, insérée dans l'*Union médicale*, M. le professeur Fonssagrives exposait dans ce journal les bons effets qu'il avait eu l'occasion de constater dans le traitement de cette bizarre affection, de l'emploi d'une méthode empirique fort ancienne d'ailleurs, puisqu'elle est signalée par Hippocrate, les fumigations de foie de bœuf. M. Fonssagrives ajoutait toutefois, sous forme interrogative et comme exprimant ses propres doutes, ces mots : « La chaleur, dont la vapeur d'eau est le véhicule, est-elle l'élément actif de cette médication ? Des essais comparatifs entre des fumigations simplement aqueuses et des fumigations azotées, comme les désigne M. Deval, lèveront toute incertitude sur ce point. »

M. Baizeau répondant à son tour à M. Fonssagrives, fit connaître les essais comparatifs qu'il avait faits entre les fumigations simplement aqueuses et les fumigations azotées. « Après avoir laissé les malades pendant plusieurs jours au repos, dit M. Baizeau, — précaution indispensable pour apprécier l'action d'un agent thérapeutique dans cette affection qui guérit souvent d'elle-même du jour au lendemain, — j'ai mis à l'épreuve les fumigations oculaires avec la décoction de foie de bœuf, et j'ai constaté leur propriété anti-héméralopique sur un grand nombre de malades. Ce premier fait établi, j'ai supprimé le foie, et j'ai prescrit les fumigations avec l'eau chaude. Comme je l'avais supposé, les effets ont été aussi avantageux qu'avec les fumigations azotées ; puis j'ai successivement expérimenté les fumigations avec les décoctions de mauve et de plantes aromatiques. Toutes ont donné des guérisons et ont montré une égale efficacité. » Aussi M. Baizeau concluait-il, comme M. Fonssagrives l'avait entrevu, que la vapeur d'eau est le seul agent actif de cette médication, qui se trouve par là fort simplifiée. De tous les remèdes qu'il a employés, ajoutait-il, c'est celui qui lui a donné les meilleurs résultats. Les fumigations excitantes, conseillées dans le but de réveiller la sensibilité de la rétine, lui ont paru contre-indiquées au début de l'héméralopie, qui offre toujours, suivant lui, un état d'éréthisme très-prononcé, lequel ne pourrait être qu'augmenté par ces vapeurs irritantes.

Enfin M. Baizeau a également expérimenté une méthode de traitement récemment préconisée par M. Netter dans une note adressée à l'Académie des sciences (séance du 3 mai), et qui consiste à placer les malades dans l'obscurité pendant trois ou quatre heures, et à exercer leur vue en leur faisant regarder les objets placés dans les ténèbres ; il déclare, dans cette même note, n'avoir obtenu par ce moyen aucune amélioration.

Tel est en peu de mots le contenu de la note que M. Baizeau publiait dans le numéro du 14 août dernier de l'*Union médicale*, en réponse à la lettre de M. Fonssagrives. Du point de vue exclusivement ou principalement thérapeutique sous lequel il avait envisagé la question dans ce petit travail, M. Baizeau s'est élevé, dans le mémoire qu'il vient de lire à l'Académie, à des considérations générales sur l'étiologie, la symptomatologie, la marche et les caractères de cette affection, en un mot sur l'ensemble de son histoire, ainsi qu'on en pourra juger par les conclusions que nous reproduisons dans le compte rendu, et qui touchent à tous ces points. Il y aurait sans doute, dans ces diverses propositions, matière à plusieurs observations ; mais, outre que le fond même nous manque, n'ayant que ces conclusions seulement sous les yeux, il serait prématuré d'engager une discussion sur un travail qui devra probablement devenir l'objet d'un rapport à l'Académie. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du larynx, de la trachéotomie et du procédé de M. Loiseau, de Montmartre (1).

Une épidémie d'affections diphthéritiques s'est abattue sur Paris dans les mois de mai et de juin, et vous avez trouvé l'occasion d'en observer plusieurs cas dans les salles de la clinique.

Une femme, par exemple, couchée au n° 13 de la salle Saint-Bernard, a succombé à des accidents diarrhéiques chroniques, et nous ne trouvâmes à l'autopsie ni productions accidentelles du poumon, ni lésions intestinales. Mais dans les derniers temps de sa vie, elle avait été prise d'une affection couenneuse des gencives, maladie décrite par Bretonneau dans son *Traité des inflammations spéciales*, sous le nom de diphthérite gengivale. Tous nos efforts ont été vains pour combattre cette complication, qui a certainement hâté la terminaison fatale.

A la fin de mai, on a apporté à l'Hôtel-Dieu une petite fille de quatre ans, atteinte d'angine laryngée pseudo-membraneuse. Le cas était urgent, et je pratiquai bien vite la trachéotomie. Cette opération donna lieu à une particularité sur laquelle je suis bien aise d'appeler votre attention, car pareille chose peut très-bien vous arriver un jour ou l'autre. Lorsque j'eus mis la trachée à nu, je m'aperçus que j'avais coupé une veine thyroïdienne assez volumineuse ; et dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, j'introduisis au plus tôt la canule dans le tube aérifère. Cependant, la respiration était lente à se rétablir, la suffocation était très-prononcée, des symptômes asphyxiques se manifestaient, le sang prenait une teinte très-foncée, et la figure de l'enfant se colorait en bleu. Je retirai la canule, et je mis le dilatateur à sa place : en ce moment, la petite malade était dans un état de mort apparente. Nous imprimâmes alors à la poitrine des mouvements de soufflet, et au bout d'une minute et demie ou deux minutes nous vîmes la vie se ranimer.

Que m'était-il donc arrivé ? quelque chose dont j'avais été déjà témoin, car on ne fait pas 260 trachéotomies sans passer par toutes les phases possibles de cette opération. Eh bien, une fausse membrane tapissait le larynx, la trachée et les bronches, et la canule, au moment où je l'avais engagée, avait refoulé une production couenneuse déchirée. De là l'obstruction complète du passage de l'air. Une fois l'instrument retiré et le dilatateur introduit, une fois les mouvements respiratoires rétablis, la fausse membrane en question vint se présenter d'elle-même à l'orifice de la trachée : nous la saisîmes avec une pince, et en enlevâmes un long fragment ramifié à sa partie inférieure. La canule fut replacée, et bientôt elle livra passage à d'autres productions diphthéritiques venant des tuyaux bronchiques, et rejetées en dehors par des secousses de toux. Ces secousses de toux, nous les avions d'ailleurs provoquées par la titillation trachéale à l'aide d'une barbe de plume.

A l'inspection seule de ces fausses membranes, il était évident que le mal avait envahi progressivement les voies de l'air ; aussi, malgré le rétablissement de la respiration, je ne me fis en aucune façon illusion sur les résultats de l'opération. L'enfant mourut dans la nuit.

A quelques jours de là, M. le docteur Richet trachéotomisa un petit malade avec le plus entier succès. Cet habile chirurgien procéda à l'opération avec cette sage lenteur sur laquelle j'ai si souvent insisté auprès de vous, et bien lui en a pris, car au moment où il allait pénétrer dans la trachée, il fut obligé de couper une artère presque aussi volumineuse que la radiale : c'était une anastomose anormale des deux thyroïdiennes inférieures. Une ligature appliquée aux deux extrémités du vaisseau divisé arrêta l'hémorrhagie.

Je n'ai jamais trouvé, je dois le dire, d'anomalie comme celle-là ; mais j'ai rencontré une fois sous mon bistouri la carotide gauche naissant du tronc innominé et croisant la trachée-artère. Ce sont-là de bien sérieux arguments à opposer à ce procédé opératoire qui consiste à saisir à travers les téguments le cartilage cricoïde ou le larynx à l'aide d'une érigne ou d'un ténaculum, et à ouvrir du même coup la trachée en traversant la peau et les parties profondes. Cette méthode expéditive offre de grands dangers, et c'est pour l'avoir mise en œuvre que l'un de nos chirurgiens les plus regrettés, A. Bérard, est arrivé dans l'œsophage. Vous voyez d'ailleurs à quels périls serait exposé le malade si l'instrument, poussé en aveugle, tombait sur une anomalie artérielle. Supposez également qu'il survienne des accidents semblables à celui que nous avons observé chez la petite fille dont je parlais il n'y a qu'un instant, et vous vous ferez une idée des difficultés sans nombre résultant de la recherche d'une fausse membrane qui fait obstacle à travers une plaie étroite et profonde. La mort serait inévitable.

Dans l'opération de la trachéotomie, il faut donc procéder lentement, inciser les parties molles couches par couches, écarter soigneusement les vaisseaux, si faire se peut, et mettre la trachée à nu avant que d'y pénétrer. Cette méthode, il faut bien le dire, est généralement adoptée aujourd'hui, et ceux de mes confrères qui avaient été d'abord séduits par les procédés à grande vitesse que l'on a préconisés, n'ont pas manqué de revenir au premier mode opératoire : je n'en veux citer pour exemple que M. Paul Guersant. D'ailleurs la rapidité est au moins inutile, car bien que je n'agisse toujours qu'avec une extrême lenteur, même dans les cas où le malade est *in extremis*, je n'ai jamais vu qu'un seul individu périr sous le couteau. C'était en 1831, ici, à l'Hôtel-Dieu. J'opérais alors un homme de cinquante-six ans pour une affection étrangère au croup, et je venais d'inciser la peau, lorsque survint une convulsion qui tua le patient. Cette issue fatale, vous ne l'imputerez pas, je l'espère, à mon bistouri, puisque, je le répète, je n'avais incisé que la peau.

Le petit opéré de M. Richet a été soumis au traitement consécutif ordinaire, — celui que j'ai institué et que je vous ai fait connaître, — et dernièrement encore M. le docteur Archambault a également obtenu un plein succès chez un enfant qu'il trachéotomisa à toute extrémité dans la clientèle de M. le docteur Miguet. Du reste, M. Archambault, ancien interne distingué de l'hôpital des Enfants malades, n'en était ni à son coup d'essai ni à sa première réussite, car sur douze opérations que ce médecin a pratiquées, il compte aujourd'hui sept guérisons. Ce sont là des résultats bien encourageants et de précieux exemples à suivre.

J'en reviens aux faits de diphthérite qui se sont passés dans le service de la clinique. Lorsque j'ai vu se développer l'affection couenneuse des gencives chez la femme du n° 13 de la salle Saint Bernard, j'ai de suite redouté la contagion. Et, en effet, une petite fille de trois ans couchée avec sa mère dans cette même salle, et portant un vésicatoire au bras gauche, fut bientôt mortellement influencée. Je vis apparaître d'énormes plaques pseudo-membraneuses sur la surface dénudée de l'exutoire ; puis un érysipèle accompagné de phlyctènes fit rapidement succomber cette enfant. Souvenez-vous, à ce sujet, de ce que je vous ai dit maintes et maintes fois relativement à l'inopportunité et au danger des vésicatoires dans les affections couenneuses.

Presque en même temps, une de nos infirmières tomba malade elle-même : la diphthérite envahit chez elle les deux amygdales et la partie postérieure du pharynx. Je combattis aussitôt cette affection avec la plus grande énergie, à l'aide de cautérisations bi-quotidiennes avec une solution concentrée de sulfate de cuivre.

Au bout de cinq ou six jours, et grâce à cette médication locale, les plaques diphthéritiques avaient complétement disparu. J'avais prescrit simultanément, mais sans trop y compter, dix grammes de chlorate de potasse dans une potion de 125 grammes à prendre dans les vingt-quatre heures ; l'usage en fut continué pendant onze jours. En somme, la guérison a été rapide, mais elle a été incontestablement due à une aussi prompte et à une aussi énergique intervention des ressources de notre art. Si nous avions tardé quelque peu, la diphthérite se fût propagée au la-

(1) Voir sur ce même sujet les numéros du 31 octobre 1857 et du 10 juillet 1858.

rynx, et vous savez à merveille que le croup chez les adultes est bien autrement dangereux encore que dans l'enfance.

La raison de ce que je viens d'avancer est facile à comprendre : chez les adultes, le larynx est comparativement très-large et les fausses membranes peuvent aisément couvrir les cordes vocales, sans qu'il s'ensuive une oppression très-notable. Avant donc que la suffocation soit telle que la trachéotomie paraisse d'une absolue nécessité, le mal a envahi la trachée et les bronches, et quand vous pénétrez dans les voies de l'air avec votre couteau, il est toujours trop tard, car le terrain gagné par la diphthérite a rendu la mort inévitable. N'attendez donc jamais chez l'adulte la manifestation des symptômes qui vous font, dans l'enfance, reconnaître l'opération comme urgente; mais pratiquez, au contraire, la trachéotomie dès que vous aurez constaté l'envahissement du larynx ; à moins toutefois que vous n'ayez recours à la nouvelle méthode de traitement préconisée par M. Horace Green, de New-York, et par M. le docteur Loiseau (de Montmartre), et qui consiste à porter directement dans le larynx des agents caustiques et à en arracher les pseudo-membranes.

M. Loiseau est un ancien élève de l'Hôtel-Dieu. En 1832, 1833 et 1834, il suivait les leçons cliniques que je faisais alors dans cet hôpital, en remplacement de M. le professeur Récamier. Comprenant toute l'utilité qu'on retire de la cautérisation du pharynx et des fosses nasales dans les affections diphthéritiques; convaincu de l'impossibilité de pratiquer convenablement cette opération; persuadé d'ailleurs du peu de services que pouvait rendre une baleine armée d'une éponge, en portant à peine quelques gouttes d'une solution caustique sur les ligaments aryténo-épiglottiques, M. Loiseau est parvenu à imaginer un procédé dont j'ai signalé les avantages dans mon rapport à l'Académie de médecine, et qui m'a paru bien autrement certain que celui du docteur Green, de New-York.

Le *modus faciendi* de M. Green consiste à abaisser vigoureusement la langue et à porter jusque dans la trachée, à travers la glotte, une baleine recourbée et munie d'une très-petite éponge préalablement trempée dans une solution caustique. M. Green réussit de cette façon, je le veux bien; mais personne n'ignore combien cette manœuvre opératoire est hérissée de difficultés, et cela non pas seulement sur le vivant, où les contractions spasmodiques de la glotte deviennent un obstacle presque infranchissable, mais encore sur le cadavre, où l'on arrive si souvent dans l'œsophage sans entrer dans le larynx.

Le procédé de M. Loiseau est tout différent. Ce praticien recouvre sa première phalange métacarpienne de l'indicateur gauche d'une espèce de dé en fer-blanc, laisse libres ses deux dernières phalanges, écarte les mâchoires de l'enfant, saisit le moment où la bouche est ouverte, et porte rapidement son doigt, ainsi protégé, jusque dans le pharynx. Cela fait, il saisit l'épiglotte, la tient soulevée contre la base de la langue, et ouvre par conséquent l'orifice supérieur de la trachée-artère. M. Loiseau conduit alors sur son doigt une canule qu'il fait pénétrer dans le larynx forcément ouvert. Cette canule, analogue à celle de Chaussier pour les insufflations laryngées, est creuse, courbe, aplatie sur le champ, à son extrémité, et percée de deux yeux ; large à sa partie supérieure, elle se rétrécit à son extrémité inférieure. Une éponge fixée sur un fil de fer ou de laiton, et imbibée soit d'acide chlorhydrique, soit d'une solution d'alun, de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre ou de tannin, est placée dans la canule et poussée jusqu'au niveau du larynx où le liquide va s'exprimer à travers les yeux de la sonde et exercer son action cathérétique d'abord sur le larynx, puis jusque dans la trachée. Quant au doigt du chirurgien, il ne saurait être mordu, puisqu'une armature le met à l'abri.

En 1839, Dieffenbach, dans des circonstances analogues, a mis ce moyen en usage à l'hôpital de la Charité de Berlin, mais M. Loiseau n'en avait jamais eu connaissance, et le mérite de l'avoir inventé ne lui en revient pas moins.

Pour ma part, j'ai vu ce médecin pratiquer l'opération sur deux enfants de sa clientèle, et j'ai vraiment admiré la simplicité, la rapidité et l'efficacité de son procédé.

De plus, à l'aide de pinces à pansement plates et recourbées, M. Loiseau pénètre de la même façon dans le larynx et en détache au besoin les fausses membranes qui le tapissent. Il peut encore, à l'imitation du docteur Green, introduire dans la trachée des baleines petites et rigides, garnies d'éponges imprégnées de solutions caustiques, et *écouvillonner* le tube aérifère.

Grâce à tous ces moyens, M. Loiseau prétend avoir guéri des malades en leur évitant la trachéotomie. J'ai donc cru utile pour votre instruction d'entrer dans tous ces développements : ils vous donneront la mesure de toutes les tentatives ingénieuses expérimentées chaque jour contre l'une des plus terribles affections du cadre nosologique.

Un mot encore à propos de notre dernière malade : je vous ai dit que je lui avais donné du chlorate de potasse, mais sans trop y compter. Or, je vous dois compte de cette expression. C'est un médicament dont il a été grandement question, et l'important travail de M. le docteur Isambert n'a pas peu contribué à ce résultat. Cependant on en a exagéré les propriétés, et, comme toutes les nouvelles découvertes, le chlorate de potasse et le chlorate de soude n'ont pu échapper à la loi commune, c'est-à-dire à un peu trop d'engouement. Très-efficaces contre certaines affections couenneuses pultacées, je n'oserais pas affirmer qu'ils le fussent autant dans les maladies diphthéritiques.

Malheureusement on a confondu bien souvent ces états pathologiques, malgré les dissemblances capitales qui les séparent : pour ce qui me concerne, j'ai administré et vu administrer le chlorate de potasse sans aucun succès contre la diphthérite franche ; mais quelquefois, je dois le dire, il m'a paru un adjuvant utile de la cautérisation. Je m'en sers donc, et si son action est douteuse ou infidèle lorsqu'il s'agit de combattre des accidents diphthéritiques très-tranchés, comme ceux qu'a décrits M. Bretonneau, son efficacité est certainement incontestable contre d'autres formes d'affections pultacées de la bouche ou du larynx, contre certaines inflammations buccales, la stomatite aphtheuse, par exemple. Dans les stomatites occasionnées par l'usage des préparations hydrargyriques, il m'a procuré des succès bien réels. Aussitôt que la salivation commence, ce médicament agit presque à coup sûr ; mais plus tard, lorsque la phlegmasie gengivale est très-prononcée, quand le ptyalisme est abondant, l'action du chlorate de potasse est loin d'être aussi sûre ; le plus généralement elle est insuffisante, ainsi que l'ont démontré MM. Ricord, Cullerier et Lasègue. Quant aux doses à prescrire, les voici : 1, 2, 3 et même 4 grammes par jour pour un enfant en très-bas âge ; 4, 5, 6 et 7 grammes pour un petit malade de la seconde enfance, et 8, 10 et 12 grammes dans le courant de la journée pour un adulte.

Telles sont les principales considérations dans lesquelles je m'étais proposé d'entrer à propos de cette question de la pathologie du larynx, toujours empreinte d'un si triste cachet d'actualité.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. HAMON.

Affection hydatique de l'utérus compliquée d'albuminurie. Albuminométrie.

La femme M... est âgée de quarante-deux ans : elle est de constitution moyenne. Elle a eu cinq grossesses heureuses. Son dernier accouchement date de deux ans. Les fonctions cataméniales, une fois rétablies, se sont effectuées régulièrement jusqu'aux mois de décembre dernier. Vers cette époque, elle a été réglée deux fois en quinze jours. A partir de ce moment, elle n'a plus cessé de perdre du sang, tantôt plus, tantôt moins. Par trois fois différentes les proportions de l'écoulement sanguin ont été assez considérables pour constituer de véritables métrorrhagies. C'est pour combattre la troisième perte, beaucoup plus abondante que les deux autres, que je fus appelé, le 27 avril dernier, auprès de la malade.

Je la trouvai sur son séant, le tronc maintenu dans la position verticale, à l'aide d'une pile d'oreillers. A l'extrême pâleur de son visage, je pus me faire une idée de l'abondance du sang qu'elle avait perdu : son lit, d'ailleurs, en était inondé.

Mon premier soin fut de faire placer la malade dans une position horizontale, la tête et les pieds plus déclives que le bassin. En même temps que l'on procédait à ces dispositions nouvelles, je remarquais que la figure de cette femme était un peu bouffie. Mon attention attirée de ce côté, je pus recueillir, en ce sens, les renseignements suivants.

Vers la fin de janvier, c'est-à-dire un mois environ après la manifestation des phénomènes métrorrhagiques, les extrémités inférieures ont commencé à s'infiltrer. L'œdème de ces parties est, en ce moment, un peu moins considérable qu'il n'a été par le passé. Les mains et le visage ont été, tour à tour, le siége d'une infiltration dont les extrémités thoraciques ne présentent plus en ce moment de vestiges. Ces indices me firent soupçonner une complication que me décela bientôt l'examen des urines.

En effet, pendant que je procédais moi-même, sans délai, à l'examen direct de la malade, je faisais soumettre ce liquide à l'action de la chaleur. Sous son influence il fut bientôt troublé par d'abondants flocons albumineux, qui ne tardèrent pas à se déposer au fond du vase, formant un précipité assez considérable. D'un autre côté, l'albuminomètre me décelait, quelques heures plus tard, avec une précision beaucoup plus grande, la présence de ce même principe dans les urines. Je signalerai plus loin le résultat de cette seconde exploration, lorsque j'aurai décrit le petit instrument dont je me sers à cet effet.

Pour en revenir à la malade, voici quels furent les résultats des investigations auxquelles je me livrai.

L'abdomen est développé ; l'utérus volumineux. Le point culminant de cet organe s'élève à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette femme, toutefois, n'a éprouvé aucun des symptômes rationnels qu'elle a ressentis dans ses premières grossesses. Elle n'a jamais perçu non plus, dans le cas présent, les mouvements du fœtus. L'auscultation, d'ailleurs, ne fournit actuellement que des signes négatifs. Chacun pourtant, malgré ses dénégations, la croit enceinte de cinq à six mois ; suppositions qui semblent d'ailleurs suffisamment justifiées par le volume de l'utérus et le développement de l'abdomen. Il n'y avait pas lieu, dans tous les cas, de s'arrêter à l'idée d'une grossesse simple. Restait donc à déterminer la nature du produit développé dans l'utérus, et à rechercher la cause qui donnait lieu à d'aussi graves désordres. Or, voici ce que le toucher me révéla :

Après avoir extrait plusieurs caillots, je parviens, avec quelque peine, à reconnaître le col de l'utérus. Il est ouvert de 2 centim. 1/2 environ, épais et non dilatable. Un corps globuleux, rénitent, à surface assez lisse, semble tendre à s'y engager. En essayant de le circonscrire avec le doigt, je crois percevoir une sensation de crépitation analogue à celle produite par le déchirement d'un tissu parenchymateux. Dans le but d'éclairer mon diagnostic, j'essaye avec précaution d'en détacher un lambeau. Je m'attendais, d'après la sensation perçue par mon doigt en opérant cette séparation, à amener à la vulve un fragment de placenta ou plutôt même de polype. Or ce ne fut rien de semblable qui se présenta à mes regards : ce furent des môles vésiculaires !

Le diagnostic ainsi éclairé, les indications se formulaient d'elles-mêmes. Il fallait profiter de ce commencement de travail pour tenter de déterminer au plus tôt l'expulsion des produits morbides contenus dans l'utérus. Tel était le meilleur moyen de mettre fin à l'hémorrhagie actuelle, et de prévenir celles qui ne manqueraient point encore de se produire ultérieurement.

Toute manœuvre pratiquée dans ce but eût été infructueuse, la masse vésiculaire paraissant volumineuse, et les portions engagées dans le col étant trop peu considérables. Il était donc beaucoup plus rationnel de provoquer des douleurs, comme pour l'établissement d'un travail normal. Je prescrivis, en conséquence, 2 gr. de seigle ergoté, à prendre en cinq doses, à dix minutes d'intervalle ; mais comme il fallait quelques heures pour se procurer ce médicament, et qu'il était urgent de mettre fin au plus tôt à l'hémorrhagie, je conseillai, en attendant, des applications froides sur le ventre, ainsi qu'un lavement froid.

Sous l'influence de ces moyens combinés, le travail s'établit comme pour un accouchement physiologique, et après une heure de violentes douleurs, la malade expulsa une masse hydatique de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, que l'on me présenta le lendemain dans les linges, que l'on avait soigneusement conservés selon ma recommandation. A part quelques caillots qui, contenus avec elle dans les linges de la malade, ne me parurent pas en faire partie intégrante, je trouvai cette môle ainsi constituée :

Les vésicules, en quantité innombrable, sont en quelque sorte englobées dans une matière quasi-gélatineuse. Leur grosseur varie depuis celle d'un pois à celle d'une olive. Leur forme est globuleuse ou oblongue ; leur membrane d'enveloppe est blanche, sans trace apparente de vascularisation et d'une ténuité extrême. Le liquide qu'elle contient est limpide, transparent. Les vésicules sont unies entre elles par des cordons fibreux, très-résistants, et présentant en moyenne environ un millimètre de diamètre. Le tout constitue une masse d'un blanc presque homogène, empruntant une certaine consistance aux innombrables ramifications de ces mêmes cordons fibreux, qui en constituent en quelque sorte la charpente.

Je n'ai rien de particulier à signaler relativement aux suites de ce véritable accouchement, sinon que la malade prétend avoir perdu en blanc un peu plus abondamment et un peu plus longtemps que de coutume.

Pour ce qui est de l'albuminurie, qui est venue compliquer cette fausse grossesse, elle a guéri par les seuls efforts de la nature, comme c'est le fait le plus fréquent à la suite de la délivrance.

Qu'on me permette, à ce propos, de faire connaître un petit instrument très-simple, dont je me sers pour apprécier avec exactitude la proportion du précipité albumineux formé dans les urines par l'addition de l'acide nitrique.

C'est un simple tube en verre, de 7 millimètres de diamètre, fermé à l'une de ses extrémités par un bouchon de liége. A partir de la surface de ce dernier, ce même tube est gradué à la lime sur toute sa longueur, qui est de vingt centimètres. Il est implanté dans un piédestal en bois, percé à cet effet, suivant un diamètre et une profondeur convenables : on peut l'enlever à volonté pour le remplir et le nettoyer avec plus de facilité.

Rien de plus simple, on le voit, que ce petit instrument. Il peut être construit en quelques instants, et est d'une précision suffisante pour les besoins de la pratique. A ce point de vue, je le crois susceptible de pouvoir être employé à la place de la polarisation proposée par M. Becquerel, tous les praticiens n'étant pas à même de disposer d'un appareil polarisateur. Ce procédé l'emporte également sur celui du pesage, en ce qu'il est plus expéditif et ne comporte aucune opération délicate.

Voici maintenant la manière de se servir de cet albuminomètre :

On remplit d'urine le tube en verre jusqu'à une hauteur qui doit être invariablement la même, soit 15 centimètres. On verse ensuite dans le liquide de l'acide nitrique, goutte à goutte et avec une certaine lenteur, de manière à précipiter toute l'albumine qui s'y trouve. Ce résultat est presque sûrement atteint quand on est parvenu à troubler ce même liquide et à lui donner, dans sa totalité, une nuance qui peut varier, en raison de la proportion d'albumine qu'il contient, depuis un simple aspect opalin jusqu'à la teinte laiteuse la plus prononcée. Ce premier temps de l'opération terminé, à l'aide d'une baguette en verre très-mince, on opère aussitôt avec précaution la division aussi exacte que possible des flocons albumineux, afin que le précipité se puisse tasser uniformément et sans aucune interposition de liquide. Il est le plus souvent nécessaire de revenir plusieurs fois à cette manœuvre, à quelques heures d'intervalle, jusqu'à ce qu'en un mot le dépôt présente toute l'homogénéité nécessaire pour assurer un résultat aussi exact que possible. Il est bon aussi, lorsque le liquide surnageant a repris sa transparence, d'y laisser tomber une ou deux gouttes d'acide, en vue de s'assurer que toute l'albumine est bien précipitée.

Au bout d'un espace de temps qui doit toujours être le même, soit vingt-quatre heures, on note la hauteur du précipité albumineux. On peut suivre, en opérant de la sorte, toutes les oscillations qu'il présente durant les diverses phases de la maladie.

Ce n'est point ici le lieu de faire connaître les notions que j'ai recueillies à l'aide de cet albuminomètre ; elles trouveront plus naturellement leur place ailleurs. Je devais toutefois en donner ici la description avant de donner les résultats qu'il m'a fournis dans l'examen des urines de la malade qui fait l'objet de la présente observation.

L'urine recueillie au moment de ma première visite, traitée comme comme il a été dit, laissa déposer un précipité qui marqua 3 centimètres de hauteur après vingt-quatre heures de précipitation. Ce précipité a rapidement diminué; de telle sorte que le 30 avril, c'est-à-dire quatre jours après la délivrance, il n'était plus que de 1 millimètre.

J'ai perdu de vue la malade jusqu'au 15 mai, époque à laquelle elle vint se présenter à ma consultation. L'urine ne contenait plus de traces d'albumine. Pour remédier à l'épuisement produit par les abondantes pertes de sang qu'elle a subies, j'ai soumis cette femme à l'usage des préparations martiales.

OBSERVATION D'ANÉVRYSME FÉMORO-POPLITÉ.

Par M. le docteur Th. Maunoir, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

En juin 1857, mon savant confrère M. le docteur Chossat me demanda de voir avec lui un de ses clients chez lequel il avait reconnu un anévrysme de l'artère poplitée gauche, et dont le cas, selon toute apparence, devait nécessiter une intervention chirurgicale active.

Le malade, âgé de soixante et un ans, s'était aperçu depuis quelques mois d'un gonflement graduellement croissant et accompagné de sensations douloureuses. La tumeur, visible à la première inspection, faisait bomber en dedans et en dehors les parois du creux poplité; elle était en réalité située un peu au-dessus du milieu de cette région, et, autant qu'on peut apprécier les dimensions de parties profondément placées et enveloppées d'autres tissus, paraissait avoir au moins le volume du poing.

Le mouvement de pulsation, celui d'expansion et le bruit de souffle s'entendaient de la manière la plus manifeste. La compression de la crurale sur le pubis arrêtait tout cela sans réduire de beaucoup le volume de l'anévrysme.

En essayant de faire exécuter au membre divers mouvements, je m'aperçus que les battements devenaient obscurs à mesure que j'augmentais la flexion de la jambe sur la cuisse, et qu'ils cessaient totalement d'être perceptibles, ainsi que le susurrus, quand cette flexion était portée aussi loin que possible. Mais cette limite était bientôt atteinte; le malade étant un homme de petite taille, gras, musclé, fort peu souple d'articulations, et cela pas plus sur le membre droit que sur le gauche, on ne pouvait porter la flexion au point d'amener le talon en contact avec la fesse, et le creux du jarret formait un angle assez ouvert.

Je répétai un grand nombre de fois les essais, et le résultat étant toujours le même, il me parut qu'il y avait là une indication à saisir, et qu'avant d'en venir à aucun autre traitement, il fallait tenter ce simple et singulier moyen d'arrêter la circulation dans l'anévrysme. Je fis faire un appareil que tout le monde devine : c'était une sorte de capuchon de peau de chamois, lacé sur un côté pour graduer la constriction, et destiné à recouvrir la jambe et la cuisse rapprochées.

Le malade, indocile, ne put même pas supporter cet appareil, et au bout de deux ou trois jours il me déclara qu'il aimait mieux mourir que de subir un tel supplice et surtout l'immobilité dans le lit. Que faire? il m'en coûtait de renoncer à ce moyen efficace. Je l'engageai à le modifier ainsi : placer toute la jambe dans une sorte de large étrier formé d'une petite nappe et soutenu par une bretelle sur l'épaule opposée, en forçant la flexion autant qu'il le pourrait; faire avec ce quasi-appareil le moins d'exercice possible, mais en tout cas le conserver jour et nuit. Sa vie en dépendait peut-être. Je ne sais si ce dernier argument l'effraya, mais il quitta Genève, et retourna à la campagne.

Voici ce qui s'est alors passé.

Il a conservé fidèlement, dit-il, son étrier pendant dix-huit ou vingt jours, ne l'ôtant pas même la nuit. Après quelques jours, il s'est déjà aperçu que la tumeur battait beaucoup moins, et n'a enlevé définitivement l'appareil qu'au bout du terme indiqué, la tumeur ne battant plus du tout. Il ne s'était point pendant ce temps astreint à un repos complet, mais avait circulé dans son appartement comme un boiteux ou un amputé en convalescence. La tumeur a graduellement diminué de volume; et il ne sait pas exactement après combien de semaines il a cessé de la retrouver par le toucher.

Le 12 juin de cette année, je revois le malade pour la première fois, et il me donne les détails qu'on vient de lire. Je l'examine. A la vue il est impossible de reconnaître qu'une des deux cuisses ait jamais offert un développement anormal. En palpant profondément le creux poplité, je trouve une tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon; elle est dure et sans aucun battement, et est située à la partie supérieure de la région, au-dessus du centre des mouvements; le malade éprouve parfois quelques faibles élancements douloureux dans la masse des muscles adducteurs de la cuisse. Il est toujours gros, replet, a le souffle un peu court; son pouls est régulier, plutôt rapide, et l'on entend sur le cœur un léger bruit de souffle. M. le docteur Chossat l'a autrefois soigné pour une affection hépatique.

Aujourd'hui il ne se plaint pas de sa santé (1).

Réflexions. — Voilà certainement un cas remarquable au point de vue thérapeutique. On a guéri des anévrysmes par bien des moyens divers, mais je n'ai vu nulle part qu'il ait été mentionné quelque chose d'analogue à ce qui s'est passé ici. Un simple changement dans la position habituelle du membre a suffi pour mener à bonne fin la cure probablement définitive de l'anévrysme, et cela à peu près dans le temps moyen que dure le traitement par la compression, soit quinze à dix-huit jours; encore les détails donnés par le patient tendraient-ils à faire croire que ce temps-là n'a pas été aussi long, et que les battements s'étaient arrêtés plusieurs jours avant celui où il a abandonné l'étrier. Mais n'est-ce point une cure spontanée et une simple coïncidence qui la ferait rapporter au traitement employé? Nullement. Le rapport de cause à effet est aussi nettement établi qu'il l'est, quand on comprime l'artère crurale sur le pubis, et que, par cette manœuvre, on arrête les battements de la tumeur. Je me suis assuré douze ou quinze fois au moins que la flexion de la jambe produisait l'effet que j'ai indiqué, tandis que tous les symptômes de l'anévrysme reparaissaient instantanément dès qu'on ramenait la jambe dans l'extension. Mais si la cessation des battements était aussi certainement due à la flexion du membre qu'elle l'est à la compression de la crurale sur le pubis dans les cas analogues, la manière d'agir de cette flexion est restée pour moi aussi incertaine, aussi incompréhensible, disons le mot, que la manière d'agir de la compression de l'artère crurale est claire pour tout le monde.

En effet, pouvait-ce être, comme on me l'a dit, un autre mode de compression, celle de la tumeur par le haut du mollet? Non, car j'ai noté avec soin et déjà dit que la flexion de la jambe était très-incomplète chez mon malade, et que l'angle poplité restait ouvert. Et d'ailleurs, eu eût-il été autrement, la cessation totale, instantanée, des battements de l'anévrysme par la compression *directe*, et leur réapparition, lorsque cette compression venait à cesser, ne seraient pas plus faciles à admettre et à comprendre. Cela ne s'est jamais vu et ne se verra jamais.

Était-ce un phénomène analogue à ce qui se passe dans l'opération de l'anévrysme par la méthode de Brasdor (la ligature entre la tumeur et les capillaires); et la courbure angulaire de l'artère au moment de la flexion forcée de la jambe, arrêtait-elle la circulation *au-dessous* de la tumeur, comme l'aurait fait la ligature? L'analogie n'existe pas; mais existât-elle, ce n'est point une raison pour que les battements s'arrêtassent *instantanément*. Cela ne s'est jamais vu après l'opération de Brasdor, même quand elle doit réussir. Au contraire, les battements commencent par augmenter, au moins dans la majorité des cas.

On lit bien dans l'ouvrage de M. Broca, que M. Busk (de New-York) lia, en 1827, la carotide au-dessus du sac anévrysmal; et, chose très-remarquable, ajoute M. Broca, la tumeur s'affaissa un peu immédiatement après. Sans doute, le fait est déjà très-remarquable ainsi, mais il le serait bien plus encore, il le serait beaucoup trop si, après la ligature, cette tumeur avait cessé de battre instantanément, et comme prise d'une congélation subite; personne n'y voudrait croire. Or, il faudrait quelque chose de tout semblable à cette merveille impossible, pour pouvoir établir une analogie quelconque entre le cas que je rapporte et la méthode de Brasdor. D'ailleurs, on n'arrête point les battements de la tibiale postérieure par la flexion de la jambe, comme on arrête ceux de l'artère radiale en pliant fortement l'avant-bras sur le bras. Je m'en suis assuré par moi-même, et chacun peut répéter cette facile recherche. Je l'avais faite sur un anévrysmatique, mais avec un résultat négatif. Il était, comme je l'ai dit, gras et replet, à peau épaisse et peut-être un peu infiltrée, et je n'avais pu sentir la tibiale postérieure ni à droite ni à gauche.

Une fois éliminées ces deux explications de la cessation des battements, je ne sais vraiment plus à quoi m'arrêter pour comprendre le résultat obtenu. J'ai consulté l'ouvrage de M. Broca, ouvrage qui, pour le dire en passant, est un chef-d'œuvre de méthode et de critique, et qui joint à ces deux grands mérites celui d'être le résumé de ce qu'on connaît aujourd'hui sur les anévrysmes; je l'ai, dis-je, consulté sans rien trouver qui se rapporte au cas que l'on vient de lire.

Est-ce un fait exceptionnel, singulier, sans analogie? Malheureusement c'est probable. Quoique la chose ne soit indiquée dans aucune observation dont j'ai souvenir, il est à croire que plus d'un chirurgien, en examinant un anévrysme poplité, a songé à fléchir la jambe de son malade et à pousser cette flexion aussi loin que possible; mais que, n'en ayant rien vu résulter de bien particulier, il n'a point mentionné ce détail. Néanmoins, ne l'oublions pas, et en pareille circonstance, faisons ce facile essai : rien ne prouve que les circonstances inconnues qui ont arrêté, momentanément d'abord, puis définitivement, les pulsations de cet anévrysme fémoro-poplité, ne se représenteront jamais.

(1) Cette observation a été communiquée le 4 août 1858 à la Société médicale de Genève.

DE L'INCLINAISON DE LA SUTURE TRANSVERSE

et de la figure des sections horizontales du crâne dans les principales races humaines.

Par M. le docteur P. Gratiolet, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle.

La méthode de Camper pour la détermination de la ligne faciale, et surtout l'importance physiologique qu'on a donnée depuis à cette ligne dont la valeur est purement esthétique, ont été très-justement critiquées par Blumenbach; en effet, le caractère est sans utilité, quand on l'observe isolément, en négligeant un autre élément indispensable à la discussion du problème : *l'inclinaison de la suture transverse*.

Dans toutes les races noires, le plan que suit la suture transverse est parallèle au plan de la ligne faciale, non telle que l'a déterminé Camper avec une incroyable négligence des points de repère, mais telle qu'on l'obtient au moyen d'une droite tangente aux dents incisives supérieures et à la saillie sourcilière. Ainsi, sur une tête de nègre mozambique ou de Mélanésien vue de profil, le bord antérieur du pariétal a la même direction que la face. On peut ajouter que, dans ces races, le sommet de la grande aile du sphénoïde qui s'articule avec l'angle antéro-inférieur du pariétal, dépasse à peine le niveau de la suture fronto-malaire. Dans la race blanche, on observe des conditions fort différentes.

Le sommet de la grande aile du sphénoïde s'élève d'un et quelquefois de deux centimètres au-dessus de ce niveau; en s'élevant ainsi, il soulève l'angle antéro-inférieur du pariétal, qui, rejeté en arrière par un mouvement de bascule, anticipe sur la face postérieure du crâne; ce n'est pas tout : son bord antérieur s'inclinant en arrière, le plan de la suture transverse coupe celui de la ligne faciale vers le tiers inférieur de la face. Ainsi quelle que soit l'inclinaison du front en arrière, un plus grand champ est ouvert aux développements possibles du frontal. Dès lors une plus grande inclinaison de la suture transverse pourra compenser l'inconvénient d'un front fuyant; ce qui explique pourquoi, dans la race blanche, les signes esthétiques individuels n'ont point une valeur absolue comme éléments physiognomoniques; en effet, le front le plus droit, un profil de Jupiter olympien, pourront être le partage d'un idiot, si le plan de la suture transverse est parallèle à celui de la ligne faciale.

Il ne faudrait pas d'ailleurs se borner à cette indication pour apprécier le développement général de la loge frontale.

Blumenbach a fait une remarque intéressante et féconde : comparant le crâne des blancs à celui des Mongols, il observe que, chez ces derniers, l'œil dirigé sur le vertex voit les arcades zygomatiques séparées des parties temporales du frontal par un assez large intervalle; tandis que, chez les blancs, elles dépassent à peine la courbe du crâne. Cette observation est pleine de justesse, et il en résulte nécessairement cette conséquence, que le front est relativement plus large dans la race blanche que dans la race mongolique; mais il n'est pas facile d'en tirer une méthode applicable dans tous les cas; le procédé que je propose ici me paraît d'un emploi plus facile.

Il suffit de considérer de face le front d'un noir d'une race quelconque, pour faire une remarque immédiate; c'est que la largeur de ce front est exclusivement comprise entre les deux crêtes temporales. Les portions de la surface du frontal qui sont en dehors de cette crête sont cachées au fond des fosses temporales, et ne sont pas alors visibles. Chez l'homme blanc, au contraire, ces régions temporales, ou plutôt sphéno-pariétales du frontal, font partie de la face; ainsi l'os frontal tout entier sert à l'ampliation du front. Cette remarque confirme évidemment celle de Blumenbach, et toutes les deux sont expliquées par la considération des courbes que présentent, dans les principales races, des sections horizontales du crâne.

Les courbes présentent dans les races nègres deux types principaux, savoir : le type allongé et le type ovalaire.

Le premier type est commun, sauf quelques différences accessoires, aux nègres d'Afrique, à la race australienne et aux Endomènes de Waigiou et de la Nouvelle-Guinée. La section horizontale de leur crâne présente à peu près la forme d'un rectangle très-allongé, dont on aurait légèrement arrondi les angles. La longueur de son aire l'emporte de plus d'un quart, et quelquefois d'un tiers sur sa largeur.

Le second type nous est offert par une race à peu près anéantie, celle qui habite la terre de Diémen, aujourd'hui appelée Tasmanie. La section horizontale des crânes de cette race a la forme d'un triangle tronqué à son sommet, qui correspond au front, et dont les angles seraient abattus. Ainsi, les pariétaux l'emportent sur le frontal par la largeur; et la tête n'est pas aplatie sur les côtés, comme dans les autres nègres.

Dans une seconde division, deux types nouveaux, mais en quelque sorte parallèles aux premiers, nous sont offerts par les blancs et par les Mongols. Elliptiques dans les blancs, les sections sont ovalaires dans les Mongols. Nous trouvons, en général, ici, des formes moins anguleuses, plus arrondies.

Dans la forme la plus allongée du crâne chez les blancs, le diamètre longitudinal l'emporte au plus d'un quart sur le diamètre transversal; mais la différence n'est, dans la plupart des cas, que d'un cinquième, un sixième et même un septième de la longueur totale. Cette longueur est relativement plus grande chez l'enfant nouveau né; mais les différences entre les deux diamètres diminuent par degré. L'enfant, comparé à l'adulte, est, par conséquent, dolichophale, et cela, de la manière la plus marquée. Ainsi, la forme du crâne change avec l'âge; on peut demander à l'observation la formule générale de ces modifications.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE;

Sa valeur à propos de sa composition et de son action sur le suc gastrique.

Par M. Leras, docteur ès sciences.

On a sans cesse reproché à tous les sels de fer, sans exception, de provoquer assez souvent des accidents d'intolérance et *toujours de la constipation*; de là la précaution que prennent la plupart des médecins d'associer ces médicaments à de la rhubarbe, à de la magnésie, etc., etc.

Le pyrophosphate de soude n'est autre chose que du phosphate de soude ayant subi une chaleur considérable; en s'unissant au sulfate ferrique, il forme un composé double, sans saveur de fer, ayant un goût légèrement salin, mais certainement bien moins prononcé que toutes les dissolutions salines connues en médecine. En cet état et au moment même de sa préparation il se dissout de nouveau dans une certaine quantité d'eau distillée, donne naissance à un peu de sulfate de soude, et, sous l'influence du temps et de l'eau, ne tarde pas à reprendre en partie son état primitif de phosphate de soude. Dans ces conditions il suffit complétement pour empêcher l'action irritante et astringente du fer, et produire l'effet de la rhubarbe associée, comme il a été dit plus haut, aux ferrugineux, sans avoir son goût repoussant.

Les éléments qui entrent dans la composition du pyrophosphate de fer et de soude se retrouvent en partie dans notre orga-

nisme et ne peuvent que contribuer à son développement; car tout le système osseux n'est, en grande partie, composé que de phosphate. En outre, c'est un composé très-oxygéné qui ne peut que ranimer le principe vital, tandis que la plupart des autres préparations de fer ne font qu'en absorber pour arriver à être assimilables, et cela le plus souvent aux dépens de la digestion.

Ceci posé, et pénétré de l'importance des éléments du pyrophosphate de fer et de soude, je cherchai à me rendre compte des résultats variés et souvent plus ou moins tardifs, obtenus par l'emploi des différentes préparations martiales employées en thérapeutique.

Cette question sans doute est très-importante pour le thérapeutiste, mais elle l'est aussi pour le chimiste, et c'est au point de vue de la chimie que, depuis de longues années, j'ai essayé de l'élucider.

J'ai donc cherché quelle pourrait être l'aetion du suc gastrique sur les différentes préparations ferrugineuses de nos pharmacies, et, pour couper court à toute contradiction, je vais expliquer ma manière de procéder en ajoutant que toutes ces expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Pelouze et sous les yeux d'une commission.

A cet effet, j'ai mis dans de l'eau distillée des pilules de Blaud, de Vallet, des fragments de boule de Nancy. Vingt-quatre heures après, j'ai filtré les parties solubles de ces préparations. J'ai de même filtré des dissolutions de citrate de fer, de lactate de fer, de tartrate double de potasse et de fer. Toutes ces dissolutions étaient parfaitement limpides, ainsi que celles de chlorate et d'iodure de fer.

J'employai le suc gastrique *des ruminants à jeun depuis douze heures*, et au moment où on venait de les abattre.

Je recueillis avec soin le liquide de la caillette, auquel j'ajoutai l'eau distillée avec laquelle j'avais lavé à plusieurs reprises l'intérieur de cet organe. Je filtrai le tout, et j'obtins un liquide transparent légèrement opalin.

Je versai de ce liquide dans toutes les dissolutions placées dans des verres à pied.

Toutes furent plus ou moins troublées, toutes formèrent un précipité plus ou moins abondant.

Je versai du même réactif dans une dissolution très-limpide aussi de pyrophosphate de fer et de soude préparé avec les proportions suivantes que j'ai indiquées : Sulfate ferrique, 24 grammes; pyrophosphate de soude, 30 grammes, et eau distillée, 600 grammes; la dissolution ne fut nullement troublée, elle conserva toute sa limpidité.

Vingt-quatre heures après, je trouvai dans tous les verres un précipité plus ou moins abondant; le pyrophosphate seul n'avait nullement été précipité.

Je répétai la même opération avec du suc gastrique d'un autre *ruminant*, et j'obtins les mêmes résultats.

Je fus donc porté à conclure que le pyrophosphate employé dans les mêmes circonstances que les divers agents de la médication ferrugineuse, devait agir avec plus d'efficacité que les autres préparations martiales, qui, en définitive, sont plus ou moins transformées en oxyde ferrique dans l'estomac, comme le sont du reste la limaille de fer et le fer réduit par l'hydrogène.

Ces expériences, comme on le voit, ne concordent pas en tous points avec les notions généralement admises, puisque des préparations très-solubles ne le sont plus dès qu'elles arrivent dans l'estomac. Il n'y a donc plus alors que la partie non précipitée du sel, ou de l'oxyde ferrique rendu soluble par un acide du canal digestif, qui puisse agir. Mais cet acide doit se combiner plus facilement avec un oxyde récemment précipité, et par conséquent à l'état de ténuité extrême, qu'avec la rouille, par exemple, de l'eau ferrée, qui, comme on le sait, n'est pas sans action dans la chlorose. Seulement l'action est très-lente.

La préparation ferrugineuse, soit sel de fer, soit fer métallique, est donc d'abord transformée en oxyde ferrique, et l'efficacité du médicament dépend d'un acide du canal digestif; l'oxyde redevient alors soluble aux dépens de cet acide que la nature a sécrété dans un tout autre but, celui de faciliter le travail de la digestion. De là les résultats si variés dans l'emploi des diverses préparations martiales.

Le pyrophosphate de soude et de fer n'étant donc pas précipité dans l'estomac, j'étais en droit de croire qu'il agirait avec plus d'efficacité. L'expérience, du reste, a prononcé.

Dès 1846, des praticiens, frappés des bons effets du pyrophosphate de fer et de soude chez les chlorotiques, expérimentèrent en grand; les docteurs Belloc, Baume, Bigot, Follet, Prévost, publièrent les résultats obtenus, et de mon côté je ne cessai de provoquer l'expérimentation. Je n'aurai atteint mon but que lorsque ce médicament sera tout à fait entré dans la thérapeutique, et aujourd'hui que des faits concluants sont venus corroborer tout ce que j'avais annoncé, il n'est plus qu'une réponse à faire à ceux qui doutent encore des bons effets de cette préparation · c'est de dire, avec beaucoup de médecins distingués de la capitale, que le pyrophosphate de fer et de soude est la meilleure des préparations ferrugineuses.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 octobre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

M. Piedvache sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

— M. Tigri, professeur à Sienne, adresse l'observation d'un cas d'épilepsie causée par le développement anormal et tardif des dents de remplacement. (Réservé pour le prix Barbier de 1859.)

Appareils contentifs en toile métallique. — M. Belin, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet au jugement de l'Académie des attelles, gouttières et appareils contentifs en toile métallique recuite et galvanisée, qu'il a construits sur l'idée qui lui en a été donnée par M. Bergouhnioux, élève des hôpitaux. Ces attelles sont surtout destinées à remplacer les attelles en fer doux que M. Bonnet a fait fabriquer à Lyon pour maintenir jusqu'après dessiccation les appareils ouatés et amidonnés; les appareils de M. Bonnet, que M. Bergouhnioux a souvent vu employer, lui ont paru trop rigides, pas assez malléables, trop difficiles à transformer dans les cas pressés, et enfin trop accessibles à la rouille et partant cassants.

Les attelles et gouttières fabriquées par M. Belin sont au contraire souples et plastiques dans toute leur étendue; on les donne plates et droites au chirurgien; quelques tours de bande suffisent pour les mouler sur tous les détails du bandage; elles sont extrêmement flexibles dans tous les sens en raison même du procédé suivi pour le tissage de la toile métallique; elles peuvent être allongées, raccourcies, pliées en cercle; d'une attelle d'homme, on peut en quelques coups de ciseaux faire une attelle d'enfant; elles se lavent comme du linge, et peuvent servir indéfiniment.

Enfin, ces appareils sont propres non-seulement aux grands délabrements et aux grandes contusions, mais encore aux pansements légers du crâne, de la face, de la main, des doigts, et sous ce rapport la toile métallique semble devoir remplacer, à la ville comme dans les hôpitaux, d'une part, le carton, qui ne se moule qu'à la condition d'être mouillé et de sécher ensuite; d'autre part, la gutta-percha, qui coûte très-cher. (Commissaire : M. Malgaigne.)

— M. le docteur Chartroule, à l'occasion de la communication de M. Rilliet, relative aux accidents toxiques produits par la médication iodée, adresse une lettre par laquelle il informe l'Académie que depuis huit ans qu'il fait un usage fréquent de cette médication, il n'a jamais vu se produire un seul accident de ce genre.

Nouveau ténaculum dilatateur pour la trachéotomie. — M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau ténaculum dilatateur pour la trachéotomie, qu'il a confectionné d'après les indications de M. le professeur Langenbeck (de Berlin). Cette présentation est accompagnée de la note suivante :

Les nombreux instruments employés jusqu'à ce jour pour pratiquer l'opération de la trachéotomie présentent divers inconvénients :

1° La complication des instruments;

2° La difficulté de fixer la trachée;

3° Les obstacles imprévus que l'opérateur doit surmonter pour dilater l'ouverture faite à l'arbre aérien et fixer la canule dans la trachée incisée.

M. Langenbeck, pour éviter ces diverses difficultés, propose l'instrument suivant :

Un ténaculum à deux branches, dont chacune représente la forme du ténaculum ordinaire, est introduit dans la trachée mise à découvert. On incise de haut en bas entre les branches écartées du ténaculum, qui dirigent ainsi le bistouri; on tient forcément l'arbre aérien suivant une ligne parallèle aux deux branches engagées et écartées du ténaculum.

Comme avantage principal, et là surtout est le mérite de cet instrument si simple, il faut signaler la fixation des deux bords de l'incision, qui ne sont pas abandonnés, quel que soit le degré de dilatation. La forme losangique de l'incision facilite beaucoup l'introduction de la canule, guidée et protégée par les branches écartées et protectrices du ténaculum.

En résumé, opération de la trachée;

Points de repère pour l'incision, dont la direction est indiquée par les branches de l'instrument;

Fixation des bords, dont l'immobilité est obtenue à volonté par l'opérateur, qui n'a plus alors à s'occuper de retrouver son incision primitive;

Enfin, introduction facile de la canule, dont la fixation est favorisée par les branches du ténaculum double.

Anesthésie galvanique. — M. Préterre, dans la crainte que sa note du 5 octobre n'ait été mal interprétée, écrit pour donner de nouvelles explications.

Cette note n'avait d'autre but, dit-il, que de relater les dates des publications que j'ai faites dans l'art dentaire, au sujet de l'anesthésie galvanique. Je suis très-loin, au sujet de la nouvelle méthode, de la conviction scientifique qu'on a voulu me prêter. Ce que j'affirme, c'est que dans la pratique, le moyen, bien manié, rend à tort ou à raison d'excellents services, et qu'il doit dès maintenant remplacer dans tous les cabinets de dentistes l'emploi dangereux du chloroforme. Quant à la question scientifique, je remets à plus compétent que moi l'expérimentation, je pense qu'elle doit être faite dans des conditions toutes différentes de celles qui entourent l'extraction d'une dent.

J'ai parlé d'un relevé de 1,500 expériences; c'est en effet le chiffre auquel s'élevaient, il y a quelques jours, et les résultats qui me sont personnels, et ceux qui m'ont été communiqués. — Mais je n'ai pas dit 1,500 succès, etc.

— M. Loiseau (de Montmartre) demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a déposé à l'Académie le 5 mars 1851. M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la note contenue dans ce pli. Elle est relative au traitement du croup par la cautérisation du larynx et de la trachée, à l'aide de tubes laryngiens, porte-nitrate, de formes et de grosseurs variées. Il y est également question du traitement de l'érysipèle par la pommade ou la solution de monésia ou de tannin.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, fait un rapport officiel sur l'analyse de l'eau de Saint-Loubouer (Landes).

D'après l'analyse, l'eau de Saint-Loubouer appartient aux eaux sulfhydratées calcaires formées secondairement, dans laquelle le principe sulfureux existe presque tout entier à l'état de sulfure de calcium associé aux carbonates terreux, à un peu de sulfate de soude et de chaux, à des silicates terreux et à du chlorure de sodium qui y domine, enfin à des matières de nature organique.

Les eaux de Saint-Loubouer n'ont qu'un degré trop faible de sulfuration pour se prêter à l'expédition en bouteilles, ainsi que cela a lieu pour d'autres eaux du même genre bien plus riches en éléments sulfureux; mais en raison de l'emploi utile qu'on en a fait depuis longues années dans l'établissement thermal du pays où elles existent, la commission pense qu'il y a lieu d'en continuer l'application médicale en buvette et en bains. En conséquence, elle propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation de continuer cette exploitation. (Adopté.)

LECTURE.

De l'héméralopie épidémique. — M. Baizeau lit sous ce titre un mémoire qu'il termine en ces termes :

Résumant en peu de mots ces quelques pages, nous dirons :

1° Que l'héméralopie peut être sporadique ou épidémique, mais qu'elle est le plus souvent épidémique, et qu'il n'est pas rare de la voir régner endémiquement dans certaines localités;

2° Qu'elle s'observe à tous les âges, et principalement chez l'adulte;

3° Qu'elle est propre à tous les sexes et à toutes les constitutions;

4° Qu'elle se développe dans tous les climats et surtout dans ceux qui offrent de grandes variations de température entre le jour et la nuit;

5° Que, sporadique ou épidémique, elle apparaît presque exclusivement au printemps et en automne;

6° Qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les soldats et les marins que dans la population civile, où cependant on la voit quelquefois, et particulièrement chez les habitants de la campagne qui travaillent aux champs;

7° Qu'elle se montre quelle que soit la situation des localités, mais de préférence dans les contrées brumeuses et humides et près des cours d'eau;

8° Qu'elle semble favorisée par la vie du bivouac et le séjour sous la tente;

9° Qu'elle est produite généralement par les variations de la température du jour et de la nuit, plus marquées au printemps et en automne qu'à toute autre époque;

10° Que les autres causes invoquées ont une influence moins directe et n'agissent le plus ordinairement que comme prédisposantes, tels sont les agents débilitants, la réverbération ou toute autre excitation exagérée et prolongée de la rétine, l'humidité, le mauvais état des voies digestives, etc.;

11° Que la plus grande fréquence de l'héméralopie chez le soldat et le marin est due aux gardes de nuit, qui les exposent au refroidissement nocturne succédant à l'insolation;

12° Que cette affection n'est point une simple asthénie de la rétine, mais le résultat d'une perturbation spéciale de cette membrane, et qu'elle doit être classée parmi les névroses;

13° Que l'altération de la vision existe aussi bien le jour que la nuit, comme on peut s'en convaincre en plaçant le malade dans l'obscurité;

14° Qu'elle se présente sous deux formes qui constituent l'héméralopie sthénique et l'héméralopie asthénique, la première se montrant presque toujours au début de la maladie;

15° Qu'elle est fréquemment compliquée de congestion cérébro-oculaire, quelquefois d'embarras gastro-intestinal ou de débilité générale;

16° Qu'elle se guérit le plus souvent spontanément après quelques jours de durée;

17° Que le traitement doit être surtout basé sur l'état sthénique ou asthénique de la rétine. (Commissaires : MM. Velpeau et Larrey.)

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nos lecteurs, parmi lesquels figurent bon nombre de médecins militaires, apprendront sans doute avec intérêt qu'à la date du 14 octobre il a été promulgué à Londres un décret signé par la reine et contre-signé par le général ministre Peel, concernant l'organisation du corps médical militaire, et statuant qu'il y aura désormais quatre grades dans le corps; ils seront ainsi désignés :

1° Inspecteur général des hôpitaux;

2° Inspecteur adjoint des hôpitaux;

3° Chirurgien de régiment ou d'état-major, prenant le titre de chirurgien-major après vingt ans de service actif;

4° Aide-chirurgien d'hôpital ou de régiment.

L'assimilation dans les divers grades est ainsi fixée :

1° L'aide-chirurgien aura rang de lieutenant à dater de sa commission, et de capitaine après six ans de service;

2° Le chirurgien aura rang de major, et celui de lieutenant-colonel quand il aura le titre de chirurgien-major;

3° L'inspecteur adjoint aura rang de lieutenant-colonel d'abord, et de colonel après cinq ans de service dans le grade;

4° L'inspecteur général aura d'abord rang de général de brigade, et après 3 ans de service actif dans son grade, rang de lieutenant général.

Aux termes du décret, ces assimilations conféreront aux médecins ainsi assimilés toutes les prérogatives des grades respectifs de l'armée.

Nous ferons connaître plus tard les dispositions du décret qui concernent le tarif de la solde et des pensions de retraite.

Enfin, un dernier article porte que douze officiers de l'armée, pris parmi ceux qui méritent le mieux, seront nommés médecins et chirurgiens honoraires de la reine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 125. — SAMEDI 23 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 125. — SAMEDI 23 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la trachéotomie à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le 1er semestre de 1858 (1).

Pendant le cours de ce premier semestre de cette année, M. Créquy a pratiqué dix-huit opérations de trachéotomie, dont cinq avec succès. Quelques-unes de ces opérations ont présenté des difficultés d'exécution ou ont été suivies d'accidents qu'il est d'autant plus intéressant de faire connaître, qu'ils renferment presque toujours un enseignement pratique utile.

L'hémorrhagie est, comme chacun sait, l'accident le plus fréquent et le plus à craindre dans l'opération de la trachéotomie. Cet accident a eu lieu deux fois.

Chez un enfant l'hémorrhagie persista après l'introduction de la canule : on enleva celle-ci, mais il fut impossible de trouver le point qui fournissait le sang. On appliqua en vain le perchlorure de fer. Le petit malade succomba au bout de quelques heures.

Chez l'autre enfant, la perte de sang, très-abondante pendant l'opération, s'arrêta après l'introduction de la canule. L'enfant succomba au bout de quelques jours.

Les auteurs varient sur la manière d'inciser la trachée. Les uns conseillent de faire d'abord une ponction avec le bistouri ordinaire et d'agrandir ensuite la plaie avec le bistouri boutonné, dans le but de ne pas atteindre la paroi postérieure de ce conduit. D'autres conseillent de faire l'incision trachéale avec un seul bistouri. Quelques chirurgiens commencent cette incision par en haut; d'autres la commencent par en bas. Voici ce que M. Créquy a observé à cet égard :

Quand on change le bistouri, on s'expose à ne pas retrouver la première incision. En commençant par en haut, la saillie du menton empêche d'incliner le bistouri, et l'on s'expose à perforer la trachée. Bien que la crainte de cet accident ait été considérée comme illusoire, M. Créquy a été à même de l'observer deux fois.

Dans un cas, l'œsophage avait été également percé, et les deux conduits communiquaient librement entre eux.

Dans l'autre, le conduit alimentaire avait été respecté. Dans ce cas, il se développa immédiatement après l'opération un emphysème du tissu cellulaire qui gagna tout le pourtour du cou, les bras, la partie supérieure de la poitrine et toute la face. Les paupières étaient tellement œdématiées que l'enfant ne pouvait plus les ouvrir. Cet emphysème disparut au bout de quatre ou cinq jours; mais l'oppression, qui avait cessé après l'opération, revint six jours plus tard. Le pouls s'accéléra, la face prit une teinte d'un gris plombé, et l'enfant succomba le neuvième jour après avoir subi la trachéotomie.

A l'autopsie, on constata un abcès du médiastin antérieur; le pus était disséminé sous forme de gouttelettes dans les mailles du tissu cellulaire, et remontait à travers le tissu cellulo-fibreux du cou jusqu'à la plaie faite à la partie postérieure de la trachée. M. Créquy pense avec raison que cette plaie n'avait sans doute pas été étrangère à ce phlegmon qui entraîna la mort de l'enfant.

Chez ce malade, l'incision faite à la partie antérieure du conduit aérien descendait très-bas, et n'était distante que de 1 ou 2 millimètres du tronc brachio-céphalique. Chez un autre enfant, elle n'en était pas plus éloignée : d'où l'utilité du précepte qui indique d'incliner l'incision un peu à gauche. Cet enfant survécut cinq jours et succomba dans une oppression extrême. Comme chez le précédent, on constata, à l'autopsie, un abcès du médiastin antérieur.

La même complication a été observée chez un troisième malade. C'était une petite fille âgée de cinq ans et demi. Une amélioration notable avait suivi l'opération; mais dès le troisième ou quatrième jour, il se manifesta une rougeur vive autour de la plaie avec production pseudo-membraneuse sur la surface de l'incision, et bientôt une véritable gangrène des tissus se manifesta autour de la plaie. Le pouls prit de la fréquence, la peau devint d'un gris plombé. Une oppression vive se joignit à ces symptômes, et l'enfant succomba le sixième jour de l'opération. A l'autopsie, on trouva encore un abcès du médiastin. Les lésions étaient les mêmes que dans les deux cas précédents, c'est-à-dire que le tissu cellulaire était induré, et que dans ses mailles étaient disséminées des gouttelettes d'un pus épais, mal élaboré. Dans cette troisième observation, l'abcès du médiastin paraissait reconnaître pour cause les fausses manœuvres qui avaient été faites pour l'introduction de la canule. Celle-ci, en effet, dans les premières tentatives, avait glissé entre les muscles au-devant de la trachée.

Lorsqu'on retire la canule peu de temps après l'opération, ce que l'obturation de ce conduit par les fausses membranes rend parfois nécessaire, il y a toujours lieu de se préoccuper de l'écoulement de sang que le plus léger contact de la surface de la plaie peut déterminer, et de l'asphyxie qui s'ensuit. Cet accident est arrivé chez un enfant de trois ans et demi, auquel on avait retiré la canule trois ou quatre heures après l'opération. L'asphyxie fut portée à un tel point que l'on crut la vie éteinte pendant quelques instants. Cependant on replaça le tube métallique; on excita les mouvements respiratoires par des pressions alternatives sur la partie inférieure de la poitrine en même temps que l'on fouettait fortement l'enfant, et qu'on lui jetait de l'eau froide au visage. La respiration suspendue pendant quelques minutes, se rétablit peu à peu, et le petit malade sortit guéri de l'hôpital trois semaines environ après cet accident.

Des phénomènes d'asphyxie ont également eu lieu chez trois autres enfants, mais pendant l'opération même. Chez l'un d'eux la respiration se suspendit pendant plusieurs minutes, et il en résulta un état de mort apparente. Les moyens précédents, les instillations d'ammoniaque, l'aspiration du sang avec un tube en caoutchouc introduit dans la trachée, l'insufflation par ce tube avec la bouche, furent insuffisants pour ramener les mouvements respiratoires. L'application des pôles d'une pile électrique sur les insertions du diaphragme produisit un meilleur résultat; la respiration se rétablit lentement et d'une manière incomplète, il est vrai; l'enfant succomba cinq ou six heures après l'opération.

L'électricité a encore été employée avec avantage dans deux cas analogues à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Dans le plus grand nombre des cas la cicatrisation de la plaie a marché régulièrement, après qu'on a pu enlever définitivement la canule. Mais chez quelques opérés il n'en a pas été ainsi; la plaie devint blafarde et se couvrit de fausses membranes. La cautérisation avec le nitrate d'argent ou de simples lotions avec du jus de citron ou une solution de chlorate de potasse, suffirent pour modifier avantageusement ce mauvais état.

Chez deux malades ces moyens échouèrent; chez l'un la plaie s'agrandit considérablement, et l'enfant succomba le vingt et unième jour à une bronchite capillaire. Chez l'autre il se développa de la gangrène sous les fausses membranes, et l'enfant mourut le cinquième jour par le fait de cette gangrène et d'un abcès formé dans le médiastin.

(1) Voir le numéro du 9 octobre.

Traitement préventif de l'angine couenneuse.

M. le docteur E. Duché (d'Ouanne) nous adresse sur ce sujet les réflexions suivantes, qui trouvent d'autant plus légitimement leur place ici, qu'elles lui ont été suggérées par les divers articles que nous avons publiés depuis quelque temps sur cette grave affection. En laissant parler notre honorable confrère, il est bien entendu que nous lui laissons la responsabilité de ses opinions, la plupart très-justes et très-fondées assurément, mais dont quelques-unes prêteront sans aucun doute à la contradiction. Quant aux faits que renferme cette note relativement à l'efficacité du traitement préventif de l'angine couenneuse, ils nous paraissent dignes d'attention.

« Personne plus que moi, nous écrit M. Duché, n'applaudit aux bonnes idées et au perfectionnement des méthodes qui ont pour but la conservation de mes semblables. Le procédé de M. Loiseau, comme celui de M. Bouchut, pour le traitement du croup et de l'angine couenneuse devenue croupale, très-justement recommandés, me semblent extrêmement ingénieux. Mais est-ce bien contre cette période suprême de cette affreuse maladie que devraient se concentrer les efforts de la thérapeutique? Combien en sauve-t-on à la période asphyxique? Le tube laryngien fera-t-il mieux que le cathétérisme et les injections ou insufflations de M. Loiseau? Je ne le crois pas. L'infection générale est égale devant toutes les méthodes, et c'est contre cette infection surtout que le médecin doit diriger ses armes. J'ai vu mourir un grand nombre de malades atteints d'angines couenneuses autrement que par l'asphyxie, et je puis prédire que beaucoup mourront encore malgré le tube laryngien, parce que ce n'est pas seulement là qu'est le nœud gordien. Je regrette vivement que des tentatives plus larges n'aient pas été faites contre une affection effroyable qui tend à devenir endémique dans nos campagnes.

« Qu'il me soit permis de rappeler que, le 10 avril dernier, la *Gazette des Hôpitaux* a bien voulu reproduire une lettre que j'adressais à M. Loiseau au sujet du traitement de l'angine couenneuse épidémique. Dans cette lettre, j'annonçais que l'idée m'était venue de l'identité de l'oïdium et de la production diphthéritique, et que cette analogie m'avait amené à essayer le soufre comme moyen préventif de cette terrible affection.

» Mes premières tentatives furent heureuses. Les circonstances se prêtèrent malheureusement à la continuation de mes expériences : pendant quatre mois encore, j'eus à lutter contre la même épidémie.

» J'ai maintenant une masse de faits assez respectable pour conclure. Le soufre à l'état pulvérulent, mélangé à du sucre ou à de la poudre de réglisse, et les pastilles soufrées du commerce, sont les seules préparations dont je me sois servi.

» Toutes les fois qu'un cas d'angine couenneuse se manifestait dans une famille, j'avais le soin de munir tous les autres membres de soufre ou de pastilles soufrées. Parmi ceux qui ont bien voulu en faire largement usage, aucun cas d'angine grave ne s'est déclaré, aucun décès n'a eu lieu. J'ai pu fréquemment observer ce qui se passait dans les maisons où le soufre n'avait pas été donné; très-rarement un seul individu était pris là où se trouvaient plusieurs enfants; la mort moissonnait souvent tous ceux qui étaient soumis à l'infection.

» Des faits nombreux que j'ai pu recueillir il résulte donc, pour moi, que le soufre a véritablement une propriété *anticouenneuse*.

» Là ne se sont pas bornées mes recherches : j'ai voulu savoir jusqu'à quel point le soufre pouvait agir sur les diverses périodes de la maladie.

» Dans la première période, alors que l'affection ne consiste encore que dans un mouvement fébrile prononcé et dans l'application de petites plaques blanches sur les amygdales, si le soufre est donné de suite en grande abondance, il ne modifie pas les plaques diphthéritiques existantes, mais il arrête leur développement ultérieur; il fait cesser la fièvre presque complétement, et préserve les voies aériennes de la production parasitaire.

» Dans la seconde et la troisième période, alors que les voies respiratoires sont envahies et que l'infection est générale, le soufre ne peut plus rien. C'est le cas de l'oïdium arrivé à son maximum de développement sur la vigne; le soufrage est impuissant. Sa valeur n'est grande que lorsque le mal est encore à l'état de germe : il prévient, il ne guérit pas.

» Quant au traitement curatif en lui-même, j'en dirai peu de chose, parce qu'il n'existe pas.

» Ainsi, je range parmi les moyens préventifs l'emploi du fer rouge préconisé par M. le docteur Valentin (de Vitry). J'ai appliqué le petit cautère rougi à blanc sur les amygdales de vingt-cinq malades. Cette méthode, plus effrayante que douloureuse, a parfaitement réussi dans les cas qui n'avaient pas dépassé la première période : son emploi, combiné avec l'usage intérieur du soufre, sauva constamment les malades. Dans les périodes plus avancées, impuissance complète. Il n'en pouvait être autrement.

» Je rangerai dans la même catégorie que le fer rouge l'application topique du *perchlorure de fer liquide*; c'est encore un moyen préventif, agissant comme les caustiques en général, mais d'un maniement plus facile que le feu, quoique les malades éprouvent après son introduction dans la gorge des angoisses bien autrement cuisantes qu'après l'application du fer rouge. Mais le perchlorure de fer ne saurait à lui seul enrayer la maladie; il faut de toute nécessité lui adjoindre le soufre comme moyen général.

» La glycérine, le bi-carbonate sodique, employés comme topiques, sont très-insignifiants; je ne les mentionne que pour mémoire. J'ai dû renoncer à leur usage, qui n'était signalé que par des revers.

» En somme, je crois que le soufre seul peut suffire à toutes les indications dans le cas d'épidémie, comme moyen préventif général. Son mode d'action dans ce cas n'a pas besoin de commentaires. Il s'agit d'un *virus vivant*, qui succombe promptement sous le contact d'une substance insecticide par excellence. D'autres produits toxiques auraient probablement le même résultat :

le mercure, l'arsenic, le quinine, et tant de modificateurs puissants de notre économie. Mais je n'en vois pas qui réunissent l'avantage d'un usage plus facile à une plus parfaite innocuité que le soufre.

» La dose à laquelle le soufre peut être donné est presque indifférente. Cependant je crois qu'il ne faudrait pas administrer moins de 25 à 50 centigrammes de soufre aux enfants, suivant leur âge, et plus de 2 à 4 grammes au maximum, si l'on veut éviter l'effet purgatif qui serait fâcheux. Chez les très-jeunes enfants, ou chez ceux qui s'obstineraient à ne vouloir pas prendre le médicament, des frictions avec la pommade soufrée sous les aisselles et dans les aines, remplissent parfaitement le but désiré.

» Je me borne à cette simple note, ayant l'intention de publier bientôt un mémoire plus complet. »

Névralgie sciatique ancienne et rebelle guérie par la cautérisation transcurrente.

Il serait parfaitement superflu de rappeler ici les moyens sans nombre qui ont été proposés pour la guérison des névralgies sciatiques anciennes. Rien ne démontre tant que cette multiplicité même de moyens et cette richesse apparente de la thérapeutique, sa stérilité réelle et la ténacité de cette affection. La cautérisation transcurrente, bien qu'infidèle quelquefois aussi elle-même, est encore de toutes les ressources thérapeutiques l'une des plus sûres dans ses effets, mais à la condition d'être pratiquée assez profondément pour produire une eschare sur le trajet du nerf et non point une simple brûlure superficielle. Voici un fait qui montre à la fois la preuve et la contre-épreuve de ce que nous avançons.

Un homme d'une cinquantaine d'années, d'une constitution assez robuste, entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Jobert (de Lamballe), le 3 août 1857, pour s'y faire traiter d'une sciatique dont il souffrait depuis un an et demi.

Il faisait remonter, en effet, au commencement de 1856, les premières atteintes de ses douleurs. Il ressentit d'abord de l'engourdissement à la hanche et à la cuisse droite; puis cet engourdissement fit place à des douleurs un peu plus vives, qu'il comparait à une douleur contusive; elles se faisaient sentir principalement le matin, augmentant graduellement d'intensité. Cependant elles n'empêchaient point cet homme de se livrer encore à ses occupations habituelles pendant tout le cours de l'année 1856. Ce ne fut que vers le commencement de 1857 que ces douleurs devinrent à la fois plus vives, plus persistantes et plus étendues. Elles envahirent, en effet, la jambe à cette époque; aussi le malade commença-t-il à éprouver de grandes difficultés à marcher, et même à se lever et à s'asseoir. Bientôt en proie à des crampes extrêmement douloureuses, il se vit peu à peu privé de ses mouvements et condamné à un repos absolu, le moindre essai de contraction lui faisant pousser des cris affreux. C'est en cet état qu'il entra à l'Hôtel-Dieu.

M. Jobert prescrivit d'abord l'application de cinq ventouses scarifiées sur les points douloureux, qui étaient alors plus particulièrement localisés à la hanche. Il en résulta un soulagement marqué, mais momentané.

Le lendemain 5, les douleurs reparurent avec plus de violence à la jambe. Nouvelle application de ventouses scarifiées au nombre de quatre. Nouveau soulagement, suivi comme la première fois de la réapparition des douleurs à la cuisse.

Le 6 août, on applique un vésicatoire rubané tout le long de la cuisse. Soulagement qui dure cette fois deux jours.

Le 8, les douleurs ayant reparu, M. Jobert prescrit des frictions avec la pommade au nitrate d'argent. Mais ces frictions ne font qu'ajouter les douleurs d'une cautérisation lente aux douleurs de la sciatique.

Le 9, prescription de douches sulfureuses tous les deux jours. Les deux premières douches produisent une amélioration notable; mais la troisième et la quatrième n'ayant pas dépassé l'effet des deux premières, et les douleurs persistant encore avec quelque énergie, on a dû suspendre ce mode de traitement.

Enfin, le 17 août, en présence de l'insuffisance des moyens employés jusque-là, il a recours à la cautérisation transcurrente.

Le fer rouge fut promené légèrement et rapidement sur le trajet du nerf sciatique, et en effleurant seulement la peau, de manière à produire des raies de feu superficielles et parallèles, dont la douleur est promptement calmée par l'application immédiate de compresses mouillées. Cette fois, la cautérisation fut accompagnée de frictions faites avec de l'alcali volatil; il y eut une grande amélioration, et le malade passa cinq jours sans presque éprouver de douleur.

Le 22 août, les douleurs se montrèrent de nouveau dans tout le membre. Une application nouvelle de la pommade au nitrate d'argent fut sans résultat.

Le 24 août, on prescrit des frictions avec la composition suivante :

Huile d'amandes douces. . . .	68 grammes.
Onguent populéum.	2 —
Laudanum de Sydenham. . . .	2 —
Baume tranquille.	2 —

Le moment de l'application était suivi d'un amendement marqué; puis les douleurs revenaient.

Le 27 août, M. Jobert revient, comme ressource extrême, à la cautérisation transcurrente, mais, cette fois, de façon à déterminer de légères escbares. La cautérisation, poussée jusqu'à l'escbare, a produit une guérison presque instantanée et radicale.

A partir de ce moment le malade a été exempt de toute douleur; huit jours après, les petites croûtes étaient tombées, et il quittait l'hôpital le dixième jour après la cautérisation, ne ressentant qu'une légère faiblesse dans son membre.

M. Peyrussan, alors élève du service, qui a eu l'obligeance de nous fournir ces détails, nous a dit avoir revu cet homme depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, et s'être assuré que sa guérison n'a fait que se confirmer. La force et la vigueur sont revenues peu à peu dans le membre, et la dernière fois que M. Peyrussan l'a vu, dans les premiers jours du mois d'août dernier, cet homme lui a assuré qu'il était complétement rétabli depuis longtemps, et qu'il se servait aussi bien du membre droit que du membre gauche.

C'est ici le cas de faire remarquer que le reproche adressé à la cautérisation transcurrente par Valleix, à propos de l'effet escharotique que lui fait produire M. Jobert, et dont il prétend que l'on peut et que l'on doit se passer, trouve sa réfutation dans le cas actuel.

Ici, en effet, la cautérisation avec escbare a fourni seule un résultat que la cautérisation superficielle, telle que Valleix la préconisait, avait été impuissante à produire.

De l'anesthésie galvanique appliquée à l'avulsion des dents.

La question de l'anesthésie par l'électricité pour l'extraction des dents occupant en ce moment l'attention des médecins, on nous saura gré de reproduire ici, à titre de document utile pour l'élucidation de cette question, l'opinion d'un médecin dentiste très-compétent, M. Ed. Vautier. Cette opinion est basée sur de nombreuses expériences faites tant à l'hôpital Cochin dans le service de M. le docteur Gosselin, que dans sa pratique particulière.

« Toutes mes opérations, nous écrit M. Vautier, ont été faites avec le concours d'hommes très-experts et versés dans les études et expériences des actions électriques.

» Après avoir constamment et consciencieusement tenu compte de l'influence, sur les courants électriques, des tissus, des tempéraments, de l'âge, du sexe, etc., nous avons obtenu pour résultat, que presque tous les malades nous ont affirmé avoir éprouvé de la douleur au moment de l'opération, soit comme une brûlure, soit comme une commotion, soit enfin la même douleur que produit l'avulsion des dents par le système ordinaire.

» Dans des extractions très-faciles, les sujets, nous ayant accusé peu ou pas de douleurs sur le moment, nous ont signalé avoir ressenti pendant une grande partie de la journée un malaise que par sa nature nous devons attribuer d'une manière positive aux effets électriques.

» Dans deux opérations faites sur deux sujets différents, homme et femme, voulant extraire la dent de sagesse du maxillaire supérieur, j'appliquai un des pôles sur le lobule de l'oreille, et ces deux fois les malades éprouvèrent deux sensations très-douloureuses, l'une occasionnée par l'électricité, l'autre par l'extraction de la dent. »

M. Vautier termine sa lettre en disant que son opinion sur ce nouveau procédé est qu'il ne pourra jamais être appelé à rendre de grands services à la chirurgie dentaire, parce qu'il complique, suivant lui, l'opération, et cause souvent deux douleurs au lieu d'une.

— Au moment où nous transcrivons ces lignes, nous trouvons dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* de ce jour, un extrait des journaux anglais qui témoigne que cette question préoccupe également les praticiens d'outre-Manche :

« Elle vient d'être sérieusement discutée, dit le journal cité, dans une séance du collége des dentistes de Londres. Le public était fort nombreux; les médecins et les savants y étaient en nombre. M. le président Peter Mathews a posé nettement la question : L'électricité est-elle, oui ou non, un agent anesthésique? La réponse a été complétement négative. Des très-nombreuses expériences qu'il a rapportées avec détails, M. Mathews a conclu que le galvanisme modifiait quelquefois la sensation produite par l'extraction des dents, mais que jamais la douleur n'avait été abolie. Lorsque les parties molles qui entourent la dent sont enflammées et douloureuses, le galvanisme augmente les souffrances de l'opération. Plusieurs membres ont pris la parole pour confirmer l'opinion du président. Le sentiment général est que le galvanisme agit seulement en produisant une diversion à la douleur, mais non une véritable insensibilité. Le collége des dentistes a, du reste, nommé une commission pour étudier la question. »

A Londres comme à Paris, les résultats sont, comme on le voit, jusqu'à présent un peu différents de ceux qu'affirment avoir obtenus les chirurgiens et dentistes américains. Cependant la question n'est pas encore jugée en dernier ressort.

A l'occasion de la note que nous venons de citer, M. Verneuil dit avoir été témoin de nouvelles expériences faites tout récemment à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Robert, et dont les résultats auraient été favorables à la méthode. Il y a donc encore quelque chose à réserver sur son avenir. Sachons attendre.

DE LA DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE chez les pellagreux.

L'attention de plusieurs auteurs français et italiens a été souvent appelée sur la forme du délire chez les pellagreux, et une assez grande divergence d'opinions a jusqu'à présent régné sur cette question.

Francesco Frapolli signalait un des premiers, en 1771, l'existence d'un désordre mental chez les individus atteints de pellagre. D'après cet auteur, les malades seraient tantôt mélancoliques, tantôt maniaques. Plus tard, cette même idée a été émise par Gherardini, Fanzago, Mozze-Rizzi, etc. Strambio a divisé le délire en aigu et chronique, et il a noté un désir très-prononcé de la mort et une fureur de se noyer qu'il appelle *hydromanie*.

M. Baillarger a rangé les pellagreux parmi les malades atteints de mélancolie avec stupeur. Le docteur Clerici, médecin du grand hospice de Milan, a déclaré que le délire était vertigineux, vague, confus, accompagné de stupidité, de difficulté de la mémoire, de pesanteur, sans idée fixe ni excitation violente durable. M. Brierre de Boismont a pensé que la monomanie religieuse était la forme d'aliénation la plus fréquente, et il a souvent remarqué un penchant prononcé à l'homicide.

M. D. Aubert, interne très-distingué du service de M. le docteur Billod, à l'asile des aliénés de Maine-et-Loire, vient d'entreprendre des recherches sur la condition mentale des pellagreux; et sur soixante malades qu'il a eu occasion d'observer, il a remarqué qu'ils offraient tous une dépression mélancolique très-accentuée. Quelques-uns, il est vrai, mais en petit nombre, étaient idiots, mais ils n'ont jamais présenté, pendant le cours de la pellagre, la moindre agitation, et ils se sont toujours révélés à l'observation de l'auteur par une tristesse, une langueur et un abattement des plus marqués. Une chose très-digne de remarque, et qui n'a point échappé à la sagacité de M. Aubert, c'est que dans les cas où les maniaques ont été atteints d'affection pellagreuse, il s'est constamment opéré dans l'état mental de ces malades une transformation complète, et une mélancolie profonde a fait place à la manie antérieure. En voici deux observations très-remarquables.

Obs. I. — Marguerite M..., née à Chaudron (Maine-et-Loire), le 9 décembre 1787, était transférée comme aliénée, le 8 novembre 1847, de l'hospice des Pénitentes d'Angers à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire. A son entrée, le délire, chez cette malade, était général, et se traduisait par une agitation excessive, bruyante, par une incohérence très-grande dans les idées et un besoin incessant de locomotion.

Depuis cette époque, l'exaltation maniaque a persisté. Marguerite s'est toujours montrée très-irascible; elle poussait des cris, chantait, menaçait quelquefois. On la voyait souvent, sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, s'entretenir avec des personnes invisibles, les questionner, leur répondre et se mettre en colère contre elles. Malgré cette agitation, la malade était inoffensive, serviable même, et se livrait à de petits travaux d'intérieur. Le délire, en un mot, n'était agressif qu'en paroles, et jamais en faits.

Vers les premiers jours d'avril 1857, une transformation s'est opérée dans l'état mental. De gaie et expansive qu'elle était autrefois, Marguerite est devenue triste et peu communicative. Une dépression mélancolique et un découragement profond ont succédé à l'excitation antérieure.

En même temps, l'on a observé sur la face dorsale des mains une rougeur érythémateuse très-vive, disparaissant sous l'impression des doigts. Au bout de quelques jours, des bulles nombreuses remplies d'une sérosité roussâtre se sont montrées sur les parties affectées, et il s'est établi une diarrhée opiniâtre qui n'a cédé que trois semaines après, et à la suite d'un traitement énergique. La langue était rouge, les papilles déprimées, le pouls petit et concentré; la face dorsale des mains était le siége d'un sentiment de cuisson assez vif. Bientôt l'épiderme s'est détaché par lames furfuracées, et la peau est devenue luisante et d'un rouge livide; celle-ci a perdu ensuite peu à peu sa coloration et a donné naissance à une nouvelle exfoliation épidermique qui n'est pas encore complétement terminée aujourd'hui. La malade étant très-peu expansive, n'a jamais accusé de douleurs le long du rachis, ni la sensation de brûlure à l'épigastre.

Depuis l'invasion de ces accidents, la mélancolie s'est dessinée chaque jour davantage. Marguerite est plus déprimée; sa figure est morne, abattue et exprime la souffrance. La malade est, pendant des heures entières, immobile, la tête penchée vers le sol; elle trouve l'existence à charge et invoque la mort : « Oh! faut-il que je sois sur la terre? Pourquoi ne suis-je pas morte? » dit elle à chaque instant. Néanmoins, elle ne cherche pas à se débarrasser de la vie par le suicide, et ne refuse pas la nourriture.

Sous le rapport physique, un amaigrissement considérable est survenu, la constitution s'est profondément détériorée, la peau a revêtu une teinte jaunâtre et terreuse, et il est à craindre que la malade ne tombe bientôt dans le marasme.

Obs. II. Pierre-Alphonse M... est un jeune homme de vingt-deux ans; il est d'une taille petite, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique.

Entré une première fois à l'asile de Sainte-Gemmes en mars 1855, il en est sorti au mois de juin de la même année, complétement guéri d'une affection maniaque avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Le 1er juillet 1857, Pierre était ramené dans l'établissement pour un nouvel accès de manie, datant déjà de quelques mois. Une agitation très-grande sans idée prédominante, des cris, des chants continuels, une tendance très-marquée aux emportements et à la fureur, et des hallucinations de la vue, tel était l'ensemble des symptômes observés chez ce malade à son arrivée.

A part quelques rares et courts intervalles de calme qui ont permis à cet aliéné de se livrer à des travaux agricoles, l'agitation a persisté

avec la même intensité qu'au début, jusqu'à la fin de mars 1858. Mais, dès ce moment, Pierre a manifesté une répugnance très-grande pour le travail; il est devenu triste, morne et taciturne. En même temps que cet état mélancolique s'est emparé de lui, on a vu apparaître sur la face dorsale des mains une rougeur très-vive; d'un aspect érythémateux, disparaissant sous l'impression des doigts et déterminant un léger sentiment de cuisson. Quelques jours plus tard, une diarrhée abondante et des vomissements se sont montrés; la langue s'est recouverte d'un enduit blanchâtre, le pouls est devenu faible et dépressible. Ces symptômes digestifs persistent aujourd'hui encore (trois mois après l'invasion), et la diarrhée résiste à la médication la plus astringente. Un amaigrissement rapide est survenu, et la constitution s'est profondément altérée.

A l'érythème de la face dorsale des mains a succédé, vers le milieu de juin, la desquamation, qui s'est faite par plaques larges et irrégulières. La peau sous-jacente, qui avait revêtu d'abord une couleur rosée, est maintenant d'un blanc mat; elle est sèche, parcheminée, dépourvue d'élasticité. On remarque au-dessus des poignets cette sorte de bracelet brunâtre nommé *manchette pellagreuse*.

Pendant la marche de ces accidents, le malade était sombre, abattu, presque toujours silencieux, ne manifestait aucune sensation; son intelligence était affaissée, sa volonté déprimée. Néanmoins, il n'y avait chez lui ni désir de la mort ni penchant au suicide.

Depuis quelques jours cet aliéné semble sortir de l'état de torpeur dans lequel il était plongé; ses facultés intellectuelles se réveillent et l'agitation paraît imminente. Ce changement dans l'état mental a coïncidé avec une légère amélioration survenue dans la santé physique. La diarrhée est moins abondante, et les symptômes cutanés tendent à disparaître.

D'après M. Aubert, la dépression mélancolique coïncide donc toujours avec la pellagre. Cet auteur prétend que quelle que soit la forme d'aliénation antérieure, on remarque chez les individus qui en sont atteints, de l'hébétude, un affaissement de l'intelligence et de la volonté, et une très-grande répugnance pour la locomotion. Ces malades sont mornes, découragés; ils vivent dans l'isolement, sont impropres à tout travail, gardent quelquefois un silence obstiné, ne témoignent souvent aucune douleur et ne répondent parfois qu'avec peine aux questions qui leur sont adressées. La stupeur est d'ailleurs d'autant plus prononcée que l'affection pellagreuse est plus ancienne; il en est de même si l'état mental antérieur revêt déjà le caractère lypémaniaque. Cette forme spéciale de délire serait-elle entretenue pendant la marche des symptômes pellagreux par des hallucinations d'une nature particulière? Les malades sont, en général, si peu communicatifs, qu'il a été impossible à M. Aubert de vérifier le fait.

Une chose digne de remarque qu'a signalée encore ce même auteur, c'est que la mélancolie disparaît souvent en même temps que les accidents pellagreux, pour reparaître l'année suivante à l'époque de l'exacerbation vernale. Néanmoins, bien que l'aliéné paraisse revenir à ses habitudes passées, bien que le délire antérieur semble renaître, la pellagre imprime à l'individu un cachet particulier, et même, d'après les observations qu'a pu recueillir M. Aubert, il a semblé à ce jeune praticien que la pellagre déterminait dans la marche de la folie une accélération rapide et fatale vers la démence.

La pellagre est une question remise à l'étude par des travaux récents. En attendant que la lumière se fasse complétement sur cette maladie, généralement assez rare en France, il est du devoir de la presse d'enregistrer les idées nouvelles qui se font jour dans la science : aussi ne pouvions-nous passer sous silence l'analyse des recherches intéressantes que vient de faire M. Aubert. L'expérience les confirmera-t-elle? L'avenir en décidera.

NOTE SUR LE CHARBON.

Par M. le docteur Amédée Joux (de la Ferté-Gaucher).

Je viens vous parler charbon; il me paraît convenable de ne jamais laisser échapper l'occasion de le faire par les raisons suivantes :

1° Cette maladie est à peu près méconnue dans certaines contrées et par un grand nombre de praticiens;

2° Elle affecte plusieurs formes;

3° La considération la plus grave et la plus engageante, c'est la rareté des cas de ces affections dans les hôpitaux où se donne actuellement l'instruction médico-chirurgicale.

Le sujet dont j'ai à vous entretenir est remarquable à plus d'un titre, comme vous allez le voir : c'est un homme de quarante ans, bien constitué, plein de force et d'agilité, exempt de toute maladie, indisposition ou prédisposition; il ressent vendredi dernier une démangeaison dans l'épaisseur de la peau recouverte par la moustache du côté gauche.

Le samedi les parties voisines commencent à se gonfler; je ne dis pas s'enflammer, comprenons-nous bien, parce qu'ici la peau et le tissu cellulaire n'ont aucun des caractères de l'inflammation : au lieu de chaleur, c'est du froid; l'insensibilité remplace la douleur; il n'y a pas de rougeur, c'est au contraire une teinte blafarde et terne. On appelle le médecin, qui, ne croyant pas au charbon (car il y a même dans ce pays-ci des esprits forts qui n'y croient pas), n'en soupçonne même pas l'existence; il fait appliquer dix sangsues au cou, et, comme le tissu cellulaire des paupières est infiltré de manière à couvrir l'œil, il juge à propos de faire quelques mouchetures avec la lancette sur cette partie; puis il recouvre le tout d'eau froide. La maladie marche, et lundi dans la journée, sans avoir tenté rien de plus, ce médecin, épouvanté des proportions que prend l'affection, déclare n'y plus rien connaître, et abandonne le malade.

Il était sept heures du soir; on vient me chercher, et, en franchissant le seuil de la porte, je reconnais de loin, même à la lumière artificielle, un affreux charbon. L'homme est assis sur son lit; il a le pouls petit, une agitation extrême, des envies de vomir; il se sent défaillir. Son aspect est horrible à voir : ses lèvres sont grosses comme des boudins; le côté gauche de la face est éléphantiasique; les paupières bouchent l'œil; le cou est gros comme un tuyau de cheminée; la poitrine est gonflée jusqu'aux seins; elle présente un énorme développement eu égard au reste du corps. Toutes les parties tuméfiées sont roides et froides. Le reste du corps a sa chaleur normale; le malade est très-oppressé; il attribue la difficulté de respirer à l'enflure de sa poitrine : nous verrons qu'il est dans l'erreur.

Bref, il y a ici le cortége ataxo-adynamique le plus complet, les symptômes de l'empoisonnement septique les plus prononcés.

En examinant la moustache, point de départ de l'affection, je ne voyais rien d'anormal à la peau que le gonflement; mais, après avoir coupé les poils, j'observai non pas une *pustule* (j'ai déjà dit que pus et charbon n'avaient jamais existé ensemble), non un point noir vu si souvent et que je n'ai pu rencontrer, mais grand comme l'ongle d'épiderme plissé et un peu soulevé comme par un commencement de vésication au moyen des cantharides, ayant en tout du reste le même aspect et la même couleur; rien de plus qu'un petit point dur, et l'énorme développement des parties.

J'avais affaire à un charbon arrivé aux symptômes généraux les plus graves sans avoir subi aucun traitement, parce que je veux bien reconnaître qu'il n'avait été rien tenté, malgré que, selon moi, la moindre émission sanguine soit nuisible dans une affection de ce genre... Passons.

Que fallait-il faire? Il était évident que j'avais là un cas des plus graves et des plus désespérés. On le transporta cependant à l'hôpital, et je l'opérai selon les préceptes du docteur Girouard (de Chartres), en présence d'un médecin, du juge de paix, du commissaire de police du pays et des religieuses de la maison.

Je fendis en croix très-largement et très-profondément le dessus de la lèvre, origine du mal, et je bourrai cette plaie avec le bi-chlorure de mercure en morceaux; le tout fut recouvert d'un cataplasme d'onguent de la mère; j'en fis autant sur toutes les parties les plus gonflées, en tout, à cinq places. J'ordonnai au malade du bouillon de bœuf, du vin de quinquina, du vin sucré, du punch au thé, du café noir. Malheureusement il vomissait, la réaction ne s'établit pas, et le matin, en examinant la cautérisation, j'eus la douleur de ne point remarquer l'auréole séro-purulente qui doit, en cas de succès, entourer les parties brûlées, et les symptômes généraux continuant, malgré le dégonflement notable des parties, je vis bien que tout était perdu. En effet, le soir le malade continuant à respirer avec beaucoup de peine, finit dans une agonie turbulente.

Il est indispensable de noter que toutes ces incisions et cautérisations se font presque sans douleur, et de bien faire observer qu'il n'y a jamais de fièvre active, mais une dépression énorme des forces, et tout ce qui est le contraire de l'inflammation et de la réaction.

En un mot, rien ne ressemble moins à un phlegmon quant aux symptômes locaux ou généraux que la maladie charbonneuse.

Il va sans dire que dans ce cas je n'oubliai pas de couvrir toutes les parties malades de feuilles de noyer, selon les préceptes de mon voisin et ami le docteur Raphaël, de Provins; mais ce fut en vain.

Que s'est-il donc passé dans cette triste circonstance?

C'est la santé la plus parfaite, l'existence la plus solide, détruites en quelques jours sous les étreintes mortelles du virus charbonneux, c'est le libre combat de la destruction luttant avec avantage contre l'organisme; c'est une de ces spécificités septiques qui tuent.

J'ai vu ce malheureux, quelques heures avant sa mort, se lever, sortir de son lit, et tomber ensuite à terre comme un bœuf assommé, surpris lui-même de sa faiblesse, et accablé par l'ivresse et le vertige charbonneux.

Je conclus en disant :

1° La médecine expectante en fait de charbon équivaut à peu près à un homicide involontaire.

2° Malgré les formes diverses de ces affections, elles présentent des caractères pathognomoniques, qu'il est impossible d'oublier quand on les a vus.

3° Passé un certain moment, l'absorption des principes délétères étant au moins suffisante pour causer la mort, les moyens de salut deviennent impuissants.

4° Dans les charbons de cause externe (et celui-ci en était un), je pense que, le mal étant combattu dans les premiers temps de la manifestation des symptômes, la guérison doit ordinairement s'ensuivre.

5° Il est à désirer que les Académies donnent pour sujet *d'un grand prix* l'étude *naturelle* des maladies charbonneuses, si peu connues, et que dérogeant cette fois à leurs habitudes, elle prennent pour juges les hommes qui observent, traitent et guérissent, par conséquent connaissent ces maladies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 octobre 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. MOREL-LAVALLÉE demande la parole à propos de l'opinion émise dans la dernière séance par M. Broca sur la difficulté de pratiquer même avec le doigt la compression de l'artère sous-clavière. M. Morel pense, au contraire, que cette compression est facile à exercer dans la plupart des cas.

M. BROCA répond qu'il a dit et qu'il maintient que les moyens compressifs connus sont insuffisants, et de plus il persiste à trouver que la compression de la sous clavière avec les doigts est le plus souvent très-difficile.

CORRESPONDANCE.

MM. VERNEUIL et CULLERIER, juges du concours de l'internat, demandent un congé pendant la durée du concours.

— M. Hipp. Blot écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire qui est actuellement vacante.

RAPPORT.

M. VERNEUIL est invité à relire les conclusions de son rapport sur M. Fabrizi.

Il fait précéder cette lecture des détails suivants sur les travaux de M. Fabrizi :

Les premières publications chirurgicales de M. Fabrizi remontent déjà à une époque très-reculée. En 1827, il reprenait la question de la perforation de la membrane du tympan et imaginait un instrument fort ingénieux destiné à pratiquer une perte de substance à cette membrane. Ces travaux furent poursuivis, étendus, et en 1839 la *Gazette des Hôpitaux* publiait les leçons publiques que M. Fabrizi était venu faire dans nos amphithéâtres de l'École pratique. Je trouve dans cette brochure une foule de petits détails intéressants. D'abord une anatomie chirurgicale raisonnée du conduit auditif et de la caisse, importante à connaître pour l'exploration du conduit et l'extraction des corps étrangers, et qui conduit l'auteur à proposer de nouvelles opérations. « Ces données anatomiques, dit-il, pourront servir de guide dans le cas où l'on se déterminerait à tenter le traitement de quelque maladie par l'incision de la corde du tympan ou par des opérations sur la fenêtre ronde, » et comme pour faire passer ce qui paraît singulier dans ses propositions, il ajoute : « Quoique ces opérations n'aient pas été, que je sache, pratiquées jusqu'à présent, je pense que les praticiens s'en occuperont tôt ou tard, et je connais, pour ma part, des symptômes morbides qui font soupçonner des conditions pathologiques contre lesquelles on pourrait peut-être proposer ces opérations avec quelque chance de succès. »

A propos de l'extirpation des polypes du conduit auditif, M. Fabrizi propose deux procédés qu'il n'est pas sans intérêt de rappeler. Le premier se rapproche un peu de l'écrasement linéaire, en cela que le fil métallique qui étreint le pédicule est tordu sur lui-même jusqu'à ce que le polype se détache. *C'est donc l'ablation faite séance tenante par la ligature métallique.* Pour y arriver, un fil recourbé en anse embrasse la racine du polype. Ses deux chefs sont engagés dans une canule en argent longue de 4 pouces, et qui, à l'extrémité qui correspond à l'anse, est divisée en deux parties égales par une petite barre qui sépare les deux chefs du fil. On comprend, d'après cela, que la rotation de la canule sur son axe effectue la torsion de l'anse et sa constriction graduelle.

Le second procédé, plus ingénieux encore, jouit aujourd'hui d'une faveur méritée, et cependant il ne porte pas le nom de son véritable inventeur. Je veux parler du serre-nœud annulaire, attribué à M. Galli, et qui consiste dans un petit coulant de plomb, dans lequel on engage les deux chefs du fil, et qu'il suffit d'aplatir par la pression pour obtenir une anse non susceptible de se desserrer. Cette invention a déjà été mise à profit pour la suture du voile du palais et des fistules vésico-vaginales, c'est-à-dire pour la réunion des plaies dans les régions profondes, où la constriction des fils est difficile à effectuer avec les doigts.

Pour établir la priorité de M. Fabrizi, qu'il me soit permis de citer le passage textuel : « Je prends une anse de fil de chanvre destinée à rester en place. Elle est portée par une petite canule de plomb qui a une ligne d'épaisseur. Lorsque l'anse parvient à être placée sur le pédicule... je serre fortement le fil de chanvre en poussant la canule de plomb. Avec une forte pince j'aplatis celle-ci sur le fil dans quelques lignes de son étendue, en dedans du conduit, et j'entretiens ainsi cette espèce de ligature. Je coupe ensuite cette canule au niveau du méat auditif. »

Et plus loin M. Fabrizi ajoute : « Enfin l'idée de serrer le fil par une canule en plomb *me paraît toute neuve*, et cette espèce de serre-nœuds, qui m'appartient, a l'avantage de pouvoir être laissée dans le conduit auditif sans que l'on ait à craindre qu'il puisse blesser les parties internes de l'oreille par les mouvements involontaires du malade. »

Cette méthode a été étendue au traitement des polypes des fosses nasales avec le plus grand succès. Enfin une note nous montre encore une application heureuse du même procédé; il y est dit : « Un morceau de canule en plomb, ainsi porté sur les fils, m'a servi de serre-nœuds dans une suture de fistule vésico-vaginale que j'ai pratiquée. »

Voici de quoi établir surabondamment la priorité de M. Fabrizi.

Pour extraire les corps étrangers du conduit auditif, M. Fabrizi fait aux pinces droites des reproches fondés, et recommande l'usage des pinces courbes, plus appropriées à la direction du conduit.

Une partie du mémoire est ensuite consacrée à la perforation de la membrane du tympan, au lieu d'une ouverture simple qui tend toujours à s'oblitérer. On pratique avec son emporte-pièce, très-ingénieux, une perte de substance circulaire qui donne un pertuis permanent Aussi l'auteur intitule-t-il son procédé *Trépanation de la membrane du tympan*. Nous trouvons à la suite des remarques instructives sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache, sur les injections simples et les injections forcées pratiquées dans ce conduit, et enfin une discussion sérieuse des avantages et des inconvénients inhérents aux diverses ressources de la médecine opératoire acoustique. Tout en reconnaissant l'intérêt majeur qui s'attache à ces questions, je ne m'étendrai pas sur ce sujet, qui exigerait de longs développements.

J'ai encore à vous signaler une brochure très-intéressante, dans laquelle M. Fabrizi discute avec soin les objections faites à l'opération de Tagliacozzi, c'est-à-dire à la rhinoplastie par la méthode italienne. Ce travail indique une connaissance réelle des grands principes de l'autoplastie à distance. Guidé par ses idées générales, l'auteur entreprit et mena à bien la formation d'un nouveau nez pris aux téguments de l'avant-bras. L'observation donnée avec les plus grands détails a été recueillie en 1840. Déjà plusieurs auteurs en ont fait mention, mais d'une manière très-sommaire et sans reproduire les réflexions importantes qui l'accompagnent. Le travail original sera lu avec fruit par ceux qui voudront connaître à fond les procédés de la grande méthode des brahmes.

J'aurais encore à vous signaler d'autres opuscules de notre auteur sur les ciseaux, sur la ténotomie comme adjuvant de la guérison dans les plaies des muscles, etc. Mais ce que je vous ai déjà exposé suffit, je pense, pour vous démontrer que M. Fabrizi est un véritable chirurgien, et qu'à ce titre la Société aura avantage à l'associer à ses travaux. Mais il est encore une considération qui m'engage à appuyer chaudement la candidature de notre confrère; elle est à la vérité toute d'ordre moral, et quoique la vie privée et les qualités personnelles soient souvent mises en debors des motifs d'adjonction, c'est pourtant une bien douce satisfaction pour un rapporteur que de pouvoir hautement louer l'honorabilité du caractère, la probité scientifique, la haute moralité du confrère dont il examine les actes scientifiques. Sous ce rapport, M. Fabrizi résume en lui les plus hautes qualités des chirurgiens honnêtes, c'est le *vir probus* des anciens temps, et je crois pouvoir l'affirmer hautement sans crainte d'être démenti.

J'ai donc l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. Fabrizi;

2° De publier dans nos Bulletins le travail qu'il a adressé sur les amputations du pied;

3° De l'inscrire sur la liste des futurs candidats à la place de membre correspondant étranger.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité; de plus, le rapport de M. Verneuil est renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATIONS.

M. MARJOLIN fait les communications suivantes :

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle guéri par la compression digitale intermittente. — L'intérêt avec lequel vous avez accueilli l'an dernier la lecture du mémoire de M. le professeur Vanzetti, sur les avantages de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes, m'a engagé à vous faire part d'un fait que j'ai eu occasion d'observer tout récemment dans mon service. Il ne s'agit pas cette fois d'un anévrysme spontané, mais d'un anévrysme traumatique assez volumineux, guéri en très-peu de temps par la compression digitale intermittente.

Le 30 septembre dernier, le nommé Pique, âgé de douze ans, entrait à l'hôpital Sainte-Eugénie pour un anévrysme de l'artère palmaire superficielle. Sept jours avant (le 23 septembre), en tombant sur une bouteille, il s'était blessé à la main gauche, au niveau de la partie moyenne de la région hypothénar. Immédiatement après, un jet de sang saccadé s'échappa de la plaie, qui fut simplement réunie avec des bandelettes de diachylum, et plus tard ce pansement fut remplacé par des compresses imbibées d'eau blanche.

Six jours après l'accident (le 29 septembre), une nouvelle hémorrhagie encore plus abondante que la première se manifesta. Le pharmacien qui avait déjà vu l'enfant, appliqua alors sur la plaie des compresses trempées dans du vin sucré.

Le 30 septembre, le malade m'ayant été présenté, je constatai dans la paume de la main, au niveau de l'éminence hypothénar, une plaie transversale de trois centimètres d'étendue, distante de quatre centimètres du sillon qui sépare l'avant-bras de la main; au-dessus de cette plaie existait une tumeur oblongue, tendue, assez douloureuse, siége de battements expansifs assez forts pour soulever le doigt. Ces battements étaient isochrones à ceux du pouls, et cessaient dès que l'artère humérale était comprimée. L'auscultation, soit immédiate, soit au moyen du stéthoscope, ne donnait lieu à aucun bruit de souffle. Les battements étaient sensibles dans un espace limité en bas par la plaie, en haut par le sillon qui sépare l'avant-bras de la main, en dehors par le pli qui sépare les deux éminences, en dedans par le bord libre de la main : cet espace avait quatre centimètres d'étendue en tous sens.

Le hasard ayant voulu que M. Vanzetti fût en ce moment à Paris, je m'empressai de le prévenir afin qu'il fût témoin de la nouvelle application que je ferais de sa méthode. Il examina avec soin le malade, et reconnut comme nous tous les signes d'un anévrysme traumatique; seulement il put constater l'absence de tout bruit de souffle, et son avis fut de recourir à la compression intermittente.

En conséquence, le premier et le deuxième jour la compression fut faite à la partie moyenne de l'artère humérale, deux heures le matin et deux heures le soir.

Le troisième jour, la compression dura six heures, trois heures le matin, trois heures le soir. J'eus soin, comme l'avait recommandé M. Vanzetti, de diminuer de beaucoup la quantité des aliments; l'enfant ne prit que du bouillon et des potages. Dès ce jour, on put sentir que la tumeur avait diminué et que les battements étaient moins forts.

Le quatrième jour, la compression fut portée à huit heures, quatre le matin et quatre le soir.

Le cinquième jour, à la visite du matin, il fut très-facile, en appliquant l'oreille sur la tumeur, de percevoir un bruit de souffle très-prononcé: c'était la première fois qu'on l'entendait. La compression dut être ce jour-là portée à dix heures; on la commença à neuf heures et demie du matin, et à trois heures de l'après-midi les battements avaient cessé en diminuant peu à peu de fréquence. Par précaution, la compression fut encore continuée; je n'eus qu'à m'applaudir du soin qu'eurent les internes du service d'avoir agi aussi sagement, car le lendemain, à la visite, au moment où l'on m'annonçait l'heureux résultat de la veille, je reconnus encore l'existence de battements, bien faibles à la vérité, mais encore trop sensibles pour ne pas nous obliger à revenir à la compression. Elle fut encore reprise quelques heures, et dès lors tout battement disparut. La compression a duré en tout vingt-huit heures, et le succès a été aussi complet que possible.

Aujourd'hui, 20 octobre, la plaie est entièrement cicatrisée, et le malade a quitté le service. Rien n'a été plus simple et plus facile que cette compression; j'ai été secondé avec beaucoup d'attention par MM. Baumez et Pradau, internes du service, ainsi que par les externes, qui se sont prêtés à cette petite exigence avec toute la bonne volonté possible.

De son côté, la sœur du service, en l'absence des élèves, surveillait le petit malade, et a pu également nous être d'une très-grande utilité en exerçant aussi à son tour la compression, procédé, du reste, tellement simple, que l'enfant pouvait lui seul parfaitement l'exécuter.

DISCUSSION.

M. VELPEAU. Je désire seulement adresser une question qui pourra peut-être être résolue par M. Broca. Je suis certain d'avoir lu dans un auteur ancien, du seizième siècle, je crois, qu'on avait guéri des anévrysmes traumatiques par la compression avec le doigt.

M. BROCA. On prétend que l'indication de ce procédé se trouve déjà dans Galien; je l'ai en vain cherchée. Quant à la pratique citée par M. Velpeau, c'est en effet il y a deux siècles qu'elle fut appliquée par un nommé Morel, qui guérissait les plaies des artères par la compression digitale.

M. VERNEUIL. La question est double : il s'agit, en effet, ou du traitement des plaies, ou du traitement des anévrysmes. C'est à Saviard qu'il faut rapporter l'honneur de l'application de la compression digitale à la cure des anévrysmes. Quant au traitement des plaies artérielles par ce procédé, il est très-anciennement connu : Galien, Franco et J. L. Petit l'indiquent.

M. VELPEAU. Dans l'article auquel je fais allusion, et dont je ne puis me rappeler l'auteur, il s'agit bien de la compression digitale appliquée au-dessus d'un anévrysme, la maladie étant consécutive à une lésion de l'artère brachiale produite par une saignée malheureuse.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fongus bénin du testicule chez un enfant de dix mois.— M. GOSSELIN présente un enfant de dix mois offrant un fongus bénin du testicule. C'est, dit M. Gosselin, une affection rare, surtout chez d'aussi jeunes sujets. La maladie a commencé, il y a deux mois, par un gonflement. Sur le sommet de la tumeur s'est faite une ulcération, et par la solution de continuité de la peau s'est développé le fongus, qui depuis quelques jours surtout grossit sensiblement.

C'est seulement le troisième fait de ce genre que je vois. Ce jeune enfant présentait en même temps des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus. Il s'agirait donc d'un fongus compliqué d'un état syphilitique.

Je me propose de faire prendre à la mère de l'iodure de potassium pour refaire la constitution de l'enfant.

Quant au traitement local, on pourrait choisir entre les trois procédés suivants :

La castration; l'occlusion de la tumeur par la peau scrotale incisée autour du champignon et disséquée ensuite pour être ramenée audevant de la tumeur et maintenue en place à l'aide de suture; ou enfin un pansement compressif exécuté avec de la charpie imprégnée de préparations résolutives, légèrement caustiques au besoin.

C'est à ce dernier mode de traitement, préconisé par M. Curling, que je me propose de recourir d'abord, pour en adopter un plus radical ensuite s'il n'amène pas la guérison.

Coxalgie hystérique. — M. ROBERT présente une jeune fille qui est convalescente d'une coxalgie qui existait depuis plusieurs années.

Je commencerai, dit M. Robert, par protester contre la confusion établie à propos des maladies de la hanche et des simples affections périarticulaires. A ces dernières doivent seulement appartenir le nom de coxalgies; les autres méritent seules le nom de maladie de l'articulation coxo-fémorale.

La jeune fille que je soumets à l'examen de la Société me paraît présenter un exemple remarquable de coxalgie dont le diagnostic a offert les plus grandes difficultés.

Cette jeune fille est d'un tempérament chloro-anémique marqué; de plus elle a des attaques de catalepsie. Quand elle est venue dans mon service, elle portait autour de l'articulation de la hanche des traces nombreuses de cautères.

Le pied était porté dans la rotation en dedans; il y avait un raccourcissement apparent du membre de 4 à 5 centimètres. Le raccourcissement réel ne m'a paru être que de 2 centimètres.

Il y a trois ans, cette jeune fille avait eu une fièvre typhoïde; c'est à la suite de cette maladie qu'apparurent les premiers symptômes de la coxalgie. Elle fut admise dans le service de Boyer, qui la traita comme ayant une maladie de la hanche. M. Verneuil vit la malade, et ne fut pas convaincu de la réalité de l'affection articulaire.

En ne m'en rapportant qu'au raccourcissement, j'étais porté à admettre une maladie articulaire; mais ce qui me faisait hésiter dans l'adoption de ce diagnostic, c'était l'absence de flexion du membre.

Pour m'assurer de l'état réel de la jointure, ce qui ne pouvait être fait en raison des vives douleurs que la malade éprouvait au moindre mouvement du membre, je résolus d'employer l'anesthésie; dès lors je pus imprimer à la cuisse tous les mouvements sans rencontrer la moindre résistance, sans percevoir ni frottement ni craquement. Je pouvais donc prononcer en toute certitude sur l'état de l'articulation; elle restait saine, il ne s'agissait que d'une affection nerveuse.

La malade présentait tous les caractères de la chloro-anémie : teint, insensibilité partielle, etc. Je prescrivis un traitement tonique, et je fis cesser le repos. La malade marcha d'abord avec des béquilles, et aujourd'hui elle marche presque sans claudication.

Quant au raccourcissement persistant de 2 centimètres, il est probablement dû à un arrêt de développement.

M. FOLLIN dit que des observations de ce genre se rencontrent dans des recueils périodiques anglais.

M. ROBERT. Dans la dernière édition de Brodie, il y a un chapitre très-court sur ce sujet.

M. MICHON ne voudrait pas que cette affection fût désignée sous le nom de coxalgie: c'est un abus de mots. On ne doit pas plus désigner la douleur péri-articulaire de la cuisse sous ce nom, que l'on ne peut désigner sous le nom des autres jointures les douleurs nerveuses qui peuvent se montrer soit autour de l'épaule, soit autour du genou, etc.

Le fait de M. Robert est très-intéressant, parce qu'il met en garde contre des erreurs de diagnostic. Deux cas analogues se sont offerts à mon observation.

Une jeune fille, parente d'un de nos confrères, me fut présentée comme atteinte d'une maladie de la hanche. On avait employé sans succès les traitements habituels. J'avais moi-même pratiqué la cautérisation transcurrente comme moyen révulsif, tout en étant convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une maladie de la hanche.

Les accidents persistaient lorsque la malade fut prise d'attaques convulsives des muscles de la cuisse; le membre était agité avec la régularité d'un balancier. Cette chorée cessa après un certain temps, et la malade fut guérie.

L'autre fait auquel je faisais allusion présenta exactement les mêmes phases et la même terminaison.

M. BOUVIER a examiné la malade de M. Robert. Il a cru constater que le prétendu raccourcissement de 2 centimètres n'est pas un raccourcissement réel. La difformité apparente tiendrait à un certain degré d'obliquité du bassin. M. Bouvier a remarqué de plus une impossibilité d'amener le membre dans l'abduction.

M. ROBERT examinera à nouveau la malade, et la discussion sera reprise dans la première séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MOREL-LAVALLÉE présente des pièces dont la description sera donnée dans le prochain compte rendu.

Le secrétaire, A. LABORIE.

ERRATA. — Dans le numéro du 9 octobre, page 476, 1re colonne, ligne 32, *au lieu de* impossible, *lisez* impossibles; ligne 35, *au lieu de* agitation, *lisez* crépitation. — 2e colonne, ligne 25, *au lieu de* osseuses articulaires, *lisez* osseuses et articulaires; ligne 30, *au lieu de* partie, *lisez* poulie; ligne 36, *au lieu de* lieu, *lisez* bec; ligne 55, *au lieu de* muscle cubital, *lisez* nerf cubital. — 3e colonne, ligne 6, *au lieu de* fracturé, *lisez* chiffonné.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 octobre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Perier, médecin principal de l'armée;

Chevaliers : MM. Lantelme, Worbe et Nicod, médecins-majors; M. Réeb, médecin aide-major, et M. Dulierre-Boyer, pharmacien aide-major.

— M. le docteur Isambert vient d'être nommé chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan, en remplacement de M. Hirschfeld, dont le temps d'exercice est expiré.

— On assure que M. le directeur général de l'Assistance publique, dont chacun connaît le dévouement aux corps médical, frappé de la perte considérable de temps que fait subir an candidats à l'internat le mode actuel du tirage au sort pour la lecture de la composition écrite, est dans l'intention d'appliquer à ce concours la mesure usitée pour celui de l'externat.

Nous applaudissons sincèrement à cette pensée, car ce n'était jamais sans regret que nous voyions les concurrents ajournés par le sort aux dernières séances, perdre des heures si précieuses à cet instant de la lutte.

— Le docteur A. Leconte (de Saverne), médecin-major, détaché à Bou-Zaada, dans la province de Constantine, a succombé le 26 septembre dernier, à l'âge de vingt-sept ans, à une atteinte de dysenterie consécutive à une attaque de choléra sporadique.

— Le banquet annuel des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, aura lieu le 13 novembre prochain, à six heures et demie *précises*, dans le grand salon de l'hôtel du Louvre.

Le prix de la cotisation est fixé à 17 francs.

Les commissaires chargés de recevoir les cotisations sont :

MM. Gellé, à l'Hôtel-Dieu; Schulze, à la Charité; Saint-Germain, à la Pitié; Londe, à Saint-Louis; Hardy, à Lariboisière; Topinard, à Necker; Almagro, aux Enfants-Malades; Paris, à Sainte-Eugénie; et Mousteu, à Lourcine.

— Le règlement qui doit régir la profession médicale en Angleterre vient de recevoir la sanction royale. Il est établi un *Conseil général d'instruction et d'enregistrement*, dont six membres sont nommés par la reine et dix-sept choisis par les corporations et les universités spécifiées dans la loi. Ce conseil, qui correspond avec des *sous-conseils* dans les Trois-Royaumes, est chargé de publier et de modifier indéfiniment, suivant le besoin, une *Pharmacopée britannique*; il surveille l'enseignement et les modes d'examen suivis par les corporations appelées à conférer les grades; il peut provoquer le retrait des prérogatives de ces corporations dans plusieurs circonstances déterminées, notamment si l'on imposait aux candidats, sous peine d'être refusés, certaines théories ou pratiques particulières; il dirige l'inscription des médecins sur un livre spécial (*the medical Register*) qui fait foi de la qualité devant les tribunaux. Cette inscription est indispensable à qui veut se pourvoir en justice pour le payement d'honoraires. Le conseil peut ordonner la radiation de tout médecin convaincu de crime ou d'offense, ou jugé indigne par le conseil lui-même. (*Extrait abrégé des Archives générales de médecine.*)

Cette organisation de l'enseignement médical laisse fort à désirer, et l'on voit que l'exercice illégal n'est pas formellement interdit; mais l'acte n'en est pas moins un grand progrès pour l'Angleterre, où la médecine a été jusqu'ici livrée à l'anarchie. (*Gaz. hebd.*)

Le Gérant, Le Sourd.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 126. — MARDI 26 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 126. — MARDI 26 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Hôpital du Midi (M. Ricord). Du chancre de la bouche et de son diagnostic différentiel. — Académie des sciences ; séance du 18 octobre.

Paris, le 25 octobre 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La médecine a fait en grande partie les frais de cette séance. On y a successivement entendu des lectures de MM. Bouchut, Beau et Bonnafont. L'angine et le croup, qui n'ont malheureusement que trop de titres à notre intérêt, semblent en ce moment être l'objet des préoccupations exclusives de M. Bouchut. Dans une communication précédente, notre savant confrère a proposé le tubage du larynx comme moyen de combattre la période extrême du croup. Mais le tubage du larynx, qui aurait des avantages incontestables sur la trachéotomie, s'il pouvait lui être substitué dans tous les cas, n'est comme cette opération elle-même qu'un expédient destiné à conjurer une mort imminente, en permettant de lever quelques-uns des obstacles qui s'opposent à la respiration. Le tubage comme la trachéotomie n'est qu'un triste aveu de l'impuissance de la thérapeutique. Après avoir paré au plus pressant danger, il restait donc encore à chercher les moyens de le prévenir. M. Bouchut espère y être parvenu cette fois par la méthode dont il a entretenu l'Académie dans cette séance. Cette méthode est l'ablation des amygdales.

Considérant la suffocation par le gonflement des amygdales, l'extension de la maladie au larynx, la généralisation du mal et l'infection de l'organisme par des productions couenneuses multiples, comme constituant les causes principales des dangers de l'angine couenneuse, M. Bouchut a pensé que l'ablation des amygdales pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire dès l'apparition des premières pellicules membraneuses, conjurerait au moins deux de ces causes de terminaison fatale. On a aisément compris qu'il s'agit des deux premières. Quant à la troisième, la généralisation du mal et l'infection consécutive de l'organisme, l'amputation des amygdales n'y saurait que faire. Ce n'est que dans les cas où l'affection est encore limitée aux amygdales, que cette opération serait utile.

La nouvelle méthode proposée par M. Bouchut soulève plus d'une question importante. D'abord, elle préjuge un point de pathologie qui est capital dans l'histoire de l'angine grave. — Nous ne parlons pas de l'identité des diverses espèces d'angine, autre question qui se trouverait également tranchée par la dénomination générique et unique d'angine couenneuse dont se sert M. Bouchut. — Ce point est celui-ci, savoir : que l'angine couenneuse est une maladie d'abord locale, mais susceptible de se généraliser en infectant l'organisme. Il y a là un grave sujet de discussion. L'ablation des amygdales pratiquée au début, si elle avait les résultats que paraît en espérer notre confrère, serait elle-même un moyen de vérification de cette proposition. Mais M. Bouchut n'a encore pratiqué que quatre fois cette ablation. Bien que ces quatre tentatives aient été suivies de succès, on comprend qu'il n'est pas possible de se prononcer encore d'après un aussi petit nombre de faits, dont nous n'avons pas d'ailleurs les détails sous les yeux. La question est donc encore jusqu'à nouvel ordre en suspens. Nous espérons que M. Bouchut voudra bien nous mettre prochainement à même d'apprécier, par de plus amples détails, la portée de sa nouvelle communication.

La lecture de M. Beau a pour objet l'étude anatomique et anatomo-pathologique des papilles de la langue. Les résultats auxquels le médecin de l'hôpital Cochin a été conduit par ses études anatomiques, sont, si nous ne nous trompons, confirmatifs de ceux qui ont été consignés dans un travail déjà ancien de M. Flourens.

Cette concordance ne fait, bien entendu, qu'augmenter à nos yeux la valeur et l'exactitude de ces recherches. Mais M. Beau en a déduit, par rapport au mécanisme de la production des enduits pathologiques de la langue, des conséquences nouvelles, et qui tendraient à modifier la signification séméiologique que l'on attribue généralement à ces enduits. Cette question a déjà été soulevée, il est vrai, il y a un assez grand nombre d'années, par M. Piorry. Mais le point de vue où se sont placés ces deux auteurs, et les idées qu'ils professent sur la cause et la nature de ces enduits, diffèrent assez à plusieurs égards, pour que le travail de M. Beau, même après ceux de MM. Flourens et Piorry, conserve encore une certaine originalité.

M. Bonnafont a donné lecture à l'Académie d'un mémoire sur les osselets de l'oreille et la membrane du tympan, qui a également pour précédent les expériences de M. Flourens sur les oiseaux. Ce mémoire, qui est un complément des nombreux et importants travaux de M. Bonnafont sur la physiologie et la pathologie des organes de l'ouïe, renferme des faits très-intéressants sous ce double point de vue. On en jugera par la lecture de l'analyse que nous en donnons dans le compte rendu de la séance.

M. Geoffroy Saint-Hilaire a présenté dans cette même séance, au nom de M. le docteur Girard de Cailleux, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre, une note sur un monstre xyphodyne, né dans cette ville le 19 septembre dernier. Ce cas offre, d'après le témoignage du savant tératologiste, une grande analogie avec celui de Ritta Christina, sur lequel M. Serres a fait un si remarquable travail. MM. Duméril, Serres et Geoffroy Saint-Hilaire sont chargés d'examiner ce monstre, que M. Girard de Cailleux a eu le soin d'envoyer intact à l'Académie, s'étant borné dans sa note à en présenter un dessin avec une description des parties externes.

Dr Brochin.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE
et de secours mutuels des médecins de France.

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France accomplit aujourd'hui, par l'organe de son président et de son secrétaire général, son premier acte public. Constituée en principe par l'arrêté ministériel qui a approuvé ses statuts et par le décret impérial qui a nommé son président, elle provoque sa constitution en fait en appelant les adhésions de tous les membres de la famille médicale.

Mais, pour que chacun ne s'engage qu'en parfaite connaissance de cause, en faisant parvenir à chaque médecin individuellement un exemplaire des statuts, elle a voulu le faire accompagner d'un commentaire qui ne laissât aucune incertitude sur l'étendue des droits et des devoirs mutuellement contractés. Elle a voulu que chacun pût se pénétrer à loisir de la lettre et de l'esprit des statuts, et apprécier aussi exactement que possible la portée et l'avenir de la nouvelle institution.

Les appréciations très-diverses que plusieurs organes de la presse médicale de Paris et des départements ont faites de l'œuvre de la commission fondatrice, prouvent assez combien cette œuvre était difficile et combien peu elle pouvait espérer de satisfaire tous les vœux et toutes les opinions. Montrer qu'elle n'ignorait aucune de ces difficultés, qu'elle a fait tous ses efforts pour les surmonter, et qu'elle réservait à l'avenir les améliorations et les développements progressifs qu'il ne lui était pas donné de réaliser immédiatement, en soumettant à la sanction de tous ce que — dans la latitude de ses droits et de ses moyens — il lui avait été possible de faire actuellement, n'était-ce pas répondre à la fois à toutes les objections comme à tout ce qu'il y a de plus légitime et de mieux fondé dans les vœux et les aspirations du corps médical ?

Tel est, en effet, le but et l'esprit de la circulaire suivante, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs, joignant notre appel à celui de l'honorable président de l'Association générale, et faisant les vœux les plus sincères pour le succès et l'avenir de cette institution.

Paris, octobre 1858.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous avez appris sans doute qu'un des vœux les plus anciens du corps médical, venait d'être accueilli par le gouvernement. Les statuts d'une *Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France* ont été approuvés par un arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 31 août dernier, et par un décret du même jour, l'Empereur a bien voulu me nommer président de cette Association.

En cette qualité, et d'accord avec la commission fondatrice dont je suis l'organe, commission qui, aux termes de l'article 52 des statuts, remplit jusqu'au mois d'octobre 1859 les fonctions attribuées au Conseil général, je crois devoir, en vous transmettant les statuts de l'Association générale, vous expliquer le caractère de l'institution nouvelle, appeler votre concours pour la réaliser, car cette œuvre d'assistance mutuelle et de protection confraternelle, conçue au profit de tous, ne peut vivre et prospérer que par l'action de tous.

Cette Association générale, l'objet de désirs, d'espérances et de projets, est enfin accomplie. Une initiative généreuse, partie du département de la Gironde, a triomphé d'obstacles qui, jusqu'alors, n'avaient pu être surmontés. C'est un grand événement pour la famille médicale ; car, quoi de plus désirable, je ne dirai pas seulement que ces secours donnés ou reçus, mais aussi, et surtout, que ces liens moraux qui, établis entre nous, nous arracheront à un individualisme étroit, trop peu soucieux du bien de tous.

Mais cette Association générale, il faut la bien connaître ; les statuts que j'ai l'honneur de vous adresser, comme tout ce qui est réglementaire, ont dû se renfermer dans des formules précises et concentrées, quelques développements sont nécessaires pour en montrer la signification ; ils vont faire le sujet de cette lettre.

Le titre premier vous fait connaître l'Association générale dans son ensemble ; il en détermine le but, le caractère et la composition. C'est dans ce titre, et notamment dans les articles 1 à 8 que vous devez chercher l'indication et l'expression des principes généraux qui ont dirigé les fondateurs de l'œuvre.

Ces principes se résument en trois mots, qui sont la traduction fidèle des vœux depuis longtemps exprimés par la famille médicale :

Assistance,
Protection,
Moralisation.

Pénétrez-vous bien de la lettre et de l'esprit des huit premiers articles des statuts, et vous apercevrez sans peine qu'autant que puisse le faire une institution libre, ces vœux trouvent satisfaction dans les limites imposées par les lois existantes, et par les principes qui régissent la société française. Aller au delà, c'était s'exposer inévitablement au refus d'approbation par le gouvernement, c'était outre-passer la mission confiée à la commission organisatrice, c'était d'ailleurs jeter la division dans l'esprit des médecins, dont les uns désirent, dont les autres rejettent des institutions qui, telles que les conseils de discipline, ne peuvent, en tout état de cause, être fondées que par l'initiative des pouvoirs publics.

Ne perdez jamais de vue, Monsieur et honoré confrère, cette considération, qui est de la plus haute importance, à savoir que l'Association générale est une institution complétement libre, que chacun de nous est parfaitement le maître de s'y agréger ou d'y rester étranger, que ses statuts n'engagent que ceux qui y ont adhéré, qu'une fois admis on peut s'en retirer, et que dès lors aucune pression, aucune coercition n'est exercée sur personne ; que dès lors enfin l'Association générale n'a voulu demander son action et sa propagation qu'à ce qu'il y a de plus noble, de plus délicat et de plus élevé dans le cœur humain, la spontanéité dans la bienfaisance, la liberté dans le progrès.

A ces trois points de vue auxquels on peut et on doit considérer l'Association générale, assistance, protection, moralisation, il vous sera facile de comprendre, Monsieur et très-honoré confrère, que, seule, l'assistance pouvait être réglementée, que seule elle pouvait être renfermée dans des formules statutaires. On ne réglemente pas la protection, on ne formule pas en articles la moralisation professionnelle. Ces deux grands éléments de l'Association ont été déposés en germe dans les statuts ; c'est au corps médical, à lui seul, à son empressement à se rallier à l'Association qu'il appartient de faire que ce germe se développe et fructifie. Sur ces deux points, la commission organisatrice a épuisé son mandat et ses pouvoirs ; l'expérience de l'Association, c'est sa ferme espérance, fera le reste.

Les articles 7 et 8 vous indiquent les éléments dont l'Association générale se compose. Ces éléments sont au nombre de trois :

Les sociétés locales ;
La société centrale ;
Le conseil général.

Permettez-moi, Monsieur et très-honoré confrère, de vous présenter les vues de la commission organisatrice sur chacun de ces trois éléments de l'œuvre.

En suivant l'ordre des statuts, la section première vous présente la composition et les attributions du conseil général ; elle vous indique aussi l'Association générale fonctionnant par l'intermédiaire de ses représentants directs.

Dans la composition du conseil général, vous remarquerez l'article 9, qui dispose que les deux tiers au moins des membres de ce conseil doivent résider à Paris. Vous approuverez sans doute cette disposition, qui, tout en n'imposant pas à nos confrères des départements des sacrifices de déplacement trop onéreux, leur permet cependant de participer dans une juste mesure à l'administration générale de l'œuvre, ne prive pas le conseil général du concours de leurs lumières, et, par

l'exigence de la résidence à Paris des deux tiers de ses membres, assure son fonctionnement régulier.

Les fonctions du conseil général sont importantes et graves; leur simple énumération démontre que c'est sur lui, pour ainsi dire, que repose l'existence et l'action de l'Association générale dont il est le centre et le représentant.

Assisté d'un conseil judiciaire et aidé par un comité administratif, c'est le conseil général qui dirige l'Association générale dans son ensemble et qui agit en son nom; c'est lui qui provoque la formation des sociétés locales et de la société centrale et qui agrége les sociétés formées en dehors de l'Association générale; c'est lui qui prépare les projets relatifs aux fondations et institutions qui intéressent la généralité de l'œuvre; c'est à lui qu'incombe le soin de publier tous les ans un compte rendu de la situation et des actes de l'Association, de convoquer et d'organiser les assemblées générales; c'est lui qui doit se trouver constamment en communication et en correspondance avec les sociétés locales et la société centrale; c'est lui enfin qui administre les fonds de la mutualité générale.

Vous trouverez dans la section II du même titre l'indication des ressources et des charges de l'Association générale.

Ainsi que le prescrit l'article 16, le fonds de la mutualité générale se compose du droit d'admission de tous les sociétaires à leur entrée dans l'Association générale, soit dans les sociétés locales, soit dans la Société centrale. L'obligation de payer cette contribution ne comporte qu'une seule exception, celle qui est déterminée par le dernier alinéa de l'article 33, et qui a été faite en faveur des membres des sociétés déjà existantes qui s'agrégeront à l'Association générale. Ces sociétaires ont déjà payé leur droit d'admission dans leurs sociétés respectives; il n'était pas juste de leur imposer de nouveau cette contribution.

Ce droit d'admission n'a été porté qu'à la somme de 12 francs une fois payée, afin qu'il ne fût l'objet d'un sacrifice pour personne. C'est au demeurant le droit minimum. La commission espère que ce minimum sera dépassé par tous ceux de nos confrères qui se sont trouvés favorisés par des circonstances heureuses, professionnelles ou autres.

C'est sur ce droit d'admission, en effet, que repose presque entièrement l'avenir des institutions d'assistance à créer par l'Association générale. Il est facile à tous nos confrères de se rendre compte du système financier de l'œuvre. Toutes les sommes provenant du droit d'admission sont capitalisées, et placées conformément à la loi. C'est avec l'intérêt de ces sommes successivement capitalisées que pourront être créées et servies les pensions viagères d'assistance aux associés infirmes, aux veuves des associés décédés sans ressources, que pourront se fonder dans un avenir plus ou moins éloigné, selon le nombre des sociétaires, toutes autres institutions confraternelles dont l'étude aura fait reconnaître la possibilité d'exécution.

Vous voyez donc, Monsieur et très-honoré confrère, combien il importe pour la réalisation complète et prochaine de notre œuvre que chacun de nous emploie son influence et son action à multiplier le nombre des adhérents à l'Association générale. Réfléchissez au magnifique avenir promis à cette grande institution, si, dans moins d'un quart de siècle, elle a réuni seulement vingt mille adhérents, et supputez ce que cette petite somme de douze francs, vingt mille fois répétée, successivement capitalisée et bénéficiant tous les ans des intérêts composés, pourra efficacement et honorablement calmer de souffrances, consoler de familles, protéger d'orphelins!

La contribution du droit d'admission n'est pas la seule ressource de la mutualité générale; elle a droit de compter aussi sur la générosité de quelques donateurs et sur la pieuse prévoyance de quelques confrères, qui, après avoir encouragé l'Association générale de leur concours pendant leur vie, voudront encore lui être utiles après leur mort.

Enfin, la caisse générale reçoit encore le tribut du dixième des revenus de toutes les sociétés locales qui se sont agrégées à l'Association générale (1).

Voilà quelles seront les ressources de l'Association générale.

Quelles seront ses charges? Elles seront considérables.

Le fonctionnement d'une œuvre comme la nôtre ne peut se faire sans frais administratifs. Le conseil général saura les borner au strict nécessaire, et y apporter toute l'économie possible. Mais le concours d'un employé salarié et responsable a paru indispensable pour la comptabilité.

Il pourra se faire, et cela a été prévu, que certaines sociétés locales aient besoin de demander à la mutualité générale une subvention nécessitée par l'épuisement de leurs ressources propres. Cette subvention sera nécessairement prise sur les fonds généraux. Ce sont les fonds généraux qui devront faire aussi les dépenses de premier établissement des caisses et institutions d'assistance et de retraite; ce sont eux enfin qui doivent subvenir aux dépenses de service et d'entretien de ces mêmes institutions. Que de motifs pour propager et pour faire grandir notre œuvre!

Dans la section III de ce même titre sont contenues les dispositions relatives aux *assemblées générales* de l'Association générale. Les articles statutaires de cette section n'ont besoin d'aucun commentaire; ils ne peuvent présenter, en effet, aucune difficulté d'interprétation.

Nous nous bornerons à vous faire remarquer, Monsieur et très-honoré confrère, que ces assemblées générales, où toute la famille médicale sera représentée, prendront certainement et d'année en année une grande importance, et que ces réunions régulières et légales du corps médical doivent avoir une influence heureuse sur la satisfaction des intérêts légitimes de la profession.

Il ne vous échappera pas non plus que nos confrères des départements se trouveront en majorité dans ces assemblées générales, où chaque société locale doit être représentée par son président.

Le titre II est consacré aux dispositions générales relatives aux *Sociétés locales* et à la *Société centrale*. Ce titre mérite toute votre attention, Monsieur et très-honoré confrère. Permettez-moi de vous dire quelques mots sur les deux sections qui le composent.

A la section Ire se rapporte tout ce qui est relatif aux sociétés *locales*. Vous y verrez exprimé à chaque article le vif désir des fondateurs de favoriser partout l'association locale, qui, dans leur ferme conviction, doit être la pierre angulaire de l'Association générale.

Ainsi, le nombre des associés nécessaires à l'institution d'une société locale a-t-il été fixé au chiffre le plus bas possible pour constituer cependant une réunion sérieuse et capable de fonctionner.

La circonscription administrative par département ou par arrondissement a été laissée facultative. Tenant compte de ce qui existait et voulant changer le moins possible aux habitudes prises, aux relations établies, aux goûts manifestés, voyant qu'ici les médecins s'étaient réunis par département, là par groupes d'arrondissement, la commission organisatrice a respecté toutes ces conditions existantes, et là où ces conditions n'existent pas encore, elle a voulu laisser les adhérents libres de prendre celles qu'ils jugeraient le plus convenables, en ayant égard aux exigences locales que la commission ne pouvait pas partout suffisamment apprécier.

La plus grande indépendance leur est assurée;

Elles préparent elles-mêmes leurs statuts, auxquels d'autres conditions ne sont imposées que celle de les mettre en harmonie avec les dispositions générales des statuts généraux;

Elles administrent et distribuent les fonds de secours qui leur appartiennent;

Elles fondent et administrent leur caisse de réserve;

Elles ont leurs réunions générales annuelles;

A l'exception de leur président, qui d'après la loi doit être nommé par l'Empereur, elles élisent tous leurs officiers;

Elles exercent le droit d'admission et d'exclusion de leurs membres;

Elles délèguent leur président ou tout autre membre désigné par lui aux assemblées annuelles de l'Association générale;

Et en retour de cette indépendance et de ces avantages, que leur demande l'Association générale?

Le dixième de leurs revenus.

Et pour quel but?

Pour un but que les sociétés locales isolées ne sauraient jamais atteindre:

La mutualité générale sérieuse,

La protection efficace,

L'assistance sous forme de retraite et de pension.

Quant aux sociétés et associations déjà existantes au moment de la fondation de l'Association générale, les statuts leur indiquent avec précision les conditions qu'elles ont à remplir pour se faire agréger à l'Association générale.

Obtenir pour elles, si elles ne l'ont déjà, l'approbation administrative, modifier leurs statuts en tant qu'ils ne seraient pas en harmonie avec les statuts généraux, voilà tout ce qu'elles ont à faire pour participer à l'œuvre commune, car les statuts, fort explicites à cet égard, respectent leur fortune acquise, les dons et legs dont elles sont ou pourraient devenir en possession.

Une seule difficulté peut se présenter pour ces sociétés existantes, et nous devons la prévenir. Quelques unes d'entre elles ont admis parmi leurs membres les pharmaciens et les vétérinaires; or les statuts de l'Association générale n'admettent dans le sein de cette association que les médecins. Un petit nombre d'entre elles n'ont admis que les docteurs en médecine; or les statuts généraux, quant aux sociétés locales, prescrivent l'admission de tout médecin muni d'un titre légal.

Contre cette difficulté, la commission organisatrice ne croit pas devoir intervenir autrement que par voie officieuse.

Quant à l'annexion des pharmaciens et des vétérinaires, il est certain que nos statuts ne l'ont pas prévue, et nous pensons qu'une société locale qui, dans ces conditions, demanderait l'approbation administrative à l'effet d'être agrégée à l'Association générale, recevrait l'invitation de mettre la composition de ses membres en harmonie avec les statuts généraux.

En ce qui concerne l'annexion des officiers de santé dans les sociétés locales autres que la société centrale, elle est impérative.

Les docteurs en médecine, les officiers de santé, pour entrer dans l'Association générale, ne sont soumis à aucune autre condition que celle d'une honorabilité professionnelle reconnue.

Ici se place naturellement, Monsieur et très-honoré confrère, la remarque importante que nous devons vous présenter sur la disposition des statuts qui exige que pour être agrégée à l'Association générale, une société locale soit approuvée. La simple autorisation ne suffirait pas. L'approbation qui est exigée n'est pas une vaine formalité; elle donne aux sociétés qui la possèdent des droits et des avantages dont sont privées celles qui ne l'ont pas obtenue; elles peuvent participer par elle aux distributions des fonds accordés par l'État; devenues personnes civiles, elles peuvent recevoir des dons et des legs. D'ailleurs, l'Association générale elle-même étant approuvée, il était logique de demander la même condition pour les sociétés locales, condition qui doit les placer toutes au même rang et leur donner à toutes les mêmes prérogatives. Les sociétés locales trouveront d'ailleurs de grandes facilités pour obtenir cette approbation qui peut seule les rallier à l'Association générale.

La section II du titre II contient les dispositions relatives à la *Société centrale*.

La société centrale, Monsieur et honoré confrère, est un des éléments les plus intéressants de l'Association générale et celui dont il importe que le mécanisme vous soit parfaitement connu.

La société centrale présente un double caractère et a une double fonction.

Elle est une société permanente pour les médecins de l'armée et de la flotte, pour nos confrères qui sont en mission à l'étranger, pour tous nos confrères enfin qui, n'ayant pas de résidence fixe, ne peuvent se faire admettre dans une société locale. A tous ces honorables confrères, la société centrale est leur société locale, et c'est par elle qu'ils font partie de l'Association générale.

Elle est une société de transition, un lieu d'asile pour tous les docteurs en médecine du continent, de la Corse et des colonies, habitant des localités où les sociétés locales n'existent pas encore, où les sociétés locales existantes ne sont pas agrégées à l'Association générale.

Dès lors, il vous est facile de comprendre la double fonction de la société centrale:

D'une part, elle est la société locale de ceux qui n'en ont pas;

D'autre part, elle est, pour ainsi dire, la pépinière des sociétés locales.

Elle agrége ceux qui sans elle ne pourraient pas faire partie de l'Association générale.

Elle ramène à leurs localités respectives tous ceux qui peuvent y trouver les conditions d'existence de l'Association.

Ainsi, quant à présent, tout docteur qui aura adhéré à l'Association générale et dont l'admission aura été prononcée par le conseil général, sera, par le fait même, membre de la société centrale.

Ces explications étant bien comprises, il vous sera facile de voir, Monsieur et très-honoré confrère, que si vous désirez devenir membre de l'Association générale, vous avez à remplir et à signer le bulletin d'adhésion que j'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli. Dans quelque position que vous vous trouviez, que votre intention, comme nous le désirons, soit de contribuer à la fondation d'une société locale, que vous fassiez ou non partie d'une société déjà existante, que cette société accepte ou refuse ultérieurement de s'agréger à l'Association générale, vous serez membre de cette Association, vous en serez membre par la société centrale qui déterminera plus tard la position définitive que vous devez occuper dans l'Association.

C'est donc au siége de l'Association générale à Paris que, votre admission ayant été prononcée par le conseil général, vous aurez à faire parvenir vos contributions du droit d'admission et de cotisation annuelle.

Le droit d'admission, comme j'ai eu l'honneur de vous l'expliquer, reste la propriété de la caisse de la mutualité générale.

La cotisation annuelle ne figure qu'éventuellement dans la caisse de la société centrale. Si plus tard vous devenez membre d'une société locale, le produit de vos cotisations annuelles sera calculé pour être reversé dans la caisse de cette société.

Après les explications que je viens d'avoir l'honneur de vous donner, il ne me semble pas que les dispositions contenues dans les titres III et IV des statuts aient besoin de commentaires. J'appelle seulement votre attention sur l'article 41, relatif aux conditions d'honorabilité nécessaires pour entrer dans l'Association et pour continuer à en faire partie. Veuillez remarquer, Monsieur et honoré confrère, que la plus grande indépendance est laissée aux sociétés locales, car, d'après cet article 41, « elles déterminent dans leur règlement intérieur les conditions et les formes d'admission et d'exclusion. »

Telle est, dans son ensemble et dans ses principaux détails, l'économie de la grande institution que nous sommes tous appelés à développer.

La commission organisatrice ne s'est fait aucune illusion. Elle a prévu que les commencements de son œuvre seraient difficiles, et cette œuvre, elle n'a pas eu la prétention de l'avoir édifiée exempte de défauts. Mais elle vous dit dans sa conscience qu'elle a cru faire tout ce qu'il était possible qu'elle fît. Elle a trouvé auprès du gouvernement un si bienveillant accueil, qu'avec confiance elle ose dire qu'elle retrouverait auprès de lui la même libéralité pour obtenir les modifications statutaires que le temps et l'expérience auraient reconnues indispensables. Rien des actes humains n'est éternel, le progrès est la loi de l'humanité; mais ce progrès, loin de le demander à des impatiences qui compromettent tout, sachons l'attendre de l'observation patiente et de l'expérience méditée.

L'Association générale des médecins de France a obtenu le plus haut degré de protection qu'elle pût immédiatement obtenir, à savoir, l'approbation du ministre de l'intérieur. Plus tard, lorsque les services qu'elle aura rendus à la famille médicale seront manifestes, elle demandera ce qu'elle ne pourrait demander en ce moment, d'être reconnue établissement d'utilité publique, ce qui lui donnera de nouveaux avantages. En attendant cette consécration nouvelle, l'Association générale peut fonctionner dans la plus complète liberté. Si le corps médical répond avec ensemble à l'appel qui lui est fait, des deux modes d'assistance confraternelle prévus dans ses statuts, le secours et la retraite, elle peut immédiatement réaliser le premier, et le second, elle peut l'espérer dans un avenir prochain.

Voilà, Monsieur et très-honoré confrère, les considérations que la commission fondatrice dont je suis l'organe a cru devoir vous adresser. Elle vous fait un pressant appel pour que vous agissiez avec toute votre influence en faveur de la propagation de notre grande et belle institution. Elle vous aidera de tout son concours dans les efforts que vous tenterez. Mutualité de secours implique mutualité de services. Réalisons tous de concert et sous toutes les formes ce généreux principe de la mutualité; faisons porter à ce principe fécond de l'Association tout ce qu'il contient, et permettez-moi de répéter ici ce que je disais dans une occasion récente:

ASSOCIATION PROTÉGE, ASSOCIATION OBLIGE.

Veuillez agréer, etc.

Le président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France,

RAYER.

Le secrétaire général,

Amédée LATOUR.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Du chancre de la bouche et de son diagnostic différentiel.

Depuis longtemps les auteurs qui se sont occupés de syphilis ont signalé la présence de chancres dans les régions de la face et de la bouche; mais la plupart ont confondu le chancre avec les affections syphilitiques secondaires et tertiaires qui affectent ces régions, et même avec des maladies tout à fait étrangères à la vérole. Depuis quelques années, c'est-à-dire depuis l'époque où, sortie de l'école du Midi, la théorie des deux chancres fut proclamée, le chancre céphalique a été mieux observé; car par la forme constamment indurée qu'il paraît revêtir, il est devenu la plus forte objection que l'on puisse faire contre la dualité du virus chancreux.

Les traits principaux qui caractérisent le chancre des lèvres et

(1) Pour éviter toute équivoque, il faut entendre par revenu les recettes de tout genre faites annuellement par les sociétés locales; en un mot, le revenu *brut*.

de la cavité buccale constituaient jusqu'à présent un terrain pathologique encore inculte : aucune route n'était frayée ; mais un élève très-distingué de l'hôpital du Midi, M. A. Buzenet, mettant à profit les faits observés dans le service de M. Ricord, vient de combler cette lacune, sur les indications et d'après les conseils de son maître. Le travail inaugural de M. A. Buzenet, si riche en enseignements cliniques, va donc nous servir de guide dans l'examen approfondi que nous allons faire de cette question si neuve et si pleine d'intérêt.

En 1856, dans son cours de clinique, M. Ricord insiste beaucoup sur le caractère tout spécial que revêtent les ulcérations de la bouche, ou plus généralement encore celles développées sur la face et le crâne.

« Je vous ai présenté dans nos salles, disait-il, de nombreux exemples de chancres mous développés sur les régions du corps les plus différentes, sur les organes génitaux, sur les cuisses, sur les jambes, les bras, l'abdomen, le thorax. Je vous en ai montré partout, sauf en un point, la région céphalique.

» C'est qu'en effet, durant vingt-cinq ans de pratique, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre simple développé sur la face ou le crâne ; et cependant c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont offerts à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, soit aux paupières, soit au front, soit aux narines, soit enfin sur les points où leur présence paraît le plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu. Tous ces chancres appartenaient toujours, et comme fatalement, à une seule et même espèce, à l'espèce indurée, infectieuse. Ils s'accompagnèrent tous de symptômes propres à la vérole constitutionnelle ; pas un ne resta exempt d'induration, pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale. »

La seule cause qui donne naissance au chancre est le pus fourni par un accident de même nature ; mais la certitude avec laquelle il se reproduit dépend de la variété qui aura fourni le pus. Quelques individus sont, dit-on, réfractaires au virus syphilitique, comme il en est qui le sont au virus varioleux, à la vaccine ; sur de tels sujets, la variété infectante n'aura pas de prise. Mais le chancre simple qui reste un accident local, celui qui fournit le pus fort des syphilisateurs, ne connaît pas de sujets rebelles ; il naît toujours quand on tente l'inoculation. Il suffit que du pus virulent soit mis en contact avec une surface ulcérée ou déposé dans un follicule, ou qu'il ait d'abord détruit l'épiderme pour être mis en contact avec le corps muqueux, pour qu'il puisse se reproduire. L'orgasme vénérien ne joue aucun rôle dans le développement du chancre. Les auteurs rapportent à ce sujet des exemples de la dernière évidence. Ici, c'est une mère qui, écrivant une lettre, place entre ses lèvres une plume dont s'était servi son fils atteint de chancres, et elle est elle-même victime de la contagion. Van Swieten raconte l'histoire d'un commerçant qui, infecté à la suite de baisers lascifs, embrasse, en partant pour un long voyage, sa fille âgée de onze ans, et laisse sur les lèvres de la pauvre enfant un triste gage de l'affection paternelle.

Tout contact suffit donc à la contagion, et les agents de transport sont innombrables. Tantôt c'est un verre à boire, une plume à écrire, une pipe, qui sert à l'inoculation ; tantôt c'est le doigt souillé par du pus virulent qui le porte aux lèvres. Ailleurs enfin, et c'est le plus souvent, la contagion n'est due qu'à des baisers lascifs. Si nous voyons, en effet, ajoute M. le docteur A. Buzenet, quelques malades ignorer absolument la source de leur mal, la plupart, au contraire, pour peu qu'on les presse de questions, finissent par en avouer la honteuse origine. Cette affection est l'apanage des grandes villes, et on l'observe plus fréquemment chez les gens que leurs occupations ou leurs loisirs mettent à portée d'abuser des raffinements de la civilisation.

Le temps qui sépare la contagion de l'apparition du chancre est sujet à de notables différences. Si la voie est frayée à l'inoculation par une plaie, une fissure, par une excoriation quelque légère qu'elle soit, l'apparition du chancre est assez précoce, et la pustule spécifique s'est une fois montrée au bout de quarante-huit heures ; mais, dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les téguments sont sains, le développement du chancre est plus tardif, et plusieurs jours, plusieurs semaines même, peuvent s'écouler entre l'application de la cause et la première manifestation morbide.

Le début de l'affection est variable : tantôt c'est une plaie qui s'établit d'emblée, petite d'abord, quelquefois fissuraire, d'autres fois arrondie, puis qui s'élargit ensuite en même temps qu'elle se creuse ; tantôt c'est une pustule qui marque le début de l'affection : c'est là ce que les malades appellent un bouton. La maladie peut présenter alors deux formes : ou bien, en effet, il arrive que la pustule se rompt de bonne heure, pour laisser à sa place une ulcération qui s'élargit, et prend le même caractère que dans le cas précédent ; ou bien la pustule, à l'exemple des pustules varioliques, laisse transsuder un liquide qui, s'épaississant au contact de l'air, forme une croûte adhérente sous laquelle l'ulcère grandit, la croûte restant toujours intacte. C'est à cette dernière forme que M. Ricord donne ordinairement le nom de chancre ecthymateux, ecthyma primitif.

Sur la membrane muqueuse de la cavité buccale, la forme ulcéreuse est la seule que l'on rencontre ; en effet, la production d'une croûte est impossible sur des organes où les parties sécrétées sont incessamment emportées par la salive ou les différents liquides introduits dans la bouche. La forme ecthymateuse est donc propre au tégument externe, c'est sur la face cutanée des lèvres qu'on la trouve.

Quel que soit son mode d'origine, le chancre ne tarde pas à grandir pour atteindre, en un ou deux septénaires, une étendue moyenne qu'il ne dépasse guère ; la plupart peuvent être comparés à une pièce de 20 ou de 50 centimes. Il n'est pas commun de les voir plus petits, et ce n'est que rarement qu'on les voit s'élargir au point d'acquérir les dimensions de 2 ou 3 centimètres.

Le chancre buccal examiné à sa période d'état, est bien loin de présenter les caractères que l'on attribue généralement au chancre buntérien, et c'est là ce qui explique comment il a pu être méconnu si longtemps. Si l'on prend pour type un chancre labial que l'on supposera développé sur le bord libre de l'une ou l'autre lèvre, siége que l'accident primitif affecte en effet le plus fréquemment, on voit que l'ulcération est généralement ovalaire. Quelquefois elle est très-superficielle, et l'on dirait que toute la lésion consiste dans une exfoliation de l'épithélium ; plus souvent elle entame le derme muqueux, mais en restant toujours superficielle, car c'est un des caractères de cette région de ne point attaquer profondément les tissus, si bien qu'ils ne laissent souvent après eux aucune macule cicatricielle. Il est fort rare que l'ulcération comprenne tout le derme et détruise les tissus profondément.

Loin d'être nettement découpés, taillés à pic, renversés en dehors, les contours de la plaie sont affaissés et se continuent insensiblement avec les parties voisines. Le fond de la plaie est le plus souvent lisse, rougeâtre, parfois même violacé et comme vineux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on le trouve recouvert de cette matière lardacée, grisâtre, pseudo-membraneuse, dont on a encore fait un des caractères obligés de tout chancre. Il ne revêt cet aspect que quand il a été irrité par l'application intempestive de médicaments ou de certaines substances excitantes comme la fumée du tabac.

Aux commissures des lèvres, le chancre prend un aspect spécial : l'ulcération généralement superficielle qui le constitue est séparée en deux moitiés par une rainure profonde et ulcérée qui correspond au point d'écartement des deux lèvres ; cette fissure, que les mouvements des lèvres continuent sans cesse à tenir béante, rend la guérison souvent difficile à obtenir.

A la face interne des lèvres, l'ulcération est en général plus creuse que sur le bord libre ; les bords y sont plus abrupts, le fond plus inégal. Il est probable que le contact incessant des dents n'est pas sans influence pour augmenter à ce niveau le travail ulcératif.

Le chancre de la langue occupe très-généralement la pointe de l'organe ; il est le plus souvent petit, plus étendu dans le sens antéro-postérieur que transversalement, quelquefois même presque fissuraire. Sa forme peut varier par les simples mouvements de la langue. Assez creux en général, il attaque le derme lingual ; il est solitaire, et ce n'est que dans des cas tout à fait rares qu'on a signalé la présence d'un double chancre sur la langue. Sur le dos de l'organe et sur sa face inférieure, il présente une certaine tendance à prendre une forme arrondie.

Un point capital dans l'étude du chancre buccal, c'est l'état de la base sur laquelle il repose. Tantôt l'ulcération s'accompagne d'une abondante suffusion plastique dans le tissu cellulaire, qui est telle en certains cas, que le chancre se présente sous l'aspect d'un mamelon saillant : cette infiltration donne aux tissus un degré de rénitence considérable, en sorte que le chancre paraît reposer, comme l'a dit M. Ricord, sur une demi-sphère de bois ou de silex. En outre, cette abondance d'épanchement plastique constitue une véritable tumeur qui repousse la lèvre en avant et crée pour le malade une réelle infirmité. Tantôt la suffusion plastique est discrète, l'ulcération ne se double que d'une couche fort mince de ce tissu fibro-plastique qui constitue l'induration : il n'existe ni soulèvement ni déformation, et le chancre est sous une forme complétement analogue à celle que prennent si souvent les chancres de l'anus ; il est alors simplement parcheminé. Les chancres de la bouche présentent donc les deux formes d'induration que peut revêtir l'accident de nature infectieuse, induration hémisphérique, induration parcheminée.

L'adénopathie qui accompagne le chancre buccal ne diffère pas de l'adénopathie satellite ordinaire du chancre infectant. En raison du siége plus fréquent de l'accident primitif sur les lèvres, ce sont les ganglions sous-maxillaires que l'on trouve affectés ; ils sont augmentés de volume, et se présentent sous la forme de petites tumeurs dures, mobiles, que l'on fait rouler sans douleur sous le doigt. Moins que tout autre, le bubon sous-maxillaire n'est pas à l'abri de réaction inflammatoire : en effet, il existe dans cette région une cause permanente d'irritation pour les glandes qui sont incessamment comprimées par les mouvements des mâchoires ; aussi voit-on quelquefois ce bubon se tuméfier, devenir douloureux, et revêtir les caractères d'un engorgement strumeux chez les sujets disposés à la diathèse scrofuleuse.

Le moment est venu de citer quelques exemples cliniques :

Obs. — B..., vingt-cinq ans, bonne constitution, employé dans un théâtre, se présente à la consultation du Midi le 2 août 1856.

Aucune maladie vénérienne antérieure. Ce malade nous apprend qu'il a fréquemment sur les lèvres de petites ulcérations. Vers les premiers jours de juillet (du 2 au 5), le malade eut avec une fille publique des rapports qui expliquent le siége du chancre actuel. Pas de rapports depuis cette époque. Quinze jours après, apparut sur le bord de la lèvre inférieure, du côté droit, un bouton qui quelques jours plus tard s'accompagna d'un gonflement sous-maxillaire du même côté.

Le 2 août, ulcération de la lèvre inférieure, côté droit, près du bord libre. Sa largeur est celle d'une pièce de 50 centimes environ ; son fond est grisâtre, ses bords sont saillants, sa base est fortement indurée. Engorgement sous-maxillaire, dur, indolent des deux côtés ; rien dans les ganglions cervicaux et autres. Pas d'autre ulcération. Douleurs péri-orbitaires, roséole, plaques muqueuses naissantes sur le pilier antérieur du voile du palais (côté gauche) ; érythème du voile.

Traitement. — Une pilule de proto-iodure de 5 centigr. ; cérat opiacé pour panser l'ulcération.

Le 2 septembre, 2 pilules. L'ulcération de la lèvre est cicatrisée.

Le 1er décembre, plaques muqueuses labiales.

Le malade est revenu plusieurs fois depuis à la consultation de l'hôpital réclamer des soins pour des plaques muqueuses très-rebelles, situées sur les amygdales et les piliers du voile du palais.

Obs. II. — B. (Jules), vingt ans, tailleur, bonne constitution, eut, il y a un an (juin 1856), une blennorrhagie et quelques ulcérations sur le gland. Ces accidents disparurent au bout de trois semaines, sous l'influence de lotions faites avec de l'eau fraîche. Ce fut alors que le malade, qui n'avait pas eu de rapports sexuels depuis un an, obtint les dangereuses faveurs de la fille J... Quinze jours après, le malade vit apparaître sur la lèvre supérieure, du côté gauche, une ulcération qui dix jours plus tard était diagnostiquée chancre simple par M. Maisonneuve. Ce chirurgien fit une cautérisation et l'envoya à l'hôpital du Midi. Le malade nie les rapports *ab ore*. Pas de coït depuis l'apparition de l'accident buccal.

Le 20 août, état actuel : ulcération située sur la lèvre supérieure du côté gauche, ayant une forme arrondie, de 8 millimètres de diamètre environ, en voie de réparation dans sa moitié inférieure. La partie supérieure de sa surface est recouverte d'un enduit grisâtre ; sa base est indurée. Adénopathie sous-maxillaire gauche, dure, indolente ; quelques vésicules d'herpès sur la face externe du prépuce. Aucune trace de chancre sur les organes génitaux et les régions voisines. Dans les aînés quelques ganglions indolents que le malade dit avoir toujours portés ; un ganglion cervical postérieur, situé à gauche, mais remontant à une époque antérieure à celle de l'apparition du chancre. Alopécie, surtout marquée depuis huit jours ; céphalalgie temporale, surtout à gauche ; pas d'éruption cutanée.

Le malade est mis en observation. M. Ricord prescrit de simples lotions de vin aromatique sur l'ulcération.

Le 10 septembre, le malade présente une roséole au début ; quelques jours après, l'éruption se caractérise et un traitement mercuriel est prescrit.

Obs. III. — L... (Gustave), 24 ans, tempérament sanguin, a contracté une blennorrhagie en 1853. Depuis cette époque pas d'accidents vénériens. Vers le 1er mai 1857, le malade dit avoir eu, à huit jours d'intervalle, des relations avec la même femme ; pas de coït consécutif. Coït antérieur, remontant à trois mois. Les rapports *ab ore* sont niés par le malade.

Le 26 juin, état actuel : deux petites ulcérations presque cicatrisées, ayant leur siége sur le bord de la lèvre inférieure, à égale distance de la ligne médiane. La base de ces ulcérations est indurée, mais leur aspect rappelle plutôt le chancre mou à la période de réparation. Adénopathie sous-maxillaire, dure, indolente, plus marquée à droite qu'à gauche ; adénopathie cervicale postérieure, roséole. Pas de traces d'ulcération sur les organes génitaux ; rien dans les aines. — Traitement mercuriel.

Obs. IV. — N..., 21 ans, sergent de ville, tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital du Midi le 25 août 1857, salle 1re, no 22. En 1854, première blennorrhagie qui dure cinq ou six mois, traitée seulement par des injections. En 1856, au mois d'août, deuxième blennorrhagie.

Jusqu'au mois de mai 1857, pas de nouvel accident. Apparition à cette époque d'une ulcération située sur la lèvre supérieure, vers la partie médiane. Le malade avait eu des relations avec plusieurs femmes depuis quelque temps ; il nie tout rapport anormal. Cette ulcération mit deux mois environ à se cicatriser, mais six semaines après, le malade fut pris de céphalalgie, et ses cheveux commencèrent à tomber. Il réclama alors les soins d'un médecin qui lui fit prendre des pilules dont il ignore la composition.

État actuel : ulcération de la lèvre supérieure, cicatrisée, induration persistante, adénopathie sous-maxillaire dure, indolente des deux côtés, adénopathie cervicale postérieure gauche peu marquée, aucune trace d'ulcération sur les organes génitaux et les régions voisines, quelques ganglions iodolents dans l'aine droite, plaques muqueuses des amygdales.

Le 26 août, une pilule proto-iodure de 5 centigr.

Le 7 septembre, roséole au début. — Le traitement mercuriel est continué.

Pas de nouvel accident jusqu'à la sortie.

Obs. V. — B... (Adrien), 32 ans, commis, bonne constitution, entre le 12 mars 1857 dans le service de M. Ricord.

Blennorrhagie il y a trois ans ; pendant deux ans et demi, pas d'accidents vénériens. Le malade raconte qu'il reçut, il y a quatre mois, sur la face interne de la lèvre inférieure un coup d'ongle qui occasionna une petite plaie. Le jour même, il exposa cette plaie à une contagion directe ; deux jours après, apparaît une vésicule blanche, entourée d'un cercle rouge sur le siége de la fissure ; bientôt la vésicule se crève et laisse à sa place une ulcération qui se creuse rapidement en donnant beaucoup de pus ; la largeur de cette ulcération était environ celle d'une pièce de 20 centimes. Le malade alla réclamer des soins d'un médecin qui fit une première cautérisation le huitième jour, et une seconde deux jours plus tard ; celle-ci coïncida avec le développement d'un engorgement sous-maxillaire du côté droit, engorgement qui, d'ailleurs, reste complétement indolent. Douze jours après l'époque de la contagion, apparition d'une autre ulcération, siégeant sur le menton du côté droit. Cette ulcération s'élargit, se recouvrit d'une croûte, resta quelques semaines stationnaire, puis se cicatrisa.

Etat actuel : cicatrices situées sur la face interne de la lèvre inférieure et sur le menton ; induration persistante sous la base de l'une et l'autre cicatrice ; adénopathie sous-maxillaire très-prononcée à droite ;

adénopathie cervicale postérieure, alopécie; pas de trace d'ulcération à la verge, quelques ganglions dans les aines; plaques muqueuses des amygdales.

Le traitement mercuriel est immédiatement prescrit. Pas d'accident nouveau jusqu'à l'époque de la sortie.

Obs. VI (communiquée par M. Témoin, interne de l'hôpital du Midi). — B... (Adolphe), dix-neuf ans, appareilleur en gaz, forte constitution, entré le 15 mars 1858, salle 10, n° 17.

Ce malade a été atteint de plusieurs blennorrhagies, l'une au mois de mai 1856, l'autre au mois de juin 1857, une troisième au mois de décembre de la même année. Cette dernière dura un mois environ, et le malade dit que c'est vers l'époque qui marqua sa disparition que des chancres apparurent sur les bourses; à cette époque le malade n'était pas encore affecté de phimosis, et il aurait constaté une ulcération sur le gland. Des chancres, que l'on trouve près du limbe du prépuce, n'auraient paru, au dire du malade, que vers le 20 janvier, un mois après le coït infectant.

A l'époque de ces derniers rapports, B... s'était livré à des baisers lascifs, et il se rappelle qu'il portait alors des gerçures aux lèvres; il reconnut le chancre de la lèvre à la même époque, et il constata ceux du scrotum.

A son entrée dans le service, B... présente l'état suivant : phimosis accidentel, induration facile à sentir sous le prépuce; deux autres plaies chancreuses situées près du limbe du prépuce étant un peu indurées; autre chancre sur le scrotum du côté gauche, plaque muqueuse du scrotum à droite. Dans les aines de chaque côté, pléiades ganglionnaires bien marquées de ganglions multiples indurés, non douloureux, roulant sous le doigt.

A la partie médiane de la lèvre inférieure, on trouve une plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, à fond grisâtre, sur le même niveau que la muqueuse, et offrant une induration très-sensible. Engorgement des ganglions sous-maxillaires et auriculaires des deux côtés; rien dans les ganglions cervicaux, pas de roséole, rien dans le cuir chevelu.

Le malade est mis en traitement par la liqueur de Van Swiéten (une cuillerée par jour).

Le 27 mars, on voit paraître sur le tronc une roséole; dans la gorge, on trouve des plaques muqueuses sur les amygdales des deux côtés.

Le 31, même état. Le chancre labial est transformé en plaque muqueuse, et présente une plaque comme recouverte d'une membrane couenneuse; même aspect sur les amygdales. — Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 8 avril, le malade sort. Le chancre labial a presque entièrement disparu; celui de la verge est transformé en plaque muqueuse.

Le malade rentre le 20, même état. — Deux pilules de proto-iodure, bains alcalins.

Le 10 mai, le malade sort de nouveau; la roséole a disparu, le chancre de la lèvre est cicatrisé, mais il reste des plaques muqueuses de la gorge aussi considérables qu'auparavant.

La femme avec laquelle ce malade contracta son chancre fut ellemême atteinte d'un chancre induré qui fut cause de son entrée à Saint-Lazare. Depuis, elle y est rentrée pour plaques muqueuses de la vulve.

Voici maintenant une observation prise dans le service des prostituées à la maison de Saint-Lazare.

Obs. — Marguerite D..., fille publique depuis quatre ans. Pas d'affection vénérienne antérieure.

On constate le jour de son entrée, 14 octobre 1856, sur la lèvre inférieure du côté gauche une ulcération datant de quinze jours, au dire de la malade, et présentant les caractères suivants : les bords évidés sont irréguliers, le fond est grisâtre, purulent; les bords et la base de cette ulcération, dont la dimension est celle d'une pièce de vingt centimes environ, et les tissus circonvoisins, dans une étendue de 2 à 3 millimètres, sont fortement indurés; adénopathie sous-maxillaire gauche, dure, volumineuse, indolente; pas d'autre accident. La malade est mise à l'usage du proto-iodure de mercure, et des pansements sont faits sur l'ulcération avec une pommade mercurielle. Quinze jours après, la plaie est cicatrisée, mais il reste à la place une induration du volume d'un pois.

La malade sort le 5 novembre, ne présentant à cette époque aucun symptôme actuel de syphilis.

Dans les observations qui précèdent, les lecteurs ont facilement retrouvé les divers symptômes du chancre de la bouche tels que nous les avions décrits d'après M. le docteur A. Buzenet. Quant à la marche de la maladie, elle est en général assez lente, surtout lorsque l'accident siége sur le bord libre des lèvres : il semblerait qu'à ce niveau le travail cicatriciel soit gêné par la tension extraordinaire des tissus. Le chancre de la langue, en général plus limité, se cicatrise plus rapidement.

Il serait difficile de préciser la durée du chancre buccal; ce qu'on peut dire, c'est que cette durée est souvent longue de plusieurs mois. Toutefois, et pour corriger ce que cette évaluation a de trop général, on peut ajouter que la durée de certaines ulcérations, et notamment des ulcérations couenneuses, est bien plus limitée.

Sur la face cutanée des lèvres, l'ulcération primitive laisse le plus souvent une cicatrice, ou pour mieux dire une macule caractéristique. « C'est un stigmate tout spécial, dit M. Ricord, se présentant sous l'aspect d'une tache arrondie, brunâtre, sombre, bronzée; cette macule est très-persistante. Avec le temps sa coloration foncée, due probablement à une altération particulière du pigment, finit par disparaître et laisse une tache blanchâtre qui n'a plus de signification particulière. » Sur la muqueuse, la cicatrice, en général, est encore moins marquée. Après un certain temps on peut même dire qu'elle s'efface absolument, de telle sorte que l'œil le plus attentif ne peut en découvrir aucun vestige.

Les faits qui ont été rapportés ici et ceux qui ont été publiés par d'autres auteurs, établissent d'une manière bien évidente quel est le pronostic que l'on peut porter lorsqu'on rencontre dans la pratique un chancre de la bouche. On a pu constater régulièrement ou bien des accidents secondaires, ou lorsque l'on n'a pas pu poursuivre l'observation, les premiers symptômes qui annoncent à coup sûr une infection constitutionnelle, à savoir l'induration et l'adénopathie caractéristique.

Il nous reste encore à examiner une question de la plus haute importance, et sur laquelle M. A. Buzenet a appelé l'attention des médecins d'une façon toute particulière, nous voulons parler du diagnostic différentiel du chancre de la bouche. Ce sera l'objet d'un prochain article.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 octobre 1858. — Présidence de M. Despretz.

Traitement de l'angine couenneuse. — M. Bouchut expose une nouvelle méthode de traitement de l'angine couenneuse par l'amputation des amygdales.

Frappé de l'insuffisance des médications tentées jusqu'ici contre l'angine couenneuse, M. Bouchut a imaginé une nouvelle méthode de détruire cette maladie redoutable, qui est souvent le point de départ du croup.

S'il assiste au début de la maladie, il fait l'amputation des amygdales sans se préoccuper de la reproduction des fausses membranes sur la surface de section, accident imaginaire qui n'a jamais eu lieu sur ses opérés. Quatre fois déjà la nouvelle méthode a été mise en pratique, et les quatre enfants ont été complétement guéris sans accident consécutif à l'opération. Dans tous ces cas, la surface coupée a offert les caractères d'une plaie simple se cicatrisant au bout de quelques jours au moyen d'une production régulière de bourgeons charnus et d'une suppuration de bonne nature.

Ces faits, qui sont pour M. Bouchut le point de départ d'une théorie nouvelle de la nature des angines couenneuses, se terminent par les sept conclusions suivantes :

1° L'angine couenneuse est une maladie primitivement locale, susceptible de se généraliser en infectant l'organisme;

2° L'angine couenneuse à son début peut être arrêtée dans sa marche progressive envahissante par l'ablation des amygdales, et cette méthode constitue un moyen préventif du croup;

3° L'ablation des amygdales dans l'angine couenneuse est absolument nécessaire lorsque ces glandes sont assez fortement tuméfiées pour faire obstacle à l'hématose, et lorsque ce murmure vésiculaire respiratoire extrêmement affaibli se fait à peine entendre;

4° Il n'y a pas lieu de craindre la reproduction de fausses membranes sur la plaie des amygdales, et la nature du mal ne contre-indique pas l'opération;

5° Cette amputation n'amène pas d'hémorrhagie, et elle produit une petite saignée locale dont les résultats sont plus avantageux que nuisibles;

6° La plaie des amygdales se guérit dans ce cas à la manière des plaies simples après une suppuration de quelques jours;

7° Pour réussir, cette méthode ne doit être employée que dans le cas où l'angine couenneuse existe seule et sans complication de fausses membranes dans le larynx.

Des papilles de la langue. — M. Beau définit les papilles de la langue de petites éminences variables pour le nombre, la forme et le volume, qui existent sur la face supérieure de la langue, et qui s'y voient à l'œil nu.

Il les distingue en deux ordres. Les unes sont constituées par l'épiderme ou mieux par l'épithélium de la membrane muqueuse de la langue; tandis que les autres font corps avec le chorion de cette membrane. Il appelle les premières, papilles *épithéliales* ou *inorganiques*, et les secondes, papilles *muqueuses* ou *organiques*.

1° Les papilles épithéliales, appelées encore *coniques* par les auteurs, forment par leur assemblage cette espèce de gazon qui recouvre la plus grande étendue de la face supérieure de la langue, et qui souvent, surtout le matin à jeun, est coloré en blanc jaunâtre par un enduit plus ou moins apparent.

Ces papilles, vues au microscope, présentent des formes bien différentes. Elles sont coniques, ou cylindriques, ou filiformes, ou pyramidales, ou ovales, etc. Elles se terminent toutes à leur extrémité libre par une disposition de fleur éclose, qui leur a fait donner le nom de *corolliformes* par M. Sappey.

Ces papilles sont épithéliales ou inorganiques, parce que dans certaines maladies de la langue, comme dans la scarlatine, elles tombent toutes, pour se reproduire dans la convalescence; parce que, chez certains individus qui les ont très-longues, on peut les couper sans douleur, sans perte de sang et sans diminuer la sensibilité de la langue.

Ces papilles épithéliales sont plus longues et apparentes chez les vieillards que chez les enfants, chez les hommes que chez les femmes. Elles ont leur summum de longueur à la partie médiane et postérieure de la langue.

2° Les papilles *muqueuses* ou *organiques*, à l'inverse des précédentes, ne sont pas caduques, sont sensibles à la section, et donnent du sang quand elles sont lisses.

Elles se présentent sous l'aspect de petits mamelons rouges, qui ont deux formes différentes, d'où l'on a fait les deux espèces de papilles *caliciformes* et *fongiformes*; les premières situées en V à la base de la langue; les autres, plus nombreuses, occupant les 4/5 antérieurs de la langue.

Les papilles épithéliales et muqueuses ont entre elles les rapports suivants :

Bien que les papilles épithéliales ne croissent que dans les intervalles des papilles muqueuses, elles peuvent néanmoins cacher ces dernières en les dépassant de beaucoup. Aussi une circonstance très-favorable pour la complète observation des papilles muqueuses est-elle la chute des papilles épithéliales, survenant, comme nous l'avons dit, dans certaines maladies; les papilles muqueuses sont alors parfaitement apparentes et mises en relief.

Les papilles muqueuses ou organiques sont seules chargées des fonctions de sensibilité.

Les papilles épithéliales ne sont pas de vraies papilles, dans le sens réel du mot. Elles ne sont pas sensibles, mais elles servent à la gustation en faisant l'office d'une houppe qui retient les liquides sapides par imbibition, et qui prolonge leur contact avec les vraies papilles disséminées dans les intervalles du gazon épithélial.

Les papilles épithéliales s'imbibent aussi des liquides de la bouche, tels que la salive, le mucus; et quand ces liquides deviennent plus épais et plus consistants, comme cela arrive dans certaines maladies, pendant le sommeil, etc., ces liquides épaissis adhèrent aux myriades de filaments qui constituent les papilles épithéliales, de manière à former ces *enduits* de la langue. C'est pour cela que ces enduits coïncident ordinairement avec un goût pâteux de la bouche.

L'enduit de la langue suppose donc toujours l'existence des papilles épithéliales. Aussi n'observe-t-on jamais d'enduit sur les bords ou à la face inférieure de la langue, parce que ces parties sont dépourvues de gazon épithélial. Par la même raison, on n'observe jamais d'enduit lorsque la langue est dépouillée passagèrement, ou complétement, ou par plaques, de ses papilles épithéliales, comme cela arrive dans la scarlatine, dans certaines glossites, et quelquefois dans la fièvre typhoïde.

Anatomie et physiologie des osselets de l'ouïe. — M. Bonnafont lit sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait :

On sait que les principaux moteurs du petit appareil contenu dans l'oreille moyenne, sont le muscle interne du marteau, ou pétro-malléal, et le muscle de l'étrier, ou pyramido-stapéal.

Mais jusqu'à présent tous les physiologistes n'ont accordé au muscle interne du marteau, que la faculté de tendre, d'une manière générale, la membrane du tympan; et plusieurs ont mis en doute que le muscle de l'étrier exerçât aucune action sur cette membrane.

Or, il résulte des expériences dont l'origine remonte à plus de vingt ans, que ces deux muscles agissent sur la membrane du tympan, et voici comment : Lorsque le muscle interne du marteau se contracte, il tire le manche du marteau en dedans et un peu en avant. D'où résulte une tension manifeste de la partie postérieure, tandis que la partie antérieure se trouve relâchée.

Un effet contraire s'observe par la contraction du muscle de l'étrier, et ce n'est que lorsque ces deux muscles se contractent ensemble que la membrane du tympan est également tirée en dedans et tendue dans toutes ses parties; ce qui se conçoit facilement, parce que la résultante de ces deux forces passe juste à l'articulation malléo-tympanale.

Si l'action de l'étrier sur la membrane du tympan peut encore être mise en doute, nous n'aurions qu'à rappeler ce que M. Flourens a dit dans un mémoire publié en 1825 :

« Lorsqu'on remue le manche du marteau par le tympan, on voit à travers une petite ouverture faite à la membrane, la platine de l'étrier qui se meut, et réciproquement; quand par cette petite ouverture on remue la platine de l'étrier, on voit le manche du marteau et le tympan se mouvoir. »

Quelques physiologistes considèrent les osselets de l'ouïe et la membrane du tympan comme n'étant qu'à l'état rudimentaire, et entièrement inutiles à l'audition. Itard, qui peut faire autorité dans pareille matière, réfute complétement une semblable opinion, et considère le petit appareil locomoteur de l'oreille moyenne non comme un rudiment, mais comme étant dans le plus parfait développement nécessaire au mécanisme de l'ouïe. Son intégrité paraît si nécessaire au sens auditif, que du moment où il y survient quelque altération, celle-ci est toujours suivie d'un dérangement dans la perception des sons.

Telle est aussi notre opinion, que nous sommes heureux d'appuyer par les expériences très-curieuses que nous avons trouvées, il y a peu de jours, dans un mémoire que M. Flourens a publié en 1825.

M. Bonnafont conclut de son mémoire :

1° Que la membrane du tympan, au lieu d'un simple mouvement de tension et de relâchement généraux, éprouve des tensions et des relâchements partiels, sous l'influence des muscles pétro-malléal et pyramido stapéal;

2° Que ces deux muscles constituent les seules puissances actives des mouvements du tympan et de la chaîne des osselets, et qu'ils sont antagonistes quant à la partie de la membrane qu'ils tendent séparément;

3° Que cette membrane peut bien vibrer, sous l'influence des sons qui viennent la frapper, mais qu'elle ne peut les transmettre aux parties plus profondes de l'oreille, sans subir des degrés de tension ou de relâchement par l'action de ces muscles;

4° Que, bien que l'intégrité du tympan ne soit pas absolument nécessaire à l'audition simple, sa lésion entraîne toujours une aberration dans la perception des sons;

5° Que, dans les perforations de sa partie antérieure, l'oreille est moins accessible aux notes graves, tandis que le contraire s'observe, pour les tons aigus, dans les mêmes lésions de la partie postérieure;

6° Que les osselets de l'oreille moyenne ne sont pas absolument indispensables au mécanisme de l'ouïe, pourvu toutefois que l'étrier seul soit resté intact et à sa place;

7° Que la chute de l'étrier, en livrant passage aux liquides contenus dans le vestibule et le labyrinthe, entraîne toujours la surdité, et avec une rapidité qui est en rapport avec celle que le liquide a mise à s'écouler. (Cette conclusion est entièrement conforme à celles que M. Flourens a déduites de ses expériences sur les oiseaux);

8° Que, dans ce cas, si l'oreille a conservé un peu d'audition, elle sera bien sensible au moindre bruit, mais elle aura perdu toute aptitude à recevoir l'impression simultanée de plusieurs sons;

9° Que les conditions nécessaires à une bonne oreille musicale doivent résider, abstraction faite de l'intelligence, dans un accord parfait entre l'articulation malléo-tympanale d'une part, la membrane du tympan et ses muscles moteurs de l'autre;

10° Que les examens faits sur plusieurs chanteurs émérites, m'ont démontré que le tympan était chez eux disposé de manière à recevoir également et directement les sons sur toute sa surface;

11° Que la direction oblique et très-inclinée de cette membrane, par rapport à l'axe du conduit auditif, constitue une disposition vicieuse qui, en affaiblissant l'ouïe, rend l'oreille très-rebelle à certains sons.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 127. — JEUDI 28 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 127. — JEUDI 28 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 27 octobre 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous sommes à Caracas, dans la république de Venezuela. Un chirurgien de cette ville, — chirurgien instruit, on ne saurait en douter, car il remplit à la fois les fonctions de recteur et de professeur de médecine à l'université, et habile, c'est ce qu'attestent ses collègues — pratique l'extraction de la glande parotide dégénérée. Cette opération est faite, d'après la relation publiée par un témoin oculaire, sans que l'artère carotide externe ni le nerf facial aient été lésés ; mais la veine jugulaire interne a été intéressée, et l'opérateur a dû obvier aux conséquences de cette lésion en pratiquant une ligature latérale qui a réussi.

Il y a dans ce peu de mots trois faits tellement insolites, ablation de la parotide sans lésion de l'artère carotide externe et du nerf facial, lésion de la veine jugulaire interne, ligature de ce vaisseau sans aucun accident, que la relation de cette observation devait naturellement soulever des doutes. Elle fit plus ; elle produisit une sensation profonde et une division complète entre les membres du corps médical de Caracas : professeurs de l'université, membres de l'Académie des sciences physiques et naturelles, prirent part à la querelle, les premiers soutenant les affirmations de leur collègue, les seconds contestant la réalité des faits avancés en se fondant sur leur impossibilité.

Une circonstance pouvait jusqu'à un certain point expliquer les causes d'une aussi profonde dissidence, et enlever au fait lui-même ce qu'il paraissait avoir de merveilleux, tant il était exceptionnel. L'observation avait été rédigée par un étudiant en médecine, que l'on pouvait supposer assez peu expérimenté pour avoir commis des erreurs ou des confusions dans la relation du fait. C'était la version accueillie par les rédacteurs d'un journal de la localité, amis du chirurgien, devenus plus tard ses plus ardents contradicteurs dans cette question. En serait-il des amis en chirurgie à Caracas, comme des amis de Paris ?... Toujours est-il que M. Michelena, c'est le nom du chirurgien, ayant accepté comme exacte la relation de l'opération, la querelle s'envenima au point que le débat fut un instant réduit à ce dilemme : ou que le chirurgien était un imposteur, ou que ses adversaires étaient des calomniateurs... D'où l'on voit que les dialectes seuls changent, mais que le fond du langage ne change pas suivant les latitudes.

Mais jetons un voile sur les personnes, et n'envisageons que les faits. Il y avait là au fond une question chirurgicale du plus haut intérêt et bien digne, abstraction faite de tout autre mobile, d'occuper les corps savants de la capitale de la république de Venezuela ; et ce n'est pas sans un sentiment de satisfaction que nous constatons que, si les passions des hommes sont partout les mêmes, l'amour de la science et des progrès de notre art n'est pas moins vif au Venezuela qu'à Londres ou à Paris. Bref, l'Académie de Caracas, à cette occasion, mit à l'ordre du jour la discussion de ces deux questions :

« Peut-on pratiquer l'extirpation complète de la glande parotide, sans intéresser le nerf facial et l'artère carotide externe ?

» Existe-t-il dans les fastes de la chirurgie quelques faits authentiques de ligature totale ou partielle de la veine jugulaire interne, pour une division totale ou partielle de son calibre, dans la partie de son trajet comprise entre la base du crâne et le niveau de l'angle de la mâchoire inférieure ? Cette ligature est-elle praticable sur l'homme vivant avec facilité et sécurité ? »

Nous ignorons si l'Académie de Caracas est aussi fertile en discussions que la nôtre ; mais ce qui paraît certain, c'est qu'elle n'est pas plus féconde en solutions. La question sortie indécise du sein de l'Académie, paraît, en effet, avoir repris le chemin de la presse où elle s'est engagée de nouveau sans aucune issue possible, et en s'envenimant de plus en plus, comme on a pu le voir.

Pour sortir de cette difficulté, l'université de Caracas, son recteur en tête, ce même M. Michelena, si activement mis en cause dans cette question, a décidé qu'elle soumettrait le débat à l'Académie impériale de médecine de Paris.

On vient de voir ce qui se passait aux mois d'avril et mai de l'année dernière au Venezuela. Revenons maintenant à Paris, et racontons ce qui s'est passé hier à cette occasion.

L'Académie, consultée par voie ministérielle, a chargé une commission d'examiner la question. Tel est le sujet du rapport que M. Malgaigue a lu bier, et qui a captivé pendant plus d'une heure l'attention et l'intérêt de l'assistauce.

C'est assurément un grand honneur pour notre Académie d'être ainsi choisie pour arbitre dans les débats scientifiques qui peuvent diviser les corps savants des pays lòinlains. Mais à combien de périls son autorité ne serait-elle pas exposée si elle devait se constituer juge de dissentiments dans lesquels l'honneur et la réputation des individus sont en jeu, ou se prononcer sur le mérite de telle opération ou l'opportunité de tel traitement, alors qu'il lui serait presque toujours impossible de réunir les éléments les plus indispensables d'un jugement motivé. Aussi la commission a-t-elle sagement commencé par résigner un aussi dangereux honneur. Mais après avoir déclaré qu'elle ne s'occuperait ni de l'exactitude de la relation, ni de la réalité des faits qui en sont l'objet, ni de l'habileté de l'opérateur, ni du mérite du narrateur, elle a embrassé avec d'autant plus d'ardeur les questions générales soulevées par ce fait, qu'elle les avait plus complétement dégagées de toute personnalité.

Ces questions, formulées plus haut, sont celles qui ont été posées par l'Académie de Caracas, savoir : S'il est possible de pratiquer l'extirpation complète de la glande parotide sans léser la carotide externe et le nerf facial ; s'il existe des exemples de ligature totale ou partielle de la veine jugulaire externe dans les points indiqués, et si cette ligature est praticable avec sécurité ?

Une fois sur ce terrain, on devine assez le parti qu'a su en tirer M. Malgaigne, chargé de tenir la plume et de porter la parole au nom de la commission. Grâce à l'inépuisable érudition chirurgicale et au talent critique qu'il a mis à son service, l'Académie a vu dans un instant se dérouler sous ses yeux tous les éléments anatomiques et tous les éléments cliniques de la question, si bien qu'à la fin du rapport chacun la possédait tout entière et était à même de formuler les réponses demandées. Aussi n'est-ce pas sans quelque surprise que nous avons vu présenter quelques timides objections aux conclusions du rapport, et adresser au rapporteur des questions auxquelles il lui était impossible de répondre. L'Académie l'a si bien senti, qu'elle a passé outre sur les modifications proposées et voté les conclusions textuelles du rapport.

Quand on voit nos académiciens s'exécuter de si bonne grâce pour les rapports qui leur sont demandés par l'autorité, on se prend à regretter, au risque de paraître indiscret à leurs yeux, que de semblables demandes ne leur soient point faites plus souvent. Nous signalerions volontiers à ceux de nos confrères qui peuvent être désireux de connaître l'opinion de l'Académie sur tel point de science ou de pratique, le procédé auquel vient d'avoir recours M. le docteur Auzias-Turenne, enfant terrible qui, après avoir jeté plusieurs brandons de discorde au sein du savant aréopage, va aujourd'hui le contraindre par voie administrative à soulever une question grosse d'orages. Cette question est, il est vrai, une de celles sur lesquelles il importe le plus aux praticiens et aux

FEUILLETON.

De l'existence dans certaines plantes d'un principe colorant vert, complétement distinct de la chlorophylle. — La vipère cornue (1).

On sait depuis longtemps déjà que la coloration verte des feuilles est due à la présence d'une matière solide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, les acides sulfurique et chlorhydrique, et précipitée de ces dissolutions par l'eau. Cette matière, qui ne se trouve qu'en petite quantité dans les feuilles, a reçu le nom de *chlorophylle*.

M. Verdeil vient d'instituer de nouvelles analyses chimiques des végétaux et annonce l'existence d'un nouveau principe colorant vert complétement distinct de la chlorophylle.

La partie charnue des capitules des fleurs, non encore développées, ou tête de chardon ou de l'artichaut, est parfaitement incolore, blanche. Si on la fait bouillir dans de l'eau et qu'on exprime par la pression le suc du végétal, on obtient un liquide incolore que le contact de l'air ne modifie pas. Mais si l'on ajoute quelques gouttes d'une dissolution de carbonate de soude ou d'eau de chaux, on voit la surface du liquide se colorer, au bout de quelque temps, en vert, et en agitant la liqueur pour rendre plus intime le contact de l'air, la masse entière du liquide se colore au bout de quelques heures en vert foncé. Lorsqu'il y a en présence un excès de la base, la couleur du liquide est d'un vert tirant sur le jaune ; mais par l'addition d'un peu d'acide acétique, la couleur jaune disparaît et le liquide devient d'un vert bleu qui est sa nuance normale.

L'alun, l'acétate de plomb, le deutoxyde d'étain précipitent la liqueur et forment des laques, différant de ton, mais toutes d'un beau vert foncé. Ces laques, séparées du liquide par la filtration et desséchées, conservent leur nuance et résistent à l'action de la lumière. Le protoxyde d'étain forme un précipité jaune ; il colore également en jaune les laques vertes d'alumine et de plomb.

M. Verdeil a isolé le principe immédiat colorant par le procédé suivant.

La laque formée par l'acétate de plomb est décomposée par de l'acide sulfurique étendu dans beaucoup d'alcool à 40 degrés, la matière colorante se dissout dans l'alcool qu'elle colore en jaune brun, tandis que le plomb se combine à l'acide sulfurique. La liqueur filtrée est mélangée avec un grand excès d'éther, qui précipite la matière colorante et retient en dissolution des graisses et du tanin. Le précipité est filtré, puis lavé avec de l'eau. Le principe colorant isolé de cette manière, et desséché, est d'un brun-jaunâtre ; il se décompose par l'action de la chaleur sans se fondre ; il ne se sublime pas ; il brûle en laissant quelques traces de cendres. Il est formé des éléments : carbone, hydrogène, oxygène et azote. Il est insoluble dans l'eau et dans les acides, peu soluble dans l'alcool : il se dissout très-facilement dans les alcalis, le carbonate de soude, l'eau de chaux, qu'il colore en vert : une très-petite quantité d'une base suffit pour le rendre soluble dans l'eau ; il forme alors des dissolutions d'une belle couleur verte, semblable à celle qui s'était développée dans l'extrait primitif où la laque de plomb a été formée. Les acides acétique et chlorhydrique ne modifient pas le principe immédiat, mais, ajoutés en excès à une dissolution du principe colorant vert alcalin, ils font virer la couleur au rouge peu intense et la précipitent. L'acide sulfurique concentré dissout le principe immédiat avec une belle couleur rouge. Les alcalis en excès les décomposent au contact de l'air.

Ce principe colorant est nouveau ; il ne peut être confondu avec aucun de ceux déjà connus ; il présente des propriétés physiques et chimiques qui le distinguent de toutes les autres matières colorantes. Il fait partie du petit nombre de principes colorants qui ne sont pas apparents dans le végétal d'où on les a extraits, mais qui se développent par l'oxydation au contact de l'air. Il a beaucoup d'affinité pour les mordants d'alumine fixés sur le coton, mais il ne colore pas directement la soie et la laine, tandis que presque toutes les matières colorantes teignent plus ou moins les tissus d'origine animale.

Les chardons et les artichauts de nos climats ne sont pas assez riches en couleur pour que la matière colorante qu'ils produisent puisse être utilisée dans l'industrie et les arts ; mais il est probable que ces mêmes plantes venues dans des climats plus chauds en contiennent une proportion plus notable. Les chardons et les artichauts du midi de la France sont plus riches que ceux des environs de Paris.

Toutes les parties du végétal ne renferment pas la même quantité de principe colorant : c'est la tête, avant que la fleur se soit développée, qui en renferme le plus ; lorsque la fleur est formée, il n'existe plus qu'en petite proportion. Les tiges et les feuilles de la plante sont pauvres en matière colorante.

Le principe colorant vert est très-stable lorsqu'il a été combiné à des bases sous forme de laques. L'extrait de la plante qui a verdi par l'oxydation à l'air, se décolore sitôt que la fermentation s'établit dans la liqueur, tout en restant alcalin ; la surface du liquide seule est colo-

(1) *Études sur la vipère cornue* (bicorne) *du sud de l'Algérie,* par le docteur L. T. Tisseire, aide-major au 19e bataillon de chasseurs à pied. Brochure in-8°, avec planche. Alger, chez Tissier, libraire-éditeur, 1858.

magistrats d'être fixés, car elle n'intéresse pas moins la médecine légale et la pratique médicale que la science elle-même. Il s'agit de la question de la contagion des accidents syphilitiques constitutionnels, et de l'infection réciproque des nourrices et des nourrissons. Dût-il en coûter quelque chose au repos et à la quiétude de MM. les académiciens, nous faisons des vœux pour que cette question soit mûrement examinée et discutée.

Au commencement de la séance, M. le docteur René Briau, le savant bibliothécaire de l'Académie, a lu un très-intéressant travail historique sur la médecine des anciens Indiens. Nous publierons prochainement quelques extraits de ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

D'une nouvelle méthode de traitement de l'angine couenneuse.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences dans la séance du 18 octobre 1858).

L'épidémie si meurtrière d'angine couenneuse et de croup qui, depuis trois ans, exerce ses ravages sur la population de Paris et d'un grand nombre de départements, a mis au néant la plupart des ressources thérapeutiques inconsidérément vantées par quelques médecins.

Le tartre stibié, le chlorate de potasse et le bi-carbonate de soude à l'intérieur sont aujourd'hui frappés de discrédit, et sauf les cautérisations de nitrate d'argent ou d'acide chlorydrique que beaucoup de médecins abandonnent, en raison de leur insuffisance, il ne reste plus que les applications de glycérine, les solutions et les insufflations alcalines pour combatre cette cruelle maladie. Il serait heureux qu'on puisse ajouter à ces moyens, d'une efficacité douteuse, quelque autre ressource sur laquelle on puisse compter davantage, et c'est dans ce but que j'ai eu l'idée de recourir, comme nouvelle méthode de traitement, à l'amputation des amygdales dès le début de la maladie.

Les dangers de l'angine couenneuse sont, comme on le sait :

1° La suffocation par le gonflement des amygdales;

2° L'extension de la maladie au larynx, de manière à former le croup;

3° La généralisation du mal et l'infection de l'organisme par des productions couenneuses multiples.

Deux de ces terminaisons peuvent être conjurées par cette opération si on l'emploie à propos dès l'apparition de la pellicule couenneuse des amygdales. Ce sont les deux premières. Quant à la troisième, elle est évidemment au-dessus de toutes les ressources de la science, puisque nous ne connaissons pas l'agent spécifique des maladies couenneuses.

L'amputation des amygdales me paraît appelée à rendre de grands services dans le traitement de l'angine couenneuse encore limitée aux amygdales. Si j'en puis juger par quatre opérations suivies de succès, c'est un moyen expéditif de guérison radicale infiniment supérieur à tous les modes de traitement employés jusqu'ici; c'est de plus un moyen préventif du croup. Son exécution est facile, et le toussillotome de M. Mattbieu doit le rendre usuel. Il n'a pas d'inconvénients, et ceux qu'on pouvait craindre par avance, tels que l'hémorrhagie ou la reproduction des fauses membranes sur la surface coupée des amygdales, ne se sont pas encore montrés. Je ne lui connais que des avantages, dont le plus faible suffirait pour lui servir de recommandation.

En effet, la petite saignée locale qui suit l'amputation, l'enlèvement de deux grosses amygdales recouvrant l'ouverture supérieure du larynx, et enfin l'ablation du germe infectieux faussement appelé diphthéritique sans reproduction consécutive, me paraissent dignes de fixer l'attention des médecins. Désarmés que nous sommes encore contre cette maladie envahissante, qui fait de si cruels ravages dans la population, c'est une nouvelle ressource qui n'est pas à dédaigner.

Quatre fois déjà j'ai amputé les amygdales au début de l'angine couenneuse, et mes malades ont tous guéri, sans aucun accident lié à l'opération. Ils se sont trouvés du même coup guéris de leur angine aiguë et de cette hypertrophie chronique des amygdales, occasion de tant d'accidents chez les enfants et pour laquelle on est souvent obligé de faire cette opération.

1° L'amputation des amygdales dans l'angine couenneuse occasionne la déplétion du système sanguin de l'arrière-bouche, et donne lieu à une petite saignée locale, qui n'est jamais assez forte pour affaiblir les enfants. Au contraire, cette saignée diminue notablement l'éréthisme vasculaire de la muqueuse buccale et produit le meilleur effet contre l'élément inflammatoire de la maladie.

2° Il arrive quelquefois qu'une hypertrophie aiguë récente ou qu'une hypertrophie chronique des amygdales accompagne l'angine couenneuse.

Chez ces malades, et l'observation deuxième en est la preuve, les amygdales se touchent par leur face interne, couverte de fausses membranes, et la luette, enveloppée comme un doigt de gant par la fausse membrane, repose sur les tonsilles, à la manière de la verge sur le scrotum. Il en résulte une gêne considérable de la déglutition, de la respiration et de l'hématose qui est à demi empêchée. Les enfants ne peuvent boire, et ils restent la bouche béante, en respirant avec un bruit naso-guttural très-prononcé; leur visage est rouge, plus ou moins fortement vultueux, et ils sont menacés d'une asphyxie prochaine. L'auscultation laisse entendre le bruit respiratoire, et dans l'un des cas que j'ai observés, le murmure vésiculaire absent se trouvait remplacé par un faible *bruissement de coquille* à peine saisissable. Cela se comprend, puisque l'arrière-bouche est complétement remplie par des amygdales énormes fermant à peu près l'ouverture supérieure du larynx. Dès que l'on a enlevé ces glandes, le murmure vésiculaire revient, et l'auscultation ne laisse aucun doute à cet égard. C'est ce que j'ai une fois constaté avec mes élèves, d'une façon aussi nette que possible (voir l'observ. IIe).

3° Chacun sait avec quelle facilité l'angine couenneuse, dans sa marche envahissante, produit le croup. C'est un fait que les observations de chaque jour ont aujourd'hui rendu vulgaire, et c'est pour ce motif qu'avec raison l'angine couenneuse inspire au médecin comme aux familles une si grande terreur. L'amputation des amygdales a, dans ce cas, l'avantage radical d'enlever toute la lésion avant que son principe ait infecté l'organisme et que le mal ait eu le temps de se généraliser. Elle substitue à une phlegmasie de mauvaise nature, dite *spécifique* par les uns, *diphthéritique* par les autres, une phlegmasie traumatique qui suit la marche ordinaire des plaies de l'amygdale. Faite assez à propos, elle enlève jusqu'aux racines de la maladie dont elle suspend la marche ordinaire; et sur les quatre enfants que j'ai ainsi opérés, je puis dire qu'elle a été le moyen préventif du croup. C'est une opération à faire au début de l'angine. Au contraire, à une période avancée de la maladie, lorsqu'il y a coryza et croup, elle n'a plus que l'avantage de faciliter la respiration en débarrassant le pharynx et l'ouverture supérieure des voies aériennes; mais elle ne saurait retarder la marche fatale des accidents morbides.

4° On pouvait craindre qu'une amputation des amygdales faites dans ces conditions, pour une maladie que nous sommes habitués à considérer comme le résultat d'une maladie générale, ne fût suivie de la réapparition des fausses membranes sur la surface mise à nu; et ce fut ma plus grande préoccupation la première fois que je me trouvai forcé de pratiquer cette opération. Il n'en a rien été. L'enfant fut débarrassé de deux amygdales énormes couvertes de fausses membranes, et guérit sans qu'il se reproduisît de concrétions pelliculaires sur la surface coupée. Pareil résultat a été constaté dans les trois autres opérations, et ce n'est pas la moins curieuse des particularités de la nouvelle méthode. C'est un fait auquel il n'y a rien à opposer, et dont l'importance nosologique ne saurait être méconnue. En effet, il s'y rattache une question de nature des angines couenneuses qui n'est pas sans intérêt.

Pour M. Bretonneau, les phlegmasies couenneuses, ce qu'il appelle à tort la diphthérie, sont des maladies primitivement générales, diathésiques, et plus ou moins toxiques, suivant les sujets; pouvant rester fort longtemps stationnaire et guérir, mais donnant ordinairement lieu à un empoisonnement mortel. C'est là une erreur qu'il faut combattre, et ce pronostic de la diphthérie empreint d'une grande exagération, est évidemment contraire à toute observation clinique.

L'angine couenneuse est une phlegmasie spéciale, qui n'a d'abord rien de diathésique, pas plus que le charbon, la pourriture d'hôpital, le chancre, la pustule vaccinale, l'inoculation variolique, une grande surface de suppuration, etc.

C'est une inflammation spécifique locale, d'abord limitée à un seul tissu, et sécrétant un produit morbide susceptible d'empoisonner l'organisme. De même que le pus des grandes solutions de continuité et des grandes plaies, engendre le pus, et devenant infectieux, occasionne la fièvre hectique; de même que la phlegmasie charbonneuse occasionne de nouveaux *charbons* sur divers points de l'organisme; de même que l'épithélium, accumulé dans un tissu, devient avec le temps l'origine d'une diathèse épithéliale avec empoisonnement de toute l'économie; de même qu'une production cartilagineuse accidentelle d'abord locale engendre une diathèse chondroïde; de même aussi le muco-pus et la fibrine sécrétés dans des conditions spéciales par une surface muqueuse ulcérée constituent d'abord une lésion locale, qui devient souvent le point de départ d'une *infection générale* de l'économie. Les virus sont également dans ce cas, le chancre, la pustule variolique inoculée, la plaie rabique ou morveuse, etc., sont des lésions locales donnant lieu à une sécrétion viciée dans laquelle se trouve un produit infectant. Le pus du chancre, de la morve et de la variole, sont les mêmes, sauf ce ferment inconnu que nous n'avons jamais pu saisir, qu'on appelle *virus*, c'est-à-dire le produit infectant. Ce n'est que plus tard, et si on donne le temps à l'absorption de s'accomplir, que l'empoisonnement a lieu. Enlevez à temps la lésion locale primitive, et le germe infectant détruit sur place n'aura aucun effet sur l'organisme. C'est ce que l'on fait tous les jours pour le chancre, pour les plaies rabique ou morveuse, pour la pourriture d'hôpital, etc.

Mieux éclairés sur la nature de l'angine couenneuse limitée aux amygdales, on pourra le faire à son début et par l'amputation de ces glandes, détruire la maladie sur place. La preuve qu'il en est ainsi, c'est qu'après cette ablation le mal ne se reproduit pas sur la surface coupée, ce qui aurait infailliblement lieu si la maladie était générale.

La première malade affectée d'angine couenneuse à laquelle j'ai fait l'ablation des amygdales se nommait Bellanger, et coucha, le 4 janvier 1856, au n° 12 de la salle Sainte-Marguerite. C'était une fille de quatre ans, malade depuis trois jours, et traitée sans succès à l'hôpital, dans mon service, par des vomitifs et par les cautérisations d'acide chlorhydrique. Après une amélioration momentanée, les fausses membranes reparurent sur les amygdales hypertrophiées, en même temps que la fièvre, le gonflement des ganglions cervicaux et un coryza ulcéreux. L'enfant étouffait, et chaque quinte de toux était accompagnée d'un violent accès de suffocation. On entendait à peine le murmure

---

rée. La couleur reparaît immédiatement au contact de l'air, aussi rapidement que dans l'indigo désoxydé. On a pu ainsi conserver depuis plus de deux ans des liquides dans lesquels la couleur verte se développe encore par l'oxydation au contact de l'air.

— Après la communication du savant dont le nom est si intimement lié à la chimie médicale, voici venir du fond de l'Algérie un confrère de l'armée qui nous présente ses *Études sur la vipère cornue (bicorne) du sud de l'Algérie*. Au-dessous de ce titre nous lisons une petite épigraphe bien courte, mais qu'aucun écrivain ne devrait perdre de vue : *Un livre doit être un bienfait*. Cette pensée si bonne et si juste nous rend déjà sympathique celui qui place son livre sous cette égide.

Qu'est-ce donc que la vipère bicornue, et quel peut être son rapport avec notre curiosité de médecin ?

Au sud de l'Algérie, on trouve en assez grande abondance une vipère de petite taille, ressemblant assez à ses congénères, mais présentant de plus, au-dessous des sourcils, deux petits appendices qui lui ont valu son nom de bicorne. Le dessus du corps est d'une couleur jaunâtre revêtue par des taches vertes et brunes en petites bandes transversales et longitudinales. Mais à mesure que la peau devient ancienne, on la voit prendre une teinte terreuse. Le dessous du corps est blanc à teinte azurée, ce qui rend l'animal assez agréable à voir quand il est couché sur le dos.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer maintenant dans l'étude anatomique de cette vipère, renvoyant les amateurs au livre de M. Tisseire. Nous le ferons même d'autant plus volontiers que ce sera fournir aux médecins-naturalistes une lecture des plus agréables. Il ne nous est pas possible de reproduire, dans le court espace qui nous est réservé, les détails pleins d'intérêt que notre confrère nous livre sur les mœurs, les habitudes de la vipère bicorne, un des serpents les plus venimeux qu'on connaisse.

M. Tisseire a étudié son venin. On sait le mécanisme par lequel l'animal introduit le poison dans les plaies produites par les morsures. C'est un liquide jaune citrin, quelquefois safrané, ayant un reflet oléagineux, et laissant sur le linge des taches assez semblables à celles qui sont formées par le sperme, mais plus jaunâtres. Notre confrère a pu s'assurer que ce venin avait de l'action sur les animaux à sang froid, opinion controversée, et que par conséquent la vipère pouvait être détruite par son propre poison.

Cependant, à conditions égales, les animaux à sang chaud ont plus à craindre l'effet du venin. Tantôt la mort est foudroyante, et tantôt l'agonie est plus ou moins prolongée.

Dans le premier cas, l'animal mordu présente un tremblement général, des mouvements convulsifs suivis d'affaissement et la mort survient en moins de cinq minutes (de quelques secondes à cinq minutes).

Dans le second cas, l'agitation est d'abord très-vive ; le sujet mordu court comme un fou. Mais peu à peu le calme revient, les mouvements deviennent difficiles. Horripilation, dyspnée ; le malade ne peut plus se tenir, tombe et ne bouge plus. Gonflement, asphyxie. Ces symptômes peuvent se prolonger de trente minutes à quatre ou cinq heures.

Restent les cas de guérison après gangrène plus ou moins étendue.

L'autopsie n'a jamais révélé qu'un peu d'engorgement des vaisseaux lymphatiques et le ballonnement des intestins, quand il y avait eu le gonflement signalé plus haut.

Quel traitement opposer à des accidents d'une si haute gravité ? Nous n'insisterons pas sur les moyens connus, cautérisation, succion, etc., pour en venir immédiatement à un mode tout spécial que met en œuvre M. Tisseire, et qui n'a pas encore été signalé.

Dans les régions même où la vipère est le plus abondante, on rencontre une plante connue sous le nom d'*Euphorbia Guyoniana*, qui, suivant notre confrère, est le remède qui donne les résultats les plus fidèles et les meilleurs.

Voici de quelle manière on doit employer cette euphorbe :

« Autant que possible, il faut recourir aux plantes fraîches et qui sont encore sur pied. On coupera successivement plusieurs branches de la plante et on en exprimera les gouttelettes blanches dans un vase renfermant une certaine quantité d'eau. Après que la 8e goutte sera tombée dans le liquide, on fera avaler immédiatement cette première dose au malade. On donnerait dix gouttes au lieu de huit si des accidents graves s'étaient déclarés. Une heure après, nouvelle dose de cinq gouttes. Deux ou trois heures après, une troisième dose de cinq gouttes. Dans l'intervalle, infusion stimulante et sudorifique avec quelques gouttes d'acétate d'ammoniaque. Si les accidents persistaient, deux autres potions à cinq gouttes, à l'intervalle l'une de l'autre de trois heures et demie à quatre heures. Plus, serait dangereux. »

M. Tisseire propose l'extrait de cette euphorbe, quand on voyage dans ce pays, et il appuie son traitement par une observation récente.

Cet honorable médecin militaire termine son travail par les récits toujours émouvants d'un naturaliste en chasse : nous avons pris à leur lecture un réel intérêt, qui nous engage à les recommander à ceux qui aiment ces genres d'aventures.

Mais arrêtons-nous, et remercions M. Tisseire de n'avoir pas perdu de vue l'épigraphe de son livre, et d'avoir rendu par son travail un véritable bienfait aux populations et à nos confrères de l'Algérie.

Dr E. Renaud.

vésiculaire dans la poitrine, ce que j'attribuai à l'obstacle situé à l'ouverture du larynx. Craignant l'asphyxie au moment d'un accès de suffocation, je me demandais s'il ne valait pas mieux enlever une amygdale pour donner passage à l'air que de laisser périr l'enfant ou de lui faire la trachéotomie.

Bien que le premier de ces moyens renfermât quelque chose d'inconnu et n'ait pas de précédents semblables, je me décidai à y recourir. La nécessité m'en faisait une loi ; et l'enfant fut immédiatement soulagée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction des fausses membranes, et la guérison eut lieu au bout de quelques jours.

La seconde observation est celle d'une petite fille de dix ans, nommée Lucas, entrée le 19 décembre 1857, et dont l'angine couenneuse était limitée aux amygdales et à la luette. Ces glandes étaient énormes et se touchaient par leur face interne. Sur elles s'appuyait la luette, enveloppée de toute part par une fausse membrane épaisse, grisâtre, résistante. La déglutition était très-difficile et l'hématose gravement atteinte. Toute respiration vésiculaire avait cessé, et l'oreille, sur la poitrine, n'entendait que la transmission des bruits laryngés. Aussitôt après l'amputation des deux amygdales, le murmure vésiculaire se fit entendre, ce qui annonçait la perméabilité du poumon, et l'enfant parut très-soulagée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction ni d'extension des fausses membranes, et avec des vomitifs et des lotions répétées de glycérine dans le pharynx, la guérison définitive eut lieu au bout de vingt jours.

Le sujet de la troisième observation, nommée Bellard, entrée le 26 juin 1858, est une jeune fille âgée de treize ans, affectée à la fois d'angine couenneuse, de gangrène d'une amygdale et de gangrène de la luette. Arrivée à l'hôpital avec une hypertrophie médiocre de l'amygdale droite et un gonflement énorme de l'amygdale gauche accompagné d'une tuméfaction sous-maxillaire correspondante, elle avait la luette, les piliers du voile du palais et les deux amygdales couvertes de fausses membranes grisâtres, assez épaisses. L'amygdale du côté gauche offrait, en outre, une eschare noire parfaitement distincte, donnant à l'haleine une odeur gangréneuse extrêmement fétide.

L'amputation fut faite à gauche seulement, où existaient les fausses membranes et du sphacèle. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction couenneuse sur la surface coupée, qui offrit, pendant quelques jours, l'aspect d'une plaie ordinaire couverte de bourgeons charnus purulents. Une large fausse membrane fut extraite du pilier antérieur du voile du palais à gauche ; le sphacèle fit tomber l'extrémité de la luette, qui fut ainsi raccourcie de moitié ; une nouvelle eschare fut enlevée dans le reste de l'amygdale gauche, et au bout de huit jours l'enfant se trouvait en convalescence. Quinze jours après elle sortait de l'hôpital parfaitement guérie. L'amputation et l'usage consécutif des gargarisme de chlorate de potasse avaient favorisé ce résultat.

La quatrième observation est relative à une nommée Gutte, entrée le 25 septembre 1858. C'est une jeune fille de huit ans, arrivée à l'hôpital avec une hypertrophie énorme des amygdales, qui se touchaient par leur face interne, et qui étaient recouvertes par la luette chargée d'épaisses fausses membranes blanchâtres.

La déglutition était impossible et la voix gutturale à peu près éteinte. Il y avait une fièvre très-vive et engorgement considérable des ganglions et du tissu cellulaire du cou. La respiration était extrêment difficile et on entendait à peine le murmure vésiculaire. L'amputation fut faite incomplétement à droite, complétement à gauche, et la moitié de la luette tomba sous l'instrument. Pendant trois jours des gargarismes de glycérine furent mis en usage, puis on les remplaça par un gargarisme de chlorate de potasse, et l'enfant sortait de l'hôpital au bout de huit jours. La plaie résultant de l'amputation des amygdales avait présenté tous les caractères d'une plaie simple, et il ne se reproduisit point de nouvelles fausses membranes.

Cette malade a été suivie par mon collègue M. Empis.

Il résulte de ces faits :

1° Que l'angine couenneuse est une maladie d'abord locale, mais susceptible de se généraliser en infectant l'organisme ;

2° Qu'elle peut être arrêtée à son début, dans sa marche progressive envahissante, par l'ablation des amygdales, et que cette méthode constitue un excellent moyen préventif du croup ;

3° Que l'ablation des amygdales, dans l'angine couenneuse, est absolument nécessaire lorsque ces glandes sont assez fortement tuméfiées pour faire obstacle à l'hématose, et lorsque le murmure vésiculaire respiratoire, extrêmement affaibli, se fait à peine entendre ;

4° Qu'il n'y a pas lieu de craindre la reproduction des fausses membranes sur la plaie des amygdales, et que la nature du mal ne contre-indique point l'opération ;

5° Que cette amputation n'amène pas d'hémorrhagie et qu'elle produit une petite saignée locale dont les résultats sont plus avantageux que nuisibles ;

6° Que la plaie des amygdales se guérit dans ce cas comme dans toute autre circonstance, à la manière des plaies simples et après une suppuration de quelques jours ;

7° Que pour réussir, ce moyen ne doit être employé que dans les cas ou l'angine couenneuse existe seule et sans complication de fausses membranes du larynx.

OBSERVATION DE RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS,

Par M. le docteur Pingault (de Poitiers).

Le 1er septembre 1857, la femme X..., âgée de trente-six ans, était enceinte pour la cinquième fois. Ses quatre premières grossesses avaient parcouru toutes leurs périodes sans accident aucun, et avaient été terminées par des accouchements naturels et heureux.

Cette femme nous est arrivée de trente lieues (du côté d'Argenton), se disant enceinte de quatre mois et demi. Depuis un mois elle éprouvait des douleurs et des malaises insupportables, était prise d'envies d'uriner de cinq minutes en cinq minutes, et à chaque fois l'urine s'écoulait en très-petite quantité. Ayant toujours ses vêtements mouillés, elle répandait autour d'elle une odeur urineuse infecte. Les selles étaient rares et difficiles.

A l'examen du ventre, on trouvait celui-ci plus volumineux que dans l'état normal ; il offrait au-dessus du détroit supérieur, à droite, une tumeur ronde, dure, de la grosseur d'une tête d'enfant à terme. Cette tumeur offrait un peu de mobilité et ne semblait être séparée de la main du chirurgien que par la peau. Le ventre était souple dans le reste de son étendue.

En pratiquant le toucher, on ne trouvait pas le col de l'utérus, à quelque hauteur et dans quelque direction que l'on portât le doigt. Au lieu de la matrice, on sentait une surface large dirigée d'avant en arrière, laquelle ne donnait aucune impression particulière.

En appuyant fortement sur le ventre, en arrière de la tumeur dont nous avons parlé, la malade étant placée dans le plus grand relâchement, il semblait que l'on sentît dans la petite cavité du bassin une partie développée qu'on ne pouvait attribuer qu'à l'utérus.

Après l'écoulement involontaire et extraordinairement douloureux de la petite quantité d'urine que la malade produit très-souvent, nous fûmes conduits, M. le docteur Gaillard et moi, à explorer l'état de la vessie. Nous pratiquâmes donc le cathétérisme, mais cette opération fut très-difficile, parce que le méat urinaire était fortement rejeté en arrière et en haut derrière le pubis. La sonde put cependant être introduite dans le méat ; elle pénétra dans la vessie et donna issue à une grande quantité d'urine purulente, dont la sortie a considérablement diminué le volume de la tumeur placée à droite et au-dessus du détroit supérieur, circonstance qui a naturellement éclairé le diagnostic de cette tumeur en faisant penser qu'elle était formée par la vessie.

Le toucher anal a été pratiqué et a fait sentir le fond de l'utérus versé dans la concavité du sacrum, par suite d'une obliquité postérieure dans la cavité du bassin périnéal : dès lors nous avons pensé que nous avions affaire à une rétroversion de l'utérus. En conséquence, le col, qui avait échappé à nos recherches, devait être en avant, derrière la symphyse du pubis.

Dès lors, nos recherches ont été plus soutenues, et le doigt porté en avant et le plus haut possible derrière le pubis, — la malade étant placée sur les genoux et les coudes, — a enfin rencontré le col. Cette circonstance a définitivement déterminé notre diagnostic ; nous ne pouvions plus douter de la rétroversion, qui, tout en comprimant le rectum par le fond de l'utérus porté dans l'excavation du bassin, rendait le cours des selles rare et difficile, avait tiraillé le méat urinaire en haut, élevé la vessie au-dessus du détroit, et comprimait ces organes au point qu'il était survenu une inflammation du canal de l'urètre et de la vessie. Cette dernière, à cause de la compression qu'elle subissait, ne pouvait que chasser peu à peu au dehors une urine irritante et chargée de pus ; elle restait au-dessus du détroit, distendue par l'urine au point de former la tumeur en question dont il était tout d'abord si difficile d'établir le diagnostic, car on pouvait la prendre pour une maladie de l'ovaire, ou pour une tumeur d'une des autres dépendances de l'utérus, ou enfin pour l'utérus lui-même, puisqu'au toucher vaginal on ne distinguait aucune partie qui pût le faire reconnaître.

Le col ayant été saisi et accroché, a été tiré de haut en bas et d'avant en arrière, tandis que par le toucher anal le fond de l'utérus a été relevé de bas en haut et d'arrière en avant ; l'utérus a été maintenu dans cet état le plus longtemps possible. La malade est restée couchée sans se lever pendant un mois : pendant ce temps l'utérus, en se développant, est sorti de l'excavation du bassin ; il s'est élevé au-dessus du détroit supérieur et tout est rentré dans l'ordre naturel ; les urines ont repris leurs cours, la cystite s'est dissipée peu à peu ; la malade a eu une légère dyssenterie et elle est partie guérie.

Je garderai le silence sur les causes qui peuvent produire cet accident, parce qu'elles sont très-bien exposées dans les livres d'accouchements. Seulement je ferai remarquer que tout en signalant les divers désordres graves que la rétroversion entraîne, les auteurs n'ont pas insisté sur des accidents aussi tranchés du côté des organes urinaires et de leurs fonctions. Les douleurs presque incessantes que cette malade éprouvait, les cris aigus qu'elle poussait de cinq minutes en cinq minutes, et quelquefois à des intervalles moins grands lorsque l'urine s'échappait, la forme bizarre que la tumeur mobile donnait au ventre, imprimaient à cet état maladif une tournure et un cachet extrêmement remarquables, et bien dignes de fixer l'attention des praticiens.

Il y a quinze ans, j'ai eu occasion d'observer une rétroversion chez une femme qui n'était enceinte que de deux mois et demi : son âge avancé lui faisait croire que l'absence de ses règles était due à l'âge critique, et le diagnostic de la grossesse devenait alors plus difficile. Le développement de l'utérus, plus considérable que dans l'état normal, était le principal signe rationnel de cette grossesse ; mais le col était tellement porté en haut et en avant qu'on ne le trouvait pas, tandis que le fond était renversé dans la concavité du sacrum : la vessie était comprimée ; elle s'était distendue, était remplie d'urine, et la malade n'urinait que par regorgement. Il a suffi de sonder cette femme : le col, qui était très-élevé, a été abaissé pendant que le fond de la matrice a été élevé. La malade a été sondée trois fois, l'utérus s'est développé dans la nouvelle position qu'on lui avait donnée, les fonctions de la vessie reprirent leurs cours naturel, et une prompte guérison s'en est suivie.

Il était sans doute fort difficile de diagnostiquer, d'une part, une grossesse dont la malade n'avait pas conscience, et de l'autre une rétroversion ; mais le cas était cependant moins épineux que dans l'observation qui précède, car là les désordres étaient organiques, fonctionnels et chroniques, et présentaient une série de phénomènes excessivement rares et obscurs, tandis que dans le second cas, les troubles produits par la rétroversion ne consistaient qu'en un dérangement des fonctions de l'organe urinaire, et une rétention d'urine facile à saisir.

Les deux faits que viens d'exposer prouvent combien sont graves les désordres qu'entraîne la rétroversion dans la grossesse, tout en empêchant le développement normal de l'utérus. Cet accident finit par faire mourir l'embryon, et amène sur les organes voisins des lésions tellement graves, que la mort de la mère peut s'ensuivre si l'avortement n'a pas lieu, ou si la matrice n'est pas remise en place.

Ces deux observations montrent également combien il est important de savoir reconnaître cet accident quand il existe, parce qu'il est presque toujours possible de redresser l'utérus, et par là d'éviter la mort de l'enfant et peut-être celle de la mère.

DE L'HUILE ÉTHÉRÉE DE MARRON D'INDE ;

Topique contre la goutte et le rhumatisme.

Différentes parties du marronnier d'Inde sont entrées depuis longtemps dans la matière médicale ; ainsi l'écorce, en vertu de son principe amer, constitue un médicament tonique, et qu'on a classé parmi les nombreux succédanés indigènes du quinquina ; a pulpe torréfiée a été vantée dans les hémorrhagies utérines atoniques ; enfin, l'huile éthérée a été indiquée comme agent topique au début des accès de la goutte et du rhumatisme. Un pharmacien de Paris, M. Genevoix, témoin de cette action de l'huile, a voulu en régulariser la préparation.

On traite la poudre de marron d'Inde au moyen de l'éther sulfurique, qui enlève les molécules d'huile, de gomme résine et de saponine contenues dans la masse féculente ; l'évaporation de l'éther permet de recueillir l'huile pure. 10 kilogrammes de marrons fournissent 10 grammes d'huile.

Cette huile s'emploie en onctions douces sur la partie enflammée, à l'aide d'un pinceau à colorier, lorsque la sensibilité est grande, ces onctions sont pratiquées circulairement sur les points périphériques, pour arriver peu à peu au centre. Elles sont continuées jusqu'à complète saturation de la peau, ce qui réclame quelquefois trois ou quatre onctions à quelques minutes d'intervalle. La partie huilée est recouverte de papier brouillard, de ouate ou de flanelle, puis de taffetas gommé, posés les uns sur les autres, et le malade garde le repos le plus absolu. Le pansement peut être renouvelé une, deux ou trois fois par jour, suivant l'intensité ou la longueur de l'accès.

M. le docteur Ch. Masson, qui a largement expérimenté les onctions avec l'huile éthérée de marron d'Inde, comme moyen d'enrayer les accidents locaux de la goutte, dit avoir remarqué que les douleurs s'exaspéraient pendant la première demi-heure qui suivait l'application du topique, et que, ce temps écoulé, la sédation apparaissait. Dans les deux seuls cas où nous avons tenté l'emploi de cette huile, nous avons vu la douleur disparaître, sans avoir subi d'aggravation.

Cette huile médicamenteuse nous paraît avoir une valeur thérapeutique réelle. (*Bull. génér. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport du médecin principal de l'hôpital thermal de Guano (Corse) sur le service de cet établissement pendant l'année 1857 (commission des eaux minérales) ;

2° Les rapports de MM. les médecins des épidémies pour les arrondissements de Provins, Marseille, Aix, Bar-le-Duc, en 1857. (Commission des épidémies.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre ministérielle en date du 25 octobre, qui soumet à l'Académie les deux questions suivantes, posées par M. le docteur Auzias-Turenne dans une lettre dont il est également donné communication à l'Académie :

1° Les accidents syphilitiques constitutionnels sont-ils contagieux ?

2° Au point de vue de la contagion, le produit de ces accidents a-t-il chez les enfants à la mamelle des propriétés différentes que chez l'adulte ?

Ces deux pièces sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Devergie, Depaul et Gibert.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Reybard (de Lyon) sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

— M. Boinet adresse une lettre en réponse à la note de M. Rilliet (de Genève) relative à l'intoxication iodique. M. Boinet cherche à démontrer, dans cette lettre, que l'intoxication signalée par M. Rilliet n'a jamais lieu. (Commission déjà nommée.)

— M. le docteur Coindet, médecin aide-major au 7e chasseurs, adresse une note contenant le résumé de ses recherches sur l'héméra-

topie. (Commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Baizeau.)

— M. le docteur Petit (de Maurienne) adresse une note sur la fièvre puerpérale. (Commission de la fièvre puerpérale; M. Guérard, rapporteur.)

— M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg, communique la description d'un cas de gynécomastie ou hermaphrodisme mono-sexuel observé sur un matelot de vingt et un ans. (Commissaires : MM. Cruveilhier et Geoffroy Saint-Hilaire.)

— M. VELPEAU expose de vive voix l'analyse d'une observation qui lui a été communiquée par MM. les docteurs Clairet (de Saint-Paterne) et Gendron (de Château du-Loir). Cette observation est relative à une cystocèle vaginale contenant deux calculs volumineux qui ont été expulsés spontanément par le canal de l'urèthre sans que les parois de ce canal aient été déchirées ni éraillées.

— M. BUSSY dépose sur le bureau une note de M. H. Buignet, intitulée: *Examen chimique d'un liquide laiteux obtenu par la ponction de l'abdomen pratiquée pour un cas d'ascite chez une jeune fille de huit ans.* (Commissaires : MM. Caventou et Bussy.)

— M. DEPAUL présente au nom de M. Antoni Galvani, deux volumes sur les maladies produites par les miasmes palustres.

LECTURE.

M. BRIAU lit un travail ayant pour titre: *Coup d'œil sur la médecine des anciens Indiens.* Ce travail n'étant pas susceptible d'analyse, sera publié par extrait dans un prochain numéro.

RAPPORT.

Extirpation de la parotide. — M. MALGAIGNE, au nom d'une commission composée de MM. Velpeau, Bégin, Nélaton, Lagneau et Malgaigne, rapporteur, lit un rapport demandé par M. le ministre de l'instruction publique sur une lettre adressée à l'Académie impériale de médecine par les professeurs de l'Université de Caracas.

A l'occasion d'une opération pratiquée avec succès par M. le docteur Michelena dans la région parotidienne, une vive discussion, animée encore par des questions personnelles, a divisé le corps médical de la république de Venezuela. D'un côté s'est rangée l'Académie des sciences physiques et naturelles de Caracas, de l'autre l'université de la même ville, où M. Michelena remplit à la fois les fonctions de recteur et de professeur de médecine; et finalement, pour arriver à une solution scientifique, huit professeurs en médecine et en chirurgie de l'université, le recteur en tête, ont pris le parti d'en appeler à l'Académie impériale de médecine de Paris. Leur demande, accompagnée de diverses pièces, a été transmise par M. le consul général de France au Venezuela à M. le ministre des affaires étrangères; et M. le ministre de l'instruction publique l'a fait parvenir à l'Académie, en l'invitant à lui adresser un rapport sur cette affaire.

Voici les faits :

Le 1er mai 1857, le journal *El Naturalista* publiait sous le titre suivant: *Extirpation complète de la parotide*, pratiquée par M. le docteur Michelena, une observation dont voici les principales particularités :

M. R. N..., âgé de quarante ans, était affecté d'une dégénérescence de la glande parotide. Le professeur, après un examen attentif, résolut l'opération, à laquelle il procéda comme il suit :

On fit une première incision de trois pouces et demi de longueur, depuis la base de l'apophyse mastoïde jusqu'à trois lignes au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure; on lui donna une forme semi-lunaire, dans le but d'éviter la section du plus grand nombre des filets nerveux du facial, et prévenir de cette manière la paralysie de la paupière et des lèvres du côté correspondant, qui arrive fréquemment dans les opérations pratiquées sur le cou. Les lèvres de l'incision disséquées et la tumeur mise à nu dans toute son étendue, on la saisit au moyen d'une pince aiguë et on la tira doucement au dehors. Dans les divers coups de bistouri qui servirent à la séparer, on intéressa naturellement presque tous les rameaux de la carotide externe, et les vaisseaux propres de la tumeur; il fut aussi indispensable de diviser un des rameaux veineux qui se rendent à la jugulaire interne, lequel donna tant de sang que le succès de l'opération aurait pu en être compromis; mais la dextérité de l'opérateur y pourvut; abandonnant pour un moment les instruments, il reconnut, à l'aide des doigts, la position dangereuse de la tumeur, et d'un coup la divisant en deux, il en enleva l'hémisphère supérieur, se faisant ainsi de la place pour le libre jeu des instruments; puis, avec beaucoup de légèreté, il procéda à l'ablation de l'autre moitié, réduit toutefois, dans ce dernier temps de l'opération, à intéresser la jugulaire interne sur laquelle la tumeur était placée. Comme la tumeur était disséquée par en bas, il fallut pour la séparer raser la veine jugulaire, qui fut entamée sur une de ses faces. Après l'avoir liée sur le côté, on fit des affusions froides et des compressions soutenues sur le fond de la plaie avec des éponges humides, en les contenant avec les lèvres de la plaie; cela suffit pour arrêter le sang. On appliqua ensuite l'appareil, après avoir réuni la plaie avec des bandelettes agglutinatives et comblé l'excavation considérable qui restait avec des bourdonnets de charpie cératés.

La réunion par première intention s'obtint en quatre jours; mais il fut nécessaire de s'y opposer à la partie supérieure de la plaie, et de faire une courte ouverture en bas, à la partie la plus déclive, pour procurer la sortie du pus et attendre la formation des bourgeons charnus. Au bout de huit ou dix jours, quand ces bourgeons furent bien développés, on établit une compression de baut en bas, et l'on obtint la réunion complète de la peau avec les parties dont elle avait été séparée par la tumeur. Aujourd'hui, M. R. N... jouit d'une santé parfaite et a même recouvré la sensibilité de l'oreille et du côté droit, correspondant à la tumeur, qui avait été interrompue par la section des nerfs qui s'y distribuaient.

Cette observation, rédigée par un étudiant en médecine qui avait assisté à l'opération, trahissant une plume peu expérimentée, la rédaction de l'*Eco cientifico*, composée de six médecins, tous amis de M. Michelena, résolut de lui écrire pour lui exposer ses doutes sur la valeur de l'observation et le prier d'en donner lui-même une rédaction plus exacte. M. Michelena n'en ayant rien fait, l'*Eco cientifico* se livra à une critique très-sévère de l'observation suspectée; s'étonnant que l'opérateur n'eût lésé ni le nerf facial ni la carotide externe, et qu'il eût blessé la jugulaire interne; s'étonnant également de la ligature latérale placée sur cette veine dans cette région, etc.; et concluant que très-probablement l'on n'avait enlevé qu'un ganglion plus ou moins dégénéré et superposé à la parotide.

Presque aussitôt l'apparition de cet article, l'Académie des sciences physico-naturelles de Caracas mit à l'ordre du jour la discussion de ces deux questions :

« Peut-on pratiquer l'extirpation complète de la glande parotide sans intéresser le nerf facial et l'artère carotide externe ?

« Existe-t-il dans les fastes de la chirurgie quelque fait authentique de ligature totale ou partielle de la veine jugulaire interne, pour une division totale ou partielle de son calibre, dans la partie de son trajet comprise entre la base du crâne et le niveau de l'angle de la mâchoire inférieure? Cette ligature est-elle praticable sur l'homme vivant avec facilité et sécurité? »

M. le docteur Blanco, collègue de M. Michelena et à l'Université et à l'Académie, lut un mémoire sur ces deux questions; pour la première, il établit, par des faits authentiques, que la parotide peut être enlevée en totalité sans lésion de l'artère et sans lésion du nerf; pour la seconde, les faits manquant, il cherche à la résoudre par analogie.

Bref, après de longs débats dans l'Académie et dans la presse scientifique du pays, M. Michelena et ses sept collègues se sont réunis pour provoquer une décision de la part de l'Académie, et lui demandent de décider :

Si dans l'état actuel des connaissances humaines, on peut établir :

1° Que l'extirpation complète de la parotide est impossible sans diviser la carotide externe et le nerf facial;

2° Qu'il est aussi impossible d'appliquer une ligature latérale à la veine jugulaire interne, et qu'il n'y a de cette opération aucun exemple consigné dans les annales de la science;

3° Enfin, au cas où de telles assertions ne seraient pas fondées, s'il est possible qu'un chirurgien expérimenté ait fait cette extirpation et la ligature de la veine jugulaire interne.

Première question. — Sur la première question, l'Académie des sciences physiques et naturelles de Caracas s'est prononcée pour l'impossibilité d'une pareille opération; mais la commission a vainement cherché la preuve de cette assertion dans les documents qui lui ont été adressés, et elle se l'explique d'autant moins que M. le docteur Blanco avait lu dans la discussion même un mémoire très-bien fait et de nature à faire hésiter pour le moins l'Académie.

Sur cette première question, la commission se rallie à la conclusion de M. Blanco, savoir, que dans certains cas exceptionnels, en vertu d'anomalies constatées par les dissections, on peut enlever complétement la glande parotide sans léser la carotide externe et le tronc du nerf facial.

Deuxième question. — La commission est d'avis que cette question ainsi posée ne saurait être l'objet d'un doute. L'Académie de Caracas n'a pas révoqué en doute la ligature latérale de la jugulaire en général, mais seulement, ainsi qu'il résulte des termes de la question reproduite par M. Blanco lui-même, de la jugulaire interne dans la partie de son trajet comprise entre la base du crâne et le niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Or, dans ces termes, dit M. Malgaigne, si l'Académie de Caracas a dit qu'elle n'en connaissait pas d'exemple dans les annales de la science, nous sommes bien obligés de confesser que nous n'en connaissons pas davantage. En aurait-elle cependant nié la possibilité d'une manière absolue? nous n'aurions pas voulu la suivre sur ce terrain, l'opération présenterait bien plus ou moins de difficultés; mais de là à l'impossibilité, il y a un abîme. Que cette ligature doive être plus ou moins difficile, personne ne le nie; mais la question de la sécurité est autrement ardue et périlleuse, les faits sont rares, les expériences sur les animaux plus rares encore; jamais ce sujet n'a été l'objet d'un débat contradictoire, et cependant, un mot suffira pour en signaler toute l'importance: pour les opérés, c'est une question de vie ou de mort.

M. le rapporteur expose ici avec détails l'état de la science sur ce point, afin d'y trouver les éléments d'une solution provisoire. Des faits cliniques et des expériences qu'il cite, il résulterait ceci, savoir: que dans les veines d'ordre secondaire, la ligature latérale ne réussit à conjurer l'hémorrhagie qu'en obturant tout le calibre du vaisseau; et si des expériences ultérieures donnaient des résultats semblables, il en résulterait que, pour les veines du 2e ordre, la ligature latérale devrait être remplacée par la ligature circulaire, qui offrirait à la fois plus d'efficacité et moins de péril. Ce que nous avons voulu établir et ce qui nous paraît établi, quant à présent, c'est qu'on ne saurait rien induire pour cette opération des succès obtenus par la ligature latérale sur les veines secondaires. Pour la jugulaire interne, les faits si malheureux de M. Roux suffisent pour dissuader à tout jamais un chirurgien consciencieux de renouveler la tentative. Au moins serons-nous en droit de déclarer, d'accord avec l'Académie de Caracas, que la ligature latérale de la jugulaire interne, eu égard à ses conséquences, ne peut pas être appliquée avec sécurité.

Il a été fait abstraction jusqu'ici du fait nouveau de M. Michelena, dans lequel cette ligature aurait complétement réussi. L'Académie comprendra dès lors combien il importait de rechercher à ce point de vue la valeur de l'observation, qui, si elle était exacte, encouragerait peut-être d'autres opérateurs à revenir à une ligature que nous considérons comme extrêmement périlleuse.

Des considérations cliniques, historiques et anatomico-chirurgicales, auxquelles se livre M. le rapporteur, il résulte qu'il est extrêmement peu probable que la veine jugulaire interne puisse être atteinte pendant l'extirpation de la parotide; que la commission est obligée de confesser qu'elle ne connaît pas un seul exemple de cette lésion dans une semblable circonstance; que le fait de M. Michelena serait le premier, mais que rien, dans le texte de l'observation, ne démontre la réalité d'une pareille lésion. Il a paru à la commission que le texte de l'observation et la description de la manœuvre opératoire pouvaient aussi bien faire admettre une blessure de la jugulaire externe.

Dans tous les cas, des doutes planant sur le fait de la lésion de la veine jugulaire interne, le fait de la réussite de la ligature latérale demeure enveloppé de la même incertitude; et enfin, ajoute M. le rapporteur, fût-il mieux avéré, un succès, en face des trois revers observés par M. Nélaton, n'empêcherait pas la ligature latérale d'être à bon droit considérée comme très-périlleuse.

Troisième question. — La troisième question n'est, sous une forme nouvelle, que la répétition absolue des deux autres; il n'y a donc pas à faire d'autre réponse.

En résumé, voici les conclusions que la commission propose à la sanction de l'Académie, en réponse aux questions adressées par l'Université de Caracas.

Des dissections et des opérations sur le cadavre, des opérations pratiquées sur le vivant, ne laissent aucun doute sur la possibilité d'enlever la parotide, dans des cas exceptionnels, sans léser l'artère carotide externe et le tronc du nerf facial.

Nous ne connaissons aucun exemple de lésion de la jugulaire interne dans cette opération. Si cette veine était entamée, la ligature latérale pourrait être appliquée par un chirurgien habile, non toutefois sans difficulté; mais d'après le petit nombre de faits connus jusqu'à présent, cette ligature exposerait aux dangers les plus terribles, et n'offrirait, par conséquent, aucune sécurité.

M. ROBERT se rallie entièrement aux conclusions de M. le rapporteur, au point de vue des questions d'anatomie et de médecine opératoire, mais il lui reste quelques doutes sur la nature de la tumeur dont l'ablation a donné lieu à cette enquête. Si c'était un cancer, il serait facile de comprendre que les vaisseaux profonds eussent été intéressés.

Mais, dit M. Robert, je vois qu'il ne s'agissait pas plus d'un cancer dans ce cas, que dans la plupart des observations du même genre. Mon attention a été attirée sur cette question par la prétendue immunité du cancer parotidien, sous le rapport des récidives, signalée en particulier par M. Gensoul, il y a environ dix ans. J'ai pu m'assurer dans ces dernières années que ce fait inexplicable ne tenait qu'à des erreurs de diagnostic. En effet, des hypertrophies partielles de la parotide, ou tumeurs adénoïdes de cette région, présentent souvent au plus haut degré tous les caractères cliniques des cancers; on les extirpe et les malades restent guéris. Cela n'a dès lors plus rien qui doive nous surprendre. J'ai fait plusieurs expériences de ce genre, et une fois, en particulier, la tumeur a été examinée par M. Lebert, qui y a reconnu la disposition propre aux glandes salivaires, bien qu'il ne fût pas averti de son origine.

Voici maintenant ce qui résulte de là pour l'opération : ces tumeurs restent toujours faciles à énucléer et adhèrent peu à la glande; comme elles se développent de préférence dans ses couches les plus superficielles et que leur accroissement est géné par des plans fibreux ou osseux de tous les côtés, si ce n'est en dedans, elles refoulent la glande de ce côté, et avec elles la carotide et le nerf facial; ces organes pourront donc très-bien être ménagés, bien que toute la tumeur soit enlevée.

D'autre part, la glande est réduite à un très-petit noyau, ou complétement atrophiée, et on trouvera alors après l'opération la branche de la mâchoire, l'apophyse styloïde et l'apophyse mastoïde complétement dénudées, sans que la parotide ait été enlevée.

Si à cela M. Malgaigne objectait que l'ablation de toute la parotide est possible en principe sans lésion des troncs nerveux et vasculaires, grâce à certaines anomalies anatomiques, je lui opposerais que ces variétés sont fort rares; je ne les ai jamais vues, pour mon compte, et il serait fort extraordinaire qu'elles se fussent précisément rencontrées dans les cas où cette opération a été faite.

J'aurais désiré pour ces raisons que quelques réserves fussent faites dans le rapport sur la nature de la tumeur enlevée par M. Michelena.

M. MALGAIGNE. La commission n'était pas consultée sur cette question, et c'est fort heureux, car je ne suis pas plus éclairé à cet égard que M. Robert.

M. Robert ne croit pas que l'ablation totale de la parotide ait jamais été faite. Cela peut se soutenir pour les opérations antérieures à l'époque où cette question a été soulevée. Mais il faut bien que nous en croyons les chirurgiens qui rapportent des observations de ce genre depuis que le problème a été posé et discuté, et surtout lorsqu'ils s'étaient primitivement prononcés contre la possibilité de l'opération, comme M. Denonvilliers, qui avait contribué à la rédaction de la thèse de M. Bérard, et qui a vu une extirpation totale faite par M. Monod, outre celle qu'il a exécutée lui-même.

Je dois dire d'ailleurs que je ne connais pas un seul exemple d'une atrophie complète de la glande, et s'il est possible de rester dans le doute après une opération faite sur le vivant, on a bien pu s'assurer de la réalité à la suite d'ablations opérées sur le cadavre.

M. LEBLANC a extirpé plusieurs parotides saines chez des chevaux, entre autres pour guérir une fistule salivaire rebelle; cette opération est facile; la glande adhère peu aux tissus sous-jacents et à la jugulaire, qu'il est facile de ménager, ainsi que l'artère et le nerf facial. Une seule fois, M. Leblanc a blessé la jugulaire, et une ligature circulaire a parfaitement réussi dans ce cas, comme dans toutes les hémorrhagies veineuses où l'on emploie fréquemment ce moyen, notamment dans celles qui succèdent à certaines ulcérations de la jugulaire externe chez le cheval, et pourtant il faut souvent lier plusieurs veines dans ces circonstances.

Après quelques explications échangées entre M. le rapporteur et M. Depaul et MM. Larrey et Gibert, qui appuient la motion de M. Robert, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Franqui, ancien étudiant de l'université de Bruxelles, docteur ès sciences, vient d'être chargé du cours de chimie organique et inorganique de cette université.

— Les médecins cantonaux du Bas-Rhin viennent de perdre un de leurs plus anciens et de leurs plus dignes collègues, M. le docteur Frédéric Michel, médecin du canton de Bouxwiller.

— La Société anatomique reprendra le cours habituel de ses séances vendredi 5 novembre, à trois heures de l'après-midi.

Le Gérant.

Paris.— Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 128. — SAMEDI 30 OCTOBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 128. — SAMEDI 30 OCTOBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas mardi prochain.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde.

Sous ce titre, il y a une question clinique d'un grand intérêt, qui a fait le sujet d'un remarquable article publié dans le dernier numéro des *Archives de médecine*, par M. le docteur E. Leudet, professeur de clinique médicale à Rouen ; c'est la question des modifications imprimées à une même maladie par la constitution des individus de diverses localités. « Pendant près de dix années d'études dans les hôpitaux de Paris, dit M. Leudet, bien que j'eusse constamment recueilli dans tous leurs détails les observations des nombreux malades atteints de fièvre typhoïde, je n'avais constaté chez aucun d'eux d'hydropisies survenues dans le cours ou pendant la convalescence de la pyrexie. Placé depuis près de quatre années à la tête d'une des divisions de médecine de l'Hôtel-Dieu de Rouen, j'ai pu recueillir un certain nombre de faits où cette hydropisie occupa non-seulement le tissu cellulaire sous-cutané des membres inférieurs, mais encore de toute la surface du corps. » Il y a dans ce seul rapprochement tout un ordre de faits qui n'a sans doute jamais été entièrement méconnu, mais qui a été un peu obscurci et négligé par les pyrétologistes modernes, préoccupés de ramener toutes les affections fébriles continues graves de notre pays à un type unique, et de rechercher dans les observations recueillies sur des points divers, moins les caractères et les nuances secondaires qui pouvaient les différencier, que les caractères fondamentaux qui devaient les rapprocher.

En effet, cette différence entre les fièvres typhoïdes de Rouen, qui présentent comme épiphénomène fréquent l'hydropisie, et celles de Paris et d'une grande partie des autres points de la France, dans lesquelles on n'a généralement noté, comme équivalent, qu'un léger œdème borné aux membres inférieurs, implique nécessairement une différence soit dans la constitution des sujets, soit dans les circonstances étiologiques locales susceptibles de modifier l'expression et la marche habituelles de la maladie. C'est là le point de vue intéressant des recherches de M. Leudet, qui se rattachent, comme on le voit, à la grande question de la géographie médicale. Nous allons en suivre avec lui l'exposition.

La fièvre typhoïde de Rouen ne présente pas de différences fondamentales dans ses caractères anatomiques avec celle de Paris ; c'est la fièvre entéro-mésentérique des auteurs ; et elle y règne endémiquement, comme elle règne à Paris et dans la plupart des villes de France, à l'exclusion du typhus. C'est surtout l'automne qui amène chaque année une recrudescence de ces affections. Dans l'espace de trois ans et demi, M. Leudet en a recueilli 254 observations, dont 63 suivies de mort, proportion considérable, qui démontre la gravité de la pyrexie dans cette localité. De ce nombre, 8 malades furent atteints d'anasarque plus ou moins étendue, occupant dans quelques cas tout le corps. En voici une très-sommaire analyse :

1° Fièvre typhoïde de longue durée. Apparition à la troisième semaine de la maladie, d'une anasarque généralisée, sans albuminurie ; disparition de l'anasarque au bout d'une douzaine de jours. Guérison.

2° Fièvre typhoïde de moyenne intensité ; anasarque généralisée, apparaissant à la fin de la deuxième semaine de la maladie et disparaissant au bout de quinze jours.

Dans ces deux cas l'anasarque s'est manifestée sans aucun prodrome ; elle a été générale presque d'emblée dans le deuxième, tandis que dans le premier elle avait été successive de bas en haut ; son apparition a coïncidé avec un peu de fièvre, qui a persisté pendant toute sa durée.

3° Fièvre typhoïde légère chez un rachitique ; anasarque dans la convalescence, apparaissant après une fièvre très-légère ; sa manifestation coïncide avec celle d'une bronchite et l'exacerbation de la fièvre. Disparition graduelle de l'anasarque et des accidents survenus coïncidemment.

4° Fièvre typhoïde grave. Bronchite ; œdème léger de la face, marqué aux membres inférieurs, survenant pendant la convalescence, à la troisième semaine de la maladie. Aucune exacerbation des accidents fébriles au moment de la production de l'anasarque, qui disparait spontanément sous l'influence d'un régime tonique.

5° Fièvre typhoïde. Hémorrhagie intestinale se répétant plusieurs fois, anasarque survenant en même temps ; vomissements, ballonnement du ventre, adynamie. Mort. — Lésions intestinales de la fièvre typhoïde, péritonite purulente sans perforation des viscères abdominaux.

6° Fièvre typhoïde adynamique grave. Vers la deuxième semaine de la maladie, apparition d'un œdème du tissu cellulaire des membres inférieurs et du scrotum ; sueurs, sudamina. Disparition de l'œdème au bout de dix-sept jours.

7° Fièvre typoïde peu grave ; œdème du tissu cellulaire sous-cutané des membres inférieurs, bronchite et pleuro-pneumonie consécutives.

Voici maintenant quelques-unes des généralités qui résultent de l'analyse détaillée de ces observations.

L'hydropisie consécutive à la fièvre typhoïde, dit M. Leudet, atteint presque exclusivement le tissu cellulaire sous-cutané. Limitée quelquefois aux membres inférieurs, l'anasarque ne provoque aucun phénomène douloureux qui attire l'attention du malade, et pourrait être facilement méconnue du médecin.

Chez plusieurs des malades observés par M. Leudet, l'hydropisie du tissu cellulaire fut remarquée en même temps dans toute l'étendue du tronc ; chez d'autres, elle commença d'abord aux membres inférieurs, pour se généraliser ensuite dans l'espace de peu de jours.

L'œdème localisé ou généralisé était très-variable sous le rapport de son intensité ; chez quelques malades, il était à peine appréciable ; chez d'autres, il était très-marqué, au point que les paupières, très-gonflées, s'écartaient incomplétement, et les membres œdématiés ressemblaient à ceux des malades atteints d'affections organiques du cœur. Le scrotum était souvent très-volumineux.

La peau, soulevée par l'épanchement séreux, n'était pas douloureuse même à la pression ; elle n'était au début le siége d'aucune coloration.

La durée de l'hydropisie sous-cutanée était assez variable ; le plus souvent, elle atteignait deux semaines, quelquefois plus ; la face et les parties supérieures du corps étaient en général celles dans lesquelles l'œdème disparaissait d'abord sans qu'aucun phénomène fût visible sur l'enveloppe cutanée. M. Leudet signale l'absence de crises à cette époque de la maladie.

Chez aucun de ces malades l'hydropisie sous-cutanée n'est devenue l'occasion d'abcès comme on en rencontre dans la convalescence d'un certain nombre de fièvres typhoïdes.

Un des malades atteint d'hémorrhagies intestinales, le seul qui ait succombé parmi ceux qui ont eu des anasarques, présentait à l'examen du cadavre une péritonite ; mais cette phlegmasie péritonéale n'avait pas succédé à une ascite. Chez ce même malade, une des plèvres présentait seulement une petite quantité d'un liquide louche.

Les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde peuvent donc, ainsi que le fait remarquer M. Leudet, être générales, occuper le tissu cellulaire sous-cutané de tout le corps, être limitées aux membres inférieurs, beaucoup plus rarement aux supérieurs ; quelquefois l'hydropisie occasionne un épanchement séreux dans le péritoine ; il n'est pas démontré qu'il se produise d'hydrothorax, mais les pleurésies sont assez fréquentes.

L'existence de sudamina nombreux a été constatée sur le corps des malades hydropiques ; les sueurs étaient en même temps très-abondantes.

La plupart de ces malades étaient atteints de lésions pulmo-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire, de P. H. Nysten ; 11e édition, entièrement refondue par E. Littré, membre de l'Institut de France, et Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

Ce dictionnaire, recommandable tout d'abord par le cachet de vaste et sagace érudition qu'avaient su lui imprimer Nysten et ses coopérateurs successifs, avait besoin d'un remaniement considérable pour être mis au courant des progrès qu'ont faits les sciences médicales et naturelles. Ce sont MM. E. Littré, de l'Institut, et Charles Robin, qui se sont chargés de ce travail.

Il y a peu d'articles qui n'aient été ou rédigés de nouveau, ou complétés, ou améliorés.

De même que dans les articles de médecine et de chirurgie, on trouve les symptômes, la marche et le traitement de chaque maladie ; on trouve aussi dans les articles de matière médicale les détails nécessaires sur l'origine, le mode de préparation, les caractères distinctifs, les propriétés et les doses de médicaments. Utile aux médecins et aux pharmaciens, ce dictionnaire sera pour eux un mémorial qui leur servira souvent dans la pratique.

Indépendamment de la refonte générale à laquelle MM. Littré et Robin ont soumis l'œuvre de leurs devanciers, la lexicographie et les notions nouvelles ont appelé leur attention.

Des corrections qui nous paraissent heureuses ont été introduites dans la langue médicale, des analogies étymologiques ou grammaticales ont été rétablies avec la plus grande sagacité.

L'anatomie générale, normale et morbide, la physiologie générale et la pathologie générale se sont enrichies dans ces dernières années de notions nombreuses et importantes, qui, en raison de leur nouveauté, sont encore peu répandues. C'est pour cela que MM. Littré et Robin ont eu raison de lui accorder une place considérable. C'est pour cela aussi qu'on n'a pas oublié le microscope et ses applications fécondes.

L'ouvrage est suivi de six glossaires : latin, grec, allemand, anglais, italien et espagnol. Ils contiennent les mots principaux de la langue médicale dans chacun de ces idiomes, et faciliteront la lecture des publications scientifiques étrangères.

De nombreuses figures, intercalées dans le texte, augmentent l'utilité de cet ouvrage et contribueront à le faire accueillir plus favorablement encore par tous les hommes curieux de connaître l'organisation vivante et les maladies qui l'affligent. E. B.

Manuel complet de médecine légale, ou Résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, et des jugements et arrêts les plus récents, etc., par M. le docteur J. Briand et M. E Chaudé, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris ; contenant un Traité élémentaire de chimie légale (1).

Le succès qu'obtient chaque édition de ce livre prouve mieux que tout ce que nous pourrions dire son utilité et son mérite. Depuis sa première publication, les auteurs ont suivi pas à pas la marche des sciences médicales, se sont tenus journellement au courant des actes législatifs et des débats judiciaires, et ont rassemblé les matériaux des modifications nouvelles et des nombreuses additions que nous avons remarquées dans cette sixième édition.

Les points obscurs de la médecine légale ont été éclaircis, de graves questions de toxicologie ont été résolues, d'habiles micrographes ont révélé les lumières que peut fournir l'emploi du microscope, tandis que d'autre part, de nombreux arrêts ont fixé des points essentiels de notre jurisprudence criminelle, et le gouvernement a introduit dans la législation des changements dont le besoin se faisait sentir.

M. Gaultier de Claubry a revu avec soin et complété la *Chimie légale* ; il y trace, jusque dans ses moindres détails, la marche que doit suivre l'expert appelé à éclairer la justice. De nombreuses figures intercalées dans le texte facilitent la pratique des opérations chimiques. Des planches en taille-douce présentent les résultats des recherches microscopiques que M. Ch. Robin a consignées dans un intéressant chapitre relatif aux taches de sang, de sperme, des divers mucus (vaginal, leucorrhéique, blennorrhagique), de substance cérébrale desséchée, etc. On trouvera dans la *Chimie légale* toutes les notions dont les médecins et les chimistes peuvent avoir besoin dans les circonstances où la justice fait appel à leurs lumières.

M. Ernest Chaudé, avocat du barreau de Paris, docteur en droit, qui avait déjà revu la partie légale de cet ouvrage, a fait pour l'édition actuelle un travail très-complet. S'appuyant sur la jurisprudence la plus constante, il porte la lumière dans le chaos des lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie, la vente des substances vénéneuses et celle des remèdes secrets.

Partout, dans ce livre, on reconnaît le même esprit : s'attacher spécialement aux faits, en n'admettant que les doctrines sanctionnées par l'expérience. Cette édition recevra du médecin, du chimiste, du pharmacien et du légiste, le même accueil que les précédentes. E. B.

(1) Paris, 1858. Un beau volume grand in-8° de 1672 pages à deux colonnes, 18 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils.

(1) Sixième édition. Un vol. grand in-8° de 950 pages, avec 3 planches gravées et 64 figures dans le texte. Prix : 10 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils.

naires, de bronchites intenses, et même quelques-uns de pleuro-pneumonies; l'épanchement phlegmasique dans un côté de la plèvre a également été trouvé dans une plus grande proportion que chez les typhoïdes de Paris.

Les causes débilitantes propres à la maladie, comme la diarrhée, les hémorrhagies intestinales, ne paraissent pas avoir agi comme causes déterminantes des hydropisies, deux malades seulement ayant eu des hémorrhagies intestinales.

L'examen de l'urine n'a révélé dans aucun cas des traces d'albumine. La gravité de la fièvre typhoïde n'a eu qu'une influence peu marquée sur la production de l'hydropisie; on a vu que dans plusieurs de ces observations la maladie avait été bénigne.

De toutes les questions examinées par M. Leudet, l'une des plus importantes est la suivante : La constitution individuelle ou la constitution épidémique prédispose-t-elle aux accidents adynamiques? Ce serait ici le lieu de rappeler les principaux traits de la constitution de la population ouvrière de Rouen, population que Lepecq de la Clôture nous représentait déjà dans le siècle dernier comme dégénérée, et qui ne paraît pas s'être améliorée de nos jours, ce que prouvent tous les ans les résultats du recrutement militaire. Indépendamment des conditions générales d'insalubrité inhérentes à la ville de Rouen, et qui constituent déjà une prédisposition aux maladies adynamiques, M. Leudet signale un fait qui lui paraît avoir sous ce rapport une influence plus grande encore et surtout plus directe, c'est le travail à un âge prématuré joint à une mauvaise alimentation et à la débauche. Aussi la fièvre typhoïde, presque endémique dans cette localité, prend-elle le plus souvent chez ces individus un caractère adynamique grave. Il en est de même de la plupart des maladies aiguës, et notamment des pneumonies.

En résumé, comme cause de ces œdèmes consécutifs à la fièvre typhoïde, M. Leudet admet deux circonstances principales : la prédisposition adynamique des malades, et l'influence de la constitution médicale, qui se traduit surtout par une grande fréquence de stomatites et d'épanchements pleurétiques, avec ralentissement du pouls, c'est-à-dire par des accidents d'un caractère généralement adynamique.

Le traitement ne lui a paru être pour rien dans la production des phénomènes adynamiques; on n'a jamais eu recours en effet ni aux antiphlogistiques ni aux purgatifs répétés ou à l'émétique. La médication suivie a été plutôt toxique que débilitante (quinquina et ferrugineux); tous les malades ont été nourris avec du bouillon, même dès le début de la maladie.

Le pronostic de l'œdème n'a offert, en général, dans ces observations, aucune gravité. Un seul des malades, comme on l'a vu, a succombé, encore était-il atteint en même temps d'une hémorrhagie intestinale. L'hydropisie est donc dans ce cas plutôt un signe de faiblesse et l'indice d'une convalescence lente, qu'un symptôme indiquant plus de gravité dans la maladie. Plusieurs des malades dont nous avons rapporté sommairement l'histoire, sont demeurés en effet plus de deux mois avant de recouvrer suffisamment leurs forces pour reprendre leurs travaux.

Nous signalerons enfin en terminant un point sur lequel M. Leudet a insisté dans ce travail : c'est, à côté du contraste que présentent sous le point de vue qui nous occupe les fièvres typhoïdes de Rouen avec celles de Paris et de la majeure partie des contrées de la France, l'analogie qui les rapproche au contraire des mêmes affections observées dans plusieurs contrées de l'Allemagne, où l'on a constaté fréquemment cette complication de l'anasarque généralisée. C'est là, nous le répétons avec M. Leudet, un très-intéressant problème de médecine géographique à étudier.

Kyste synovial tendineux du poignet.

Les kystes synoviaux du poignet ont été étudiés avec le plus grand soin, et il serait difficile d'ajouter quelques détails à ceux que contiennent les travaux modernes et en particulier les excellentes thèses de MM. Michon et Legouest, et le remarquable mémoire de M. le docteur Gosselin sur la disposition anatomique et la symptomatologie de ces tumeurs. — Cependant quand, dans la pratique, le chirurgien se trouve appelé à traiter l'un de ces kystes, il n'en éprouve pas moins le plus souvent un véritable embarras. D'une part, la maladie ne constitue en définitive qu'une difformité qui compromet, il est vrai, les fonctions de la main, mais qui s'accroît lentement et qui est compatible longtemps avec la vie; d'autre part, les médications que l'on peut employer en pareil cas sont inefficaces ou peuvent causer des accidents, sans qu'il soit possible de prévoir à l'avance ces fâcheux résultats. Aussi Dupuytren n'abordait-il qu'avec une sorte d'appréhension le traitement de ces tumeurs; et si les chirurgiens de nos jours sont plus hardis, ils ne montrent pas une moindre hésitation quand il s'agit de faire un choix parmi les nombreux moyens de traitement préconisés.

L'accident le plus redouté est l'inflammation suppurative, qui, si elle vient à dépasser les limites de la synoviale, peut entraîner la perte du membre ou même menacer l'existence; elle peut, si elle se prolonge, amener l'adhérence des tendons, leur destruction, la formation de trajets fistuleux rebelles. C'est parce que les vésicatoires volants, la ponction suivie de l'injection iodée, exposent moins à la suppuration, que ces deux méthodes de traitement sont préférées à l'incision, au séton, à l'excision.

Nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Foucher, suppléant de M. Richet, un cas de kyste synovial qui montre que l'inflammation suppurative peut être la conséquence d'un traitement ordinairement inoffensif, et de plus, que la suppuration, restreinte dans de justes limites, peut être suivie d'une guérison fort prompte.

Voici les principaux détails de ce fait intéressant tels qu'ils nous ont été fournis par M. Charles, élève de l'hôpital Saint-Louis.

Le 18 août est entrée à la salle Saint-Thomas la nommée J... (Scolastique), âgée de vingt-trois ans, domestique. Cette fille s'est toujours bien portée et elle est d'une bonne constitution. Il y a environ six mois que, sans cause appréciable, elle éprouva de la douleur dans la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras gauche, et cette douleur se manifestait surtout lorsque la malade voulait fléchir les doigts.

Au bout de quelques jours, une légère tuméfaction se développa au niveau du pli supérieur du poignet, et la gène des mouvements des doigts, surtout des trois derniers, s'accrut; mais la malade, qui pensait que son état n'offrait rien de grave, continua à travailler. Bientôt la main et la face palmaire du poignet se gonflèrent, devinrent rouges, douloureuses, et offrirent tous les signes d'une inflammation aiguë. Un médecin fut consulté et prescrivit un traitement antiphlogistique; l'inflammation disparut, mais la tumeur, qui s'était accrue, persista et augmenta insensiblement les jours suivants, et les mouvements des doigts devinrent de plus en plus gênés.

Un médecin prescrivit des frictions avec la pommade de camphre. Ce traitement n'eut aucun résultat; la tumeur du poignet augmenta encore, et une autre se montra dans la paume de la main. Lors de l'entrée de la malade à Saint-Louis, on constata l'état suivant :

Il existe sur la face antérieure du poignet, et dans presque toute sa largeur, une tumeur allongée, limitée en bas par le ligament antérieur du carpe, et remontant à 7 ou 8 centimètres en haut. Cette tumeur est mal circonscrite, fluctuante, indolente; la peau qui la recouvre est saine et soulevée par les tendons du petit et du grand palmaires. A la paume de la main, on voit une seconde tumeur effaçant la dépression palmaire, sans faire une saillie considérable. Si l'on presse sur cette tumeur avec une main, pendant qu'on applique l'autre main sur la première tumeur, l'on sent cette dernière augmenter de volume, mais on ne perçoit pas la sensation que l'on a comparée à celle que produit l'écrasement de l'amidon ou du givre.

Il était facile de reconnaître une hydropisie de la gaine synoviale des tendons fléchisseurs, et la position de la tumeur indiquait que cette hydropisie occupait la gaine tendineuse interne du poignet. M. Richet ordonna d'appliquer sur la tumeur un vésicatoire volant. Quelques jours plus tard, M. Foucher prenant le service, prescrivit, à plusieurs jours d'intervalle, deux nouveaux vésicatoires volants.

Sous l'influence de ce traitement, le volume de la tumeur avait diminué, lorsque tout à coup, après l'application du dernier vésicatoire, la peau devint rouge, tendue, chaude; la tumeur s'accrut, était douloureuse. Des cataplasmes émollients furent appliqués, et le troisième jour on fit sur la tumeur palmaire, qui était très-tendue et menaçait de s'ouvrir, une ponction avec un petit trocart; il s'écoula une petite quantité d'un liquide rougeâtre mêlé de pus.

Le lendemain, les accidents inflammatoires ayant augmenté, une seconde ponction fut faite avec le trocart à hydrocèle, et donna issue à un liquide séro-purulent.

Deux jours plus tard, malgré l'usage d'un traitement antiphlogistique, la tumeur était très-tendue, rouge, douloureuse, et l'inflammation paraissait s'étendre sur l'avant-bras. M. Foucher fit une incision avec le bistouri à la partie supérieure de la tumeur anti-brachiale, et donna issue à une grande quantité de pus phlegmoneux.

Les jours suivants, les accidents inflammatoires ayant diminué rapidement, la suppuration fut peu abondante, et bientôt il ne s'écoula plus qu'un liquide séro-purulent. Une compression méthodique fut exercée sur la tumeur avec des bandelettes de diachylon; la tuméfaction diminua de jour en jour, et les doigts reprirent en partie leurs mouvements.

Bientôt la malade put quitter l'hôpital ne souffrant plus, remuant assez bien les doigts, mais conservant encore une légère tuméfaction à la paume de la main et au poignet, et une petite ouverture qui ne donne issue qu'à une légère quantité de sérosité, et qui ne saurait tarder à se cicatriser.

Cette observation nous a paru offrir quelque intérêt, parce qu'elle montre que la simple application d'un vésicatoire volant sur une tumeur synoviale a suffi pour déterminer une inflammation suppurative intense, et qu'en outre cette suppuration a été suivie d'une guérison prompte.

Anesthésie galvanique pour l'avulsion des dents.

Nous trouvons dans la *Gazette hebdomadaire* de nouveaux renseignements sur les essais de l'anesthésie galvanique appliquée à l'avulsion des dents. Ces renseignements sont puisés dans les journaux anglais et américains; nous les reproduisons sous toutes réserves.

Le *Boston medical and surgical journal* contient le récit d'applications de galvanisme faites sur 26 patients, pour l'extraction de 64 dents.

Le premier cas mentionné est celui d'une dame qui désirait être débarrassée de 14 dents plus ou moins gâtées et extrêmement sensibles, même au simple contact de l'instrument. On enleva la

---

De la mort subite dans l'état puerpéral, par M. le docteur A. Mordret (du Mans); mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine. [Extrait des *Mémoires de l'Académie*, tome XXII.] (1)

Depuis longtemps il n'est presque pas d'accoucheurs un peu répandus qui n'aient eu l'occasion d'observer des cas de mort subite, ou qui n'aient vu au moins des accidents très-graves et tout à fait imprévus accompagner ou suivre des accouchements qui s'annonçaient comme devant être fort simples.

En mettant au concours cette importante question de la mort subite des femmes en couches, l'Académie n'avait pas seulement pour but d'éclairer par une discussion théorique un point de la science resté obscur, mais elle se proposait surtout de lui trouver une solution pratique. Cette double intention n'a point échappé à M. Mordret. Après avoir étudié les causes nombreuses auxquelles cet accident peut se rattacher, et le mécanisme, assez souvent compliqué, suivant lequel il se produit, M. Mordret s'est préoccupé d'en bien décrire les signes précurseurs, afin que l'attention de l'accoucheur fût toujours tenue en éveil et qu'il fût en mesure d'agir le plus tôt possible; puis il a exposé avec soin le traitement préventif, qui, selon lui, doit mettre la nouvelle accouchée à l'abri de tout accident, et le traitement curatif qui peut convenir dans les cas trop rares où la mort, bien qu'imminente, n'est pas subite.

M. Mordret ne pouvait trouver dans sa pratique tous les faits dont il avait besoin pour établir ses conclusions sur une base clinique; mais il y a suppléé en rappelant, pour les commenter, un grand nombre d'observations authentiques empruntées aux meilleurs accoucheurs.

Pour l'auteur, la mort subite des femmes en couches ne diffère en rien de la mort subite en général. L'état puerpéral n'est ici qu'une circonstance aggravante qui peut décider cet événement à un moment donné, et le rendre un peu plus fréquent que dans toute autre circonstance de la vie. En sorte que, cette restriction faite, le travail de M. Mordret devient une étude de la mort subite en générale, et cette étude aura pour le médecin qui ne s'occupe pas d'accouchements, tout autant d'intérêt que pour l'accoucheur.

L'auteur a établi, du reste, un grand nombre de subdivisions qu'il a poursuivies dans autant de chapitres différents. Il s'occupe successivement de la mort subite qui dépend d'un des organes de la respiration, de la circulation et du système nerveux. Toutes les affections organiques qui peuvent interrompre brusquement le cours de l'existence sont ainsi passées en revue et examinées plus spécialement dans leurs rapports avec l'état puerpéral, dont l'influence sur la santé de la femme a été étudiée dans un chapitre particulier. L'auteur s'est appliqué à ne rien avancer qui ne puisse recevoir une démonstration précise, et, pour cela, les autopsies sont relatées avec soin, chaque fois qu'il y a lieu. Les accidents dus aux concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux, ceux qu'il faut rapporter au développement spontané d'un fluide gazeux et à l'introduction de l'air dans les veines, ont été l'objet d'une étude consciencieuse. L'obscurité qui règne encore sur ces points de pathogénie justifie assez cette préférence.

L'avant-dernier chapitre est certainement celui qui a dû nécessiter le plus de recherches. Il est consacré à l'étude des morts subites dont la cause est étrangère à toute lésion organique appréciable. Un grand nombre de faits particuliers, la plupart suivis d'une autopsie faite avec soin et n'ayant donné que des résultats négatifs, ont été recueillis pour la rédaction de ce chapitre. C'est avec ces faits que M. Mordret décrit l'apoplexie nerveuse, l'asphyxie idiopathique et la syncope nerveuse, qu'il discute la nature de ces maladies, qu'il recherche leurs causes, qu'il s'applique à établir leur diagnostic, le mécanisme de la mort, et qu'il pose les bases d'un traitement préventif et celles d'un traitement curatif pour les cas où la mort n'est pas instantanée.

Les opinions émises dans ce chapitre ne sont plus susceptibles d'une démonstration rigoureuse, puisqu'il s'agit d'expliquer des faits qui échappent à l'investigation du scalpel; mais ces opinions s'appuient toujours sur des propositions de physiologie parfaitement acceptées, et elles sont au moins rationnelles.

Dans un dernier chapitre, qui est le résumé analytique du mémoire, la question des morts subites puerpérales se trouve exposée avec brièveté et dans son ensemble.

Nous ne voulons pas faire l'éloge d'un travail que l'Académie a doublement récompensé en lui accordant le prix et en décidant son insertion dans ses *Mémoires*. Nous ne terminerons cependant pas cette courte analyse sans faire remarquer que les fortes études physiologiques sont la meilleure initiation aux grandes questions de pathologie; car c'est en puisant largement à cette source que M. Mordret a su répandre sur son sujet un véritable intérêt, et qu'il a pu prendre place parmi les médecins distingués que possède la ville du Mans.

E. Foucher.

(1) Chez J. B. Baillière et fils.

On raconte que l'archevêque de Vienne a ordonné l'inhumation, sans examen cadavérique, de tous les individus morts dans les hôpitaux, malgré un décret de Joseph II, qui autorise la dissection des corps d'individus décédés dans les établissements publics.

— Un triste événement, dont nous avons eu un exemple il y a peu de temps en France, vient de se renouveler en Belgique : le docteur Huart a été tué à coups de couteau par un aliéné.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

première dent avec douceur et précaution, et à l'aide d'un courant galvanique très-faible. La patiente sentit l'effet électrique et souffrit évidemment, moins toutefois que dans de précédentes extractions. On augmenta beaucoup la force du courant pour l'opération qui suivit, et la seconde dent fut enlevée avec un succès étonnant; l'opérée ne ressentit aucune douleur, à ce point qu'elle croyait encore sa dent restée dans l'alvéole, bien que l'opération fût terminée (ce fut la première opération de ce genre qui réussit complétement à Boston). Les douze autres dents furent extraites avec le même bonheur. Ces opérations, pratiquées à un aussi court intervalle sur le même sujet, n'entraînèrent cependant ni prostration ni fatigue, et l'opérée affirma itérativement n'avoir éprouvé aucune espèce de douleur et n'avoir ressenti, au moment où la dent était saisie par l'instrument, qu'une impression désagréable, ne dépassant pas toutefois celle que produit le contact d'un instrument dans les cas ordinaires. Enfin cette dame, éthérisée pour des opérations précédentes, dit préférer de beaucoup le galvanisme à l'éther. Chez deux autres personnes, le galvanisme échoua complétement.

Dans un cas, ce fut chez un jeune homme très-nerveux, qui dit avoir cruellement souffert de l'extraction, et parfaitement ressenti cependant le passage du courant galvanique. Dans l'autre cas, la douleur fut aussi très-intense; mais la dent avait été brisée pendant l'opération, et le patient, qui n'avait point ressenti le contact désagréable de l'instrument, n'éprouva de violente douleur qu'au moment où, la dent étant brisée, le courant fût brusquement interrompu. Chez une jeune personne, on enleva successivement quatre dents sans causer de douleur et sans que l'opérée éprouvât même de sensation électrique désagréable. Une cinquième dent ayant été extraite pendant que, par inadvertance, le courant n'avait plus lieu, la jeune personne poussa un cri violent et s'évanouit presque de douleur. Aussi dit-elle qu'elle n'oublierait jamais cette différence de résultat.

En résumé, un tiers environ des opérés dirent n'avoir ressenti aucune espèce de douleur; un autre tiers affirmèrent n'avoir point souffert, mais avoir éprouvé une sensation assez désagréable au moment de l'application du davier; d'autres enfin ressentirent une douleur modérée, mais supportable. L'impression générale fut que la douleur de l'extraction était manifestement amoindrie.

Voici maintenant en quels termes l'*American journal of dental sciences*, dans son numéro de juillet, rend compte des travaux de la commission qui a fait un rapport sur la même question à l'Institut de Francklin, à Philadelphie :

164 avulsions de dents ont été pratiquées en sa présence. L'un des membres de la commission a opéré lui-même 4 à 500 extractions. Il résulte de l'ensemble de ces observations que l'avulsion n'a été accompagnée, dans la grande majorité des cas, d'aucune douleur. La commission s'est assurée qu'un malade qui n'avait éprouvé aucune douleur de l'avulsion de plusieurs dents à l'aide du courant galvanique, en a éprouvé une très-vive quand on répéta l'opération sans employer le courant.

Dans les cas où les résultats furent moins favorables, les dents étaient cassées ou bien altérées au-dessous du rebord gengival, et la simple application de l'instrument avant l'établissement du courant était douloureuse.

La sensation produite par le passage du courant n'est pas douloureuse lorsqu'il est convenablement réglé.

Enfin *the Lancet* rapporte le résultat de nouvelles expériences faites à Londres, à l'hôpital du collége de l'université. 40 dents ont été extirpées, la plupart par M. Harding. Dans presque tous les cas, le patient a déclaré avoir senti de l'engourdissement dans la main et le bras, mais point ou peu de douleur à la mâchoire.

FRACTURE COMMINUTIVE

du tiers supérieur de l'humérus gauche, avec écrasement de la tête humérale et plaie pénétrante de l'articulation de l'épaule. — Résection de la tête et du corps de l'humérus dans une étendue de 17 centimètres. — Guérison.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 20 octobre.)

Christin Fabien, âgé de vingt-cinq ans, ouvrier carrier, est entré à l'hôpital de Charenton le 6 mai 1858, dans les conditions suivantes :

Il était occupé, avec un de ses camarades, à charger une mine dans une exploitation de pierres meulières, et dans cette opération se servait malheureusement d'une tige de fer sur laquelle son camarade frappait avec un maillet. La tige de fer fit étincelle avec la pierre, et une explosion épouvantable les renversa tous les deux en les couvrant de débris. Les deux blessés sont relevés sans connaissance, la figure, le cou, la poitrine et les bras brûlés par la poudre. C'est dans cet état qu'ils sont amenés à Charenton.

Christin, celui qui tenait le bourroir, a de plus que son camarade le bras gauche horriblement fracassé dans son tiers supérieur. Une large plaie déchiquetée et noircie par la poudre, comme dans les coups de feu à bout portant, existe à la partie antérieure de l'épaule; elle est peu saignante et remplie de graviers, au milieu desquels on aperçoit de nombreuses esquilles et une saillie considérable taillée en biseau, appartenant au fragment inférieur de l'humérus.

Les paupières, fortement contractées, se laissent entr'ouvrir avec peine. Les conjonctives sont boursouflées, rouges, saignantes, couvertes d'une multitude de petits graviers. Les cornées n'ont déjà plus leur transparence habituelle; elles sont entamées par le gravier. A gauche surtout, la lésion de la cornée paraît plus profonde, et l'on aperçoit un peu de sang épanché dans la chambre antérieure. Les iris sont immobiles et la vision paraît abolie.

Quoique Christin eût perdu fort peu de sang au moment de l'accident, ainsi que dans le trajet assez long (trois lieues) qu'on lui fit parcourir pour l'amener à Charenton, il était dans un état de faiblesse extrême et de stupeur très-marquée à son entrée à l'hôpital. A l'une et à l'autre radiale, le pouls se sentait avec une certaine difficulté; les lèvres étaient pâles, le corps était froid.

Tisane de mélisse; potion éthérée; eau froide sur les yeux; glace sur la blessure de l'épaule; pansement simple avec du cérat laudanisé sur les brûlures du cou, de la poitrine et des avant-bras; cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Le lendemain, la stupeur existait encore; le pouls était toujours faible; le corps cependant s'était un peu réchauffé. J'extrais de la plaie de l'épaule plusieurs esquilles. — Même prescription; même pansement.

Le 8, l'état général n'est pas modifié.

Le 9, la stupeur a complétement disparu, mais la faiblesse continue. Les paupières sont tuméfiées, les deux cornées opaques; quelques grains de poudre y sont incrustés; les conjonctives sont très-enflammées. — Même prescription; plus, deux bouillons.

Les 10 et 11, la faiblesse persiste. Il y a quelques frissons. Le pouls est à 110. Cependant, on éprouve toujours de la peine à réchauffer le blessé, qui pousse sans cesse des gémissements.

Les brûlures de la face, du cou, de la poitrine et des avant-bras commencent à suppurer. La plaie de l'épaule, sur laquelle on a constamment maintenu de la glace, donne passage à une sanie roussâtre assez abondante. — Même prescription.

Le 12, encore quelques frissons. Continuation de l'état fébrile. La suppuration s'établit à l'épaule. — Cessation de la glace; cataplasmes émollients.

Le 14, suppuration abondante et profonde de la plaie de l'épaule. Un foyer purulent s'est établi sous le grand pectoral : incision de cet abcès. La tuméfaction des paupières a fait des progrès; il est presque impossible de les écarter pour examiner les yeux. On les recouvre de cataplasmes émollients.

Le 15, plus de frissons, mais fièvre intense. Douleurs de tête; douleurs insupportables dans les oreilles, dans la droite surtout.

Le 16, l'état du blessé ne s'est pas aggravé, mais la suppuration est énorme, et dès lors il devient évident pour moi que les forces du blessé ne pourront pas la supporter. Je me décide en conséquence à pratiquer la résection de la tête humérale et des fragments sous-jacents.

Une longue incision partant tout proche de la clavicule et en dedans de l'acromion, est venue se prolonger en bas jusque près de la moitié inférieure de l'humérus, intéressant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'os. En rasant avec soin le squelette, je fus assez heureux pour éviter les nerfs et les vaisseaux importants à ménager, mais je rencontrai assez de difficulté pour extraire la tête humérale, qu'il ne me fût possible de faire saillir qu'en la saisissant avec un davier pour lui imprimer un mouvement de rotation. La section du corps de l'humérus fut très-simple.

La longueur totale de l'os retranché est de 17 centimètres. Deux points de suture, de la charpie trempée dans de l'eau froide, une gouttière en carton et une bande très-médiocrement serrée, constituèrent tout le pansement. — Eau gommée, potion laudanisée, trois bouillons et trois décilitres de bordeaux.

Le 17, la journée s'est assez bien passée. Le blessé souffre moins qu'avant l'opération; la langue est bonne, presque pas de fièvre. Un petit abcès, qui avait commencé à paraître depuis deux ou trois jours à la partie postérieure de l'avant-bras droit, est ouvert et donne issue à du pus de bonne nature. — Les bouillons sont remplacés par des potages.

Le 18, l'amélioration continue.

Le 21, la plaie de l'épaule et du bras offre un bon aspect; le pus est moins abondant depuis la résection de l'humérus. La plaie résultant de l'incision faite au-dessous du grand pectoral, est presque entièrement cicatrisée; les brûlures vont bien et ne suppurent presque plus. Quant aux yeux, j'évite de les ouvrir. Le malade accuse de l'appétit. — Potages, œufs, pruneaux.

Le 25, les forces reviennent; la suppuration diminue. Je découvre une fracture passée jusqu'alors inaperçue, et qui occupe la partie moyenne du radius droit. Cette fracture, du reste, est sans déplacement, et ne communique pas avec l'abcès qui a été ouvert à l'avant-bras de ce côté. — Simple bandage roulé; alimentation plus abondante.

Le 8 juin, amélioration progressive, retour des forces; les plaies marchent bien; les paupières ne sont plus gonflées. A gauche, la cornée est complétement opaque, amincie, avec un staphylome très-proéminent dans lequel l'iris s'est engagé en y contractant des adhérences. A droite, la cornée est encore assez trouble, et il y a un peu d'atrésie de la pupille. Cependant, de ce côté le malade commence à entrevoir les objets, surtout par en haut.

Le 25, consolidation de la fracture du radius. La plaie de l'épaule et du bras suppure toujours, mais très-peu. Les brûlures sont guéries partout, excepté à l'avant-bras gauche.

L'amélioration continue chaque jour sans se démentir, jusqu'au 17 juillet, où le malade est pris tout à coup dans la matinée de coliques très-fortes et de vomissements verdâtres et répétés; le ventre se ballonne, la face se grippe, etc.; en un mot, tous les symptômes d'un étranglement interne se manifestent sans qu'il soit possible de rattacher cet état survenu si subitement à une cause quelconque. — Glace avec eau de Seltz, bain prolongé, onction sur le ventre avec l'extrait de belladone. Lavement avec séné et sulfate de soude.

Le 18, la veille au soir, le malade est allé abondamment à la selle; les coliques ont disparu, et tout est rentré dans l'ordre.

Le 6 août, cicatrisation définitive. A gauche, le staphylome est plus saillant; à droite, la cornée est devenue plus claire, et le malade peut lire assez facilement.

Le 20 octobre, Christin est présenté à la Société de chirurgie, plus de deux mois, par conséquent, après son entière guérison. On a pu constater :

1° L'entière liberté des doigts et de la main;

2° L'intégrité des mouvements de pronation et de supination;

3° La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras;

4° La possibilité de faire exécuter une très-légère élévation du bras.

La portion d'humérus réséqué et mesurant 17 centimètres, a été également mise sous les yeux de la Société.

M. Charrière fabrique en ce moment à Christin un appareil prothétique, suivant les indications ingénieuses que notre savant confrère, M. Larrey, a déjà eu l'occasion de faire exécuter pour un blessé de Crimée, qu'il a présenté à la Société de chirurgie au mois de février de l'année dernière. Cette prothèse aura pour résultat, je l'espère, de rendre à l'épaule les mouvements d'élévation qu'elle a perdus, ainsi que ceux d'adduction et d'abduction.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 octobre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

M. HUGUIER, à l'occasion du procès-verbal, rappelle une observation qu'il a consignée dans le tome II des *Bulletins* de la Société, et qui paraît confirmer celle de M. Morel-Lavallée. Dans le cas que M. Huguier a publié, l'autopsie démontra que les deux feuillets de la tunique vaginale adhéraient l'un à l'autre par l'intermédiaire d'une fausse membrane filamenteuse.

Ce fait prouve, avec bien d'autres, que la guérison de l'hydrocèle peut amener l'occlusion de la tunique vaginale.

Apoplexie foudroyante des méninges. — Mécanisme de la guérison de l'hydrocèle par l'injection. — M. MOREL-LAVALLÉE. On a, surtout dans les hospices de vieillards, d'assez fréquentes occasions de constater l'état de la tunique vaginale longtemps après la guérison de l'hydrocèle, et M. Hutin a lu sur ce sujet un mémoire plein de faits à l'Académie. Il est, au contraire, extrêmement rare de pouvoir faire l'examen anatomique de cette membrane dans les premières semaines qui suivent l'opération. Il faut, en effet, que le malade soit surpris par une autre affection pendant la courte durée du travail de résorption. Aussi depuis l'origine de la Société, c'est-à-dire depuis plus de quinze ans, ne lui a-t-il été présenté qu'un seul cas de ce genre, cas d'ailleurs très-intéressant, qui appartient à M. Huguier.

Je viens vous en soumettre un second non moins remarquable par la maladie intercurrente qui a enlevé le sujet, que par les effets de l'injection dans la tunique vaginale.

Le malade avait soixante-six ans; son hydrocèle, d'un volume ordinaire, n'offrait rien de particulier. Le 30 septembre, après l'évacuation de la sérosité, j'injectai, avec une seringue urétbrale, de la teinture d'iode pure, que j'agitai pendant dix minutes dans la tunique vaginale afin de baigner plus sûrement toute l'étendue de sa surface. Un centimètre cube environ de la teinture fut laissé à dessein dans la cavité de la séreuse. Cette petite seringue de verre est parfaitement suffisante, et il y a plus de dix ans que, dans un concours pour une chaire de clinique, j'ai essayé d'établir que la simplicité n'était pas le seul avantage de ce procédé.

La réaction fut modérée; bientôt la tumeur s'était considérablement réduite. Le malade demande sa sortie, heureux de sa guérison prochaine. C'était le onzième jour de l'opération. Mais en faisant une dernière promenade dans le jardin de l'hôpital, il s'affaisse subitement sur lui-même sans faire entendre ni une parole ni un gémissement. Un de nos internes, M. Baudot, appelé immédiatement, le trouva pâle, sans pouls, les yeux immobiles, la bouche béante. Il y avait encore quelques pulsations du cœur assez régulières, mais qui s'éteignirent bientôt; en moins d'un quart d'heure tout était fini.

Autopsie. — En mettant le cerveau à découvert, ce qui frappa d'abord ce fut une infiltration de teinte rouillée de la pie-mère du sommet des hémisphères. Puis on arriva bientôt sur un épanchement sanguin énorme. Sur les surfaces lisses, le sang était resté fluide; sur les surfaces irrégulières, il était coagulé, comme si ses éléments solidifiables s'étaient précipités sur les inégalités de chaque région. Ainsi, tous les ventricules, toute la cavité arachnoïde de la base du crâne, toute l'arachnoïde rachidienne jusqu'à l'extrémité de la queue de cheval, étaient remplis de sang liquide. Seulement de chaque côté de la moelle, mais surtout à gauche, il y avait un long caillot noir, comme un cordon sanguin qui régnait depuis le haut jusqu'en bas, plus marqué et en quelque sorte renflé dans les culs-de-sac formés par l'arachnoïde autour des nerfs jusqu'à leur émergence par les trous de conjugaison. Ces caillots latéraux de l'arachnoïde rachidienne dans ces parties dont la convergence des racines nerveuses accidentait la surface, sont comme une transition à ce qu'on retrouvait plus haut. Sur les côtés des hémisphères, ainsi qu'à la base du cerveau, le tissu cellulaire de la pie-mère était occupé par du sang coagulé. Les interstices des circonvolutions étaient pour ainsi dire comblés par un caillot sans fin, qui en dessinait la forme jusque dans leur profondeur. Les plexus choroïdes étaient aussi presque enveloppés de caillots, caillots noirâtres comme sur les autres points. Aucune altération ni dans les artères ni dans la substance encéphalique. C'est un type d'apoplexie méningée, où l'épanchement sanguin, par son abondance et son instantanéité, a anéanti la vie par une oppression subite et générale des centres nerveux.

La *tunique vaginale* est comme doublée en dedans par une fausse membrane d'un blanc jaunâtre, qui ressemble, pour l'aspect, l'extrême minceur et la faiblesse, à une feuille humide de papier joseph. Appliquée à toute la face interne de la tunique, sous la portion pariétale et sur la portion viscérale, elle s'en détache à la moindre traction. Elle est traversée à son intérieur par des cloisons quelquefois complètes, mais presque toutes incomplètes, et dans certains points seulement par des filaments tantôt réunis en faisceaux, tantôt éparpillés en éventail ou entre-croisés.

Ainsi que vous pouvez le voir, il en résultait des loges en général communicantes, et d'environ 1 centimètre de diamètre. Elles contenaient environ 30 grammes d'une sérosité qui a retenu un peu la teinte de l'injection iodée.

Cette fausse membrane ne semble-t-elle pas révéler le mécanisme de la guérison de l'hydrocèle par l'injection? Peu à peu, au fur et à mesure de l'absorption du liquide contenu dans les loges, ces loges diminuent par le retrait de leurs cloisons; puis elles finissent par s'effacer par l'affrontement des deux feuillets opposés de la fausse membrane. Enfin, cette fausse membrane disparaît elle-même par absorption, et la tunique vaginale reprend sa liberté. L'extrême faiblesse de l'adhérence de

cette fausse membrane qui se détachait sous la pression de la pointe du scalpel, l'intégrité de la tunique vaginale, établissent pour nous que les choses se passent ordinairement ainsi.

Si l'on admettait dans certains cas, où par exemple l'inflammation aurait été plus intense, la destruction de la tunique vaginale, on serait réduit à expliquer son existence ultérieure par une création, une formation nouvelle, sous l'influence du frottement.

Enfin, il y a sans doute eu adhérence et en même temps, comme conséquence, l'oblitération de la tunique vaginale.

Cette fausse membrane cloisonnée montre encore, suivant nous, l'origine inflammatoire des hydrocèles multiloculaires et de certains kystes également multiloculaires; je dis de certains de ces kystes, car il y en a qui résultent d'une agglomération, de la fusion de kystes primitivement indépendants.

Texture variqueuse des hémorrhoïdes. — Voici, continue M. MOREL-LAVALLÉE, un énorme bourrelet hémorrhoïdal que j'ai enlevé par la méthode de M. Chassaignac, mais par un procédé un peu différent. Il s'est à peine écoulé quelques gouttes de sang, et vous voyez que je n'ai enlevé de la peau et de la muqueuse que juste la zone qui recouvre le bourrelet; la section a été aussi régulière, aussi nette et aussi mesurée qu'avec le bistouri.

La tumeur est essentiellement constituée par des veines variqueuses circulairement entrelacées, et offrant des ampoules multipliées dont le volume varie depuis celui d'un grain de riz à celui d'une aveline.

J'ajouterai que je m'attache à prévenir le rétrécissement consécutif de l'anus avec des mèches portées d'emblée au diamètre de cet orifice.

M. GOSSELIN eût été curieux de connaître l'état de vascularisation du testicule. Il prie M. Morel de vouloir bien lui dire s'il a recherché les spermatozoïdes dans les conditions séminifères de la pièce qu'il a présentée. Il est porté à penser que l'injection qui est faite dans le but de guérir l'hydrocèle, modifie la sécrétion des zoospermes

M. BOINET. M. Gosselin croit donc que la stérilité doit être la conséquence d'une hydrocèle double guérie par injections?

M. GOSSELIN. Je n'ai pas dit cela; M. Boinet ne m'a pas compris, et pour qu'il n'y ait pas de malentendu, voici ce que je pense : les malades affectés d'hydrocèle peuvent en guérir avec ou sans occlusion de la tunique vaginale. Dans le premier cas, je crois être autorisé à soutenir que la faculté de sécréter des zoospermes est compromise, tandis qu'il n'en est pas ainsi lorsque la cavité de la tunique vaginale est conservée.

En réponse à une question qui lui est adressée pour savoir si cette opinion repose sur un grand nombre de faits, M. Gosselin dit que, ayant eu l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique des testicules sur un certain nombre de cadavres, il a souvent constaté une vascularité insuffisante des testicules, avec absence de sécrétion des zoospermes, coïncidant avec l'occlusion de la cavité vaginale. Il suppose que le premier de ces faits est lié au second, et toutes les fois que quelqu'un est appelé à examiner les organes génitaux d'un homme qui a subi l'opération de l'hydrocèle par injection, M. Gosselin demande si l'on a étudié la question au même point de vue que lui.

M. MOREL-LAVALLÉE croit que la stérilité est la conséquence de l'inflammation du testicule.

M. GOSSELIN n'a pas voulu conclure d'une manière formelle; il demandait des renseignements, et ce n'est que pour répondre à une interpellation qu'il a exprimé son opinion.

M. MICHON. M. Gosselin, quoi qu'il en dise, tire des conclusions très-formelles. Si ce qu'il avance était vrai, les chirurgiens devraient s'abstenir d'opérer l'hydrocèle. Heureusement il reste beaucoup à faire pour prouver que l'atrophie des testicules est nécessairement liée à l'adhérence des parois opposées de la tunique vaginale.

M. GOSSELIN. Je désire que l'on apporte des faits et non des raisonnements pour éclairer la question. Quand on trouve sur un cadavre une occlusion de la cavité de la tunique vaginale, il y a en même temps absence de sécrétion des zoospermes et atrophie de l'organe sécréteur. Voilà un fait; je ne veux pas en tirer une conclusion aussi absolue que celle qui m'a, en quelque sorte, échappé au commencement de cette discussion; mais je suis en droit de soutenir qu'une opération qui peut avoir pour résultat d'oblitérer la cavité de la tunique vaginale, doit faire craindre l'anémie du testicule. A cause de cela, je demande que l'on examine si les malades qui ont été opérés pour une double hydrocèle, ont encore des zoospermes; à cause de cela aussi je préfère à l'injection vineuse l'injection iodée, qui n'a pas pour effet, comme la première, l'occlusion de la cavité vaginale.

M. BROCA ne comprend pas l'importance que M. Gosselin attache aux renseignements qu'il demande : car si les malades avaient conservé la facilité de sécréter des zoospermes, il resterait à en faire l'autopsie pour éclairer la question. En opposition aux faits qui ont été produits dans la discussion, il a trouvé des cadavres qui n'avaient point de zoospermes, bien qu'ils ne parussent point avoir subi l'opération de l'hydrocèle.

M. GOSSELIN dit qu'il a répondu à cette objection dans ses publications. Il s'est appuyé sur les cas dans lesquels il y avait des spermatozoïdes dans un testicule qui était sain et non sur celui dont la tunique séreuse était fermée par adhésion. En réponse à une question qui lui est adressée par M. Chassaignac, il dit que dans les cas qu'il a cités, il n'y avait aucune trace de lésion du testicule; mais il ne peut pas assurer qu'une vaginalite spontanée n'était pas la cause de l'oblitération de la tunique vaginale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HUGUIER présente le moule en plâtre de l'avant-bras d'un malade dont l'observation est rapportée dans la note suivante :

Luxation en avant du poignet. — Le 28 septembre 1858 est entré, dans le service de M. Huguier, le nommé Loichot (Nicolas), âgé de quarante-neuf ans, palefrenier, demeurant à Batignolles, rue du Port-Saint-Ouen, n° 12.

Ce malade est venu réclamer des soins pour une rétention d'urine.

Cet homme est atteint, depuis l'âge de seize ans, d'une luxation en avant du poignet droit. Voici comment cette affection se serait produite : un jour qu'il travaillait à la moisson, il fit une chute sur la paume de la main droite.

Il y eut immédiatement déformation du poignet, avec douleur très-vive et perte des fonctions de la main. Le malade alla trouver un officier de santé qui tira sur la main, annonça qu'il avait réduit et appliqua une simple bande sur la région affectée. Le malade resta ainsi pendant une dizaine de jours, puis supprima la bande et reprit son travail, malgré la douleur qu'il ressentait et le gonflement qui persistait toujours. Il est difficile de savoir si la luxation existait alors telle qu'elle est aujourd'hui : le malade prétend, en effet, qu'à cette époque la déformation n'était pas la même qu'aujourd'hui, et qu'elle ne parvint à ce degré qu'insensiblement, par suite du travail auquel il se livrait.

Quoi qu'il en soit, voici quel est en ce moment l'aspect que présente cette luxation.

Toute la main et le carpe se sont transportés sur le même plan (et sans avoir changé de rapports), en haut et en avant du rebord antérieur de l'extrémité articulaire des os radius et cubitus.

En avant, le talon de la main fait une saillie, au-dessus de laquelle on aperçoit un creux très-prononcé. Cet enfoncement est formé par le retrait en arrière de la tête articulaire des deux os de l'avant-bras que l'on sent très-distinctement : vers la partie médiane la peau est soulevée par les tendons des deux muscles palmaires, et sur le côté interne on sent et on voit parfaitement le tendon du cubital antérieur.

En *arrière*, le carpe s'est déplacé pour se porter en avant, et au-dessus de lui on rencontre l'extrémité articulaire des deux os de l'avant-bras, qui ont conservé leurs rapports ordinaires. Toutefois, la tête du cubitus se prolonge plus bas qu'elle n'a coutume de le faire, et comme elle est hypertrophiée, elle forme une saillie plus grande que la tête du radius. Ces deux extrémités radiale et cubitale présentent (en arrière) leurs caractères normaux, qui se lisent à travers la peau presque aussi nettement que si les os étaient à nu. On y voit, en effet, les crêtes saillantes et le relief que forment les tendons en passant dans leur intervalle. On sent et on voit également la courbure que les tendons éprouvent au moment où ils quittent leurs gouttières pour se jeter sur le carpe. En outre, on sent très-bien, en arrière, si l'on presse un peu fortement, la surface articulaire du radius et du cubitus.

Enfin, on constate une légère abduction de la main qui est reportée en masse du côté radial, mais sans cesser d'être parallèle à la ligne de l'avant-bras. On constate aussi que la main droite est plus petite que du côté sain.

Le radius du côté affecté est plus court que son congénère (de deux centimètres), et le cubitus a la même longueur que celui du bras sain, grâce à l'hypertrophie de son extrémité inférieure; il est par conséquent plus long que le radius avec lequel il est uni. La longueur totale de l'avant-bras et de la main du côté malade, est plus petite que celle du côté sain (de près de trois centimètres).

La main et l'avant-bras, siége de la luxation, ont à peu près conservé leur force normale. La flexion qui se passe dans le poignet est conservée, mais incomplétement. L'extension, au contraire, ne peut aucunement avoir lieu, si la main n'est pas appuyée et pressée sur un plan résistant, et encore est-elle très-limitée. Quant aux mouvements d'adduction et d'abduction, c'est à peine s'il en existe, et encore ne sont-ils que passifs.

M. MICHON trouve la pièce présentée par M. Huguier très-digne d'intérêt; mais elle ne lui semble pas prouver l'existence d'une luxation *sans fracture*. Il pense qu'on serait autorisé à dire qu'il y a eu, dans ce cas, décollement de l'épiphyse du radius, qui aurait alors été entraînée en arrière.

M. BOINET a trouvé une pièce semblable à celle de M. Huguier. Après l'avoir disséquée, il croyait encore à l'existence d'une luxation simple; ce n'est qu'après l'avoir fait macérer que l'on put reconnaître la coïncidence d'une fracture du radius avec la luxation. La pièce de M. Huguier n'établissant pas l'absence de fracture, ne prouve rien contre l'opinion généralement admise.

M. HUGUIER répond qu'on est autorisé à appeler *luxation* une lésion dans laquelle la fracture, si elle existe, n'est qu'une petite complication du déplacement des surfaces articulaires.

M. MARJOLIN croit qu'il y avait fracture et luxation dans le cas de M. Huguier. A l'appui de son opinion, il rapporte deux observations dans l'une desquelles la luxation du poignet se compliquait de fracture, et pourtant le moule de l'avant-bras et de la main, qu'il a déposé au Musée Dupuytren, ressemblait identiquement à celui qui nous est présenté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un malade qu'il a opéré, il y a deux ans, par l'injection iodée pour un kyste hydatique du foie. La guérison s'est maintenue, et rien n'autorise à penser qu'une récidive puisse avoir lieu.

M. DEGUISE présente un malade dont l'observation a été relatée plus haut.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Filandeau, né à Napoléon-Vendée (Vendée); *Des causes de l'hypertrophie du cœur.*

Gilbrin, né à Saint-Julien-lez-Metz (Moselle); *De la diathèse urique.*

Baranger, né à Romorantin (Loir-et-Cher); *Etudes sur les lésions phlegmasiques du col de la matrice.*

Vissaguet, né au Puy (Haute-Loire); *De la cautérisation de l'épiploon dans l'opération de la hernie étranglée, comparée aux autres méthodes : réduction, excision, ligature, abandon dans la plaie.*

Le Sourd.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 129. — MARDI 2 ET JEUDI [illegible]EMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 129. — MARDI 2 ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 NOVEMBRE 1858.

Séances des Académies.

M. Civiale, en faisant hommage à l'Académie des deux premiers volumes de la nouvelle édition de son *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, a indiqué dans une rapide analyse les points nouveaux que renferme cette nouvelle édition, et il a appelé en particulier l'attention de l'Académie sur un traitement préparatoire spécial destiné à faciliter les opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires, à les rendre moins douloureuses, et à en assurer davantage le succès. Nous réservons pour plus tard, et lorsque nous aurons à apprécier la nouvelle édition de l'ouvrage de M. Civiale, l'indication des additions et des modifications que l'auteur y a introduites, et qui en font en quelque sorte un ouvrage nouveau ; mais nous n'avons pas les mêmes motifs pour ajourner la publication de la note que M. Civiale a lue en séance, et qui renferme des considérations pratiques du plus haut intérêt sur un ordre d'affections que tous les médecins peuvent être appelés à soigner, et qu'ils ont par conséquent tous intérêt à bien connaître. Aussi le publierons-nous dans un prochain numéro.

Dans la séance du 6 septembre dernier, M. Léon Soubeiran a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur la structure de l'appareil à venin de la vipère. L'Académie a entendu dans cette séance le rapport de M. Duméril, que l'on trouve toujours prêt quand il s'agit d'apporter à la science le tribut de son savoir et de son zèle, et d'encourager par ses bienveillants avis les jeunes savants qui s'efforcent de marcher sur ses traces. Le savant rapporteur a fait ressortir les points nouveaux que contient le travail de M. Léon Soubeiran. On savait que l'appareil à venin de la vipère est constitué par des follicules rameux, dont les petites tiges frangées portent des feuilles pennées, creusées de petits canaux qui tous aboutissent dans un seul conduit, qui devient le canal unique et excréteur. Mais la démonstration n'était point complète, faute d'avoir pu jusqu'à présent, vu les difficultés de dissection, isoler suffisamment ces follicules des parties accessoires. Grâce à un procédé chimique, qui consiste à ramollir les tissus organiques et à les rendre transparents par la macération dans certains acides, tout en ménageant quelques-unes des parties qui n'en sont pas attaquées, M. Léon Soubeiran est parvenu à rendre visibles à l'œil nu des dispositions qui avaient échappé même au grossissement du microscope, faute d'avoir pu effectuer cet isolement. Le mémoire de M. Soubeiran renferme, en outre, d'après l'avis de M. le rapporteur, des résultats curieux sur le moyen chimique des préparations employées, et sur le mode de sécrétion de l'humeur produite par les glandes venimeuses des serpents.

M. Calliburcès, déjà connu de nos lecteurs par des travaux physiologiques, qui justifient les espérances que ses compatriotes fondent sur son avenir, vient de communiquer à l'Académie un nouveau mémoire contenant les résultats de ses recherches expérimentales sur l'influence exercée par la chaleur sur les manifestations de la contractilité des organes. On se rappelle que, dans une précédente communication, ce jeune physiologiste a montré que la chaleur influe puissamment sur les contractions du tube digestif et de l'utérus. Poursuivant depuis ses recherches à l'aide des mêmes procédés, il a reconnu que par l'action de la chaleur on pouvait également solliciter, entretenir et exagérer les contractions des uretères, de la vessie urinaire, des canaux déférents, des vésicules spermatiques, des trompes de Fallope et du vagin. Il a étudié en outre l'action du même agent physique sur les mouvements vibratiles, et non-seulement il a constaté que l'influence de la chaleur agit sur eux avec une grande énergie, mais il a pu mesurer avec beaucoup de précision l'intensité des phénomènes. La détermination du rôle dévolu au calorique dans l'économie animale a conduit l'auteur à une classification nouvelle des tissus contractiles, au point de vue de leurs propriétés physiologiques, suivant qu'ils sont sensibles ou insensibles à l'action du calorique.

Les expériences de M. Calliburcès, en même temps qu'elles révèlent des faits physico-physiologiques intéressants, nous paraissent de nature à jeter des lumières nouvelles sur plusieurs ordres de phénomènes physiologiques. Personne n'étant mieux à même que M. Cl. Bernard, sous le patronage duquel toutes les communications de M. Calliburcès ont eu accès jusqu'à présent auprès de l'Académie, de nous faire connaître toutes les déductions et les applications qui en peuvent être faites, nous verrions avec une grande satisfaction que le professeur du Collége de France voulût bien faire un rapport sur l'ensemble des recherches et des travaux de notre jeune et savant confrère d'Athènes.

Nous aurions encore à mentionner ici une intéressante communication de M. le docteur de Beauvais sur un phénomène doublement curieux au point de vue physiologique et pathologique, que le hasard lui a fait découvrir, mais dont sa sagacité lui a fait reconnaître le sens et la valeur ; nous voulons parler du défaut d'élimination des substances odorantes par les urines dans la maladie de Bright. Mais cette communication étant de nature à donner lieu à des considérations cliniques, nous en réservons la publication pour le numéro de samedi.

Enfin une dernière communication, qui n'a pu trouver place dans le compte rendu de la séance à cause de son étendue, et un peu aussi à cause de son caractère principalement chimique, doit néanmoins être mentionnée ici, parce qu'elle traite d'un fait qui touche de près à une grande question d'hygiène qui a été souvent soulevée depuis quelques années devant nos deux Académies, la question de la présence de l'iode dans l'atmosphère. C'est un travail de M. de Luca sur ce sujet. M. de Luca conteste l'existence normale de l'iode dans l'air et dans les eaux fluviales.

Le tubage du larynx contre le croup a fait en grande partie les frais de la séance de l'Académie de médecine. Il a été le sujet d'un brillant rapport ; il paraît devoir être l'origine d'une discussion sur la trachéotomie, qui ne pourra manquer d'intérêt.

Lorsque M. Bouchut a lu son mémoire à l'Académie sur le tubage du larynx, nous avons fait remarquer qu'il était impossible alors, vu le petit nombre d'essais qui avaient eu lieu, d'apprécier à leur juste valeur les services qu'on pourrait attendre de cette méthode ; mais qu'on pouvait dès ce moment considérer comme établis, par ces premiers essais, deux points importants qui constituaient déjà une présomption en sa faveur, savoir : la facilité avec laquelle se pratique ce tubage et la tolérance du larynx pour la virole, dont la présence dans cet organe n'empêchait point les fonctions de l'épiglotte. Nous ajoutions enfin, à ces avantages, la facilité qu'avaient les grosses concrétions pseudo-membraneuses de la trachée et des bronches à sortir par ce tube.

C'était assez pour provoquer l'attention et pour appeler de nouveaux essais L'importance du sujet, autant que le nom et la position scientifique de M. Bouchut, ne permettaient pas de penser que l'Académie pût rester indifférente devant une pareille communication. Il y avait d'ailleurs ici plus qu'un nom ou un intérêt scientifique en cause ; la terrible diphthérie est toujours là à nos portes, qui défie les efforts de la thérapeutique ; si le tubage pouvait arracher quelques victimes au fléau, si petit qu'en fût le nombre ; s'il pouvait être seulement un adjuvant utile, un moyen de seconder les médications ; s'il pouvait restreindre le champ des indications de la trachéotomie, il ne serait jamais trop tôt pour le dire. Que si, au contraire, il n'y avait que de décevantes illusions dans les résultats qu'on s'en était promis, pourquoi ajourner encore un jugement qui, favorable ou défavorable, est toujours en définitive un service rendu à la science.

Si tous les membres de l'Académie pouvaient se pénétrer de l'importance de cette vérité et y puiser la mesure de l'importance de leur mission, nous entendrions sans doute plus souvent des rapports. Mais tous n'ont pas ce zèle, cette activité, et surtout cette merveilleuse aptitude de M. Trousseau, à saisir et à s'assimiler, sur une question donnée de médecine, tous les éléments propres à en élucider les points de vue pratiques. Qui mieux que M. Trousseau, d'ailleurs, eût pu traiter avec plus de connaissance de cause, de tout ce qui se rapporte à la question du croup !

M. Trousseau a donc fait hier un rapport sur le mémoire de M. Bouchut relatif au tubage du larynx. Ce rapport a été pour l'éminent académicien une occasion de faire le bilan — triste bilan — de la thérapeutique du croup ; et comme tout se tient dans ces sortes de questions, bien qu'il n'eût à juger que du mémoire sur le tubage, il s'est emparé, comme lui revenant de par le droit de la chose publiée, des recherches de M. Bouchut sur la symptomatologie du croup, et sur la statistique mortuaire de cette affection. C'est ainsi qu'il a été conduit à faire l'histoire de la trachéotomie, et à apprécier les services de cette méthode toute française, à laquelle il a pris une si grande part.

Nous laisserons pour le moment de côté tout ce qui concerne la trachéotomie, qui deviendra probablement par la discussion le sujet principal, de sujet secondaire qu'elle était. Elle aura probablement à défrayer plusieurs articles. Restons ici sur le terrain plus circonscrit de la méthode soumise par M. Bouchut à l'examen de l'Académie, le tubage.

L'appréciation que M. le rapporteur a faite de cette méthode se résume dans ces termes, qui sont les conclusions mêmes du rapport :

1° Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif.

2° Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie, et quelquefois de traiter et de guérir la maladie.

3° Dans le traitement du croup, il retarde l'asphyxie et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique.

4° Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup dès que les ressources médicales semblent épuisées.

Si ces conclusions ne répondent pas complétement peut-être aux espérances que M. Bouchut avait pu fonder sur l'avenir de sa méthode, elles en reconnaissent du moins l'utilité ; elles vont plus loin même, elles spécifient quelques-unes des indications de son usage, qui tendraient à élargir, plutôt qu'à le restreindre, le champ de ses premiers essais. Il y a, il est vrai, quelques restrictions apportées à l'appréciation des effets du tubage. Mais ces restrictions sont plus apparentes que réelles, si l'on veut bien se rappeler que le tubage n'a pas été proposé par M. Bouchut pour remplacer précisément la trachéotomie, mais bien pour en prévenir autant que possible la nécessité.

Nous aurions bien quelques autres observations à présenter sur quelques points de détail de ce rapport si remarquable d'ailleurs, et qui a été écouté pendant plus d'une heure qu'a duré sa lecture, avec un intérêt des plus vifs et des plus soutenus, mais l'espace nous manquerait en ce moment ; et d'ailleurs la discussion nous fournira sans aucun doute l'occasion d'y revenir.

Avant la lecture de ce rapport, l'Académie a entendu une importante lecture de M. Civiale sur les améliorations introduites dans le traitement des maladies des voies urinaires par la préparation des organes à l'introduction des sondes.

La séance a été terminée par une communication intéressante de M. Rulić, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, sur un cas d'empoisonnement par l'eau sédative de Raspail. Nous espérons publier prochainement quelques détails sur ce

fait, que nous pourrons rapprocher d'une observation analogue qui nous a été communiquée par M. le docteur Lecoq. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Mort. Autopsie.

Emilie Royer, âgée de cinquante-cinq ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, le 29 janvier dernier, à neuf heures du matin. Cette femme, d'une constitution très-forte, se fait remarquer par un développement excessif du système adipeux. Elle raconte que la veille, ayant pris un bain, comme elle le faisait depuis deux jours, à la suite d'une dyssenterie qui l'avait retenue huit jours au lit, elle se sentit prise subitement de douleurs abdominales vives, qui, deux heures après, s'accompagnèrent de vomissements bilieux. Un médecin ayant été appelé, constata une tumeur à la région crurale droite, et attribua à une hernie étranglée au moment de sa production les accidents qu'il avait sous les yeux: la malade confirmait cette opinion en assurant qu'elle n'avait jamais eu de grosseur de ce côté-là. Quoi qu'il en soit de ce fait sur lequel j'aurai à revenir, la hernie résista aux tentatives de réduction, et le lendemain matin, les vomissements ayant changé de nature, et ayant pris une coloration brunâtre accompagnée d'une odeur faiblement stercorale, on jugea prudent d'envoyer la malade à l'hôpital.

On procède aussitôt à son examen: Une tumeur du volume d'un œuf de poule existe à la région crurale droite; elle est dure, tendue; la pression y fait naître des douleurs qui s'irradient dans l'abdomen; la peau et les couches sous-cutanées sont saines. C'est en vain qu'on cherche, en passant soit au-dessus, soit au-dessous de la hernie, à trouver l'orifice du canal crural; la tumeur, exactement appliquée sur son pourtour, rend infructueuses toutes ces tentatives. Elle semble, d'ailleurs, formée de deux parties distinctes: l'une, plus considérable, ne donne pas lieu à la sensation qui résulte du froissement d'une anse intestinale, et offre à la percussion une matité assez prononcée; l'autre, située en avant et au-dessous, est rénitente et sonore. On était ainsi porté à croire qu'on avait affaire à une entéro-épiplocèle avec prédominance de l'épiploon; l'examen du sac vint plus tard expliquer cette apparence, et infirmer ce point de diagnostic. La malade n'a pas été à la selle depuis le bain de la veille, moment auquel elle rapporte la formation de sa hernie; le pouls est petit, un peu fréquent; la langue, large, un peu rouge à la pointe et sur les bords, est légèrement sèche; il y a un peu d'anxiété, d'agitation, mais l'intelligence est très-nette. Le chloroforme est immédiatement administré; à peine l'influence des vapeurs anesthésiques commence-t elle à se faire sentir, que le taxis réduit l'intestin avec un bruit de gargouillement caractéristique. On constate en même temps qu'une partie seulement de la tumeur a été réduite; c'est la plus petite, celle qui était sonore: l'autre n'a subi aucune modification. J'applique un bandage contentif, et je recommande à la malade le repos le plus absolu.

Le soir, je la trouve dans un état satisfaisant; les vomissements ont cessé, mais les douleurs abdominales, quoique notablement diminuées, n'ont point entièrement disparu. Le pouls a repris un peu d'ampleur. — Lavement purgatif.

Le lendemain, la hernie est ressortie; tous les accidents ont reparu avec un degré d'intensité plus considérable. Voici ce qui s'est passé: Dans la soirée, vers neuf heures, la malade a été prise de fièvre et d'une grande agitation; par suite de ses mouvements désordonnés, elle renversa un bassin placé près d'elle; voulant alors le relever, elle tomba elle-même de son lit, le bandage se déplaça, et dès lors tous les accidents se reproduisirent.

M. Robert fait une tentative infructueuse de taxis à l'aide du chloroforme, et se décide à l'opération après avoir constaté la nature stercorale des vomissements. Une incision transversale, sur laquelle en tombe une verticale, comprend la peau et le tissu adipeux sous-cutané, qui forme une couche très-épaisse; les lambeaux étant relevés, le chirurgien divise les feuillets du fascia superficialis et arrive immédiatement sur le sac. Celui-ci est d'un rouge foncé, il est très-tendu; ouvert à sa partie inférieure, il donne issue à quelques cuillerées d'un liquide noirâtre collant aux doigts, et l'on peut voir alors au sommet de l'infundibulum qu'il représente une anse intestinale complète, peu volumineuse, à branches parallèles, d'une coloration franchement noire, mais douée encore d'une assez grande élasticité, d'une assez grande fermeté pour qu'on rejette l'idée d'une mortification complète; elle ne renferme pas de matières solides, mais elle est fortement distendue par des gaz. En portant le doigt de bas en haut, on trouve au niveau de l'anneau crural l'intestin serré circulairement avec assez de force pour qu'on ne puisse qu'après plusieurs tentatives faire glisser un bistouri herniaire entre lui et l'agent de la constriction. L'instrument ayant enfin pénétré, M. Robert débride légèrement en haut; mais la constriction étant toujours assez forte pour s'opposer à ce qu'on attire l'intestin au dehors, le bistouri est reporté une seconde fois dans la même direction; à peine cette manœuvre est-elle achevée, que l'intestin rentre subitement de lui-même. — Pansement simple; mixture de séné et de fleurs de pêcher, à prendre par cuillerées.

Le soir, les vomissements n'ont pas reparu; mais il n'y a pas eu de selles. La malade est agitée, le pouls est fréquent; il y a de l'anxiété. Deux lavements purgatifs administrés à une heure d'intervalle demeurent sans effet; à huit heures, je fais prendre une goutte d'huile de croton dans une cuillerée de tisane. De dix heures à une heure du matin, il y a trois selles très-abondantes; la malade, plus tranquille, s'endort, se réveille à trois heures dans une agitation extrême, et expire à quatre heures du matin.

Autopsie trente-trois heures après la mort. — Rien de particulier dans l'habitude extérieure du corps; on reconnaît à l'ouverture de l'abdomen une péritonite localisée dans le flanc droit. Cette lésion est remarquable à plusieurs titres; elle est parfaitement limitée au côté droit de la cavité abdominale, et s'étend en hauteur jusqu'au niveau du bord tranchant du foie. Le feuillet pariétal de la séreuse ne participe point aux altérations inflammatoires. Au niveau du feuillet viscéral, c'est-à-dire entre les anses intestinales, existent du pus en petite quantité et quelques fausses membranes qui ont établi des adhérences entre les circonvolutions; celles-ci sont épaissies et d'une coloration rouge noirâtre dont la teinte va en s'affaiblissant de bas en haut. De plus (et c'est là, je crois, le fait capital), la totalité de l'intestin contenue dans le flanc droit ne présente pas les lésions ordinaires de la péritonite; on ne les retrouve que sur les anses qui sont en contact immédiat ou médiat avec celle qui est rentrée dans l'abdomen après l'opération.

Cette dernière les présente à un degré plus avancé que toutes les autres; les parois de l'intestin sont épaissies, d'une couleur noire plutôt que rouge, et offrent un anneau régulièrement circulaire, trace de la constriction qu'a subie l'organe sur tout son pourtour; il n'y a pas d'ulcération au niveau de cet anneau qui limite de la manière la plus exacte les traces de l'inflammation; en effet, les deux parties de l'intestin, qui font immédiatement suite en haut et en bas à l'anse étranglée, sont exemptes de toutes lésions inflammatoires, tandis qu'on les retrouve dans toute leur évidence sur celles qui se sont trouvées en contact avec la circonvolution malade. En tenant compte de ce fait et de l'intensité progressivement décroissante de bas en haut des altérations anatomiques, je crois être en droit de conclure que la péritonite a succédé à la rentrée dans l'abdomen d'une anse enflammée, et qu'elle a envahi de proche en proche et dans l'ordre de leur contact diverses portions de l'intestin, jusqu'à ce que les lésions aient été assez avancées pour produire la mort de la malade.

La dissection de la région crurale et du sac fait connaître l'état suivant: les parois de ce dernier sont rouges, résistantes au doigt, et présentent une épaisseur qui varie, suivant les points, de 2 à 5 millimètres, dont le maximum est à la partie inférieure de l'entonnoir que représente le sac; cette partie répond à l'anneau crural proprement dit, dont il est facile de reconnaître toutes les parties constituantes, ligament de Gimbernat en dedans, crête pectinée en arrière, etc. Cette portion du sac est intimement adhérente en bas, en dehors et un peu en haut au contour de l'anneau; lorsque l'anse intestinale est rétablie dans la position qu'elle occupait avant l'opération, il devient impossible d'introduire l'extrémité du petit doigt entre l'intestin et le sac, on le glisse au contraire facilement entre ce dernier et l'angle interne de l'anneau. Les vaisseaux fémoraux sont en dehors et en arrière, l'artère épigastrique est directement en dehors du sac. Les recherches les plus attentives n'ont pas permis de retrouver le fascia *cribriformis*; peut-être faut-il attribuer ce fait au développement excessif du tissu adipeux, tissu qui, en comprimant, en distendant le fascia, en s'insinuant pour ainsi dire dans les ouvertures qu'il présente, a pu annihiler en quelque sorte cette lame fibro-celluleuse déjà si faible à l'état normal.

A la région crurale gauche existe une épiplocèle du volume du poing, remarquable en ce que le sac, à parois minces, lisses et transparentes, a subi *au niveau de l'anneau crural* les modifications qui constituent le collet du sac; on trouve là, en effet, un anneau de nature fibreuse, nettement limité et libre dans l'anneau ostéo-fibreux qui forme l'orifice supérieur du trajet crural.

Enfin, au niveau de l'ombilic sont deux hernies épiploïques d'un volume égal; chacune d'elles offre un sac dont la continuité avec le péritoine est facilement appréciable; toutes deux situées au-dessous de la cicatrice ombilicale, l'une à droite, l'autre à gauche du cordon formé par l'ouraque et les artères ombilicales, se sont produites à travers les éraillures et la ligne blanche; la partie supérieure de la cicatrice est restée adhérente à la veine ombilicale. Il ressort de là que si, sur certains sujets, ces hernies se forment par le mécanisme et dans le point qu'a indiqués M. Richet, (1) cette disposition n'est du moins pas constante, et que les hernies ad-ombilicales peuvent se faire sur tout le pourtour de la cicatrice.

Mais revenant à la hernie crurale qui fait le sujet de cette observation, il me semble que ce fait est digne d'intérêt sous plusieurs rapports. En effet, quelle a été l'évolution probable des accidents éprouvés par notre malade, quels en ont été l'origine et l'enchaînement? Il suffit de se rappeler la disposition du sac pour rejeter l'idée d'une hernie produite depuis vingt-quatre heures seulement; elle existait incontestablement depuis un temps plus ou moins long; mais ne donnant lieu à aucun accident, et portée par un sujet très-gros, elle est restée inaperçue; il peut même ressortir de ce fait un enseignement pour les cas analogues. Quoi qu'il en soit, des accidents surviennent, la tumeur devient irréductible, des vomissements apparaissent, à quoi rapporter tout ce cortége de symptômes? Est-ce à un étranglement primitif? je ne le pense pas. La facilité de la première réduction éloigne cette idée, que rend au surplus complétement inadmissible l'examen des parties. Après la mort, en effet, l'intestin est libre dans le sac débridé si superficiellement qu'on retrouve à peine les traces de l'incision, le doigt est facilement introduit entre le sac et l'anneau fibreux; il n'existe, en un mot, aucun agent capable de produire une constriction purement mécanique. Me fondant donc sur ces considérations, sur la disposition particulière de la péritonite, sur l'état des parois de l'intestin, du sac, sur la marche en quelque sorte subaiguë des accidents au début, je me trouve amené à penser que toute la scène pathologique a débuté par une véritable péritonite herniaire (2), qui s'est propagée après la réduction de l'anse enflammée à une portion de la séreuse abdominale. Cette manière de voir me paraît d'ailleurs trouver une probabilité de plus dans l'existence de la dyssenterie dont la malade était à peine convalescente, et qui a fort bien pu, en concentrant l'attention du médecin sur un autre point, laisser passer inaperçu le début des accidents dépendant de la hernie. Dès lors l'étranglement n'était que consécutif à l'inflammation, et il devient intéressant de rechercher quel en a été l'agent; et d'abord le sac avait-il un collet? Cette question n'est point aussi facile à résoudre qu'elle le semble, car le sens du mot collet me paraît avoir subi quelques variations. Si j'ouvre, en effet, la thèse de M. Broca, je lis ceci: « Le collet est un épaississement fibreux, circulaire, qui se forme primitivement au niveau de l'ouverture abdominale du sac. » Si cette définition est adoptée, le sac dans le cas présent n'avait pas de collet; mais si je m'adresse à des auteurs plus anciens, je vois que Boyer, Dupuytren, Vidal de Cassis, ont entendu par collet la partie la plus étroite du sac, partie qui peut devenir fibreuse ou fibro-musculaire d'après M. Demeaux, mais qui, indépendamment de tout changement ultérieur dans sa constitution, doit porter le nom de collet par cela seul qu'elle est plus rétrécie que le reste. S'il en est ainsi, il y avait chez notre malade un collet qui dans l'état normal n'exerçait aucune constriction sur l'intestin, mais qui, par suite du gonflement inflammatoire subi et par l'anse intestinale même et par les parois du sac, est devenu trop petit pour les parties contenues, et s'est étranglé secondairement sur le pourtour de l'anneau crural. Ce fait vient donc à l'appui de la doctrine défendue par MM. Malgaigne et Broca, sur la fréquence comparée de l'étranglement primitif et de l'étranglement consécutif, et sur le mode de production de ce dernier; mais il en résulte aussi que cette distinction si ingénieuse, si séduisante en théorie, est d'une application pratique bien difficile, pour ne pas dire impossible, qu'il n'existe pas de signe certain pour distinguer l'inflammation de l'étranglement, et que, malgré toute l'importance qu'il y aurait à pouvoir faire sur un étranglement donné la part de l'élément vital et de l'élément mécanique, le diagnostic présente le plus souvent sous ce rapport un désidératum.

S. Jaccoud,
Interne des hôpitaux.

(1) Richet, Anatomie médico-chirurgicale, page 553.

(2) On pourrait objecter que l'inflammation herniaire est le plus souvent sèche; mais on trouve dans la thèse de M. le docteur Broca pour le concours de l'agrégation deux observations, l'une due à M. Jarjavay, l'autre à M. Hulhard, qui prouvent que l'on peut aussi dans quelques cas trouver un liquide dans le sac. (Broca, *loc. cit.*, p. 116 et 123.)

LUPUS ULCÉREUX GRAVES

détruits par la cautérisation avec la pâte de Canquoin.

L'emploi du chlorure de zinc a été depuis longtemps préconisé dans le traitement du lupus ulcéreux. Employé d'abord avec succès à l'hôpital Saint-Louis par Biett, dès 1831, il l'a été depuis par d'autres praticiens, entre autres par M. Baumès à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon. Enfin, M. Devergie en recommande l'emploi dans la dernière édition de son *Traité des maladies de la peau*. Ce n'est donc pas d'un moyen nouveau qu'il s'agit ici, mais d'applications nouvelles confirmatives des premiers essais et un peu restrictives à quelques égards; il s'agit, en un mot, d'une étude nouvelle des indications de ce moyen. M. le docteur Bonnaric rapporte deux observations de *lupus rongeant* guéri par trois ou quatre applications de pâte de Canquoin.

Voici ce qu'il conclut de ces observations et des recherches qu'il a faites à ce sujet:

1° Le traitement général est impuissant à guérir le *lupus exedens* ulcéreux;

2° Localement les escharotiques superficiels sont sans efficacité contre cette maladie, quelque répétée que soit leur application;

3° La cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc détruit la déviation phagédénique du *lupus exedens* ulcéreux, et le transforme en une plaie simple, dont la cicatrisation se fait avec rapidité;

4° Dans les lupus étendus en surface et en profondeur, la cautérisation doit être faite avec le plus grand soin, pour qu'elle ne laisse en dehors de son action aucune portion du mal. Si quelques parties de l'ulcère ont échappé ou ont été rebelles à l'action escharotique de la pâte de chlorure de zinc, une nouvelle application devient nécessaire. Cette application sera renouvelée jusqu'à ce que la surface ulcéreuse soit transformée en une plaie de bonne nature. En général, trois ou quatre applications conduisent à ce résultat. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 octobre 1858. — Présidence de M. Despretz.

M. Civiale dépose sur le bureau de l'Académie les deux premiers volumes de sa troisième édition du *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. En faisant cet hommage, M. Civiale donne lecture d'une note sur les précautions à observer dans le traitement des maladies qui affectent les organes génito-urinaires.

— M. Duméril lit un rapport sur un mémoire de M. Léon Soubeiran, ayant pour titre: *Recherches sur la structure de l'appareil à venin de la vipère.* (Voir le *Premier-Paris*.)

Influence exercée par la chaleur sur les manifestations de la contractilité des organes. — M. P. Calliburcès présente un mémoire dans lequel il expose les résultats de ses recherches expérimentales sur l'influence exercée par la chaleur sur les manifestations de la contractilité des organes.

Dans une précédente communication, dit l'auteur, j'ai montré que la chaleur influe puissamment sur les contractions du tube digestif et de l'utérus. J'ai poursuivi ces recherches en opérant de même que dans mes premières expériences, et j'ai reconnu que les uretères, la vessie urinaire, les canaux déférents, les vésicules spermatiques, les trompes de Fallope et le vagin sont des organes dont les contractions peuvent être également sollicitées, entretenues et exagérées par l'action de la chaleur.

J'ai également étudié l'action du même agent physique sur les mou-

vements vibratiles, et non-seulement j'ai constaté que l'influence de la chaleur agit sur eux avec une grande énergie, mais j'ai pu mesurer, à l'aide d'un petit appareil spécial, le phénomène avec beaucoup de précision. Cet appareil consiste en un flacon dans lequel la membrane à observer se trouve soumise à l'action de la chaleur humide. Un cadran extérieur sert à compter le nombre de tours que fait un très-petit cylindre en verre posé sur la membrane et mis en mouvement par les cils de son épithélium.

J'ai choisi pour mes recherches la membrane vibratile de l'œsophage de la grenouille. Voici les résultats que j'ai obtenus d'expériences faites sur cinquante-deux membranes œsophagiennes :

Temps moyen d'une révolution à la température ambiante (de 12 à 19°) : 22'3".

Temps moyen d'une révolution pendant l'action de la chaleur : 3'7".

On voit qu'avec une température de 28 degrés centigrades, la vitesse des cils vibratiles est devenue à peu près sept fois plus grande.

Quant à ceux des autres tissus qui, sous l'influence de la volonté ou de l'excitant galvanique, manifestent des contractions, les expériences ont montré qu'ils ne sont aucunement influencés dans les manifestations de leur contractilité par l'action de la chaleur, quand ils y sont exposés dans les mêmes conditions que les organes cités plus haut.

Les données expérimentales que j'ai déjà fait connaître nous montrent que, parmi les organes contractiles, quelques-uns seulement sont excessivement sensibles à l'action de la chaleur. Elles révèlent qu'un des rôles les plus importants est dévolu au calorique dans l'économie animale, et conduisent naturellement à une classification nouvelle des tissus contractiles, au point de vue de leurs propriétés physiologiques. Les uns, jouissant de la propriété de se contracter sous l'influence directe du calorique, formeront un premier groupe qui comprendra tous les tissus qu'on pourra, je crois, appeler *tissus thermosystaltiques* (ἱστοὶ θερμοσύσταλτοι). Les autres, insensibles à l'action directe de la chaleur formeront un second groupe qui comprendra tous les tissus qu'on pourra nommer, par opposition, *tissus non thermosystaltiques* (ἱστοὶ μὴ θερμοσύσταλτοι).

Pour reconnaître si les caractères microscopiques des éléments qui constituent anatomiquement les tissus thermosystaltiques sont ou non essentiellement ralliés dans ces tissus à la propriété observée, M. Calliburcès a cherché si les tissus contractiles appartenant à l'organisme des animaux inférieurs, et dans lesquels le microscope ne démontre pas les caractères anatomiques de la fibre musculaire ou nerveuse des animaux supérieurs, sont des tissus thermosystaltiques ou non. Il a constaté que ces tissus jouissent de la propriété qui caractérise les organes de la première classe. Par conséquent, chez les animaux supérieurs cette propriété est indépendante des caractères microscopiques des éléments qui composent anatomiquement les tissus contractiles de la première classe.

L'auteur a constaté que les organes thermosystaltiques possèdent déjà pendant la vie embryonale la propriété qui les caractérise.

L'étude de l'influence de la chaleur sur les tissus contractiles, dans la vie embryonale, l'a de plus amené à un résultat très-intéressant ; le gésier des poulets, privé dans l'organisation parvenue à son entier développement de la propriété qui caractérise la première classe, jouit au contraire de cette propriété durant la vie embryonale et quelque temps après.

Les tissus thermosystaltiques du même animal ne sont pas tous également sensibles à l'action du calorique.

La durée de leur excitabilité par cet agent n'est pas non plus la même.

Les parois de l'estomac rempli d'aliments pesants, et suspendu par le pylore et l'intestin dans l'appareil décrit dans la première communication de l'auteur, ne manifestent presque aucune contraction sous l'influence du calorique, lorsqu'elles sont ainsi distendues. On aperçoit quelquefois des contractions très-faibles aux endroits moins tendus. Mais aussitôt que le même organe est disposé sur le fond de l'appareil, on voit se produire immédiatement des contractions générales, et tellement énergiques, qu'elles sont parfaitement suffisantes pour déterminer l'accomplissement de la partie mécanique de la digestion, et expulsent par le pylore le contenu liquide de l'organe. Les contractions de l'estomac qui se manifestent sous l'action du calorique sont toujours péristaltiques. (Commissaires, MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux mémoires de M. le docteur Millon (de Revels), l'un sur le gui de chêne et l'autre sur le rhus toxicodendron. (Commissaires : MM. Chatin et Guibourt).

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans l'arrondissement d'Oloron. (Commiss. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Rilliet (de Genève), adresse un mémoire sur l'intoxication iodique. (Commiss. nommée).

— M. Delfraysse, de Gradines (Lot), adresse une note sur un cas d'asphyxie chez un nouveau-né, guéri par l'application du tube laryngien de M. Bouchut.

— M. le professeur Martins, de Montpellier, écrit pour solliciter le titre de membre correspondant. (Commiss. des correspond. nationaux).

— M. Letellier (de Saint-Leu-Taverny) communique deux observations relatives à des accidents nerveux ataxiques guéris par l'emploi du camphre et du laudanum en lavement. (Commission des remèdes nouveaux.)

— M. Georges, dentiste, adresse une note sur l'anesthésie galvanique appliquée à l'extraction des dents.

— M. Brun-Séchaud (de Chalus) envoie un mémoire sur la régénération des os. (Commissaires : MM. Nélaton et Bouvier.)

— M. Larrey fait hommage à l'Académie, au nom de M. le comte de Beaufort, d'une brochure intitulée : *Considérations générales sur la prothèse des membres.*

— M. Depaul dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Louis Lespès, de Sever (Landes), ayant pour titre : *Etudes sur le tænia, ou de la non-solidarité du ver solitaire, de ses effets sur l'organisme et de son traitement.*

— M. Civiale, en faisant hommage à l'Académie de la 3e édition de son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, lit une note sur quelques améliorations introduites dans le traitement de ces maladies. Nous publierons cette note dans un prochain numéro.

Nouveau porte-caustique. — M. L. Mathieu présente un nouveau porte-caustique pour la cautérisation de la cavité du larynx et de la trachée dans les affections chimiques de ces organes, qu'il a construit d'après les indications de M. le professeur Trousseau. Cet instrument, tout en argent, est composé d'une gaîne dans laquelle est montée une curette correspondant à la rondelle B. L'opérateur, en faisant faire à volonté avec l'index un mouvement de va-et-vient à la roudelle, fait entrer et sortir la curette de la canule.

Cette disposition permet de mettre le caustique à l'abri de tout contact lors de l'introduction de l'instrument dans la voie aérienne.

Cet instrument a été employé deux fois par M. Trousseau : d'abord dans sa pratique particulière, sur un jeune homme atteint d'une laryngite chronique simple ; ensuite, à l'hôpital, sur un homme de cinquante ans, affecté d'une laryngite tuberculeuse. L'application de l'instrument se faite avec la plus grande facilité : il suffit d'abaisser fortement la langue en portant jusqu'à sa base l'abaisse-langue dont M. Trousseau fait habituellement usage ; l'épiglotte, entraînée dans le mouvement de la langue, s'élève, et en portant alors le porte-caustique sur la ligne médiane derrière l'épiglotte, on arrive tout naturellement dans le larynx.

RAPPORT.

Tubage de la glotte. — M. Trousseau lit en son nom et au nom de MM. Blache et Nélaton le rapport suivant sur le mémoire de M. Bouchut, relatif au tubage de la glotte.

Dans la séance du 14 septembre dernier, M. le docteur Bouchut a eu l'honneur de lire un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage de la glotte.

Il cherchait à démontrer qu'il était facile de pratiquer le tubage de la glotte au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures, et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte, et possible de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx, par ce moyen, de préférence à la trachéotomie. Je viens aujourd'hui, comme rapporteur, vous exprimer l'opinion de cette commission sur le travail de M. Bouchut.

Depuis un certain nombre d'années, un grand nombre de médecins ont rivalisé d'efforts pour combattre le croup, l'une des plus terribles maladies de l'enfance.

Tant que les concrétions diphthériques étaient limitées au pharynx, où elles prennent le plus ordinairement naissance, la méthode d'Arétée, consistant dans des applications d'alun et de substances végétales astringentes, les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, indiquées par Boërhaave, Van Swiéten et les médecins du siècle dernier, les applications topiques du nitrate d'argent, du sulfate de cuivre, de sublimé, l'emploi du cautère actuel, pratiqué en 1827 par M. Bonsergent, de Romorantin, et remis récemment en honneur par MM. Valentin et Danvin, tous ces moyens divers, agissant dans le même sens, suffisaient le plus souvent pour arrêter les progrès du mal et empêcher qu'il ne se propageât dans le larynx.

Les travaux de M. Bretonneau avaient remis en honneur la médication topique, trop souvent oubliée, et cette médication, la plus puissante que l'on connaisse dans le traitement de la diphthérie, bien qu'elle ne soit pas infaillible, restait inefficace, le plus souvent, du moment que le mal s'était propagé au larynx.

Beaucoup de médecins fort recommandables et grands partisans de la médication topique dans la diphthérie pharyngienne, en sont arrivés à ce point qu'ils ne veulent plus continuer ces moyens, du moment que le larynx est envahi.

M. Girouard, de Chartres, proposait de porter directement, à l'aide d'une sonde, des médicaments cathérétiques jusque dans le larynx ; mais il faut convenir qu'à M. Horace Green, de New-York, appartient l'honneur d'avoir méthodiquement et systématiquement traité la diphthérie, quand elle occupait le larynx, par les caustiques introduits à l'aide d'une petite éponge placée à l'extrémité d'une baleine convenablement recourbée ; un peu plus tard, M. Loiseau, de Montmartre, qui ne connaissait pas les travaux de M. Green, à l'aide d'appareils fort ingénieux, portait dans le larynx et dans la trachée, chez les enfants atteints de croup, des solutions de tannin, des solutions caustiques, et ces deux praticiens pouvaient ainsi sauver, sans le secours de la trachéotomie, un certain nombre de malades, qui eussent infailliblement péri si l'on n'eût pratiqué cette opération. L'efficacité si incontestable de la trachéotomie pratiquée dans la période extrême du croup, donna à quelques médecins l'idée d'introduire dans le larynx, par la bouche, un instrument qui pût remplacer la canule de la trachéotomie et sauver une opération sanglante. M. Reybard est peut-être le premier qui ait mis cette idée à exécution et qui ait placé à demeure, dans le larynx et dans la trachée, une sonde de gros calibre, qui ressortait par la bouche, et que l'on fixait au dehors ; nous sommes obligés de convenir que si l'idée était bonne, l'exécution en était mauvaise ; aussi, l'ingénieux chirurgien dont je viens de citer le nom y renonça-t-il probablement lui-même. M. Loiseau, de Montmartre, avait imaginé des tubes métalliques, dont je vous ai montré moi-même ici plusieurs modèles, lorsque je fus chargé de faire un rapport sur les travaux de ce médecin ; il les avait fait confectionner chez M. Charrière, dès le mois de juillet 1857. En vous montrant ces tubes, que M. Loiseau voulait fixer dans le larynx et dans la première portion de la trachée-artère, afin de faciliter l'expulsion des fausses membranes et l'introduction des médicaments, j'exprimai des doutes sur la possibilité et sur l'opportunité de cette introduction ; et je me croyais d'autant plus fondé à le faire, que M. Loiseau s'était contenté de faire exécuter les instruments sans les appliquer jamais. Notre collègue M. Jobert ne croyait pas non plus que le procédé de M. Loiseau fût applicable ; cela résulte des termes mêmes dont il s'est servi dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, recueillie par un de ses élèves, M. Barde, et publiée quelque temps après dans le numéro du 17 juin 1858 de la *Gazette des Hôpitaux*, c'est-à-dire près de deux mois avant que M. Bouchut eût appliqué le tubage du larynx.

Si je suis entré dans tous ces détails, ce n'est pas pour discuter une stérile question de priorité ; personne, en effet, ne peut révoquer en doute, d'après les faits et les dates que je viens de citer, que l'idée du tubage du larynx et de la trachée n'appartienne à M. Reybard et surtout à M. Loiseau ; mais à M. Bouchut appartient l'honneur d'avoir fait de cette idée une application pratique.

Le premier, il a placé et maintenu dans le larynx d'enfants atteints de croup un tube métallique par lequel l'air a pu être introduit plus aisément et les fausses membranes plus facilement expulsées ; il a rapporté des faits qui, pour n'avoir pas été suivis de guérison, n'en sont pas moins probants.

Nous avons à examiner maintenant :

D'abord, si le procédé est facile ;

Deuxièmement, s'il est dangereux ;

Troisièmement, s'il est utile ;

Quatrièmement, nous aurons à le comparer à la cautérisation directe du larynx, et enfin à la trachéotomie.

Premier point. — *Facilité d'exécution.*

A l'aide de l'espèce d'armure que M. Loiseau a imaginée pour protéger le doigt indicateur de la main gauche contre la morsure, le médecin peut assez facilement pénétrer jusqu'à l'épiglotte d'un enfant, pourvu qu'il ait plus de deux ans (car au-dessous de cet âge, le doigt de l'opérateur est trop gros pour ne pas augmenter la suffocation), et la relever de manière à diriger sûrement dans le larynx une sonde ou un mandrin convenablement recourbé ; il n'y a donc vraiment rien de très-difficile dans cette petite opération, qui d'ailleurs peut être facilitée par les bâillons à écrous mobiles que l'on trouve chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie.

Nous devons dire toutefois que, d'après les expériences faites à l'hôpital des Enfants, le volume du doigt de l'opérateur, introduit et maintenu quelque temps dans la gorge, est tellement considérable, relativement au calibre de la partie inférieure du pharynx, que le petit malade étouffe, à moins que l'opération ne soit faite avec une rapidité et une dextérité qu'il n'est pas donné à tout le monde d'atteindre.

Si le cathétérisme est, en général, une chose facile, avec les restrictions que nous venons d'indiquer, il n'en est plus de même du tubage de la glotte. A l'hôpital des Enfants, les mêmes internes, qui plusieurs fois avaient fait le cathétérisme du larynx, n'ont pu parvenir à exécuter l'opération du tubage sur le cadavre ; et M. Guersant, chirurgien de l'hôpital, dont tout le monde connaît l'habileté, n'a pu y parvenir dans plusieurs tentatives faites sur le cadavre et sur le vivant, en se servant des instruments fabriqués par M. Mathieu, sur les indications de M. Bouchut ; ce qui ne veut pas dire que nous contestions le moins du monde les résultats obtenus par M. Bouchut lui-même ; mais cela prouve tout au moins que le manuel opératoire n'est pas aussi simple que l'auteur veut bien le dire. Nous ajouterons encore, qu'entre les mains de M. Bouchut, si nous en croyons ce qui nous a été rapporté par ses collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, ce tubage a été quelquefois beaucoup plus difficile que ne semble le dire son auteur.

D'un autre côté, nous sommes frappé par quelques détails contenus dans les observations de M. Bouchut, desquelles il résulte ou que M. Bouchut a cru le tube introduit dans les lèvres de la glotte alors qu'il ne l'était pas, ou bien que la physiologie du larynx est tout entière à refaire :

Dans la première observation, « aussitôt le tube introduit dans le larynx (est-il dit), l'*enfant a pu parler à voix basse et dire qu'il se trouvait beaucoup mieux ;* tandis que dans la seconde observation, l'enfant, dont la voix était complétement abolie et qui ne parlait que des lèvres avec un bruit guttural à peine appréciable, a pu *immédiatement parler d'une voix plus forte*, gutturale, il est vrai, mais assez claire, assez nettement articulée pour qu'on l'entendît distinctement dire : *Otez-moi cela !* En même temps, la toux éteinte fut remplacée par une toux plus forte, plus éclatante. »

En présence de ces faits observés et racontés par un homme de la valeur de M. Bouchut, nous nous demandons si ces observations ne renversent pas toutes les idées généralement reçues sur le mécanisme de la voix et de la toux ; nous nous demandons comment une voix claire et nette, comment une toux éclatante, peuvent se produire lorsque le jeu des cordes vocales est complétement aboli, lorsque celles-ci même n'existent plus, le tube laryngé occupant leur place ?

Nous laissons à nos collègues de la section de physique et de physiologie le soin de discuter et d'apprécier ce fait.

Deuxième point. — *Innocuité du tubage du larynx.*

Il n'est pas probable que l'application pendant un ou deux jours d'un tube laryngé puisse être suivie de grands inconvénients ; il en résultera sans doute une irritation inévitable des points en contact avec l'instrument, mais des ulcérations des cordes vocales, les nécroses des cartilages, ne pourraient guère survenir que si le tube restait plusieurs jours dans le larynx ; or toutes les fois que la guérison pourrait avoir lieu dans un espace de temps très-court, qui ne dépassât pas trois ou quatre jours, on ne devrait pas craindre des accidents résultant de l'emploi de ce moyen nouveau.

Si, au contraire, la persistance de la diphthérie impose la nécessité de laisser le tube huit, dix, quinze jours entre les lèvres de la glotte, nous sommes convaincus qu'après la guérison du croup, il resterait du côté du larynx de très-graves désordres qui pourraient amener une

altération irrémédiable de la voix, et peut être ultérieurement des accidents beaucoup plus graves encore.

Que si le tubage de la glotte était au contraire mis en pratique pour les maladies chroniques du larynx, comme dans ce cas il existe fort souvent des nécroses et des ulcérations, les inconvénients du moyen ne seraient plus les mêmes, et l'on pourrait sans augmenter les désordres locaux tenir les voies aériennes ouvertes assez longtemps, et retarder ainsi la suffocation et la trachéotomie.

Mais si, comme cela s'observe quelquefois, la suffocation était le résultat d'une affection syphilitique, l'introduction d'un tube pendant quelques jours pourrait donner au médecin le temps d'employer des remèdes héroïques, qui, luttant contre la cause de la lésion, la modifieraient assez profondément pour faire cesser en partie le gonflement de la membrane muqueuse et permettre d'enlever le tube sans danger.

D'un autre côté, les observations de M. Bouchut ont démontré que l'on n'avait pas lieu de redouter un accident qu'au premier abord on devait croire inévitable : je veux parler de l'introduction des boissons dans les voies aériennes. Les faits rapportés par l'auteur du mémoire font voir que, nonobstant la dilatation permanente de la glotte à l'aide d'un tube métallique, la déglutition s'est opérée avec une parfaite facilité.

TROISIÈME POINT. — *Utilité du tubage.*

M. Loiseau, en proposant, M. Bouchut en exécutant le premier le tubage du larynx, et avant eux M. Reybard, en introduisant une sonde à demeure dans les voies aériennes, avaient eu l'idée de remplacer et par conséquent d'éviter la trachéotomie. Je ne discuterai pas ici la méthode de M. Reybard, il est trop évident qu'elle est inadmissible. La très-grosse et très-longue canule dont le modèle a été présenté l'an dernier par M. Loiseau, ne pourrait guère demeurer entre les cordes vocales, et je doute fort qu'elle pût y être introduite sans produire des déchirures ou d'autres désordres sérieux; je dois à la vérité de dire que ces tubes de M. Loiseau ne devraient pas, d'après les idées de l'auteur lui même, rester plusieurs jours dans le larynx, mais qu'ils devaient y faire un séjour momentané, afin de permettre au médecin d'introduire plus facilement dans la trachée et dans les bronches de petites sondes porte-caustiques et des curettes très ingénieusement imaginées par M. Loiseau. C'est donc le tube de M. Bouchut qui seul doit être examiné ici.

A priori, et jusqu'à plus ample informé, il me paraît qu'un tube de ce genre, placé entre les cordes vocales, doit retarder et peut être empêcher complétement l'asphyxie croupale, toutes les fois que la fausse membrane ne dépasse pas la glotte; mais s'il ne s'agit que d'une laryngite aiguë, sans production de fausses membranes (et la mort par asphyxie, bien que très-rarement, est produite par cette phlegmasie), on comprend que le tubage du larynx puisse et doive empêcher la mort et par conséquent suppléer parfaitement la trachéotomie.

A plus forte raison comprendrons-nous son utilité dans le traitement de ce que l'on appelle improprement l'œdème de la glotte, et quoique notre collègue M. Jobert, dans la leçon clinique dont j'ai parlé plus haut, ait repoussé le tubage du larynx, proposé par M. Loiseau, dans l'œdème de la glotte, je suis obligé de ne pas adopter ici entièrement l'opinion du chirurgien éminent de l'Hôtel-Dieu.

Il est bien clair que, dans l'œdème aigu non symptomatique de la glotte chez l'adulte, qui est en définitive la même maladie que le pseudocroup de l'enfant, le tubage pourrait être une ressource puissante et radicale; mais si l'on considère que l'œdème de la glotte est ordinairement le symptôme de la nécrose du squelette du larynx, ou de tout autre lésion très-grave, on comprendra que le tubage qui, dans ce cas, devrait être permanent, pour être tout à fait utile, ne peut en aucune façon remplacer la trachéotomie, qui occasionne une gêne beaucoup moindre; mais revenons au croup.

Le tube laryngé de M. Bouchut n'a pas, que je sache, d'influence curative au point de vue de la phlegmasie diphthérique; ce n'est qu'un moyen mécanique propre à retarder l'asphyxie; il n'empêchera donc pas la fausse membrane de persister dans le larynx et de se propager un peu plus bas, et dans la première portion de la trachée, à moins que l'on n'enlève le tube laryngien de temps en temps pour introduire des agents substituteurs ou astringents, par la méthode de MM. Green et Loiseau.

Mais si la fausse membrane tapisse la trachée-artère, le tubage n'offrira qu'une ressource bien limitée.

Je n'ose pas exprimer ici une opinion qui a germé depuis longtemps dans mon esprit, parce que je ne la crois pas encore environnée de preuves suffisantes. Tous les médecins ont pu être frappés de l'extrême gravité du croup chez l'adulte, si bien qu'il existe peu de cas authentiques de guérisons lorsque la fausse membrane existait évidemment dans le larynx, et, chose remarquable, bien que la trachéotomie ait été assez souvent faite dans le cas de croup de l'adulte (et moi-même j'ai fait plusieurs fois l'opération), je ne crois pas qu'il existe dans la science un seul fait de guérison après la trachéotomie. Je me suis souvent demandé si cela ne tenait pas à ce que le larynx étant beaucoup plus large, l'asphyxie était moins prompte que chez l'enfant, et que les fausses membranes avaient le temps de se propager dans la trachée et dans les bronches avant que la suffocation devînt imminente, et obligeât le chirurgien à pratiquer la trachéotomie. Le tubage du larynx n'agissait-il pas dans le même sens, et ne serait-ce pas au tubage lui-même que, indirectement il est vrai, il faudrait attribuer la mort de quelques-uns des enfants traités par M. Bouchut? car tous ceux qu'il a traités sont morts, excepté un pourtant, qui a dû temporairement son salut à la trachéotomie, car il a succombé à une pleurésie. Si, comme M. Bouchut le dit lui-même, le tubage était un moyen de retarder la trachéotomie, qui plus tard sera inévitable, ne serait-ce pas la condamnation de ce procédé? Car nous verrons plus loin, lorsque nous défendrons la trachéotomie contre les attaques de M. Bouchut, que, suivant les relevés de MM. Roger et Sée, tous deux médecins de l'hôpital des Enfants, la proportion des guérisons par la trachéotomie est d'autant plus grande que l'opération a été faite à une époque moins voisine de la mort probable?

QUATRIÈME POINT.

Il nous reste maintenant à le comparer aux procédés à l'aide desquels on essaye d'enlever du larynx lui-même les fausses membranes qui l'obstruent. Il est un point préalable qu'il faut établir, c'est le suivant: en général, et même dans la presque universalité des cas, les malades atteints de croup meurent par l'occlusion du larynx. La preuve de cette proposition, c'est que, immédiatement après la trachéotomie, les malades, à très-peu d'exceptions près, éprouvent un soulagement immense, lequel dure aussi longtemps que les parties situées au-dessous de la canule ne sont pas profondément envahies; on acquiert ainsi la démonstration de la proposition que j'avais établie, savoir que, avant la trachéotomie, la mort vient par l'occlusion du larynx.

On se demande maintenant si l'éponge à l'aide de laquelle M. Green enlève les fausses membranes qui tapissent la glotte, si la sonde conductrice laryngée qu'emploie M. Loiseau pour porter des agents médicamenteux dans le larynx et pour y faire cheminer une espèce de curette, ne suffisent pas pour désobstruer le larynx et pour produire, par conséquent, un effet analogue à celui que produit le tubage? La difficulté pour introduire les instruments de MM. Green et Loiseau est infiniment moindre que pour le tubage de M. Bouchut. Le procédé des deux premiers aurait cela d'avantageux, qu'il ne serait pas seulement un moyen mécanique, mais un acte véritablement curatif.

Maintenant, nous comparerons le tubage du larynx à la trachéotomie. Les attaques dont ce procédé opératoire a été l'objet de la part de M. Bouchut nous font un devoir d'y insister tout particulièrement.

La trachéotomie, dit M. Trousseau, a eu de la peine à faire son chemin. Conseillée par Caron, qui n'osa jamais l'exécuter; faite pour la première fois avec succès par M. Bretonneau; propagée et pratiquée par moi-même avec une ardeur très-vive, elle fut enfin, après de longs efforts et de longues luttes, généralement adoptée dans notre France et dans l'Amérique du Nord.

Ce n'est pas que chez nous même elle ne trouve encore beaucoup d'opposition, puisque, à Strasbourg, que l'on peut considérer comme l'une de nos capitales intellectuelles, elle est encore repoussée par presque tous les médecins et les chirurgiens les plus éminents; je ne parle pas de l'Angleterre, qui jusqu'ici a presque complétement refusé de l'accepter; je ne parle pas de l'Allemagne, dont elle est presque universellement bannie.

Si la trachéotomie devait être battue en brèche, il semblait que ce ne dût pas être à Paris, où chaque année elle compte tant de succès; si elle devait être combattue, il semblait que ce ne dût pas être par un médecin d'hôpital, et, s'il m'était permis de le dire, par un médecin que j'avais eu l'honneur d'avoir pour élève.

M. le docteur Bouchut a pris la triste tâche de combattre une médication toute française: s'il l'avait fait avec des arguments solides, on pourrait peut-être s'en attrister; mais, enfin, il faudrait bien se décider à renoncer à une opération que l'expérience aurait appris à regarder comme périlleuse, et ce nous serait un devoir à tous, à ceux mêmes qui ont le plus contribué à populariser cette opération, de nous retirer d'une lutte où nous devrions nous avouer vaincus.

Mais, en lisant la communication étrange que M. Bouchut a faite au public médical, j'en suis encore à comprendre comment, avec la statistique qu'il a empruntée à notre collègue M. Trébuchet, il a pu arriver à cette singulière conclusion que, depuis la trachéotomie et à cause de la trachéotomie, la mortalité proportionnelle du croup avait augmenté.

Pour bien comprendre toute mon argumentation et bien apprécier celle de M. Bouchut, il importe de faire l'histoire de la trachéotomie.

(Nous publierons la fin de ce rapport dans le numéro prochain.)

LECTURE.

Empoisonnement par l'eau sédative. — M. RULIÉ, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, lit une observation d'un cas d'empoisonnement par l'eau sédative de Raspail, qui a eu lieu à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. Ludger Lallemand.

Cette observation présente deux faits principaux, sur lesquels l'auteur est entré dans quelques développements; d'une part, l'hyposthénisation profonde qui a dominé tous les autres phénomènes morbides; de l'autre, l'inflammation du tissu pulmonaire, qui est arrivée rapidement à la suppuration.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Bouchardat est rapporteur.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Amiaud, né à Oradour (Charente); *Quelques mots sur l'engorgement du col utérin.*

Guérin, né à Châteauneuf (Loiret); *Essai sur les applications thérapeutiques du perchlorure de fer.*

Bourgeois, né à Paris (Seine); *Des calculs biliaires, lésions et symptômes qu'ils déterminent.*

Peraté, né à Levrezy (Ardennes); *Essai sur la diphthérie.*

Joussaume, né à Château-Thierry (Aisne); *De l'ophthalmie rhumatismale ou de la sclérotico-iritis idiopathique.*

Renillez, né à Crépy (Oise); *De l'infiltration urineuse.*

Féron, né à Tourcoing (Nord); *De l'angine herpétique.*

Douvillé, né à Paris (Seine); *Essai médico-littéraire sur les anciens.*

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

MM. Jules Roux (de Toulon)	10 fr.
Brierre de Boismont (2e souscription)	20 »
Binet (de Pontorson)	10 »
Total des listes précédentes	901 fr. 50
Total jusqu'à ce jour	941 fr. 50

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 4, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 40.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial en date du 30 octobre 1858, M. Cloquet, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, a été admis, sur sa demande et pour cause de santé, à faire valoir ses droits à la retraite.

L'Empereur, voulant reconnaître les services rendus à la science par M. Cloquet, lui a conféré le titre de professeur honoraire, et a décidé qu'il jouirait en cette qualité du droit d'assistance et de délibération dans les assemblées générales de la Faculté de médecine. M. Cloquet pourra également faire partie des jurys institués pour les concours d'agrégation.

— La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine de Paris, aura lieu le 15 novembre prochain. M. le professeur Grisolle y prononcera l'éloge du professeur Chomel.

Le registre pour les inscriptions est ouvert jusqu'au 16 novembre, de dix heures à midi. Le 15, le secrétariat sera fermé, à cause de la séance de rentrée.

MM. les élèves qui désirent prendre leur première inscription sont avertis qu'ils doivent présenter au secrétariat les pièces exigées la veille du jour où ils prendront leur inscription. Ils doivent être accompagnés d'un répondant.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'Ecole de pharmacie de Montpellier, aura lieu, selon l'usage, le 15 novembre prochain. Le registre des inscriptions en médecine a été ouvert le 2 novembre, et sera clôturé irrévocablement le 15 du même mois.

— Par décrets impériaux ont été nommés dans la Légion d'honneur au grade de chevaliers :

M. Hervé du Penhoat, médecin à Saint-Pol de Léon; —

M. Gestin, ancien chirurgien de la marine, médecin des hospices de Quimper; —

M. Beaugendre, médecin à Quimper; —

M. Fléouet, médecin vétérinaire à Morlaix.

— M. le docteur Sabouraud, praticien aussi modeste qu'éclairé, vient de mourir à la Châtaigneraye (Vendée), à l'âge de quarante-deux ans. Il avait publié un mémoire sur la catalepsie, remarquable par son esprit d'observation et d'analyse, et qui avait été couronné par l'Académie.

— La médecine militaire vient de faire une perte regrettable dans la personne du docteur Casimir Froussart, médecin-major au 4e de cuirassiers, décédé à Versailles, des suites d'une lésion organique de l'estomac. Il était né à Saint Malo le 13 août 1815; son père était le frère de madame Broussais, femme du célèbre chef de l'école physiologique.

— Nous lisons dans les *Annales d'oculistique* :

« Quelques médecins allemands cultivant l'ophthalmologie ont résolu depuis l'année dernière de se réunir annuellement pendant quelques jours pour se communiquer les résultats de leurs découvertes et de leurs études pendant l'année écoulée.

» La seconde réunion a eu lieu cette année à Heidelberg et a duré trois jours. Sur une proposition de M. von Graefe, de Berlin, on résolut d'inviter M. Helmholtz, actuellement professeur de physiologie à Heidelberg et qui n'était point des leurs, à assister aux séances, *honoris et scientiarum causa*, et de lui offrir ensuite un témoignage d'estime et de reconnaissance pour son admirable découverte de l'ophthalmoscope. Le secret convenu sur le second point fut bien gardé; M. Helmholtz, ne se doutant de rien, assista régulièrement aux séances, y porta le tribut de ses connaissances; et fut, comme on le pense, agréablement surpris lorsqu'au banquet final, le 5 de ce mois, il reçut, après une allocution que lui adressa M. von Graefe au nom de tous ses collègues, un superbe vase d'argent portant une inscription commémorative et les noms des donateurs. »

— Une très-belle plaque du plus pur marbre de Carrare vient d'être placée dans la chapelle de Guy's Hospital, pour consacrer le souvenir du célèbre Astley P. Cooper. Nous reproduisons, d'après la *Dublin hospital Gazette*, l'inscription de ce pieux monument :

« A la mémoire de sir Astley Paston Cooper, Bar. Pendant vingt-cinq ans chirurgien de cet hôpital, il mourut le 12 février 1841, à l'âge de 73 ans. D'après son propre désir, ses restes ont été déposés dans ce caveau, au milieu même de l'établissement où il reçut son éducation professionnelle, et qui, après avoir contribué à son développement, put jouir des résultats et vit rejaillir sur lui l'éclat des remarquables talents auxquels le professeur dut le titre incontesté de premier chirurgien de son temps. Pour marquer le lieu où gît cet homme distingué, et pour rappeler le souvenir des services qu'il rendit à cet hôpital, les gouverneurs ont décidé que cette table serait posée à l'occasion de la reconstruction et de la décoration de cette chapelle, l'année de Notre-Seigneur 1858. »

— MM. les docteurs en médecine qui sont autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique, sont invités à se rendre le samedi 6 novembre à midi, dans la grande salle de la Faculté, pour la distribution de ces amphithéâtres.

— M. le professeur Piorry fera trois leçons sur la linguistique et la nomenclature médicale les lundi, mardi et mercredi 8, 9 et 10 novembre, et reprendra le lundi 15 ses leçons cliniques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Almanach prophétique, pittoresque et utile pour 1859 (dix-neuvième année). Prix : 50 centimes. Orné de 118 vignettes par les premiers artistes. — A Paris, au dépôt central des almanachs publiés à Paris, chez Pagnerre, libraire, rue de Seine, 18.

Exposé sommaire des principes d'une bonne doctrine de la diathèse, par M. le docteur AYNARD. Brochure in-8°. Montpellier, 1858, impr. Boehm, et à Paris, chez tous les libraires de médecine.

Le Gérant : [illegible]

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 130. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 130. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du défaut d'élimination des substances odorantes par les urines dans la maladie de Bright.

On sait que dans l'état physiologique, l'élimination des substances odorantes exige de la part des reins une élaboration spéciale, fixe, ce qui est démontré par l'altération identique que subissent les odeurs normales chez tous les sujets sains après être passées à travers l'émonctoire urinaire. L'accomplissement régulier de cette fonction réclame l'intégrité de la substance corticale des reins. Or, la maladie de Bright altérant simultanément et d'une façon spéciale et permanente la totalité des éléments élaborateurs des reins, il doit s'ensuivre la suppression de la fonction d'élimination des odeurs par les reins, au même titre et par le même mécanisme que les urines perdent l'odeur qui les caractérise à l'état normal. Ce que la théorie indique *à priori*, l'expérience clinique l'a démontré. Voici dans quelles circonstances :

Depuis 1849, dit M. de Beauvais dans une note communiquée à l'Académie des sciences, je poursuis mes expériences avec le suc d'asperges ou avec l'essence de térébenthine. J'ai pu les répéter sans interruption sur un grand nombre de sujets affectés à divers titres d'albuminurie, dans le service de M. le professeur Rostan. Dans l'éclampsie des enfants comme dans celle des femmes grosses ou accouchées, dans la scarlatine compliquée d'anasarque, dans les maladies du cerveau, dans les névroses, dans les paraplégies avec lésion des organes génito-urinaires, dans les affections organiques du cœur, du foie, des poumons, des reins; dans le purpura, le scorbut, le diabète; dans les fièvres, les phlegmasies; dans les maladies de la peau; dans les principales cachexies, dans le choléra; j'ai facilement déterminé, à l'aide de ce signe (l'absence d'élimination des matières odorantes par les urines), si l'albuminurie était liée ou non à l'existence des lésions propres à la maladie de Bright.

Ce qui constitue, suivant M. de Beauvais, l'importance et le cachet de ce nouveau signe, c'est qu'il indique *exclusivement la maladie de Bright*. Les albuminuries, même persistantes, reconnaissant une cause d'une toute autre nature, ne s'opposent pas en effet à l'élimination des odeurs, par cette raison très-probablement que dans ces cas la substance corticale n'est pas transformée, modifiée dans l'ensemble de la texture intime; que l'organe en un mot subsiste en tout ou en partie, et peut par conséquent continuer à fonctionner, tandis que dans la maladie de Bright l'altération est profonde, étendue, et porte sur la généralité des tissus constitutifs de l'organe.

Enfin, dans la maladie de Bright, la suppression de cette fonction est constante, absolue, incurable. C'est ce que démontre l'exemple suivant : Chez un homme atteint de la maladie de Bright, dont M. de Beauvais dirige le traitement depuis cinq ans, il assure n'avoir jamais vu se rétablir le passage des odeurs dans les urines, malgré la disparition de l'hydropisie générale, malgré la diminution notable de l'albumine et l'amendement réel de la constitution.

L'albuminurie peut donc, dans des cas pareils, cesser pour un temps plus ou moins long, mais le passage des odeurs ne se rétablit jamais : fait capital qui démontre la persistance des lésions et l'impossibilité de la guérison radicale de la maladie de Bright.

Les autopsies que M. de Beauvais a faites à l'Hôtel-Dieu lui ont permis de constater que ce trouble fonctionnel coïncidait presque toujours avec les lésions anatomiques du second degré décrit par Bright. Au point de vue pathologique, la suppression de cette fonction, observée exclusivement dans la maladie de Bright, prouverait la spécialité de cette affection et des transformations morbides qui lui sont propres.

A l'égard du pronostic et de la thérapeutique, ce signe particulier révèle à la fois la gravité et l'incurabilité fatales de la maladie confirmée.

Voici le moyen d'expérimentation clinique que propose M. de Beauvais pour tirer de ce signe toute sa valeur diagnostique, dans les cas d'albuminurie.

L'asperge commune, sous toutes ses formes, réunit aux qualités d'un médicament diurétique usité celles d'un réactif commode et infaillible. L'action du principe des asperges sur les reins est rapide, nette, constante. L'odeur spéciale, fixe, qu'elles communiquent aux urines, est connue de tous et parfaitement accusée. Son absence comme sa présence sont manifestes au premier examen.

L'essence de térébenthine offrirait des ressources aussi sûres sous le rapport de la certitude du diagnostic, mais tout le monde sait combien l'usage de cette substance répugne en général aux malades. Le sirop d'asperges est donc le moyen auquel M. de Beauvais donne la préférence, comme le moyen le plus utile et le plus commode à la fois pour établir ce diagnostic.

Nouveau cas de chromidrose.

Dans le numéro du 2 septembre de la *Gazette des Hôpitaux*, on a lu avec intérêt le mémoire de l'éminent professeur de l'école de Brest; M. Leroy de Méricourt a eu la chance de rencontrer un assez grand nombre de cas de coloration partielle de la peau chez les femmes, pour en constituer une affection particulière, sans aucune place dans le cadre nosologique, à laquelle il a donné le nom de *chromidrose*, c'est-à-dire transsudation de matière colorante. Mais pour lui, comme l'érythème dans la pellagre, la chromidrose n'est qu'une expression symptomatique locale d'une perturbation générale causée par la suppression totale ou la diminution relative du flux menstruel; il se produit une décomposition particulière du sang, et une sécrétion anormale des glandes sudoripares.

Voici une observation que nous communique M. le docteur Blaise, de Gerpunsart (Ardennes), et qui confirmera les faits curieux constatés par M. Leroy de Méricourt, M. le docteur Bousquet, et quelques médecins d'Angleterre et d'Irlande.

« Il y a près d'un an, nous écrit notre confrère, je passais à Pussemange, village voisin de l'extrême frontière belge; on me parla d'une jeune fille malade que l'on voyait depuis longtemps avec le front et les yeux tout bleus. J'allai la visiter, et je fus très-surpris de voir la coloration bleuâtre très-prononcée des paupières et de la région inférieure du front. Cette couleur, disposée en un pointillé très-dense, s'enlevait facilement avec un mouchoir blanc qui se teignait lui-même. Malgré le caractère et la position de cette jeune fille, malgré les troubles de menstruation, je ne pus m'empêcher de croire à une simulation hystérique; car jusque-là je n'avais jamais entendu parler d'une couleur pigmentaire pouvant s'enlever ou s'essuyer. Mais le mémoire de M. Leroy éveilla mon attention, et m'engagea à revoir la malade atteinte de coloration.

» Voici en peu de mots son histoire :

» C'est une jeune fille de vingt-six ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique; réglée à seize ans, elle s'est bien portée jusqu'à vingt ans; depuis lors, le flux périodique est devenu de moins en moins abondant, durant à peine une journée. Avant l'époque menstruelle, elle a toujours éprouvé de la pesanteur de tête, des éblouissements, des troubles de la vue et de l'ouïe, des bouffées de chaleur, tous les symptômes de congestion cérébrale. Tandis que son front est brûlant, ses mains sont froides et glacées, comme dans l'observation de M. le docteur Gestin; il survient alors soit des hémoptysies, soit des épistaxis, qui dissipent les accidents congestifs. C'est aussi avant les règles qu'elle s'est toujours aperçue que la coloration des yeux et du front devenait plus intense. Quelque prononcée que soit la couleur, elle s'enlève complétement pour reparaître peu à peu, et ce fut là, comme je l'ai dit, le motif de mon incrédulité quand je la vis pour la première fois.

» Il n'a jamais existé aucun autre point de coloration à la surface du corps. Un travail un peu continu amène facilement chez elle des palpitations; jamais elle n'a eu de toux; depuis quatre ans elle n'a jamais eu grand appétit; la nutrition en a souffert, et elle a maigri sensiblement depuis sa maladie, qu'elle attribue avec quelque raison peut-être à une crainte prolongée que lui causa, quelques années avant la menstruation, un individu qui la poursuivit longtemps par d'impudiques obsessions. Continuellement elle éprouve des impatiences, des tremblements dans les pieds et les mains, et d'autres symptômes nerveux tenant à un certain degré d'anémie. Le timbre de sa voix est particulier; il a conservé le caractère enfantin.

» Comme dans les autres cas de chromidrose observés, on voit ici l'union intime de la coloration partielle du visage avec une dysménorrhée persistante, des accidents consécutifs de congestion cérébrale, un refroidissement remarquable des extrémités, et des accidents divers analogues à ceux de la chloro-anémie. Quant au traitement à suivre, il est évident que l'on doit insister sur la médication emménagogue, l'application de sangsues avant l'époque menstruelle, et l'usage de toniques divers. »

Nous n'avons rien à ajouter aux réflexions de M. Blaise, si ce n'est pour en faire remarquer la justesse et pour les appuyer.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 2 novembre 1858.

Suite et fin du rapport de M. Trousseau.

M. TROUSSEAU, après avoir fait l'historique de la trachéotomie, s'exprime en ces termes :

La statistique de M. Bouchut commence en 1826, et cette année-là il y a 282 morts : il n'avait pas été pratiqué une seule trachéotomie dans Paris; il faut arriver à 1839 pour trouver une mortalité aussi considérable, 287. — De 1827 à 1838, la mortalité est de 100, — 150 moindre qu'en 1826.

La trachéotomie commence à être pratiquée par moi, un assez grand nombre de fois chaque année à partir de 1834; quelques-uns de mes confrères y apportent aussi leur contingent, et pourtant six années s'écoulent avant que l'on atteigne un chiffre aussi élevé que celui de 1826.

Nous avons vu que c'est surtout à partir de 1849, que la trachéotomie est pratiquée dans Paris, un peu plus qu'elle ne l'était depuis quelques années; or, c'est précisément l'année qui précède de deux ans cette extension plus grande de l'opération, que l'on observe une mortalité énorme, 740; et de 1848 à 1853, la mortalité n'excède pas 400 par année; en 1858, il est vrai, le chiffre des décès, jusqu'au 15 septembre, arrive à 632, ce qui rend probable qu'on atteindra le chiffre de 740; mais en 1857, il n'y a que 543 morts et 394 en 1856; or, si la trachéotomie est coupable en 1858, il faut l'absoudre dans les années précédentes.

Nous avons établi que, même en comprenant l'hôpital des Enfants et l'hôpital Sainte-Eugénie, il était certain que, depuis quelques années il ne se faisait pas en moyenne 120 trachéotomies par an à Paris. Je veux bien admettre ce chiffre pour 1858 et pour les années précédentes; mais en 1847, époque où la mortalité s'éleva à 740, je puis affirmer qu'il ne s'est pas fait 60 trachéotomies dans la ville de Paris; et l'on sait qu'à cette époque, il s'en faisait à peine 5 ou 6 à l'hôpital des Enfants. Je doublerai les chiffres si l'on veut, je supposerai qu'en 1847 on ait fait 100 opérations; j'accepte qu'elles aient été toutes mortelles, il restera encore 640 décès, auxquels la trachéotomie aura été complétement étrangère, et par conséquent, 2, 3 et 400 morts de plus que dans quelques-unes des années qui ont suivi, années pendant lesquelles l'opération était plus souvent faite qu'en 1847, puisque à l'hôpital des Enfants seulement, il s'en pratiquait à peu près 50.

Je ne veux pas pousser plus loin cette argumentation; elle prouve une fois de plus combien la statistique entre des mains inhabiles est un instrument périlleux, combien on trouve les chiffres complaisants quand on veut les faire servir à une mauvaise cause.

S'il fallait d'autres arguments, je les trouverais dans un très-remarquable travail lu à la Société des hôpitaux, dans la séance du 27 octobre dernier, par MM. les docteurs Henri Roger et Sée, tous deux médecins de l'hôpital des Enfants. Je n'en veux extraire que ce qui est relatif à la trachéotomie pratiquée dans cet hôpital, laissant de côté une multitude de détails pleins d'intérêt, qui ne sont d'ailleurs que la confirmation de ce que j'ai dit plus haut, et de ce que j'aurai tout à l'heure à dire.

(Il résulte de ce document, dans l'opinion de ces deux médecins, que ce n'est point à l'opération qu'on peut rapporter l'accroissement du nombre des décès, et que la trachéotomie peut soutenir le parallèle avec les divers traitements internes appliqués à tous les croups indistinctement, bien que son domaine de prédilection ait toujours été celui des cas désespérés, ou au moins des cas très-graves.)

La question d'utilité de l'opération se trouve jugée ainsi en dernier ressort, ajoute M. Trousseau, mais la question d'opportunité nécessite de nouveaux éclaircissements. Tout le monde est d'accord pour l'approuver, en tant que ressource ultime. M. Bouchut ne l'accuse que si elle est faite avant l'asphyxie complète; c'est cette pratique qu'il signale à l'opinion publique comme étant l'unique cause de la mortalité croissante du croup. Or, l'enquête sur cette grave accusation est nettement établie dans les thèses publiées depuis 1851, par les anciens internes de l'hôpital des Enfants, qui se sont bien gardés de confondre les trachéotomies pratiquées *in extremis*, avec celles qu'on appliquait aux cas graves.

Sur 62 opérations ultimes, il n'y en eut que 13 qui réussirent, ou 21 p. 100, tandis que, sur 39 croups opérés avant l'asphyxie complète, on compte 25 guérisons, c'est-à-dire 64 p. 100.

Ainsi cette opération, dite prématurée, à laquelle on impute tous

les torts, ne guérit pas moins de 3 malades sur 5 : l'accusation tombe, par conséquent, tout entière.

La proportion des guérisons présente, du reste, quelle que soit l'époque de l'opération, des variations extrêmes, selon l'âge des enfants. C'est à peine s'il y a quelques faits connus de guérison, avant l'âge de 2 ans; de 2 à 3 ans, le nombre des succès augmente déjà (20 p. 100); de 3 à 6, on constate 30 guérisons sur 100; et enfin, de 6 à 12, on guérit 44 malades sur 100. La donnée moyenne générale, en définitive, est de 27 p. 100.

Un homme qui a acquis une juste célébrité comme statisticien, et dont le talent médical n'est contesté par personne, M. Marc d'Espine, de Genève, a jugé avec plus de sévérité que je ne le fais l'étrange statistique de M. Bouchut. Voici ses propres termes :

Pour résoudre péremptoirement cette question : *Le croup est-il devenu progressivement plus mortel depuis quinze ou vingt ans*, M. Bouchut aurait dû considérer les chiffres des décès de Paris comme les numérateurs, dont les dénominateurs auraient été les chiffres annuels correspondants du nombre des croups observés à Paris; mais... ces dénominateurs si désirables n'existent ni à Paris, ni à Genève, ni ailleurs.

On ne peut juger la fréquence nulle part d'une manière absolue; la gravité relative ne peut se juger qu'à l'hôpital des Enfants.

Reste l'influence de la trachéotomie. Le croup, dans le temps de la pratique exclusivement médicale, comptait 7 à 9 décès sur 10 à Paris; sous le règne barbare de la chirurgie, on voit ses décès quintupler; ainsi, sur 10 cas, la médecine en perdait 7 au moins; donc aujourd'hui on en perd au moins 7 fois 5, c'est-à-dire 35 décès pour 10 croups. Il faut avouer que voilà une solution colossale....

Ceux de nous qui, depuis vingt-cinq ans, ont suivi les épidémies de diphthérie qui ont frappé la capitale, ont pu se convaincre que la maladie avait, surtout depuis douze ou treize ans, pris non-seulement une extension considérable, mais une forme beaucoup plus grave. Jusqu'en 1846 à peu près, la diphthérie ne s'était guère montrée sous forme épidémique, et les cas que l'on observait dans la ville présentaient tous les caractères si bien décrits par Bretonneau dans son traité, si bien indiqués par Guersant dans le *Dictionnaire de médecine*, où ce praticien recommandable confirmait de tout point ce qu'avait vu l'illustre médecin de Tours. Mais déjà l'année qui précéda sa mort, Guersant avait pu voir cette forme si grave de la maladie, qui, plus tard, devait enlever un de ses petits-fils, et qui, surtout dans ces dernières années, s'est montrée tant à Paris que dans un certain nombre des départements, avec une violence qui rappelle tout à fait les épidémies du seizième siècle.

La diphthérie décrite par Bretonneau commençait ordinairement par le pharynx, y restait confinée d'autant plus longtemps que le malade était moins jeune, donnant lieu généralement à peu de fièvre, n'intéressant presque pas le reste de l'économie, et se propageant au larynx d'une manière fatale pour y constituer le croup. Mais depuis une dizaine d'années, à côté de cette forme relativement peu grave, on en observe une autre contre laquelle, jusqu'ici, toutes les ressources de l'art ont été à peu près impuissantes. Le pharynx est, il est vrai, le plus ordinairement envahi le premier; mais, en peu de temps, le mal s'étend aux narines, au canal nasal, quelquefois à la face interne des paupières, et en même temps des symptômes ataxo-adynamiques se déclarent, le pouls prend une fréquence excessive, les ganglions du cou se gonflent démesurément, et souvent, quarante-huit heures après le début de la maladie, la mort survient sans que le larynx ait été assez intéressé pour que la maladie mérite alors le nom de croup. Il semble qu'un poison morbide ait été introduit dans l'économie, et l'ait intimement et rapidement modifiée. Que si le mal étant un peu moins violent, une médication très-énergique peut triompher des premiers accidents, la convalescence est lente, le sang reste profondément altéré, les tissus décolorés, des phénomènes de paralysie se manifestent dans différents points, et durent quelquefois plusieurs mois, comme pour montrer à quel point les fonctions du système nerveux ont été atteintes par le venin morbide.

On comprend que, lorsque la diphthérie se montre avec ces caractères de grande sévérité, elle résiste presque toujours aux traitements les plus rationnels, et il serait bien injuste d'accuser la trachéotomie dans ce cas, puisque tous les médecins et les chirurgiens sont d'accord sur ce point que, dans ce cas, elle ne doit pas être faite, et ils ne la font point.

Pour en finir avec les reproches que l'on fait à la trachéotomie et avec la part qu'on lui fait dans la mortalité du croup, permettez-moi d'indiquer les circonstances dans lesquelles est ordinairement pratiquée cette opération.

Lorsqu'un médecin est appelé dans un cas de diphthérie, il institue le traitement qu'il croit le plus utile, et pas, que je sache, ne propose la trachéotomie d'emblée : les vomitifs, les sangsues, les mercuriaux, les révulsifs, les prétendus spécifiques tels que le chlorate ou le carbonate de potasse, les applications astringentes, substitutives, sont tout d'abord employés avec une énergie, avec une rapidité tumultueuses que légitiment, jusqu'à un certain point, l'inquiétude des familles et la gravité du mal; mais lorsque les accès de suffocation commencent, quand ils se rapprochent, l'imminence de la mort devient évidente non-seulement pour le médecin, mais pour les parents euxmêmes : on porte l'enfant à l'hôpital, s'il est pauvre; on appelle un chirurgien si l'on a quelque aisance, et assez souvent l'enfant meurt avant que la chirurgie ait pu intervenir.

Cette année même, on m'apportait à l'Hôtel-Dieu deux enfants pour que je pratiquasse la trachéotomie. L'un d'eux mourut sous nos yeux, pendant que l'on préparait l'appareil; l'autre fut opéré pendant le cours de la visite, les accidents prenant une telle gravité qu'il nous fut impossible d'attendre un quart d'heure de plus ceux de nos collègues qui désiraient assister à l'opération.

Plus de vingt fois dans ma vie, mandé par mes confrères pour pratiquer la trachéotomie, quelque diligence que je fisse pour me rendre à leur appel, je n'ai trouvé qu'un cadavre lorsque je suis arrivé. A l'hôpital des Enfants-Malades, à l'hôpital Sainte-Eugénie, auquel appartient M. Bouchut, dans la ville, jamais l'on n'opère que lorsque l'on croit que toute autre chance de salut est enlevée; dans quelques circonstances la trachéotomie est pratiquée, alors que l'enfant a encore quelques heures à vivre, mais c'est dans le cas où le chirurgien ne pourrait sans imprudence attendre la nuit, par exemple, pendant laquelle il n'aurait pas à sa disposition les aides nécessaires; la trachéotomie est donc faite, ou bien lorsque toute chance de succès par les médications internes a disparu, ou bien quand la mort est imminente. Dites si vous le voulez que la trachéotomie ne leur sert à rien, mais ne dites pas que la trachéotomie les fait mourir; cette accusation n'est pas seulement une erreur, c'est quelque chose de pire.

Admettons maintenant que, dans un quart des cas, la trachéotomie soit faite chez des enfants qui eussent guéri sans l'opération, et qu'elle les tue, si, d'un autre côté, on guérit un quart des individus que l'on trachéotomise et chez lesquels la mort était inévitable, il y a compensation, et l'on n'a pas le droit d'imputer à la trachéotomie la mortalité du croup. L'Académie comprendra qu'en faisant une pareille concession, je n'exprime ni mon opinion ni celle des autres membres de la commission, et que je ne m'en suis servi que comme d'un argument extrême.

M. Bouchut pardonne à la trachéotomie, il l'accepte, il la pratique lui-même, il la proclame comme un moyen utile que le médecin n'a pas le droit de ne pas employer, mais à la condition que l'asphyxie sera portée au point d'avoir amené l'anesthésie.

Déjà M. le docteur Faure, dans des expériences extrêmement remarquables dans un des plus beaux travaux qui jamais aient été publiés sur l'asphyxie, avait démontré que les individus qui avaient été asphyxiés étaient anesthésiques, lors même qu'ils avaient recouvré leur intelligence et leur motilité; au commencement de cette année, M. le docteur Demarquay constatait l'anesthésie chez les individus qui, à la suite d'une maladie chronique du larynx, arrivaient à la période asphyxique; il en faisait au mois de mai dernier l'objet d'une communication à la Société médicale du 2[me] arrondissement et à la Société de chirurgie, les 21 et 28 juillet, comme en font foi les procès-verbaux.

Un peu plus tard, M. Bouchut constatait également l'anesthésie chez les enfants qui étaient près de succomber à l'asphyxie croupale. Pour M. Bouchut, tant que cette anesthésie n'est pas arrivée, on ne doit pas pratiquer la trachéotomie, on la doit faire dès que l'on peut constater l'anesthésie; cela revient à dire, en d'autres termes, que l'on ne doit pratiquer la trachéotomie que dans la période extrême du croup, ce précepte a été donné depuis longtemps, et moi-même, pendant de longues années, je n'ai cessé de le proclamer; seulement, comme je ne connaissais pas le signe découvert par M. Faure dans l'asphyxie, et appliqué plus tard aux maladies du larynx par MM. Demarquay et Bouchut, je jugeais, comme nous jugeons tous, qu'un enfant était arrivé à la période extrême du croup par la teinte bleuâtre ou par l'extrême pâleur du visage, par l'enfoncement énorme de la partie inférieure du sternum dans les inspirations, par l'absence totale du murmure vésiculaire dans les poumons, par l'extrême fréquence et la petitesse du pouls, par une sorte de quiétude succédant aux efforts d'une lutte violente et suprême, enfin par je ne sais quoi qui imprime sur le visage les signes d'une mort prochaine et qu'il est impossible de décrire.

J'y ajouterais volontiers l'anesthésie, s'il n'était souvent incertain et toujours périlleux de l'attendre. En effet, les recherches récentes de MM. Roger et Sée ont fait voir que lorsque la mort par suffocation croupale est tellement imminente, qu'un enfant ne paraît pas avoir un quart d'heure à vivre, l'anesthésie peut ne pas exister, ou, si elle existe, être inégalement répartie dans diverses portions du corps.

Un des membres de votre commission, M. Blache, et M. Bouvier, notre collègue, ont pu tout récemment constater la persistance de la sensibilité chez un enfant qui mourut cinq minutes après cette constatation. Moi-même, le mois dernier, appelé à Versailles en consultation pour un jeune enfant atteint de croup qui fut opéré par M. le docteur Louis Pénard, j'ai pu, ainsi que ce médecin recommandable, faire la même observation que M. Blache. Je pinçai le bras de l'enfant, il le retira vivement, et tournant du côté de sa mère son visage qui exprimait la souffrance, il lui dit d'une voix étouffée : « *Maman, il me fait mal.* » L'anesthésie n'est donc pas un signe certain de l'imminence de la mort, et les signes que nous avons indiqués plus haut sont bien autrement sûrs.

En effet, lorsque ces signes existeront, je déclarerai avec une certitude presque mathématique, que la mort, et qu'une mort prochaine est inévitable, je dirai hautement que, dans ce cas, la trachéotomie est un devoir pour le médecin, et si l'enfant meurt, j'aurai une égale certitude que mon opération n'y a été pour rien, et que, par conséquent, personne n'a le droit de mettre sur le compte de cette pratique la mortalité plus grande du croup.

Il est vrai que dans les premiers temps de ma pratique, je ne voulais faire la trachéotomie que dans la période extrême du croup; c'était le précepte de mon maître, M. Bretonneau, c'était devenu le mien; mais plusieurs fois, en différant l'opération, j'avais trouvé le malade mort quand je revenais près de lui; d'un autre côté, dans quelques circonstances, il m'avait paru que la stupeur asphyxique se continuait, alors qu'une voie avait été ouverte à l'air extérieur, et les enfants mouraient peu de temps après l'opération, alors même qu'ils paraissaient bien respirer. Il en était de ces malades comme des asphyxiés de M. Faure, lesquels, retirés du milieu où ils avaient trouvé une mort apparente, stimulés par un air vivifiant, par la flagellation, par l'ustion de la partie supérieure de la poitrine, recouvraient leur intelligence, leurs mouvements, demandaient grâce à l'habile expérimentateur, au médecin intelligent, mais sévère, et retombaient dans la stupeur asphyxique, du moment que ces excitations violentes et salutaires leur faisaient défaut.

Je m'écartai donc de la règle que m'avait tracée mon maître et que je m'étais moi-même tracée; je pensai qu'il serait plus utile de faire la trachéotomie avant que la mort fût imminente, mais lorsque pourtant toute chance de guérison par les moyens ordinaires paraissait enlevée, et l'on a vu, d'après les statistiques de MM. Roger et Sée, combien sont plus nombreux les succès lorsque l'on suit cette règle. Certes, Messieurs, il ne faut pas une grande habitude des malades, et surtout d'une maladie comme le croup, pour juger avec une certitude presque absolue de l'issue prochaine du mal.

Dans les maladies aiguës, où des perturbations nerveuses jouent un si grand rôle, il n'est pas toujours facile de pressentir des modifications qui vont déjouer nos prévisions; mais quand il s'agit d'une maladie qui tue par un obstacle mécanique, quand nous voyons par les yeux de l'intelligence cet obstacle, quand nous pouvons mesurer son étendue, son accroissement, nous pouvons prévoir ce qui va arriver, et presque jamais nous ne nous trompons.

Il est bien vrai que dans quelques cas, malheureusement trop rares, un enfant rejette une fausse membrane, et que tout à coup il semble renaître à la vie; mais nous savons tous que, le plus ordinairement, la fausse membrane se reforme, et qu'elle entre encore plus profondément dans les voies aériennes; de sorte que l'expérience prouve que les chances de la trachéotomie, et par conséquent de la guérison définitive, sont moins nombreuses chez les enfants qui ont rendu des fausses membranes que chez ceux qui n'en ont pas rendu. Il est bien entendu pourtant que cette loi si fatale souffre quelques exceptions, car tous nous avons vu des enfants guérir du croup après avoir rendu une et plusieurs fausses membranes.

J'en veux arriver à ce point, que, de toutes les maladies de l'enfance, le croup est certes celle dont le pronostic est ordinairement le plus facile; si bien que quand un ou plusieurs médecins, appelés pour un cas de ce genre, jugent que la mort est inévitable, on peut affirmer qu'ils se trompent très-rarement, et que par conséquent le pire résultat que puisse amener la trachéotomie, c'est de ne faire aucun bien.

Voyons maintenant si la trachéotomie est en elle-même une opération périlleuse, comme on le dit. Nous interrogerons ensuite les faits, et nous verrons si elle ne compte pas autant de succès que la plupart des grandes opérations chirurgicales qui sont tous les jours tentées. Les plaies du cou qui intéressent la trachée artère et qui sont le résultat soit d'un assassinat, soit d'un suicide, guérissent avec une facilité merveilleuse quand de gros vaisseaux ne sont pas intéressés.

Je suis convaincu qu'il n'existe pas dans la science beaucoup de morts résultant de trachéotomies faites pour extraire un corps étranger des voies aériennes. J'ai supposé que l'opération était pratiquée par des mains expérimentées. Si les blessures du larynx et de la trachée, si la trachéotomie faite méthodiquement, dans le cas que nous venons d'indiquer tout à l'heure, ont tant d'innocuité, qui ne voit que, si les enfants atteints de croup meurent après la trachéotomie, la mort doit être imputée bien plutôt à la maladie qu'à l'opération qui lui a été opposée et qui n'a pu en enrayer la marche?

Examinons maintenant l'autre point.

Nous avons vu qu'à l'hôpital des Enfants Malades il était interdit aux élèves de faire la trachéotomie, à moins que la mort ne fût imminente ou que toute chance de salut par les moyens ordinaires fût évidente; ils ont l'ordre de toujours attendre la venue du chef de service et du chirurgien de l'hôpital, tant que la chose ne leur paraît pas dangereuse. Or, dans les dix années qui viennent de s'écouler, 466 opérations ont été pratiquées à l'hôpital des Enfants; toutes les fois la mort avait été considérée comme inévitable par les élèves ou par les chefs de service, et 127 enfants ont été rendus à la vie. M. Bouchut nous dira peut-être que le jugement qui avait été porté sur l'imminence de la mort était un jugement hasardé; l'Académie appréciera la valeur de cet argument.

L'Académie appréciera aussi les déplorables circonstances dans lesquelles se trouvent les jeunes malades amenés à l'hôpital des Enfants; là les attendent toutes les pyrexies contagieuses, toutes les influences nosocomiales occultes qui viennent renverser les espérances mieux fondées du chirurgien qui avait ouvert la trachée. Pourtant, lorsque plus du quart des malades guérit, n'a-t-on pas lieu de rendre des actions de grâces à l'illustre et vénérable médecin de Tours qui, le premier, a pratiqué avec succès cette opération et en a tracé les règles?

Si j'ai parlé de l'hôpital des Enfants, c'est que là les choses se font au grand jour; six chefs de service, de nombreux élèves appartenant à l'hôpital, des étudiants en médecine plus nombreux encore venant suivre les cliniques, une administration jalouse et quelquefois peu bienveillante, contrôlent successivement ou en même temps les faits que personne ne dérobe à l'examen et à la critique de tous.

Si maintenant je passe à la pratique privée, je trouve des résultats beaucoup plus satisfaisants et qui doivent l'être.

Dans les premiers temps que la trachéotomie était faite, nous manquions tous d'expérience, et les exemples donnés par Bretonneau étaient trop peu nombreux pour qu'ils pussent servir de règle absolue; l'opération, en tant que manuel opératoire, ne différait pas beaucoup de ce qu'elle est aujourd'hui, mais on ne connaissait pas l'influence de certains soins consécutifs très-essentiels, de ces petites pratiques, de ces détails en apparence futiles, de ces *quodam magni momenti minutiæ*, comme disait Stoll, qui font, dans la grande comme dans la petite chirurgie, le succès de l'opération.

Dans les dix premières années de ma pratique, je sauvais à peine un quart des malades; dans les derniers temps, je suis arrivé dans des séries heureuses à sauver les deux tiers. Les résultats de M. Guersant sont tout aussi satisfaisants, et plusieurs jeunes médecins, qui depuis un certain nombre d'années me remplacent dans la pratique d'une opération pour laquelle il faut plus de jeunesse que je n'en ai, arrivent au même résultat. Ainsi, je citerai MM. Archambault, Beylard, Moynier, etc.

Cette année encore, sur 6 trachéotomies faites à l'Hôtel-Dieu, dans la petite salle de clinique annexée au service des adultes, 3, c'est-à-dire la moitié, ont été suivies de succès, et chose remarquable, deux des enfants guéris n'avaient que deux ans. Ces faits se sont passés en présence de la plupart de mes collègues de l'Hôtel-Dieu et des personnes qui suivent la visite.

On a pu voir dans les journaux de médecine que, dans un très-grand nombre de départements où l'on opère les enfants atteints de croup, dans la période extrême du mal, la proportion des guérisons est plus grande encore que celle que l'on obtient à Paris; et les médecins qui recourent à l'opération, loin de partager l'opinion de M. Bouchut, sont, au contraire, parfaitement convaincus qu'ils eussent compté un bien plus grand nombre de morts s'ils n'avaient pas eu recours à la trachéotomie.

J'arrive maintenant à un autre point qui n'est pas moins important, je veux parler du traitement topique, auquel M. Bouchut semble vouloir faire partager les méfaits qu'il impute à la trachéotomie.

Pour tout médecin qui lira sans prévention le *Traité de la diphthé-*

rie de Bretonneau, il résultera cette conviction, que le traitement topique, sous toutes ses formes, a une puissance immense. Pour bien juger cette question, il faut voir les allures de l'angine diphthérique abandonnée à elle-même ou traitée par une médication générale.

J'engage ceux qui imputent la mortalité à l'emploi des moyens caustiques, cathérétiques ou astringents, à lire la thèse de M. le docteur Ferrand, qui se trouve dans la collection de notre Faculté; il exerçait à la Chapelle-Vérougé en qualité d'officier de santé avant de prendre le grade de docteur; une épidémie d'angine diphthérique se déclara : les médications indirectes les plus variées furent mises en œuvre; jamais de topiques ne furent appliqués sur les amygdales; sur 60 malades, il en mourut juste 60. C'est le médecin traitant lui-même qui en fait l'aveu.

Au printemps de 1828, M. le docteur Ramon, notre collègue M. Leblanc et moi, recevions de M. de Martignac, ministre de l'intérieur, la mission d'étudier les maladies endémiques et épidémiques, enzootiques et épizootiques qui sévissaient dans l'ancienne Sologne et dans quelques autres portions des départements du Loiret, du Cher, de l'Indre et de Loir-et-Cher; au mois de mai nous arrivions dans deux fermes contiguës, situées à 5 ou 600 mètres sud-est du château de La Ferté-Beauharnais ; elles renfermaient le mois précédent 17 personnes, le 10 mai il n'en restait plus que deux, une jeune bergère de dix-sept ans et le chef de la famille ; la jeune fille, au lieu de se confier au médecin, avait eu recours au curé de la paroisse de Tremblevif, lequel avait cautérisé plusieurs fois la gorge avec l'esprit de sel, c'est-à-dire avec l'acide chlorhydrique, suivant en cela la pratique de Van Swieten et celle de Grandvilliers.

Je trouvai le seul homme qui survécût à cette grande catastrophe, assis, morne, au coin de sa cheminée, attendant stoïquement la mort, qu'il croyait inévitable ; il avait l'angine maligne depuis trois jours ; je réveillai son courage et ses espérances; je fis usage, moi aussi, de l'esprit de sel et de l'alun, que mon maître, M. Bretonneau, m'avait instruit à employer, et tandis que les 15 autres personnes étaient mortes après avoir fait usage de vomitifs, de sangsues, de vésicatoires, les deux seuls qui survécurent avaient été traités par des moyens exclusivement topiques.

A la même époque, dans la commune de Marcilly-en-Villette, située à 16 kilomètres au sud d'Orléans, 66 personnes avaient succombé à l'angine croupale, sur une population d'à peu près 600 individus ; pas un seul malade n'avait été guéri. Les médecins des communes environnantes avaient renoncé à donner des secours, que, d'ailleurs, on ne leur demandait plus, et quand nous arrivâmes dans le village désolé, qui nous avait été signalé par le préfet du Loiret, le curé, qui nous avait remis la table exacte de la mortalité de la commune, nous raconta que, depuis quelque temps, les ravages de l'épidémie étaient arrêtés, grâce à l'intervention bienfaisante d'une femme du pays, qui, seule, aujourd'hui, traitait les malades de ce que l'on appelle le mal de gorge blanc. Nous vîmes cette femme, nous vîmes surtout un certain nombre de malades qu'elle avait encore en traitement ; nous pûmes constater des guérisons auxquelles nous n'eûmes aucune part, et nous apprîmes de la vieille empirique qu'elle barbouillait la gorge plusieurs fois par jour avec un mélange d'alun et de vinaigre, et qu'elle faisait gargariser les malades avec une solution alumineuse vinaigrée. Partout où des médications générales étaient employées, la mort arrivait presque invariablement, et la mortalité diminua immédiatement dès que l'on eut recours à l'emploi local de l'alun, de l'acide chlorhydrique ou du nitrate d'argent.

Tout dernièrement encore entrait, dans ma salle des nourrices de l'Hôtel-Dieu, une femme qui venait de perdre l'aîné de ses enfants; elle était atteinte d'angine diphthérique pharyngienne, ainsi que l'enfant qu'elle allaitait encore ; ils guérirent par l'emploi du nitrate d'argent. Je sais bien que quand le mal est propagé dans les narines ou dans le larynx, la médication topique est le plus ordinairement impuissante; je sais encore que, lorsque le mal semble borné aux amygdales et que la diphthérie prend la forme maligne dont j'ai parlé plus haut, les topiques ne réussissent pas plus que les médications indirectes. Je sais que lorsque certains médecins chargent imprudemment une éponge d'une grande quantité d'acide chlorhydrique ou de solution saturée de nitrate d'argent, ils vont brûler l'intérieur de la bouche, la langue, le pharynx, et causent des accidents inflammatoires qui souvent ne sont pas sans un très-grand danger; mais je sais encore mieux que si les cautérisations sont faites avec énergie, mais seulement sur le point malade, si des insufflations d'alun ou de tannin, qui sont toujours innocentes, sont pratiquées à plusieurs reprises, si l'on s'abstient d'appliquer des sangsues ou des vésicatoires, si l'on ne donne pas de vomitifs ou si l'on n'en donne que très-peu, si l'on alimente convenablement les enfants, on sauve le plus grand nombre de malades, et ceux chez lesquels la fausse membrane vient à se développer dans le larynx et à causer la suffocation, se trouvent placés dans les conditions les plus favorables à la réussite de la trachéotomie, employée comme ressource extrême.

Aussi est-ce avec un vif sentiment de chagrin que je vois se perdre les excellentes traditions des médecins du siècle passé et celles de M. Bretonneau ; aussi est-ce avec une profonde douleur que je vois des médecins recommandables, découragés par des insuccès inévitables, se croiser en quelque sorte les bras devant la plus terrible des maladies de l'enfance, et se résigner à une inaction que je crois coupable.

Je viens d'exposer à la compagnie, en quelque sorte, le bilan de la trachéotomie; exposons maintenant celui du tubage laryngé.

M. Bouchut vous a lu deux observations; il a fait parvenir à la commission le résumé de cinq autres cas. Nous en donnons ici le compte rendu très-succinct. (On connaît les deux premières observations. Sur les cinq autres cas il y a eu 2 guérisons et 3 morts.)

Le tubage a donc été pratiqué sept fois : cinq enfants sont morts, les deux seuls qui ont guéri ont subi la trachéotomie. Certes, de pareils résultats ne sont point encourageants, et M. Bouchut, qui accusait si facilement la trachéotomie, n'aurait pas le droit de trouver sévères ceux qui voudraient jeter quelque blâme sur le tubage.

Nous devons, toutefois, à l'impartialité de dire que si nous ne croyons pas le tubage cause de la mort chez ces sept enfants, pas plus que nous n'accusons la trachéotomie de la mort de ceux chez lesquels elle est pratiquée.

Le tubage du larynx n'a tué aucun enfant, il a chez plusieurs retardé la mort, et nous avons la certitude qu'il ne l'a accélérée chez aucun. Dans notre opinion, mieux eût valu pratiquer la trachéotomie dès que toutes les ressources médicales semblaient épuisées; et il est probable que si l'on a égard aux statistiques que plus haut nous avons indiquées, des sept enfants traités par M. Bouchut deux auraient survécu.

Est-ce à dire que le tubage soit un procédé qu'il faille rejeter ? Nous ne le pensons pas ; le procédé est encore nouveau et l'on doit espérer que chaque jour apportera un perfectionnement, et que dans un avenir prochain le tubage du larynx aura à enregistrer quelques succès positifs; et si l'avenir prouvait que, dans les laryngites aiguës simples, qui tuent quelquefois par occlusion laryngée, le tubage, pratiqué pendant quelques heures, a empêché la mort et laissé le temps d'agir à des médications utiles, M. Bouchut aurait rendu à la médecine un service de plus. En attendant, votre commission doit se borner aux conclusions suivantes :

1° Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif.

2° Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie et quelquefois de traiter et de guérir la maladie.

3° Dans le traitement du croup, il retarde l'asphyxie et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthérique.

4° Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup dès que les ressources médicales semblent épuisées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 octobre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. ROBERT rappelle à la Société que, dans une des séances précédentes, il a présenté une jeune fille chez laquelle il avait cru reconnaître un raccourcissement du membre inférieur. On se souvient que M. Bouvier contesta l'existence de ce raccourcissement. M. Robert ne crut pas devoir insister; mais après un nouvel examen, pour lequel il croit s'être mis en garde contre toutes causes d'erreur, il n'hésite pas à soutenir qu'il y a un raccourcissement de 2 centimètres et demi, qui porte moitié sur la cuisse, moitié sur la jambe.

M. MAISONNEUVE a eu l'occasion d'observer un fait analogue chez une jeune fille qui, étant restée deux ans alitée dans son lit pour une maladie du genou, vit son membre s'atrophier, et le chirurgien put constater un raccourcissement très-appréciable.

RAPPORT.

M. GOSSELIN lit un rapport sur plusieurs pièces de fractures adressées à la Société par M. Lizé (du Mans).

M. Lizé, candidat au titre de membre correspondant, vous a adressé une série de travaux qui ont été renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Michon, Houel et moi, et j'ai été chargé de vous rendre compte de ceux de ces travaux qui sont relatifs aux fractures.

Nous n'avons pas seulement à analyser des manuscrits, nous avons aussi à mettre sous vos yeux les pièces elles-mêmes, qui ont été envoyées par M. Lizé, mais qu'il n'a pas été possible de vous présenter le jour même où elles sont arrivées.

En premier lieu, voici un avant-bras gauche sur lequel se trouve simultanément une fracture de l'extrémité inférieure du radius, sans pénétration permanente, mais avec brisure comminutive du fragment inférieur ; il y a de plus une fracture de l'extrémité supérieure du même os, comme sur les pièces du même genre décrites par M. Verneuil.

En second lieu, nous vous montrons un fémur gauche, un tibia droit et un humérus droit provenant d'un homme qui a succombé avec des fractures multiples, après une chute d'une grande hauteur. Sur le fémur, il y avait d'abord une fracture du col, au voisinage du grand trochanter. Le fragment supérieur ayant été perdu, il est probable qu'il n'y avait pas de pénétration permanente. Mais vous remarquez sur le fragment inférieur, le seul qui nous ait été envoyé, une profonde dépression avec disparition de la substance spongieuse, ce qui indique, selon moi, que le fragment supérieur est entré de force dans l'inférieur, à la manière d'un coin, en écrasant son tissu spongieux et produisant sur la lame compacte qui limite la dépression plusieurs fissures longitudinales parallèles au grand axe du col. L'une de ces fissures, l'antérieure, va se terminer sur une fracture du corps. Celle-ci, qui est fort difficile à analyser et qu'on peut considérer comme s'étendant de la portion sous-trochantérienne de l'os au tiers moyen, est remarquable surtout par la présence d'une grande esquille détachée des faces antérieure et externe du fémur.

Sur le tibia, on voit un peu au-dessus de la partie moyenne une fracture qui, selon M. Lizé, est oblique. Il y a de plus une division verticale du fragment supérieur, et cette division est pour nous un exemple de fracture longitudinale accompagnant une oblique. M. Lizé n'établit aucune relation de cause à effet entre les deux solutions de continuité, et se contente d'invoquer ce nouveau fait à l'appui de l'existence des fractures longitudinales. Permettez-nous de faire remarquer en passant que cette fracture est un exemple de celles que Gerdy a nommées en pointe et que j'appelle en V, et qu'il suffit de jeter un coup d'œil sur la pièce pour voir que la fracture verticale a dû être produite par la pénétration du fragment inférieur pointé dans le supérieur.

Sur l'humérus, il y avait une fracture de la grosse tubérosité, qui se trouvait ainsi séparée du reste de l'os.

Voici enfin le tibia gauche d'un autre malade, âgé de cinquante-neuf ans, qui a reçu dans une carrière une énorme pierre sur la jambe, et chez lequel l'amputation a dû être faite. Ce tibia est remarquable en ce qu'il présente sur son corps trois fractures superposées, à peu près également distantes les unes des autres, toutes trois complètes, et présentant un certain nombre de dents sur un des fragments, et sur l'autre des échancrures en V du sommet desquelles partent de petites fissures formant encore de petites fractures longitudinales incomplètes.

Pour tirer de l'examen de ces pièces tout le fruit possible, il importe de considérer à part, comme on doit le faire sur toutes les pièces du même genre, le trait principal et les traits accessoires ou consécutifs de la fracture.

1° Pour le trait principal, examinons d'abord sa direction : vous ne remarquez sur aucune de ces fractures les variétés qui nous ont été transmises par la tradition et les auteurs classiques. Nous ne saurions admettre avec l'auteur que sur ce fémur et ces tibias les fractures soient obliques; si on voulait qu'elles le fussent, elles ne le sont certainement pas de la façon dont nous l'avons si longtemps compris dans les écoles. Je ne sais si je m'abuse, en effet, mais il me semble que sous ce nom de fractures obliques, on nous désignait des solutions de continuité dont le trait était supposé dans le même plan sur les deux fragments, ou, mieux, était disposé de telle façon qu'on eût pu le reproduire sur un os semblable avec un seul trait de scie. Or, voyez ces fractures de M. Lizé : sur aucune le trait n'est exactement dans le même plan sur les deux fragments; toutes, pour être imitées sur des os de même nature, nécessiteraient deux ou plusieurs traits de scie. Tantôt la fracture est transversale d'abord, puis se prolonge en dehors, en dedans, ou bien en avant et en arrière sur les parois du canal médullaire, pour limiter une dent ou pointe plus ou moins prolongée, à laquelle correspond une échancrure analogue sur l'autre fragment. Tantôt le trait n'est horizontal en aucun point, mais offre une série de dents ou de pointes, et par suite une conformation qui les éloigne singulièrement de la forme oblique généralement admise.

Si maintenant nous comparons ces fractures de M. Lizé à toutes celles que nous avons eu l'occasion de voir depuis quelques années, nous sommes frappés de la grande ressemblance qui existe entre elles. Lorsque Gerdy et M. Malgaigne ont fait connaître, le premier les fractures en pointe, le second les fractures dentelées, ils ont signalé ces dispositions comme des exceptions, et en ont tenu peu de compte dans la description ultérieure des symptômes, du pronostic et du traitement de chacune des fractures.

Moi-même, à l'époque où j'ai fait connaître les fractures en V, tant dans une note publiée par la *Gazette des Hôpitaux* en 1855, que dans les leçons cliniques qui ont servi pour la thèse de M. Bourcy, je croyais indiquer une fracture insolite, et beaucoup plus rare chez les adultes que les fractures obliques, à la fréquence desquelles l'autorité des maîtres m'avait habitué à croire. Cependant, je ne tardai pas à être frappé de la pénurie de nos musées sur ce sujet, et de l'insuffisance de nos études sur la direction des fractures. Pour que cette étude devînt complète, il fallait examiner les fractures à l'état récent. Or, soit que l'occasion ne s'en fût pas présentée, soit qu'on eût négligé d'en profiter, cet examen n'avait pas été bien fait. Depuis quelques années, et peut-être depuis que dans mes leçons et dans mes conversations avec mes collègues j'ai insisté sur ce point, on y a fait plus d'attention. Le Musée Dupuytren s'est enrichi de pièces relatives à des fractures récentes. Plusieurs ont été montrées à la Société, d'autres m'ont été montrées à moi-même; en voici trois nouveaux exemples que je mets actuellement sous vos yeux, deux pour le tibia et un pour le fémur.

Toutes les pièces auxquelles je fais allusion ont été recueillies sur des adultes. Je n'ai encore aucune conclusion à présenter pour les enfants. Mais pour les adultes, il m'est permis de dire qu'on n'a pas jusqu'à présent fait voir de fracture franchement oblique ; on n'a montré que des fractures dentées et en pointe, c'est-à-dire présentant un certain nombre de saillies ou dents plus ou moins longues sur l'un des fragments, avec des échancrures de même forme. Sur l'autre, je ne suis pas certain que ces dispositions soient aussi communes au membre supérieur qu'à l'inférieur, car la plupart des pièces que j'ai rencontrées ou qui m'ont été montrées appartenaient au dernier. Mais pour ceux-ci, je suis en mesure d'avancer, d'après les pièces de M. Lizé et d'après les autres pièces que j'ai vues, que les fractures obliques proprement dites des os longs sont rares, et que les fractures dentées de M. Malgaigne, en pointe de Gerdy, et en V, sont de beaucoup les plus fréquentes; qu'il y a lieu en conséquence de faire dès à présent pour les fractures obliques chez les adultes ce qu'a déjà fait M. Malgaigne pour les transversales, c'est-à-dire de les considérer comme une exception rare, et non comme une règle. Je crois surtout que le moment est venu d'approprier la description des fractures à cette innovation.

Mais, dira-t-on, quelle utilité peut-il donc y avoir à contester les fractures obliques, et à leur substituer les fractures dentelées et en V? N'y a-t-il pas là tout simplement une subtilité de langage, une querelle de mots? Non ; s'il en était ainsi, je ne m'arrêterais pas avec autant d'insistance à modifier les idées reçues, et je m'en tiendrais aux bonnes innovations anatomiques dont nous sommes redevables à M. Malgaigne. Mais c'est qu'à ces directions se rattachent, selon moi, des lésions consécutives souvent capitales par leur gravité et leur influence sur la marche ultérieure de la maladie. Ce sont précisément ces dernières lésions que j'ai voulu désigner tout à l'heure en parlant des traits ou solutions de continuité accessoires.

2° Je viens donc appeler de nouveau l'attention de la Société sur ces fissures plus ou moins prolongées, et ces écrasements que l'on observe quelquefois sur l'un des fragments d'une fracture ou sur les deux, et qui ont été causés par la pression que ces fragments ont exercée l'un sur l'autre au moment de l'accident, fissures et écrasements qui caractérisent plus spécialement les fractures que j'ai nommées en V, et que j'appelle volontiers, avec M. H. Larrey, cunéennes. Il importe de considérer successivement ces lésions consécutives sur le corps et sur les extrémités des os longs.

A. *Sur le corps*. — On ne voit souvent pas autre chose que des fissures de quelques millimètres de longueur, partant du sommet des échancrures ou V rentrants qui correspondent aux saillies ou V saillants de l'autre fragment. Il n'y a pas de lésion concomitante sérieuse de la substance médullaire. Ces fissures ont par elles-mêmes peu d'intérêt pratique ; du moins elles ne me paraissent ajouter aucune gravité à la blessure, mais elles doivent être notées avec soin, parce que, rapprochées des autres lésions dont je vais parler, elles indiquent un mécanisme général avec lequel il est bon de se familiariser. D'autres fois, comme sur le tiers supérieur du tibia présenté par M. Lizé, et comme sur le tiers inférieur des tibias que nous avons, M. Chassaignac et moi, montrés à la Société, une fissure de ce genre se prolonge au loin, jus-

que dans la cavité articulaire voisine, après avoir décrit une courbe en spirale ou une ligne droite, et en constituant dans ce dernier cas une variété de fracture longitudinale incomplète.

J'ai déjà dit ici que le mécanisme de ce trait accessoire était celui du coin, et qu'il était tout indiqué dans la plupart des cas. Vous n'avez qu'à jeter un coup d'œil sur une des pièces de M. Lizé (le tibia gauche) pour vous convaincre que la fracture longitudinale a été produite par un éclatement dû à la pénétration de la longue et solide pointe du fragment inférieur dans le supérieur. N'y a-t-il pas là, comme sur le col du fémur gauche du même auteur, une dépression de la substance spongieuse qui indique qu'elle a dû être pénétrée et brisée par cette pointe, dont la forme se prêtait parfaitement à la pénétration.

Je n'admets donc pas avec M. Lizé que cette fracture longitudinale ait été produite par le premier des mécanismes indiqués par M. Bouisson, savoir : l'aplatissement et la déformation de l'os par un corps pesant. S'il en était ainsi, on verrait sur l'os d'autres traces de cet aplatissement. C'est le second mécanisme du professeur de Montpellier, c'est-à-dire le mécanisme du coin qu'il faut invoquer ici. Seulement, tandis que M. Bouisson n'admet les fractures longitudinales par ce mécanisme qu'à la condition de l'introduction d'un corps vulnérant solide, étranger à l'individu, entre les fragments (*Tribut à la chirurgie*, t. Ier.), j'ai établi que les longues pointes ou dents d'un fragment très-solide pouvaient agir de cette façon, et j'explique ainsi le plus grand nombre des fractures longitudinales surajoutées à une fracture dentée ou en V. Je répète que l'examen des pièces que nous avons actuellement sous les yeux ne laisse aucun doute à ce sujet.

B. *Sur les extrémités.* — Chacun sait combien il est fréquent, dans les fractures des extrémités spongieuses des os longs, de trouver une division multiple ou un écrasement du fragment le plus court, celui qui est le plus rapproché de l'articulation. Le radius de M. Lizé, l'extrémité inférieure du fémur que je viens de montrer, en sont de nouveaux exemples. Dans tous ces cas, il y a une solution de continuité principale qui se rapproche de la direction transversale, mais qui le plus souvent est encore dentée, en ce sens que sur l'un des fragments, la surface fracturée présente une saillie qui a pénétré la première dans l'autre, et l'a fait éclater. L'écrasement de l'extrémité inférieure du radius, la pénétration du col du fémur dans le grand trochanter, la division inter-condylienne dans les fractures de l'extrémité inférieure du même os, ont presque toujours lieu suivant ce mode, qui est indiqué tout à la fois par l'examen des pièces anatomiques sur lesquelles nous voyons le tissu spongieux écrasé, et par la cause même de la fracture, une chute dans le sens vertical.

Je ne vais pas jusqu'à prétendre que toutes les fractures articulaires aient lieu par ce mécanisme; je le réserve surtout pour ces cas si communs dans la vieillesse, dans lesquels l'os n'a été soumis à aucune pression latérale ou périphérique, et n'a pu éprouver au moment de l'accident qu'une inflexion avec ou sans torsion.

Reste maintenant à exposer quelles sont les conséquences cliniques de ces études anatomiques. J'ai déjà expliqué devant la Société pourquoi, dans les cas où il y avait complication de plaie, le broiement du tissu osseux par suite de la pression réciproque dont je viens de m'occuper, ajoutait de la gravité à la blessure. De plus, les écrasements et délabrements, ceux surtout du tissu spongieux produits par ce mécanisme, ont pour résultat de donner lieu à un certain nombre de déformations et de déplacements qu'on ne peut pas corriger, contre lesquels la tradition nous conseille de lutter, et contre lesquels cependant nous luttons toujours en vain. Il serait temps qu'on se familiarisât avec ces impossibilités, auxquelles notre éducation chirurgicale ne nous a pas préparés, et que les nouvelles notions anatomiques font si bien comprendre.

Mais votre rapporteur s'aperçoit qu'en développant ce sujet, que n'a pas du tout abordé M. Lizé, il s'éloignerait trop des travaux de ce dernier, et dépasserait les limites d'un rapport. Il juge plus convenable de réserver l'exposé de ses idées sur ce point pour un travail qu'il va publier sur l'irréductibilité dans les fractures.

En somme, les pièces présentées par M. Lizé, et les descriptions manuscrites de ces pièces, ont, à l'époque actuelle, de l'intérêt, parce qu'ajoutées à d'autres, elles serviront à introduire un perfectionnement dans l'étude des fractures. Ces pièces et ces descriptions recommandent honorablement l'auteur, et seront rappelées dans le rapport définitif que M. Houel vous présentera bientôt.

Pour le moment, nous n'avons à vous proposer qu'une conclusion, celle de déposer honorablement les manuscrits dont il vient d'être question dans les archives de la Société.

Luxation spontanée de la hanche. — M. ROBERT. En 1847, un médecin de Dammartin m'adressa une petite fille de sept ans qui était affectée d'une luxation congénitale de la hanche gauche, pour laquelle je réclamai l'assistance de M. Ferd. Martin, l'habile bandagiste, qui, au moyen d'un appareil à extension, amena la tête du fémur de la petite malade au niveau de la cavité cotyloïde.

Le traitement dura neuf ou dix mois, et je n'avais plus entendu parler de cette jeune fille, lorsque, il y a quelques jours, elle vint me consulter pour un kyste qui n'a aucun rapport avec la maladie pour laquelle elle m'avait été adressée la première fois. J'ai pu constater qu'elle marche sans fatigue et sans claudication. Personne ne se douterait aujourd'hui, en la voyant, qu'elle a eu une luxation de la hanche. Je l'ai examinée par-dessus sa chemise, et je n'ai rien constaté d'anormal dans les rapports du fémur avec l'os iliaque. Mais le membre paraît plus court de 3 centimètres que celui de l'autre côté; le pied est aussi un peu plus petit. Par une mensuration que j'ai faite avec soin, j'ai reconnu que le raccourcissement ne porte point sur la jambe, mais bien sur la cuisse, ou sur la hanche.

La jeune fille plie les deux cuisses d'une manière régulière; cependant un développement plus considérable du sourcil cotyloïdien du côté qui a été malade semble indiquer qu'il y a quelque chose d'anormal du côté de l'articulation.

Je sais que Pravaz a soutenu qu'on transforme la luxation et qu'on ne la guérit pas. Aussi faudrait-il une pièce d'anatomie pathologique pour apporter la preuve de la guérison d'une luxation spontanée. Jusque-là on n'aura pas une démonstration scientifique; mais la thérapeutique ne peut pas demander plus que ce qui a été obtenu dans le cas qui vient d'être rapporté.

M. LENOIR a observé un fait qu'il croit devoir rapprocher du précédent. Une petite fille fut traitée pendant trois ans par M. Gillebert d'Hercourt pour une luxation de la hanche. Après ce traitement, M. Lenoir eut l'occasion de la voir à Vichy, et il la crut guérie; mais peu à peu la claudication s'est reproduite, et aujourd'hui la petite malade est à peu près dans l'état où elle était avant le traitement.

La guérison des luxations congénitales, dit M. Lenoir, est de celles sur lesquelles on ne peut pas compter, quand on se rappelle les déformations de la cavité cotyloïde qui accompagnent ces déplacements.

M. CHASSAIGNAC. Au point où en est la science, on ne doit s'appuyer que sur des faits irréfutables. Une luxation acquise peut en imposer pour une luxation congénitale; il faut donc des observations absolument complètes pour permettre de conclure comme on l'a fait. J'ai vu, dit M. Chassaignac, une jeune fille de la rue Saint-Martin qui a été soumise pendant trois ans au traitement par l'extension, et elle est restée dans un état des plus fâcheux. Pour remédier à la claudication dont elle est affectée, j'aurais voulu trouver un appareil protbétique, mais je n'ai rien trouvé de satisfaisant.

M. Chassaignac réplique que la guérison d'une luxation congénitale donnerait lieu à une conformation en rapport avec la forme et la direction de la cavité cotyloïde.

M. ROBERT répond qu'une luxation traumatique eût donné lieu à du gonflement, à de l'inflammation dont il n'a pas vu la moindre trace, et il ne doute point de la nature de la luxation qui a été soumise à son observation. Depuis sept ou huit ans, la jeune fille ne porte plus d'appareil, et elle marche à peu près comme si elle n'avait jamais eu de lésion du côté de la hanche. C'est une luxation congénitale que l'on peut considérer comme guérie, bien qu'il soit difficile de se rendre compte de l'état anatomique de l'articulation coxo-fémorale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA présente deux pièces d'anatomie pathologique, dont l'une consiste dans un tube gélatiniforme, long de 30 centimètres, qui a été rendu dans une garde-robe par une femme habituellement constipée.

La seconde pièce offre un plus grand intérêt. Elle a été prise sur le cadavre d'une femme dont voici l'histoire succincte :

Une malade, âgée de vingt-huit ans, était affectée d'un polype du col de l'utérus, dont le volume égalait à peu près celui d'un œuf; elle fut adressée par M. Piedagnel à M. Broca, qui se décida à faire l'excision du polype au moyen de l'écraseur linéaire. Cette opération ayant été pratiquée, ne donna lieu qu'à un suintement de sang peu considérable, et qui ne dura qu'un jour. Bientôt la malade, se trouvant rétablie, demanda son *exeat*.

Avant de le lui accorder, M. Broca ayant porté le doigt indicateur dans le col de l'utérus, reconnut qu'il y restait une petite tumeur du volume d'une noisette, formée par une partie du pédicule du polype, et pour la destruction de laquelle il se décida à pratiquer la cautérisation au fer rouge.

Par précaution, le chirurgien fit cette opération en deux temps, dans l'intervalle desquels une assez grande quantité d'eau froide fut injectée dans le spéculum. La malade ne ressentit aucune douleur; mais dans la soirée son ventre devint douloureux, et le lendemain une péritonite des plus diffuses était évidente pour tout le monde.

La mort étant survenue trois jours plus tard, l'autopsie permit de constater que les trompes utérines étaient parfaitement saines, que la membrane muqueuse utérine était rouge, et que le point du col sur lequel avait porté la cautérisation était loin de la cavité péritonéale; mais du pus séreux en grande abondance recouvrait la masse des intestins.

M. Broca ayant pris toutes les précautions possibles pour cette opération, se demande s'il est un moyen sûr de ne pas exposer à la mort les femmes que l'on soumet à la cautérisation par le fer rouge.

M. MAISONNEUVE ne s'étonne pas de cet accident, que des praticiens plus âgés que M. Broca ont vu survenir à la suite de l'application du spéculum ou après le simple toucher par le vagin. Il regrette que pour l'opération on n'ait pas preféré à l'écraseur le serre-nœud métallique, qui suivant lui permet de donner la direction que l'on désire à l'anse qui doit étreindre le pédicule du polype.

M. CHASSAIGNAC répond à M. Maisonneuve que le reproche adressé à l'écraseur n'est ni juste, ni de bon goût. Après l'excision des polypes utérins, il reste, dit-il, presque toujours une partie du pédicule qui finit par tomber d'elle-même. Il est évident pour tout le monde que la mort est étrangère à la première opération.

— M. MAISONNEUVE présente deux tumeurs qu'il a enlevées par le procédé de la cautérisation en flèches.

La première de ces tumeurs présente un volumineux cancer ulcéré du sein gauche, pour lequel M. Maisonneuve a été obligé d'employer quarante-cinq flèches : vingt-neuf à la circonférence et seize dans le corps même de cette tumeur.

La malade soumise à cette opération n'a pas eu un instant de fièvre, et le neuvième jour, le matin même, la tumeur s'est détachée en bloc. Elle a 60 centimètres de circonférence; sa face superficielle est creusée d'une profonde excavation, due à l'ulcère cancéreux. Sa face profonde est régulière, sauf quelques tractus inter-musculaires que certains praticiens considèrent comme des prolongements du cancer.

La deuxième pièce consiste en une tumeur sous-maxillaire consécutive à une opération de cancer de la lèvre inférieure.

Cette tumeur, du volume du poing, a été cernée il y a huit jours par quinze flèches caustiques disposées de manière à représenter un cône dans la profondeur des tissus.

La réaction inflammatoire fut à peu près nulle, les douleurs très-modérées, et le huitième jour, le matin, la tumeur se détacha d'un seul bloc. L'artère faciale se trouvait comprise dans l'épaisseur de la tumeur sans qu'il se soit produit aucune hémorrhagie. L'os maxillaire inférieur est mis à nu. Du reste, le malade est dans l'état le plus satisfaisant.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, la chaire de pathologie chirurgicale et celle d'anatomie, à la Faculté de médecine de Paris, ont été déclarées vacantes.

La Faculté ayant à faire les présentations qui lui sont attribuées par le décret du 9 mars 1852, invite MM. les candidats qui désirent être portés sur la liste à déposer l'énoncé de leurs titres au secrétariat de la Faculté avant le jeudi 11 novembre courant.

— L'École supérieure de pharmacie fera sa rentrée mercredi prochain 10 novembre. Le registre des inscriptions sera ouvert du 12 au 15 novembre inclusivement.

— M. le docteur Macario, directeur de l'Etablissement hydrothérapique de Serin, à Lyon, a été nommé par le roi de Piémont chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— Le concours pour l'internat des hospices civils de Lyon a eu lieu les 25, 26 et 27 octobre. Le jury était composé de MM. Girin, Devay, Desgranges, Rollet, Lacour, Garin et Diday. Les candidats, au nombre de 21, ont tous subi jusqu'au bout les diverses épreuves, à la suite desquelles les noms des internes nommés ont été proclamés dans l'ordre suivant : MM. Gignioux, Ygonin, Tripier, Gamet, Drivon, Fier, Magnan, Nodet, Carre, Hugues, Martin.

— Un buste représentant l'illustre chirurgien Travers vient d'être placé dans la salle d'assemblée du collége royal des chirurgiens, à Londres.

— Si l'on en croit le *Registrar general*, dans son dernier rapport sur les naissances, les morts et les mariages, l'Angleterre serait le pays le plus salubre de l'Europe, et la France elle-même ne viendrait qu'après. Dans les cités continentales, la proportion annuelle de mortalité est rarement moindre de 30 sur 1,000, et s'élève fréquemment jusqu'à 40. A Londres, la proportion est seulement de 25 sur 1,000. Dans les plus hautes parties de la Grande Bretagne, la mortalité annuelle pour les divers districts comprenant les lieux maritimes excède rarement 21 par 1,000 de population. A Eastbourne, la mortalité est seulement de 15 par 1,000; à Worthing, l'île de Wight, Mutford (renfermant Lowestoft), Barnstaple (Ilfracombe compris) et Anglesey, 17 par 1,000; Hasting, Upton-sur-Severn (renfermant Malvern) et Aberystwith, 18 par 1,000; l'île de Thanet, Newton Abbot (renfermant l'est et le sud-est de Devon), 19 par 1,000.

Pour les districts les moins salubres de Yarmouth et Bath, les chiffres de mortalité s'élèvent graduellement à 23 et 24. Clifton aussi s'étend jusqu'à 23, mais la statistique comprend une partie de Bristol. Pour Tunbridge Wells, la mortalité est de 20; pour Douvres, de 21; pour Cheltenham, de 20; pour Warwick (Leamington), de 20; pour le Derbyshire (Buxton, Matlock, etc), de 20; pour Scarborough, de 21; Harrogate, de 20; Whitby, de 21; Kendal, de 20, et Bangor, de 21, par 1,000 de population.

— Nous rappelons à nos lecteurs que le banquet annuel des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris (anciens et nouveaux), aura lieu samedi prochain 13 novembre, à six heures et demie *précises*, dans le grand salon de l'hôtel du Louvre.

Le prix de la cotisation est fixé à 17 francs.

Les commissaires chargés de recevoir les cotisations sont :

MM. Gellé, interne à l'Hôtel-Dieu; Raynaud, id. à l'Hôtel-Dieu; Schulze, id. à la Charité; Saint-Germain, id. à la Pitié; Almagro, id. aux Enfants-Malades; Londe, id. à Saint-Louis; Hardy, id. à Lariboisière; Topinard, id. à Necker; Paris, id. à Sainte-Eugénie; Picard, à la Salpêtrière.

— M. le docteur A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié, lundi prochain 8 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les lundis et les vendredis à la même heure.

Les conférences de ce semestre seront spécialement consacrées à l'hydrothérapie, au diagnostic et au traitement des affections utérines, et aux maladies du cœur.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Petit Almanach impérial pour 1859 (douzième année. — Henri Plon, éditeur). Vignettes par MM. Horace Vernet, J. A. Beaucé et Geoffroy. Prix : 50 centimes. — A Paris, au dépôt central des almanachs publiés à Paris, chez Pagnerre, libraire, rue de Seine, 18.

Contributions à la statistique de la lithotritie, par M. le docteur Ol.-Auguste Swalin. Stockholm, 1858. In-8° de vi-124 pages. Prix, 2 fr. 50. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De la trachéotomie dans le cas de croup. Observations recueillies à l'hôpital des Enfants Malades (années 1857 et 1858) par M. le docteur Millard, interne lauréat des hôpitaux de Paris, vice-secrétaire de la Société anatomique. In 4° de 247 pages. Prix, 3 fr. — Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine; par M. le docteur Devaltz, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. In-4° de 46 pages. Prix, 1 fr. 25. — Paris, librairie Adrien Delabaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée, renfermant les monographies étiologiques des accidents et de la plupart des maladies mortelles, et expliquant les lois générales de la mortalité des peuples par les influences combinées des diverses causes de mort, par M. le docteur Marc d'Espine. Un vol. in-8°. — Genève et Paris, Cherbuliez.

Mémoires et observations de chirurgie clinique, par M. le docteur F. Moutet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8°, 179 pages. — Montpellier, imprimerie Ricard frères; Paris, chez tous les libraires de médecine.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 131. — MARDI 9 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 131. — MARDI 9 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 NOVEMBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences, comme l'Académie de médecine, ne retentit en ce moment que de travaux relatifs au croup et aux angines couenneuses. Elle n'a pas reçu, dans cette seule séance, moins de quatre communications sur ce sujet : un mémoire de MM. Bouchut et Empis, sur l'albuminurie dans le croup et dans les maladies couenneuses; les recherches statistiques de MM. H. Roger et Sée, sur la mortalité par le croup et sur le nombre des guérisons par la trachéotomie; une note de M. Domerc sur les résultats qu'il a obtenus de l'amputation d'une des amygdales, d'après la méthode de M. Bouchut, sur un enfant atteint de coqueluche et intercurremment d'angine couenneuse; une note de M. Vernhes, de Béziers, sur le croup et sa solidarité pathologique avec les affections éruptives, et en particulier la rougeole.

La plupart des points traités dans ces communications et des questions qui s'y trouvent soulevées, devant se présenter sous notre plume à l'occasion de la discussion engagée en ce moment devant l'Académie de médecine, nous nous abstenons de toute réflexion pour le moment.

Nous signalerons à l'attention de nos lecteurs un mémoire de M. Piorry, sur un ordre de phénomènes physiologico-pathologiques que nous avons déjà indiqué, mais sur lequel nous donnons plus bas des développemens beaucoup plus complets que ceux que nous avions pu donner jusqu'ici, et qui en feront beaucoup mieux apprécier l'importance; c'est la détermination, à l'aide de la plessimétrie, de l'influence des respirations profondes et accélérées sur l'état du cœur, du foie et des poumons. — Dr Brochin.

LE TUBAGE ET LA TRACHÉOTOMIE

devant l'Académie de médecine.

M. le docteur Bouchut nous adresse, avec prière de les insérer, les réflexions suivantes, au sujet du rapport de M. Trousseau sur le tubage du larynx. Nous accueillons avec d'autant plus d'empressement la communication de notre confrère, qu'en même temps qu'elle constitue pour lui l'exercice d'un droit, elle renferme des documents d'un grand intérêt pour la question qui va s'agiter devant l'Académie de médecine.

Le tubage du larynx a été pour M. Trousseau l'occasion d'un des plus intéressants rapports que l'on puisse entendre, et qui a longtemps captivé l'attention de l'Académie. Le savant rapporteur a peut-être trop opposé l'une à l'autre, en les comparant, ces deux méthodes de traiter l'asphyxie du croup. Il ne faut pas procéder ainsi. Le tubage doit précéder la trachéotomie, qui ne doit être mise en usage qu'à la dernière extrémité. Ce sont deux ressources au lieu d'une, et elles ne doivent ni l'une ni l'autre être employées d'une manière systématique ou exclusive. L'importance du sujet paraît avoir frappé quelques membres de l'Académie, et une discussion intéressante sur l'opportunité et sur les indications de la trachéotomie va peut être s'ouvrir. Rien ne pourrait être plus opportun au moment où cette opération, détournée de ses indications naturelles, devient abusivement pour quelques personnes un moyen de traitement du croup, au lieu d'être un simple moyen préservatif de l'asphyxie. Dans ce rapport, qui est en même temps la critique de *nos recherches statistiques et symptomatologiques* du croup, existent des assertions fort contestables et des erreurs qu'il nous importe de relever avant leur entrée dans le domaine public.

M. Trousseau considère l'opération du tubage comme pouvant offrir des difficultés pratiques assez grandes. Malheureusement il n'a pas essayé lui-même, et il s'en est rapporté sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, aux renseignements qui lui out été donnés par autrui. L'introduction d'une canule dans le larynx n'est pas plus difficile que le cathétérisme simple des voies aériennes, et si l'on ne réussit pas toujours du premier coup à laisser la canule en place, parce qu'elle est trop petite ou trop grosse, on recommence l'opération, qui réussit dès que le diamètre des canules est en rapport avec celui de la glotte. Nul doute que des expériences personnelles n'eussent conduit M. le rapporteur à des résultats différents. Quoi qu'il en soit, après avoir reconnu la réalité de ce fait tout nouveau, qui est la chose capitale du tubage, à savoir, la tolérance d'une canule par le larynx pendant trente-six ou quarante-huit heures, l'expulsion des fausses membranes par cette canule, M. le rapporteur a fait appel à ses collègues de la section de physiologie, pour savoir comment il se pouvait faire qu'un enfant presque aphone parlât un peu mieux après qu'avant le tubage, et il leur a demandé plaisamment quel pouvait être l'usage des cordes vocales, puisqu'on pouvait parler sans elles. S'il se fût mieux rendu compte de la position des canules dans le larynx, M. le rapporteur se fût épargné cette question inutile.

En effet, nos premières canules entraient en entier dans le larynx, et leur bord supérieur se trouvait au niveau des ventricules de façon que les cordes vocales supérieures fussent au-dessus de l'ouverture, libres de toute compression et pouvant servir à l'émission de la voix. En prenant des canules plus hautes de 6 millimètres, s'élevant jusqu'aux cartilages arythénoïdes et comprimant les deux cordes vocales, alors l'aphonie est complète, et on ne risque plus d'encourir la colère des physiologistes. M. Trousseau a reconnu ensuite que le tubage pouvait rendre de réels services à la pratique médicale soit dans le croup, ce qui lui semble difficile, soit dans l'œdème de la glotte, et dans quelques autres maladies du larynx. Ce résultat est d'une haute importance, et pour un moyen comme celui-là, tout nouveau dans la pratique, ayant encore à perfectionner ses conditions d'application, c'est tout ce que la science pouvait en dire.

L'expérience ultérieure en apprendra plus à cet égard que toutes les hypothèses qu'on pourait faire. Le tubage est possible; il est facile; il est innocent; il n'empêche rien, et il sera toujours temps de recourir à la trachéotomie s'il est insuffisant pour empêcher l'asphyxie.

Cela dit, M. le rapporteur s'est surtout occupé de la trachéotomie, dont il enlève injustement l'honneur à Caron, pour le rapporter à M. Bretonneau, sans savoir que ce médecin l'a pratiquée deux fois (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. VII, p. 485). C'est une opération qu'il propose non-seulement pour les cas de croup grave ou asphyxique, mais pour les cas ou l'asphyxie n'existe pas encore, c'est-à-dire pour le croup à la seconde période, circonstance dans laquelle cette opération donnerait, assure-t-il, 64 p. 100 de guérisons. Nous ne saurions laisser passer cette maxime de thérapeutique sans faire remarquer combien elle répugne à la raison médicale. Elle a déjà été formulée à la Société de médecine des hôpitaux; et c'est la pratique de l'hôpital des Enfants; car, dans une thèse récente, sur 55 trachéotomies il y en a eu 24 faites à la deuxième période, c'est-à-dire avant l'asphyxie.

Nous ne pouvons comprendre cette manière de faire, et nonobstant ses merveilleux résultats, nous ne consentirons jamais à voir dans la trachéotomie un moyen de traitement du croup. Ouvrir la trachée d'un enfant dans la crainte d'une asphyxie qui menace de se produire, qui n'existera que demain ou qui ne viendra peut-être jamais, me paraît la conséquence d'un enthousiasme irréfléchi. Les médecins prudents et les pères de famille attendent tous qu'il soit impossible de différer l'opération, et ils feront bien autant pour eux-mêmes que pour la gloire de la science.

Evitons toutes les exagérations. Déjà M. James Salomon, trop zélé disciple de Toinette, a proposé d'enlever un œil pour qu'on y voie plus clair de l'autre (*Union médicale*, 26 novembre 1857). Nous avons tous ri de ce docteur improvisé qui veut couper le bras de son malade sous prétexte qu'il empêche l'autre de profiter. N'allons pas, serviles imitateurs d'excentricités de ce genre, à l'exemple de Louis et de Caron, et par crainte d'une asphyxie prochaine chez nos malades, faire une trachéotomie prématurée qui n'aurait d'autre avantage que d'exercer la main des opérateurs.

M. Trousseau affirme que la trachéotomie n'est pour rien dans l'augmentation proportionnelle de la mortalité du croup à Paris, et il cite à l'appui de cette manière de voir des résultats qui montrent que la mortalité de cette opération serait de 75 pour 100 au plus et de 34 pour 100 seulement si l'on opère avant l'asphyxie. Il est vrai que ce dernier chiffre, un peu de fantaisie, repose sur l'amplification de 25 succès obtenus chez 39 opérés; on a multiplié les résultats par 2 1/2, et c'est ainsi qu'on est arrivé à faire le chiffre de 64 sur 100.

L'argumentation de M. Trousseau ne nous paraît pas convaincante, et si l'on veut réellement savoir à quoi s'en tenir sur les résultats de

---

FEUILLETON.

Des Phénomènes mécaniques de l'accouchement, par M. HUBERT, professeur à l'université de Louvain. (1).

Dès la renaissance des lettres et des sciences, chaque nation de l'Europe a fourni son contingent d'hommes et d'idées à cette grande famille intellectuelle dont le médecin a été toujours un membre actif, et si nous considérons ces nations comparativement surtout à l'étendue du territoire, les Pays-Bas occupent un rang important. Pour ne parler que de l'obstétrique, il me suffira d'indiquer les hommes qui ont représenté cette science aux diverses époques dans ce pays et ceux qui la représentent encore aujourd'hui avec distinction; ce sera rendre justice à la fois aux hommes de mérite et à la nation qui a su les encourager; enfin ce sera mieux justifier ce que je vais dire du mémoire de M. Hubert.

Dès le seizième siècle, les Pays-Bas offraient A. Pratis, auteur d'un ouvrage sur les maladies des femmes et les accouchements, remarquable pour l'époque; mais n'auraient-ils donné le jour qu'au père de l'anatomie, à Vésale, ce martyr de la science, ils auraient assez fait pour mériter l'admiration de la postérité.

Dans le dix-septième siècle, si nous en exceptons la France et un peu l'Allemagne, l'obstétrique a peu gagné, et Graaf, par la description des vésicules ovariennes qui portent son nom, ainsi que par d'autres travaux, a représenté les Pays-Bas dans le progrès; mais c'est dans le dix-huitième siècle surtout que cette nation s'est placée à un des premiers rangs.

Ruysch s'occupe de l'anatomie de la matrice et de la nutrition du fœtus; Deventer agrandit le domaine de l'obstétrique par ses recherches sur la déviation de l'utérus, les axes du bassin, le toucher vaginal et autres points de la science. La Hollande achète le secret des Chamberlins de Londres, dont la France, bien à tort, n'avait pas voulu, car ce secret était le forceps ou quelque chose d'analogue. Le levier obstétrical a fait la réputation de Roonhuisen de Bruyn, et en partie celle de Camper et d'Herbinaux. Une loi qui fit honneur au pays fut celle qui défendit de se faire recevoir médecin par le comité d'Amsterdam qui gardait le secret du levier, et acheta ce secret pour le public. Palfin s'est fait remarquer par l'invention d'une espèce de forceps avant que celui des Chamberlins fût connu; Kok s'occupa des hémorrhagies puerpérales, V. Solingen des rapports de la tête de l'enfant avec les dimensions du bassin et du mécanisme de l'accouchement; Denys signala l'enchatonnement du placenta; enfin Jacobs continua l'enseignement si bien établi par ses prédécesseurs.

Dans le dix-neuvième siècle, on a vu Ansiaux étudier la symphyséotomie, Vandezande la péritonite puerpérale, et si d'autres travaux importants n'avaient pas paru, les *Annales de gynécologie* du docteur Schoenfeld suffiraient à donner une place aux productions de la Belgique dans la bibliographie obstétricale; enfin, nous avons aujourd'hui MM. les professeurs Van Huevel et Hubert, qui se montrent les dignes successeurs des Ruysch, des Deventer et des Camper. Le premier est surtout connu par ses ingénieux instruments, le forceps-scie et le pelvimètre; le second, par ses travaux sur le développement du bassin, l'exploration abdominale, la procidence du cordon ombilical, l'accouchement prématuré, l'application du forceps à une main et autres productions; enfin, par le mémoire dont je vais faire l'analyse, et pour lequel l'Académie belge a voté à l'auteur des éloges bien mérités. Je ne terminerai pas cette esquisse historique sans dire un mot de M. le professeur Simon de Liége, lequel, par excès de modestie sans doute a peu écrit, mais qui serait en état de rendre des services à la science, comme il en rend de bien éminents à son pays par son enseignement et sa pratique.

La connaissance un peu exacte du mécanisme de l'accouchement a été préparée en Belgique, en Allemagne et en Angleterre, par l'étude comparative des diamètres de la tête de l'enfant et du bassin, ainsi que par l'étude de l'axe de cette enceinte osseuse. En France, Solayrès, et surtout Baudelocque, se sont occupés du fait même du mécanisme. Mme Lacapelle, Nægelé, M. P. Dubois, M. Velpeau, Gerdy, M. Stoltz et autres ont rectifié quelques erreurs à ce sujet; mais tous ces auteurs ont constaté les phénomènes du travail plutôt qu'il ne les ont expliqués. MM. Moreau, Jacquemier, Chailly et Cazeaux, dans leurs ouvrages, ont commencé à invoquer les lois mécaniques; le fait cependant restait encore assez obscur. Dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* (1855), j'ai démontré moi-même plus d'un défaut des idées reçues, mais M. Hubert est allé plus loin. Très-versé dans les sciences mathématiques, il a étudié surtout ce sujet au point de vue des lois mécaniques. *Physica physice demonstranda.*

Puissances. Ici se trouve la contraction de l'utérus et des parois abdominales. On n'a pas assez remarqué, dit M. Hubert, que l'action de la matrice s'exerce horizontalement et verticalement. Il attribue à la contraction horizontale le rôle de rétrécir l'œuf et de l'immobiliser, et à la contraction verticale de dilater le col ainsi que d'expulser le fœtus. Je crois devoir faire remarquer ici, à M. Hubert, que, lorsque l'œuf est intact ou que la partie fœtale bouche l'orifice utérin, l'incompressibilité du liquide amniotique transmet la force dans tous les sens, de manière que l'impulsion des parois latérales retombe sur l'orifice où manque la résistance, comme celle de la paroi supérieure. Toutes les parois utérines qui se contractent, contribuent par conséquent à l'immobilisation d'abord, puis à l'expulsion de l'œuf.

Dans une force il faut considérer l'intensité et la direction. La première est donnée par le degré de la contraction; la seconde est indiquée par l'axe de l'utérus, qui, d'après le professeur de Louvain, se

(1) *Mémoires de l'Académie belge*, t. IV. Bruxelles, 1858.

la trachéotomie dans le croup, il n'y a qu'un moyen à prendre, c'est de faire une enquête auprès de tous les médecins et chirurgiens de Paris qui ont pratiqué cette opération. Voici un commencement de travail qui nous fera peut-être partager l'infortune du professeur Malgaigne, appelé jadis par M. Trousseau l'homme des statistiques lamentables, mais vraies, et qui pourra aider à ceux qui voudraient le continuer (1). Chacun pourra voir que si, avecdes hommes aussi habiles que ceux dont nous allons parler, la trachéotomie donne d'aussi tristes résultats, elle doit rester, comme nous l'avons dit, la dernière ressource à employer dans le traitement du croup.

On voit, en effet, que sur 351 opérations, il y a eu 312 morts et 39 guérisons, ce qui donne une mortalité de 89 pour 100.

MM. Gosselin.	23	opérés.	23	morts.		
Brochin.	3	»	3	»		
Follin.	15	»	13	»	2	guéris.
Broca.	10	»	4	»	6	»
Depaul.	7	»	6	»	1	»
Ad. Richard.	12	»	10	»	2	»
Alph. Guérin.	12	»	11	»	1	»
Michon.	20	»	18	»	2	»
Deguise.	12	»	12	»	0	»
Laugier.	8	»	7	»	1	»
Velpeau.	13	»	9	9	4	»
Huguier.	8	»	8	»	0	»
Jarjavay.	12	»	12	»	0	»
Faure.	6	»	6	»	0	»
Auzias.	2	»	1	»	1	»
Robert.	21	»	18	»	3	»
Nélaton.	36	»	33	»	3	»
Jobert.	60	»	50	»	10	»
Leuoir.	20	»	19	»	1	»
Desormeaux.	11	»	9	»	2	»
Monod.	40	»	40	»	0	»
	351		312		39	

Nous n'insisterons pas sur ces chiffres; ils n'ont pas besoin de commentaires, et ils prouvent suffisamment qu'il n'y a pas de légèreté dans le reproche fait à la trachéotomie d'être *pour quelque chose* dans l'augmentation de la mortalité du croup. Quelle est sa véritable part? Personne ne pourrait le dire, et il serait superflu d'y prétendre. Quant à dire, ainsi que M. Trousseau nous l'attribue d'après M. Marc d'Espine, qui lui a envoyé cet argument de Genève, que la mortalité du croup, jadis de 7 décès sur 10 malades, ayant quintuplé, fournit aujourd'hui 35 décès sur 10 croups, c'est ce que nous ne pouvons laisser passer sans observation. Le rapport de M. Trousseau est trop sérieux pour ne pas avoir à souffrir d'une plaisanterie inopportune. Nous avons dit, en effet, que la mortalité du croup proportionnelle à 1,000 habitants était triple, quadruple ou quintuple de ce qu'elle était autrefois, et s'il y avait jadis 7 décès par 1,000 âmes, il y en aurait aujourd'hui 35 sur le même nombre d'individus et non point sur un nombre déterminé de croups, ce qui n'est pas tout à fait la même chose.

Quant aux énormités statistiques dont parle M. le rapporteur, elles sortent toutes de sa plume. Grossièrement abusé par M. d'Espine, il donne comme indication absolue de la mortalité des fièvres typhoïdes et de la phthisie les chiffres de M. Trébuchet. C'est une erreur. L'indication critiquée par M. Trousseau est relative à la mortalité de ces maladies proportionnellement à la population des âges.

Il est peut-être fâcheux que, méconnaissant l'importance de l'anesthésie dans le croup, qu'il n'a pas encore eu l'occasion d'étudier, M. Trousseau ait jugé ce phénomène par ouï-dire, la plus détestable des méthodes scientifiques. L'anesthésie incomplète ou complète existe dans tous les cas de croup accompagnés d'asphyxie que j'ai rencontrés, et ils sont maintenant au nombre de 35. C'est un phénomène que nous avons signalé depuis plusieurs années à l'hôpital et à l'Institut, dans sa séance du 26 juillet 1858, bien avant que personne autre ne l'ait indiqué pour le croup, ou pour toute autre maladie du larynx. Il a une extrême importance pour le diagnostic des périodes du croup, et pour ses indications curatives. Il est le seul phénomène constant de l'asphyxie, et là où il ne se rencontre pas, c'est qu'il n'y a point d'obstacle à l'hématose. Il mesure le degré de l'asphyxie comme un thermomètre la chaleur. En effet, l'enfant atteint de croup asphyxique et insensible redevient un peu plus sensible par moments, s'il expectore des mucosités ou des fausses membranes bronchiques, et sa sensibilité revient entière par l'ouverture de la trachée, s'il n'y a pas de fausses membranes au-dessous.

Que de fois n'avons-nous pas vu des enfants mourant d'asphyxie croupale, insensibles, retrouver la sensibilité par le tubage, la perdre de nouveau et la retrouver momentanément par la trachéotomie, pour succomber un peu plus tard anesthésiques et asphyxiés par des fausses membranes dans les bronches? La sixième observation du rapport de M. Trousseau en est la preuve. C'est un fait constant, l'analgésie, c'est-à-dire la sensibilité incomplète, et quelquefois l'anesthésie cutanée complète, sont les signes du croup asphyxique réclamant le tubage du larynx ou la trachéotomie. Dans certains cas, chez des enfants qui n'ont que de la dyspnée sans accès de suffocation, et qui n'ont point de cyanose, ce phénomène est le seul qui doive armer le bras du médecin. C'est le cas de l'asphyxie *lente* ou *latente*.

Il y a cependant une espèce de croup où l'anesthésie n'existe pas : c'est le *croup infectant*, qui empoisonne les enfants sans les asphyxier. Ils succombent à l'infection appelée diphthéritique, avec des fausses membranes peu apparentes n'obstruant pas le larynx, ou même après la chute des fausses membranes. Nous avons vu des enfants asphyxiés et insensibles, rendre des fausses membranes par le tubage, puis rester dans un état de malaise et de dyspnée pris pour une continuation de l'asphyxie croupale. Ils avaient recouvré leur sensibilité, et la persistance des accidents amenait la mort. L'un d'eux, quatrième observation du rapport, était dans cet état, et l'interne de garde désirait lui faire la trachéotomie, bien que la sensibilité fût entière. J'étais convaincu de l'absence d'obstacles à l'hématose; mais dans la crainte de me tromper, je laissai faire l'opération. Les accidents n'en continuèrent pas moins; la mort eut lieu quelques heures après, et la nécropsie, en montrant la complète perméabilité du larynx, prouva que l'opération avait été inutile. L'enfant mourait de l'empoisonnement diphthéritique, après avoir été débarrassé le matin, par le tubage, des fausses membranes qui l'asphyxiaient. Dans ce cas, l'anesthésie et le retour de la sensibilité avaient permis de juger le véritable état du malade. Le matin, il fallait agir, et le soir, mieux eût valu se reposer que de faire une opération que contre-indiquait la sensibilité de la peau.

Si l'on y veut bien regarder, chacun verra que l'anesthésie complète ou incomplète dans le croup, est le point de départ d'une nouvelle manière d'apprécier la période du mal, le degré de l'asphyxie, l'existence de l'empoisonnement diphthéritique, et la nécessité d'intervenir ou de se croiser les bras. Ce phénomène est la lumière qui doit rendre clair, net et précis, ce qui n'a été jusqu'ici que confusion et obscurité. Nous ne poursuivrons pas davantage la critique d'un rapport sur lequel il y aura sans doute à revenir, car tout le monde ne partagera pas l'enthousiasme un peu trop vif des chiffres de M. Trousseau, et la discussion fera voir au public médical le véritable état des choses. Quoi qu'il en soit, l'œuvre est digne de l'Académie, et fait grand honneur à l'intelligence qui l'a élaborée.

Pour nous, qui n'avons d'autre mérite que de l'avoir provoquée, en cherchant de nouveaux moyens de guérir l'asphyxie, et en arrêtant les abus d'une opération que je réserve comme ressource ultime, nous nous en félicitons très-vivement. La science ne peut que profiter à des controverses écrites dans un aussi beau langage.

E. Bouchut.

(1) C'est la transcription exacte des communications orales que j'ai eu l'honneur de recevoir en causant avec mes savants confrères.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Influence des respirations profondes et accélérées sur les maladies du cœur, du foie, des poumons, etc. — Résultats nouveaux et pratiques du plessimétrisme.

Depuis quelques mois je suis parvenu à déterminer rigoureusement pendant la vie quels sont les points de la poitrine qui correspondent à l'oreillette gauche du cœur. On circonscrit parfaitement avec des lignes organographiques les points où existe la matité propre aux gros vaisseaux et ceux où se trouve cette oreillette gauche. C'est au-dessus et à droite de la figure qui circonscrit les ventricules régulièrement limités, que le dessin dont il s'agit est facile à obtenir.

Récemment j'ai pu tracer et d'une manière tout à fait exacte sur les téguments du dos, le dessin du cœur, et cela de la même façon que depuis longtemps je l'avais fait en avant.

Le foie étant limité postérieurement, ce qui est très-facile, le dessin du cœur en arrière non-seulement est possible, mais encore est tracé assez aisément.

L'utilité de ce résultat nouveau, donné par le plessimétrisme, est de fournir la preuve organométrique que le dessin tracé en avant est rigoureusement déterminé. En effet, si l'on prend la figure obtenue antérieurement et si on la place à contre-jour et en la retournant sur le dessin tracé en arrière, comme si on voulait la calquer, on constate que les deux figures sont semblables, et que les traits de circonscription sont absolument les mêmes.

Mais on a trouvé encore le moyen d'apprécier mathématiquement, soit l'épaisseur du cœur, soit la profondeur à laquelle cet organe est situé dans la poitrine, soit encore l'étendue du poumon qui le sépare en avant et en arrière de la surface pariétale. Il suffit, pour y parvenir, de pratiquer le plessimétrisme et l'organographisme du cœur sur le côté, après y avoir eu recours en avant et en arrière. Les trois figures tracées antérieurement, postérieurement et latéralement étant comparées les unes aux autres, on arrive tout d'abord à se former l'idée la plus juste : du siége, du volume et de la forme du cœur. En supposant des lignes perpendiculaires aux points de la surface des parois thoraciques projetées des limites du troisième dessin dont il vient d'être parlé et se dirigeant vers le centre de la poitrine, ou précise de la manière la plus exacte la situation fixe et quelles sont les dimensions et les rapports du principal organe de la circulation.

Cette manière de déterminer le siége et le volume d'un corps solide ou liquide existant dans le thorax, conduit à des applications utiles dans des cas nombreux, tels que des coagulations de sang, des collections de pus, des masses tuberculeuses ou d'autres productions morbides développées dans la profondeur des organes pulmonaires.

Actuellement on est arrivé à déterminer sur le vivant l'épaisseur des parois du ventricule gauche du cœur et les proportions approximatives de sang contenu dans ce ventricule. Pour comprendre un fait si inattendu, il faut se rappeler que les liquides sont très-peu élastiques, et par conséquent qu'ils donnent au plessimétrisme une matité absolue, sans résistance appréciable au doigt qui percute ou à l'oreille qui écoute.

Les solides, au contraire, donnent toujours lieu à un certain degré de sonorité et d'élasticité; or les parois cardiaques sont solides, le sang est liquide; dès lors on conçoit facilement que la limite des points où les fibres charnues du cœur cessent de correspondre et sur le rebord de laquelle le sang est situé devient facile à distinguer.

Le fait précédent a une certaine portée pratique, surtout relativement au diagnostic de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur; mais les recherches suivantes ont des applications bien autrement importantes. A maintes reprises, j'avais constaté qu'à la suite de la présence de liquide, d'écume dans les voies de l'air, la gêne qui survient dans le passage du sang à travers les pou-

---

confondrait presque toujours avec l'axe du détroit supérieur. J'ai aussi prêté foi à cette dernière opinion; mais des observations ultérieures m'ont démontré que dans l'immense majorité des cas l'axe de l'utérus, dans le cours de la grossesse et au commencement du travail, fait avec l'horizon un angle bien plus aigu que celui de l'axe du détroit supérieur. La saillie vertébrale en arrière, la projection du fond utérin en avant et la position presque constante du col en arrière, justifient ma manière de voir; pour être tout à fait exact, il faut même dire que l'axe utérin, comme le col, sont aussi presque toujours un peu déviés à gauche; aussi, pour moi, l'axe de l'utérus gravite au lieu de se diriger vers la pointe du sacrum, comme l'axe du détroit se dirige ordinairement vers le corps de la deuxième vertèbre de cet os. L'axe utérin, ainsi que la résultante des forces, ne deviennent perpendiculaires au plan du détroit supérieur que lorsque la tête s'avance dans l'excavation.

Résistances. M. Hubert commence par étudier les diverses parties qui composent la filière à parcourir, et, en parlant des parties dures, il rejette avec raison la division des quatre plans inclinés admise par quelques accoucheurs; en effet, aucun de ces plans pris en particulier n'a la même inclinaison en haut et en bas. Notre professeur cependant s'arrête beaucoup sur le plan incliné en général, et arrive à la construction du parallélogramme dont la ligne parallèle au plan indique la force qui mettra le corps en mouvement et la perpendiculaire la résistance de ce plan. Les parties dures du bassin peuvent être considérées comme des plans résistants.

Après avoir déterminé avec précision l'axe du petit bassin, l'auteur se demande ce que deviendrait dans cette cavité une sphère qui serait mise en mouvement par la force dont nous venons de parler. Le centre du mobile passant par l'axe du détroit supérieur serait dirigé vers la pointe du sacrum; mais avant d'arriver là, il rencontre la paroi antérieure de cet os recouverte des parties molles, et il est dévié en avant, où manque la résistance. La ligne que décrit ce centre est par conséquent courbe comme l'axe de l'excavation; de plus, à mesure que le mobile s'écarte de la direction primitive, le milieu du diamètre antéro-postérieur s'écarte de la direction de la force, et l'extrémité postérieure de ce diamètre, recevant plus d'impulsion, fait aussi plus de chemin que l'antérieure. Les parties molles du périnée et de la vulve, d'après M. Hubert, comme d'après le reste des accoucheurs, allongent l'axe du détroit inférieur sans en changer la direction.

Avant d'aller plus loin, je crois devoir faire quelques observations. A propos du parallélogramme des forces, j'ai dit ailleurs (*Essai sur l'accouchement physiologique*, p. 297) qu'on pourrait peut-être expliquer plus facilement les divers temps du travail par la loi de la restitution des forces. Lorsqu'un corps heurte un plan résistant, il change de direction par la force même que lui restitue ce plan; si la direction primitive était perpendiculaire, elle est rendue perpendiculairement; si elle est oblique, elle est rendue en faisant avec la perpendiculaire un angle de réflexion égal à l'angle d'incidence. Dans le jeu de billard, en faisant réfléchir la bille sur plusieurs points, on peut la faire revenir à son point de départ, et ce que nous disons du billard nous pouvons le dire du bassin et de la tête de l'enfant. La tête de l'enfant est réfléchie successivement de la surface du sacrum au coccyx et au périnée, d'où elle va à l'orifice vulvaire. Les parties dures restituent à la tête toute la force qui l'anime, les parties molles en absorbent une partie pour se distendre et se déplacer, de sorte que la filière dans son ensemble représente la courbure d'un siphon. L'axe des parties molles distendues n'est pas droit comme on a voulu le faire croire, mais courbe; l'axe de l'orifice vulvaire non plus ne fait pas un angle obtus ou largement ouvert avec l'axe du détroit supérieur, mais un angle fortement aigu.

Mobile. L'auteur étudie l'œuf encore distendu par les eaux, et après l'écoulement de celles-ci, il étudie le fœtus ramassé sur lui-même. Dans les deux cas, le mobile devient un tout incompressible. La force qui anime la tête, dit-il, ne lui arrive pas seulement par la compression de l'utérus sur le rachis, comme on le croit généralement, mais par tout le corps comprimé. Je suis heureux d'être en communauté d'idées avec M. Hubert (*Essai sur l'acc. physiol.*, p. 286-229) pour ce qui concerne la transmission des forces utérines à la base du crâne. Je pense que la matrice communique à la tête bien plus de force par le moyen de la colonne liquide que par la colonne vertébrale. Je crois cependant devoir faire des réserves sur la parité que voudrait établir l'auteur entre le fœtus entouré des eaux et le fœtus ramassé sur lui-même après l'écoulement de celles-ci. Dans ce dernier cas, avant que les saillies fœtales soient affaissées et les vides remplis de manière à immobiliser l'enfant, la contraction s'est ralentie ou est entièrement terminée. Or l'impulsion ne peut avoir lieu qu'après l'immobilisation. Ces inconvénients sont évités lorsque la cavité utérine contient encore du liquide amniotique avec l'enfant.

Le professeur de Louvain, après avoir étudié en détail les dimensions du fœtus comparativement à celles du bassin, s'arrête enfin à la tête de l'enfant et donne les conclusions suivantes, on ne peut plus exactes :

Lorsqu'un diamètre céphalique rencontre un diamètre pelvien plus petit, pour qu'il y ait mouvement il faut :

1° Ou que le diamètre pelvien s'allonge (ce qui arrive pour les parties molles);

2° Ou que le diamètre de la tête se réduise (ce qui est peu marqué);

3° Ou que le diamètre de la tête change (c'est ce qui a presque toujours lieu).

Après ces préliminaires, M. Hubert passe à l'explication des divers temps du travail, auxquels il applique rigoureusement ce qu'il a établi en principe.

La rupture de la poche des eaux est expliquée par l'impulsion du liquide, et la *dilatation du col* l'est par l'action de la poche, ainsi que par la pression de la tête. J'aurais désiré ici que M. Hubert nous dît pourquoi le col utérin se raccourcit avant la dilatation prononcée de l'orifice interne. Ce fait, peu expliqué, me paraît dépendre de la com-

mons est suivie d'une dilatation marquée, et parfois très-considérable, de l'oreillette droite; bien plus, l'étendue du diamètre transversal de l'oreillette droite, mesurée par l'organographisme, donnait une juste idée du degré de la difficulté survenue dans l'hématose pulmonaire; une augmentation d'un, de deux ou de trois centimètres dans ce diamètre transversal, correspondait à des proportions relatives de dyspnée.

Il y a quelques mois que ce fait, qui s'observe constamment, m'a conduit à me demander si l'on pouvait à volonté augmenter le volume du cœur en gênant la respiration et même en la suspendant pendant quelques moments.

Or lorsque, sur des hommes sains ou malades, on fait retenir pendant une demi-minute ou davantage les mouvements inspirateurs, on voit tout d'abord la dimension transversale de l'oreillette droite augmenter d'un, de deux centimètres et même de trois ou quatre, et bientôt après les cavités gauches du cœur prennent une dimension d'un ou de deux centimètres de plus qu'auparavant. Non-seulement la circonférence de l'organe prend plus de développement d'un côté à l'autre, mais encore l'accroissement est tout aussi manifeste de haut en bas.

Mais si, après avoir fait augmenter ainsi la dimension du cœur, on fait exécuter coup sur coup dix, quinze ou vingt inspirations profondes semblables à celles qui ont lieu dans le soupir, on voit la circonscription de l'oreillette droite et celle des ventricules revenir d'abord aux dimensions normales, puis diminuer d'un centimètre et plus soit pour l'oreillette droite, soit pour les ventricules.

On sait que chez les gens à poitrine étroite, maigre, et dont le cœur bat avec un certain degré de force, on détermine assez facilement par la vue et le toucher le lieu qui correspond à la pointe du ventricule gauche. Or j'ai constaté, et un grand nombre de médecins ou d'élèves l'ont reconnu comme moi, que sur ces personnes les inspirations profondes et réitérées sont bientôt suivies d'un déplacement de l'espace où l'on voit les pulsations. Cet espace se trouve alors à deux ou trois centimètres plus en dedans qu'auparavant.

Ce résultat si évident de l'inspection et de la palpation confirme pleinement la réalité du fait que le plessimétrisme et l'organographisme avaient révélé.

Si l'on fait succéder à plusieurs reprises ces mouvements inspirateurs profonds et réitérés, et cette action de retenir la respiration, on voit, autant de fois que l'on fait l'expérience dont il s'agit, l'oreillette droite et le cœur gauche diminuer ou augmenter de volume.

Par suite des modifications imprimées aux mouvements inspirateurs, bientôt les dimensions du foie éprouvent les variations survenues dans le volume du cœur. En effet, lorsque les inspirations profondes sont réitérées dix ou quinze fois, on voit l'organe hépatique diminuer, soit par en haut, soit par en bas, dans le sens vertical d'un ou de deux centimètres, et décroître d'un côté à l'autre de deux, trois ou quatre centimètres. Lorsque le foie fait saillie au-dessous des côtes, on constate les mêmes faits par la palpation.

Chose remarquable, que l'un de mes aides de clinique, M. le docteur Favre (de Poitiers) a constatée le premier, c'est que la diminution survenue à la suite des respirations accélérées dans le volume du foie persiste beaucoup plus que celle qui s'est manifestée dans le volume du cœur.

Ce dernier organe, en effet, après avoir promptement décru lors des inspirations profondes et réitérées, reprend assez vite, alors que ces inspirations cessent, la dimension qu'il avait primitivement.

Ainsi que mes travaux antérieurs sur la rate devaient le faire pressentir, cet organe n'augmente pas ou ne diminue pas en raison des modifications en moins ou en plus survenues dans les mouvements inspirateurs.

Dans le seul cas que je possède relativement à l'influence des inspirations fréquentes sur l'accumulation de sérosité dans le péritoine, j'ai obtenu une amélioration bien remarquable dans l'état d'une pauvre malade tuberculeuse, qui occupe le lit n° 6 de la salle Sainte-Anne. Ayant fait exécuter des respirations fortes et réitérées un très-grand nombre de fois par jour, il est arrivé qu'en quarante-huit heures le liquide, très-abondamment accumulé dans le péritoine, a été presque complétement résorbé. On conçoit, du reste, que la lésion tuberculeuse des poumons n'a pas été améliorée par cette médication. Celle ci a été, dans ce cas, exclusivement employée, aucun médicament n'a été prescrit, et cela dans la crainte de rendre difficile l'appréciation exacte des faits que l'on voulait obtenir.

Sous l'influence des inspirations profondes et réitérées, la sonorité, l'élasticité que présentent les poumons sains, augmentent surtout en arrière de la façon la plus notable.

Ce fait prouve que la circulation pulmonaire est facilitée par la plénitude de la respiration. Il a été le point de départ de diverses tentatives heureuses, dans lesquelles j'ai pu faire immédiatement dissiper par les inspirations dont il s'agit des engorgements inflammatoires existant dans les poumons malades; je reviendrai bientôt sur ce fait. Qu'il me soit permis de dire à cette occasion que le moyen le plus actif et le plus positif de provoquer l'excrétion des liquides contenus dans les bronches consiste à faire exécuter lentement par les malades une inspiration très-étendue, et de la faire suivre d'une aspiration forte et brusque imitant la toux. Il n'y a pas de médicament dit expectorant, sans en excepter l'émétique, dont l'action soit aussi puissante que celle de cet acte physiologique convenablement dirigé: puisque les inspirations profondes et réitérées favorisent la circulation pulmonaire, il devait en résulter que dans les cas de stase, de congestion sanguine à la peau, de coloration livide des capillaires, cette congestion, cette coloration, devaient diminuer ou disparaître sous l'influence des mouvements respiratoires étendus, et c'est en effet ce que j'ai observé surtout chez un malade parvenu au plus haut degré de la lividité cholérique.

Il y a déjà bien longtemps que j'ai utilisé les grandes respirations sur des gens à demi-empoisonnés par les gaz qui se dégagent du charbon en ignition, ou chez lesquels l'oxygénation du sang avait été insuffisante.

Les faits précédents sont susceptibles d'innombrables applications diagnostiques, et donnent lieu à de très-nombreuses indications thérapeutiques; je me bornerai à en indiquer quelques-unes:

1° On peut juger par les dimensions de l'oreillette droite des cœurs mesurés par le plessimétrisme, du degré de gêne survenue dans l'acte respirateur. Dans une multitude de cas, ce fait est susceptible d'applications pratiques très-importantes.

2° Le cœur diminue promptement par l'accélération et l'étendue des mouvements inspirateurs. Donc, lorsqu'il est dilaté, l'indication principale est de favoriser la respiration et de la rendre plus complète. Déjà, dans des cas pareils, en agissant de cette façon, j'ai vu des gens atteints de dilatation cardiaque et de la série d'accidents rapportés à l'asthme dit nerveux, être promptement soulagés.

3° Il est, en général, fort difficile de déterminer pendant la vie si le cœur d'un malade est seulement hypertrophié, s'il n'est que dilaté, ou si cet organe présente à la fois une augmentation de volume et une extension plus ou moins considérables. Or cette distinction devient facile dès l'instant que l'on possède un moyen (les inspirations profondes réitérées) de faire diminuer sur-le-champ le cœur dilaté, tandis que l'hypertrophie véritable ne peut être actuellement modifiée par l'énergie plus grande et par la réitération de l'acte respirateur.

4° Dans les cas de dilatation cardiaque sans coïncidence de graves lésions du cœur ou de l'aorte qui l'entretiennent, les inspirations profondes et accélérées que l'on renouvelle d'une manière fréquente peuvent améliorer l'état du malade, et à la longue elles peuvent contribuer à son rétablissement définitif.

5° Les états pathologiques consécutifs aux dilatations du cœur, les collections séreuses accumulées dans le tissu cellulaire ou le péritoine, peuvent être influencés avantageusement ou même se dissiper sous l'influence des inspirations profondes et réitérées. Il y a tout lieu de croire que ce moyen aurait une extrême utilité dans les congestions et dans les hémorrhagies encéphaliques.

6° Sur des gens chez lesquels, sous l'influence de diverses circonstances, telles que le grand volume du ventre, l'étroitesse de la poitrine, des concrétions artérielles, le cœur est dilaté, gens que l'on dit être asthmatiques, et dont la respiration est habituellement gênée et incomplète, on trouve dans les inspirations profondes répétées plusieurs fois de suite et renouvelées un grand nombre de fois par jour, un puissant moyen de remédier à la dilatation cardiaque et aux accidents qu'elle produit.

7° Malgré les progrès récents de la science, il était difficile de déterminer si le grand volume que le foie peut prendre est dû à une congestion simple, à une phlegmasie ou à une lésion organique persistante. Or, puisque cette glande diminue très-promptement par les inspirations profondes et réitérées, alors que ses vaisseaux et son tissu sont gorgés par du sang, il en résulte que les inspirations feront diminuer très-promptement le foie alors qu'il sera congestionné, le feront décroître plus lentement s'il s'agit d'une hépatite, et qu'elles modifieront à peine ses dimensions lorsqu'il existera une lésion anatomique ancienne et persistante de l'organe sécréteur de la bile.

Les applications pratiques de ce fait sont innombrables, et éclaireront infiniment la thérapeutique. Tels qu'on aura crus atteints d'une affection grave du foie, et que l'on aurait envoyés dans certains établissements d'eaux minérales, resteront à Paris, et recouvreront plus vite la santé.

8° La rate ne diminuant pas par les inspirations profondes, et n'augmentant pas par l'arrêt de la respiration, il en résulte que les fonctions de cet organe sont fort différentes de celles du foie, et que, malgré les opinions généralement admises à ce sujet, elles ne sont pas liées d'une manière immédiate à la grande circulation.

9° Dans les congestions, et même dans les phlegmasies des poumons, les respirations réitérées peuvent être suivies d'une amélioration très-marquée dans l'état de ces organes, et d'un retour plus ou moins rapide à leur état normal. A l'appui de cette dernière proposition, je puis déjà citer des faits nombreux récemment observés.

Des poumons atteints de pneumonémie hypostatique (engorgements sanguins des poumons à la partie déclive) sont redevenus tout d'abord, par suite des respirations profondes et réitérées, sonores et élastiques. Des congestions pulmonaires récentes situées autour de masses tuberculeuses, sous l'influence du même moyen, se sont en grande partie immédiatement dissipées; de là la preuve matérielle que l'induration constatée était, dans une certaine étendue, stasique ou congestive. (Depuis la première rédaction de ce travail, j'ai constaté plusieurs fois que les indurations pulmonaires autour des tubercules se dissipaient promptement au moyen de respirations profondes et accélérées.)

---

munauté des parois entre la cavité pleine du corps utérin et la cavité vide du col. La contraction qui tend à raccourcir les fibres communes ne pouvant pas rétrécir la première de ces cavités, rétrécit la seconde avant de pouvoir dilater l'orifice qui les sépare toutes deux.

Quant aux phénomènes mécaniques proprement dits, M. Hubert les rattache à deux faits principaux, la *translation* et la *rotation*. Cette simplification doit être acceptée dans la science. Ce qu'il dit de la progression a été indiqué plus loin; allons plutôt aux rotations. C'est une première position du sommet qu'il prend pour exemple.

La *flexion* est le premier temps qu'il étudie avec tous les auteurs, et je ne suis pas étonné des efforts qu'il fait pour l'expliquer, c'est que ce temps n'existe pas. Le fœtus, pendant la grossesse, reste la tête fléchie, et c'est ainsi qu'il s'engage. Le palper abdominal, qui, pendant la grossesse et au commencement du travail, avant même que la poche soit *rompue*, permet d'atteindre facilement le front au-dessus du détroit supérieur, laisse rarement toucher l'occiput. Notre auteur explique avec plus de succès pourquoi, dans le cours de l'accouchement, les deux bosses pariétales se mettent sur un plan horizontal, tandis qu'au début ordinairement l'antérieure est inférieure et la postérieure est supérieure. C'est, dit-il, parce que l'hémisphère postérieur de cette tête recevant plus directement l'impulsion utérine, fait plus de chemin que l'antérieur. A cette raison, je crois pouvoir ajouter le redressement du corps utérin et du tronc fœtal, qui, à mesure que l'engagement s'opère, se rapprochent de plus en plus de la verticale.

La *rotation* est le temps sur lequel M. Hubert insiste le plus, et il dit avec raison que pour l'expliquer il faut tenir compte de tous les éléments qui peuvent y contribuer. Dans les positions occipito-antérieures, la rotation s'explique, d'une part, par le défaut de résistance que l'occiput trouve sous l'arcade pubienne, et de l'autre, par le défaut d'obstacle que le front trouve dans la concavité du sacrum. Mais ces explications ne suffisent pas dès qu'il s'agit de rendre compte de la rotation dans les occipito-postérieures; aussi fait-il intervenir l'action de l'engagement des épaules, que j'avais indiquée moi-même dès 1855. La pratique m'a prouvé, en effet, que quand on veut obtenir artificiellement la rotation de la tête, il ne suffit pas de ramener l'occiput en avant. Si les épaules restent en arrière, la rotation n'a pas lieu ou elle n'est pas stable, tandis qu'en opérant la rotation du tronc par des manœuvres externes, la tête suit sans y toucher, à moins qu'elle ne soit arrêtée par un vice de conformation du bassin ou par quelque autre obstacle.

L'*extension* de la tête n'est pas pour le professeur de Louvain le résultat de l'action du tronc sur le menton, comme quelques accoucheurs l'ont cru, et encore ici je suis heureux d'être d'accord avec lui. Voyant que le menton franchit le périnée et la vulve avant que les épaules se soient même engagées à travers le détroit inférieur, il faut chercher ailleurs que sur la pression du sternum sur le menton l'explication du phénomène, et pour moi il est dû à l'action de la colonne liquide, ainsi qu'à la restitution des forces du plancher du bassin. M. Hubert l'explique par le parallélogramme; il compte sans doute les parties molles comme des plans résistants, et alors nous sommes à peu près d'accord. Je ne parlerai pas de la rotation extérieure de la tête, de l'engagement des épaules et de la sortie du tronc; l'auteur examine en détail ces divers temps, et les explique avec beaucoup de précision.

Je suis à la fin du mémoire de M. le professeur Hubert, et mes lecteurs ont le droit de dire que j'ai discuté ce mémoire plutôt que je ne l'ai résumé. En effet, c'est qu'il est impossible de résumer ce travail; pour avoir toute la pensée de l'auteur, il faut le lire et le méditer. Si j'ai osé en discuter quelques points, c'est précisément à cause du poids qu'il aura dans l'opinion du public médical, et parce que devant l'autorité du professeur de Louvain on ne peut pas émettre une opinion sans la motiver. J'aurais voulu, en terminant cet article, avoir le pouvoir de faire les éloges de ce que j'ai discuté; mais les éloges n'ont de véritable valeur qu'autant qu'ils viennent d'un homme supérieur à celui dont on examine les travaux. Les observations que j'ai faites ont peu de poids parce qu'elles sont personnelles; comme dans ma faible individualité je ne puis donner à ce mémoire que les suffrages du travailleur disposé à apprécier les efforts de tous, mais heureux surtout d'applaudir aux productions de ceux qui savent introduire dans la science des vérités nouvelles, d'utiles enseignements. Tel est précisément le mémoire de M. Hubert; il est le travail le plus savant et le plus complet que l'on ait encore publié sur le mécanisme de l'accouchement; aussi fait-il honneur à la fois à son auteur et à la Belgique, à cette France du Nord qui, comme je le disais en commençant, a déjà beaucoup fait pour l'obstétrique.

Dr MATTEI.

Le concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert samedi dernier 6 novembre.

Les internes de 3e et 4e année ont eu à traiter par écrit: *Du périoste et des tumeurs des os.*

Les internes de 1re et de 2e année ont eu pour question écrite: *Structure de la muqueuse de l'intestin grêle, symptômes des différentes formes de la fièvre typhoïde.*

— La chirurgie française vient de perdre l'un de ses vétérans; M. V. Marie, chirurgien de l'administration des mines de Litry (Calvados), s'est éteint le 3 de ce mois, à l'âge de quatre vingt-deux ans, acquittant, ainsi qu'il l'a dit lui-même, sa dette envers la nature. Ce vénérable vieillard avait été secrétaire des représentants du peuple, Prieur (de la Marne), Romme, l'auteur du Calendrier républicain, et Lecointre (de Versailles), pendant leur mission dans le Calvados; et dans ces fonctions, il n'a pas peu contribué à sauver de l'échafaud de nombreux proscrits.

Chirurgien de la marine française, il paya plusieurs fois de sa personne à bord de la canonnière *la Terrible*; depuis cinquante-huit ans il était attaché à l'administration des mines de Litry, et les mineurs perdent en lui un véritable bienfaiteur.

Dans deux cas de pneumonite au premier degré, les respirations profondes et accélérées ont presque instantanément fait diminuer l'étendue et l'intensité du mal. L'un des deux malades dont il s'agit est complétement guéri, l'autre a vécu vingt jours après la très-grande amélioration subitement obtenue.

Les résultats dont il vient d'être parlé ne sont pas assez nombreux pour faire apprécier au juste le degré d'influence que les respirations profondes et accélérées peuvent avoir sur les pneumonites, mais ils donnent lieu au moins à de grandes et légitimes espérances.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 novembre 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

M. PIORRY lit un mémoire ayant pour objet de faire connaître l'influence des respirations profondes et accélérées sur les maladies du cœur, du foie, des poumons, etc., et d'exposer des résultats nouveaux et pratiques du plessimétrisme. (Voir le 1er Paris et la clinique de la Charité.)

Albuminurie dans le croup et dans les maladies couenneuses. — MM. BOUCHUT et G. S. EMPIS communiquent un mémoire sur l'albuminurie dans le croup et dans les maladies couenneuses, dont voici un extrait :

Le phénomène de l'albuminurie, entrevu par quelques médecins, mais non décrit, n'existe pas, disent les auteurs, dans tous les cas d'angine couenneuse, et nous ne l'avons rencontré que onze fois sur quinze malades. Il a cela d'important qu'il indique la nature infectieuse de la maladie en la rapprochant de cette autre maladie générale, l'infection purulente caractérisée par la même altération des urines. En outre, comme sa disparition coïncide avec la guérison des maladies, il constitue un signe pronostic des plus précieux, digne de l'intérêt des médecins.

Il peut dépendre de causes différentes qu'il importe de rechercher, afin de ne pas faire de généralisation hâtive, et de s'en tenir strictement à la sévère et scrupuleuse observation des faits. On sait, en effet, que des éruptions scarlatineuses peuvent précéder ou suivre les angines malignes, ulcéreuses, gangréneuses et le croup. C'est le résultat acquis d'observations anciennes qui remontent au temps de l'ulcère syriaque si bien décrit par Arétée et que l'observation ultérieure n'a fait que confirmer. Dans ce cas l'albuminurie peut être rapportée à la scarlatine.

Chez d'autres malades affectés de croup asphyxique avec cyanose et stase sanguine générale, il y a, comme dans tous les états morbides accompagnés d'hyperémie générale, tels que la coqueluche, le choléra, les maladies du cœur, l'éréthisme vasculaire d'une maladie aiguë qui va paraître, etc., etc., une congestion rénale qui peut donner lieu à de l'albuminurie. Quelques enfants atteints de croup peuvent se trouver dans ce cas, et nous en avons vu qui, ayant de l'albuminurie au moment de l'asphyxie, cessèrent d'en avoir aussitôt que les symptômes asphyxiques eurent disparu.

L'albuminurie était alors le symptôme d'une simple congestion rénale. Et la preuve qu'il en est ainsi, c'est qu'on la produit presque instantanément sur les chiens qu'on fait périr par la strangulation.

Enfin, lorsque sans asphyxie ni scarlatine l'albuminurie existe avec une angine couenneuse et ulcéreuse, avec le croup ou avec les ulcérations diphthéritiques de la peau, comme nous en rapportons des exemples dans notre mémoire, ce phénomène dépend d'une cause toute spéciale et de nature très-différente que nous croyons être les premiers à signaler. Il se rattache à la nature même du mal, il annonce sa généralisation commençante et le premier degré de l'infection des humeurs par l'absorption d'un produit purulent spécial qui empoisonne les malades et les fait périr d'une façon si imprévue, si subite et si maligne, comme on disait jadis. A cet égard l'albuminurie des maladies couenneuses ressemble à l'albuminurie découverte dans la résorption par Félix d'Arcet, et il ne nous paraît pas impossible de rapprocher l'infection appelée *diphthéritique* de l'infection dite *purulente*. Ce caractère serait à lui seul insuffisant, mais il y en a d'autres qui viennent lui prêter appui. En effet, sur le cadavre il y a dans les deux cas :

1° L'altération de la couleur du sang qui prend une teinte bistre toute particulière ;

2° Des noyaux plus ou moins nombreux d'apoplexie pulmonaire comme ceux qui préparent le développement de ces abcès métastatiques ;

3° Des ecchymoses de purpura sur la peau, dans les séreuses et dans les viscères.

Chez tous les enfants qui font le sujet de nos observations, les urines ont été analysées par la chaleur et par l'acide nitrique, afin de contrôler un procédé par l'autre. Dans deux cas, les urines renfermaient en même temps que l'albumine une énorme quantité de sels. Trois fois le précipité était d'une abondance remarquable, une fois il était à peine apparent, et chez les autres malades il était d'une abondance médiocre.

Il a duré trois jours seulement sur une petite fille qui a guéri du croup par le *grattage du larynx*, et chez les autres malades il s'est prolongé un peu plus longtemps. Trois fois la mort a eu lieu par le fait de la maladie principale, et deux fois les reins, examinés avec soin, ne nous ont offert d'autre ulcération matérielle qu'une hyperémie de la substance rénale. Dans la troisième nécropsie, tout a été vu, moins les reins, qui ont été oubliés. (Commissaires : MM. Andral et Rayer.)

Mortalité par le croup et nombre des guérisons par la trachéotomie. — MM. ROGER (Henri) et **SÉE** adressent un travail contenant le résultat de recherches statistiques sur la mortalité par le croup et sur le nombre des guérisons par la trachéotomie.

Dans une statistique adressée récemment à l'Académie des sciences, disent les auteurs, M. le docteur Bouchut cherche à prouver que la mortalité par le croup dans la ville de Paris a augmenté d'une manière considérable et progressive depuis trente-deux ans, et il se montre très-disposé à croire que la trachéotomie est la cause de cette augmentation dans le nombre des décès.

Les chiffres et l'expérience unanime des médecins des hôpitaux d'enfants protestent contre l'assertion de M. Bouchut et ses accusations. En prenant pour vraie la statistique purement administrative dont il s'est servi (et elle ne représenterait en aucun cas toute la vérité, puisque, à côté des décès attribués au croup, le nombre des guérisons n'a pu être indiqué) ; en examinant de plus près ces calculs, on n'y voit aucunement la mortalité croupale suivre, avec les années, une proportion *régulièrement* croissante qui devienne *double*, *quadruple*. En effet, de 1826 à 1840, en quinze ans, le croup, d'après les tables mortuaires de l'administration, aurait fait 229 victimes par année, pour 1 million d'habitants ; dans la série des quinze années suivantes, le nombre en serait de 387, c'est-à-dire un *tiers* en plus, proportion bien différente de l'effrayante multiplication par 4 et même par 5, signalée par M. le docteur Bouchut.

Si, d'autre part, avec M. Marc d'Espine, on compare entre elles, sous le rapport de la mortalité par le croup, les treize années comprises entre 1839 et 1851, « on voit que la loi de cette série est plus près d'être *stationnaire* que progressive. »

Bien plus, dans la deuxième période de quinze ans, il y a des années où le chiffre des décès, loin d'avoir augmenté, a diminué malgré l'accroissement de la population : 1842 et 1843 ne fournissent que 275 et 211 morts, tandis qu'on en compte 282 en 1826.

Le seul fait que cette statistique démontre, c'est que les diverses années présentent entre elles, pour la proportion des décès, des différences considérables, et on ne peut légitimement imputer ces différences qu'au croup lui-même et à sa manifestation très-souvent épidémique : témoin l'épidémie de 1826, qui donne 70 décès de plus que 1843 ; celle de 1847, qui en fournit presque deux fois plus que les cinq années suivantes, chiffre maximum qui sera peut-être dépassé en 1858.

Si donc la mortalité par le croup a réellement augmenté dans ces derniers temps, c'est uniquement parce que cette affection redoutable, où la guérison spontanée est l'exception, est devenue plus fréquente, et parce que la forme épidémique peut lui avoir donné en même temps et plus d'extension et une gravité encore plus grande.

Cette explication si simple, et nous pouvons ajouter si vraie, n'est point acceptée par M. Bouchut, qui croit trouver la raison de l'aggravation du croup dans l'intervention et l'application plus générale de la trachéotomie, de telle sorte que, d'après ce médecin, la mortalité progressivement plus considérable serait le fait de l'homme de l'art et non de la maladie. La statistique exacte de la trachéotomie pratiquée à l'hôpital des Enfants depuis une vingtaine d'années va répondre catégoriquement à cette accusation.

Dans les commencements, où l'on réservait l'opération pour les cas tout à fait désespérés, les succès furent très-rares ; ils augmentèrent bientôt avec le nombre des admissions, qui, de cinq à six seulement par année, oscillèrent entre quinze et vingt-cinq de 1840 à 1849.

En 1850, sur 20 opérations 6 réussissent complétement. A partir de cette époque, et grâce à la simplification, au perfectionnement du mode opératoire et des soins consécutifs, la proportion des succès continue à progresser. Si, négligeant le détail des séries annuelles, on réunit les chiffres des huit dernières années, de 1851 à 1858, on trouve 562 enfants atteints de croup : le nombre des opérations est de 466, et celui des guérisons, 126, c'est-à-dire plus du quart (27 pour 100).

La proportion des succès est plus forte encore, si, dans ce total de 466 cas, on considère seulement les résultats de l'opération chez les enfants un peu âgés : chez les sujets de six à douze ans, le chiffre des guérisons s'élève presque à la moitié (44 pour 100). Voilà le nombre des enfants sauvés d'une mort, on peut dire certaine, par cette opération qui est accusée d'accroître le chiffre de la mortalité croupale!

A la place de la trachéotomie, qui lui paraît funeste, et que nous avons prouvée être le plus sûr moyen de salut dans le croup, que propose M. le docteur Bouchut? Le *tubage du larynx* : or le tubage, pratiqué sur sept enfants atteints de croup, a échoué sept fois. Quatre fois sur sept on fut forcé d'en venir à la trachéotomie; un seul enfant fut sauvé, et ce fut par elle.

Les médecins regardent la trachéotomie comme une ressource dernière et précieuse contre le croup, ainsi que le prouvent l'accroissement du nombre des opérations en ville et surtout celui des admissions à l'hôpital des Enfants; que les faits établis par nos recherches, par des chiffres exacts, authentiques, affermissent leur confiance en l'opération. Que les familles, inquiétées par la publicité donnée à une statistique effrayante de la mortalité croupale, statistique dont le peu de valeur est à présent démontré, se rassurent pareillement ; la trachéotomie, qui guérit dans la proportion de 27 pour 100, et pratiquée au moment opportun, en des conditions favorables, dans la proportion considérable de 64 pour 100, est une cause incontestable de la diminution de la mortalité par le croup, et conséquemment malgré des attaques mal fondées, est et demeure un grand service rendu à la science et à l'humanité. (Même commission.)

Amputation des amygdales. — M. DOMERC fait connaître dans une note les résultats qu'il a obtenus de l'*amputation d'une des amygdales* pratiquée sur un enfant de cinq ans, déjà malade d'une coqueluche, et dans lequel se déclara, le 23 septembre, un mal de gorge accompagné de difficulté d'avaler les aliments.

Le 24, le mal s'était aggravé; la toux était devenue rauque, plus pénible et la respiration difficile ; les amygdales, habituellement volumineuses, et dont, pour cette raison, on avait depuis longtemps résolu l'extirpation, avaient acquis un volume plus considérable ; leur surface était tendue et irrégulière ; les piliers du voile du palais, la luette, le pharynx étaient rouges. A la face postérieure de ce dernier, du côté droit et surtout sur l'amygdale du même côté, étaient des dépôts pseudo-membraneux, d'aspect blanc laiteux, isolés, variables en étendue depuis la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes.

Le 25, l'état était presque le même, sauf que l'amygdale du côté droit avait augmenté encore de volume et dépassait la ligne médiane. Les plaques pseudo-membraneuses qui étaient à sa surface avaient un peu augmenté d'étendue; les autres ne paraissaient avoir subi aucun changement.

Le 26, la situation du jeune malade n'ayant subi aucune amélioration, l'amputation de l'amygdale droite, décidée dès la veille, fut pratiquée et ne présenta rien de particulier ; l'hémorrhagie qu'elle amena fut arrêtée en quelques minutes. L'amygdale enlevée présentait le volume d'un marron. Il fut facile d'en détacher les fausses membranes sous forme de pellicules ressemblant à des fragments de papier blanc ramolli par la macération.

Le 27 septembre, le jeune enfant était dans l'état le plus satisfaisant. La respiration était libre et la toux plus fréquente et plus facile ; la plaie qui avait succédé à l'ablation de l'amygdale avait très-bon aspect, et ne présentait, contrairement à ce que j'avais craint, aucune trace de dépôt pseudo-membraneux. Le 1er octobre, la cicatrisation était complète, l'amygdale non excisée ne gênait nullement la déglutition ni la respiration..... Le 5, l'enfant fut vu de nouveau : la guérison était bien confirmée.

Cette observation, dit en terminant M. Domerc, démontre que l'excision d'une amygdale exerce une action bien réelle sur l'élément essentiel de l'angine couenneuse ; mais, tout en ayant constaté l'arrêt de la sécrétion des fausses membranes à partir de l'opération, et la disparition assez rapide des dépôts formés à partir de ce moment, je ne suis nullement convaincu qu'il en eût été ainsi si ces derniers eussent été plus abondants...

Cette observation démontre encore qu'une plaie au fond de la gorge produite sur le lieu et dans le voisinage de fausses membranes déjà existantes ne se recouvre pas de dépôts pseudo-membraneux. Ne doit-on pas voir dans une telle immunité des tissus mis à nu une preuve de plus en faveur des cautérisations vives et énergiques tant recommandées dans l'angine pseudo-membraneuse par le promoteur de la trachéotomie en France, M. Trousseau, cautérisations qui, en définitive, ne sont ou ne laissent qu'une sorte de plaie ou une surface dénudée. (Même commission.)

Le Sourd.
Paris.— Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 132. — JEUDI 11 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 132. — JEUDI 11 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 NOVEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

En accueillant dans nos colonnes la note de M. Bouchut intitulée *Le tubage du larynx devant l'Académie de médecine*, nous avons fait ce que tout autre journal aurait fait sans aucun doute. Notre confrère n'ayant ni le droit ni le pouvoir de se défendre devant l'Académie, où ses opinions étaient vivement discutées, nous lui avons donné la facilité d'exposer devant le public médical, juge en dernier ressort dans toutes les questions scientifiques, ses moyens de justification et de défense. Nous ajouterons qu'en considération de sa position et de ses antécédents, nous avons cru pouvoir nous dispenser de tout contrôle à son égard, désirant laisser la plus entière liberté à l'exposé de ses opinions, dont, en revanche, nous lui laissions aussi toute la responsabilité. M. Bouchut aurait-il abusé de cette latitude et aurait-il compromis ainsi la part de solidarité qui lie le journal à sa cause par cet acte d'hospitalité? Il en a évidemment été ainsi aux yeux des membres de l'Académie et des nombreux assistants attirés par cette discussion. Presque tous se sont associés au blâme énergique, disons le mot, à l'expression d'indignation qui est tombée du haut de la tribune au sujet d'un passage de cette note. Et nous-même, sous le coup de l'impression profonde que cette protestation a produite dans l'assemblée, nous nous sommes demandé un instant si nous n'aurions pas à regretter une trop grande condescendance.

Il semblait résulter, en effet, d'une citation reproduite à la tribune, que M. Bouchut aurait laissé peser sur les médecins et les élèves de l'hôpital des Enfants cette grave accusation, qu'on pratiquait la trachéotomie dans cet établissement pour s'exercer la main : imputation odieuse qu'on ne saurait en effet repousser avec trop d'énergie, et que nous serions coupable d'avoir laissé s'insinuer dans ce journal. Mais est-il bien vrai que ce soit là ce qu'a dit ou voulu dire M. Bouchut? Est-ce bien le sens véritable de la phrase incriminée? —Nous en appelons à cet égard de l'artifice oratoire de la tribune et de l'émotion qu'il a suscitée dans l'assemblée, au jugement froid et calme de quiconque voudra relire ces lignes.

Rappelons d'abord, ceci est essentiel, le point du débat qui a amené le passage dont il s'agit.

Dans un travail statistique qui l'a conduit à des conclusions que nous ne partageons pas, — nous nous hâtons de le dire, — M. Bouchut a cherché à établir que la trachéotomie avait accru la mortalité du croup. Aux assertions qui lui sont opposées, et desquelles il résulte que la trachéotomie pratiquée avant la période asphyxique du croup donne 64 p. 100 de guérisons, M. Bouchut oppose l'inopportunité de cette pratique qui consiste à faire la trachéotomie à la deuxième période du croup, c'est-à-dire avant l'asphyxie; ajoutant un peu plus loin : C'est la pratique de l'hôpital des Enfants.

« N'allons pas, dit-il ensuite, après avoir cité quelques trop zélés disciples de la Toinette de Molière, n'allons pas, serviles imitateurs d'excentricités de ce genre, à l'exemple de Louis et de Caron, et par crainte d'une asphyxie prochaine chez nos malades, faire une trachéotomie prématurée, qui n'aurait d'autre avantage que d'exercer la main des opérateurs. »

Où voit-on dans cette phrase, nous le demandons avec sincérité, l'accusation, ou une simple insinuation même de l'accusation qu'on a voulu y voir? Il nous est à tous parfaitement loisible assurément, suivant notre expérience personnelle, de différer d'opinion sur la question de savoir s'il convient d'attendre la période d'asphyxie pour pratiquer la trachéotomie ou s'il vaut mieux la pratiquer plus tôt; et quoique nous ayons fourni nous-même à M. Bouchut quelques-uns des éléments statistiques qui lui ont servi à soutenir sa thèse, nous inclinons plutôt vers l'opinion de ses contradicteurs que vers la sienne. Mais enfin cette opinion est soutenable; et du moment où sa conviction est que la trachéotomie pratiquée avant l'asphyxie est prématurée, qu'elle peut avoir été inutile, n'est-il pas dans la latitude de la polémique, qui devance toujours de hardiesse la pensée elle-même, de dire « que la trachéotomie *prématurée n'aurait* d'autre avantage que d'exercer la main des opérateurs », sans qu'on vienne donner à cette phrase une odieuse interprétation!

Nous en demandons pardon à M. Bouvier, nous nous sommes servi des mots « artifice oratoire ». Mais comment qualifier vraiment le ton qui a donné à cette phrase un sens et une portée qu'elle n'avait point en réalité? Comment qualifier cet agencement de fragments de phrases tel, que les mots : « c'est la pratique de l'hôpital des Enfants », qui, dans le texte de M. Bouchut, sont placés dans un paragraphe précédent, mis par M. Bouvier immédiatement après la phrase citée, semblent impliquer l'idée qui a soulevé l'Académie. Et comment s'étonner après, que, au nom d'un sentiment aussi naturel et aussi louable, s'il eût été fondé, M. Trousseau se soit élancé à la tribune pour protester avec cette vivacité et cet entraînement qui lui sont propres, contre une semblable accusation? Nous aussi nous eussions protesté, ou plutôt nous n'eussions pas permis, quels que soient notre respect pour les droits de la critique et nos sympathies personnelles pour M. Bouchut, qu'une pareille accusation figurât dans nos colonnes. Mais nous ne l'y avons pas vue et nous ne l'y voyons pas encore.

On nous pardonnera de nous être laissé entraîner ainsi au sujet de ce regrettable incident. Mais partout où nous croirons voir une erreur à relever ou une injustice à réparer, nous réclamerons l'honneur et le privilége d'être des premiers à l'œuvre. M. Bouchut a à répondre devant l'Académie, devant ses collègues des hopitaux, et devant le public médical tout entier, d'opinions contestables, et auxquelles les critiques n'ont pas manqué et ne manqueront pas encore assurément. Attaqué dans son caractère et son honneur, nous avons dû prendre sa défense. Nous n'en serons que plus libre quand il s'agira de discuter ses doctrines.

Nous aurions voulu dire un mot du fond de la discussion engagée entre MM. Bouvier et Trousseau; mais l'espace nous manque. A la séance prochaine. — Dr Brochin.

OFFICIERS DE SANTÉ. — EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Nous avons reçu d'un de nos confrères la lettre suivante, que nous nous empressons de publier avec quelques mots de réponse :

Monsieur le rédacteur,

La loi du 19 ventôse an XI, titre IV, art. 28, s'exprime ainsi :

« Les *docteurs* reçus dans les écoles de médecine pourront *exercer* leur profession dans toutes les communes de France.

» ART. 29. Les *officiers de santé* ne pourront *s'établir* que dans le département où ils auront été examinés par le jury, après s'être fait enregistrer comme il vient d'être prescrit. »

Que signifie ce changement de termes? D'un côté on dit pourront *exercer*, de l'autre ne pourront *s'établir*.

Le législateur a-t-il entendu que pourvu qu'un officier de santé ait son domicile dans le département pour lequel il a été reçu, il peut voir des malades partout où bon lui semblera; ou bien a-t-il voulu lui interdire l'exercice de sa profession dans un département autre que celui *pour lequel il a été reçu?*

Il importerait beaucoup aux médecins que cette question fût résolue, car, dans le premier cas, la loi aurait une grande importance pour les docteurs.

Plusieurs chefs-lieux de canton de la France sont situés tout à fait à l'extrémité du département, de manière qu'on ne peut sortir de la ville sans entrer dans un département limitrophe. Les officiers de santé ne pourraient s'établir dans une ville d'où ils ne pourraient sortir sans perdre leur qualité de médecin.

Maintenant, il y a un autre point bien autrement important. Il y a certes, parmi les officiers de santé, des hommes qui honorent notre profession; mais il faut dire aussi que c'est parmi eux que se recrute le plus grand nombre de médicastres et de charlatans. Une ville, un département même, ne suffisent pas à ces médecins, qui ont ordinairement une grande réputation dans la campagne, et qui donnent habituellement leurs consultations, qui sont loin d'être gratuites, dans une chambre d'auberge. L'un remet les membres cassés, un autre consulte les urines, un troisième guérit les maux, et il y a encore bien d'autres spécialités. Je pense que si ces messieurs ne pouvaient exercer leur profession que dans le département où ils ont été reçus, leur réputation serait moins grande, et l'honorabilité du corps médical y gagnerait beaucoup.

Si cette question n'a pas encore été résolue, je crois qu'il serait bon qu'elle fût examinée dans un des organes de la presse médicale. Veuillez donc, monsieur le rédacteur, me faire savoir, par la voie de votre journal, quelle est votre opinion sur ce sujet.

Je vous autorise à publier ma lettre dans le cas où vous le jugeriez convenable.

Agréez, etc. P. PUZIN,
Courtenay, 2 novembre 1858. docteur en médecine.

La question que soulève notre honorable confrère n'est pas nouvelle, comme il semble le penser; elle a été déjà agitée et discutée plusieurs fois dans les organes de la presse médicale, et nous-même, en particulier, nous l'avons longuement traitée et croyons l'avoir résolue dans les numéros de la *Gazette des Hôpitaux* du 4 et du 13 juillet 1854. De plus, elle a déjà reçu plusieurs fois une solution toujours la même de la part des cours et des tribunaux, et la législation peut être considérée comme définitivement fixée à ce sujet.

A l'occasion d'une demande analogue qui nous avait été adressée en 1854, voici ce que nous écrivions (4 juillet):

« Le mot *s'établir* a été compris jusqu'ici par toutes les cours et par tous les tribunaux dans le sens du mot *exercer*, et sur ce point il ne peut rester le moindre doute. Un officier de santé est donc évidemment en contravention en pratiquant la médecine dans un département autre que celui où il a été reçu; par ignorance du fait, par tolérance, l'autorité aura pu fermer les yeux, mais elle est en droit de ne pas le faire; il est donc prudent de rester dans la légalité. »

Et à ce propos nous citions un arrêt de la Cour de cassation en date du 1er mai de la même année, où la difficulté était résolue dans ce sens, et qui condamnait un officier de santé reçu dans le département de la Seine, pour avoir pratiqué indûment dans celui du Calvados.

Le 13 juillet suivant, répondant à une autre lettre sur le même sujet, nous ajoutions :

« Si nous voulions admettre les commentaires, les interprétations, nous compterions des autorités dont personne ne récuserait la compétence, en faveur d'une acception bien plus large du mot *s'établir*, que renferme l'article 29. MM. Adelon, Velpeau et Ollivier (d'Angers) ont exprimé (*Ann. de méd. légale*, 1841) l'opinion que la prohibition de *s'établir* hors du département où il a été reçu ne s'opposait pas à ce qu'un officier de santé allât *exercer* sa profession partout où l'appelle la confiance du malade, mais seulement à ce qu'il *fixât sa résidence* hors du département.

» Dans notre opinion, et malgré cette imposante autorité de noms justement célèbres, cette interprétation de MM. Adelon, Velpeau et Ollivier est en opposition avec la loi, et nous croyons qu'il n'est pas un tribunal qui ne condamnât, et avec raison, l'officier de santé qui visiterait des malades hors de son département et sans diplôme du jury du département voisin. »

Ce que nous disions alors, nous le répétons aujourd'hui, et nous avons la conviction que nous sommes dans le vrai.

« Mais, dit M. Puzin, que signifie ce changement de termes? D'un côté, on dit : pourront *exercer*; de l'autre ne pourront *s'établir*. »

Ce que cela signifie? c'est que le texte de la loi a été rédigé par des personnes étrangères à la médecine, et qui étaient loin de prévoir l'élasticité qu'on pourrait prêter à leurs paroles, et la différence réelle qui existe entre *exercer* et *s'établir*. Evidemment, dans l'esprit du législateur, ces deux expressions étaient entièrement synonymes, sans quoi la disposition en question serait absurde, ce que nous ne devons pas supposer.

Quant à ce que nous dit M. Puzin touchant les médicastres et les charlatans qui *courent la campagne et donnent leurs consultations dans une chambre d'auberge*, s'ils sont officiers de santé, ils sont *légalement*, sinon *moralement*, dans leur droit, tant qu'ils ne sortent pas de leur département; s'ils en sortent, ils cessent d'être dans la légalité, et il faut, aussi bien que ceux qui ne sont munis d'aucun titre, et ils sont nombreux, les bergers,

les sorciers, les maréchaux ferrants, les rebouteurs de toute espèce, les signaler à l'autorité; qui malheureusement ne donne pas toujours satisfaction à ces légitimes réclamations.

Dr A. Foucart.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Clinique des maladies simulées.

Amaurose. — Toute affection grave et irrémédiable de l'appareil de la vision est nécessairement incompatible avec l'état militaire. Il y a cependant, sous ce rapport, des distinctions à établir et à observer. Ainsi, qu'un conscrit se présente atteint de conjonctivite chronique, il ne s'ensuit pas pour cela qu'il doive toujours être proposé pour l'exemption, car il peut se faire, si l'individu n'est affecté d'aucune diathèse, et qu'il exerce la profession de plâtrier, par exemple, que son infirmité guérisse par suite des conditions nouvelles dans lesquelles il sera appelé à vivre. Mais il n'en est plus de même pour les cas d'amaurose. En effet, que l'affection soit simple ou double, récente et guérissable, ou bien ancienne et incurable, qu'elle siége dans l'œil droit ou dans l'œil gauche, elle constitue un motif d'exclusion absolue. L'exemption s'applique même aux cas de simple prédisposition, parce que le traitement de cette maladie est toujours fort long, le succès douteux ou incomplet, et la récidive imminente. Les propositions d'exemption ou de réforme ne doivent être faites néanmoins qu'avec une grande réserve, parce que l'amaurose est fréquemment prétextée ou simulée.

La simulation de l'amaurose est une hardiesse familière aux citadins; mais cette supercherie n'a guère de chances de réussite qu'autant qu'elle se joue en présence d'un expert assez peu versé dans la science ophthalmologique pour se laisser duper.

Lorsque la maladie débute, les signes, il est vrai, en sont quelquefois difficiles à saisir; le seul moyen, en pareil cas, de discerner le mensonge de la vérité, consiste à interroger le sujet sur les causes qui ont amené une altération quelconque de la vue. Il ne faut pas oublier cependant que la plupart des fraudeurs se préparent à cette épreuve par la lecture des ouvrages qui traitent de l'infirmité qu'ils ont dessein de simuler.

Quoi qu'il en soit, il est aujourd'hui parfaitement établi que la cécité amaurotique dépend de lésions qui intéressent ou la rétine ou le nerf optique, ou bien les organes qui ont une part collatérale dans la fonction visuelle. Ces lésions consistent principalement dans l'inflammation aiguë ou chronique, l'atrophie, l'état variqueux, l'œdème ou le décollement de la rétine, l'hyperémie, les blessures, l'atrophie, la compression du nerf optique, les épanchements ou la compression du cerveau. Il est d'autres influences encore qui peuvent produire l'amaurose, soit instantanément, comme l'éclat de la foudre, du soleil ou de la neige, soit progressivement, comme cela s'observe chez les individus occupés à des travaux mécaniques qui fatiguent l'œil (horlogers, graveurs, imprimeurs, etc.). Enfin, les cas ne sont pas rares où la sensibilité percevante de la rétine est suspendue ou abolie par l'ivrognerie, la masturbation, les excès vénériens, les pertes séminales, les affections vermineuses, l'abus des narcotiques ou la débilité générale suite de la mauvaise qualité de l'alimentation, des saignées répétées, de la glycosurie, etc. Telles sont les principales données étiologiques qu'il faut toujours avoir présentes à l'esprit lorsqu'on a affaire à un sujet qui se dit amaurotique.

Quand la cécité est ancienne et complète, l'œil présente des altérations prononcées dans sa forme, il est plus saillant ou plus enfoncé; la pupille dilatée, quelquefois irrégulière dans son contour, reste immobile à quelque excitation qu'on la soumette, et l'on peut constater que le cristallin et les humeurs conservent leur transparence normale. Le fond de l'œil prend assez habituellement une teinte jaune, verdâtre ou plombée; sa nuance offre même quelquefois l'aspect laiteux de la cataracte. Chez l'amaurotique, les yeux restent immobiles, le regard est insignifiant et comme tendu vers un objet éloigné; il y a souvent de l'insomnie, de la douleur au fond de l'orbite ou dans le globe oculaire.

En résumé, le symptôme le plus apparent, le signe caractéristique de l'amaurose, c'est l'insensibilité de l'iris, insensibilité qui ressort surtout par contraste quand la maladie n'atteint qu'un seul œil. En effet, sous l'influence de la lumière, la pupille du côté sain se resserre et se dilate rapidement, l'autre oscille avec lenteur et reste finalement dilatée; les mouvements y sont impossibles autrement que par synergie. On peut rencontrer néanmoins un resserrement de la pupille de l'œil frappé d'amaurose: c'est lorsqu'il y a complication d'iritis aiguë.

Certains conscrits, au lieu de prétexter une cécité complète, se plaignent d'avoir la vue faible d'un seul côté. Quand l'affection est réelle et ainsi limitée, il est possible de s'en assurer au moyen d'un signe peu prononcé, il est vrai, mais assez sûr pour qu'on puisse s'y fier en l'absence de toutes autres preuves. Ce signe consiste en un léger strabisme de l'œil affecté, qui vient de ce que cet organe ne s'arrête et ne se fixe sur aucun objet en particulier. L'œil sain est seul mobile, et son axe correspond à l'objet regardé. La volonté est incapable de produire cette divergence, et cette particularité donne à la physionomie quelque chose d'inattentif et d'égaré que les fourbes ne sauraient contrefaire.

Les individus qui savent que la dilatation de la pupille est le caractère pour ainsi dire essentiel de l'amaurose confirmée, ont recours habituellement aux préparations belladonées pour produire ce phénomène. Mais ce qu'ils ignorent, c'est que la belladone se borne à suspendre la contractilité de l'iris, et qu'elle n'abolit pas complétement la sensibilité de la rétine; de sorte que l'œil conserve encore la faculté de voir. D'un autre côté, il est important de noter que quand l'affection est simulée par l'application récente de l'extrait de belladone, l'œil présente toujours à sa surface de la rougeur et du larmoiement, tandis que dans l'amaurose réelle, s'il n'y a pas complication d'ophthalmie, la membrane conjonctive conserve son apparence normale. Il faut savoir aussi que l'action stupéfiante de la belladone, à moins qu'elle ne soit renouvelée, ne persiste guère au delà de quarante ou cinquante heures.

Quand l'expertise se fait dans un hôpital et que l'on a quelques doutes sur la réalité de la maladie, il suffit, pour savoir à quoi s'en tenir, de séquestrer le sujet de manière à le mettre hors d'état de continuer toute manœuvre frauduleuse. Mais si on opère devant un conseil de révision dont la décision doit être immédiate, il faut alors recourir aux moyens de surprise, dont le choix varie nécessairement selon les ressources dont on peut disposer.

Pour s'assurer qu'un cheval n'est pas aveugle, les paysans ont coutume d'agiter la main devant les yeux de l'animal. Si la vue est bonne, les paupières se rapprochent chaque fois que le geste est répété. Les conscrits qui simulent une amaurose s'attendent généralement à être soumis à une manœuvre semblable; aussi se mettent-ils en garde pour ne point se trahir dans cette épreuve. Dans les cas assez communs où ce procédé échoue, et lorsque la cécité alléguée n'affecte qu'un seul œil, M. Champouillon a souvent employé avec succès le stratagème suivant: il fait couvrir l'œil sain, applique la main gauche sur la région précordiale du sujet, après quoi il s'empare d'un bistouri de la main droite; il fait mine de le plonger dans l'œil malade et ouvert. L'individu peut avoir assez d'empire sur lui-même pour ne pas faire une retraite de corps ni fermer les paupières; mais si son cœur palpite violemment, il y a de fortes présomptions de fourberie.

Les cas d'amaurose se présentent parfois en si grande quantité dans un même contingent, que leur nombre inspire naturellement le soupçon de quelque supercherie. C'est ainsi que sur 82 conscrits appartenant à une commune de la banlieue de Paris, M. Champouillon a vu 12 de ces jeunes gens se disant atteints de cécité amaurotique.

S..., le premier d'entre ceux-ci qui fut appelé devant le conseil de révision, s'y présenta accompagné et soutenu par son père, avec une liasse imposante de certificats qui ne laissaient aucun doute sur la réalité de l'infirmité. Cependant, une exploration attentive des deux yeux ne permit de constater d'autre indice d'amaurose qu'une dilatation considérable des pupilles; mais comme il existait en même temps une injection suspecte des conjonctives, S... fut soumis à une épreuve décisive.

Les membres du conseil siégent sur une estrade élevée de 2 mètres environ au-dessus du niveau de la salle des séances. C'est là que se fait l'examen de chaque conscrit. Invité à marcher droit devant lui, S... s'avança jusqu'à quelques centimètres du bord de cette estrade; mais là, il s'arrêta tout à coup, comme retenu par la crainte d'une chute, vira sur les talons et revint, sans la moindre hésitation, prendre une paire de lunettes qu'il avait déposée sur une table voisine. Malgré ses bruyantes réclamations, cet homme fut déclaré propre au service. Témoins de l'insuccès de leur camarade, les autres aveugles perdirent toute envie de se faire exempter pour cause de cécité.

Au moment où le président du conseil levait la séance, le gendarme de planton découvrit sous l'un des bancs de la salle où stationnent les jeunes gens, une fiole contenant un liquide noir qui fut reconnu pour de la teinture de belladone.

Voici un autre exemple presque incroyable de cécité simulée.

B..., soldat remplaçant dans un régiment d'infanterie, a encouru de nombreuses punitions depuis qu'il est au service. Cet homme a la singulière habitude, soit qu'il monte la garde, soit qu'il fasse l'exercice, d'abandonner son sac et son fusil et de quitter son poste pour aller se jeter dans le premier cours d'eau qu'il aperçoit. Ni la salle de police ni la prison n'ont jamais pu le corriger de ces infractions à la discipline. Interrogé par M. Champouillon, B... déclare qu'il n'y voit distinctement que quand il est sous l'eau, la tête en bas. Cette assertion semble démentie par la bonne conformation des yeux et le resserrement des pupilles sous l'influence de la lumière. Néanmoins, une épreuve fut tentée dans l'un des bassins peu profonds du Val-de-Grâce. En y plongeant, B... se heurta violemment le menton contre une pierre, et depuis lors il ne voulut plus recommencer l'expérience, ni là, ni ailleurs. Cette mésaventure et quelques paroles d'intimidation déterminèrent enfin ce militaire à reprendre son service et à le faire convenablement.

L'art des simulations dans l'armée a des procédés d'une hardiesse et d'une variété infinies. Nous en avons cité des exemples en nombre suffisant pour faire comprendre particulièrement aux médecins civils ayant charge de militaires, la nécessité d'être toujours en garde contre les mille inventions de l'astuce. On admettra sans peine que, novice dans la profession, nous n'avons pas la folle présomption de critiquer les jugements portés par nos confrères; et si, dans l'enseignement que nous avons suivi au Val-de-Grâce, nous avons acquis quelque expérience en cette matière, nous ne nous croyons pas, pour cela, doué du privilége de l'infaillibilité.

Dr Sculfort.

NOTE

sur quelques précautions particulièrement essentielles à observer dans le traitement des maladies qui affectent les organes génito-urinaires.

Par M. le docteur Civiale.

Jusqu'à présent des moyens généraux, calmants ou sédatifs, du ressort de la médecine, ont fait la base de la préparation des malades, lorsqu'on a jugé utile d'y recourir, car dans la majorité des cas la plupart des chirurgiens pratiquent d'emblée, c'est-à-dire sans y disposer à l'avance les organes, le cathétérisme, la dilatation, la cautérisation, l'uréthrotomie, et jusqu'au broiement de la pierre dans la vessie.

Mais, soit qu'il agisse sans recourir à aucune préparation, soit qu'il s'en tienne aux médications générales, qui n'ont aucune action directe sur la sensibilité normale ou exagérée des parties, le chirurgien place le malade dans des conditions défavorables au succès de l'opération; la démonstration de ce fait important est des plus faciles.

A l'état normal, chez la plupart des hommes, je pourrais dire chez tous, la membrane interne de l'urèthre est pourvue d'une telle sensibilité que l'on ne peut introduire dans ce canal l'instrument le plus inoffensif et en usant des plus grands ménagements sans occasionner une sensation pénible de chaleur brûlante, qui peut s'élever jusqu'à celle d'une douleur excessive.

Dans l'état de santé, la sensibilité du col et du corps de la vessie est moins développée qu'on ne le croit généralement; mais l'observation démontre que, sous l'influence d'états inflammatoires qui se développent, s'étendent et se compliquent dans ces parties, leur sensibilité s'exaspère au point de rendre tout contact d'un corps étranger ou toute manœuvre opératoire insupportables. Aussi le simple cathétérisme est-il un objet d'effroi pour tous les hommes.

Si dans l'état de maladie, au lieu d'une simple sonde, on introduit dans l'urèthre ou la vessie le porte-caustique, l'uréthrotome, le lithoclaste ou tout autre instrument qui, à raison de sa forme, de son volume, de sa rigidité, distende, redresse ou froisse ces organes, il est évident que l'opération déterminera des souffrances bien autrement vives encore.

Enfin si, au lieu d'être instantané, le contact de l'instrument avec les surfaces de l'urèthre et de la vessie se prolonge, si l'on exécute dans ces parties des mouvements étendus et répétés, si surtout on attaque leur texture par le cautère ou par l'instrument tranchant, il est facile de comprendre les extrêmes douleurs auxquelles les malades seront soumis, ainsi que les effroyables réactions qui pourront survenir et dont la pratique ne nous offre que trop d'exemples.

Faut-il ajouter que troublé par les plaintes et les mouvements involontaires des malades, et préoccupé des conséquences possibles d'une trop violente irritation, le praticien éclairé et prudent est quelquefois conduit ou à renoncer à l'opération, ou à en abréger la durée au point de ne pas atteindre entièrement le but qu'il se proposait?

Ce sont ces conditions déplorables de la chirurgie des voies urinaires que je me suis attaché à modifier ou à changer; et j'ai hâte de dire que l'art est aujourd'hui en possession d'un moyen simple, certain et à la portée de chacun, d'atténuer directement la sensibilité de l'urèthre et de la vessie, au point de rendre très-supportables, comme aussi beaucoup plus faciles et plus exemptes de réaction, les opérations qu'on est appelé à pratiquer sur ces organes. Ce progrès, réalisé depuis plusieurs années, est établi sur une longue expérience et désormais à l'abri de toute contestation.

Le traitement préparatoire que j'ai institué n'est que l'application d'une loi de physiologie que tous les médecins connaissent. Il est constaté en effet que le contact ménagé, régulier et souvent répété d'un même corps avec les surfaces muqueuses a pour conséquence à peu près constante d'émousser la sensibilité de ces surfaces, et de modifier leur vitalité.

C'est par l'observation attentive de cette loi que j'ai été conduit, dès le début de ma pratique, à me préoccuper de la préparation des malades que je devais opérer. Quant au procédé, à son emploi, et aux conditions les plus propres à en assurer le succès, ces détails ont été réglés par l'expérience, et sont exposés dans mon *Traité de la lithotritie* et dans l'ouvrage que je publie aujourd'hui.

Le moyen qui me paraît mériter la préférence et que je ne crains pas de recommander à l'attention des chirurgiens, consiste dans l'usage des bougies molles en cire, instrument fort commun, très-usité en chirurgie, et dont j'ai soumis l'emploi à des règles déterminées et précises, de manière à rendre son action plus douce et plus sûre.

On porte dans l'urèthre une de ces bougies très-fines, très-lisses et très-molles, qu'on retire immédiatement; cette opération est répétée le lendemain et les jours suivants. Si le canal est très-irritable, la bougie est retirée dès que le malade commence à souffrir, sans même qu'elle ait pénétré profondément; elle n'arrive quelquefois à la vessie que du troisième au cinquième jour.

En procédant avec une certaine lenteur, sans mouvements saccadés, à l'entrée comme à la sortie de la bougie, et en ne la laissant jamais séjourner, elle n'occasionne qu'une douleur très-légère, qui cesse bientôt, et chaque jour son introduction est de moins en moins sentie. A la première bougie on en substitue une un peu plus volumineuse, et l'on arrive ainsi très-graduellement jusqu'à celles qui remplissent la capacité normale de l'urèthre sans le distendre. Pendant cette préparation locale, qui exige de huit à douze jours, le chirurgien combat l'irritation générale et les états morbides qui peuvent exister; il modifie le régime, régularise l'exercice des fonctions, et, par des observations journellement répétées, il se trouve en position d'acquérir une connaissance plus complète de l'état du malade, de faire un choix plus judicieux de la méthode et du procédé auxquels il convient de recourir, de saisir les indications particulières, en un mot, d'arrêter son plan de conduite avec toute la certitude désirable; conditions qui échappent en partie lorsqu'on opère d'emblée, et qui ont cependant une grande part au résultat du traitement.

La somme des petites douleurs que détermine la bougie dans un urèthre non rétréci, et pour le seul but d'en diminuer la sensibilité, n'a rien de comparable avec celles qu'occasionne ordinairement un seul cathétérisme pratiqué à la première visite. Aussi n'ai-je jamais observé d'accidents sérieux pendant ce traitement préparatoire, que

j'ai appliqué des milliers de fois, et presque toujours avec les plus grands avantages.

Cette préparation est également favorable dans les cas de rétrécissement de l'urètbre et de maladies du col et du corps de la vessie; mais la manière de procéder doit être appropriée à ces états, et les effets obtenus présentent de notables différences. Sans entrer dans des développements qui ne peuvent pas trouver ici leur place, il me suffira de dire que dans ces diverses circonstances l'insensibilité des organes peut être obtenue de manière à rendre supportables au malade les opérations les plus laborieuses, et en écartant la plupart des dangers qu'elles entraînent.

La loi qui sert de base à cette pratique était connue sans doute depuis longtemps, mais elle n'avait pas été l'objet d'études suivies et d'une application raisonnée aux opérations dont je me suis spécialement occupé. C'est, je le répète, à l'occasion de la lithotritie que j'ai cherché et obtenu d'abord la préparation des malades par la diminution de la sensibilité de l'urètbre et de la vessie; appliqué ensuite, avec les mêmes avantages, aux autres opérations, ce traitement préliminaire a ouvert à la chirurgie des organes urinaires une voie nouvelle et féconde en résultats utiles. Pour en comprendre toute l'importance, il faut avoir assisté à une série d'opérations pratiquées sur des malades préparés et non préparés.

Les premiers, déjà familiarisés avec l'introduction des bougies, se soumettent tout d'abord et sans difficulté à ce qu'on leur propose; et qu'il s'agisse d'explorations ou d'opérations dans la vessie ou dans l'urètbre, la manœuvre, prudemment conduite, est toujours facilement supportée.

La sensibilité des surfaces muqueuses étant diminuée, la contractilité des tissus sous-jacents n'est pas activement mise en jeu; les instruments glissent mieux, les frottements sont plus légers, les mouvements toujours faciles n'exigent aucun effort, et les sensations arrivent au chirurgien avec toute la netteté désirable.

Les seconds, au contraire, préoccupés et inquiets, ne se décident qu'à la dernière extrémité, vaincus en quelque sorte par la force des exhortations; à peine l'instrument a-t-il pénétré quelque peu, que les douleurs commencent et s'accroissent, devenant d'autant plus fortes, que la sensibilité excitée provoque la contraction des tissus sous-jacents. L'instrument, serré dans l'urètbre et au col vésical, ne peut être mû sans efforts et sans occasionner des frottements pénibles que le chirurgien le plus habile ne parvient pas à éviter, et qui s'opposent à la perception des sensations tactiles, dont il a tant besoin, ou les rendent confuses en les compliquant.

Mais c'est par leurs suites surtout que se manifestent les principales différences entre des opérations pratiquées dans des conditions si dissemblables: qu'il s'agisse d'une coarctation urétbrale, de calculs ou de fongus dans la vessie, chez le malade convenablement préparé et opéré suivant les préceptes de l'art, il ne se manifeste aucun des accidents qui provoquent les réactions violentes; s'il en survient, l'art est rarement obligé d'intervenir, l'équilibre des fonctions se rétablissant presque toujours de lui-même.

Dans la grande majorité des cas, au contraire, lorsqu'on a opéré sans préparation, et alors même que la manœuvre a été la plus régulière, il survient une réaction plus ou moins vive, déterminant des troubles fonctionnels intenses, ou des mouvements fébriles et nerveux parfois très-graves. Ces accidents sont si communs, que j'ai vu plusieurs praticiens éclairés les considérer comme inévitables, et rester inactifs dans des cas accessibles aux procédés de l'art, par la crainte de les voir survenir.

On ne placera pas sur la même ligne les effets du traitement préparatoire que je viens d'indiquer, et les résultats recherchés et obtenus par les opiacés et les anesthésiques. Ce sont des indications, des procédés, des actions organiques d'ordre essentiellement différent: dans le premier cas, on se propose directement une diminution lente et progressive de la sensibilité d'un organe déterminé, afin de le disposer à supporter l'opération qu'on a l'intention de pratiquer sur lui; l'action est exclusivement locale et ne change en rien les conditions générales de l'organisme.

En usant des opiacés et des anesthésiques, le praticien laisse de côté l'organe sur lequel il veut agir; c'est au système nerveux, au centre de la vie et de la perception, et par suite à l'ensemble de l'économie qu'il s'attaque.

Par mon traitement préparatoire, on diminue effectivement l'irritabilité de l'organe; par les autres, on la déguise, ou la suspend: le premier laisse au malade le plein exercice de ses facultés, l'appréciation de l'action exercée sur lui, la possibilité de commander à ce qui l'entoure; les autres le plongent dans un anéantissement intellectuel et moral absolu, et le soustraient momentanément à la vie active.

Les inconvénients des opiacés sont bien connus, et je n'ai pas à discuter ici l'utilité des anesthésiques dans la pratique générale de la chirurgie; mais je ne peux pas trop m'élever contre l'abus qu'on en fait dans le traitement des maladies des organes urinaires. A l'exception de la cystotomie, de l'uréthrotomie externe et de quelques autres opérations assez rares, l'emploi du chloroforme est non-seulement inutile, mais susceptible de faire commettre de graves méprises et de causer de grands malheurs.

Pour opérer, par exemple, la destruction d'un calcul vésical dans certains cas compliqués, lier ou extirper une tumeur de la vessie, etc., le chirurgien le plus éclairé et le plus habile a besoin non-seulement de l'action exercée de ses sens, mais encore de toutes les circonstances qui peuvent lui venir en aide, le guider dans sa marche et ses recherches, l'avertir s'il s'égare, et même l'arrêter au besoin dans ses mouvements; or tout est inerte et silencieux chez le malade chloroformé, et l'opérateur se trouve absolument réduit à sa main et à son expérience. Supposez un chirurgien non encore mûri par la pratique, mais hardi, entreprenant, ce qui n'est pas rare, en face d'un malheureux patient privé de sensibilité et de mouvement: quelles seront les conséquences possibles des manœuvres qu'il exécutera à tâtons, pour ainsi dire, dans ce corps devenu presque cadavre? Les faits de ce genre ne sont pas de ceux dont on entretient le public, mais le peu qu'on en sait suffit pour intimider les plus intrépides.

OBSERVATION D'UN CAS DE CAL DIFFORME

traité avec succès d'après une nouvelle méthode.

Par M. le docteur Daniel BRAINARD (de Chicago).

(Communiquée à la Société de chirurgie, séance du 27 octobre.)

Dans le courant de l'année 1853, l'auteur de cette observation a publié à Paris un *Mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os*, dans lequel il proposait un nouveau mode de traitement pour certaines de ces difformités, tel que la projection anguleuse des os résultant de fractures mal traitées. Ce mode de traitement proposé consistait à affaiblir l'os par des perforations sous-cutanées et à causer son ramollissement par l'inflammation ainsi excitée, et ensuite à le redresser par la pression graduelle ou soudaine des mains. Les faits cités dans le mémoire en faveur de ce mode de traitement, étaient le résultat d'expériences faites sur les os d'animaux vivants, principalement sur les chiens. On y avait joint quelques planches représentant des os courbés et partiellement fracturés par un tel traitement.

Je n'avais pas eu cependant à cette époque l'occasion d'appliquer le traitement sur l'homme, et ce n'est que dernièrement que j'ai pu le faire. Le cas qui fait le sujet de cette observation est le premier et jusqu'à présent le seul dans lequel l'application de la méthode ait été jugée convenable.

Le voici:

Le 15 mai 1858, un robuste garçon âgé de trois ans me fut amené pour être traité d'une difformité de la jambe gauche.

Lorsqu'il n'avait que trois mois, ce garçon avait fait une chute violente des bras de sa mère, et la conséquence en avait été la fracture des os de la jambe; comme l'enfant était trop jeune pour marcher et que les parents étaient extrêmement ignorants, on avait fait peu d'attention à la blessure, et l'on n'avait eu recours à aucun traitement. Ce ne fut que lorsqu'il fut plus âgé et qu'il essaya de marcher, que la gravité de la difformité devint apparente.

État présent. — La jambe gauche est de trois pouces plus courte que l'autre, et présente sur le devant, un peu au-dessus du milieu, une projection anguleuse. Lorsque l'enfant marche, la partie basse et antérieure du tibia repose sur la surface supérieure du pied. Il n'y a ni enflure ni sensibilité à l'endroit de la fracture.

Opération. — L'enfant ayant été mis sous l'influence du chloroforme, un instrument, que j'ai nommé *perforateur*, qui a 10 centimètres de diamètre, fut introduit dans deux différentes directions à travers le tibia à l'endroit de la fracture et par une seule ouverture à la peau. Après que l'instrument eut été retiré, un morceau de sparadrap fut appliqué sur l'ouverture de la peau, et un léger bandage fut placé autour du membre. La jambe, appuyée alors sur un lit ferme, j'essayai de rompre le cal avec mes mains, en y ajoutant presque tout le poids de mon corps. Il ne céda cependant pas du tout, et ne pensant pas qu'il fût prudent d'employer plus de force, je me désistai et j'ordonnai aux parents de maintenir le bandage imbibé d'eau froide.

L'inflammation qui suivit cette opération et les efforts faits pour redresser le membre furent considérables, et une rougeur érysipélateuse s'étendant de la cheville au genou se manifesta et dura plus d'une semaine. Il n'y eut pas de suppuration, et par le repos et l'application des lotions évaporables, l'inflammation se dissipa. Au bout de dix jours, le 25 mai 1858, un autre essai pour redresser la jambe fut fait.

Quoique je m'attendisse à un changement favorable, je fus un peu surpris de trouver qu'une force très-modérée, appliquée par les mains, suffisait pour faire céder le cal. Une attelle en bois en forme de gouttière, garnie d'un coussin avec un appui-pied, fut appliquée à la partie postérieure de la jambe et assujettie par un bandage roulé et aussi serré qu'il était possible de le supporter. Cette opération ne causa que très-peu de douleur. Le bandage fut replacé tous les trois jours d'abord, puis une fois par semaine pendant quatre semaines, et au bout de ce temps la jambe était tout à fait redressée, excepté une légère superposition des fragments. Durant cette partie du traitement, le jeune garçon marchait avec l'attelle et sans éprouver de peine. On recommanda aux parents d'appuyer tous les jours avec les mains sur la projection. Aujourd'hui, 25 août, plus de trois mois après l'opération, la jambe a l'apparence normale; l'attelle a été retirée, le jeune garçon marche bien, et la cure paraît complète.

REFLEXIONS. — Les moyens employés jusqu'à présent pour la guérison des difformités semblables à celle du cas ci-dessus présenté, sont la section ou la résection du cal et l'extension soudaine ou graduelle. Je n'ai pas l'intention de faire aucune réflexion sur le mérite de ces modes d'opérer, que les membres de la Société de chirurgie sont en état d'apprécier; mais on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'ils sont tous violents et non sans danger, excepté le dernier, qui est insuffisant dans tous les cas qui ne sont pas récents.

La méthode que j'ai proposée, et qui se trouve corroborée par l'heureuse application que j'en ai faite dans le cas relaté ci-dessus, est fondée sur le fait bien connu, à savoir, que les os sont ramollis par l'inflammation. Dans le mémoire dont j'ai parlé, j'ai essayé de montrer que par la perforation sous-cutanée et l'inflammation qui en résulte, les os sont tellement affaiblis, qu'on peut les courber et les casser en partie, comme un rejeton de bois vert, sans beaucoup d'efforts. Le cas que je viens de rapporter démontre que ce principe est vrai pour le cal comme pour les os.

Les chirurgiens ont depuis longtemps senti le besoin de trouver un moyen de ramollir le cal difforme. L'usage des fomentations, des bains, des frictions, etc., est une preuve suffisante de ce fait. Le docteur Malgaigne, dans son ouvrage classique sur les fractures (p. 333), dit: « Une question assez importante est de savoir si l'art possède quelques moyens de ramollir le cal pour lui permettre de céder plus facilement »; et après avoir cité les moyens ci-dessus énumérés et d'autres, il conclut qu'aucun d'eux ne mérite la confiance: c'est à ce besoin que j'espère suppléer par l'introduction d'un nouveau mode de traitement.

Comme conclusion, permettez-moi d'ajouter que je ne conseille pas l'emploi de cette méthode dans tous les cas. L'âge, la bonne santé de mon patient et la situation superficielle du tibia (le seul os sur lequel j'ai été opéré), étaient des circonstances favorables au succès. Cependant, je ne laisse pas d'espérer que ce mode de traitement ne trouve son application dans une grande variété de cas considérés jusqu'à présent comme incurables, ou dans lesquels des opérations plus dangereuses étaient regardées comme nécessaires.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 novembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un mémoire de M. le docteur Desmarquette, médecin à Hénin-Liétard (Pas-de-Calais), sur les maladies des ouvriers mineurs des houillères de Billy, Montigny, Courrières et Dourges;

2° Un rapport de M. le docteur Yvonneau sur une épidémie de dysenterie qui a régné en 1858 dans la commune de Prièvres (Loir-et-Cher) [commission des épidémies];

3° Une caisse d'échantillons de l'eau d'une source située à Encausse (Haute-Garonne), avec une demande d'analyse. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille) adresse une lettre par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants.)

— M. le docteur Adams Adamowisch écrit également pour solliciter le titre de correspondant étranger. (Même commission.)

— M. Donnarieix, vétérinaire à Saint-Fargeau (Yonne), envoie un mémoire sur la clavelée et la clavélisation. (Commissaires: MM. Bouley et Leblanc).

— M. Pablo-Estoreh y Séguis adresse un travail sur l'efficacité de la pierre merveilleuse nommée escorsonera ou serpentine, contre les morsures de la vipère. (Commissaire, M. Duméril).

— M. Bouchut adresse une lettre sur le tubage du larynx, au sujet du rapport de M. Trousseau. M. le secrétaire perpétuel, en mentionnant cette lettre, dit que le conseil a décidé qu'il n'en serait pas donné lecture, parce qu'elle a été publiée dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*.

— M. Victor Masson adresse un exemplaire de ses dernières publications destiné à la bibliothèque de l'Académie.

— M. le doyen de la Faculté de médecine envoie à l'Académie douze lettres d'invitation à la séance solennelle de rentrée.

— M. Robin offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Thomson, deux ouvrages, l'un sur les rétrécissements de l'urètbre et les fistules périnéales, l'autre sur les engorgements de la prostate; et un mémoire du même auteur sur l'anatomie et la pathologie de cet organe chez l'adulte.

— M. Civiale présente, au nom de M. Adams, un travail sur la goutte.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Gensou (de Lyon), membre associé national.

LECTURE.

Des frictions et du massage dans le traitement des entorses. — M. GIRARD, vétérinaire à la garde de Paris, lit un mémoire ayant pour titre: *Des frictions et du massage seuls dans le traitement des entorses de l'homme.* L'auteur se propose de faire connaître dans ce mémoire les résultats qu'il a obtenus personnellement par l'application au traitement des entorses de l'homme, de la méthode des frictions et du massage seuls. Voici de quelle manière M. Girard procède dans l'emploi des frictions et du massage:

Quelle que soit la gravité d'une entorse, dit-il, nous ne nous occupons d'abord que du gonflement et de la douleur, sauf plus tard, lorsque nous avons fait disparaître ces symptômes, à constater les complications et à y remédier. Le premier temps de l'opération consiste dans de simples frictions excessivement légères, car à peine effleurons-nous la peau avec le bout des doigts. Ces frictions sont exécutées avec la face palmaire des doigts réunis, toujours de bas en haut, et de façon à ne pas éveiller la moindre douleur. Après 10, 15 ou 20 minutes, il est rare que l'on ne puisse pas exercer une pression un peu plus forte, que nous augmentons ou que nous diminuons suivant les sensations éprouvées par le malade. Rarement a-t-on agi ainsi pendant une demi-heure, que déjà le patient accuse un soulagement notable, surtout appréciable lorsque les douleurs sont continues, comme dans la septième observation de notre mémoire.

Après ces frictions, et lorsqu'on a pu exercer sur le membre endolori une pression que l'on peut évaluer au poids de la main, alors commence le deuxième temps de l'opération, que nous nommons le massage proprement dit.

Il consiste à agir non-seulement avec les doigts, que l'on écarte plus ou moins pour les faire glisser dans les gouttières des régions, mais encore avec la paume des mains de façon à embrasser toute l'articulation et toutes les parties environnantes.

Dans ces deux temps, nous avons la précaution d'enduire nos doigts et nos mains d'un corps gras, tel que l'huile d'amandes douces, afin de faciliter leur glissement et de rendre leur contact plus doux à la peau.

Le deuxième manuel se pratique en observant la même gradation que dans le premier, c'est-à-dire d'une manière douce, moelleuse et sans secousse. Il faut toujours que les mains soient promenées dans le même sens, c'est-à-dire de bas en haut, et qu'elles agissent non-seulement sur les points douloureux, mais encore sur toutes les parties tuméfiées.

Ainsi, dans l'entorse du pied et du poignet, nous exerçons le massage depuis les extrémités des doigts jusqu'au tiers supérieur du tibia ou du radius, en mettant nos mains alternativement dans la position de la pronation et dans celle de la supination.

Pour les autres articulations nous observons les mêmes principes, en agissant non-seulement sur la région malade, mais encore sur une grande étendue de celles qui lui sont limitrophes.

Après ces manipulations plus ou moins prolongées, suivant la gravité et l'ancienneté de l'entorse, nous arrivons à faire opérer à l'articulation des mouvements dans tous les sens : mais cela seulement alors que les plus fortes pressions faites avec les mains n'éveillent plus aucune sensation douloureuse.

Si ces mouvements déterminent quelques douleurs, nous nous abstenons alors pour revenir au massage, jusqu'à ce que de nouveaux tâtonnements nous démontrent que la jointure peut être fléchie ou étendue sans que le patient accuse de sensibilité anormale.

Ces mouvements imprimés mécaniquement à la jointure ne peuvent qu'être très-douloureux et ne laissent pas que d'être même dangereux si on veut les déterminer dès les premiers temps de l'opération.

A notre point de vue, ils ne sont pas utiles pour la réussite du traitement, et on ne doit y recourir que comme moyen d'appréciation des résultats obtenus par le massage.

(Commissaires, MM. Nélaton, Bouley, Malgaigne.)

Discussion sur le rapport de M. Trousseau.

M. BOUVIER. Ce n'est pas pour attaquer le savant rapport de M. Trousseau que je prends la parole, mais pour le défendre contre un adversaire redoutable dont la voix puissante nous est bien connue, contre M. Trousseau lui-même. Je prends parti pour l'auteur du rapport contre le rédacteur des conclusions. Ce n'est pas la même personne.

M. Bouvier s'attache ensuite à faire ressortir, en comparant les conclusions aux passages du rapport sur lesquels elles sont basées, qu'elles ne sont pas l'expression tout à fait exacte des opinions formulées dans ces divers passages.

A propos des laryngites aiguës, le rapport dit que l'*on comprend* que le tubage *puisse* et doive empêcher la mort, et que *si l'avenir prouvait* qu'il en est réellement ainsi, M. Boucbut aurait rendu à la médecine un service de plus.

La première conclusion, au contraire, est ainsi conçue : « Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, *peut*, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif. »

M. Bouvier propose, afin de rester dans l'esprit du rapport, de substituer à cette conclusion la suivante : « Il se pourrait que le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, pût, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif; mais il faut de nouveaux faits pour qu'on puisse se prononcer.

Il en est de même pour les maladies chroniques du larynx auxquelles se rapporte la deuxième conclusion. M. Bouvier ne parle ici que de l'œdème de la glotte. L'utilité du tubage dans cette affection est *probable* d'après le texte du rapport; mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit, et il n'y a rien qui autorise à dire que dans les maladies chroniques le tubage *peut* permettre de retarder la trachéotomie, et quelquefois de traiter et de guérir la maladie.

Cette assertion ne repose sur aucun fait, ainsi qu'on pourrait le croire. C'est donc une conclusion à modifier considérablement, si on ne la supprime tout à fait.

A l'occasion du croup, c'est-à-dire la question la plus importante, le rapport dit d'abord qu'*à priori* le tubage *doit* retarder et *peut-être* empêcher complétement l'asphyxie. Puis, en analysant les cas dans lesquels le tubage a été pratiqué, M. Troussean conclut qu'il eût mieux valu pratiquer la trachéotomie dès que les ressources médicales semblaient épuisées. M. Bouvier s'associe pleinement à cette opinion, et il conclut avec M. Trousseau que, sur 7 enfants traités par le tubage, 2 ont été guéris par la trachéotomie, et pas un par le tubage.

M. Trousseau, à la vérité, s'adoucit plus loin, et ajoute que l'on *doit espérer* que dans un *avenir* prochain le tubage aura à enregistrer quelques succès positifs.

Mais que peuvent les plus belles espérances contre les faits? poursuit M. Bouvier, et pouvons-nous nous en prévaloir contre les faits et contre le texte que je viens de rappeler pour dire (3e conclusion) : « Dans le traitement du croup, le tubage *retarde* l'asphyxie et *permet* d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique? »

Vous venez de prouver que le tubage n'a *jamais* pu suppléer à la trachéotomie dans les sept faits rapportés par M. Bouchut, et pourtant vous dites dans la quatrième conclusion : « Il ne peut que *bien rarement* suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup, etc. »

Je remplacerais volontiers, pour mon compte, ces deux conclusions par la suivante :

Les faits rapportés jusqu'à ce jour par M. Bouchut permettent d'espérer que le tubage pourra, lorsque les ressources médicales semblent épuisées, suppléer à la trachéotomie, qui reste jusque-là le *seul* moyen à employer dans ces circonstances.

Il faudra, en effet, des faits nouveaux, car ceux que nous possédons sont si peu probants, que, même parmi les témoins oculaires, on les commente fort différemment. M. Bouchut les croit *très-favorables* (bien que ces malades soient morts guéris); il en conclut que le tubage est une opération *innocente*, et le même jour un autre témoin oculaire avoue que le tubage lui a semblé *avancer le terme de l'asphyxie* chez ces mêmes malades! (*Union médicale* du 9 novembre.)

Encore un mot.

Placé moi-même à l'hôpital des Enfants, c'est-à-dire sur un théâtre où la trachéotomie est faite tous les jours, j'ai tous les jours l'occasion de m'assurer qu'elle y est faite seulement et toutes les fois que toute autre chance de guérison paraît éteinte. Aussi ne puis-je m'élever avec assez d'énergie contre une dernière assertion de M. Bouchut; M. Bouchut a prodigué à cette occasion l'esprit et la littérature.

« Evitons, dit-il, toutes les exagérations. Déjà M. James Salomon, trop zélé disciple de Toinette, a proposé d'enlever un œil pour qu'on y voie plus clair de l'autre. » Nous avons tous ri de ce docteur improvisé qui veut couper le bras de son malade, sous prétexte qu'il empêche l'autre de profiter. N'allons pas, serviles imitateurs d'excentricités de ce genre, à l'exemple de Louis et de Caron, et par crainte d'une asphyxie prochaine chez nos malades, faire une trachéotomie prématurée *qui n'aurait d'autre avantage que d'exercer la main des opérateurs*.

Pesez-bien cette phrase, messieurs! Exercer la main des opérateurs! Et de qui s'agit-il ici? Vous le trouverez quelques lignes plus haut : *C'est la pratique de l'hôpital des Enfants!*

J'ai beaucoup d'estime pour la personne de M. Bouchut, mais je répète et j'affirme que la trachéotomie est pratiquée à l'hôpital des Enfants seulement lorsqu'il paraît positif qu'il n'y a plus autre chose à faire, et je proteste, au nom de tout le personnel médical de cet hôpital, contre l'accusation... cruelle qu'on ose élever contre lui!

M. LE PRÉSIDENT rappelle aux orateurs qu'il s'agit ici d'un fait étranger à l'Académie.

M. TROUSSEAU. Je m'associe entièrement aux dernières paroles de M. Bouvier, et j'avoue que l'accusation dont les médecins de l'hôpital des Enfants viennent d'être l'objet, m'a plus qu'ému, elle m'a profondément indigné.

M. GIBERT. Je proteste contre les expressions qui viennent d'échapper à M. Trousseau.

M. TROUSSEAU. Vous avez peut-être vos raisons pour le faire.

M. GIBERT. L'Académie ne peut tolérer qu'un médecin étranger soit attaqué ici dans des termes pareils.

M. TROUSSEAU. J'en ai le droit, et il est malheureux que vous le défendiez. Quand j'entends proclamer à la face de tout le monde que des médecins seraient capables de faire une opération plus qu'inutile, uniquement pour s'exercer la main, je ne puis flétrir assez haut une aussi ignoble accusation! (Bravos, applaudissements dans l'auditoire.)

M. LE PRÉSIDENT engage M. Trousseau à ne pas développer cet argument.

M. TROUSSEAU. Je me conforme à la volonté de M. le président, et je reviens à autre chose.

Lorsque M. Bouvier me reprochait d'avoir été plus indulgent dans mes conclusions que dans le rapport même, il disait vrai. Je me souvenais, je l'avoue, que j'ai eu l'honneur d'avoir M. Bouchut pour interne autrefois, qu'un peu d'indulgence est tout à la fois un privilége et un devoir pour le rapporteur d'une commission. Mais en voulant atténuer les égarements de M. Bouchut, je n'ai pas été assez sévère, et j'ai eu tort.

J'accepte volontiers la rédaction que M. Bouvier propose pour la première conclusion; pour le fond, nous sommes parfaitement d'accord, et c'est la pensée même de M. Bouvier que je voulais exprimer en disant que le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif. Pour moi, *peut* valait un *peut-être*.

De même, dans la deuxième conclusion, je dirai volontiers que le tubage *pourrait* peut-être permettre de retarder la trachéotomie dans certaines maladies chroniques du larynx; mais il me reste à faire une rectification au sujet de cette conclusion. M. Bouvier n'a pas tout à fait compris à quels passages du rapport cette conclusion correspond, et je ne lui en fais d'ailleurs pas de reproche.

Parmi les maladies chroniques du larynx, celles que le tubage peut quelquefois permettre de traiter et de guérir sont celles qu'on peut traiter efficacement, pour peu qu'il soit possible de faire cesser l'asphyxie pendant quelque temps; c'est surtout l'angine syphilitique. Vous savez tous que, dans cette affection, tout est gagné si l'on peut empêcher le malade d'étouffer pendant le temps nécessaire pour imprimer à l'économie une modification profonde par le mercure ou par l'iodure de potassium.

Je disais que dans d'autres cas le tubage pourrait retarder la trachéotomie (et non en dispenser); j'avais encore ici les nécroses du larynx qui se compliquent si souvent de l'affection dite œdème aigu de la glotte, de même qu'ailleurs les nécroses deviennent causes d'érysipèles. Ces érysipèles reviennent deux, quatre et six fois, à intervalles variables, et menacent chaque fois le malade d'asphyxie, avant qu'un degré plus avancé ne laisse plus d'autre ressource que la trachéotomie.

Supposez que dans une de ces attaques d'érysipèle l'asphyxie menace, mais que la famille refuse la trachéotomie, le tubage pourra au moins retarder le moment où cette dernière ressource est la seule qui puisse sauver le malade.

Je ne puis pas abandonner non plus à M. Bouvier la troisième conclusion. Quand une commission est chargée d'examiner un travail, elle n'a pas mission de discuter l'authenticité des faits sur lesquels il est basé; son devoir est de supposer qu'ils sont rigoureusement exacts.

Or il est dit dans les sept observations de M. Bouchut, que les enfants, arrivés à la dernière phase de l'asphyxie, respiraient plus librement après l'introduction de la canule et qu'ils semblaient se trouver mieux pendant quelques heures. Je pouvais et je devais donc dire que, dans ce traitement du croup, le tubage peut retarder l'asphyxie. Cela ne ressort d'ailleurs pas seulement des faits, mais il ne peut même pas en être autrement. Tant que les fausses membranes n'occupent que le larynx, le passage libre de l'air sera assuré et l'asphyxie retardée dès que la canule sera placée.

Maintenant, que ce résultat soit tout à fait temporaire, que les fausses membranes en se propageant plus has puissent finir par rendre la trachéotomie nécessaire, je le veux bien, mais le tubage n'en aura pas moins retardé l'asphyxie. C'est tout ce qu'affirme la troisième conclusion; je la maintiens donc.

J'ai dit, enfin, que le tubage ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, et M. Bouvier voudrait qu'il fût dit qu'elle ne le peut jamais.

M. BOUVIER. Oui, car vous ne pouvez sortir de ce qui a été observé. Or, dans les sept observations de M. Bouchut, *jamais* le tubage n'a pu suppléer à la trachéotomie!

M. TROUSSEAU. Cela est parfaitement vrai pour le croup, mais cette conclusion résume toutes les autres, et il y est question de toutes les affections contre lesquelles le tubage peut être employé. Or, dans l'œdème de la glotte, dans les affections syphilitiques du larynx, le tubage peut suppléer à la trachéotomie. J'ai démontré que cela est, parce que cela doit être.

M. BOUVIER demande que les conclusions modifiées qu'il a proposées soient renvoyées à la commission, pour qu'elle s'entende sur une nouvelle rédaction. La discussion ne pourra qu'y gagner.

La proposition de M. Bouvier est adoptée.

La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

— L'Académie se forme en comité secret à 4 heures 1/4 pour entendre un rapport sur le prix Portal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Guérin, né à Châteauneuf (Loiret); *Essai sur les applications thérapeutiques du perchlorure de fer.*

Bourgeois, né à Paris (Seine); *Des calculs biliaires, lésions et symptômes qu'ils déterminent.*

Peraté, né à Levrezy (Ardennes); *Essai sur la diphthérie.*

Joussaume, né à Château-Thierry (Aisne); *De l'ophthalmie rhumatismale ou de la sclérotico-iritis idiopathique.*

Caby, né à Auxonne (Côte-d'Or); *Nouveau mode de traitement de diverses affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme par l'emploi du sous-nitrate de bismuth.*

Ozenne, né à Paris (Seine); *Essai sur les mollusques considérés comme aliments, médicaments et poisons.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La chirurgie de Lyon vient de perdre un de ses représentants les plus distingués en la personne de M. Gensoul, qui a succombé, il y a quelques jours, à une longue et cruelle maladie.

Né à Lyon le 8 janvier 1797, reçu docteur en 1824, et nommé chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu la même année, à la suite d'un brillant concours, Gensoul fut installé en cette qualité le 1er janvier 1826, et de ce moment date l'immense réputation qu'il s'était faite dans tout le midi de la France.

Habile opérateur, il avait, disait-on, *la main heureuse*; ce qui tenait simplement à ce qu'il était aussi savant médecin. Parmi les conquêtes qu'il a fait faire à la chirurgie, nous citerons seulement les principales : l'application du caustique sur les veines variqueuses, la cautérisation de la cornée érigée en méthode thérapeutique, une simplification extrême des procédés opératoires pour l'ablation des polypes utérins, l'amputation de la mâchoire supérieure, etc.

Rappelons qu'il a trois fois enlevé en entier la parotide dégénérée, opération dont la possibilité avait été révoquée en doute par les maîtres de l'art, et qui fut chaque fois suivie de succès; qu'il amputa la moitié du maxillaire inférieur désarticulé jusque dans sa jointure avec le crâne; enfin, qu'il a introduit d'heureuses modifications dans le traitement des fractures.

D'une infatigable activité, d'une imagination vive, d'un jugement sûr, Gensoul était digne de la renommée qui entourait son nom. Il est seulement à regretter que ses nombreuses occupations lui aient si peu permis de consigner par écrit les fruits de son observation et de son expérience.

— Nous avons publié dernièrement les dispositions principales d'un décret rendu par S. M. la reine Victoria, en faveur du corps des médecins militaires de la Grande-Bretagne. Nous extrayons aujourd'hui du *Times* une partie des réflexions que ce journal consacre à l'appréciation de ce décret.

« On a constaté pendant la guerre de Crimée que le service du commissariat et celui du corps médical militaire en Russie étaient de beaucoup inférieurs à ceux des autres départements, et cette particularité a été considérée comme la conséquence nécessaire d'une civilisation en retard. Mais peut-être notre lecteur ne savait-il pas que, même dans l'armée anglaise, les officiers médicaux étaient encore aussi sous le poids du préjugé qui s'attache à la qualité de non-combattant, et que ce dernier legs des temps de barbarie vient seulement de disparaître, en l'année 22 du règne de notre souveraine, et sous le ministère du général Peel.

» Telle est cependant l'exacte vérité. Le décret que nous avons rapporté, touchant le rang et la position des médecins de l'armée, vient enfin de détruire le cachet d'infériorité imprimé de temps immémorial au personnel non combattant de l'armée. Le régime de la subordination des médecins envers le commandement est aboli; et désormais le plus jeune cornette ne sera plus autorisé à se considérer comme le supérieur naturel d'une classe d'hommes ayant une éducation plus qu'égale à la sienne, etc. »

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, le jeudi 11 novembre à huit heures, et continuera tous les jours les visites à la même heure. Tous les jeudis, leçons et opérations de huit à dix heures.

— *Le Gaulois* publie aujourd'hui (no 52, deuxième année), le portrait et la biographie du docteur Ricord. *Le Gaulois* commencera dans son prochain numéro, sous ce titre : *Les Marchands de santé*, les portraits à la plume des principaux médecins de Paris. — Prix, 2 fr. sur chine. — Abonnements : Un an, 12 fr.; six mois, 7 fr.; trois mois, 4 fr. — Bureaux : rue de Hanovre, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature, par M. le docteur ANTONIN BOSSU, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*, auteur de l'*Anthropologie*, etc. 3 volumes très-grand in-8o à 2 colonnes compactes, orné de 1,400 figures intercalées dans le texte. Prix : 27 francs (l'ouvrage rendu *franc de port* dans toute la France et l'Algérie). — Paris, bureaux de l'*Abeille médicale*, rue de Seine, 31.

Nouvelle méthode de compression par les appareils élastiques, par M. Philippe BOURJEAURD, ancien chirurgien de la marine. — In-8o. — Prix, 50 c. A Paris, dans toutes les librairies médicales; chez l'auteur, rue des Beaux-Arts, 11; et à Londres, 11, Davies Street (Berkeley Square).

Le Gérant : Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Goutte : accidents cérébraux; mort; autopsie. — De l'emploi du gaz acide carbonique dans les affections de l'utérus et dans quelques affections des membranes muqueuses. — Corps étranger dans la trachée chez un jeune enfant ; expulsion spontanée. — Sur la nature de l'angine couenneuse. — Une campagne dans les mers du Sud ; la fièvre jaune et les fièvres paludéennes. — Chorée guérie par le tartre stibié. — Du tannate de plomb. — FEUILLETON. Coup d'œil sur la médecine des anciens Indiens.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Goutte. Accidents cérébraux. Mort. Autopsie.

Le nommé L... (Jean), âgé de 49 ans, employé, est admis à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre 1858, et couché au n° 4 de la salle Sainte-Agnès, service de M. Trousseau.

Cet homme était dans un état de faiblesse et d'abattement considérables. L'extrême fatigue qu'il éprouvait l'empêchait, quoique ses facultés intellectuelles fussent très-nettes, de répondre longtemps aux questions qui lui étaient adressées. La pâleur générale des téguments était celle d'un individu épuisé par des pertes de sang abondantes ou longtemps continuées. Cependant, l'hémorrhagie qu'il disait avoir eue par l'anus quelques jours auparavant, et qu'il évaluait à environ un verre de sang rouge non caillé, ne paraissait pas suffisante pour rendre compte de cette teinte jaune paille anémique que le malade présentait.

Bien portant jusqu'alors, il avait été pris, disait-il, il y a trois ou quatre ans, d'une première *attaque de goutte* qui frappa les genoux d'abord, et presque simultanément les pieds. Aux pieds, les articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils avaient été atteintes les premières. Cette attaque, dont les accès, caractérisés par du gonflement ou de la rougeur, n'eurent d'ailleurs jamais qu'une médiocre intensité, dura quinze mois, et céda après l'administration de bains sulfureux. Nonobstant ces douleurs articulaires, le malade se trouvait dans un état de santé générale satisfaisant; mais avant cette attaque, il avait lui-même remarqué un changement survenu dans son caractère; il était devenu plus impressionnable, plus irritable, plus inquiet.

Cet état persista deux ans. Il était accompagné de troubles du côté de la tête, de céphalalgie, d'étourdissements, de vertiges. Son sommeil était nul ou tourmenté par des rêves pénibles. Ces accidents cessèrent quand arrivèrent les accès de goutte articulaire.

Après cette première attaque, il se passa plusieurs mois sans que le malade en éprouvât de semblables; mais il ressentit toujours un sentiment de fatigue dans la tête, des douleurs vagues intérieures dans le tronc comme dans les membres, et, bien qu'il n'ait plus eu de francs accès de goutte aux articulations, cependant celles-ci devenaient douloureuses lorsqu'il éprouvait quelque fatigue.

Pour combattre ces douleurs, il avait recours aux bains sulfureux qui les soulageaient et les faisaient disparaître. C'est après avoir fait usage de ces bains qu'il fut pris, il y a plusieurs semaines, de nouveaux accidents qui, augmentant chaque jour, le déterminèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Ce dont il se plaignait uniquement, c'était une faiblesse de corps et d'esprit toujours croissante ; mais indépendamment de cette faiblesse, de ces épuisements, de cette pâleur anémique, l'attention du chef de clinique, M. Blondeau, fut appelée sur une gêne notable de la respiration, révélée par une oppression qu'éprouvait le malade, sans toutefois l'accuser. L'examen de la poitrine fit reconnaître l'existence d'un épanchement pleurétique considérable à gauche, s'étendant de bas en haut jusqu'au niveau du milieu à peu près de la fosse sous-épineuse du scapuleux. Dans cette étendue, la percussion donnait une matité absolue et l'auscultation un bruit de souffle, avec retentissement égophonique de la voix, en outre du râle muqueux sous-crépitant, qui firent croire à une pleuro-pneumonie, diagnostic que l'autopsie ne devait pas vérifier, quant à l'inflammation du parenchyme pulmonaire du moins.

Il n'y avait qu'un mouvement fébrile très-modéré.

On prescrivit des préparations de digitale. — 50 centigr. de feuilles pour un litre d'infusion en tisane.

Dès le 8 au soir, le malade fut pris d'accidents nerveux qui augmentèrent le lendemain matin 9. C'était un *subdelirium* cessant lorsqu'on parlait au malade, qui répondait aux questions qu'on lui adressait, mais comme un homme épuisé de fatigue. On observait en même temps de petites convulsions partielles, occupant principalement les mains, dont les muscles extenseurs des doigts étaient agités de petites vibrations intermittentes. Des convulsions cloniques du muscle de l'œil, dont le globe se portait alternativement et par des mouvements rapides d'un côté à l'autre de l'orbite, produisaient l'affection décrite sous le nom de *nystagmus*. — Une potion avec 1 gramme de sucre fut prise dans la journée.

Le soir, le *subdelirium* et les mouvements convulsifs des mains et des yeux avaient diminué ; le malade répondait aux questions qui lui étaient faites, mais il répondait comme un homme endormi, bien qu'il eût sa parfaite connaissance, qui ne l'abandonna pas un seul instant jusqu'à sa mort, qui arriva dans la nuit sans que de nouveaux accidents se fussent manifestés.

L'ouverture du cadavre eut lieu le lundi matin, 11 octobre, vingt-huit ou trente heures après la mort.

La cavité crânienne ne renfermait qu'une quantité à peine notable de sérosité.

La masse encéphalique présentait sur toute sa surface, principalement à la base du cerveau, une teinte marbrée opaline, due à l'infiltration des méninges qui adhéraient à la substance cérébrale, infiltration surtout considérable au niveau de la scissure de Sylvius, où les adhérences entre les lobules moyens et antérieurs du cerveau sont plus intimes. La substance du cerveau était généralement plus molle qu'elle ne l'est d'habitude, à ce point que, renversant l'encéphale sur sa face inférieure, les deux lobes s'écartaient et déchiraient ce corps calleux. Toutefois, un filet d'eau versé sur la substance cérébrale ne la désagrégeait pas. Les ventricules ne contenaient pas de liquide.

Cette sorte de ramollissement se retrouvait d'ailleurs dans les autres organes.

Ainsi le cœur qui, du vivant du malade, n'avait présenté aucun signe de lésion, était mou, de volume normal, et la seule particularité qu'on ait eu à noter était une coloration rouge vineuse à l'origine de l'aorte, dont la surface interne était peut-être moins lisse qu'elle ne l'est d'habitude.

On trouva à l'ouverture du thorax l'épanchement pleural qui avait été diagnostiqué pendant la vie. La plèvre gauche contenait environ un litre de sérosité teinte en rouge; il n'y avait pas d'adhérences.

Le poumon gauche, que l'on croyait hépatisé, était refoulé le long de la colonne vertébrale, affaissé sur lui-même, crépitant dans toute son étendue. Son tissu rouge, lie de vin, était flasque, et pouvait être comparé à de la chair musculaire ayant subi un commencement de putréfaction.

Le poumon droit ne présentait rien de remarquable qu'une surface marbrée par la quantité considérable de matières noires pulmonaires dessinant chaque lobule.

La dernière partie de l'intestin, qui fut ouverte afin de se rendre compte de l'hémorrhagie anale accusée par le malade, ne présenta ni ulcérations, ni injections, ni traces de tumeurs hémorrhoïdaires. La muqueuse était très-pâle.

Le foie et la rate ne présentaient rien qui méritât d'être mentionné.

Le tissu des *reins* était noir, d'un rouge violacé. Dans l'un de ces organes on trouva un *petit gravier* engagé dans l'un des calices ; ce gravier, de la grosseur d'un gros grain de chènevis, fut analysé et fut trouvé formé par de l'acide urique mêlé à de la matière organique.

On trouva de petits graviers analogues, quant à la structure physique (car ils étaient trop petits pour être analysés), *dans la vessie*.

Enfin, les articulations tarso-métatarsiennes et métatarso-phalangiennes des gros orteils ayant été ouvertes, ainsi que le genou gauche que le malade avait dit avoir été plus spécialement affecté, on trouva la surface articulaire couverte d'une couche blanchâtre que l'on pouvait comparer à une couche de blanc de zinc écaillé. Ce dépôt, qui se trouvait aussi sur les cartilages inter-articulaires du genou, sur les ligaments de toutes les articulations ouvertes, se retrouvait encore le long des gaines tendineuses du pied gauche, où il formait en un point une sorte de tophus de la grosseur d'un pois.

L'analyse chimique démontra que ce dépôt était *formé d'acide urique pur*, comme le gravier trouvé dans le rein.

Malgré l'insuffisance des détails qu'on aurait pu désirer plus complets, cette observation présente un très-grand intérêt. Les occasions de faire l'autopsie de malades succombant aux accidents de la goutte sont assez rares, surtout dans les hôpitaux, pour que la singularité même du fait que nous rapportons ici mérite une mention spéciale.

Les lésions trouvées à l'autopsie dans les articulations qui furent examinées, les concrétions d'acide urique pur qui constituaient aussi le gravier trouvé dans le rein, sont caractéristiques de la maladie à laquelle le malade a succombé, et l'examen cadavérique confirme ici le diagnostic porté du vivant du malade,

---

FEUILLETON.

COUP D'OEIL SUR LA MÉDECINE DES ANCIENS INDIENS.

Le plus ancien des ouvrages de médecine de l'Inde est intitulé : *Susrutas, Ayurvedas*, c'est-à-dire science de la médecine, par *Susruta*. L'auteur déclare tout d'abord comment la doctrine lui a été révélée par le bienheureux *D'hanvantari*, espèce d'Esculape indien, qui lui-même avait recueilli la science de la bouche de Brahma par l'intermédiaire des deux *Asvin*, demi-urges qui correspondent assez exactement aux personnages grecs de Castor et Pollux. Il y a ici, comme en beaucoup d'autres points, similitude presque complète entre la filiation des mythes indiens et des mythes grecs. Il ne faut point s'étonner de cette ressemblance et de ce parallélisme ; on les retrouve dans la plupart des faits principaux de l'histoire primitive de ces peuples, dont la parenté originelle est d'ailleurs aujourd'hui très-bien démontrée. Le sloka, ou distique qui termine le premier chapitre, rend ainsi compte de ces faits : « Celui qui étudie ce véda éternel révélé par *Svayambhu* et commenté par *Kasiradja*, s'il est pur et honoré par les rois, ira retrouver, après la mort des cinq esprits vitaux, les habitants du monde d'*Indra*. » Or, *Svayambhu* signifie mot à mot celui qui existe par lui-même; c'est une épithète de *Brahma*, le dieu suprême. Kasiradja veut dire seigneur ou roi de Bénarès ; c'est une désignation de *D'hanvantari*.

Comme il est facile de le prévoir, la médecine de *Susruta* est mêlée de légendes et de pratiques religieuses, ainsi que de principes théologiques. Aussi pour l'exercer fallait-il avoir obtenu la permission des brahmanes et leur être affilié, bien que d'ailleurs le médecin eût la liberté de choisir ses disciples indifféremment dans les quatre castes de l'Inde. Mais ces matières sont loin de former la partie principale de l'ouvrage; les préceptes vraiment scientifiques y sont en grande majorité. On y enseigne dès le commencement que le médecin doit se munir de toutes les connaissances qui ont quelque rapport avec la médecine, et l'on y trouve nettement formulée la règle suivante : « Celui qui connaît complétement la doctrine, mais qui est inhabile aux opérations, se trouble chaque fois qu'il aborde le malade, comme un soldat timide qui se présente au combat. D'une autre part, celui qui, versé dans l'art chirurgical, met cependant de côté la doctrine par présomption, ne mérite pas d'être honoré par les gens de bien. Ces deux hommes, qui ne connaissent chacun que la moitié de l'art guérir, sont également incapables de bien s'acquitter de leurs fonctions, et ressemblent à deux oiseaux qui n'auraient qu'une aile chacun. »

On voit par là que chez les Indiens la médecine n'était pas séparée de la chirurgie, et que l'art de guérir formait un tout complet sans aucun fractionnement.

Susruta veut que celui qui se destine à la médecine soit noble, jeune, beau, vigoureux, pur, instruit dans les sciences sacrées, modeste, intelligent, discret et patient. Il doit se préparer par des sacrifices, des prières, des invocations, suivant les rites sacrés, et être choisi par un médecin d'une caste supérieure à la sienne. Il ne pourra se livrer à la pratique qu'après avoir longtemps étudié, et après s'être exercé un grand nombre de fois à toutes les opérations. En public, il doit être digne et paraître supérieur aux autres hommes par sa tenue et sa décence; il faut qu'il soit doux et bienveillant; il sera vêtu de blanc, aura une canne à la main, les cheveux courts et les ongles coupés; il doit éviter avec soin de babiller et de plaisanter avec les femmes. Chacun remarquera ici combien ces recommandations se rapprochent de celles qui sont contenues dans le traité hippocratique intitulé : *Du médecin*, sauf quelques détails qui tiennent à la différence des lieux et des mœurs. *Susruta* prescrit, en outre, de ne jamais donner de soins médicaux aux scélérats et aux chasseurs. Ce précepte vient de ce que la religion brahmanique reconnaît le dogme de la métempsycose, et défend en conséquence de tuer les animaux. Il enseigne qu'il y a trois moyens de reconnaître les maladies :

1° L'inspection des malades;

2° Le toucher;

3° L'interrogation.

Il ajoute qu'on doit employer aussi les cinq sens pour bien diagnostiquer.

L'*Ayurveda* reconnaît cinq principes ou éléments dans la nature

et basé sur la connaissance des symptômes qui s'étaient manifestés.

Il me paraît évident qu'on a eu affaire dans ce cas à une de ces formes de la goutte que les anciens appelaient *goutte. remontée.*

En rappelant à propos de cette observation celle de *vertige goutteux* publiée par M. Blondeau dans les *Archives générales de médecine* (année 1857), et dont nous avons donné l'analyse à cette époque, on peut se demander si dans ces cas, où la goutte se traduit par des accidents cérébraux analogues à ces accidents vertigineux, il n'existerait pas une lésion semblable à celle qui a été trouvée dans les méninges dans l'observation précédente.

De l'emploi du gaz acide carbonique dans les affections de l'utérus et dans quelques affections des membranes muqueuses.

Nous avons entretenu plusieurs fois déjà les lecteurs de la *Revue*, dans le courant de l'année dernière, des essais qui ont été faits dans plusieurs hôpitaux de Paris et à l'étranger, de l'emploi du gaz acide carbonique en injections dans le traitement des affections de l'utérus. Nous avons fait connaître les avantages que l'on a retirés de l'emploi de ce moyen, et les accidents auxquels il a donné lieu dans quelques circonstances. Un de nos jeunes confrères, qui a suivi la plupart de ces expérimentations, et qui a recueilli avec soin les observations du service de M. Ch. Bernard à l'hôpital de la Charité pendant que ce médecin se livrait à l'étude de ce point de thérapeutique, M. Edouard Le Juge, vient de consigner dans sa thèse inaugurale les résultats de cette étude.

Nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de reprendre l'ensemble de ces faits dont nous n'avons exposé que quelques exemples isolés, et de chercher à apprécier avec notre jeune confrère les résultats qu'ont donnés ces essais.

Voici le relevé général et sommaire des applications qui ont été faites en 1857 et une partie de 1858, dans le service de M. Ch. Bernard :

Cancer très-avancé du col de l'utérus; douleurs abdominales très-vives; injections d'acide carbonique; disparition rapide et presque complète des douleurs.

Cancer de l'utérus, de date ancienne; pertes abondantes et répétées; injections; diminution des douleurs.

Ulcération cancéreuse du col de l'utérus; injections; disparition des douleurs, rétablissement de la santé générale, diminution très-considérable de l'ulcération.

Cancer utérin déjà ancien; douleurs vives, cédant après des injections d'acide carbonique.

Métrite avec engorgement et ulcération du col de l'utérus; douleurs très-vives; disparition des douleurs à l'aide des injections; diminution très-notable de l'engorgement; amélioration de l'état général de la santé.

Métrite, engorgement du col, douleurs très-aiguës; emploi de différents moyens sans résultats; injections, soulagement immédiat.

Dans cette première série d'observations, l'acide carbonique a eu de bons résultats, sans amener d'accidents généraux. M. Le Juge y fait remarquer la rapidité avec laquelle l'acide carbonique a agi dans certains cas comme anesthésique; l'influence de son action alors que plusieurs agents thérapeutiques avaient été tentés sans succès; l'absence de résultats fâcheux de son emploi, soit pendant les pertes utérines, soit pendant la période menstruelle.

Voici maintenant une seconde série de faits dans lesquels l'acide carbonique, tout en agissant comme dans les observations précédentes, a occasionné en même temps des phénomènes généraux dus à son absorption.

Métrite, engorgement du col utérin, douleurs très-vives; injections d'acide carbonique; accidents généraux très-intenses.

Engorgement du col de l'utérus, douleurs très-vives; injections; disparition rapide des douleurs; diminution de l'engorgement; phénomènes généraux dus à l'intoxication carbonique.

Engorgement et ulcération du col de l'utérus; injections; accidents généraux; disparition des douleurs.

Engorgement du col de l'utérus; ulcération de la lèvre antérieure du col; douleurs très-vives; injections; disparition des douleurs; phénomènes généraux légers d'intoxication carbonique.

Chez la première de ces quatre malades, les accidents généraux produits par l'acide carbonique ont été assez graves pour forcer, à deux reprises différentes, à en cesser l'emploi. Mais chez elle aussi, de tous les agents thérapeutiques employés pour calmer les vives douleurs qui la privaient de tout repos, c'est, dit M. Le Juge, l'acide carbonique qui a le mieux réussi : il a eu en outre une influence hémostatique sur les pertes qui survenaient plusieurs fois pendant le mois.

Chez la seconde malade, l'acide carbonique a exercé une action résolutive sur l'engorgement du col.

Enfin dans une troisième série, nous trouvons une observation de cancer ulcéré du col de l'utérus, dans laquelle on voit que pendant les premiers mois du séjour de la malade à l'hôpital, l'acide carbonique a eu une action sédative manifeste; mais lorsque, après un certain temps d'interruption, on voulut reprendre plus tard l'usage des injections de gaz carbonique, elles n'eurent plus aucun effet avantageux.

On trouve encore dans la thèse de M. Le Juge la relation d'une série de faits, dans lesquels M. Simpson a employé le gaz acide carbonique comme anesthésique sur les membranes muqueuses de la trachée et des poumons, dans des cas très-nombreux de bronchite chronique, d'asthme, de toux nerveuse, etc., et voici de quelle manière :

« L'acide carbonique est préparé et obtenu dans une bouteille ordinaire; un tube en caoutchouc sert à conduire le gaz; une des extrémités de ce tube est munie d'un tube aminci en verre, qui est placé dans la bouche du malade, lorsque le gaz commence à se dégager. Dans un très-grand nombre de cas, le soulagement obtenu a été très-remarquable, y est-il dit, et dans plusieurs cas d'affections chroniques, il a été prompt et permanent. La quantité de gaz ainsi produite et inspirée n'est pas aussi considérable que le jet rapide et continu qui a lieu dans la bouche du malade pourrait le faire supposer, et il agit dans ces cas, pense M. Simpson, comme un anesthésique local appliqué sur toute la membrane pulmonaire, de même que la fumée du datura stramonium ou la vapeur du chloroforme. »

Il est aussi question, dans la thèse de M. Le Juge, des applications du gaz acide carbonique qui ont été faites en Allemagne dans la pratique obstétricale. Mais pour ne point trop allonger cette *Revue*, et surtout pour éviter de comprendre sous un même titre des faits de nature très-différente, nous renverrons ce qui a trait à ce genre d'applications à une *Revue* prochaine.

Corps étranger dans la trachée chez un jeune enfant. Expulsion spontanée.

L'introduction de corps étrangers dans les voies respiratoires a été plus d'une fois l'objet de savantes leçons et d'observations curieuses. Le fait suivant, que nous communique M. le docteur Carville (de Gaillon), nous a paru digne d'être signalé à l'attention de nos lecteurs, eu égard tout ensemble à sa gravité et à l'intérêt si naturel qui s'attache à l'enfance, dont l'existence est trop souvent mise en péril par cette sorte d'accident.

Appelé le 29 octobre auprès d'un enfant de sept ans, M. Carville constata une pneumonie droite parfaitement caractérisée : l'enfant éprouvait du malaise depuis trois jours déjà; depuis trois jours il toussait, et d'une toux singulière; le pouls était fort et fréquent, l'oppression considérable, la douleur de côté assez poignante. L'auscultation et la percussion venaient, du reste, confirmer ce que les signes rationnels disaient déjà d'une façon assez claire. Une première saignée, puis une seconde, dans les vingt-quatre heures, furent dirigées contre cette pneumonie, toutes deux fortement couenneuses, et cette médication, aidée du tartre stibié et d'un vésicatoire, eût vite raison de l'inflammation parenchymateuse. L'enfant était guéri le 5 novembre; c'est-à-dire qu'à cette date il n'y avait plus ni fièvre, ni point pleurétique, ni oppression, si ce n'est par moments et sous forme intermittente. Le murmure vésiculaire avait repris la place des bruits anormaux..... Mais il restait une toux comme croupale et convulsive.

Préoccupé cette fois de ce phénomène étrange, qui n'était ni le croup ni la coqueluche, l'attention de notre confrère se porta sur le conduit laryngo-trachéen, et, les doigts promenés sur la trachée, il lui fut facile de constater le mouvement de va-et-vient d'un corps étranger engagé dans ce canal, et la lumière se fit complète quand, interrogés à ce sujet, les parents, rappelant leurs souvenirs, firent connaître que le 26 octobre, à trois jours de l'invasion présumée de la maladie, l'enfant, nanti d'un haricot que son frère voulait lui retirer de la main, n'avait trouvé rien de mieux pour s'en assurer la possession que de le porter précipitamment à sa bouche.

Tout s'expliquait alors, et le caractère croupal de la toux et ces quintes convulsives revenant par intervalles. C'est qu'en effet la muqueuse de la trachée n'a pas la même sensibilité que celle du larynx. On comprend donc que le corps étranger tombé dans la trachée puisse ne causer au malade d'autre sensation que celle d'une respiration difficile et entrecoupée; mais comme ces corps sont presque toujours libres et obéissent aux mouvements inspirateurs et expirateurs, on conçoit de même que, poussés avec plus de force, ils montent jusque dans le larynx lui-même. La sensibilité est alors puissamment éveillée, et donne à la toux un caractère convulsif.

Dans cet état de choses, compter sur la sortie spontanée du haricot eût été une illusion, et la responsabilité du médecin était gravement engagée.

L'opération fut donc résolue et pratiquée le lendemain, 6 novembre, avec l'assistance d'un confrère.

N'ignorant pas, quant au procédé opératoire, que plus l'incision descend bas, plus elle est profonde et avoisinée de vaisseaux, et par suite plus semée de difficultés et de dangers, tandis que, faite en haut et dans la région où finit le larynx et commence la trachée, l'opération est réduite à sa plus grande simplicité, M. Carville prit le parti de n'intéresser que le cricoïde et les premiers anneaux de la trachée.

Après avoir divisé la peau et l'aponévrose, il mit donc la trachée à découvert; puis, enfonçant la pointe du bistouri dans le tissu fibreux qui unit le cricoïde au premier anneau, il opéra en remontant la section du cricoïde, et, en descendant, celle des deux premiers anneaux trachéens.

A ce moment un fait assez étrange se produisit, et grande fut la surprise de notre confrère, quand l'enfant, pris d'anxiété extrême, et tout aussitôt faisant un puissant effort d'expiration, le haricot fut chassé violemment *par la bouche*, et lancé dans l'appartement.

Ordinairement le corps étranger se présente de lui-même à l'ouverture qui lui est offerte, et est rejeté avec plus ou moins de force par l'expiration; ou bien il n'apparaît pas encore, mais en tenant l'incision ouverte, on est à peu près sûr de le retrouver sous l'appareil au premier pansement. Ce qui est plus rare, ce qui est remarquable peut-être, c'est la sortie du corps étranger par ces mêmes voies naturelles, qu'il n'avait pu franchir jusque-là; ce sont ces défilés glottiques, forcés par une puissance comme décuplée par suite de l'exagération du retrait pulmonaire.

L'opération fut, du reste, des plus simples, et la quantité de sang perdu inappréciable. Seulement, à la suite, et probablement comme conséquence de l'introduction soudaine d'un air froid dans les bronches, l'enfant fut frappé d'engouement pulmonaire, non plus du côté qui venait d'être malade, mais du côté opposé.

ce sont l'air, le feu, la terre, l'eau et l'éther. C'est à l'aide de ces cinq éléments que Brahma crée et entretient toutes choses. Il n'échappera à personne que cette théorie de la philosophie indienne, à l'aide de laquelle elle explique tous les phénomènes naturels, diffère de la théorie grecque des quatre éléments par l'introduction d'un cinquième principe, l'éther, auquel on fait jouer un rôle important. Toutefois, il est essentiel de remarquer qu'en médecine les Grecs admettaient le πνεῦμα (esprit), qui, selon eux, circulait dans les artères; et *Susruta* admet également que l'éther circule dans les vaisseaux rouges, car la science indienne distingue des vaisseaux noirs, qui sont les veines, des vaisseaux rouges, qui sont les artères, et enfin, chose surprenante! des vaisseaux cachés, que M. Hessler croit être les lymphatiques; mais j'avoue qu'avant d'adopter l'opinion étrange que les Indiens ont pu connaître ces vaisseaux, j'ai besoin d'en rechercher et d'en trouver la preuve tout à fait évidente. Ainsi le cinquième élément rejeté de la philosophie se retrouvait dans la médecine grecque. Ces cinq principes répondent aux cinq sens, savoir : l'air au tact, le feu à la vue, la terre à l'odorat, l'eau au goût, et l'éther à l'ouïe. Ils sont, au reste, les causes éloignées des maladies, et agissent sur l'organisme humain par le moyen des saisons, des aliments, de l'atmosphère et des lieux.

Les causes prochaines des maladies sont la mauvaise répartition et le défaut d'équilibre des humeurs. Il y a des maladies naturelles et des maladies surnaturelles ou démoniaques. Les maladies naturelles sont de quatre espèces :

1° Les accidentelles, qui proviennent de lésions extérieures;

2° Les corporelles, qui proviennent de lésions intérieures;

3° Les morales, qui comprennent toutes les passions;

4° Enfin les naturelles, qui sont le propre de notre nature, comme la faim, la vieillesse, la mort, etc.

Mais c'est là seulement le point de vue théorique, car sous le rapport pratique l'*Ayurveda* divise simplement les maladies en internes et externes. Les indications thérapeutiques pour les affections internes sont tirées principalement des saisons, de l'âge, de la force et du caractère des sujets. La matière médicale est prise presque entièrement dans les règnes végétal et animal. A peine quelques substances métalliques sont-elles indiquées dans le livre de *Susruta*. La potasse caustique seule y est fréquemment conseillée. Du reste, les moxas, les cautères de toute espèce, les sangsues, les ventouses, les cataplasmes, les injections, les frictions, etc., sont constamment recommandés. Une part très-large est également faite aux moyens mystiques, aux enchantements et aux cérémonies religieuses. Il ne faut pas oublier, en effet, que notre ouvrage est un *veda*, c'est-à-dire un livre sacré. Ce mot *veda* est pris de la racine *vid*, qui a fourni le mot latin *videre*, et qui exprime l'idée de *voir* ou *savoir*; d'où le mot *veda* signifie la science par excellence, la science sacrée.

La chirurgie de *Susruta*, sans être aussi avancée ni aussi savante que celle des Grecs, est cependant dans un état de développement dont on a droit d'être étonné; et son exposition prouve que les médecins indiens étaient versés dans la pratique des plus grandes opérations. Ainsi on y trouve décrites la cystotomie périnéale, l'embryotomie, divers genres d'autoplastie et de suture, la dissection des fistules et des tumeurs hémorrhoïdaires. L'arsenal chirurgical est déjà considérable : on y voit figurer différentes espèces de couteaux, de pinces, de scies, de spéculums, de sondes, d'aiguilles, de ventouses, de cautères actuels et potentiels, etc., etc. Toutefois, leurs connaissances anatomiques sont à peu près nulles, ou du moins dans une naïve enfance; car les Indiens avaient, plus qu'aucun autre peuple, le respect des morts, et leurs croyances religieuses s'opposaient aux recherches sur les animaux : d'ailleurs, ils ne sentaient probablement pas le besoin de ces études positives et précises, qui sont la gloire des écoles modernes et qui révèlent une culture intellectuelle avancée. Leur anatomie consiste donc seulement à dénommer les organes les plus apparents et à énumérer le nombre des os. Ai-je besoin d'ajouter que leur physiologie, n'ayant pas de base, ne consiste que dans des explications théoriques purement intuitives? Mais un point sur lequel on revient avec insistance dans l'*Âyurveda*, c'est la nécessité indispensable pour le médecin de s'exercer longtemps à la pratique des opérations. Cet exercice, sans cesse recommandé, peut avoir lieu sur toutes les productions végétales naturelles. Il est même permis, pour cela, tant on y attachait d'importance, de se servir des cadavres d'animaux. Enfin, qui le croirait! il est dit dans un endroit qu'on peut apprendre à connaître les organes sur des cadavres humains, pourvu que ce soit après plusieurs jours de purifications et une multitude de préparations religieu-

Il en était guéri le 14, et le 1er décembre la cicatrisation de la plaie trachéale était complète.

A propos de la fréquence de ces accidents dans l'enfance, M. Carville nous signale deux faits absolument analogues, qui se sont offerts à son observation à quelques mois de là : encore deux enfants, l'un de deux ans, l'autre de dix-huit mois; encore des haricots de même espèce, de même volume, et toujours logés *dans la trachée*.

Tous deux sont morts, l'un au bout de dix-huit heures, l'autre après quelques heures seulement, les parents ayant opposé la résistance la plus formelle à toute espèce d'opération. De ces trois enfants donc, l'un a pu garder son haricot dans la trachée pendant plusieurs jours, et l'on sait, en effet, que la vie peut être compatible pendant un certain temps avec la présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires; les deux autres meurent asphyxiés au bout de quelques heures.

Cherchera-t-on l'explication de cette différence, ajoute notre confrère, dans des données anatomiques, dans des diversités de calibre, dans des détails de mensuration?

Mais les ventricules du larynx sont si peu développés dans les premiers temps de la vie, qu'on en a nié l'existence; le larynx, on le sait, ne présente lui-même aucun changement notable depuis le moment où il est formé jusqu'à l'époque de la puberté; il en sera de même de la trachée, elle aura le sort du larynx et se développera avec lui.

Les conditions anatomiques sont donc les mêmes. M. Carville pense qu'on pourrait trouver la solution de cette difficulté dans un autre ordre d'idées. Plus on se rapproche de l'époque de la formation des organes, si bien appelée l'âge tendre, dit-il, plus est vive l'irritabilité nerveuse, plus la circulation capillaire est active, et plus sont abondantes, en général, les sécrétions, et susceptibles d'exagération sous l'influence d'un stimulus même léger. Quoi d'étonnant qu'une sécrétion excessive du conduit aérien, déterminée par la présence d'un corps étranger, vienne hâter l'asphyxie, en ajoutant un nouvel obstacle à l'hématose par l'abondance de ses produits!

SUR LA NATURE DE L'ANGINE COUENNEUSE.

Par M. le docteur E. Duché.

M. le docteur Bouchut, dans un travail récemment présenté à l'Académie des sciences, propose l'ablation des amygdales comme moyen préventif de l'angine couenneuse (1).

Avant la production de faits assez nombreux et assez imposants pour conclure, qu'il me soit permis de dire un mot sur l'avenir de cette nouvelle méthode.

M. le docteur Bouchut, dans les études successives qu'il a publiées au sujet des affections diphthéritiques qui désolent plusieurs contrées de la France, nous a fait suivre pas à pas les diverses phases de ses convictions théoriques. En dernier lieu, il parait convaincu que l'angine couenneuse est assimilable à diverses manifestations virulentes ou infectieuses dont l'expression purement locale en premier lieu produit plus tard l'infection générale; il cite comme exemples la pustule maligne, la pustule variolique inoculée, la pourriture d'hôpital, les foyers purulents, etc.

J'avoue que je ne partage pas entièrement l'opinion de M. le docteur Bouchut. Quelques mots suffiront pour faire comprendre ma pensée :

Quel est le fait le plus évident aux yeux de tous les praticiens qui ont observé les épidémies d'angine couenneuse? C'est d'abord la contagion médiate, ou l'infection par les voies respiratoires ou autrement; en un mot, c'est un mode de communication parfaitement identique avec celui de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, voire même de la fièvre typhoïde. Personne ne peut nier la fatale influence d'un foyer épidémique d'angines couenneuses sur ceux qui s'exposent à ses émanations.

Il y a donc chez les sujets qui contractent la diphthérite angineuse une infection primitive. Il y a par conséquent une période d'incubation qui varie suivant les individus infectés. Il y a ensuite la période d'éruption, qui se signale par l'apparition des plaques pathognomoniques sur les amygdales. Cette éruption est discrète ou confluente, suivant qu'elle se borne aux glandes tonsillaires, ou qu'elle envahit la totalité de l'arrière-bouche et des voies respiratoires. Puis vient la période d'absorption ou d'infection secondaire, telle qu'on l'observe également dans la variole, et enfin la période de desquamation ou la chute des fausses membranes, si la maladie a été assez bénigne pour permettre l'accomplissement de cette période.

J'avais fait pressentir ces idées dans le numéro du 10 avril dernier.

Je demande maintenant comment l'ablation des amygdales préviendra le développement de la matière pseudo-membraneuse?

Il est certain que l'infection primitive se fait à l'aide de semences spécifiques émanées des produits morbides qui se développent chez les malades. La semence ou le miasme de l'angine couenneuse produit tout aussi sûrement l'angine couenneuse que le miasme variolique engendre la variole.

Si l'éruption primitive choisit de préférence les amygdales par une affinité dont la cause nous échappe, croyez-vous que cette éruption n'aura plus sa raison d'être parce que les tonsilles n'existeront plus chez le sujet infecté? L'observation prouve le contraire. La cautérisation profonde par le fer rouge, qui désorganise les amygdales, n'empêche pas la pseudo-membrane de se reproduire aux surfaces contiguës du pharynx.

Toute la gravité de l'angine couenneuse consiste dans sa confluence et dans l'infection secondaire, parce qu'alors les malades meurent soit par le croup, soit par l'empoisonnement général. Je ne parle pas ici des complications infinies qui peuvent encore aggraver la position des sujets. Ces complications sont les mêmes que celles qui accompagnent les maladies éruptives ordinaires.

Je ne veux pas entrer ici dans la discussion de l'élection de domicile des différents virus introduits dans notre économie. De même que la variole, la rougeole, la scarlatine, ont leurs manifestations dans les différents tissus de la peau, de même la diphthérite a son expression sur les muqueuses ou sur les surfaces dénudées qui offrent les conditions des muqueuses.

Quant à l'affinité particulière de la pseudo-membrane angineuse pour les amygdales, je crois que ce mode d'éruption peut être regardé comme un des symptômes pathognomoniques de l'angine couenneuse, au même titre que l'invasion primitive du larynx et de la trachée par la diphthérite, est le signe caractéristique du *croup* proprement dit. Ces maladies sont deux variétés d'une même affection spécifique. La détermination de l'invasion primitive de tel ou tel organe est sous l'empire d'influences particulières que l'on appelle vulgairement *constitutions médicales*.

On a confondu au commencement de ce siècle le croup avec l'angine couenneuse, et cependant le croup proprement dit a ceci de particulier que les productions membraneuses qui le caractérisent suivent spécialement la continuité de la muqueuse aérienne, et se développent rarement dans le pharynx et sur les amygdales. Dans l'angine couenneuse, au contraire, le croup n'est pas fatalement la conséquence de l'invasion pharyngienne; il n'arrive que par la confluence de l'affection, et par sa progression descendante.

On a recherché quelle était la cause déterminante de ces expressions morbifiques sur les muqueuses, qui se multiplient d'une manière effrayante depuis quelques années.

M. le docteur Vernhes (de Béziers) croit que la rareté relative des exanthèmes cutanés infectieux doit être prise en considération. Cette observation est sérieuse. La disparition de la variole, de la rougeole et de la scarlatine dans un grand nombre de localités peut avoir un retentissement fâcheux sur ces muqueuses qui sont trop souvent solidaires de l'organe cutané. Il faut se demander si l'intervention humaine n'y a pas une grande part.

Mais il reste encore la question de la spécificité du virus pseudo-membraneux. Ce virus existe. A quoi est-il dû? Nous ne le savons pas mieux que pour la variole, la rougeole et autres agents infectieux. Ce que nous voulons prouver, c'est l'empoisonnement primitif par les miasmes dégagés d'un foyer épidémique d'angines couenneuses, la période d'incubation, d'éruption et l'infection secondaire, toutes considérations qui me font craindre que l'ablation des amygdales ne soit pas appelée à faire fortune dans le traitement préventif de l'affection qui nous occupe.

Nous persistons à proposer le soufre, qui nous semble détruire dans l'organisme le principe producteur de la fausse membrane, en attendant que la science ait pris de plus amples informations.

(1) L'auteur se méprend sur les opinions de M. Bouchut, qui ne considère pas l'amputation des amygdales comme moyen préventif de l'angine couenneuse ni des productions pseudo-membraneuses. M. Bouchut a dit seulement que l'amputation des amygdales, au début de l'angine couenneuse, pouvait être un moyen préventif du croup. Depuis cette communication, l'auteur a fait une cinquième opération de ce genre, et M. Domerc a mis une fois en pratique, et avec succès, la méthode de M. Bouchut. (*Note de la Rédaction.*)

UNE CAMPAGNE DANS LES MERS DU SUD.

La fièvre jaune et les fièvres paludéennes.

(Thèses de Paris.)

Voici une thèse qui sort tout à fait du cadre ordinaire de ces sortes de travaux. Le docteur Berchon, qui l'a soutenue il y a quelques semaines, est un de ces jeunes hommes qui, après avoir fait de solides études, séduits par la vie aventureuse des marins, effrayés peut-être aussi un peu par le nombre des médecins qui en France se décident à courir les chances de la pratique civile, ont résolûment embrassé la carrière périlleuse et fatigante, mais accidentée et par cela même si attrayante de la chirurgie navale. Parvenu au grade de chirurgien de première classe, M. Berchon n'a cru pouvoir mieux faire que de choisir pour sujet de sa dissertation inaugurale la relation d'une campagne faite à bord de la corvette la *Prudente*, dans les mers du Sud, en 1851.

Cette œuvre, complétement originale, ne comporte pas, on le comprend tout d'abord, une analyse semblable à celle que l'on ferait d'une monographie. Aussi nous contenterons-nous d'esquisser le compte rendu d'un des chapitres les plus intéressants, celui où l'auteur trace, d'après nature, le tableau d'une épidémie de fièvre jaune au milieu de laquelle il s'est trouvé au Brésil, et cherche, par une analyse savante, à remonter à la nature de la maladie qu'il met en parallèle avec les fièvres paludéennes dont quelques-uns ont voulu la rapprocher.

Depuis un an environ, la fièvre jaune régnait à Rio-Janeiro, lorsque la *Prudente* arriva en rade le 6 avril 1851, et se réunit à quatre autres navires de guerre composant la division, l'*Indienne*, l'*Alouette*, la *Psyché*, le *Faune*. Ces cinq bâtiments, mouillés à une assez grande distance de la partie de la rade où s'abritent les navires de commerce, se trouvaient un peu en dehors du foyer principal de la fièvre, qui avait commencé en *petite rade* pour s'étendre progressivement dans toute la ville.

Le 9 avril, la maladie frappa un officier de la *Psyché* qui avait communiqué avec la terre, et bientôt après la frégate comptait 45 malades, sur lesquels 12 succombaient. Successivement, les autres navires furent atteints, et en dernier lieu, la *Prudente*, à bord de laquelle un enseigne de vaisseau, pris le 26 avril, succombait après sept jours de maladie, après avoir présenté les phénomènes caractéristiques les plus graves de l'épidémie, vomissements noirs, teinte ictérique, hémorrhagies sous-épidermiques, etc. En moins d'un mois, la division perdit 5 officiers et 817 hommes; aussi, une partie de la petite escadre reçut-elle l'ordre de retourner en France, tandis que la *Prudente* continuait

ses. Du reste, les qualités requises pour être bon opérateur sont d'être ferme, prompt, imperturbable, sans faiblesse ni crainte, et d'avoir un instrument bien affilé. Il est impossible de ne pas rappeler ici que Celse exige du chirurgien, presque dans les mêmes termes, les mêmes qualités, auxquelles il ajoute celles d'être jeune et ambidextre.

Il serait sans doute très-intéressant de connaître l'époque où vécut *Susruta*, et où il rédigea son livre; mais dans l'état actuel de la science, il est absolument impossible de résoudre cette question.

De tous les témoignages dont je n'ai point épuisé la liste, il me semble résulter que la rédaction du livre de *Susruta* n'a pas pu avoir lieu plus tard que deux ou trois siècles avant l'ère chrétienne, et que les peuples indiens étaient en possession d'une science médicale dogmatisée longtemps avant cette époque, comme le prouve la partie du livre rédigée en distiques. J'ajouterai, pour faire voir en quel honneur était la médecine dans ces contrées, que dans les annales singhalaises intitulées *Mahavamsa* et *Soulouvamsa*, il est fait mention d'un roi de Ceylan nommé Bouddhadasa, qui, vers le milieu du quatrième siècle de notre ère, fut un grand médecin, écrivit plusieurs livres de médecine, fonda de nombreux hôpitaux, et établit un médecin par section de dix villages.

Maintenant, beaucoup se demanderont si les Grecs ont appris la médecine des Indiens, ou si ces derniers la leur ont empruntée, ou bien si la science s'est développée parallèlement et simultanément chez les deux peuples, dont pourtant l'origine était commune. Cette question est fort complexe, et ne peut être résolue d'une manière radicale et complète. D'une part, on peut remarquer qu'Hippocrate fait entrer dans sa matière médicale un certain nombre de plantes indigènes de l'Inde, tandis qu'on ne trouve dans *Susruta* aucune indication de plantes originaires de Grèce. J'ai déjà fait voir, en outre, qu'une partie de l'*Ayurveda* présente un caractère religieux et archaïque qui la recule bien loin dans l'antiquité. Mais, d'un autre côté, il est difficile d'admettre que la science grecque n'ait point pénétré dans l'Inde à la suite des conquêtes d'Alexandre le Grand. En effet, les guerres qui bouleversent les empires et mélangent les populations ont cet avantage, que les peuples les plus avancés en civilisation et en science, vainqueurs ou vaincus, imposent aux autres quelques-unes de leurs idées et de leurs tendances. Je n'ai rencontré jusqu'à présent, dans l'*Ayurveda*, aucune trace d'emprunt fait aux Grecs; mais si, postérieurement à l'invasion d'Alexandre, on avait intercalé dans ce livre quelques parcelles des connaissances helléniques, ce que le caractère indien rend d'ailleurs très-peu vraisemblable, il n'en faudrait rien conclure contre l'originalité de la doctrine de *Susruta*. Il est facile de se rendre compte que la médecine est la plus ancienne des sciences. Elle résulte de besoins tellement impérieux et inhérents à l'humanité, qu'elle a pu être dogmatisée chez plusieurs peuples à la fois sans que les uns aient eu connaissance des découvertes des autres.

Je reste donc persuadé qu'avant l'arrivée des Macédoniens dans l'Inde, les peuples de ce pays étaient déjà en possession d'une science médicale bien ordonnée et rédigée en corps de doctrine. Une étude plus approfondie des documents que nous possédons sur la médecine de ces contrées si anciennement civilisées et pourtant si nouvelles encore pour nous, permettra sans doute d'éclaircir plusieurs questions que je n'ai fait que poser ici, et de résoudre divers problèmes inséparables d'un sujet aussi complétement neuf.

Dr René Briau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Quinche, né à Dijon (Côte-d'Or); *Recherches sur la transfusion du sang.*

Saint-Romes (de), né à la Nouvelle-Orléans; *De l'influence de quelques maladies sur la grossesse.*

Buzenet, né à Dijon (Côte-d'Or); *Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel.*

Chrétien, né à Lunéville (Meurthe); *Des abcès par congestion.*

Destouches, né à Mézières-en-Brennet (Indre); *De l'incontinence d'urine essentielle chez les enfants.*

Liégeois, né à Etain (Meuse); *Physiologie du nerf facial.*

Gontay, né à Joze-Tissonnière (Puy-de-Dôme); *Du rachitis ou rachitisme, et mieux ostéomalaxie* (de ὀστέον, *os*, et μαλακός, *mou*.)

Peloly, né à Dieulefit (Drôme); *Qu'est-ce que la scrofule?*

Desfosses, né à Besançon (Doubs); *Du miasme paludéen.*

son voyage vers les mers du Sud, et sous l'influence du changement de climat, voyait s'éteindre à son bord la terrible épidémie.

Voici quelques-unes des principales remarques que fit à cette occasion le docteur Berchon sur le fléau, qu'il fut à même d'observer pendant ce mouillage.

Ce fut d'abord l'invasion de la maladie et son apparition pendant la nuit dans presque tous les cas, ce qui coïncide trop manifestement avec la cessation de la brise du large pour qu'on ne doive pas tenir compte d'une sorte de reflux des miasmes de la petite rade apportés par la brise de terre qui cessait dans la matinée ; puis la rapidité insolite de l'invasion dans l'escadre ; enfin le nombre considérable des officiers atteints, tandis que, d'ordinaire, cette classe est en quelque sorte privilégiée dans les épidémies.

La fièvre se présentait sous deux formes ; chez les sujets jeunes et robustes, les phénomènes étaient fortement tranchés dès le début, céphalalgie et rachialgie violentes, fièvre ardente, délire ; quelquefois des crampes, puis rapidement apparaissait la teinte ictérique. Les vomissements étaient constatés de bonne heure, d'abord alimentaires, puis couleur chocolat au lait ; puis, du troisième au cinquième jour, vomissements noirs, dont le pronostic est presque toujours fatal.

Chez les sujets plus âgés ou débiles, la céphalalgie et la rachialgie étaient moins intenses, moins de chaleur à la peau, mais altération remarquable de la physionomie, teinte ictérique plus prononcée ; pouls très-faible ; affaissement général plus marqué de l'économie ; vomissements moins fréquents, mais aussi caractéristiques.

Les décès eurent toujours lieu avant le neuvième jour.

Les 5 et 6 mai, la division navale quitta Rio, et la maladie cessa après la mise en mer.

Une question importante que soulève M. Berchon est la suivante, forte importante au point de vue de la thérapeutique : Y a-t-il identité entre la fièvre jaune et les fièvres paludéennes, dont elle ne serait que le plus haut degré, la plus éclatante manifestation ?

On conçoit que s'il en était ainsi, la thérapeutique serait bien simplifiée, et que le quinquina serait une arme sinon infaillible, du moins tout particulièrement utile ; telle n'est pas la conviction de M. Berchon ; il pense, au contraire, des opinions généralement reçues, que la fièvre jaune diffère essentiellement des fièvres paludéennes dans son origine, dans sa manifestation symptomatique, dans ses suites.

Quant à l'origine, elle semble cantonnée dans un seul continent, le continent américain, où elle a pris naissance, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'elle a paru en Afrique ou en Europe.

Les fièvres paludéennes existent partout, et il suffit pour les voir se développer, d'une flaque d'eau croupissante et d'une élévation de température.

La fièvre jaune n'exerce son empire que sur une partie fort restreinte du littoral, d'où la nécessité d'une atmosphère maritime pour son apparition.

Rien de semblable pour les fièvres paludéennes qui règnent dans toute l'étendue d'un pays, maritime ou non, et souvent même plus violemment dans l'intérieur des terres que sur les côtes.

La fièvre jaune n'a rien de fixe, de périodique dans ses apparitions, et reste quelquefois plusieurs années sans reparaître, tandis que les fièvres de marais se montrent tous les ans, aux mêmes époques, dans les mêmes localités.

La marche de la fièvre jaune est celle de toutes les grandes épidémies : invasion rapide, période d'augment, puis décroissement et disparition complète. Rien de semblable dans les fièvres intermittentes, dont la continuité est plus uniforme et dont la cessation dépend plus des modifications sensibles de l'atmosphère ou des conditions locales que du génie morbide particulier à ces maladies.

Une circonstance importante enfin, est l'immunité acquise par une première atteinte de la fièvre jaune, tandis qu'une première attaque de fièvre paludéenne n'est que le prélude de nouveaux accès du même genre et d'une modification particulière de la constitution.

Nous n'insisterons pas sur les caractères symptomatiques différentiels des deux affections, dont l'une, la fièvre jaune, est franchement continue, divisée en trois périodes bien connues, et se termine ordinairement au milieu de l'intégrité la plus parfaite de l'intelligence, tandis que dans les fièvres paludéennes il y a toujours une périodicité bien tranchée, et souvent dans les fièvres pernicieuses, délire, perte de connaissance, etc.

Le caractère le plus remarquable que mentionne l'auteur est la comparaison des suites des deux maladies. — Les affections paludéennes laissent presque constamment après elles soit des localisations morbides sur divers organes, le foie, la rate ou l'intestin, soit une cachexie particulière, soit une tendance extrême aux récidives. — La rapidité, au contraire, de la convalescence, et l'absence de toutes traces du passage de la fièvre jaune, est une règle à laquelle il y a peu d'exceptions.

M. Berchon termine par quelques réflexions sur le traitement comparatif des deux affections.

Contre les affections paludéennes, le sulfate de quinine jouit d'une efficacité tellement incontestée qu'il ne s'agit plus que d'en régler le mode, et surtout le temps d'administration, pour arriver au succès.

Il est loin d'en être de même dans la fièvre jaune, où il rend bien peu de services, et dans le traitement de laquelle il a été presque généralement abandonné.

La thérapeutique de la fièvre jaune n'a pas encore de méthode générale, bien que la médecine ne soit pas aussi désarmée qu'on a bien voulu le dire.

On a beaucoup employé le calomel, panacée suivant les médecins anglais et américains. M. Berchon le proscrit non-seulement en raison de l'action diluente du mercure, mais à cause des accidents consécutifs de la salivation, qui durent quelquefois des mois entiers.

L'action de la saignée, qui dans une première campagne lui avait paru favorable, n'a pas réussi à M. Berchon dans cette seconde ; le sang restait liquide dans la palette, conservait sa coloration noire, et semblait avoir perdu toute sa vitalité.

Il attache plus d'importance à l'emploi des éméto-cathartiques, et particulièrement du tartre stibié, soit comme évacuant, soit comme hyposthénisant, et son action paraît sous ce dernier rapport préférable à la saignée, parce qu'elle est tout aussi puissante, presque aussi rapide et bien plus facile à maîtriser.

L'administration des purgatifs salins doit suivre de près celle de l'émétique, aidée des limonades végétales et des frictions excitantes.

A ces moyens principaux peuvent se joindre, suivant les cas, quelques applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, de ventouses scarifiées à la région lombaire et l'usage du sulfate de quinine pour certaines formes exceptionnelles.

M. Berchon serait assez d'avis d'essayer l'ergotine, qui donnerait vraisemblablement de bons résultats en raison de sa puissance antihémorrhagique.

Enfin les toniques excitants, le fer, les vins rouges généreux, le quinquina, trouvent leur emploi dans la rémission des principaux symptômes.

Cet intéressant chapitre se termine par d'importantes considérations sur les mesures hygiéniques à prendre pour prévenir les épidémies de fièvre jaune à bord des bâtiments, ou pour en arrêter les progrès.

Nous bornerons là le résumé du travail de M. Berchon sur les analogies et les dissemblances de la fièvre jaune et de la fièvre intermittente. Nous avons encore trouvé dans sa thèse d'autres faits curieux, entre autres celui d'une section transversale du larynx, sur lequel nous espérons avoir l'occasion de revenir.

CHORÉE GUÉRIE PAR LE TARTRE STIBIÉ,

Par M. Camino, élève externe à l'hôpital civil d'Alger.

M. le docteur Caïmaris, qui remplit comme moi les modestes fonctions d'interne à l'hôpital civil d'Alger, me parlait un jour de ses tentatives infructueuses pour guérir un jeune choréique, lequel, déjà soigné dans les hôpitaux de la capitale, ne conservait plus depuis longtemps de sa maladie qu'une agitation excessivement prononcée du bras gauche ; je lui fis part des recherches de M. Bonfils, et l'engageai fortement à essayer le même traitement ; ce qu'il fit, après en avoir obtenu l'autorisation du médecin en chef, M. le docteur Folley. Maintenant que le succès est venu couronner la tentative, je transcris l'observation telle que me l'a communiquée mon collègue M. Caïmaris.

L..., journalier, né à Rouen, âgé de vingt-quatre ans, tempérament scrofuleux, est entré à l'hôpital le 28 janvier 1858, atteint d'une chorée partielle siégeant au bras gauche.

Il ne se rappelle pas avoir fait aucune maladie sérieuse ; seulement, il a eu une adénite cervicale dont il porte les cicatrices caractéristiques.

La maladie actuelle date de trois ans. Elle a commencé envahissant à la fois le bras et la jambe gauche. Cet homme a subi un traitement de plusieurs mois dans les hôpitaux de Paris ; il ne se souvient pas des médicaments qui lui ont été administrés, mais il sait avoir été soumis à une médication qui avait l'arsenic pour base. L'action puissante de ce remède héroïque a fait cesser les mouvements de la jambe, mais ceux du bras ont augmenté à mesure que les autres se calmaient. Lors de son entrée à l'hôpital, les mouvements involontaires du bras gauche étaient continuels, les contractions musculaires fortes et désordonnées ; il ne pouvait porter la main où il voulait.

Nous l'avons soumis pendant quelque temps, sans résultat, à l'iodure de potassium.

Le 4 mars, nous nous sommes décidé à lui prescrire le tartre stibié à haute dose.

En conséquence, notre malade a pris :

Le 4 mars, tartre stibié, 0,04, dans une potion gommeuse aromatisée, et n'a éprouvé qu'un ballonnement du ventre, sans vomissements, quoiqu'il ait mangé le quart de portion.

Le 5, tartre stibié à 0,08 dans une simple potion de gomme ; même résultat, même tolérance, aucun changement dans l'état du bras.

Le 6, la dose du tartre stibié a été élevée à 1,2, avec la même tolérance de la part du malade.

Le 7, suspension de l'émétique, potion avec le vin et l'extrait de quina.

Le 8 mars, les mouvements du bras ont diminué tout à coup d'une manière notable ; le malade maintient son bras horizontalement pendant quelques secondes ; il a même porté à sa bouche une cuillerée de potion sans en verser plus de quelques gouttes. — Continuation du vin et extrait de quina.

Le 9, même prescription, même état.

Le 10, nous sommes revenus au tartre stibié à la dose de 0,5, qui a été aussi bien tolérée que la première fois.

Le 11 mars, émétique à 1 gr.

Le 12, émétique à 1,5.

Pendant ces trois jours, il y a eu diminution constante et graduelle des mouvements choréiques, le malade éprouvant seulement par intervalles éloignés de légers soubresauts ; mais il pouvait manger sans difficulté avec la main gauche.

Les 13, 14 et 15, la portion de vin et extrait de quina. Pendant ces jours de repos le malade s'est amusé à piocher et à faire des semis dans les jardins de l'hôpital ; il s'est livré à ces occupations sans fatigue, sans gêne et avec beaucoup de précision. Cependant, comme il éprouvait encore de temps en temps quelques légères secousses dans le bras, nous avons cru devoir lui faire suivre une troisième série de trois jours d'émétique.

Les 16, 17 et 18, il a pris les doses qui suivent :

Le 16, 0,6 ; le 17, 1,2 ; le 18, 1,8. Après cette dernière série, le malade, parfaitement guéri, est resté huit jours à l'hôpital prenant toujours le vin avec l'extrait de quina et sans éprouver le moindre mouvement choréique.

Enfin, le 26 mars, forcé par des circonstances particulières de quitter l'établissement, il est parti, malgré notre désir de le retenir encore quelque temps, afin de nous assurer de la stabilité de cette cure.

M. Caïmaris et moi nous venons de retrouver notre malade dans le service des blessés, où il est entré pour une plaie par instrument tranchant, et nous avons appris avec satisfaction que, depuis sa sortie de l'hôpital, il n'a jamais ressenti la moindre atteinte de chorée. Nous pouvons donc croire à un succès complet, puisque la guérison est confirmée par une épreuve de huit mois.

Cette observation prouve :

1° Que les cas de chorée partielle ne sont pas aussi rebelles que pourrait le faire craindre le travail de MM. Gillette et Bonfils, puisque chez notre malade une chorée latérale traitée avec succès pour le membre inférieur avait semblé se réfugier dans le bras déjà malade, où depuis plus de trois ans elle a pour ainsi dire rassemblé toute son action ;

2° Elle établit les doses qui conviennent pour un adulte, ou du moins elle montre que l'on peut sans le moindre inconvénient arriver au chiffre énorme de 18 décigrammes ;

3° Enfin elle met au jour ce fait nouveau, qu'avec une dose élevée de ce puissant contro-stimulant l'alimentation est parfaitement supportée, puisque cet homme mangeait matin et soir le quart de portion, c'est-à-dire :

Pain.	0,93,75
Vin.	0,006
Panade.	0,46,875
Œufs.	2,

pendant les jours d'émétique, et la demi-portion, qui équivaut à :

Pain.	0,187,50
Vin.	0,12
Viande.	0,70,

pendant les jours de repos.

DU TANNATE DE PLOMB

Comme moyen de prévenir la production des eschares du sacrum.

Malgré les mille moyens conseillés, l'on sait combien souvent cette fâcheuse complication vient aggraver l'état des malades condamnés à un décubitus prolongé. Suivant M. Leclerc, médecin de l'Hôtel-Dieu de Laon, l'application du tannate de plomb à l'état humide, dès qu'il y a rougeur ou sensibilité de la peau, préviendrait sa mortification. Voici la manière de préparer ce tannate :

Pr. Écorce de chêne concassée. . . . 32 grammes.
Eau de fontaine. . . . . 250 —

Faites bouillir jusqu'à réduction à 125 grammes, puis ajoutez à la liqueur, passée à l'étamine :

Extrait de saturne. . . . . q. s.

jusqu'à cessation de précipité.

Le précipité est recueilli sur un filtre. On en met avec le doigt une couche épaisse sur les parties menacées de gangrène, et on les recouvre d'un linge fin. Ce topique, suivant l'auteur, est préférable à tous ceux qui ont été préconisés jusqu'ici, car, si l'on s'y prend à temps, on ne verra jamais d'eschare se former, ou du moins très-exceptionnellement. Dans ce dernier cas, dès que l'eschare commence à se détacher, on la panse encore avec le tannate de plomb, mais additionné de térébenthine. (*Abeille méd.*)

M. le docteur Lacroix (de Fontenay-aux-Roses) vient d'être rapidement enlevé, à l'âge de 64 ans, par une maladie aiguë à ses nombreux clients et à ses nombreux amis. M. Lacroix, ancien médecin militaire, chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Charles III d'Espagne, était un des praticiens les plus répandus et les plus aimés de la banlieue de Paris. La population tout entière de Fontenay et des communes environnantes a assisté à ses obsèques. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. Colin, maire de Fontenay, et par M. Labrouste, directeur du collége Sainte-Barbe. Une souscription a été ouverte autour de sa tombe même, pour élever un modeste monument à cet honorable et regrettable praticien.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 134 — MARDI 16 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 134. — MARDI 16 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 NOVEMBRE 1858.

Séance d'ouverture de la Faculté.

La séance d'ouverture de la Faculté de médecine vient d'avoir lieu au moment où nous mettons sous presse. Nous n'avons que le temps de reproduire en quelques lignes l'impression que nous en rapportons; nous n'aurons pas de peine, nous l'espérons, à la faire partager à nos lecteurs.

Le sujet du discours de rentrée était l'éloge de Chomel. La Faculté avait désigné pour remplir cette tâche M. le professeur Grisolle. Qui l'eût pu mieux remplir que M. Grisolle, l'élève de prédilection, l'ami de cœur et le fidèle continuateur de l'enseignement et des doctrines de Chomel; qui mieux que lui eût su rappeler à la génération médicale qui l'a connu, et produire aux yeux des jeunes étudiants pour qui son nom, ses titres et sa gloire ne sont déjà plus qu'un écho de l'histoire, les traits de cette noble figure !

Si c'était une douce tâche pour le cœur de M. Grisolle d'honorer dans cette circonstance solennelle la mémoire de l'homme pour qui il a toujours eu la plus profonde vénération, il n'était pas moins dans le goût de son esprit et dans le tempérament de son talent d'apprécier le genre de mérite par lequel il s'est plus particulièrement distingué, et de peser les services qu'il a rendus à la science et à notre profession. Aussi le discours de M. Grisolle a-t-il eu le plus beau, le plus complet et le plus légitime succès. Nous sommes heureux de pouvoir joindre ici publiquement nos applaudissements aux applaudissements à trois fois répétés qui ont accueilli cette lecture et qui en ont si souvent interrompu le cours. Mais ce qui vaudra mieux que tous nos éloges, ce sera de mettre ce discours tout entier sous les yeux de nos lecteurs, convaincus qu'ils ratifieront notre jugement, et que, comme nous, ils chercheraient en vain dans ces belles pages le plus léger texte de critique. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DE RENTRÉE DU 15 NOVEMBRE 1858.

Éloge de M. Chomel, par M. le professeur Grisolle.

Messieurs,

C'est un noble usage que d'honorer par des éloges publics les morts illustres. Il est juste, il est moral aussi de payer un dernier tribut de gratitude et de respect à ces maîtres qui, par leur enseignement, par leurs écrits, nous ont aplani les difficultés de la route, et qui ont bien mérité de la médecine par leurs services, par la noblesse de leur caractère comme par leurs vertus privées. N'est-ce pas d'ailleurs inaugurer dignement nos travaux que de présenter le récit d'une vie laborieuse, utile, toujours honorée, à l'émulation d'une jeunesse qui s'enthousiasme si aisément pour le beau, dont le cœur vibre à tous les sentiments honnêtes, et qui, digne d'exercer un jour la première des professions, s'est toujours montrée avide de bien faire.

Quel plus parfait modèle pourrais-je vous offrir, Messieurs, que le médecin illustre dont je dois aujourd'hui vous rappeler la vie? Professeur de clinique médicale, auteur d'ouvrages classiques, médecin praticien, M. Chomel s'est placé au premier rang et l'a conservé pendant plus de trente années. Esprit droit et pratique, observateur sagace et persévérant, d'une science profonde, d'une aptitude merveilleuse pour résoudre ces problèmes difficiles que la maladie nous présente à chaque pas; thérapeutiste honnête, jamais téméraire, dans ses leçons comme dans ses ouvrages, il brille par les deux qualités essentielles du professeur comme de l'écrivain, la clarté et le bon sens. Caractère loyal et ferme, d'une austère probité, possédant au plus haut degré la religion du devoir, dévoué, courageux, fidèle à l'amitié comme au malheur; désintéressé, bienfaisant, sympathique pour tout ce qui est bien comme pour tous ceux qui souffrent; résigné, stoïque pour ses propres douleurs, et, au moment suprême, acceptant la mort en sage, sans vaine ostentation comme sans faiblesse : tel a été M. Chomel.

La plupart de vous, Messieurs, n'avez pu l'entendre; vous ne le connaissez que par ses ouvrages, par ses titres, tous mérités, et par cette renommée sans tache qui l'a rendu l'un des médecins les plus populaires de ce siècle. Après vingt-cinq ans d'un professorat glorieux, il s'est éloigné de nous, non sans un vif chagrin, poussé par une de ces délicatesses de sentiment que la gratitude inspire aux âmes bien nées.

Mais la Faculté de médecine de Paris, qui n'a jamais renié ses gloires, est restée fidèle au souvenir de M. Chomel. Elle ne pouvait oublier dans sa retraite honorable celui qui avait jeté sur notre enseignement un si vif éclat, celui dont les élèves occupent toutes les avenues de la science, et qui, répandus dans le monde entier, y propagent ses doctrines et ne parlent de sa personne qu'avec vénération et tendresse. Elle ne pouvait oublier le professeur qui, par la rectitude de son esprit, la sévérité de la méthode, le respect éclairé de la tradition, celui qui, par ses préceptes comme par son exemple, avait su contenir, à des époques souvent difficiles, plusieurs générations médicales dans les limites de la sagesse, de la raison et du devoir. Elle s'est toujours souvenue que M. Chomel était un des représentants les plus fermes, les plus autorisés de cette école de Paris qui vise toujours vers ce qui est utile et grand, dont la suprématie ne saurait plus être contestée, surtout depuis Bichat et Laënnec, et que M. Chomel a si simplement, mais si dignement caractérisée en disant qu'elle était *l'école du progrès et du bon sens.*

Pour honorer une si belle existence, la Faculté a voulu qu'on rendît à la mémoire de M. Chomel tous les hommages qu'elle pouvait décerner. Au jour des funérailles, elle s'est unie à cette foule immense qui est venue saluer une dernière fois le savant et l'honnête homme; aujourd'hui elle veut plus solennellement encore rappeler à tous les titres de M. Chomel à l'estime et à l'admiration publiques.

Ce devoir eût été sans doute beaucoup mieux rempli par ceux de mes collègues qui furent les contemporains, les émules de gloire de M. Chomel, et surtout par celui d'entre nous qui, lié avec lui dès l'enfance de la plus étroite amitié, aurait pu vous parler de l'enseignement clinique avec cette autorité que donne un succès continué pendant quarante années, et qui, pour vous dépeindre les qualités du cœur de son ami, aurait eu bien moins à se rappeler qu'à regarder en lui-même (1).

En m'honorant de son choix, la Faculté m'a imposé une tâche bien difficile. Il est toujours malaisé de louer dignement un médecin; Cuvier lui-même avait eu cette préoccupation. Ma crainte s'augmente encore de la comparaison que vous ferez nécessairement avec ceux qui, à cette place et dans des solennités pareilles, ont eu le talent de vous instruire, de vous charmer ou de vous émouvoir. Enfin, vous le savez tous, Messieurs, je viens en ce moment vous parler de mon maître, d'un maître bien-aimé, de celui qui m'a dirigé et protégé dans ma carrière; aussi comprendrez-vous la frayeur que j'éprouve de rester beaucoup trop au dessous de mon sujet. J'ai pensé pourtant que, devant une assemblée qui comme celle-ci compte tant d'élèves, tant d'admirateurs, tant d'amis de M. Chomel, je pouvais espérer un peu de bienveillance, et qu'en vous parlant d'un maître, d'un ami commun, d'une manière même imparfaite, je pourrais, en exprimant quelques-uns de vos propres sentiments, obtenir peut-être des marques de votre faveur.

Auguste-François Chomel naquit à Paris le 13 avril 1788. Elève de l'institution Savouré et du lycée impérial Napoléon, il fit d'excellentes études littéraires, et fut en 1806 un des lauréats du concours général. Au collége, comme plus tard à la Faculté, il ne fut pas seulement un élève intelligent et appliqué, mais on le remarqua plus encore peut-être par une réserve, une dignité de manières, de conduite, en un mot par une partie de ces qualités morales qui le distinguaient à son âge mûr.

Il ne fut pas porté vers la médecine par une de ces déterminations instinctives qui nous poussent vers une carrière, malgré tous les obstacles qu'on oppose; M. Chomel se fit, dit-on, médecin par obéissance filiale. Son père, atteint de surdité, n'avait pu étudier une science vers laquelle l'appelaient et ses goûts et les traditions de sa famille; il se consola par la culture des lettres (2). Nous lui devons un souvenir pour avoir provoqué la vocation de son fils et deviné que nulle autre profession ne pouvait, au même degré que la médecine, fournir un aliment à l'activité de cet esprit positif, comme à cette bienveillance qu'il avait dans le cœur.

En embrassant la médecine, M. Chomel trouvait dans sa famille de beaux exemples à suivre. Il était arrière-petit-neveu de Jean et de Charles Delorme, qui, depuis Henri III jusqu'à Louis XIV, avaient été médecins de la cour pendant quatre règnes successifs. Charles Delorme, le plus célèbre des deux, anobli par le sénat de Venise, a montré un dévouement dont l'histoire a conservé le souvenir : à Paris en 1619, et au siége fameux de la Rochelle, lorsque l'armée de Richelieu était décimée par la dyssenterie. Médecin savant, spirituel, praticien sage, habile et désintéressé (3), il eut de nombreux amis et le bonheur peut-être plus rare encore d'être loué sans réserve par notre satirique Guy Patin. Dès ses débuts, absorbé par la pratique, vivant peut-être aussi dans un milieu peu favorable aux recherches et au recueillement, il n'a élevé, quoique mort presque centenaire, aucun monument à la science. Faut-il le regretter?... Il aimait peut-être un peu le paradoxe et les rapprochements forcés. C'est ainsi que dans un des trois opuscules qu'il a publiés (1), il a recherché si on ne devait pas ranger dans la même catégorie de malades les fous et les amoureux. C'est là, Messieurs, une de ces questions que je me garderai bien de discuter ici, mais Delorme l'a résolue affirmativement, et, conséquent avec sa doctrine, il a proposé d'appliquer la même médication à ceux qui aiment comme à ceux qui déraisonnent.

La famille Chomel, issue de bonne bourgeoisie, était originaire de Gannat en Bourbonnais. Elle a, dans le courant du dix-huitième siècle, donné à notre profession au moins cinq médecins, renommés à divers titres.

Nous trouvons Jean-Baptiste Chomel, conseiller et médecin ordinaire de Louis XIV; Jacques François, médecin de Louis XV, intendant des eaux de Vichy, qui a publié un petit traité sur ces thermes célèbres, et donné son nom à l'une des sources.

Amable Chomel, le moins célèbre de tous, mérite pourtant un souvenir. Médecin du roi au Canada, il fut victime d'un de ces dévouements si ordinaires dans notre profession; emporté par son zèle, il courut à Brest pour combattre une épidémie meurtrière qui régnait dans cette ville en 1758, et il y trouva une mort glorieuse.

Jean-Baptiste-Louis, frère du précédent, fut médecin ordinaire de Louis XV, professeur de botanique et doyen de l'ancienne Faculté. Il a publié sur la pathologie, les épizooties, ainsi que sur l'histoire médicale, des travaux qui indiquent la solidité comme la variété de ses connaissances.

Enfin l'aïeul de M. Chomel, père des deux médecins dont j'ai parlé en dernier lieu, fut Pierre Jean-Baptiste, qui, après avoir été l'ami, le collaborateur de Tournefort, devint médecin ordinaire de Louis XIV et de Louis XV, membre de l'Académie des sciences, doyen de la Faculté, et publia un livre qui obtint une certaine célébrité, le *Traité des plantes usuelles.*

Peu de familles ont donc compté dans la même carrière une série non interrompue d'hommes aussi distingués. C'est là, Messieurs, une vraie noblesse, la plus glorieuse de toutes, car elle ne se transmet aux enfants qu'autant qu'ils la méritent par les mêmes travaux, par les mêmes services, qui ont déjà signalé leurs pères. Si les ancêtres sont un péril pour les âmes faibles, pour les esprits paresseux; si, comme le dit la Rochefoucauld, *les grands noms abaissent au lieu d'élever ceux qui ne les savent pas soutenir* (2), ils sont, pour les natures énergiques, un stimulant qui excite à mieux faire encore.

M. Chomel était admirablement doué pour ressentir cette émulation; il a marché résolûment sur les traces de ses aïeux, et l'on peut dire que par ses travaux, par l'éclat de ses services, par sa renommée, il a agrandi l'héritage de gloire qu'on lui avait transmis. Puissions-nous voir un jour un de ses petits-fils, désormais héritier de son nom, continuer dans la médecine et dans notre Faculté cette illustration de famille qui date de deux siècles et demi, et qui s'est fondée sur les services, sur les talents et sur la vertu (3).

Nous avons vu que M. Chomel avait étudié la médecine un peu par obéissance; il répugnait surtout à l'anatomie. Mais ce dégoût fut bientôt surmonté; dès lors on le vit se passionner pour cette étude si belle, si indispensable au médecin. Il embrassa avec une ardeur égale les autres sciences médicales; il ne tarda pas à se placer au premier rang et même à se signaler parmi ses émules. C'est ainsi qu'il obtint toutes ces distinctions auxquelles vous pouvez et devez tous prétendre. Il fut pendant quatre ans élève interne, et durant son exercice il devint lauréat au concours des hôpitaux, où il obtint la médaille d'or. Deux fois aussi, il y a près d'un demi-siècle, son nom retentit dans cette même enceinte, et provoqua ces applaudissements que bientôt nous donnerons ensemble et de tout cœur aux élèves de l'École pratique qui cette année ont mérité les mêmes récompenses.

M. Chomel s'est donc préparé à l'exercice de son art par un grand labeur, et il a vaincu par sa volonté ses répugnances premières. Il fut sans doute porté vers le travail par l'attrait qu'il y trouva. Y a-t-il, en effet, une science plus curieuse que la nôtre? Y a-t-il rien de plus élevé que l'étude de l'homme? rien qui exerce au même degré l'intelligence, et qui en même temps excite aussi vivement les nobles impulsions du cœur? Mais ceux qui ont connu le caractère de M. Chomel avoueront aisément que le principal mobile de ses efforts fut le sentiment du devoir. Il comprit, dès son entrée dans la carrière, toutes ses obligations. Il savait que le pire des hommes serait celui qui, sans préparation suffisante, voudrait résoudre ces problèmes d'où dépendent la vie et l'honneur des familles. Il voulait pouvoir se dire un jour, en face de ces cas obscurs qui déjouent la perspicacité des plus habi-

(1) M. le professeur Rostan.

(2) *Aménités littéraires et recueil d'anecdotes*; Amsterdam, 1773 (sans nom d'auteur).

(3) Henri IV, faisant allusion à son désintéressement, disait un jour que le jeune Delorme *gentilhommait* la médecine.

(1) *Caroli Delorme, Laurea apollinaris;* Parisiis, 1608.

(2) Maxime 91.

(3) D'après la volonté exprimée par M. Chomel, son gendre, M. de Lalain, juge au tribunal de la Seine, et ses enfants, doivent ajouter le nom de Chomel à leur nom de famille.

les : *J'ai fait ce que j'ai pu.* Mais, pour se l'avouer sans remords, il faut en même temps que notre conscience nous donne le témoignage que nous savions tout ce que nous pouvions savoir, tout ce que nous devions apprendre. Messieurs, ne vous exposez pas à des regrets pour l'avenir, car l'exercice de la médecine serait pour vous une source de chagrins cuisants, ce serait une vraie calamité.

Le 10 juin 1813, M. Chomel obtint le titre de docteur. Il avait pris pour sujet de sa thèse inaugurale le *rhumatisme*, c'est-à-dire une maladie vulgaire, la plus commune de toutes sans contredit, qui, décrite par tous les auteurs des traités généraux et par quelques monographes, semblait peu propre à inspirer un travail de quelque valeur. Il n'en fut rien pourtant ; par la manière dont M. Chomel envisagea son sujet, par la netteté de ses descriptions, par le choix et l'arrangement des matériaux comme par sa critique éclairée, il sut donner à son œuvre un cachet vraiment remarquable.

Vingt ans plus tard, riche des faits nombreux que la plus vaste pratique lui avait fournis, il fit, sur l'affection qui avait été l'objet de ses premières études, des leçons qui eurent le plus grand retentissement. Elles furent recueillies et publiées par un de nos anciens collègues, par Requin, dont le souvenir est resté vivace parmi nous.

Hâtons-nous de dire que si, sous le rapport des doctrines, le volume publié par Requin peut être revendiqué par M. Chomel, le rédacteur pourtant a su en quelque sorte s'approprier le travail par les additions nombreuses qu'il y a faites et qu'il a puisées dans son propre fonds, par une érudition choisie, par une critique vive, spirituelle, et par cette forme, par cette originalité que notre si regrettable collègue savait imprimer à ses moindres productions. Cet ouvrage toutefois ne saurait, malgré ses mérites, faire oublier l'œuvre première de M. Chomel, qui, depuis bientôt un demi-siècle, a toujours été honorablement citée.

Peu de thèses, vous le savez, ont pu subir avec succès une pareille épreuve ; ce malheur a été de tous les temps. A la fin du siècle dernier, Vic d'Azyr paraissait déjà s'en plaindre ; mais je crains bien que le mal ne se soit aggravé depuis. Combien pourtant il serait aisé de mieux faire ! Les hôpitaux, libéralement ouverts partout, vous offrent à profusion des faits de toutes sortes : recueillez-les, car la pathologie ne peut bien être apprise qu'à ce prix, tous vos maîtres vous le diront ; le grand Boerhaave nous apprend lui-même qu'il se livrait encore à cet exercice au commencement de sa pratique. Ces observations, auxquelles vous devrez en partie votre instruction, analysées et rapprochées, vous permettront plus tard de composer, pour le dernier acte probatoire de votre scolarité, une thèse qui sera pour vous un honneur et pour la science un profit. Ne visez pas aux choses extraordinaires ou insolites : ici comme toujours M. Chomel vous a prouvé, par son exemple, qu'on peut avec le sujet le plus rebattu produire une œuvre qui ne sera point éphémère, et qui servira pour l'instruction de tous. Quant à ceux qui, aspirant à l'originalité, s'excusent de mal faire en disant qu'ils n'ont rien trouvé de neuf, je leur répondrai avec un médecin philosophe, avec Zimmermann, un des esprits les plus distingués et les plus pratiques du dernier siècle, qu'une observation confirmée vaut souvent une observation neuve, parce qu'elle nous rapproche davantage de la vérité, et que la médecine a autant gagné par la répétition exacte des observations déjà faites que par les découvertes mêmes (1).

Les succès obtenus pendant votre vie scolaire sont importants, Messieurs, car ils vous distinguent honorablement de vos égaux, ils vous donnent de la confiance, et, au début de votre pratique, eux seuls peuvent fixer l'attention et appeler sur vous la faveur. M. Chomel obtint cette récompense. Ce furent en effet ses succès d'étudiant qui, peu après sa réception au doctorat, le firent attacher à l'hôpital de la Charité sous le titre de *chef des internes*. Ce fonctionnaire était plutôt un médecin résidant, suppléant au besoin les médecins titulaires, et finissant tôt ou tard par se créer un service indépendant.

M. Chomel retrouva dans ce grand hôpital un de ses anciens maîtres, pour lequel il a toujours conservé un pieux souvenir et avec qui d'ailleurs il eut plus d'un point de ressemblance ; je veux parler de Bayle, auteur de travaux connus de vous tous, praticien hors ligne par son tact, par la rapidité, par la sûreté de son diagnostic, qualités qu'il possédait à l'égal de Corvisart, son maître. D'une instruction prodigieuse en toute chose, d'une austère probité, inflexible dans sa manière de penser et d'agir, mais tolérant pour tous, il fût sans contredit arrivé à toutes les positions, s'il n'eût succombé, à l'âge de quarante-deux ans, à cette maladie cruelle qui avait été l'un des principaux objets de ses recherches.

Sous l'impulsion d'un tel guide, M. Chomel s'enflamma d'une ardeur encore plus vive pour l'étude, travaillant jusqu'à seize et dix-huit heures par jour, ainsi que me l'affirmait tout récemment un de ses anciens disciples (2). C'est alors qu'il acquit cette connaissance approfondie des auteurs anciens les plus estimés, qui l'a rendu l'un des médecins les plus érudits que j'ai connus. Non qu'il eût cette vaine érudition que donne une mémoire heureuse, et qui rend tant de personnes riches en choses inutiles ; mais doué d'un sens exquis, d'un discernement critique de premier ordre, et préparé d'ailleurs par cette admirable instruction pratique qu'on puise dans nos hôpitaux, il sut discerner le vrai du faux et ne retenir que ce qui était réellement utile.

Aussi vaillamment armé, M. Chomel se lança dans la vie active, dans la vie militante. Il ouvrit d'abord des cours de pathologie interne qui eurent le plus grand et le plus légitime succès. Il possédait en effet les trois qualités essentielles que notre bon Rollin exige de ceux qui enseignent : la connaissance parfaite de la science, la clarté dans les expressions et l'affection pour ses élèves.

J'ai su, par plusieurs de ceux qui ont suivi et rédigé ses cours, que ses leçons brillaient par un choix intelligent des nombreux matériaux légués par nos devanciers, par une méthode parfaite d'exposition, par une critique judicieuse, par la rigueur des déductions, c'est-à-dire par toutes ces qualités qui sont l'expression même du génie français, qualités, disons-le avec orgueil, qui ont toujours élevé si haut l'enseignement de notre pays. C'est ce témoignage que lui rendait même dans le siècle dernier, Gaubius, un des plus célèbres disciples de Boerhaave, après avoir parcouru les principales universités de l'Europe.

Combien il est à déplorer que les exigences de la pratique et de l'enseignement public n'aient pas permis à M. Chomel de réaliser le projet qu'il avait eu de composer un traité de pathologie interne ! Les nombreux articles de médecine pratique qu'il a insérés dans les deux éditions du *Dictionnaire de médecine*, son *Traité des dyspepsies*, travaux que vous consultez tous les jours, vous feront partager mes regrets.

Ces écrits se distinguent, en effet, par des descriptions claires, méthodiques, exactes, où les faits et les doctrines sont jugés avec une raison sûre d'elle-même, où les indications thérapeutiques sont posées avec cette réserve, avec cette sagacité qui décèlent le praticien consommé. En un mot, toujours et partout, on reconnaît ce même esprit si lucide et si droit, qui instinctivement était poussé vers ce qu'il y a de positif en médecine, c'est-à-dire vers les faits bien observés, vers les conséquences rigoureuses qui en découlent, et qui jamais n'a pu être ébloui ou fasciné par ces théories brillantes qui ont égaré un si grand nombre de ses contemporains.

Ce fut à cette époque (1) que M. Chomel publia son volume sur la pathologie générale. Cette science a des limites assez mal définies, et ce n'est pas ici le lieu de rechercher jusqu'où elles peuvent légitimement s'étendre. Vous connaissez tous le vaste et beau programme suivi par l'éminent collègue qui est chargé de cet enseignement. Plusieurs médecins que des liens attachent à cette Faculté ont, dans des ouvrages estimés, marché plus ou moins loin sur ses traces. Mais M. Chomel s'est imposé des bornes plus restreintes.

Définir exactement les termes usités en pathologie, étudier les causes générales des maladies, décrire tout ce qui leur est commun, établir la valeur des principaux symptômes, rechercher dans l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique, les principes généraux qui doivent diriger pour l'étude et l'exercice de l'art, tel est le plan adopté par M. Chomel.

Son livre a réalisé un progrès véritable. Dès son apparition, il a éclipsé les institutions de Boerhaave, celles si estimées de Gaubius, la pathologie générale de Sprengel, les séméiotiques de Landré-Beauvais et de Double. Quatre éditions successives, des traductions dans toutes les langues de l'Europe, prouvent avec quelle estime l'ouvrage de M. Chomel a été partout accueilli.

Ce long succès n'a pas été dû à ce que l'auteur aurait mis en avant ou défendu l'une de ces nouveautés qui captivent, qu'on accepte par une sorte d'entraînement, mais qu'on abandonne aussitôt que la raison a repris son empire. M. Chomel nous avoue avec sincérité (2) qu'il n'a pas le genre d'esprit, l'espèce de capacité nécessaire pour créer des systèmes ; mais, grâce à Dieu, il n'a pas eu non plus, et il s'en glorifie à juste titre, cette facilité de conviction qui conduit à les accepter, à les subir. Dans son ouvrage, il a su rester dans la limite des faits constatés et ramenés presque toujours à leur signification clinique. Des livres ainsi conçus sont moins brillants, mais ils sont plus utiles, et le temps, ce juge impartial, finit tôt ou tard par leur donner cette consécration qui manque aux premiers. M. Chomel, publiant après quarante ans la quatrième édition de sa pathologie, a pu déclarer, non sans un légitime orgueil, que si les progrès de la science l'ont forcé de faire de nombreuses additions, il n'avait eu pourtant à retrancher rien d'essentiel. C'est là le meilleur éloge ; c'est à ce résultat qu'on arrive lorsqu'on suit ces méthodes d'observation si généralement pratiquées ici, et qui seront une des gloires de notre époque et de notre pays.

Disons enfin que cet ouvrage, dans toutes ses parties, est si clair, si lucide, si compréhensible pour tous, que chaque lecteur peut aisément se laisser aller à l'illusion qu'il aurait pu le faire. Ne croyez pas que cette apparente simplicité soit un défaut ; car c'est à ce caractère même qu'un des plus grands maîtres dans l'art d'écrire, Pascal (3), reconnaissait les meilleurs livres.

Fuyez, Messieurs, fuyez ces esprits nébuleux, ces génies obscurs, ces espèces de métaphysiciens de notre science, qui voudraient vous persuader qu'une idée élevée ne saurait être exprimée clairement. Dites-leur que les grands écrivains ont suffisamment prouvé, par leur exemple, que la clarté des expressions peut et doit s'allier à l'élévation de la pensée. Pour ne citer que des modèles qui nous touchent de plus près, voyez Bichat, Cuvier, Laënnec ; ils ont enrichi la science de vérités neuves, sublimes, qu'ils ont su exprimer dans ce langage clair, correct, qui saisit et illumine.

A l'époque où M. Chomel publiait la première édition de sa *Pathologie générale*, commençait déjà dans notre science cette agitation qui, continuée pendant vingt années, a profondément remué tous les esprits. Broussais avait depuis un an lancé son manifeste de guerre, l'*Examen des doctrines*. Brisant avec tout le passé, sans merci pour la tradition, il terminait par une secousse violente le règne de Pinel, jusqu'alors si pacifique, mais depuis quelque temps déjà sur son déclin.

Appeler les médecins à l'étude des lésions locales, à l'interprétation exacte des symptômes, ce n'était point faire de la nouveauté, c'était marcher simplement dans la voie glorieusement ouverte par Morgagni, suivie par presque tous les élèves de Pinel et de Corvisart, que Broussais allait trouver pour adversaires, et à la tête desquels marchait Laënnec. Mais Broussais voulut plus encore, il tenta de systématiser la médecine tout entière. Se fondant en partie sur des conditions organiques non démontrables, il dichotomise à son point de vue la pathologie, comme d'autres réformateurs, depuis Thémison jusqu'à Brown, l'avaient vainement tenté.

Ce n'est point ici le moment de vous rappeler les bases d'un système presque séduisant, mais aujourd'hui à peu près oublié, et qui fut enfanté néanmoins par une des intelligences les plus belles, les plus riches de ce siècle. Impatiente de toute entrave, elle a voulu devancer l'observation au lieu de marcher avec elle, comme si, dans les sciences exactes, ce n'était pas, ainsi que l'a dit Cuvier, la patience d'un bon esprit, quand elle est invincible, qui constitue véritablement le génie (4).

Disons cependant ici, pour la gloire de ceux qui luttèrent et vainquirent, combien fut grande la puissance de celui qui put agiter si longtemps et si violemment le sol médical.

Caractère énergique, ami de la controverse, généralisateur hardi, dialecticien pressant, critique passionné et redoutable, écrivain pittoresque et entraînant, plein d'esprit et de verve, maniant bien l'ironie, mais descendant souvent jusqu'au sarcasme, jusqu'à l'injure, réchauffant même au besoin l'enthousiasme en y mêlant parfois la passion politique, ayant dans sa chaire quelque chose du tribun, Broussais fascina, fanatisa plutôt encore qu'il ne convainquit la jeune génération médicale.

M. Chomel, qui de sa nature était fort peu enthousiaste, ne partagea pas cet entraînement. Son expérience, quoique jeune encore, mais mûrie déjà par la pratique des hôpitaux, et surtout son sens droit, ne pouvaient lui faire accepter un système trop simple pour être vrai, qui méconnaissait la spécificité, les maladies générales, et qui rayait arbitrairement du cadre nosologique les fièvres, pour en faire une des expressions de la gastro-entérite.

M. Chomel ne fit pas une opposition silencieuse, mais active, et dans un journal qu'il rédigeait en compagnie d'hommes qui depuis sont arrivés au premier rang, et dont deux siégent encore dans cette enceinte (1), il fit une critique de l'ouvrage de Broussais, avec cette logique, cette raison, ce sens pratique qui de tout temps ont été un des caractères dominants de son esprit. Bientôt il publia son *Traité des fièvres* (2).

Cet ouvrage, entrepris à une époque de transition, a rapidement vieilli ; mais lorsqu'il parut il réalisa un progrès véritable. L'auteur reconnaissait, en effet, la fréquence très-grande des ulcérations intestinales dans certaines formes de fièvres continues ; il réduisait le nombre des pyrexies, si arbitrairement admis par Pinel, et rétablissait comme espèces distinctes les fièvres intermittentes et rémittentes.

La lutte se fût peut-être prolongée longtemps encore, sans l'intervention d'un auxiliaire jusqu'alors inconnu. Un médecin, docteur de cette Faculté, avait, en 1814, quitté notre pays pour aller exercer la médecine à l'étranger. Revenu en France après sept années, il trouve dans la science cette agitation dont je vous parlais tantôt. Il lit les livres, il suit les cours du réformateur dont tous les échos lui répétaient le nom, mais il ne peut être convaincu. Pour dissiper ses doutes, il résolut de se livrer à l'observation, et, pour obtenir plus sûrement le but qu'il se proposait d'atteindre, il voulut s'y consacrer sans partage. A l'âge de trente-trois ans, c'est-à-dire à l'âge de la vigueur et de l'ambition, il s'enferme pendant sept années consécutives dans les salles de la Charité, dirigées par M. Chomel, et il y recueille lui-même avec un soin, une sévérité jusqu'alors presque inconnus, près de cinq mille histoires particulières de maladies diverses. Ce médecin, vous l'avez tous nommé, Messieurs : c'était M. Louis ; car nul dans ce siècle n'a donné un pareil exemple de probité, d'abnégation et d'amour pour la science.

Ces observations, méthodiquement analysées, furent la base de divers mémoires anatomo-pathologiques et de deux livres qui ne périront point, les traités sur la *Phthisie* et sur la *Fièvre typhoïde*.

Ces travaux opérèrent une véritable révolution et mirent à nu l'inanité du système. Le hardi réformateur, vaincu pour toujours, déserta bientôt le champ de bataille ; mais, poussé encore par cette humeur belliqueuse qui résistera à toutes les défaites, il courut dans une autre arène se mesurer avec de redoutables rivaux sur ce terrain glissant de la métaphysique, où il est plus difficile de juger des coups, et qui est bien autrement favorable aux aventures de la pensée que ne le sont les sciences pathologiques.

En consommant la ruine des doctrines de Broussais, les recherches de M. Louis eurent un mérite plus grand encore : elles inaugurèrent un procédé nouveau pour s'élever avec sûreté des faits particuliers aux faits généraux ; elles firent connaître cette méthode puissante, dite *analytique et numérique*, dont M. Louis est le glorieux créateur, et dont son livre sur la fièvre typhoïde est la plus belle application.

Je l'ai dit déjà, Messieurs, c'est dans les salles mêmes de M. Chomel que tous ces faits étaient recueillis, que ces résultats, qui contrariaient quelques-unes de ses opinions, étaient obtenus. Mais, tant est grande la puissance de la vérité sur les âmes honnêtes d'une part, M. Louis n'hésita pas un seul instant à publier des observations opposées aux idées d'un ami qui lui facilitait les moyens de se livrer à l'étude, et à côté de cette indépendance de caractère nous voyons un esprit ferme, cédant d'habitude très-difficilement, accepter aussitôt des faits contraires à ces convictions premières auxquelles le plus souvent nous tenons opiniâtrément, et qui avaient été trouvés à côté de lui, sur son propre terrain, et sans qu'il y ait eu une part directe.

Si M. Louis seul a opéré la fusion des fièvres continues graves de notre climat, ce fut M. Chomel qui, par des leçons demeurées célèbres (3), vulgarisa et fit accepter cette grande idée, l'une des plus fécondes du siècle, qui établit mieux encore qu'on ne l'avait fait le rôle et la valeur des lésions intestinales, le caractère général de la maladie qui en fait une pyrexie et non une phlegmasie vulgaire, doctrine que les beaux travaux d'hématologie de MM. les professeurs Andral et Gavarret ont appuyée d'une démonstration nouvelle.

M. Chomel avait l'esprit trop droit ; l'amour, la passion de la vérité, étaient trop dans son âme pour ne pas accepter comme un bienfait l'application franche de la méthode numérique aux études pathologiques : il l'a défendue à l'Académie de médecine en 1837, et les pages qu'il lui a consacrées dans sa *Pathologie générale* resteront toujours comme des modèles de discussion.

Comment oser encore contester la supériorité d'une méthode qui ordonne avant tout de recueillir avec soin des faits nombreux, de les analyser et de les comparer entre eux. C'est soutenir, par exemple, que de deux médecins également instruits, voulant faire part de l'expérience acquise dans le même temps, dans les mêmes lieux, sur le même champ d'observation, celui qui conclurait d'après ses souvenirs seuls devrait mériter plus de confiance que celui qui, après avoir recueilli tous les faits, les aurait analysés, groupés par catégories, et

(1) *Traité de l'expérience*, t. Ier, p. 246, Paris, 1774.
(2) M. Raige-Delorme, bibliothécaire de la Faculté.

(1) Année 1817.
(2) *Des dyspepsies*, p. 5.
(3) *Pensées*, p. 43. Paris, 1848.
(4) *Éloge de Haüy*.

(1) *Nouveau Journal de médecine*, t. XIII, rédigé par MM. Béclard, Chomel, J. et Hip. Cloquet, Orfila, Rostan, et un moment par Magendie.
(2) Année 1821.
(3) Leçons rédigées par le docteur Genest ; Paris, 1834.

comptés avec la rigueur qu'exige la méthode numérique. Quelle singulière logique que celle qui autorise une addition approximative, c'est-à-dire presque nécessairement inexacte, et qui blâme au contraire une addition rigoureuse!

Ne soyez pas trop surpris, Messieurs, de cette aberration, quelque étrange qu'elle soit. L'histoire des sciences vous apprendra que de tout temps il a existé des personnes qui étaient mal à l'aise avec les faits. Il est si long, si pénible, si ennuyeux parfois, de les recueillir avec exactitude, que pour beaucoup il est bien plus aisé, plus commode d'inventer, de supposer, et, comme l'a dit Voltaire, ces esprits aiment mieux rêver doucement que se fatiguer (1). Enfin, sans devenir trop misanthropes, je crains bien que vous ne confirmiez plus tard par votre expérience ce qu'a dit un des meilleurs moralistes du dix-septième siècle: que *la plupart des hommes ne raisonnent guère, mais embrassent leurs opinions par la pente de leur cœur et par cette vue confuse qui n'est autre chose que la fantaisie* (2).

Oui, Messieurs, la fantaisie! qui, dans les beaux-arts du moins, comme en littérature, est encore dirigée ou contenue par les règles du bon goût; mais dans les sciences, en médecine surtout, la fantaisie, c'est nécessairement un mélange de vérités et d'erreurs, c'est souvent le chaos; la fantaisie, ce sont les systèmes qui tous, sans exception, ont déshonoré la médecine et l'ont fait rétrograder. La méthode numérique met un frein à ce désordre, à cette anarchie. Elle ne substitue pas, comme on l'a dit faussement, le calcul, l'arithmétique, au raisonnement; mais, ainsi que M. Chomel le remarque lui-même, les résultats numériques fournis par le rapprochement d'un grand nombre de faits exacts donnent au raisonnement une base plus positive, une direction plus sûre. Ce sont eux aussi qui inspirent les meilleures indications thérapeutiques, s'il est vrai (et cela est incontestable) que celles-ci doivent être nécessairement dictées par l'expérience et non par les idées théoriques. Si jamais vous puisiez à cette dernière source (source impure), vous feriez alors de la *fantaisie* en thérapeutique; mais sachez bien, Messieurs, qu'en vous y livrant, vous compromettrez à la fois l'art médical et votre propre renommée.

Les titres de M. Chomel comme écrivain, ses succès dans l'enseignement particulier, avaient entouré son nom d'une célébrité précoce, mais bien méritée; aussi, lorsqu'en 1823 on institua notre agrégation, M. Chomel fut désigné tout aussitôt pour occuper une des 24 places d'agrégés qui étaient créées près notre Faculté. Il était digne déjà de s'asseoir parmi les maîtres. Ce fut quatre ans plus tard qu'il fut appelé par le vœu de cette École à succéder à Laënnec dans la chaire de clinique médicale (3).

C'était, Messieurs, recueillir une succession des plus périlleuses, car Laënnec était sans contredit la personnification médicale la plus grande du dix-neuvième siècle. Avec Corvisart, Bayle et Dupuytren, il avait en quelque sorte créé l'anatomie pathologique en France; il avait, par la plus admirable, la plus imprévue comme la plus simple des découvertes, doté le médecin d'un sens nouveau, éclairé d'une vive lumière les affections de plusieurs appareils, et en quelques années, sous l'étreinte d'une maladie mortelle, il avait élevé à notre science le plus beau monument de l'observation contemporaine, son *Traité d'auscultation médiate*.

En occupant la chaire illustrée par Laënnec, M. Chomel ne pouvait briller par ce prestige que donnait à son prédécesseur une découverte dont on venait apprendre chez lui tous les secrets. Mais, comme tous les inventeurs, absorbé par le sujet habituel et favori de ses méditations, Laënnec se renfermait un peu trop exclusivement dans l'étude des maladies de poitrine. M. Chomel, initié à tous les détails de la découverte, voulut parcourir tout le champ de la clinique, c'est-à-dire la médecine entière, et pour diriger ses élèves, il apportait une instruction théorique des plus complètes, une habileté clinique de premier ordre, et une ardeur à remplir ses devoirs que rien n'a pu refroidir.

Ce fut d'abord à la Charité que M. Chomel professa la clinique; mais, en 1830, il vint remplacer à l'Hôtel-Dieu M. Récamier. En entrant dans ce grand hôpital, M. Chomel s'exposait à un nouveau péril. L'enseignement clinique y était représenté par Dupuytren seul, qui dominait tout et absorbait entièrement la faveur publique. M. Récamier, relégué dans un sombre et petit amphithéâtre situé presque sous les combles, n'attirait qu'un bien petit nombre d'élèves. Quel contraste d'ailleurs il faisait avec son redoutable voisin, comme avec celui qui allait lui succéder!

M. Récamier, médecin bienfaisant, honnête et désintéressé, a enrichi l'art de guérir de méthodes et de perfectionnements qui recommanderont son nom à la postérité; mais quelle étrange nature! Imagination vive, trop souvent désordonnée, près d'un malade il avait plutôt l'air d'un inspiré que d'un médecin qui réfléchit, se recueille et raisonne. Employant un langage imagé, coloré, mais souvent obscur et même inintelligible pour ses plus fervents adeptes, il avait en thérapeutique la crédulité et l'inconstance d'un enfant. Que de substances inertes, immondes, ridicules, n'a-t-il pas prônés! Toujours il avait une méthode, un remède souverain qu'il vantait avec un enthousiasme, une conviction qu'on eût été tenté de partager s'il n'avait été le premier à les abandonner. Son caractère était des plus entreprenants, et comme si la thérapeutique médicale ne laissait pas un champ assez vaste à son besoin d'agir sans cesse, il allait jusque sur le domaine chirurgical, pratiquant des opérations d'une hardiesse capable d'intimider même les téméraires.

A côté de lui, quel contraste ou plutôt quelle critique vivante! Dupuytren, d'une activité que rien ne pouvait lasser, d'un jugement exquis, d'un coup d'œil prompt et sûr; aussi admirable par la précision de son diagnostic que par sa facilité à trouver des ressources nouvelles et par la sûreté avec laquelle il en faisait l'application; sachant tout combiner, tout prévoir, et même dans ces surprises inévitables dans la vie chirurgicale, conservant ce sang-froid, cette confiance qui lui faisaient tout combattre, tout réparer. Professeur sans rival par sa lucidité, par sa parole élevée, et jusque par ce port majestueux, par cette mâle figure d'une beauté antique: tout en lui révélait l'homme supérieur, tout en lui inspirait le respect et l'admiration.

(1) *Dictionnaire philosophique*, article *Métaphysique*.
(2) Nicole, *Pensées*.
(3) 19 janvier 1827.

Pardon, Messieurs, pour ce souvenir vers un passé déjà lointain; mais en pénétrant avec vous dans notre Hôtel-Dieu, je me suis souvenu, non sans émotion, de celui qui fut mon premier maître, qui m'honora de quelque bienveillance, auprès duquel j'ai vécu deux années à une époque où nul n'eût osé contester sa gloire, car elle brillait comme le soleil. C'est donc pour moi un bonheur comme un devoir de vous dire que cet homme, qu'on essayerait vainement d'amoindrir, fut grand par ses actes, grand par l'impulsion féconde qu'il a imprimée aux études chirurgicales, et dont vous recueillez aujourd'hui les fruits. Enfin, dans cette enceinte, que son nom ne soit prononcé qu'avec un sentiment de respect mêlé de gratitude; car il a honoré notre Faculté, il a donné à son enseignement clinique un lustre incomparable, et en mourant il a consacré une partie de sa fortune, honorablement acquise par le travail, pour créer une chaire et un musée qui, je l'espère, sera un jour sans rival en Europe.

M. Chomel était non moins bien doué pour comprendre ce que doit être l'enseignement de la clinique médicale, et pour en remplir tous les devoirs.

Observateur calme, fidèle, non prévenu, sans préjugés ni sans passion, capable d'une attention soutenue, il savait appliquer des sens parfaitement exercés à l'examen des phénomènes morbides, et recevoir fidèlement les sensations qu'ils lui donnaient. Saisissant tout dans un objet, sachant l'examiner sous toutes ses faces, maniant aussi bien la synthèse que l'analyse, d'une sagacité merveilleuse, il était aussi remarquable par la promptitude que par la sûreté de ses jugements. Aussi nul n'a plus brillé que lui par la précision du diagnostic, par la réserve et par la perspicacité de ses pronostics, comme par son habileté à saisir les indications.

Sa thérapeutique se recommandait par la prudence, par la sagesse. Il était également éloigné de ceux qui, trop confiants dans la nature, restent dans une inactivité coupable, et de ceux qui, poussés par le démon d'agir, prodiguent les remèdes. Adoptant en aveugles tout ce qui est nouveau ou étrange, élevant les doses sans mesure, ils inspirent aux autres leur propre témérité, ou bien ils font des médecins désabusés dès les premiers revers. Le découragement est facile lorsqu'on ignore quelle est la puissance et quelles sont les limites de l'art; trop souvent alors on se croit désarmé, parce qu'on a vécu d'illusions, et qu'on ignore les ressources dont un médecin instruit sait toujours disposer à propos.

M. Chomel se montrait réservé dans les expérimentations; car s'il ne méconnaissait point les droits de la science et du progrès, il mettait pourtant en première ligne ceux de l'humanité, et il prenait toujours pour base de sa pratique ce précepte, qui domine toute la vie morale de l'homme: de *ne pas faire à autrui ce que nous ne voudrions point qu'on nous fît*.

Il connaissait d'ailleurs mieux qu'un autre toutes les difficultés de l'expérimentation en thérapeutique. Dans quelques pages qui resteront comme des modèles, il a su tracer les règles qu'il faut suivre de toute nécessité si on veut apprécier sainement l'action des remèdes. Ces préceptes ont été bien souvent méconnus de ceux-là mêmes qui expérimentent sans cesse; ignorance fatale, qui a mis et qui met encore la thérapeutique dans un état d'infériorité, et a engendré chez les uns un scepticisme honteux, chez les autres une crédulité puérile! M. Chomel a rigoureusement appliqué ces règles d'une bonne expérimentation à tous les médicaments dont il a étudié les effets; je citerai seulement le sulfate de quinine, dont il a, avec Double, démontré le premier les vertus anti-périodiques, donnant ainsi la sanction clinique à l'immortelle découverte de MM. Pelletier et Caventou.

C'est cette sévérité bien connue de M. Chomel, ainsi que son incorruptible honnêteté, qui toujours ont fait accepter de ses contemporains, comme des arrêts, les jugements qu'il a portés sur toutes ces méthodes qui avaient étonné par leur hardiesse ou leur témérité.

La thérapeutique n'est pas tout entière dans les médicaments; il y a en effet une thérapeutique morale. L'homme de cœur la comprend, il la pratique d'inspiration. M. Chomel y a excellé; car son esprit cultivé, sa raison ferme, son cœur aimant, lui permettaient toujours de réveiller à propos ce sentiment qui sommeille parfois en nous, mais qui ne s'éteint jamais, l'espérance, si douce aux malheureux, et que le médecin peut, mieux que tout autre, faire luire à tous ceux qui souffrent quand il a le double prestige que donnent la science et un beau caractère.

M. Chomel ne prêchait pas seulement par l'exemple, mais, mentor toujours bienveillant, il habituait avec un soin particulier ses élèves à ces explorations, à ces interrogatoires qui, bien dirigés, conduisent au diagnostic, et dont il faut prendre l'habitude dès aujourd'hui, si vous ne voulez pas plus tard acquérir cette expérience au détriment de ceux qui se confieront à vous.

Ce qui distinguait encore l'enseignement de M. Chomel, c'est que l'âme honnête du professeur s'y révélait tout entière. Rien n'était caché pour ses élèves. Plus soucieux d'être utile que de briller, il tenait bien moins à en imposer par un de ces tours de force dus le plus souvent à un hasard heureux, que de montrer par quelle série d'opérations un esprit attentif et judicieux peut s'élever à une juste interprétation des phénomènes morbides, mettant ainsi tout le monde dans le secret de ce qui faisait sa supériorité, c'est-à-dire dans l'art de découvrir les choses. Enfin exprimant franchement ses doutes, et ne dissimulant rien, pas même ses fautes; sans prédilection pour une classe de maladies, il parcourait le cadre entier de la pathologie, et tenait surtout à familiariser ses auditeurs avec les affections les plus vulgaires.

Dans ses leçons à l'amphithéâtre, il brillait par l'habile disposition des matériaux, par une exposition simple, lumineuse, par une logique entraînante, sachant mettre ses idées à la portée de tous les esprits, analysant, discutant la maladie, sans perdre de vue le malade. Toujours maître de lui-même et ne fuyant pas les difficultés, on ne le voyait jamais s'égarer dans ces développements de pathologie pure vers lesquels on incline, parce que nous penchons vers ce qui est le plus facile, et qui trop souvent ont fait dévier l'enseignement de la clinique.

Ces qualités si diverses, et que le temps, loin d'affaiblir, n'avait fait que perfectionner, vous expliquent la juste popularité dont le professorat de M. Chomel a joui pendant vingt-cinq ans. Ce n'est certes pas une gloire vulgaire que d'avoir pu, en venant à l'Hôtel-Dieu, partager avec Dupuytren la faveur publique, et élever à côté de lui un enseignement qui eut le même éclat.

Cette réputation de clinicien consommé que M. Chomel avait conquise, aussi bien que ses qualités morales, en avaient fait en quelque sorte le modèle, le type du médecin consultant.

Dans ces circonstances où le médecin exerce en quelque sorte le rôle d'arbitre, dans ces conditions parfois si délicates où il faut rectifier des jugements portés sur la nature ou l'issue d'une maladie, donner à la thérapeutique une direction parfois tout opposée, ranimer la confiance défaillante du malade et de sa famille, combattre des préjugés, raffermir la position du médecin ordinaire, compromise ou seulement ébranlée, combien il faut d'adresse, de perspicacité, pour naviguer sûrement à travers tous ces écueils, pour sauvegarder à fois tous les intérêts, pour ne blesser aucun amour-propre, pour ne faire naître aucune susceptibilité! M. Chomel est toujours resté à la hauteur de cette tâche difficile, et dans le cas où son art était impuissant pour guérir, il savait du moins donner cette confiance qui est un des grands bienfaits de la médecine.

Mais sachez-le bien, Messieurs, pour savoir l'inspirer il ne suffit pas d'être un médecin instruit, savant même, il faut surtout jouir de cette estime qui ne s'acquiert que par une conduite irréprochable. Ce n'est certes pas sans raison que les anciens, dans leur définition du médecin, comme de l'orateur, plaçaient la probité avant le talent.

M. Chomel a dû à cette digne alliance les amitiés les plus illustres, la grande considération dont il a joui, la faveur qu'il eut auprès des pouvoirs publics, la confiance qu'il sut inspirer aussi bien chez le pauvre que dans le palais des souverains. Lorsqu'en juillet 1842 la famille royale fut frappée par une de ces catastrophes qui, en France, excitent toujours la sympathie de tous les partis, ce fut à M. Chomel qu'un roi, qu'un père au désespoir s'adressa pour porter à sa belle-fille la nouvelle du malheur qui les frappait; noble témoignage rendu au cœur compatissant, à l'esprit éclairé, à la raison à la fois élevée et ferme de M. Chomel.

En remplissant aussi complétement tous les devoirs que la profession médicale nous impose, M. Chomel avait su commander à tous le respect que mérite l'importance de notre ministère. Il voulait que la médecine fût grande, qu'elle fût honorée. Mais il était de ceux qui croyaient qu'on ne devait pas demander la considération à des lois protectrices, car elles sont incapables de la donner; le respect professionnel ne peut s'imposer que par l'honorabilité de la conduite et par la supériorité intellectuelle.

Aussi, comme tous les vrais amis de la médecine, M. Chomel ressentit un vif chagrin lorsque, en 1852, la profession médicale ne fut plus jugée digne de ces études littéraires qui, de tout temps, avaient ouvert l'entrée des carrières libérales, études qui, si elles sont nécessaires à toutes, sont pour le médecin plus indispensables encore.

La Faculté de médecine, gardienne vigilante des grandes traditions, n'avait cessé de se plaindre, et, par un vote unanime, elle avait, comme sa sœur de Montpellier, protesté contre une mesure regrettable, qui aurait infailliblement amené une prochaine décadence. Car il est avéré de tous qu'avant d'aborder les problèmes si ardus de notre science, il faut s'occuper de ces matières délicates de la morale et du goût, qui donnent au cœur les nobles impulsions, assouplissent l'esprit, développent en lui cette finesse de tact, cette idée du beau qui conduit souvent aux découvertes, et, dans l'exercice de l'art, contribue à nous donner cet ascendant moral qui ne peut être sûrement exercé qu'autant que le médecin se trouve, par son instruction littéraire, l'égal de tous. Éloquemment défendus par l'un de nos collègues au sein du conseil impérial (1), comme ils l'avaient été déjà au conseil académique par le chef de notre compagnie, nos vœux ont enfin été exaucés. Grâces en soient rendues à M. le ministre de l'instruction publique, qui, en nous restituant des études qui font une partie de notre force, a su en outre, par de nobles paroles, honorer notre science, notre profession et ceux qui l'exercent. En lui exprimant ici nos sentiments de respect et de gratitude, je crois être l'interprète fidèle du corps médical tout entier, dignement représenté par cette grande assemblée où je vois réunis le présent et l'avenir glorieux de notre belle science.

Pendant longtemps M. Chomel fut aussi heureux qu'il méritait de l'être. Estimé de tous, comblé de dignités (2), possédant une fortune honorablement acquise et bien employée, uni à une femme admirable de dévouement et modèle de toutes les vertus, entouré d'une belle et nombreuse famille, il avait mis le comble à tous ses vœux en unissant ses filles à des hommes dignes d'elles et dignes de lui par leur intelligence comme par la droiture de leur cœur. Un souffle a détruit tout ce bonheur: en trois années, deux de ses filles sont moissonnées à la fleur de l'âge; lui-même, frappé bientôt par l'affection qui nous l'a ravi, lutte pendant dix-huit mois au milieu des souffrances les plus cruelles. Connaissant tout le danger lorsque ses amis pouvaient encore se faire illusion, il oppose jusqu'au dernier jour la patience, la résignation d'une âme forte et élevée (3), il continue de prodiguer ses soins aux autres tant que ses forces le lui permettent; puis, lorsque vaincu par la souffrance tout mouvement lui est interdit, il prend la plume et compose ce traité *Des dyspepsies* qui fut son œuvre dernière, prouvant ainsi qu'on peut appliquer au médecin ce que Plutarque dit de l'homme d'État: *que la fin de la vie ne doit point être oisive, et que dans cet instant suprême il y a encore place pour la vertu et pour l'action* (4).

Tel a été M. Chomel; son nom vivra dans la science. Il n'y sera point entouré de cette auréole lumineuse qui est le privilége exclusif du génie et le prix des grandes découvertes. Mais, à côté de ces êtres exceptionnels dont la nature se montre avare, il y a encore une place à part pour ces hommes d'élite qui ont su comprendre leur époque, qui la représentent et la résument en quelque sorte. Ce sont eux, en effet, qui par leur science acquise, par la rectitude de leur esprit et

(1) M. le professeur Denonvilliers.
(2) M. Chomel était conseiller ordinaire de l'Université, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine, médecin consultant du roi Louis-Philippe, médecin ordinaire de Mme la duchesse d'Orleans, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre de Léopold.
(3) M. Chomel a succombé le 9 avril 1858, à son château de Morsan (Seine-et-Oise).
(4) *Vie de Lycurgue*.

leur probité, sont acceptés tacitement comme des arbitres souverains; qui jugent, marquent, consacrent les progrès, perfectionnent les découvertes, les popularisent, et par la sage direction qu'ils impriment aux esprits, inspirent les travaux, les dirigent vers les voies nouvelles. Enfin, dans les moments de luttes et de bouleversements scientifiques, lorsque des générations entières, ne sachant plus penser ni même douter, se laissent entraîner par le mirage trompeur des théories et des systèmes, ce sont ces mêmes hommes vraiment providentiels qui savent résister au courant, et ramènent leurs contemporains à la mesure du vrai par leur modération et leur sagesse.

M. Chomel sera compté parmi ces juges, parmi ces législateurs respectés. Vous l'avez vu, Messieurs, il possédait au plus haut degré cet esprit critique qui sera l'un des caractères les plus remarquables du dix-neuvième siècle ; il avait, pour le contenir et le diriger, cette rectitude de jugement, cet esprit pratique qui comprend vite et bien, qui saisit les difficultés et les tranche, cette incorruptible honnêteté qui fait accepter les vérités, quelle qu'en soit l'origine, cette candeur qui fait répudier les erreurs, même quand on les a défendues, cette lucidité dans l'exposition qui met aussitôt les autres dans le secret de nos propres pensées.

Ces dons, qui ne sont départis qu'aux intelligences supérieures, vous expliquent l'influence que M. Chomel a exercée sur ses contemporains. Cette influence a été grande, elle a été durable, comme tout ce qui est fondé sur l'estime ; elle a accompagné M. Chomel pendant toute sa vie professorale, elle se continuera longtemps encore par la tradition omme par les monuments écrits qu'il nous a laissés.

PROGRAMME DES PRIX.

La Faculté a décerné les prix dans l'ordre suivant :

Grand prix (médaille d'or). — M. Regnauld (Gustave), né à Bain (Ille-et-Vilaine).

1er *prix* (médaille d'argent). — M. Blondet (Edme-Pierre), né à Douzy (Nièvre).

1er *second prix*. — M. Wiéland-Alexandre Taylor, né à la Havane.

2e *second prix*. — M. Lancereaux (Etienne), né à Brécy (Ardennes).

Prix Montyon. — M. le docteur Moynier.

Mentions honorables. — MM. Maximin Legrand et Péan.

Prix Corvisart. — Aucun mémoire n'ayant été envoyé pour le prix Corvisart, la question est remise au concours pour l'année 1859.

ANESTHÉSIE DENTAIRE.

M. George, dentiste de Paris, vient d'adresser à l'Académie de médecine une note sur l'avulsion des dents sans douleur au moyen de l'électricité inductive; nous y distinguons les passages suivants :

« Il est deux conditions principales à observer :

» 1° *Concernant l'état actuel de la dent*. — Règle générale, l'insensibilité sera plus assurée dans les cas où la dent est plus saine, plus indolente, facile à saisir au davier sans inflammation de la gencive, que dans les cas contraires. Ainsi, par exemple, lorsqu'il y a fluxion, enflure, abcès, ou que la dent offre peu de prise, la douleur de l'extraction m'a paru plutôt augmentée que diminuée par le galvanisme.

» 2° *Conditions relatives au procédé opératoire*. — Voici celles que j'observe dans ma pratique : D'abord j'emploie l'instrument de M. Duchenne (de Boulogne), qui me semble le plus avantageux. J'ai fait disposer cet instrument sous le fauteuil, et au lieu de réophores ordinaires, j'ai adapté sur le bras du fauteuil et à la portée de la main gauche du patient, une plaque de cuivre à laquelle aboutit par un fil conducteur le pôle positif, l'autre pôle aboutissant par un second fil au métal du davier. Enfin, un petit tube à eau régulateur, s'élevant au niveau du dossier, permet facilement à l'opérateur de graduer la force du courant voulue.

« En cet état de choses, le patient s'assied sur le fauteuil, ne voyant rien de l'appareil électrique. Je lui dis de poser la main sur la plaque de cuivre, et, lui mettant le davier dans la main droite, je m'assure du courant et je prend ainsi le degré nécessaire de la faradisation. Cela fait, le patient ôte la main de dessus la plaque et je lui reprends dans l'autre le davier que j'applique aussitôt à la dent. Lorsque celle-ci se trouve convenablement prise pour l'avulsion, je dis au patient de remettre la main sur la plaque de cuivre, et le courant s'établit. Dès que j'en suis sûr, j'exécute le mouvement d'extraction, ce qui a lieu presque instantanément. »

Les conditions ci-dessus bien remplies, dit M. George, la douleur doit être notablement diminuée s'il n'y a pas anesthésie locale complète.

Les doutes et les insuccès, selon l'auteur de la note, peuvent tenir :

1° A ce que l'on s'est servi de la clef de Garangeot, dont le métal ne s'applique qu'à une portion trop peu étendue de la dent. Il faut préférer le davier.

2° A ce qu'on aura opéré l'arrachement dans un moment d'intermittence du courant électrique. Or, les meilleurs instruments sont sujets à ces intermittences.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 novembre 1858. — Présidence de M. Despretz.

Méthode hémospasique dans le traitement des fièvres intermittentes. — M. LE MINISTRE DE LA GUERRE transmet un rapport du médecin en chef de l'hôpital du Dey à Alger, M. le docteur Léonard, sur les essais faits dans cet hôpital avec le concours de M. Junod.

En adressant ce rapport à M. le ministre, M. le président du conseil de santé des armées l'accompagne de la lettre suivante :

« Monsieur le maréchal,

» M. le docteur Junod a communiqué à l'Académie des sciences, dans sa séance du 14 juin dernier, et a livré à la publicité les résultats des expériences qu'il avait été admis à pratiquer dans les premiers mois de l'année courante à l'hôpital du Dey à Alger sur les effets de l'hémospasie dans le traitement des fièvres intermittentes endémiques. De son côté, le médecin en chef de l'hôpital du Dey s'est empressé d'envoyer au conseil de santé un rapport où ces mêmes résultats se trouvent exposés tels qu'ils ont été notés par les médecins traitants dans le service desquels les expérimentations ont eu lieu. Ce rapport étant de nature à fournir à l'Académie des sciences des renseignements explicites sur les faits médicaux soumis à son examen et sur les essais tentés par M. le docteur Junod, le conseil de santé a l'honneur d'en adresser une copie textuelle à Votre Excellence, laissant à sa haute appréciation le soin de décider s'il y a lieu de transmettre ce document à l'Académie. »

Le rapport et la lettre qui l'accompagne sont renvoyés à la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Junod, commission qui se compose de MM. Serres, Andral, Rayer.

Taille sous-pubienne membraneuse. — M. HEURTELOUP, à l'occasion d'une communication récente, fait la communication suivante :

Dans sa séance du 11 octobre dernier l'Académie a entendu des remarques sur la *taille sous-pubienne membraneuse* dont je l'avais entretenue dans la séance du 6 septembre. Je demande la permission d'opposer à ces remarques les réponses suivantes :

1° Une opération qui n'a jamais été faite, ou du moins qu'on ne prouve pas avoir été faite, est une opération nouvelle, et n'est pas une résurrection. Or on n'a jamais dans la taille extrait des pierres entières sans entamer le col, et le mot consacré, *cystotomie*, ne convient même pas à ma taille membraneuse. Or, pour forcer de changer ainsi le nom, il faut bien que j'aie changé la chose.

2° Dans la taille par le *grand appareil*, à laquelle on fait allusion, on coupait toujours le col, et il ne peut être raisonnable de lui assimiler une opération dans laquelle cette section n'est pas opérée, dans laquelle il n'y a pas de *cystotomie*.

3° Beaucoup de chirurgiens, avant l'auteur de la note, ont fait la remarque très-élémentaire, et la nature elle-même a souvent prouvé que le col vésical pouvait se dilater ; mais personne n'a profité de cette dilatation pour faire sortir la pierre, après avoir simplement incisé l'urètre et sans faire de cystotomie.

4° Je n'avais pas à dire dans ma communication à quel degré je pensais que la dilatation de la partie membraneuse pût se faire, puisque je n'ai pas recours à cette dilatation..... (Commissaires, MM. Velpeau, Jobert, Civiale.)

— M. E. ABATE adresse de Naples une nouvelle note relative à la réclamation de priorité qu'il a élevée à l'égard de M. Burdel pour la *pathogénésie des fièvres paludéennes*.

Cette note est renvoyée, comme l'avait été la précédente, à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie, déjà saisie des communications de M. Burdel sur le même sujet.

— M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS transmet plusieurs exemplaires d'une brochure de M. le docteur Lalagade, directeur de la vaccine pour le département du Tarn, ayant pour titre : *Etudes théoriques et expérimentales sur le virus vaccin d'enfant et de revacciné*.

Cet opuscule est renvoyé à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL communique une lettre de Mme veuve Marsball-Hall demandant qu'un paquet cacheté déposé par son mari le 2 juillet 1855 soit ouvert et qu'une copie de la note contenue lui soit transmise, l'original restant dans les archives de l'Académie.

Le paquet est ouvert en séance. La note qu'il renfermo est relative à un projet de procédé opératoire pour l'extraction des calculs vésicaux.

Croup. — M. VELPEAU présente au nom de M. Vernhes, médecin à Béziers, une note intitulée : *Simples propositions sur le croup*.

L'auteur ayant remarqué que le département de l'Hérault, qui se trouve depuis trois ans sous l'influence d'une constitution médico-croupale des plus intenses et des plus meurtrières, ne présente plus depuis ce temps presque aucun cas de rougeoles, en a conclu que ces affections étaient jusqu'à un certain point similaires, et a été conduit à penser qu'en produisant par des moyens artificiels un exanthème général à la surface cutanée, on pourrait prévenir ou même arrêter dans son principe le développement du croup. Il a imaginé en conséquence une méthode de traitement qui consiste principalement à provoquer une éruption confluente sur tout le corps, au moyen du croton tiglium ; le reste du traitement se rapprochant d'ailleurs de celui qu'on pratique d'ordinaire en pareil cas. Il dit avoir constaté qu'après l'apparition de l'exanthème la formation de fausses membranes, si elle a déjà eu lieu, est complètement arrêtée. (Mêmes commissaires.)

— M. MILLON, en adressant de Revel (Haute-Garonne) un mémoire intitulé : *Considérations sur les ouvriers en cuivre*, demande que ce travail soit compris dans le nombre des pièces admises au concours pour le prix de médecine et de chirurgie.

— M. FAURE, en présentant pour le même concours un opuscule intitulé : *Le chloroforme et l'asphyxie*, y joint, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. CASTORANI, qui a présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie divers travaux concernant les *maladies des yeux* et les opérations auxquelles elles donnent lieu, exprime le désir de pouvoir répéter sous les yeux de la commission quelques-unes des expériences qu'il a faites sur les animaux vivants, expériences sur lesquelles se basent en partie ses procédés opératoires. (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

CORRESPONDANCE.

Lettre à M. le professeur VELPEAU *sur l'excision des conduits lacrymaux comme méthode curative de la tumeur et de la fistule lacrymales.*

Monsieur et illustre maître,

Il vient d'échapper à vos lèvres si savantes non-seulement une erreur très-certaine, mais qui plus est un reproche très-injuste à mon adresse. Il me suffira de les signaler à votre loyauté.

Vous dites, en effet, à propos de l'excision des conduits lacrymaux : « Il y a bien longtemps que j'ai, le premier, fait l'essai de ce moyen sur les malades atteints de tumeur et de fistule lacrymales. J'ai obtenu beaucoup de succès, auxquels, je dois le dire, sont venus se mêler aussi quelques revers. *Aussi n'est-ce point sans étonnement que j'ai vu un oculiste, distingué d'ailleurs, se proclamer tout récemment le fondateur de cette méthode.* » (Voy. *Gaz. des Hôp.*, n° 123, 1858.)

La vérité est que vous êtes le créateur de cette méthode, car je n'ai eu l'idée de l'expérimenter, il y a sept ou huit ans, que d'après l'examen d'observations recueillies dans votre service, et qui m'avaient été communiquées par un de mes élèves.

La vérité est que ces faits, très-intéressants à cette époque et encore inédits dans leurs principaux détails, m'ont mis sur la voie d'une doctrine nouvelle que j'ai formulée sur la nature étiologique de la tumeur lacrymale, doctrine en dehors de laquelle tout n'est plus que chaos dans la thérapeutique de cette affection.

Mais la vérité n'est pas que j'aie voulu dans l'espèce substituer mon mérite au vôtre ; je ne pousse pas jusque-là le désir du bien d'autrui.

En effet, je dis ceci dans la première livraison de mes *Mémoires pratiques sur les maladies des yeux*, 1857 (1) :

« On avait, avant nous, à peu près tout tenté pour guérir la tumeur et la fistule lacrymales; il est évident qu'il était bien difficile d'imaginer telle ou telle manœuvre opératoire tout à fait nouvelle.

» En effet, déjà l'oblitération des conduits lacrymaux avait été conseillée par Bosche d'abord à l'aide des caustiques, et par *notre maître à tous*, M. Velpeau, au moyen de l'excision palpébrale. » (P. 11.)

J'ajouterai ensuite qu'entre mes mains, et grâce aux excisions répétées au besoin, la guérison est devenue la règle générale. J'ajoute maintenant qu'*il n'y a pas de tumeur lacrymale possible avec l'oblitération réalisée de la partie antérieure des conduits lacrymaux.*

L'excision est assurément le moyen le plus efficace, jusqu'à présent, pour obtenir dans un temps donné cette occlusion. C'est celui auquel j'ai eu moi-même si souvent recours et avec d'excellents résultats.

Mais pour obtenir d'emblée cette occlusion des conduits, je vais faire plus, c'est-à-dire substituer à l'excision la cautérisation galvanique à l'aide de fils de platine introduits jusqu'au sac, puis chauffés à blanc. Bientôt, monsieur et illustre maître, j'aurai l'honneur d'appeler votre attention sur cette seconde phase de la question thérapeutique de la tumeur et de la fistule lacrymales.

Veuillez agréer, etc. Dr TAVIGNOT,

Professeur d'ophthalmologie au dispensaire Saint-Côme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour cinq places d'élèves en médecine et en chirurgie de 1re classe pour le service des hôpitaux de Marseille, s'ouvrira dans cette ville le lundi 6 décembre prochain.

Le lundi 20 décembre, un autre concours sera ouvert dans la même ville pour les places d'élèves en médecine et en chirurgie de 2e classe qui pourront devenir vacantes à la suite du premier concours.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions.

Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1859. La fin de cet exercice est fixée au 31 décembre 1861. Les élèves de 1re classe jouiront d'un traitement de 800 fr. par an. Ceux de 2e classe auront un traitement de 300 fr. par an.

— M. le professeur Paul Dubois commencera son cours de clinique d'accouchement à l'hôpital des Cliniques, jeudi prochain 18, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis.

— M. le professeur Nélaton commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital des Cliniques, mercredi 17, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le professeur Velpeau commencera son cours de clinique chirurgicale à la Charité, mercredi 17, et le continuera tous les jours, excepté le jeudi.

— Le gouvernement russe vient de nouveau d'interdire l'importation de diverses substances médicinales exploitées par le charlatanisme. Dans le nombre, se trouvent les pilules de Morisson et le fameux *Ravalenta Arabica*. Décidément, c'est du Nord que nous vient la lumière. (*Presse méd. belge.*)

— Une femme d'Elbing a mis au monde, il y a quelques jours, deux petites filles qui tenaient ensemble par la poitrine. Elles n'avaient qu'un os sternal, qu'un foie et qu'un estomac pour elles deux, mais le cœur et les poumons séparément, de même que le cou, la tête et les extrémités inférieures. Dans le voisinage de l'ombilic se trouvait une peau très-mince, qui s'est déchirée au moment de la naissance, et par laquelle les entrailles sont tombées, de sorte que les enfants sont mortes aussitôt. Le cadavre a été, dit-on, envoyé au musée d'histoire naturelle de Kœnigsberg. (*Gaz. de Cologne.*)

— M. le professeur Bouillaud commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le jeudi 18 novembre, et les continuera les mardi, jeudi et vendredi de chaque semaine. — Visite à huit heures. — Leçon à neuf heures.

— M. le docteur F. A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ouvrira son cours de *thérapeutique générale et appliquée* le jeudi 18 novembre, à 5 heures du soir, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

(1) Chez Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 135. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 135. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 17 novembre 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après les explications données de part et d'autre à l'Académie par MM. Bouvier et Bouchut, au sujet de l'incident soulevé dans la dernière séance, cet incident se trouve heureusement terminé ; nous n'avons qu'à nous féliciter de cette issue, à laquelle nos réflexions n'ont peut-être pas été tout à fait étrangères.

Si de l'incident nous passons au fond, nous éprouvons cette autre satisfaction d'avoir vu la question replacée sur son véritable terrain, et la discussion engagée sur les points qu'il est dans les vœux et les désirs de tous de voir éclaircir, savoir : Quels sont les effets du tubage de la glotte ? quels services il est possible d'en espérer pour l'avenir ? quels sont ceux qu'a rendus jusqu'ici la trachéotomie ?

C'est M. Malgaigne qui est venu le premier formuler à la tribune une complète et absolue opposition sur ces deux points avec les termes du rapport.

Les conclusions, on s'en souvient, et nous l'avons fait remarquer lors de la lecture du rapport, accordaient au tubage plus que M. Bouchut lui-même ne leur avait demandé ; et l'on s'était quelque peu étonné de cette libéralité, à laquelle le rapport lui-même n'avait point préparé. On sait en quels termes M. Bouvier a fait ressortir cette légère inconséquence. Aussi M. Trousseau est-il venu aujourd'hui soumettre à l'Académie de nouvelles conclusions, qui sont mieux en harmonie avec leurs prémisses. La logique est sauve cette fois. Mais les nouvelles conclusions sont-elles mieux fondées que les premières ? Là est la question tout entière.

En ce qui concerne le tubage, M. Malgaigne ne veut pas plus des premières conclusions que des nouvelles. S'étant mieux pénétré que ne paraît l'avoir fait M. le rapporteur du but de la communication de M. Bouchut, — qui ne demandait point à l'Académie un jugement dont les éléments lui manquaient encore, mais qui appelait seulement son attention sur une méthode dont les premiers essais avaient démontré l'application possible et jusqu'à un certain point facile, — M. Malgaigne ne demande qu'une chose : c'est qu'on se borne pour toute conclusion à voter des remercîments à M. Bouchut, réservant tout jugement sur la méthode, à laquelle il croit de l'avenir, mais qui ne lui paraît pas encore susceptible d'être appréciée.

Mais pour juger un jour la valeur du tubage et les services qu'il poura rendre, il faudrait savoir à quoi s'en tenir sur la trachéotomie ; car si le tubage vaut, il vaudra surtout d'autant mieux que la trachéotomie vaudra moins. De là l'enquête sur les résultats de cette dernière opération, dont M. Malgaigne a fait un tableau moins flatté que celui qui en avait été fait dans les précédentes séances. Lequel est le vrai ?

Si nous acceptons sans réserve les judicieuses réflexions de M. Malgaigne sur le tubage, et les sages réserves qu'il propose d'introduire dans les conclusions, nous avouerons n'avoir pas été aussi facile à convaincre en ce qui touche la trachéotomie. C'est là une question extrêmement difficile que la statistique semble jusqu'à présent avoir plus embrouillée qu'éclaircie, parce qu'elle n'a pas toujours tenu compte des conditions très-différentes dans lesquelles l'opération a été faite. Ce ne sera pas trop de cette discussion pour nous édifier à cet égard. Heureux encore si elle nous met en mesure de fixer notre opinion.

Avant M. Malgaigne, l'Académie avait entendu une bonne dissertation de M. Piorry, non pas précisément sur le tubage et la trachéotomie, qui n'ont figuré qu'au second plan dans ce discours, mais à propos de ces deux opérations, sur la nécessité de porter le flambeau de l'analyse physiologique et pathologique sur les affections groupées sous les noms d'angines couenneuses et de croup.

M. J. Cloquet, dans une courte allocution, a rétabli les faits relatifs à la question de priorité soulevée au sujet de l'anesthésie croupale. C'est là un point d'un intérêt secondaire dans la discussion.

A mardi la suite de la discussion. — Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Du chancre de la bouche et de son diagnostic différentiel (1).

Il est de la plus haute importance de ne pas confondre les chancres de la cavité buccale avec les affections étrangères à la vérole, ou avec les affections syphilitiques secondaires ou tertiaires qui peuvent les simuler ; car dans ces cas le médecin a souvent à répondre d'une manière précise aux magistrats ; puis, dans une maladie comme celle qui nous occupe, on guérit à coup sûr par les médicaments spécifiques. Ainsi que le fait très-judicieusement remarquer l'élève de M. Ricord, s'il existe certains états pathologiques qui peuvent en imposer pour le chancre, il en est qui peuvent le dissimuler. En voici un exemple tout récent :

Une jeune fille, d'un tempérament lymphatique, vint réclamer des soins de M. Gubler pour une éruption croûteuse qui occupait la lèvre supérieure presque tout entière. La forme de l'affection ne pouvait rien faire soupçonner autre chose qu'une éruption vulgaire : ce fut sous cette impression que des soins lui furent donnés pendant quinze jours.

Au bout de ce temps, la malade revint en accusant de la céphalalgie, de la courbature, et, en l'examinant avec attention, M. Gubler reconnut les traces d'une roséole au début. Les organes génitaux n'offraient pas trace d'ulcération, mais les ganglions sous-maxillaires étaient durs et tuméfiés, et l'on put constater sur le bord libre de la lèvre un chancre à base indurée qui avait été d'abord caché par les croûtes. Certes, c'est là un de ces cas où l'origine de la syphilis eût été méconnue par un observateur moins habile.

Quelles sont maintenant, se demande M. le docteur A. Buzenet, les affections qui peuvent simuler l'accident primitif ? Les unes, dit-il, sont de nature syphilitique, la plaque muqueuse ulcérée, les syphilides secondaires, le tubercule ulcéré et les tumeurs gommeuses après leur ouverture, par exemple ; les autres sont étrangères à la vérole, telles que le cancer, le cancroïde, l'épithélioma papillaire, les aphthes, l'herpès, les plaques opalines des enfants, les stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuses, les ulcérations mercurielles, le scorbut, les scrofulides, le lupus, les ulcérations tuberculeuses, le furoncle, le charbon, la pustule maligne, les ulcérations signalées dans la coqueluche, les ulcérations produites par le tartre, par une dent cariée, par une brûlure, par l'abus du tabac à fumer. Evidemment, pour plusieurs de ces affections, il suffira d'un peu d'attention pour éviter l'erreur, mais il en est d'autres où la méprise a lieu fréquemment.

1° *Accidents de nature syphilitique pouvant simuler le chancre. — Plaques muqueuses.* — La plaque muqueuse, avec les caractères et l'aspect qu'elle revêt ordinairement, ne saurait être confondue avec l'accident primitif ; mais lorsque sa surface est recouverte de bourgeons charnus (plaque muqueuse végétante), et lorsqu'elle est ulcérée, elle peut en imposer pour un chancre en voie de transformation. Les caractères principaux de cette transformation sont :

1° Le disque violacé ou rosé de la circonférence ;

2° L'état encore granulé et ulcéré de la partie centrale ;

3° La présence d'une pellicule qui se développe de la circonférence au centre ;

4° Dans quelques cas, le liséré déchiqueté (indice diagnostique important signalé par M. Ricord) ;

5° La coloration violacée de la circonférence.

La papule muqueuse, au contraire, se présente d'abord sous l'aspect d'une plaque grisâtre, à contours bien nets, sans cercle inflammatoire, comme plantée sur une muqueuse saine. La base de l'ulcération offre toujours dans le chancre l'induration spécifique ; dans la plaque muqueuse, elle est molle ou ne présente qu'une dureté inflammatoire. Avec le chancre, il existe constamment une adénopathie dure, indolente, tandis que dans le second cas un retentissement sur les ganglions est un accident exceptionnel.

Syphilides ulcéreuses secondaires. — D'après M. Ricord, les mêmes lésions qui se développent sur la peau se manifestent également sur les muqueuses et mériteraient le même nom. Il y aurait donc des syphilides muqueuses correspondant aux syphilides cutanées, c'est-à-dire à forme érythémateuse, papuleuse, ulcéreuse, tuberculeuse ; seulement quelques-unes de ces formes seraient altérées par leur siége : c'est ainsi que la forme ulcéreuse remplacerait sur le tégument muqueux les formes pustuleuses et crustacées de la peau.

Cette forme ulcéreuse se rencontre assez souvent à la bouche, avec l'aspect d'ulcérations plus ou moins larges, occupant soit la face muqueuse des lèvres ou des joues, soit les piliers du voile du palais et les amygdales. Ces ulcérations reçoivent de la plupart des médecins la dénomination trop générale de plaques muqueuses, bien qu'elles s'en distinguent par plusieurs caractères : situées profondément, elles ne se bornent pas à découvrir le derme muqueux, elles l'entament, le pénètrent à une profondeur variable ; leur fond est saignant, grisâtre ; leurs bords sont irréguliers.

Cette syphilide ulcéreuse peut simuler le chancre ; néanmoins la confusion sera évitée, si l'on a égard aux commémoratifs et aux accidents concomitants. D'une part, en effet, cette lésion toujours assez tardive succède à d'autres manifestations syphilitiques ; d'autre part, il est assez rare qu'elle se produise isolément, c'est-à-dire sans être accompagnée d'autres accidents du même ordre, siégeant sur des points différents ; ajoutez qu'elle ne présente pas une base indurée comme le chancre, et qu'elle ne retentit jamais comme lui sur le système ganglionnaire.

Tubercule ulcéré. — Ce n'est que dans le cas où le tubercule est ulcéré, et qu'il se montre isolé dans la cavité buccale, qu'il peut simuler le chancre ; il se présente alors sous la forme d'une ulcération à fond grisâtre, pseudo-membraneuse, dont les bords sont souvent taillés à pic, décollés et entourés d'une auréole érysipélateuse. Cette plaie repose sur un disque induré. Ensuite, ainsi que le fait très-bien observer M. A. Buzenet, le tubercule débute toujours par une induration, et ce n'est que plus tard qu'il s'ulcère ; le chancre, au contraire, commence par une ulcération, et ce n'est que quelques jours après que l'induration se manifeste. L'adénopathie spécifique est fatale avec le chancre de la bouche, tandis que le tubercule ne produit aucun retentissement sur les ganglions voisins.

Tumeur gommeuse. — Le premier caractère qui distingue cet accident du chancre, c'est sa multiplicité. Ensuite, au lieu de débuter par une ulcération, les tumeurs gommeuses se manifestent par de petites grosseurs qui ne se développent pas toutes en même temps et qui mettent toujours plusieurs mois pour arriver à l'ulcération. Elles sont à peine sensibles, dures au début, non adhérentes à la muqueuse, et souvent à cet état elles restent inaperçues des malades ; enfin, il se déclare un peu de fluctuation, la tumeur s'enflamme et s'ouvre le plus souvent par une fissure, parfois par plusieurs pertuis, en donnant issue à un pus caractéristique. Dans la cavité buccale, ces accidents s'observent surtout au voile du palais et à la face postérieure du pharynx.

2° *Accidents de nature non syphilitique pouvant simuler le chancre. — Cancer.* — Une erreur n'est guère possible qu'avec un accident tardif de syphilis ; car le cancer débute par une tumeur qui augmente progressivement, et met la plupart du temps six mois à s'ulcérer en s'accompagnant de douleurs lancinantes. Les ganglions voisins ne sont point affectés avant le quatrième mois. Une fois ulcérée, la tumeur est recouverte de fongosités mollasses qui saignent avec une extrême facilité, versant dans la bouche une abondante suppuration, et formant ainsi une surface ulcérée, qui n'offre aucune tendance à se cicatriser. Ce sont là des symptômes qui contrastent trop visiblement avec le début et l'indolence du chancre, l'ulcération superficielle et l'engorgement précoce qui l'accompagne, pour qu'il soit possible de commettre une semblable méprise.

Cancroïde. — Les productions cancroïdes se manifestent assez souvent sur la langue et les lèvres, et elles ont donné lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic. Elles revêtent à leur début la forme tuberculeuse ; la maladie, d'abord superficielle, paraît sous la forme d'un bouton, d'une verrue, qui semble n'offrir aucun

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 octobre.

mauvais caractère; puis la tumeur, après être restée pendant quelque temps indolente, devient le siége d'une certaine cuisson, que porte les malades à l'irriter avec les dents; sa base s'élargit, son sommet se fend et se déchire, et il en résulte une plaie de laquelle il ne s'écoule que peu de suppuration. Mais dès le moment où l'ulcère est constitué, il a une marche envahissante, et fait de jour en jour des progrès.

Le cancroïde débute par un tubercule, et c'est sous la forme d'une ulcération qu'apparaît le chancre; sa marche est envahissante, et celle de l'ulcération spécifique est stationnaire. Le cancroïde est parfois le siége de douleurs lancinantes, et le chancre est indolent; dans le premier cas, l'engorgement ganglionnaire fait souvent défaut ou n'apparaît jamais avant le quatrième mois, tandis que dans le second il est un accident précoce et un satellite obligé.

Epithélioma papillaire. — On appelle ainsi une espèce d'ulcération qui existe sur la langue, les lèvres et les gencives; on en doit la description à M. Charles Robin. Par son aspect, la dureté des tissus qui l'environnent, elle pourrait rappeler le chancre infectant, mais elle s'en distingue par sa marche chronique et envahissante, sans tendance à la cicatrisation, par sa profondeur, et par l'absence d'adénopathie et de manifestations générales.

Aphthes. — Sous la dénomination d'aphthes, les auteurs ont souvent décrit des érythèmes simples, des affections pseudo-membraneuses avec soulèvement de l'épithélium par une fausse membrane, des exsudations d'une substance molle, caséeuse, de véritables ulcérations et même des eschares gangréneuses. Il ne sera ici question que de l'aphthe ulcéré, lequel est presque toujours multiple, alors que le chancre est généralement unique. L'adénopathie est fatale avec le chancre, et dans la plupart des cas elle est remarquablement indolente; elle est loin, au contraire, d'être constante avec l'aphthe, et quand elle se manifeste, elle revêt le caractère d'une adénite inflammatoire. La base de l'aphthe peut être dure, mais cette dureté présente les caractères d'un gonflement aigu, douloureux au toucher, et disparaissant en quelques jours. Tout autre est l'induration du chancre; elle se produit à froid, reste indolente et se montre beaucoup moins fugace. L'aphthe est souvent critique, et accompagne un état général qui suffira souvent à éclairer le diagnostic; rien de semblable dans le chancre.

Herpès. — M. le docteur A. Buzenet prend le soin de rappeler que l'herpès de la bouche est constitué par un groupe de vésicules transparentes, remplies par un liquide incolore ou citrin. La plupart de ces vésicules sont très-petites, mais quelquefois elles prennent les dimensions d'une lentille ou d'un gros pois; peu après elles s'affaissent, se flétrissent, se rompent, et laissent écouler un liquide qui se concrète en croûtes jaunes ou noirâtres. C'est sous cet aspect que l'herpès pourrait être confondu avec l'accident primitif de forme ecchymateuse. L'élève de M. Ricord ajoute, pour compléter cette ressemblance, qu'en certains cas le malade arrache cette petite croûte, irrite l'ulcération sous-jacente, et que celle qui se reforme est à la fois plus épaisse et plus étendue. Mais plusieurs signes peuvent servir au diagnostic différentiel : le début de l'affection par un groupe de vésicules, l'état de la base qui reste molle, l'état des ganglions qui sont indemnes de tout engorgement, le peu d'épaisseur de la croûte, la rapidité de l'évolution de la maladie, etc.

Plaques opalines chez les enfants. — Il se produit souvent chez les jeunes enfants, au niveau des commissures, une sorte de plaque grisâtre ou d'un blanc laiteux, s'étendant sur l'une et l'autre lèvre. Cette plaque semble formée par l'épiderme ramolli soulevé et comme macéré. On remarque en effet que cette petite ulcération existe surtout chez les enfants dont la salive séjourne aux commissures. A ce degré, cette lésion simule la plaque muqueuse à tromper l'œil le plus exercé; mais à un degré plus avancé, l'écartement des lèvres détermine au niveau de la commissure d'abord une éraillure linéaire, puis bientôt à une fissure véritable succède une ulcération que les tiraillements des lèvres continuent à élargir, et qui, grattée et tourmentée, finit par constituer une plaie dont la guérison est souvent difficile à obtenir. C'est alors que cette affection peut simuler le chancre des commissures. Toutefois l'absence de l'induration et de l'adénopathie spécifique suffira, aidée des commémoratifs, à prévenir une fâcheuse confusion.

Stomatite ulcéreuse, ulcéro-membraneuse. — Cette affection débuterait, d'après M. Bretonneau, par la formation de pellicules grisâtres, ordinairement minces sur le bord sinueux des gencives, qui alors se gonflent, deviennent saignantes, puis s'ulcèrent. Souvent une ulcération semblable occupe le point correspondant de la joue; la muqueuse est gonflée, blanche, et le plus souvent superficiellement ulcérée. Cette pseudo-membrane, que l'on peut enlever, forme une plaque d'aspect grisâtre qui fait saillie sur la muqueuse; les tissus sur lesquels elle repose ne sont le siége d'aucune induration; les ganglions voisins restent dans le calme, ou s'ils sont l'objet de quelque manifestation, c'est toujours un engorgement douloureux que l'on a à constater.

Parfois, c'est la forme simplement ulcéreuse qu'il faut distinguer du chancre. Il y a, dans ce cas, absence d'induration et d'engorgement ganglionnaire. En outre, le traitement par le chlorate de potasse montre par son efficacité que l'on n'a pas à traiter un accident syphilitique.

Ulcérations mercurielles. — Les ulcérations mercurielles sont difficilement confondues avec le chancre. Il est rare, en effet, qu'une ulcération unique se produise sous l'influence des mercuriaux. Le siége d'ailleurs des ulcérations mercurielles est fort différent de celui qu'affectent généralement les chancres.

On sait, en effet, que la stomatite débute généralement au niveau de la dernière molaire de la mâchoire inférieure, et généralement, comme l'a fait remarquer M. Ricord, du côté sur lequel les malades ont l'habitude de reposer pendant le sommeil; que de plus cette ulcération s'accompagne du boursouflement de la gencive au niveau du collet des dents. Le chancre, au contraire, est le plus souvent sur les lèvres ou sur la pointe de la langue. Ajoutons qu'en général les ulcérations mercurielles s'accompagnent de tous les signes de cette stomatite spécifique (salivation, gonflement douloureux des glandes salivaires, fétidité de l'haleine, etc.), tous phénomènes qui, dans les cas ordinaires, indépendamment des commémoratifs, ne permettent pas d'erreur de diagnostic.

Scorbut. — Les ulcères scorbutiques ne peuvent guère en imposer pour des chancres. Ils se présentent avec des bords flasques et spongieux, et reposent sur des parties tuméfiées; leurs contours sont irréguliers; leur fond est mou, brun, d'un rouge violacé, livide et de consistance fongueuse; leur siége de prédilection est sur les gencives, qu'ils envahissent parfois dans une assez grande étendue, et à la racine des dents, qui sont bientôt ébranlées et déchaussées. Ces plaies, accompagnées d'une douleur vive, fournissent un pus sanguinolent qui donne à l'haleine une odeur extrêmement fétide. On voit en même temps tous les symptômes généraux du scorbut (teint pâle, œdème des membres inférieurs, taches scorbutiques, tendance aux hémorrhagies), ce qui ne devra laisser aucun doute sur la nature de l'affection.

Scrofulides. — Ce ne sont que les scrofulides ulcéreuses qui peuvent, sur la muqueuse buccale, simuler l'accident primitif; elles se montrent de préférence à la commissure ou au bord libre des lèvres. On les a observées aussi sur la muqueuse palatine. Ce qui aide singulièrement le diagnostic différentiel de cet accident et du chancre, c'est la coexistence d'éruptions et d'ulcérations analogues siégeant sur la peau, souvent même au voisinage de la région bucco-gutturale, puis la connaissance des commémoratifs, de l'âge du malade, de ses antécédents, toutes notions qui, jointes à l'absence de l'induration et de l'adénopathie spécifique, laisseront peu de prise à l'erreur.

Lupus. — Des différentes variétés de lupus, dit M. A. Buzenet, il n'en est qu'une qui puisse revêtir l'aspect du chancre, c'est le lupus ulcéreux; encore n'est-ce en général qu'au début de l'affection que la confusion pourra être commise. Mais la marche chronique, la présence d'un tubercule auquel l'ulcération ne fait que succéder, l'aspect de l'ulcération, l'absence d'engorgement ganglionnaire, etc., sont autant de signes qui différencient cette affection de l'accident primitif. En outre, le lupus de la cavité buccale n'est presque jamais que consécutif.

Ulcérations tuberculeuses. — La diathèse tuberculeuse, qui affecte si souvent la muqueuse du larynx (phthisie laryngée) ou celle de l'intestin (entérite tuberculeuse), étend quelquefois ses manifestations jusque sur la muqueuse buccale. D'après M. Ricord, les ulcérations de la bouche dues à cet ordre de causes ne seraient pas très-rares. En voici une observation recueillie dans son service :

B... (Pierre), 24 ans, colporteur, entré à l'hôpital du Midi le 21 octobre 1856. Sujet maigre, constitution affaiblie; cependant pas de lésions fonctionnelles, appétit conservé. Blennorrhagie en 1854, dégénérée en suintement habituel; pas d'antécédents syphilitiques.

Ce malade raconte que dans le mois de mars ou d'avril, il fut affecté d'un bouton siégeant sur la face inférieure de la langue. Complétement indolent à son début, ce bouton ne tarda pas à produire une ulcération qui s'élargit beaucoup dans les mois suivants, et prit les dimensions d'une pièce de 20 centimes.

Consulté à cette époque, un médecin de la ville prescrivit un traitement à l'iodure de potassium, et pratiqua des cautérisations répétées au nitrate d'argent. Cette médication, continuée pendant deux mois, n'exerça aucune influence sur l'ulcération.

Etat actuel (octobre 1856). Sur la face inférieure de la langue et vers l'extrémité de l'organe, ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, arrondie, creuse et d'aspect véritablement chancreux. Les bords de l'ulcération sont nettement taillés, comme si la perte de substance eût été produite par un emporte-pièce; le fond est grisâtre, anfractueux, irrégulier; sa base est remarquablement dure. Les ganglions sus-hyoïdiens sont un peu développés; il en est de même des ganglions mastoïdiens à gauche.

Depuis quelques mois, le malade perd ses cheveux; il se plaint de maux de gorge et d'enrouement assez fréquents. On crut tout d'abord à *un chancre induré de la langue*, et un traitement spécifique fut prescrit.

Mais ce diagnostic fut bientôt modifié; quelques semaines ne s'étaient pas encore écoulées, que le malade fut pris d'une diarrhée abondante et rebelle, malgré la suspension du traitement mercuriel; il s'amaigrit beaucoup et commença à tousser. L'auscultation permit de constater des signes non douteux d'une tuberculisation commençant au sommet de l'un des poumons; enfin, l'enrouement augmenta, la voix ne tarda pas à s'éteindre complétement; des crachats purulents avec stries sanguines furent rendus à plusieurs reprises, et l'existence d'ulcérations laryngées devint évidente; aucun symptôme de syphilis ne vint s'ajouter à ce triste tableau.

L'ulcération linguale était restée stationnaire. En présence des phénomènes qui s'étaient produits, M. Ricord avait abandonné son premier jugement, et, renonçant à l'idée d'un chancre infectant, il considéra cette ulcération comme étant de nature tuberculeuse et complétement analogue aux ulcérations laryngées. Dans les mois suivants, les symptômes allèrent s'aggravant; le malade tomba dans le marasme et succomba l'année suivante aux progrès de la tuberculisation, comme le prouva l'autopsie.

Furoncles. — Les affections furonculeuses que l'on rencontre sur les lèvres et les amygdales peuvent aussi, à une certaine période, simuler le chancre. Leur début, il est vrai, a quelque chose de particulier; c'est d'abord une élevure dure, conique, très-douloureuse, qui n'est point ulcérée; mais lorsque cette petite tumeur est surmontée de la plaie par laquelle doit sortir le bourbillon, elle se présente avec le fond grisâtre et soulevé qui rappelle le chancre, avec des bords déchiquetés et durs. M. le docteur A. Buzenet rapporte qu'il a eu l'occasion d'observer un cas de ce genre à l'hôpital du Midi, et il affirme qu'une ressemblance plus grande ne saurait exister entre le chancre mou et une ulcération quelconque; il n'y avait dans ce cas aucun retentissement sur les ganglions voisins, et au bout de huit jours le malade était guéri. De petites plaies de cette nature, taillées comme à l'emporte-pièce, ne sont pas rares sur les amygdales. Mais si l'aspect ne peut faire confondre de semblables accidents avec le chancre primitif de la cavité buccale, celui-ci s'en distingue par son début indolent, sa marche lente, son état stationnaire et son retentissement indolent sur les ganglions voisins.

Pustule maligne. — Son siége presque exclusif est sur les lèvres, dans la région buccale, et la maladie débute par une vésicule qui fait bientôt place à une petite ulcération entourée d'un bourrelet dur, saillant, qui lui-même se recouvre de vésicules semblables à la première; mais à peine vingt-quatre heures se sont-elles écoulées, que les symptômes tranchent nettement la difficulté du diagnostic.

Charbon. — Quand il débute par la bouche, le charbon est presque toujours le résultat d'une contagion directe. La période d'invasion est courte, elle dure ordinairement vingt-quatre heures. Les symptômes qui accompagnent cette affection dès le début écarteront les soupçons sur l'existence d'un chancre.

Ulcération du frein de la langue dans la coqueluche. — Cette ulcération, signalée en 1844 par M. Lersch, occupe en général le frein, quelquefois la face inférieure du corps de la langue; quelquefois arrondie, d'autres fois transversale, elle offre généralement l'étendue d'une lentille ou d'un haricot; elle est creuse, profonde, et attaque le derme lingual; son fond est lardacé, ses bords sont taillés à pic; son aspect est celui d'un chancre; mais les phénomènes concomitants (toux convulsive avec sifflements, etc.) ne laissent plus de prise à l'erreur.

Ulcérations dues à la présence d'une dent cariée. — Le diagnostic de ces ulcérations pourra toujours être établi par la présence de la cause. Elles commencent fréquemment à la suite d'une morsure qui a eu lieu pendant la mastication; parfois c'est un fragment anguleux qui amène l'ulcération, sans que le malade en ait conscience; il éprouve dans le point irrité un peu de gêne, qui l'engage à frotter contre les dents les parties molles voisines; celles-ci se gonflent, et il se forme une petite excoriation qui, sans cesse irritée, s'accroît et se creuse; ses bords se tuméfient, s'indurent et deviennent calleux. C'est à cet état que cette plaie peut avoir une certaine ressemblance avec le chancre. L'absence de symptômes concomitants de la syphilis, la présence de la cause qui peut toujours être perçue, la guérison rapide obtenue après l'ablation de la dent, aideront enfin à reconnaître ces ulcérations.

Ulcérations produites par le tartre des dents. — Des ulcérations analogues aux précédentes sont quelquefois produites par le tartre des dents. Accumulée sur le collet et s'amassant quelquefois sur la couronne, cette substance constitue une couche dure et rugueuse, qui par son contact incessant avec la muqueuse buccale, ne tarde pas à produire sur cette dernière une irritation, puis une ulcération réelle. C'est surtout au niveau des canines inférieures que cet accident se rencontre. L'ulcération se trouve exactement au niveau d'une portion de dent recouverte par le tartre; par son étendue, par sa forme, elle en reproduit le moule, l'impression en quelque sorte. Du reste, absence de l'induration spécifique, pas d'engorgement ganglionnaire. La médication peut servir encore au diagnostic. Il suffira de nettoyer la dent pour que la cicatrisation se produise en quelques jours.

Brûlures. — Dans un cas que M. le docteur A. Buzenet a eu occasion d'observer, une brûlure de la muqueuse buccale par du café bouillant a produit une ulcération assez profonde, arrondie, à bords irréguliers, à base œdémateuse. Les renseignements fournis par les malades éclairent suffisamment le diagnostic pour qu'il soit inutile d'insister sur ce point.

Plaques des fumeurs. — Ces ulcérations sont produites par l'usage immodéré du tabac à fumer, et elles s'observent surtout chez les fumeurs de cigarettes et chez ceux qui font usage de ces pipes connues sous le nom de *brûle-gueule*. La ressemblance qui a pu faire confondre ces accidents avec le chancre, tient surtout à leur aspect. Dans un cas, en effet, on trouve l'induration spécifique, cartilagineuse; dans l'autre, c'est plutôt un empâtement œdémateux; ici l'adénopathie caractéristique, là l'absence de tout retentissement sur les ganglions. Ensuite le siége de l'ulcération qui est en rapport avec le point de la bouche sur lequel est immédiatement reçue la fumée, les commémoratifs, la présence de plaques à un degré moindre de développement, sont destinés à fournir de précieux renseignements, et, en pareil cas,

il suffit d'être prévenu de l'analogie qui existe entre ces deux sortes d'ulcérations pour éviter l'erreur.

En terminant, l'élève de M. Ricord n'a rien à signaler relativement au traitement du chancre de la bouche. En effet, les cas qu'offre au praticien le champ de la clinique appartiennent fatalement à la variété infectante. La médication à instituer sera donc celle du chancre induré. Cependant, nous n'hésitons pas à partager l'opinion de M. le docteur A. Buzenet, lorsque nous voyons cet auteur recommander prudemment, dans les cas où le moindre doute vient à s'élever dans l'esprit du médecin, d'attendre les premières manifestations secondaires, avant que de prescrire un traitement mercuriel.

NOUVEAU FAIT

à l'appui de l'administration de la pâte de semences de citrouille contre le tænia.

A l'appui des faits déjà assez nombreux que nous avons consignés dans ce journal relativement à l'emploi des semences de citrouille contre le tænia, nous rapporterons le fait suivant, que nous trouvons dans l'excellent ouvrage de M. Cazin.

Un enfant de cinq ans, lymphatique, pâle, amaigri, aux yeux ternes et cernés, éprouvait depuis un an environ des douleurs vives et instantanées dans l'abdomen avec boursouflement de cette région; accès fréquents de dyspnée, alternatives d'inappétence et d'appétit vorace, troubles dans les digestions, nausées, efforts de vomissement, et, pendant la nuit, réveil en sursaut, frayeurs, grincements de dents, tintements d'oreilles, salivation. M. Cazin reconnaît que des vers rendus par l'enfant sont des débris de tænia. Administration, à huit heures du matin, de 30 grammes de semences de citrouille pilées avec autant de sucre.

A huit heures du soir, une portion de ver de 40 centimètres est rendue dans une selle. Le lendemain, à neuf heures du matin, même dose de semences de citrouille et de sucre. A neuf heures du soir, le même jour, c'est-à-dire douze heures après, comme la première fois, expulsion de 5 mètres environ de tænia accompagnés d'un grand nombre de petits fragments détachés; cette portion offre à l'une de ses extrémités un cou non articulé, menu, étroit, aplati, déprimé, se terminant par un petit renflement; à la loupe, on y découvre les points noirâtres indiquant les suçoirs.

Le malade, resté faible, est mis à l'usage des amers, des ferrugineux, et d'un régime analeptique; sommeil paisible; les fonctions digestives s'améliorent peu à peu, et tout fait espérer un prompt rétablissement.

(*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 novembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret en date du 7 courant, par lequel l'Académie est autorisée à ne pas accepter le legs à elle fait par feu M. le docteur Fourcault.

— M. le ministre de l'Algérie et des colonies adresse une lettre par laquelle il consulte l'Académie sur l'opportunité de la mise en exploitation des eaux thermales de Hammam-Mélouan (Algérie). [Commission des eaux minérales].

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaire sur une épidémie d'angines couenneuses qui a régné dans la commune d'Arquian (Nièvre), au mois d'août 1858.

2° Un rapport de M. le docteur Madin sur une épidémie d'angines qui a régné dans la commune de Manheulles (Meuse), en avril 1858.

3° Un rapport de M. le docteur Lemaire, de Dunkerque, sur les résultats d'une tournée médicale dans le canton d'Hondschoote (Nord).

4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cher en 1857.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Dubesc, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), réclame la priorité de l'invention du porte-caustique présenté par M. Mathieu dans la séance du 29 octobre.

— M. Faucher, pharmacien aux Batignolles, confie un dépôt cacheté renfermant la formule d'une nouvelle préparation d'extrait d'olivier. (Accepté.)

— M. Pébaqué, dentiste à Rouen, adresse une note sur un nouveau système de crochets s'adaptant à la clef de Garengeot ordinaire. (M. Oudet, commissaire.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait connaître le contenu de la lettre suivante, adressée à l'Académie par M. Bouchut.

Monsieur le président,

L'enceinte académique a été mardi dernier le théâtre d'une scène fâcheuse et non motivée, dont j'ai été l'occasion sans en être l'auteur. Une accusation grave contre ma personne, heureusement inexacte, est tombée de la tribune pour passionner les débats. En me permettant de rétablir les faits, l'Académie comprendra, je pense, qu'il n'y a eu là qu'un regrettable malentendu facile à expliquer.

L'Académie n'ignore pas que Louis, qui considérait comme inutiles dans le croup les saignées et les purgatifs, *voulait aussi que la bronchotomie fût le premier secours à donner aux malades.* C'était la trachéotomie à la première période du croup. Elle sait aussi que Caron avait demandé au gouvernement *de rendre responsable le médecin qui laisserait mourir un croupalisé sans opération.*

C'est à ce sujet que j'ai pu dire, sans crainte d'être désavoué par qui que ce soit : *N'allons pas, serviles imitateurs d'excentricités de ce genre, et à l'exemple de Louis et de Caron, faire une trachéotomie prématurée, qui n'aurait d'autre avantage que d'exercer la main des opérateurs.*

C'est en ajoutant à ce paragraphe une phrase qui ne s'y trouve pas et qui est un peu plus haut dans mon article, que M. Bouvier a donné à ma pensée un sens qu'elle n'aura pour personne. Cette transposition a été la cause d'une émotion à laquelle je tiens à honneur d'être étranger.

La phrase : *C'est la pratique de l'hôpital des Enfants*, ne se rapporte point au passage incriminé par M. Bouvier. Elle exprime une opinion que cependant ni M. Bouvier ni M. Trousseau ne devraient combattre : elle est relative au précepte d'opérer le croup à la deuxième période, c'est-à-dire avant l'asphyxie, pour avoir 64 pour 100 de guérisons.

En effet, disais-je, dans une thèse récente, sur 55 opérations de croup faites à l'hôpital des Enfants, il y en a eu 24 faites à la deuxième période, c'est-à-dire avant l'asphyxie.

Vous le voyez, monsieur le président, et j'en prends désormais l'Académie à témoin, c'est par une transposition fâcheuse de mes pensées que je me suis vu, sans défense, l'objet d'une attaque que je repousse de toutes les forces de mon âme.

J'espère, monsieur, que dans votre impartialité vous voudrez bien autoriser la lecture de cette lettre, qui n'a d'autre but que de rétablir la vérité.

Agréez, etc.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture ensuite d'une lettre de M. Monod, qui se plaint d'avoir été rangé à tort, dans la statistique publiée par M. Bouchut, parmi les adversaires de la trachéotomie; s'il n'opère plus que rarement dans le croup, il continue à faire opérer la trachéotomie par ses collègues, qui ont obtenu plusieurs succès.

— M. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, transmet à l'Académie une note dont il a donné lecture récemment à la Société médicale des hôpitaux, à propos du travail statistique sur la mortalité du croup à Paris lu à l'Académie des sciences par M. Bouchut. M. le secrétaire perpétuel lit les conclusions de cette note, qui sont conçues en ces termes :

La trachéotomie est une magnifique conquête dans le traitement du croup ;

Elle ne doit être pratiquée qu'après l'emploi des moyens médicaux, et lorsqu'ils n'ont pas de prise contre la maladie;

Elle ne peut être dirigée que contre l'asphyxie produite par la présence de la fausse membrane ;

Le moment opportun pour la pratiquer est celui de la deuxième période du croup, où l'asphyxie commence et semble s'établir d'une manière continue ;

Plus tard, elle est encore indiquée, mais elle a moins de chance de succès.

— M. BUSSY dépose sur le bureau un travail de M. Gobley, intitulé *Recherches sur le principe odorant de la vanille.* (Commissaires : MM. Bussy, Gaultier de Claubry et Chevallier.)

— M. BOUVIER prend la parole pour demander une rectification dans la rédaction du procès-verbal. Il déclare qu'il n'entendait nullement, dans la dernière séance, prétendre que M. Bouchut accusait les médecins de l'hôpital des Enfants de faire des opérations inutiles pour s'exercer la main. Il ne faisait que lire un membre de phrase qu'il abandonnait à l'appréciation de ses auditeurs, et protestait uniquement contre l'accusation soulevée contre ses collègues d'opérer sans nécessité urgente.

RAPPORT.

M. DUMÉRIL fait un rapport verbal dans lequel il déclare que le mémoire de M. Pablo-Estorcb-y-Siguès, sur les propriétés merveilleuses de l'escorsonaire ou serpentine contre les morsures des animaux venimeux, est une œuvre de charlatanisme. Cette pierre factice est un mélange de bol d'Arménie ou d'argile colorée et absorbante semblable à celle que Redi en 1671 a parfaitement décrite et analysée.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Trousseau. La parole est à M. Trousseau pour lire la nouvelle rédaction des conclusions.

Discussion sur le rapport relatif au tubage de la glotte.

M. TROUSSEAU donne lecture des nouvelles conclusions proposées à la sanction de l'Académie par la commission. Ce sont les suivantes :

Première conclusion. — Le tubage du larynx, assez difficile dans son exécution, est un moyen dangereux, si la canule reste plus de quarante-huit heures en contact avec les cordes vocales.

Deuxième conclusion. — Il n'est pas impossible que, dans certaines maladies aiguës ou chroniques du larynx, ce procédé soit appelé à rendre quelque service ; toutefois, les faits publiés jusqu'à ce jour par M. Bouchut sont insuffisants pour démontrer que le tubage du larynx soit utile dans le cas de croup.

Troisième conclusion. — La trachéotomie reste, quant à présent, le seul moyen à opposer au croup, dès que les ressources médicales sont épuisées.

M. PIORRY. La thérapeutique repose d'une manière absolue sur des indications fixes, et que la pathologie, éclairée par l'anatomie, la physiologie et la clinique, permet seule d'établir. Toutes les fois que ces indications ne sont pas nettes et clairement déterminées, le traitement ne peut être qu'incertain, et il n'a aucune base solide. Cette réflexion s'applique tout naturellement au croup, à l'angine couenneuse, à la diphthérite de M. Bretonneau (que M. Trousseau appelle actuellement diphthérie), à l'œdème de la glotte, à la cautérisation ou à la dissolution des couches couenneuses, au cathétérisme du larynx et de la trachée, au tubage du larynx et de la trachée, à la laryngo-trachéotomie, etc.

On parle de ces circonstances anatomo-pathologiques et de ces moyens thérapeutiques d'une façon générale, et on ne précise pas les cas particuliers; on fait de la statistique d'affections supposées unitaires, alors qu'il s'agit souvent d'états pathologiques divers et de complications dissemblables, et alors on arrive à ce triste résultat, que l'on établit, dans un discours d'ailleurs fort bien présenté et admirablement dit, des considérations qui ne sont point en harmonie avec les conclusions qui terminent ce remarquable travail.

En présence d'une couche plastique ou croupale sur la membrane muqueuse du pharynx et des amygdales, sur l'ouverture pharyngienne du larynx, de la glotte, la trachée, les très-grosses bronches,—telle est la lésion principale qui a été rapportée par les auteurs à ce que l'on a appelé croup —, voilà d'abord des différences dans le siége précis du mal, qui doivent en impliquer de très-notables dans le traitement.

D'un autre côté, tantôt cette membrane accidentelle est molle, diffluente, épaisse, peu adhérente, et ailleurs elle est mince, ferme, et on ne peut pas plus fixée aux parties sous-jacentes.

Dans les premiers temps le mal est borné à la partie évasée de l'arbre bronchique, mais plus tard des mucosités plus ou moins épaisses se forment dans les seconde, troisième et quatrième divisions bronchiques; elles oblitèrent quelques conduits d'abord, puis un grand nombre d'autres ensuite, et deviennent une des causes anatomiques les plus terribles et les plus fréquentes de la mort.

Ailleurs encore se développent dans les poumons des hypérémies stasiques, ou qui sont les suites de la phlegmasie des bronches; tantôt encore l'expectoration est facile ou possible, et ailleurs non-seulement les malades ne peuvent faire sortir des voies aériennes les liquides qui s'y accumulent, mais encore ils ne peuvent se débarrasser des mucosités épaisses et de la salive qui viennent s'accumuler à l'entrée de l'orifice pharyngien du larynx.

Dans certains cas le sang est encore suffisamment oxygéné, et dans d'autres la pâleur violacée des lèvres, la teinte brune des capillaires, l'extrême faiblesse du malade simulant l'anesthésie, prouvent que la respiration se fait à peine et que la mort est imminente.

Ici un état fébrile général et intense conduit à admettre l'existence de l'hémite.

Une infinité d'autres états pathologiques peuvent encore se réunir aux précédents, et modifient aussi les indications principales qui se présentent.

La conséquence logique de ce qui précède est que les moyens thérapeutiques, qui conviennent dans un cas donné où quelques-uns des états morbides précédents viennent à se présenter, ne seraient point applicables à tel autre fait également rapporté au croup et dans lequel existeraient d'autres circonstances pathologiques.

Pour établir la valeur des divers moyens que l'on peut mettre en usage, il ne s'agit pas de faire une statistique sur les résultats de l'opération ou de l'emploi d'un moyen quel qu'il soit, mais de dire jusqu'à quel point une médication convient dans tel cas dont on a nettement établi les conditions.

Il est quelques questions dont la solution peut principalement fixer le praticien au lit de l'enfant atteint d'une affection couenneuse des voies de l'air. Tant qu'elles ne seront pas éludées, il restera des doutes sur l'opportunité ou le choix des moyens qu'il voudra employer. Ces questions sont les suivantes :

1° La couche plastique dite membrane croupale est-elle due à l'état couenneux du sang, ainsi qu'il arrive pour la pleurite, la péricardite, l'endocardite, l'hémitarthrite, etc. ? On n'a pas fait, à ma connaissance, assez d'expériences sur le sang des enfants atteints de diphthérite pour répondre convenablement à cette question. Si elle était affirmativement résolue, c'est surtout sur la sérosité couenneuse qu'il faudrait agir et non pas sur le conduit de l'air.

2° Une cause spécifique, un virus, est-il l'agent qui imprime au sang un caractère spécial d'où résulterait l'aptitude de tel ou tel individu à la sécrétion couenneuse dans le tube aérien ? Des recherches qui sont faites dans ce sens ne sont pas assez positives pour que l'on puisse répondre affirmativement, et si cette affirmation était établie, il serait bien utile d'avoir recours à la trachéotomie ou tubage avant d'avoir remédié à la toxémie ou à l'iozémie, qui ne peut être supposée que parce qu'on voit le croup régner épidémiquement, et la couche couenneuse se former sur beaucoup d'autres organes que les voies de l'air.

3° S'agit-il dans le croup d'une inflammation locale très-vive et dont l'intensité serait la cause du dépôt de la couche plastique ? Evidemment alors la canule serait une circonstance propre à augmenter la phlegmasie, et par conséquent à favoriser la formation et l'extension de la couche couenneuse ?

4° S'agit-il encore d'une phlegmasie spécifique iosique, ainsi que porteraient à le croire sa marche spéciale, son extension graduée et surtout la contagion constatée par des cas malheureux dont trop souvent des médecins ont été victimes ? Dans ce cas, à coup sûr, l'azotate d'argent, le chlorate de potasse, l'alun, sont indiqués, tandis que le tubage, par l'excitation qu'il causerait, la trachéotomie, par la plaie qu'elle nécessite, déterminent la formation de nombreuses couches fibrineuses qui s'étendraient au loin si la maladie est toute locale et spécifique. On conçoit que dans le cas où le mal serait borné aux amygdales, M. Bouchut ait pu proposer l'excision de celles-ci ; mais cette localisation absolue de la pharyngite plastique n'est guère supposable, et d'ailleurs c'est sur le pharynx, le voile du palais, la luette, et non pas sur les amygdales, que le plus souvent paraissent les plaques fibrineuses. On voit donc que l'idée de notre confrère est plutôt ingénieuse que pratique.

5° Est-ce par une oblitération complète de la cavité pharyngo-trachéale que meurent les malades ? Les faits répondent, en général, par la négative; il y a toujours un passage pour l'air, mais ce passage est trop petit, et l'inspiration peut presque toujours s'accomplir, mais elle a lieu très-difficilement, très-incomplétement, très-lentement; aussi y a-t-il diminution dans l'oxygénation du sang, qui conduit bientôt à la mort. Si le conduit oblitéré eût fait périr, le tubage et la trachéotomie surtout devraient être employés dans tous les cas.

6° Est-ce par défaut d'expectoration que périssent les malades ? Les petites bronches s'oblitèrent-elles par l'écume que forment dans leur cavité les liquides et l'air qui s'y accumulent? Y a-t-il enfin anoxémie par suite de cette écume bronchique ?

7° Une congestion se forme-t-elle consécutivement dans les poumons, et contribue-t-elle à la mort ?

Ces trois dernières questions peuvent être affirmativement résolues ; car les expériences sur les chiens que l'on a fait périr par strangulation le prouvent. Il y a chez eux passage encore possible de l'air ; mais l'expectoration de la salive qui s'accumule dans l'arrière-gorge est impossible; ce liquide pénètre dans le larynx, ils ne peuvent le rejeter au dehors, et ils meurent comme les noyés.

L'indication semblerait être ici d'avoir recours au tubage, mais celui

ci ne favorise guère l'expectoration, qui au larynx a besoin pour s'accomplir de l'action des muscles laryngiens et de ceux des parties voisines.

S'il restait après le croup guéri des lésions anatomiques qui gênassent l'entrée de l'air, et si une expérience ultérieure prouvait que le larynx peut supporter la présence d'une canule, peut-être pourrait-on tenter le tubage; mais en somme, la trachéotomie et la canule qu'elle permet d'introduire me paraissent encore lui être préférables.

Les conclusions de ce qui précède sont :

1° Que pour bien étudier les indications dans la série des symptômes du croup, il faut analyser et apprécier nettement les états anatomiques que présentent ceux qui en sont atteints, et que les généralités de traitement que l'on a établies sur cette affection complexe unitairement considérée sont insuffisantes;

2° Que très-rarement le tubage laryngien est applicable, et que le plus ordinairement la trachéotomie, qui, du reste, est sans danger par elle-même, lui est préférable;

3° Que l'état des bronches et des poumons mériterait, dans l'étude du croup, la plus sérieuse considération, et que l'aspiration des mucosités laryngiennes et bronchiques par un tube, ou même par les fosses nasales (la bouche étant fermée), pourrait, si l'on parvenait à faire confectionner un instrument convenable, avoir peut-être de l'avantage;

4° D'après ces conclusions, celles du rapporteur de votre commission me paraissent être très-insuffisantes et très-incomplétement présentées.

M. CLOQUET fait remarquer, à l'occasion de la question de priorité soulevée au sujet de l'anesthésie asphyxique, que la note de M. Demarquay n'a été communiquée à la Société de chirurgie que le 28 juillet, tandis que M. Bouchut a lu son mémoire à l'Académie des sciences le 21 du même mois. M. Cloquet ajoute que deux ans avant le travail de M. Faure, qui est antérieur à ceux de MM. Bouchut et Demarquay, lui-même avait constaté l'anesthésie produite par l'asphyxie, à l'occasion d'expériences faites par un médecin devant une commission dont M. Cloquet faisait partie avec MM. Jobert et Flourens. Cette commission était chargée de rendre compte à l'Académie des sciences d'expériences instituées par un médecin avec l'éther, comme antidote du chloroforme.

L'anesthésie asphyxique est d'ailleurs connue depuis longtemps chez les pendus; sa découverte appartient donc à tout le monde et à personne.

M. MALGAIGNE déclare en commençant qu'il ne ressemblera pas mal à cet esclave que les Romains plaçaient derrière le triomphateur pour lui rappeler qu'il était homme, et qu'il aura à attaquer le rapport de M. Trousseau tant à l'occasion de quelques incidents de forme que pour le fond.

Et d'abord, il se demande aux dépens de qui M. Trousseau pouvait bien mettre de l'indulgence dans ses conclusions? L'Académie ne doit pas connaître l'indulgence quand il s'agit de vérités scientifiques, elle a seulement mission d'être juste.

Il reproche ensuite à la commission de n'avoir rien fait ni vu par elle-même. Pourquoi n'a-t-elle pas répété les expériences de M. Bouchut? Pourquoi est-elle allée si vite en besogne?

C'est d'abord, dit l'orateur, parce qu'il s'agissait d'une attaque dirigée contre la trachéotomie, qui était menacée d'être supplantée. Je comprends facilement dès lors le sursaut de M. Trousseau, qui a presque des sentiments de père pour cette opération.

M. TROUSSEAU. Nullement!

M. MALGAIGNE. C'est une opinion. Pour le moins, s'en croit-il quelque peu le parrain; et, d'ailleurs, il est bien le père de la trachéotomie à la deuxième période du croup.

Au surplus, M. Bouchut incriminait la trachéotomie dans une statistique que je ne défendrai pas, mais qui n'était pas soumise à cette Académie. De là un long chapitre sur la trachéotomie dans le rapport de M. Trousseau, qui est peut-être un peu trop son œuvre exclusive à lui. J'ai au moins quelque peine à comprendre comment M. Nélaton a pu admettre que la trachéotomie sauve 21 opérés sur 100, quand lui-même ne compte pas 3 succès sur 36 opérations.

Maintenant, en communiquant son mémoire à l'Académie, M. Bouchut déclarait lui-même les faits qu'il possédait insuffisants pour conclure. Il ne demandait donc pas de rapport; et pourtant, chose rare dans les annales des commissions académiques, six semaines après le rapport était là.

Ce rapport, du reste, c'est moins un travail sur la trachéotomie qu'un manifeste de M. Trousseau en faveur de la trachéotomie. Voyons pourtant ce qu'on y dit du tubage.

Et d'abord M. Trousseau reconnaît, avec M. Bouchut, qu'il est possible. Nous allons le suivre dans ses considérations sur la facilité d'exécution, les dangers et l'utilité du tubage; puis nous le comparerons, avec M. Trousseau, à la trachéotomie et à quelques autres méthodes.

Le tubage est quelquefois difficile... c'est-à-dire que le premier venu ne pourra pas le faire, et qu'il faudra d'abord l'étudier. A coup sûr, il n'est pas aussi difficile que la trachéotomie.

M. Trousseau se demande si M. Bouchut avait bien réellement et toujours placé sa canule dans la glotte; et il semble en douter, parce que l'un des enfants opérés par M. Bouchut a pu parler à voix basse après le tubage, et que chez l'autre la voix est devenue plus forte, assez claire et assez nettement articulée, et la toux plus forte et plus articulée.

Mais pourquoi ne parlerait-on pas à voix basse malgré la présence de la canule entre les lèvres de la glotte, puisque la voix basse n'est autre chose que l'articulation sans le concours des cordes vocales? Par la même raison, le tubage a pu permettre d'articuler avec plus de force en permettant à une plus grande colonne d'air d'arriver aux organes de l'articulation.

D'autre part la toux peut devenir éclatante parce que l'air est chassé à travers la canule comme dans une trompette; elle a pu devenir plus forte parce que l'air arrivait plus librement sur les cordes vocales supérieures laissées libres.

M. Bouchut a, à la vérité, fait un peu de confusion en disant que la voix était plus claire; mais sauf ce léger lapsus, ses deux observations sont très-admissibles.

Il résulte de ces faits que le tubage n'a pas produit d'accidents, d'ulcérations, etc., pendant quarante-huit heures. Mais de quel droit M. Trousseau dit-il, dans les nouvelles conclusions, que le tubage est un moyen dangereux si la canule reste plus de quarante-huit heures en place? Qu'en sait-il? Cette opinion était déjà exprimée dans le rapport, mais c'est une conclusion toute d'imagination, et on ne peut avoir aucune conviction à cet égard, attendu que les faits n'ont pas parlé.

La commission ne s'est d'ailleurs pas même tenue au courant de ce qui a été fait. Elle déclare que la canule n'expose pas à l'entrée des boissons dans les voies aériennes, et elle ne sait pas que cet accident peut arriver avec le second modèle de canule employé par M. Bouchut.

Cette canule, plus longue que la première, a été construite pour empêcher l'occlusion du canal artificiel créé au passage de l'air par les cordes vocales supérieures. En effet, dans le premier procédé, celles-ci faisaient soupape, et c'est par ce mécanisme que M. Bouchut explique le retour de l'asphyxie, que la commission attribue, sans aucune espèce de raison, à l'engorgement des replis arythéno-épiglottiques.

Pour ce qui est de l'utilité du tubage, je crois, comme la commission, qu'elle est incontestable *à priori*, quand la fausse membrane n'occupe que le larynx, et dans ces circonstances je vote à deux mains pour le tubage (toujours *à priori*, bien entendu), car, canule pour canule, celle de M. Bouchut pourrait bien être plus innocente que celle qu'on place dans une plaie de la trachée.

Mais la commission va au delà de la vérité en disant que le tubage n'offre qu'une ressource bien limitée quand la fausse membrane tapisse la trachée. Qui le lui a dit? Et d'ailleurs, les chances sont encore égales pour la trachéotomie et le tubage.

Les résultats du tubage, je l'accorde volontiers à M. Trousseau, ne sont pas encourageants jusqu'à ce jour. Mais il ne faut pas oublier que c'est un procédé tout nouveau et que les faits ultérieurs, lorsqu'il sera perfectionné, seront peut-être plus favorables.

En faisant le parallèle du tubage et des autres procédés mis en question, M. Trousseau établit d'abord que dans le croup on meurt presque toujours par l'occlusion du larynx. Eh bien, prévenez-la, et vous empêcherez presque toujours la mort. Le tubage remplit cette indication.

A propos des cathérétiques, je ferai remarquer que c'est Dupuytren qui les a d'abord recommandés. M. Trousseau relève que leur emploi est plus facile avec les instruments de MM. Reybard et Loiseau qu'avec celui de M. Bouchut. Pourquoi donc cette petite arme a-t-elle été mise de côté quand il s'agissait des conclusions?

Voyons maintenant ce que vaut la trachéotomie.

Je rencontre d'abord un argument de pure forme, qui n'en est pas un, et auquel je ne m'arrêterai pas. D'ailleurs, le tubage est tout français, tandis que la trachéotomie ne l'est pas du tout.

Je ne défendrai pas la statistique de M. Bouchut. Mais une chose que je ne puis comprendre, c'est que M. Trousseau ait pu avancer que, si les enfants atteints de croup meurent après la trachéotomie, la mort doit être imputée bien plutôt à la maladie qu'à l'opération. Non, toute opération a ses dangers, et la trachéotomie en a d'énormes.

M. Trousseau a d'ailleurs eu soin de nous dire lui-même autrefois qu'il a vu la fièvre et des pneumonies mortelles survenir chez des chiens trachéotomisés, lorsqu'ils étaient malades au moment de l'opération; qu'il a vu également des enfants atteints de croup mourir après la trachéotomie, sans que les fausses membranes eussent dépassé le larynx. Voilà un beau passage, mais je crains que M. Trousseau ne l'ait un peu oublié.

M. TROUSSEAU. Nullement.

M. MALGAIGNE. M. Trousseau nous enseigne également que plus les enfants sont faibles, plus l'opération est dangereuse; qu'elle réussit plus souvent chez ceux que l'on peut nourrir convenablement. Comment accorder tout cela avec la prétendue innocuité de l'opération?

M. Trousseau ne dit-il pas, d'un autre côté, que la trachéotomie est plus grave chez l'adulte que chez les enfants?

M. TROUSSEAU. Oui, cela est dit dans le rapport.

M. MALGAIGNE. Et ils meurent sans fièvre, sans fausses membranes, comme les chiens.

M. TROUSSEAU. Il n'est question, dans ce passage, que de la trachéotomie faite pour le croup chez l'adulte.

M. MALGAIGNE. Fort bien; mais voici M. Thierry qui perd trois adultes trachéotomisés pour des affections chroniques du larynx. Ce qui ne vous empêche pas de soutenir que les enfants opérés dans la troisième période du croup succombent à la maladie et non à l'opération! J'admire cette intrépidité.

Quant à moi, je n'ai sauvé qu'un enfant sur huit ou dix; je n'ai pas eu cette consolation, et je ne l'aurai jamais. C'est pour moi un devoir lamentable, et M. Bouchut s'y résigne comme moi.

M. Trousseau, plus heureux, opère dans la deuxième période, et c'est là ce qui lui appartient.

La deuxième période, c'est-à-dire « avant que la mort soit imminente »! Que c'est élastique! Et nous voilà réduits, avant d'avoir une indication formelle, à pratiquer une opération plus grave que l'amputation de la cuisse! M. Trousseau, qui disait en 1855 que la trachéotomie peut tuer, pense nous éclairer par ce précepte posé par lui en 1836 : d'opérer dès qu'on est certain de la fausse membrane.

Que M. Trousseau nous dise donc ce que c'est qu'un croup pour lequel cette présence de la fausse membrane n'est pas certaine!

M. Malgaigne met ensuite en regard des statistiques de MM. Roger et Sée, celles que M. Millard a consignées dans sa thèse, et, comme elles ne s'accordent pas, il conclut que la première des statistiques ne mérite aucune confiance. Puis, rapprochant les résultats de la trachéotomie pratiquée en ville par les hommes le plus justement renommés de ceux qu'elle donne à l'hôpital des Enfants, il arrive à cette conclusion que ces derniers sont infiniment plus avantageux, malgré les conditions hygiéniques les plus défavorables, et bien que la plupart de ces opérations soient pratiquées par les internes.

Ce fait étrange ne peut s'expliquer, de l'avis de l'orateur, que d'une manière : c'est que ces jeunes gens, manquant de l'intrépidité des vieux praticiens, se décident souvent à l'opération quand les maîtres auraient attendu. J'en avertis les chefs, s'écrie-t-il : *Caveant consules!*

Aussi je ne crois pas un seul mot des statistiques de l'hôpital des Enfants, et, quoi qu'en ait pu dire M. Trousseau, je me rallie à M. Bretonneau, et je ne fais la trachéotomie que dans la dernière période, alors qu'elle est la seule ressource présente.

Je la remplacerais volontiers par le tubage dans la deuxième période, le tubage qui n'est pas une opération sanglante, qui n'a pas de dangers, et je déclare que j'agirais de cette manière s'il s'agissait de mon propre enfant.

Toutefois l'Académie ne peut baser ses conclusions que sur des faits, et, en procédant autrement, elle s'exposerait à entraver les progrès d'une méthode qui est peut être destinée à devenir pour le croup ce que la lithotritie est devenue, après des difficultés inouïes, pour les pierres de la vessie.

Je rejette donc toutes les conclusions, même celles que la commission a proposées aujourd'hui. Vous n'avez pas le droit de conclure, car vous ne savez rien, si ce n'est que le tubage a pu ne produire aucun accident pendant quarante-huit heures, et encore ne savez-vous pas s'il n'en produira pas un jour. Je vous propose donc d'adresser des remercîments à M. Bouchut pour sa communication, et de l'inviter à poursuivre ses recherches et à en faire connaître les résultats ultérieurs à l'Académie.

— La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Patron, né à Metz (Moselle); *De l'allaitement maternel.*

Cothenet, né à Sombernon (Côte-d'Or); *Du diagnostic des paraplégies.*

Clément-Lacroix, né à Virieu (Isère); *De la pendaison, considérée surtout au point de vue médico-légal.*

Masson, né à Paris (Seine); *Du zona.*

Lanctuit, né à Auberville-le-Renault (Seine-Inférieure); *De la chloro-anémie, vulgairement pâles couleurs.*

Pinel, né à Paris (Seine); *Considérations générales sur l'anatomie, la physiologie et les affections morbides du nerf grand sympathique.*

Devalz, né à Sainte-Foy (Gironde); *Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine.*

Porez, né à Beauvoir (Nord); *Des tumeurs adénoïdes du sein.*

Bergioux, né Issoudun (Indre); *Études sur les luxations du pied.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de chirurgien au Bureau central s'est terminé hier mardi par la nomination de MM. Béraud, Jamain et Dolbeau.

— M. le docteur Ph. Blanchard, rédacteur de la partie scientifique du journal le *Siècle*, vient de mourir à l'âge de soixante-dix-sept ans. Cette perte sera vivement sentie par tous ceux qui connaissaient cet honorable confrère, aussi recommandable par son savoir que par sa modestie et sa simplicité. Bien que parvenu à un âge avancé, le docteur Blanchard avait conservé toute la verve et la vivacité d'esprit de la jeunesse. Il possédait à un haut degré le talent d'exposition, et ses articles se recommandaient par une clarté et une netteté peu communes.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce qu'une léproserie vient d'être inaugurée à Saint-Remy, ville du Piémont, située sur le littoral entre Nice et Savone.

Dans cette localité on compte encore une quarantaine d'individus affectés de lèpre. Epars dans la campagne, chacun d'eux recevait une pension d'une livre par jour. Cette largesse traditionnelle, faite par l'ordre religieux de Saint-Maurice, donnait indirectement lieu à un résultat déplorable; car ces malheureux, recherchés en raison du subside qui leur était accordé, trouvaient de plus faciles occasions pour se marier, et propageaient ainsi par voie héréditaire leur triste infirmité.

La pension est désormais supprimée et remplacée par l'admission dans un refuge où ils auront tous les soins et jouiront de toutes les commodités désirables. S'ils se décident pour la plupart à y entrer, on peut espérer que le problème de l'extinction de cette maladie sera promptement résolu.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande mprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Almanach de l'Univers illustré pour 1859 (première année). Au bureau de l'*Univers illustré*, rue Bonaparte, 13; à la librairie de Michel Lévy frères, rue Vivienne, 2 *bis*. Prix : 50 centimes. — Il est envoyé *franco* dans toute la France, moyennant 50 centimes en timbres-poste.

Petit Almanach impérial pour 1859 (douzième année. — Henri PLON, éditeur). Vignettes par MM. Horace Vernet, J. A. Beaucé et Geoffroy. Prix : 50 centimes. — A Paris, au dépôt central des almanachs publiés à Paris, chez Pagnerre, libraire, rue de Seine, 18.

Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, par M. le docteur EUG. MOYNIER. Mémoire auquel l'Académie impériale de médecine a accordé une mention honorable dans la séance du 15 décembre 1857. In-8° de IV-168 pages. Prix : 3 fr. Chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature, par M. le docteur ANTONIN BOSSU, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*, auteur de l'*Anthropologie*, etc. 3 volumes très-grand in-8° à 2 colonnes compactes, orné de 1,400 figures intercalées dans le texte. Prix : 27 francs (l'ouvrage rendu *franc de port* dans toute la France et l'Algérie). — Paris, bureaux de l'*Abeille médicale*, rue de Seine, 31.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 136. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 136. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

[Il s'est glissé dans le premier article de la *Revue clinique* de samedi dernier, 13 novembre, une erreur typographique qu'il importe de rectifier, parce qu'il s'agit d'une formule. A la ligne 29 de la 2e colonne, *au lieu de* : une potion avec 1 gramme de sucre fut prise dans la journée, *lisez* une potion avec 1 gramme de musc.]

Empoisonnement par l'eau sédative.

Nous avons parlé dans l'un des précédents numéros d'un fait d'empoisonnement par l'eau sédative, communiqué à l'Académie de médecine par M. le docteur Rulié, médecin stagiaire à l'École de médecine militaire. Voici les circonstances principales de ce fait instructif, qui a été observé à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. Ludger Lallemand, professeur agrégé.

M. X..., âgé de trente-huit ans, d'une constitution assez robuste, mais affaiblie par des excès, appartenant à une famille dont plusieurs membres se sont suicidés, avait déjà cherché deux fois à mettre fin à ses jours par des moyens divers. Le 23 août dernier, il avala plus de 250 grammes d'eau sédative n° 3, préparée d'après la formule Raspail; le liquide ingéré devait, par conséquent, contenir environ 25 grammes d'ammoniaque à 22°, et de 1 à 2 grammes de camphre.

M. X... ne ressentit immédiatement qu'une chaleur brûlante à l'arrière-gorge; deux ou trois heures après, douleurs pharyngiennes assez vives accompagnées de nausées; vers six heures du soir, vomissements abondants et répétés. A une heure du matin, cessation des vomissements, perte de connaissance, insensibilité générale, extrémités froides, couvertes d'une sueur visqueuse, convulsions cloniques des membres et du tronc; respiration stertoreuse, pouls petit, filiforme, irrégulier, 130 pulsations; pas de selles, pas d'urine; gonflement considérable des lèvres avec rougeur livide, langue lisse, vernissée, présentant deux petites escharres à sa pointe.

Le 24 août, urines involontaires; coma et insensibilité; agitation et délire la nuit. Le malade, revenu à l'intelligence et à la sensibilité, accuse une constriction brûlante à la gorge, et la sensation d'une ligne de feu dans la direction du sternum; selles liquides et fréquentes.

Le 25, alternatives de somnolence et d'agitation.

Le 26, le malade est apporté à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Voici ce qu'on constate à son entrée :

Amaigrissement; expression du visage rappelant le facies qui caractérise la réaction incomplète du choléra; pommettes rouges, saillantes, yeux excavés, regard hébété, extrémités froides, pouls filiforme, intermittent. Ce n'est qu'en stimulant le malade par des interrogations réitérées qu'on le tire momentanément de sa torpeur et qu'il accuse des douleurs vagues à la pression de l'abdomen et la sensation d'une ligne de feu dessinant le trajet de l'œsophage.

Le 28, cessation des vomissements, délire pendant la nuit, somnolence, hyposthénisation profonde, pouls à 130, 34 inspirations; quelques bulles de râle crépitant et submatité à la base du thorax du côté gauche; expectoration nulle.

Le 29, agitation nocturne; diminution de l'état torpide, manifestation plus grande des douleurs, bourdonnement d'oreilles insupportable, perte de la mémoire. Matité thoracique augmentée; râle crépitant et souffle tubaire; expiration brusque et sifflante d'un timbre singulier.

Le 30, le malade succombe après deux heures d'une agonie pénible et douloureuse.

A l'examen cadavérique, on constate :

De petites eschares minces et sèches sur les lèvres; des ecchymoses disséminées dans le pharynx; la surface interne de l'œsophage recouverte de plaques jaunâtres, sèches, ayant l'aspect de pseudo-membranes; la muqueuse est comme tannée par le liquide caustique; exulcérations produites par le soulèvement et l'enlèvement de l'épithélium dans divers points.

L'estomac contient environ un litre de liquide verdâtre, épais, sale; la muqueuse de la portion cardiaque, amincie, ramollie, présente une coloration brune sur le trajet des vaisseaux; la portion pylorique est épaissie par une sorte d'infiltration séreuse de son tissu.

Le larynx et la trachée contiennent des matières liquides, verdâtres, de même nature que celles qui remplissent l'estomac; la muqueuse du larynx, parsemée d'arborisations vasculaires, est ramollie, et s'enlève par lambeaux quand on râcle légèrement avec le dos du scalpel; petites eschares molles sur l'épiglotte, les cartilages arythénoïdes et les cordes vocales inférieures.

Les poumons sont emphysémateux en avant. Le poumon gauche presque en entier et le lobe inférieur du poumon droit sont le siége d'une hépatisation complète; on trouve quelques concrétions molles dans la plèvre gauche. Les reins sont congestionnés et ecchymosés.

L'encéphale présentait des lésions pour la plupart indépendantes sans aucun doute de l'empoisonnement, mais qui à un autre point de vue offrent de l'intérêt. Il y avait une légère congestion des vaisseaux de la dure-mère; exsudation gélatiniforme, opaline, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; substance cérébrale sablée. Le long de la scissure médiane du cerveau, à 8 centimètres de l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit, on trouve une petite plaque osseuse embrassant le bord de l'hémisphère et modelée sur les circonvolutions cérébrales. Cette plaque osseuse, couverte de ramifications vasculaires, n'a aucune adhérence avec la duremère; elle tient à l'arachnoïde pariétale par un petit prolongement membraneux, transparent et très-mince, et elle paraît appliquée à nu sur la substance cérébrale, comme si l'arachnoïde et la pie-mère avaient disparu à son niveau.

Cette observation présente deux faits principaux sur lesquels M. Rulié a cru devoir avec raison appeler plus particulièrement l'attention : ce sont, d'une part, l'hyposthénisation profonde qui a dominé tous les autres phénomènes morbides, et d'autre part, l'inflammation du tissu pulmonaire, qui est arrivée rapidement à la suppuration.

« Les douleurs qui succèdent à l'ingestion du poison sont modérées; les vomissements surviennent tardivement; le malade tombe peu de temps après dans un collapsus qui va jusqu'au coma; lorsqu'il est sorti de cet état, les sympathies morbides sont muettes, les réactions ne s'éveillent pas, et c'est dans le silence de l'organisme prostré que s'accomplissent les altérations organiques les plus graves. Il faut secouer le malade pour qu'il ressente momentanément son mal, et qu'il annonce la ligne brûlante qui dessine le trajet de l'œsophage et de l'estomac, puis il retombe dans son engourdissement; peu à peu, après les premiers jours, il se réveille de cette torpeur, l'hyposthénie diminue, l'intelligence reparaît avec le sentiment des douleurs éprouvées, comme si le sujet sortait d'un état anesthésique au fur et à mesure de l'élimination du poison qui l'avait produit. »

Voilà on ne peut mieux dépeint l'état de ce malade. Mais l'agent qui a produit l'ensemble de ces symptômes si bien caractérisés n'est point une substance simple; il est composé de deux éléments, l'ammoniaque et le camphre. Lequel de ces deux éléments a eu la part principale dans la production des phénomènes morbides observés? C'est ce que nous examinerons avec M. Rulié dans la *Revue clinique* prochaine.

De l'emploi du gaz acide carbonique dans les accouchements.

Nous avons dit dans la *Revue clinique* précédente que M. Le Juge avait consigné dans sa thèse la relation de quelques essais d'emploi de gaz acide carbonique dans les accouchements. Avant de faire connaître les résultats qu'on en a retirés et les cas dans lesquels on s'en est servi, il est nécessaire de remonter à l'idée première qui a conduit à l'emploi de ce moyen.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de médecine du Collége de France. Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, par M. Cl. BERNARD, membre de l'Institut, etc. (1er volume) (1).

Nous nous trouvons en retard pour rendre compte d'un ouvrage que plus d'un des lecteurs de ce journal connaît sans doute déjà depuis quelques mois. Mais en présence des beaux résultats qu'il renferme, nous ne pouvons cependant résister au désir d'en parler. Praticiens et hommes de science pure, médecins et physiologistes, chirurgiens et anatomistes, seront tôt ou tard obligés d'en venir à consulter au moins, à lire et à méditer ces deux volumes si substantiels, si pleins d'applications à nombre de cas offerts à tous par les maladies les plus diverses.

Cet ouvrage n'est pas un livre de doctrines, mais d'expériences, d'observations à la suite desquelles la relation de cause à effet se trouve incessamment établie. On voit par là qu'il peut être soumis à l'analyse plutôt qu'à la critique proprement dite, dès l'instant où chacune des expériences qu'il renferme n'a pas été répétée par celui qui en parle. Mais si ce livre n'est pas un traité dogmatique, il touche à chaque page aux questions de doctrine, et celles-ci sont discutées avec soin. Combien d'entre elles, que nous avions cru pouvoir accepter, se trouvent renversées et rejetées dans le domaine de l'histoire, lorsqu'on croyait qu'elles devaient faire partie de la science !

Ce n'est point un hasard heureux qui conduit ainsi certains hommes à renouveler la face de la physiologie, contrairement à ce que pensent ceux qui ne veulent voir dans celle-ci autre chose qu'une agglomération de faits curieux. De même que ce qui fait le bon praticien n'est que le reflet de la profondeur et de la variété des connaissances du médecin, ce qui mène aux découvertes scientifiques n'est que le résultat de l'application méthodique de nos moyens d'apprendre, tant intellectuels que matériels.

Certains observateurs se rendent compte, d'après les données d'une doctrine, de ce que cette application a de méthodique; d'autres agissent sans se préoccuper des notions générales de la science; chacune de ces manières de faire a ses avantages et ses inconvénients. Mais quels qu'ils soient, il n'y a lieu de critiquer ni l'une ni l'autre chez ceux qui ont l'énergie de poursuivre les pénibles recherches qu'exige la connaissance de l'organisation et des fonctions des êtres vivants; car le choix de l'une plutôt que de l'autre est en quelque sorte involontaire, et dépend de l'organisation individuelle ou de l'éducation antérieurement reçue.

Quoi qu'il en soit du reste, il est certain que celui qui philosophiquement sait où il va, se trouve bien plus fort que celui qui observe ou expérimente en quelque sorte au hasard; car quelle que soit la marche adoptée, c'est toujours après avoir enchaîné les faits d'après les lois de la logique, que l'on reconnaît leur valeur ou leur nouveauté.

Ces réflexions me sont suggérées par la lecture de la *première leçon* du cours de M. Cl. Bernard, qui, dans une vingtaine de pages à la fois claires et concises, a donné les meilleurs conseils que puisse suivre tout physiologiste qui désire se pénétrer des notions générales susceptibles de nous donner le mieux la raison des choses.

L'exposé des données expérimentales de l'ouvrage de M. Cl. Bernard commence, dès la seconde leçon, par l'étude du mouvement et du sentiment, étudiés dans les racines rachidiennes. Sept leçons sont consacrées à l'étude de la *sensibilité récurrente*. J'essayerai de les résumer.

M. Magendie, à qui l'on doit la découverte de la sensibilité récurrente ou de retour, a montré que cette sensibilité est transmise à la racine rachidienne antérieure par la racine rachidienne postérieure correspondante, si bien que l'on constate une sorte de circuit de sensibilité entre les deux racines nerveuses.

Par un autre procédé, qui consiste à soumettre les animaux à l'éthérisation, on voit, à mesure que l'anesthésie se manifeste, les organes nerveux devenir insensibles dans l'ordre suivant : 1° la racine antérieure; 2° la peau; 3° la racine postérieure; 4° le faisceau postérieur de la moelle épinière. Puis, quand on cesse l'éthérisation pour laisser l'animal revenir à son état normal, on voit la sensibilité reparaître dans les organes nerveux d'une manière inverse.

Enfin, quand on épuise l'animal par des pertes de sang considérables ou par le procédé opératoire qu'on emploie, on voit également la sensibilité s'éteindre, d'abord dans la racine antérieure, puis dans la racine postérieure, de telle sorte que dans ces cas on pourra trouver les racines postérieures seules douées de sensibilité. En étudiant la sensibilité récurrente du nerf spinal, M. Cl. Bernard a montré d'où elle provenait, et a déterminé par conséquent quel était le nerf qui jouait le rôle d'une racine postérieure ou sensitive à l'égard du spinal. En effet, le caractère d'une racine antérieure rachidienne est de *posséder* la sensibilité récurrente, et il a démontré que dès son origine l'accessoire de Willis est doué de cette propriété. Le caractère d'une racine rachidienne postérieure étant, au contraire, de *fournir* la sensibilité récurrente seulement à la racine antérieure correspondante, on comprend dès lors que le nerf qui donnera la sensibilité récurrente au spinal devra être regardé comme sa racine postérieure. Or ce n'est pas au pneumo-gastrique que le spinal emprunte cette sensibilité, mais aux racines postérieures des trois ou quatre premières paires nerveuses cervicales chez le chien; de sorte qu'à cet égard le spinal doit être considéré comme une racine antérieure multiple surajoutée aux trois ou quatre premières paires rachidiennes.

L'espace me manque pour exposer ici les données remarquables que M. Brown-Séquard a fournies à la science dans ces dernières années

(1) Deux volumes in-8° avec figures intercalées dans le texte. Paris, 1858; chez J. B. Baillière.

Voici les détails que nous trouvons à ce sujet dans le travail de M. Le Juge :

On sait que M. le docteur Brown-Séquard a démontré par des expériences physiologiques que l'acide carbonique est un excitant des nerfs et des muscles, qu'il détermine des contractions musculaires dans bon nombre d'organes à l'état normal, dans plusieurs états morbides ou même après la mort. D'après les résultats de ces expériences, M. de Scanzoni, professeur à l'université de Würzbourg, pensa qu'il y avait là un fait très-important dont on pourrait tirer un parti utile dans la pratique des accouchements. Aussi ne tarda-t-il pas à employer l'acide carbonique au lieu de l'ergot de seigle dans le cas d'inertie de l'utérus. Le résultat ayant répondu à son attente, il essaya de provoquer par ce moyen l'accouchement prématuré.

Deux accouchements prématurés, l'un de M. de Scanzoni et l'autre de M. Simpson, ont réussi au moyen de l'acide carbonique seul. Dans d'autres cas, l'action de ce gaz ne fut pas assez puissante pour mener l'accouchement à bonne fin; mais il provoqua dans tous des contractions très-manifestes, et contribua pour beaucoup aux résultats obtenus par d'autres moyens.

Voici une observation, extraite d'un journal américain, qui vient à l'appui des tentatives de M. de Scanzoni :

Sur une primipare de très-petite taille, âgée de vingt-six ans, le travail prématuré fut indiqué à cause d'un rétrécissement du bassin ; elle était parvenue à la trente-quatrième semaine de la grossesse. L'orifice externe de l'utérus était entièrement fermé ; on entendait faiblement le souffle fœtal.

Le 2 février, on fit pendant vingt minutes une première application de gaz acide carbonique sans aucun changement notable.

Le 3, nouvelle application, à huit heures du matin, de vingt-cinq minutes de durée, et le soir de trente minutes. Pendant l'injection, il y a des picotements dans le vagin ; dans la journée, il y en a eu souvent à l'ombilic ; le soir, la portion vaginale est relâchée ; dans la nuit, il y a de nouveaux picotements.

Le 4, injections matin et soir, d'une demi-heure chacune ; picotements dans le vagin. Dans la journée l'orifice de l'utérus permet l'entrée du doigt, et on peut sentir la tête qui se présente ; dans la nuit, il y a des douleurs comme pendant le travail, et vers le matin il y a des contractions assez vives de l'utérus, qui cessent ensuite.

Le 5, il y a des picotements pendant trente minutes que dure l'injection ; l'orifice est ouvert, mou, dilatable ; la sécrétion vaginale est augmentée ; à midi, il y a des douleurs continues ; à six heures et demie rupture des membranes ; à sept, naissance d'un enfant vivant pesant trois livres ; légère métrorrhagie, qui cesse aussitôt après la délivrance. Suites de couches bonnes.

L'appareil dont on s'est servi pour provoquer le travail prématuré est à peu près le même que celui dont on s'est servi dans les hôpitaux de Paris, pour les diverses applications que nous avons précédemment exposées, avec cette seule différence que l'acide carbonique est obtenu au moyen de deux cuillerées à bouche de bi-carbonate de soude, de 360 grammes d'eau et d'un peu de vinaigre. Pour éviter que le gaz ne s'échappe par les parties génitales, on introduit dans le vagin un spéculum conique en verre et le tube élastique, ce dernier étant garni d'un bouchon fermant complétement le spéculum, de façon à retenir tout le gaz dans le vagin.

Ce sont là des essais qui nous paraissent mériter l'attention des accoucheurs.

— Toutefois nous ne voudrions pas, en signalant ce moyen, laisser croire qu'il soit tout à fait inoffensif. Les injections d'acide carbonique ne jouissent pas de l'innocuité dont les ont gratifiées quelques-uns des partisans de cette méthode. On connaît déjà les accidents toxiques signalés par M. Ch. Bernard ; mais jusque-là ces accidents avaient toujours pu être conjurés, et ils n'avaient eu aucun résultat funeste. Mais il n'en a pas été de même dans un cas dont M. de Scanzoni lui-même vient tout récemment de rapporter l'histoire.

Il s'agit d'une femme à laquelle on se disposait à pratiquer la résection du museau de tanche. Le médecin traitant eut l'idée d'injecter de l'acide carbonique dans la cavité du col, pour se mettre à l'abri d'une hémorrhagie trop abondante ; cette injection fut faite à l'aide d'un appareil convenable ; mais à peine quelques pouces cubes de gaz eurent-ils pénétré dans le col, que la malade s'écria que l'air lui pénétrait dans le ventre, le cou, la tête ; des convulsions tétaniques générales survinrent ensuite, puis une longue agonie, et la mort au bout d'une heure trois quarts.

On ne trouva à l'autopsie, comme lésion à laquelle on pût rapporter la mort, qu'un œdème pulmonaire très-considérable.

M. Scanzoni est resté dans le doute sur la question de savoir s'il fallait rapporter cette mort imprévue à un empoisonnement, ou bien à ce que l'acide carbonique aurait pénétré dans quelque orifice veineux béant, et agi à la manière de l'air introduit dans les veines.

Quoi qu'il en soit, ce fait commande la prudence à l'avenir dans l'emploi des injections de gaz carbonique, sans toutefois qu'il soit de nature à le faire condamner.

Cautérisation pratiquée par les fosses nasales dans un cas de croup.

Le traitement local du croup semble en ce moment avoir le privilége exclusif d'attirer l'attention des praticiens, bien que la plupart aient cependant la conscience que ce n'est point là que se trouvera l'entière solution du problème thérapeutique de cette affection. Il est certain que, quels que soient les progrès ultérieurs qui pourront être faits dans le traitement du croup, les moyens locaux seront toujours d'une grande utilité.

Empêcher et combattre la formation des fausses membranes, favoriser leur expulsion, arrêter une mort imminente en ouvrant à l'air un passage pour la respiration, seront toujours, en effet, des problèmes qui éveilleront les recherches et susciteront le zèle des expérimentateurs désireux d'étendre les limites de l'art.

Telle est la pensée qui a dicté à M. le docteur Villars, d'Avignon, l'idée de recourir à la cautérisation pratiquée par les fosses nasales. Voici dans quelles circonstances notre confrère a été mis à même d'avoir recours à ce mode de cautérisation :

Chez un jeune enfant âgé de trois ans et demi, atteint de symptômes de croup, à qui il avait pratiqué, avec beaucoup de difficulté, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, il lui fut impossible, par suite de l'indocilité du malade, de pouvoir continuer ce moyen.

Ce jeune enfant se gardait bien de crier la bouche ouverte, et si, par l'occlusion des fosses nasales, on cherchait à la lui faire ouvrir pour respirer, il respirait alors en écartant les lèvres, mais en serrant toujours très-fortement les dents.

Tous les moyens employés en pareil cas restèrent sans succès ; il fut même tout à fait impossible d'écarter les arcades dentaires assez pour introduire entre les dents l'anneau protecteur de M. Loiseau. C'est alors que M. Villars pensa pouvoir arriver au même résultat, en injectant le liquide par les fosses nasales, prévoyant en outre que les effets physiologiques qui allaient se manifester pour chasser le liquide des voies respiratoires, pourraient favoriser l'expulsion des matières qui rendaient la respiration difficile.

L'enfant étant couché la tête assez basse et inclinée en arrière, la canule d'une seringue à injection, contenant une *très-minime* quantité de liquide (sulfate de cuivre étendu d'eau), fut introduite dans la fosse nasale gauche, et les narines étant rapprochées à l'aide du pouce et de l'index afin que le liquide ne pût s'échapper à l'extérieur, il poussa fortement l'injection pendant que l'enfant pleurait.

Aussitôt le jeune malade fut pris d'une toux très-forte, anxieuse, semblable à celle qui se manifeste lorsqu'on avale de travers. La toux diminua peu après que l'enfant fut mis sur son séant, et que se manifestèrent plusieurs vomissements de matières glaireuses très-épaisses. En même temps éclatèrent plusieurs séries d'éternuments très-forts, et qui subsistèrent après la disparition des autres symptômes.

Quand le calme fut revenu, M. Villars quitta le malade, après avoir prévenu les parents de le faire avertir si la suffocation augmentait, décidé, vu l'âge de l'enfant et sa bonne constitution, à pratiquer la trachéotomie, malgré le peu de succès qu'elle paraît avoir dans le pays qu'il habite.

La simplicité du moyen qui venait d'être employé permit de le faire appliquer par les parents toutes les trois heures pendant la nuit.

Après chaque injection, la même série de phénomènes se manifesta avec la même intensité, mais sans aucun danger pour l'enfant.

Trois ou quatre heures après la première injection un peu d'amélioration se manifesta, et le lendemain matin le petit malade était un peu moins oppressé, l'inspiration était moins gênée, la voix moins éteinte et la toux plus facile que la veille.

Trois nouvelles injections furent faites par la famille pendant le jour et répétées la nuit suivante. Le lendemain le nombre des injections fut porté à deux, et le quatrième jour l'enfant était hors de danger.

M. Villars se défend de la pensée que la guérison de cet enfant doive être attribuée complétement au mode de cautérisation mis en usage, attendu qu'un traitement général était suivi en même temps (vomitifs répétés, frictions mercurielles sur la région cervicale, toniques amers, etc.). Cependant je suis presque convaincu, dit-il, que si mon jeune malade n'avait point été débarrassé des matières qui obstruaient les voies respiratoires, aucun traitement général n'aurait pu empêcher l'asphyxie. Les vomissements déterminés par le tartre stibié et par l'ipécacuanha avaient été insuffisants pour favoriser l'expulsion de ces matières. La cautérisation pratiquée par les fosses nasales a donné lieu à une série de phénomènes très-énergiques, semblables à ceux que la nature emploie pour se débarrasser spontanément des corps étrangers qui obstruent les voies respiratoires. Son action a été presque mécanique, si l'on veut, mais dans tous les cas elle a retardé l'asphyxie et rendu possible l'action salutaire d'un traitement général.

M. Villars se demande ensuite si ce moyen n'était pas déjà connu et usité, et il rappelle à cette occasion que Récamier, pour faciliter les vomissements dans les cas de croup, faisait par les fosses nasales des injections avec un mélange d'eau et de lait. Mais ce sont moins les vomissements que notre confrère a cherché à favoriser, que les efforts qui ont pour but de rejeter, avec le liquide qui a pu pénétrer dans les voies respiratoires, les matières glaireuses et les fausses membranes qui portent obstacle à la respiration.

On sait aussi que des injections avaient été expérimentées

---

sur la sensibilité récurrente; mais j'espère un jour pouvoir en entretenir les lecteurs de ce journal.

Après avoir établi par ses expériences sur la sensibilité récurrente ce qui caractérise au point de vue fonctionnel l'*unité physiologique de la paire nerveuse*, et le point de communication dans la moelle entre la racine sensitive et la racine motrice, M. Bernard se trouve logiquement placé dans les conditions nécessaires et convenables pour aborder l'étude des divers excitants normaux et morbides, naturels et artificiels, qui peuvent affecter les nerfs.

Ici, comme on le pressent, les faits se multiplient à l'infini ; mais pour la première fois je les trouve enchaînés d'une manière naturelle d'après les relations de cause à effet, qui rendent les uns solidaires des autres. Le nombre des données nouvelles qui se pressent à chaque page est si considérable, que je suis forcé de renvoyer le lecteur à l'ouvrage même, et qu'il m'est impossible d'en exposer un seul sous peine de me trouver conduit à reproduire tous ceux qui en découlent. Neuf leçons ont été consacrées à ce sujet. Les médecins qui s'occupent des applications de l'électricité à la curation des maladies devront plus que les autres encore étudier là l'influence des courants électriques sur les nerfs; ils y verront combien d'erreurs ont été commises par les auteurs qui ne se sont pas placés dans certaines conditions, sans lesquelles tous les phénomènes physiologiques perdent les caractères qui leur sont propres. La leçon qui concerne les rapports de l'influence nerveuse motrice, de la motricité, en un mot, avec l'action musculaire, leur offrira, en particulier, le plus grand intérêt pratique.

Il en sera de même de celle qui traite des usages des ganglions intervertébraux, des troubles de la nutrition consécutifs à la section des racines postérieures, de l'influence des impressions sensitives sur les mouvements du cœur et sur la pression exercée par les vaisseaux sur le sang.

Un chapitre entier, et des plus intéressants, est consacré à l'étude des relations qui existent entre les actes accomplis par le grand sympathique et ceux dont j'ai parlé plus haut ; les expériences relatives aux propriétés motrices et sensitives de ce nerf sont particulièrement utiles à méditer.

Le reste du premier volume est consacré à l'étude expérimentale de la physiologie de la moelle épinière. Ici les données fournies par la pathologie s'unissent à celles que révèlent les expériences, et ces dernières viennent à chaque pas rendre clair ce que les premières semblaient avoir d'incompréhensible au lit du malade. Les usages de chacune des parties de la moelle, considérée comme centre nerveux, sont nettement déterminés.

J'insisterai particulièrement sur les leçons qui traitent des actions réflexes et de la solidarité des phénomènes de sensibilité de la vie végétative et de la vie animale.

Parmi les attributs du système nerveux, l'un des plus importants est, grâce aux propriétés diverses dont jouit son tissu : 1° de lier entre eux les tissus divers doués des propriétés de la vie animale, par l'intermédiaire des centres nerveux comme centre d'action qui reçoit l'impression par les nerfs périphériques, *incidents* ou *ésodiques*, et transmet son action propre ou réaction par les nerfs *exodiques* (Marshall-Hall), ensemble qu'on peut se représenter, en quelque sorte, comme un arc dont la portion correspondante du centre nerveux occuperait le sommet (*arc diastaltique* de Marshall-Hall) ; 2° de lier entre eux, et avec ceux de la vie animale, au point de vue de leurs actes, les organes de la vie végétative, surtout par l'intermédiaire de la moelle épinière comme centre et du grand sympathique comme branches de l'arc diastaltique. Pendant longtemps les attributs du système nerveux dépendant de la sensibilité d'une part, de la motricité volontaire d'autre part, ont été seuls étudiés expérimentalement. Pendant longtemps on les a seuls crus soumis à des lois régulières et susceptibles d'être déterminées. Cependant, en dehors de ces actes il en est d'autres d'une importance au moins égale qui constituent un *genre très-distinct*. Ce genre comprend les attributs du système nerveux dits *actions réflexes*.

Notons que, parce qu'on a pris en considération les résultats qui sont des mouvements, les auteurs disent, en général, *mouvements réflexes*.

Les actions réflexes se manifestent par des mouvements qui succèdent à des sensations ou à des *phénomènes de sensibilité sans conscience*, c'est-à-dire dans lesquels l'*impression* et la *transmission* ayant lieu comme dans tout autre nerf, l'acte correspondant à la *perception* n'a pas lieu, à proprement parler, et reste borné à une action sur les nerfs moteurs qui correspondent à ceux de sensibilité qui ont été impressionnés. Le phénomène correspondant à la perception reste, en un mot, borné à une action de motricité sans volonté ni raisonnement préalables. Les phénomènes de sensibilité sans conscience (*mouvements réflexes*) et de sensibilité récurrente se développent ou s'éteignent sous l'influence de conditions qui sont absolument les mêmes pour les deux ordres de phénomènes nerveux. Ces mouvements dits *réflectifs* ou *réflexes* sont quelquefois purement locaux, parce que l'impression transmise au centre nerveux éprouve de la tendance à se communiquer spécialement à ceux des nerfs moteurs dont l'origine se rapproche le plus de celle de nerfs sensitifs excités.

L'influence de la moelle sur les usages de certains organes en particulier, et l'histoire du liquide céphalo-rachidien, forment encore dans ce volume le sujet de leçons intéressantes que je ne peux analyser ici.

J'examinerai dans un second article les matières du deuxième volume.

Ch. Robin.

Almanach de l'Univers illustré pour 1859 (première année). Au bureau de l'*Univers illustré*, rue Bonaparte, 13; à la librairie de Michel Lévy frères, rue Vivienne, 2 *bis*. Prix : 50 centimes. — Il est envoyé *franco* dans toute la France, moyennant 50 centimes en timbres-poste.

récemment, mais dans un but et avec des résultats différents.

En résumé, les effets que M. Villars s'est proposé par ces injections caustiques à travers les fosses nasales, ont été de favoriser l'expulsion des fausses membranes et de cautériser en outre des parties que l'on n'eût pu atteindre en pratiquant la cautérisation par la bouche. On a vu que ces effets avaient été obtenus. Ce mode de cautérisation est loin d'exclure d'ailleurs, dans sa pensée, celle que l'on pratique par l'ouverture buccale; il n'exclut pas davantage ou le procédé de M. Loiseau, ou le tubage du larynx de M. Bouchut, ou tout autre moyen analogue. M. Villars le signale, au contraire, comme propre à augmenter l'action et la série des moyens locaux dirigés contre la diphthérite, étant employé concurremment avec eux.

Tubage du larynx fait avec succès dans un cas d'asphyxie chez un nouveau-né.

M. le docteur Delfrayssé (de Pradines) nous transmet la relation du fait suivant, dans lequel il a fait une application heureuse de la méthode du tubage du larynx dans un cas d'asphyxie chez un nouveau-né.

« Je fus appelé, écrit M. Delfrayssé, vers la fin de septembre par le sieur N..., pour donner des soins à sa femme en travail. N'ayant pu me rendre immédiatement chez lui, la jeune femme accoucha sans moi d'un enfant à terme qui offrait toutes les apparences de la mort, bien qu'il fût parfaitement constitué et que la sage-femme lui eût donné pendant plus d'un quart d'heure tous les secours usités en pareil cas.

» Le père, qui m'attendait chez moi, désespéré de cet événement, me pria de le suivre pour sa femme, qui perdait une grande quantité de sang. Soupçonnant, d'après son rapport, que l'enfant n'était qu'asphyxié, et connaissant la nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage laryngien de M. le docteur Bouchut, j'eus aussitôt l'idée d'essayer ce nouveau moyen, et je choisis parmi mes sondes et mes tubes de tout calibre ceux que je pouvais approprier à cette opération. Je parvins à imiter un peu grossièrement toutes les pièces d'appareil, qui fonctionnèrent néanmoins d'une manière satisfaisante. L'enfant était froid, décoloré, et présentait les signes de l'asphyxie la plus complète, tels que le relâchement des mâchoires, la flaccidité des membres, l'absence de respiration, etc. J'introduisis alors avec une grande facilité le tube que je venais de préparer, et lorsqu'il fut en place, j'exerçai un mouvement de compression sur les côtés du thorax, et une large inspiration suivit immédiatement cette manœuvre. En peu d'instants la respiration s'établit avec la plus grande régularité, et l'enfant revint à la vie. Le tube fut alors retiré sans aucune difficulté au moyen d'une traction légère sur le fil qui le retenait, et dont un bout sortait par la bouche. En moins d'une minute cette résurrection avait eu lieu. »

La brièveté de cette observation et l'absence de détails ne permettent pas malheureusement d'apprécier au juste la part qu'à pu avoir le tubage dans ce cas sur le rétablissement du petit malade, les manœuvres de respiration artificielle ayant pu concourir efficacement à ce résultat. Telle qu'elle est néanmoins, nous avons pensé qu'elle pourrait servir à l'histoire des essais de la nouvelle méthode.

SUR UN CAS DE PNEUMONIE

traitée par l'ergotine,

Par M. le docteur THIBAULT, au Pertre (Ille-et-Vilaine).

Le 20 octobre, je fus appelé pour donner mes soins au nommé R. J..., habitant la commune de Saint-Cyr-le-Gravelais (Mayenne). Je constatai chez lui une pneumonie au premier et au deuxième degré. Il était au quatrième jour de sa maladie. Le pouls était plein, fort, marquant 90 à 95 pulsations; le malade était très-oppressé; la toux peu fréquente revenait par quintes, à peu près d'heure en heure, et était suivie de quelques crachats rouillés, expulsés avec beaucoup de difficulté. L'état général était du reste très-bon. Je pratiquai immédiatement une saignée de 600 grammes, qui fut réitérée le soir.

Le lendemain 8 sangsues furent appliquées sur le côté gauche; douze heures après je fis renouveler l'application de 8 nouvelles sangsues.

Le 22, à ma cinquième visite, le malade se trouvait un peu mieux. L'oppression avait diminué; le pouls était un peu moins fréquent; les crachats n'avaient pas changé. Je crus pouvoir prescrire ce jour-là l'émétique à haute dose; la tolérance n'ayant pu s'établir, je m'adressai au kermès.

Le 24, l'expectoration était plus facile, mais le pouls était devenu petit, fréquent : 105 pulsations; le facies était très-altéré; le malade était dans un état de prostration extrême; les crachats, de rouillés qu'ils étaient la veille, devinrent couleur de jus de pruneaux.

Le 25, il y eut même deux ou trois petites hémoptysies; le malade avait du délire et de la carphologie. Je fus très-inquiet de ces symptômes, et je crus de mon devoir d'en avertir la famille. Il me vint alors à l'idée d'administrer l'ergotine, dans le but de modifier l'expectoration, qui m'indiquait une pneumonie au troisième degré; j'avoue, toutefois, que je le faisais sans beaucoup d'espoir. Je prescrivis donc la potion suivante :

Eau simple	100 gr.
Ergotine	1
Kermès et p. de scille.	ãã 15 cent.
Gomme adragante.	1 gr.
Sirop simple.	40

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le malade en avait à peine pris trois ou quatre cuillerées, c'est-à-dire la moitié de la potion, que les crachats changèrent totalement d'aspect. Ils devinrent rouillés d'abord, puis seulement jaunâtres, comme dans un simple catarrhe.

Un autre phénomène non moins curieux me frappa, ce fut la diminution de la fièvre : de 105 le pouls descendit à 75 ou 80 pulsations. Il est vrai qu'il était toujours petit et déprimé. Je cessai la potion, les crachats rouillés reparurent; l'ayant administrée de nouveau et continuée pendant un jour, ils n'ont plus reparu. A partir du 28 le malade a toujours été de mieux en mieux, et aujourd'hui 2 novembre il est à peu près guéri.

Ce beau résultat m'a prouvé une fois de plus que l'ergotine est un hémostatique puissant et le sédatif par excellence pouvant, dans certains cas, mieux réussir dans la pneumonie que le tartre stibié et le kermès.

LES EAUX MINÉRALES APPARTIENNENT A LA PHARMACIE.

Les noms réunis de MM. Page et Blondeau rappellent à tout médecin l'heureuse idée que ces deux honorables pharmaciens de Paris ont poursuivie depuis quinze ans pour faire rentrer les eaux minérales dans le domaine de la pharmacie, qui leur convient presque seul : ce sont en effet des médicaments de première importance.

Aujourd'hui, sans cesser de tendre à ce résultat, MM. Page et Blondeau s'en proposent un autre non moins utile : prenant en considération les vœux naguère encore émis à l'Académie de médecine concernant la réduction du prix des eaux minérales en bouteilles, ces deux pharmaciens viennent de s'adjoindre les principaux propriétaires des sources de France, afin d'arriver plus promptement à mettre les eaux minérales à la portée du plus grand nombre.

Il est certain d'abord qu'une association pareille, dirigée selon les règles de la pharmacie, présente toutes les garanties médicales. En outre, s'il s'agit d'une réduction, il est certain que les économies, impossibles par les dépôts privés, deviennent possibles par l'association, qui est aujourd'hui synonyme d'économie.

Une dernière considération enfin, qui a encore plus de valeur dans l'espèce, c'est celle d'un débit qui permette le renouvellement fréquent. L'eau minérale étant de tous les remèdes l'un de ceux qui s'altèrent le plus rapidement, il est certain qu'un dépôt général comme celui de la nouvelle association, offre les assurances désirables pour la plus grande intégrité du médicament.

Pour toutes ces raisons, selon nous, la presse médicale ne saurait trop s'intéresser à la réalisation d'un progrès qui porte sur les eaux minérales, c'est-à-dire sur un des médicaments les plus recommandés de nos jours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 novembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. BOUVIER dit que la malade dont M. Robert a parlé dans la dernière séance lui avait paru ne pas avoir de raccourcissement réel. Après le nouvel examen fait par M. Robert, il ne croit pas pouvoir persister dans cette manière de voir; mais il continue à soutenir que chez cette jeune fille il y a inclinaison du bassin et raccourcissement apparent du membre inférieur.

M. ROBERT repousse l'opinion de M. Bouvier, parce que le raccourcissement serait énorme et produirait une claudication excessive, s'il y avait une inclinaison du bassin coïncidant avec un raccourcissement réel. M. Bouvier s'en est laissé imposer par la mensuration, qu'il n'a pas pratiquée en prenant pour points de repère l'épine iliaque antérieure et supérieure et la malléole externe.

M. BOUVIER répond que ce mode de mensuration n'est point à l'abri de tout reproche. Quand on mesure de cette manière, un changement dans les rapports des surfaces articulaires, suivant que le membre est plus ou moins dans l'abduction ou dans la flexion, peut facilement induire en erreur. Passant au second malade dont M. Robert a rapporté succinctement l'observation, M. Bouvier dit qu'il n'a pas douté un instant de l'existence d'une luxation congénitale, mais il craint qu'elle n'ait pas été réduite.

Quant à la jeune fille qui a été citée par M. Lenoir, M. Bouvier n'a pu parler de sa guérison, dans le rapport dont elle a été l'objet, que d'après la relation qui en avait été faite par M. Gillebert d'Hercourt. Des doutes s'étaient déjà élevés dans son esprit; il ne s'étonne pas de les voir confirmer par les dernières remarques de M. Lenoir.

M. LENOIR n'a pas eu l'intention d'attaquer le rapport de M. Bouvier; il n'a donné le renseignement relatif à la jeune malade de Vichy que parce qu'il est en contradiction avec l'opinion qu'il avait lui-même soutenue à l'occasion du mémoire de M. Gillebert d'Hercourt.

M. ROBERT. Je sais quels sont les symptômes qui caractérisent une luxation congénitale; ils étaient on ne peut plus évidents chez la jeune fille de Dammartin, et s'il n'en reste plus rien aujourd'hui, c'est que la guérison s'est produite à la suite du traitement. Il y a bien encore quelque chose d'un peu embarrassé dans la marche de cette jeune fille, mais je crois que cela dépend uniquement de ce que la tête du fémur est un peu plus en arrière qu'à l'état normal. Rien ne pouvant faire croire à l'existence actuelle d'une luxation, n'est-on pas en droit de soutenir que c'est bien là un cas de guérison? En thérapeutique, on ne peut pas aller plus loin.

M. BOUVIER. Je ne comprends pas qu'il y ait guérison d'une luxation sans réduction. Quand un membre luxé n'a pas été remis en place, il peut sans doute se faire des changements dans l'état apparent du malade; ainsi on voit la claudication diminuer chez les enfants qui n'ont point eu leurs luxations réduites, mais ce n'est qu'une amélioration qui n'est pas durable.

M. RICHARD. Pour résoudre la question qui nous occupe en ce moment, il faudrait que l'on fût toujours fixé sur le point de départ, et il n'en est pas toujours ainsi; pour n'en citer qu'un exemple, je rappellerai la jeune fille que M. Bonnet (de Lyon) opéra lors de son dernier voyage à Paris.

Avant l'opération, tout le monde croyait à l'existence d'une coxalgie, lorsque, après un nouvel examen, une luxation congénitale fut regardée comme évidente. Eh bien, j'ai reçu récemment une lettre de M. Bonnet, qui m'annonce que la jeune fille est tellement bien, qu'il est forcé d'admettre la première opinion et de repousser l'existence d'une luxation congénitale.

M. BOUVIER. La communication de M. Richard me surprend; j'étais loin de m'attendre à l'opinion dernièrement exprimée par M. Bonnet. Comme le jour où nous assistâmes à l'opération pratiquée par le chirurgien de Lyon, je crois que la jeune malade, que j'ai revue dernièrement, est affectée d'une double luxation congénitale, malgré l'amélioration qui s'est manifestée dans sa position. Je crois bien aussi que la jeune fille dont M. Robert a entretenu la Société a eu une luxation congénitale, mais je ne peux pas admettre qu'elle soit guérie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le tome XXXII des *Bulletins de la Société anatomique de Paris* (année 1857).

— M. Civiale fait hommage à la Société des deux premiers volumes de la 3e édition de son ouvrage intitulé : *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1858, in-8°, t. I et II.

— M. ROUX, de Brignoles, membre correspondant de la Société, adresse un exemplaire de son travail intitulé : *Observations et considérations sur la taille bilatérale et sur la taille médiane.* Marseille, 1858, in-8°.

— M. LARREY présente, de la part de l'auteur M. Daniel Brainard, membre correspondant, à Chicago-d'Illinois, la *Relation* (1) *de treize cas de fractures non réunies traitées par la perforation sous-cutanée de l'os.* M. Brainard a décrit cette méthode dans un travail à part (2), et il a adressé tout récemment à la Société une observation inédite du même genre.

Les treize cas dont il s'agit fournissent quatre fractures de l'humérus, quatre fractures du fémur, trois fractures du tibia et deux fractures du cubitus.

L'auteur, à la suite de ces faits, rapporte une observation de résection de l'humérus à son extrémité inférieure, et du radius à son extrémité supérieure, près du coude, avec rétablissement des usages du membre.

M. Brainard ajoute enfin à ces différents cas celui (3) d'une résection heureuse du genou, et un tableau de la plupart des opérations de ce genre pratiquées jusqu'à présent.

A l'occasion de la communication faite au nom de M. Brainard, M. ROBERT demande que la Société ne juge pas la question des résections du genou sans connaître les résultats définitifs de ces opérations. Après la résection du coude, que les chirurgiens pratiquent assez souvent, il y a presque toujours une assez grande mobilité des os réséqués. Quelquefois même il y a un certain écartement entre eux.

Dans ce cas, les mouvements du membre supérieur sont mal coordonnés, et la flexion se fait en deux temps : d'abord le triceps se contracte, l'avant-bras remonte, puis le biceps amène la flexion. On observe encore ces mouvements chez un malade que M. Robert a opéré il y a quinze ans; ils se prononcent déjà chez un autre qui n'est qu'en voie de guérison.

M. Robert voudrait savoir si, dans les cas de résection du genou que l'on connaît, il y a eu ankylose de la jambe avec la cuisse; car, dans le cas contraire, ce serait une fort mauvaise opération. Il ne se sent, d'ailleurs, aucune propension à la pratiquer.

M. FOLLIN. Les faits ont répondu à M. Robert, et on peut affirmer que les résultats immédiats sont aussi satisfaisants que pour les amputations de la cuisse qui sont faites dans la continuité. Il résulte aussi d'une statistique que j'ai publiée qu'il y a soudure osseuse ou fortement fibreuse dans la plupart des cas. Les procédés opératoires ne sont pas sans influence sur les résultats des résections, et celui de M. Fergusson me semble mériter la préférence.

Pour résumer mon opinion sur cette opération, je dirai qu'elle doit rester dans la science, parce qu'elle a souvent été suivie de guérison chez les malades âgés de moins de vingt-cinq ans; mais beaucoup d'observations publiées en Angleterre étant incomplètes, il serait difficile de comparer les avantages et les inconvénients des résections du genou avec ceux de l'amputation de la cuisse. L'objection que l'on pourrait tirer contre les résections, du défaut d'accroissement du membre après l'opération, ne paraît pas fondée. Un soulier à talon peut suppléer à la différence de longueur des deux membres.

M. BROCA. L'une des objections les plus graves que l'on puisse faire aux résections du membre inférieur vient d'être signalée par M. Follin. Chez les enfants, l'accroissement du membre se faisant surtout par l'extrémité inférieure du fémur, lorsque l'épiphyse inférieure de cet os est enlevée, la source principale de l'accroissement du membre est tarie, et l'inégalité des deux membres va en s'exagérant de plus en plus. Dans un cas où M. Syme avait pratiqué la résection du genou chez un enfant, le raccourcissement, qui primitivement n'était que de deux pouces, avait triplé lorsque l'enfant eut atteint l'âge de seize ans. J'attache moins d'importance au défaut de solidité du membre, car la soudure, qui pour le membre thoracique est une exception, devient la règle pour le membre abdominal. L'enfant qui fait le sujet de l'observation de M. Brainard n'est pas encore complétement guéri, mais il est en voie de guérison.

M. LARREY, en parlant d'un résultat heureux, n'a pas voulu se prononcer d'une manière définitive. Il a quelques raisons pour croire que beaucoup d'observations ne sont pas publiées à cause des insuccès, ce qui rend nécessairement les statistiques fort incomplètes. Comme

(1) *The Chicago medical journal*, sept. 1858.

(2) *Mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os.* Paris, 1854.

(3) *The Chicago medical journal.* Juillet, 1858.

M. Robert, il croit que la résection ne peut être utile que si le membre, en s'ankylosant, acquiert des conditions de solidité.

M. MARJOLIN. La statistique de M. Follin est nécessairement incomplète, car le nombre relatif des guérisons qu'il indique est en contradiction avec ce que j'ai observé à Londres. La moitié des malades que j'ai vu opérer ont succombé. Les Anglais se sont passionnés pour les résections; ils nous reprochent de ne point partager leur engouement. Mais, d'après le nombre de ces opérations qui sont faites en Angleterre, on est en droit de se demander si on ne résèque pas des membres qui pourraient guérir sans opération. Le plus souvent, lorsque la maladie de l'articulation exige une amputation, l'ostéo-myélite remonte trop haut pour qu'on puisse pratiquer la résection.

On dit que cette opération convient surtout aux jeunes sujets; eh bien, dans le service d'enfants malades que je dirige depuis plusieurs années, je n'ai jamais trouvé de cas où la résection du genou fût applicable : une seule fois, j'aurais pu pratiquer la résectionde la tête du fémur pour une coxalgie, et l'os coxal était malade.

M. GIRALDÈS n'est point de l'avis de M. Marjolin : il a vu à Londres plusieurs résections qui ont parfaitement réussi. Les chirurgiens anglais ont résolu la question de la consolidation après cette opération; il ne nous reste plus qu'une question d'indication.

M. Giraldès attribue, en finissant, une partie des résultats obtenus en Angleterre aux infirmeries des bords de la mer, où l'on envoie les convalescents, et aux soins hygiéniques dont on entoure les opérés.

M. FOLLIN connaît le fait qui a été rappelé par M. Broca; il le regarde comme exceptionnel. Il ne s'en est pas produit un autre semblable depuis plus de huit ans que M. Fergusson a fait adopter par ses confrères d'Angleterre la résection des articulations du membre inférieur.

Répondant à M. Marjolin, M. Follin dit qu'il ne faut pas s'effrayer de l'ostéo-myélite, qui remonte toujours plus ou moins au-dessus des surfaces articulaires. Suivant lui, on peut faire les résections dans tous les cas où l'on pratique les amputations.

M. MAISONNEUVE pense, comme M. Marjolin, que la résection du genou n'a de chances de succès que là où elle n'est pas nécessaire. Il a essayé cette opération, et il a vu se développer des accidents bien plus graves que ceux qui suivent les amputations dans la continuité des membres. Il ne se déciderait pas à la pratiquer pour une tumeur blanche du genou. Les faits de la chirurgie anglaise ne suffiront pas à réhabiliter la résection des articulations du membre inférieur.

M. LARREY. Les chirurgiens anglais ne sont pas les seuls qui aient fait cette opération, MM. Textor et Heyfelder l'ont pratiquée avec succès; la Société de chirurgie ne doit pas l'oublier.

Cautérisation en flèches. — M. MAISONNEUVE ayant observé plusieurs faits de cancer des amygdales, avait cru devoir opérer la section du maxillaire inférieur pour avoir plus de facilité à enlever les parties malades. Mais les inconvénients de l'excision par l'instrument tranchant l'ont décidé, tout dernièrement, à enfoncer dans une de ces tumeurs des flèches de pâte caustique; le malade a pu avaler sans s'empoisonner, et au bout de quelques jours la tumeur était détruite. Ce fait lui a paru mériter un certain intérêt; il tiendra la Société au courant des résultats de cette opération, qui jusqu'ici ne s'est accompagnée d'aucun accident. M. Maisonneuve présente la tumeur, qui n'a plus que l'apparence d'une boule de mastic.

M. LARREY regrette qu'on ne puisse pas examiner une tumeur ainsi enlevée, parce que le cancer est très-rarement borné aux amygdales. La cautérisation en flèches lui paraît différer fort peu de celle que l'on pratiquait autrefois à l'aide des trochisques.

M. HOUEL a observé un cancer parfaitement limité à une amygdale chez un médecin qui fut opéré par M. Nélaton.

M. DESORMEAUX a vu un malade dont l'amygdale gauche présentait une ulcération qui fut regardée comme syphilitique par M. Ricord, et dont la nature cancéreuse fut reconnue alors qu'elle était encore limitée à l'amygdale.

M. CHASSAIGNAC a rencontré plusieurs cancers des amygdales. Chez un malade, qu'il vit avec M. Ricord, il parvint à désobstruer l'isthme du gosier au moyen de l'écraseur linéaire; il remplaça ainsi la trachéotomie, qu'il eût fallu pratiquer pour s'opposer à l'asphyxie.

M. LARREY fait remarquer que les observations qui précèdent confirment son assertion sur la rareté du cancer borné aux amygdales, puisque M. Houel, qui est si bien placé pour étudier l'anatomie pathologique, n'en a rencontré qu'un cas.

M. MAISONNEUVE. M. Larrey désirerait savoir en quoi la cautérisation en flèches diffère de la cautérisation par les trochisques, et quels sont les avantages de la nouvelle méthode sur la méthode ancienne.

Relativement au premier point, un seul mot suffira, je pense, pour satisfaire à son désir. C'est que la cautérisation par les trochisques, à peu près abandonnée du reste depuis que le nitrate d'argent a été introduit dans la pratique chirurgicale, n'est point, à proprement parler, une cautérisation destructive, et n'a jamais eu, depuis Hippocrate, d'autre but que de modifier la vitalité des trajets fistuleux, de réprimer les chairs fongueuses, ou de hâter la suppuration de quelques ganglions engorgés; tandis que la cautérisation en flèches, qui de toutes les méthodes de cautérisation est sans contredit la plus puissante et la plus énergique, a surtout pour objet la destruction des tumeurs volumineuses, des cancers, etc.

Relativement au second point, c'est-à-dire aux avantages de la nouvelle méthode sur la méthode ancienne, j'ai besoin, pour bien les faire saisir, d'entrer dans quelques détails.

Jusqu'à présent, lorsque la chirurgie se proposait d'opérer la destruction d'une tumeur au moyen de la cautérisation, ses ressources se bornaient à deux méthodes principales;

Dans la première, dite cautérisation en nappe, la tumeur était recouverte dans toute l'étendue de sa surface d'une couche caustique, qu'il fallait maintenir sur les parties à détruire jusqu'à ce qu'elle eût produit son effet. Si cette première cautérisation était insuffisante, ce qui arrivait presque toujours pour les tumeurs volumineuses, il fallait attendre la chute de l'eschare, et faire une seconde, souvent une troisième ou une quatrième applications.

Dans la deuxième méthode, dite cautérisation circulaire, la substance caustique, au lieu d'être étendue en nappe sur toute la surface de la tumeur, était disposée en une bande circulaire autour de sa base, qu'elle circonscrivait entièrement. Quand l'eschare était produite, ou bien on attendait sa chute, ou bien, comme le faisaient Récamier et M. Girouard, on incisait cette eschare avec le bistouri pour appliquer dans ce sillon une nouvelle couche de caustique, et cela successivement jusqu'à ce qu'il devînt possible de détacher la tumeur. Quoique très-différentes sous beaucoup de rapports, ces deux méthodes avaient cependant ceci de commun :

1° Que les substances caustiques étaient disposées de manière à désorganiser les tissus de dehors en dedans;

2° Que l'application et la contention de ces caustiques offraient souvent de graves difficultés;

3° Que le chirurgien était presque toujours forcé de réitérer plusieurs fois ces applications.

Il résultait de tout cela de tels ennuis pour le chirurgien et pour le malade, que, malgré ses avantages incontestables sous le point de vue traumatique, la méthode de la cautérisation était presque entièrement délaissée.

Dans la méthode de la cautérisation en flèches, tous ces inconvénients disparaissent, et l'opération, débarrassée de toutes ces difficultés d'exécution, devient l'une des plus rapides et des plus simples de la chirurgie.

Mais pour opérer cette transformation, il n'a pas fallu seulement substituer au principe de la cautérisation de dehors en dedans, celui de la cautérisation de dedans en dehors, il a fallu surtout résoudre par l'expérience un problème qui maintenant encore effraye ceux qui n'en ont pas vu la solution pratique.

Que devaient produire, en effet, ces tiges longues de 8 à 10 centimètres, introduites dans la profondeur des tissus vivants? Ne devaient-elles pas déterminer des inflammations phlegmoneuses terribles, des hémorrhagies funestes, etc.?

L'expérience a prononcé. Toutes ces craintes se sont évanouies, et la cautérisation en flèches est aussi innocente dans ses suites qu'elle est simple et facile dans son exécution.

M. LARREY soutient que les trochisques ont été employés dans le même but que la cautérisation en flèches, mode opératoire qu'il aimerait mieux nommer *cautérisation perforante*. Il pense que la qualification de méthode donnée au procédé de M. Maisonneuve est peut-être un peu ambitieuse.

M. CHASSAIGNAC. L'idée d'enfoncer les caustiques au milieu des tumeurs que l'on veut enlever se trouve dans le travail de M. Girouard. Le fils de ce praticien rappelle, dans une lettre qui a été publiée, que son père enfonçait sous les tumeurs des lames de caustique qui ne différaient guère de celles de M. Maisonneuve.

M. MAISONNEUVE répond qu'il a cité M. Girouard, dont il a perfectionné le mode opératoire. S'il l'a critiqué, c'est que l'opération du chirurgien de Chartres était insupportable par les douleurs qu'elle renouvelait pendant quarante-huit heures. La cautérisation telle que M. Maisonneuve la pratique, ne dure que quelques minutes.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BROCA présente, au nom de M. Verneuil, un malade dont voici l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Raynaud, interne à l'Hôtel-Dieu :

Syndactylie accidentelle; autoplastie; gangrène du lambeau; guérison par l'écartement simple des doigts,

Cassel, Louis, âgé de vingt et un ans, manouvrier, demeurant rue de la Bûcherie, 9, entré à l'Hôtel-Dieu le 4 août 1858, salle Saint-Jean, n° 25.

Tempérament nerveux extrêmement prononcé.

Dans une chute que ce malade fit à l'âge de dix-huit mois, sa main droite tomba dans le feu, et fut atteinte d'une brûlure profonde dans toute sa moitié cubitale, principalement à la face dorsale. La guérison fut obtenue en trois semaines environ. S'il faut l'en croire, la cicatrisation du médius et de l'auriculaire était en voie de formation et se faisait normalement, lorsqu'une poule enleva d'un coup de bec la croûte qui la recouvrait. Sa mère, pour le mettre à l'abri d'un pareil accident, lia ensemble ces deux doigts, et les laissa ainsi quinze jours. Au bout de ce temps, l'adhérence était formée. L'épaisseur de ce tissu cicatriciel interposé a toujours été en augmentant. Ce n'était d'abord qu'une mince membrane.

Au moment où le malade est entré à l'hôpital, les deux doigts sont réunis depuis leur base jusqu'à quelques millimètres au-dessus de l'articulation de la phalange avec la phalangine, et dans une étendue en épaisseur qui égale au moins le tiers de l'épaisseur de la phalange. Toutes les portions de la peau qui ont été atteintes par la brûlure présentent un tissu inodulaire recouvert d'un épiderme très-fin. Toutes ces parties, et notamment celles qui correspondent aux doigts palmés, sont habituellement, pendant l'hiver, le siége d'une desquamation abondante, de gerçures et d'engelures très-douloureuses. C'est même ce qui décide le malade à se faire opérer, bien plus que la très-légère incommodité qui résulte pour lui de la soudure de ses deux doigts, cette incommodité ne l'ayant jamais empêché de travailler. Remarquons en passant que la main gauche et toute la portion saine de la main droite n'ont jamais été sujettes aux engelures.

L'opération est pratiquée le 13 août par M. Verneuil. Après avoir fendu le tissu cicatriciel qui réunit les deux doigts, le chirurgien taille à la face dorsale de la main un lambeau triangulaire, d'une longueur de 2 à 3 centimètres, et dont la pointe correspond à la racine des doigts intéressés dans l'opération; il fait glisser ce lambeau de telle sorte que la pointe en est appliquée dans l'angle de séparation des deux doigts; le sommet de ce lambeau est fixé à la face palmaire par un point de suture. On se propose ainsi d'empêcher la formation d'une cicatrice en ce point par l'interposition d'une petite quantité de peau saine.

Peu de jours après, cette portion de peau interposée se sphacèle. Quinze jours après l'opération, il n'en reste absolument rien; tout l'espace interdigital est à vif et couvert de bourgeons charnus. Huit jours se passent ainsi sans traitement actif. C'est alors que M. Verneuil se décide à faire une palette en bois, terminée par trois branches dont l'une est destinée au pouce, la deuxième à l'index et au médius, la troisième à l'annulaire et à l'auriculaire, ces deux dernières branches disposées de manière à maintenir les doigts malades dans un écartement forcé. Pansement simple : la main est fixée dans cette situation par des tours de bande. L'espace interdigital est cautérisé au nitrate d'argent tous les deux ou trois jours. Peu à peu, les bords de la plaie se rapprochent. L'angle de séparation se recouvre *le premier* d'épithélium; l'écartement est maintenu jusqu'à la cicatrisation complète et isolée des deux doigts. Le malade sort guéri le 29 octobre.

Il est revu le 31. Deux petites gerçures ont apparu entre les doigts. Elles sont cautérisées. Les mouvements de la main, qui ont été d'abord impossibles par suite d'une position forcée longtemps maintenue, commencent à revenir.

M. DEGUISE fait observer, à propos du malade présenté par M. Verneuil, que la cicatrisation interdigitale ne lui paraît pas assez parfaite pour que l'on puisse considérer la guérison définitive comme obtenue. En effet, il existe encore à la commissure des doigts une petite ulcération qui guérira sans doute, mais qui, en guérissant, reproduira peut-être une partie plus ou moins étendue de la palme détruite par M. Verneuil. Les exemples de cette reproduction sont assez communs pour que M. Deguise exprime le désir que le malade de M. Verneuil ne soit pas perdu de vue.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC montre une petite tumeur parfaitement ronde qui causait au malade une affreuse douleur, et qui était située sous la peau. Il prie M. Broca de l'examiner.

— **M. LARREY** présente un appareil de fracture de jambe qu'il a rapporté d'une inspection en Algérie, et qui avait été trouvé, en 1857, par le docteur Waterloot, médecin aide-major de l'armée, sur un Arabe de la division de Constantine.

Cet appareil, assez grossier du reste, se compose d'un morceau de cuir de mouton, à la surface extérieure duquel sont fixées parallèlement cinq petites attelles plates. L'un de ses côtés est découpé en lanières qui s'engagent dans des ouvertures correspondantes sur le côté opposé, où elles étaient maintenues par de petites chevilles de bois traversant les lanières elles-mêmes.

L'appareil avait été appliqué à la jambe droite, par-dessus un mouchoir très-fin de mousseline arabe, ployé en triangle et maintenu par un nœud simple assez aplati pour n'opposer aucun obstacle à la compression régulière et uniforme de cet appareil, dont le point de jonction était à la face interne du membre.

Quant à la fracture, elle siégeait au tiers moyen, intéressant les deux os en travers, sans déplacement ni complication directe. Mais un gonflement œdémateux du pied resté libre nécessita très-à propos la substitution méthodique d'un appareil plâtré.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par un décret du 14 novembre 1858, M. Reynaud, directeur du service de santé de la marine, a été élevé au grade d'inspecteur général de ce même service, en remplacement de M. Quoy, admis à faire valoir ses droits à la retraite, par application de la mesure de la limite d'âge.

— La science vient de faire une perte sensible. M. E. Soubeiran, professeur à la Faculté de médecine de Paris et à l'École supérieure de pharmacie, et directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, vient de succomber à l'âge de soixante ans, à une longue et cruelle maladie. Tout le monde connaît les titres scientifiques de M. Soubeiran; il s'était acquis autant par ses nombreux et importants travaux que par l'honorabilité de son caractère, la haute position qu'il occupait depuis un grand nombre d'années. M. Soubeiran, indépendamment des hautes fonctions qu'il remplissait à la Faculté, à l'École de pharmacie et à la pharmacie centrale, était l'un des membres les plus anciens et les plus autorisés de la section de physique et de chimie médicales de l'Académie de médecine.

Ses obsèques ont eu lieu hier, sans pompe et sans aucun cérémonial officiel, conformément aux dernières volontés exprimées par le défunt.

— Samedi dernier les internes en exercice et les anciens internes des hôpitaux ont fêté, dans les salons de l'hôtel du Louvre, le cinquantième anniversaire de la fondation de l'internat. Le banquet était présidé par le doyen de tous les internes, par le respectable M. Serres; la plus franche cordialité n'a cessé de régner à cette solennité, dans laquelle les élèves se trouvaient assis à côté de leurs maîtres. On remarquait parmi les convives plusieurs praticiens venus des départements pour resserrer les liens d'affection qui les attachent à d'anciens condisciples, et fêter ceux qui, par leur travail, sont devenus leurs collègues.

— M. Trousseau a commencé son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu mardi dernier; il le continuera pendant tout le semestre d'hiver, tous les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures.

— M. Laugier a commencé son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu mercredi dernier; il le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public et gratuit sur les maladies vénériennes, lundi 22 novembre, à midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— La Société d'*Hydrologie médicale de Paris* reprendra le cours de ses séances lundi prochain 22 novembre, à 3 heures, quai Malaquais, 3, et les continuera les premier et troisième lundis de chaque mois. Les séances sont publiques.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 137. — MARDI 23 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 137. — MARDI 23 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 NOVEMBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu un rapport de M. de Quatrefages au nom d'une commission mixte nommée par l'Académie des sciences et par l'Académie des beaux-arts sur l'*écorché bêcheur* de M. Lami, qui a figuré avec distinction à la dernière exposition des arts, où il a vivement attiré l'attention des nombreux visiteurs. Il s'agissait de donner au jugement du public la sanction d'un jugement académique, au double point de vue de l'art et de la science. La statue de M. Lami étant destinée à l'enseignement des peintres et des sculpteurs, il était essentiel de s'enquérir de l'exactitude et de la fidélité que l'auteur avait apportées dans la reproduction des reliefs musculaires, car lorsqu'il s'agit de la place et des rapports d'un muscle, de l'insertion d'un tendon, les *à peu près*, ainsi que l'a dit M. le rapporteur, constituent autant de graves erreurs. Mais M. Lami, qui paraît s'être préparé à son œuvre par des études anatomiques sérieuses et longtemps continuées, n'a point encouru, comme la plupart de ses prédécesseurs en ce genre, un pareil reproche. La commission a déclaré n'avoir que des éloges à donner à M. Lami pour l'exactitude avec laquelle il a rendu l'anatomie superficielle du corps humain, et pour le soin qu'il a mis à rendre la physiologie autant que l'anatomie des organes du mouvement. Aussi a-t-elle été unanime pour déclarer que l'*écorché* de M. Lami est supérieur sous ce double rapport à tous les autres, que par suite il sera d'une utilité incontestable pour l'étude de la sculpture et du dessin. L'Académie, par son vote, a joint son approbation à celle de la commission.

Nos lecteurs n'ont pas oublié la statistique mortuaire du croup que M. Bouchut a adressée à l'Académie dans une des précédentes séances. MM. Roger et Sée, dans une séance suivante, ont contesté l'exactitude et surtout les conséquences de ce relevé. M. Bouchut, revenant aujourd'hui sur ce point, a cherché à défendre son travail contre les critiques dont il a été l'objet, et à rétablir ses premières affirmations. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces du différend.

S'il faut en croire M. Pagliari, l'inventeur du liquide hémostatique qui porte son nom, il aurait fait une nouvelle découverte, celle d'un liquide qui jouirait à un haut degré du pouvoir résolutif. Il faudra que l'expérimentation ait passé par là avant que nous nous arrêtions sur ce sujet.

M. J. Cloquet a présenté, au nom de M. Baud, un nouveau travail sur les corps gras phosphorés extraits de la moelle allongée des animaux herbivores ; ce travail, ainsi que les précédents mémoires de l'auteur sur le même sujet, a été admis à concourir pour les prix de médecine et de chirurgie.

Enfin, M. Delfraysse a communiqué à l'Académie une observation relative à un cas d'asphyxie d'un nouveau-né, qu'il a combattue au moyen du tubage du larynx. Nous avons publié ce fait dans le dernier numéro. — Dr Brochin

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Sur quelques améliorations introduites dans le traitement des maladies des voies urinaires.

Si la distinction des cas doit être la base de toute thérapeutique, cet axiome s'applique bien plus aux rétrécissements de l'urèthre qu'à aucune des autres lésions de nos organes. Mais le diagnostic indispensable pour guider sûrement le praticien exige une série d'explorations préliminaires dont j'ai tracé les règles, et sans lesquelles il ne procède qu'au hasard.

Quelles que soient la dextérité et l'attention du chirurgien, il lui est impossible d'acquérir à la première visite une connaissance rigoureusement exacte et suffisante des rétrécissements uréthraux qu'il est appelé à traiter. Si l'instrument explorateur ne traverse pas la coarctation, ce qui n'est pas rare, il apprend seulement que l'urètbre est rétréci ; mais l'étendue de ce rétrécissement en longueur et en épaisseur, sa nature et sa dilatabilité, le degré de réduction de sa lumière et l'état des parties en arrière de son siége, sont autant de points sur lesquels le praticien ne possède encore aucune notion précise, bien qu'elles soient indispensables pour constituer un traitement rationnel. Le progrès qui s'opère actuellement consiste à agir avec moins de précipitation et à mieux s'assurer de toutes les conditions morbides qui peuvent se rencontrer.

Frappé des inconvénients attachés à la manière ordinaire de procéder, j'ai changé de système et soumis les malades au traitement préparatoire qui m'avait si bien réussi dans la lithotritie, et plusieurs autres opérations pratiquées dans la vessie, à son col, et dans les différentes régions de l'urètbre.

D'après ce principe, la première séance n'a pour objet que de constater l'existence de la coarctation ; ensuite vient un traitement médical approprié, à la fin duquel des bougies molles en cire, très-fines d'abord et successivement plus volumineuses, sont portées jusqu'au rétrécissement et maintenues en contact avec lui pendant une ou deux minutes. Ces introductions journalières d'un corps parfaitement inoffensif, n'ont pas seulement pour effet de diminuer la sensibilité du canal, elles font cesser la rigidité et la contractilité morbides du point rétréci. Souvent les bougies finissent par le traverser, et le praticien se trouve à même de compléter son diagnostic, tant sur les dispositions du rétrécissement lui-même que sur l'état des parties plus profondes qui peuvent être le siége d'autres coarctations ou d'altérations diverses.

Lorsqu'une première bougie a traversé la coarctation, si les suivantes pénètrent également, on peut espérer que le rétrécissement sera dilatable, et l'on poursuit le traitement par la dilatation temporaire avec les précautions requises.

Dans le cas opposé où aucune bougie ne pénètre, ou si le rétrécissement, après avoir admis les premières, retient les autres, les serre avec force, s'il devient douloureux, le praticien conclut de ces circonstances que la dilatation ne suffira pas, qu'elle exposerait même à des accidents, et qu'il faut recourir à celles des autres méthodes de traitement qui lui semblent le mieux appropriées. L'avantage aussi précieux qu'incontestable de cette première période du traitement est donc tout à la fois d'éteindre l'irritation dans les parties malades, de les disposer aux opérations subséquentes, et de fournir au chirurgien les renseignements nécessaires pour distinguer exactement la nature de l'altération et faire un choix rationnel de la méthode curative.

Après avoir expérimenté comparativement tous les moyens préconisés dans le traitement des coarctations urétbrales, je me suis définitivement arrêté à deux méthodes parfaitement définies, ayant chacune sa sphère d'action déterminée, s'appliquant isolément à des séries particulières de cas, mais se prêtant, au besoin, un appui efficace, et tellement nécessaire que, sans le secours de l'une, l'autre resterait souvent stérile. Ces méthodes sont la dilatation temporaire lente, progressive et l'uréthrotomie.

Dilatation. — La dilatation, la plus ancienne, et depuis plusieurs siècles la plus usitée des méthodes curatives des rétrécissements de l'urètbre, semblait avoir parcouru toutes les phases de développement et subi toutes les épreuves susceptibles d'en fixer la valeur. Cependant, de nos jours, elle a été remise en question ; et se fondant sur quelques faits mal expliqués, quelques praticiens, après s'être mépris sur le principe et le mécanisme de son action, ont été conduits à nier son efficacité et la solidité de ses résultats.

FEUILLETON.

Cuvier et son ami Pfaff. — Etude sur les mollusques alimentaires. — Un dictionnaire d'histoire naturelle.

Vers la fin du siècle dernier florissait à Stuttgart une école célèbre, c'était l'Académie Caroline, fondée par le duc Charles de Wurtemberg, qui lui portait un puissant intérêt. Là, trois cents élèves et quelquefois plus étaient admis dès leur neuvième année, et préludaient par les classes de langues aux classes de philosophie qu'ils devaient traverser pour entrer dans une des quatre facultés : le droit, la médecine, les sciences administratives ou les sciences militaires, qui complétaient le programme de l'Académie.

Cet institut présentait une organisation toute militaire. Les élèves étaient divisés en six grandes catégories. Deux comprenaient les nobles, et les quatre autres les enfants de familles bourgeoises. Ces diverses catégories ne se trouvaient jamais réunies : cours de récréation, dortoirs, tout était distinct; mais chacune était placée sous la surveillance de deux officiers, un capitaine et un lieutenant, et de deux sous-officiers.

L'émulation était le principal levier de l'Académie. Aussi entourait-on du plus grand éclat les examens que les élèves subissaient à la fin de chaque semestre, le plus souvent en présence du prince Charles lui-même. Des médailles d'or et d'argent étaient accordées aux sujets brillants; mais ceux qui avaient montré le plus de connaissances et ceux qui avaient été couronnés dans les quatre branches principales d'études recevaient une croix d'ordre en or magnifiquement émaillé. Ces lauréats prenaient le titre de *chevaliers*, occupaient un dortoir à part, une grande salle mieux meublée que celle des autres, et de plus mangeaient à la table particulière des jeunes princes qui suivaient alors les leçons de l'Académie Caroline.

Ce fut dans cette salle des *chevaliers* que, le 15 avril 1787, le jeune Pfaff se trouva la première fois en rapport avec un Français qui devait plus tard remplir le monde de son nom, Georges Cuvier, alors âgé de dix-huit ans, et depuis trois ans élève de l'Académie. Pfaff avait quatre ans de moins que Cuvier, et ce dernier prit bien vite un ascendant sur celui à qui il devait adresser la correspondance (1) qu'il nous est donné de lire pour la première fois en France, grâce à la traduction de M. le docteur Marchant.

Cuvier, tout jeune homme, annonçait déjà le savant qui devait se placer à côté des Linné et des Buffon. Il y a quelque chose de fort intéressant dans l'étude de cette nature d'élite qu'on voit se trahir dans toute sa naïveté, dans toute sa candeur. Ce n'est pas encore l'homme dont les travaux absorbent l'intelligence, ce n'est pas encore l'homme d'État, cependant on voit poindre dans ces premières confidences de l'adolescent la lueur de son magnifique avenir.

Il commande déjà, il dirige son ami, lui ouvre les voies, lui indique les moyens d'observation ; il le presse de questions, le gronde, pardonne pour gronder encore. On sent en lui le mentor; il cause, mais il professe; il rit, mais rarement: son caractère sérieux reprend le dessus. Il a vingt ans, et ce n'est plus un jeune homme. Les folles joies et les étourderies de la jeunesse passent près de lui sans attirer son attention. Cuvier travaille toujours. Admis comme précepteur dans une famille noble, il assiste aux grands événements qui vont changer la face de la France; il ne peut s'empêcher d'applaudir aux grandes journées qui nous donneront la liberté; son cœur gémit des crimes; mais à lui entendre dire ses impressions, on voit qu'il ne saurait longtemps s'y arrêter. Le travailleur, l'observateur reparaît toujours, et on est saisi d'admiration pour cette aptitude merveilleuse qui permet de fermer les oreilles à tous les bruits du dehors pour interroger l'insecte qui bourdonne, l'oiseau qui se balance sur une branche ou le poisson dont l'écaille argentée resplendit au soleil. Tel se montre dans ses premières années l'immortel Cuvier.

A l'Académie Caroline, les études les plus sérieuses lui ont permis d'aborder la vie avec force et courage. Plus tard, nous retrouverons dans l'homme d'État le jeune homme qui remportait dans la faculté d'administration les succès les plus brillants.

Ainsi se préparent les grandes intelligences : le génie a besoin d'études fortes et sérieuses pour alimenter son feu dévorant. Cuvier est prêt à entrer dans la lice; il quitte Stuttgard, il quitte la Normandie, il va se produire sur son terrain : Cuvier est à Paris.

Nous n'avons pas l'intention de redire cette vie que chacun sait, il nous suffira de reproduire, d'après ses *Lettres*, une petite anecdote peu connue et que les Éloges du grand naturaliste n'ont pu enregistrer.

Depuis le jour où Cuvier et le docteur Pfaff se rencontrèrent dans la fameuse salle des lauréats de l'Académie Caroline, une amitié des plus étroites attacha ces deux hommes dont les destinées devaient être si différentes. Bientôt il fallut se séparer : Cuvier rentrait en France et Pfaff demeurait dans sa chère patrie. Les adieux durent être touchants, on se jurait une éternelle affection, on se promettait de s'écrire. Et qui de nous ne se rappelle cette scène si vraie et si souvent répétée au moment où deux amis de collége vont se trouver séparés ? Mais ici on tint parole : la correspondance eut lieu. Nous ne savons si le docteur Pfaff l'eût longtemps continuée, sans les réprimandes et les plaintes de Cuvier. Cependant un jour elles cessèrent, Cuvier était trop absorbé par ses travaux : les lettres intimes lui enlevaient du temps, et Pfaff se décida à venir en France. L'entrevue fut des plus expansives.

(1) *Lettres de G. Cuvier à C. M. Pfaff, sur l'histoire naturelle, la politique et la littérature*, 1788-1792. Traduites de l'allemand par M. le docteur Louis MARCHANT. Un vol. in-12. Paris, Victor Masson.

D'abord, on n'a pas distingué la dilatation continue et persistante de la dilatation temporaire et graduée. Ce que des praticiens ont pu dire de la dilatation en général, à savoir, qu'elle ne produit d'autre effet que d'affaiblir les tissus qui forment le rétrécissement, de les aplatir, de les tirailler en agissant à la manière d'un coin, ces assertions ne peuvent s'appliquer qu'à la dilatation continue, opérée au moyen d'instruments laissés à demeure dans l'urèthre. Et encore, à son sujet, cette conclusion absolue, que la dilatation employée ainsi ne guérit pas et ne peut guérir les coarctations uréthrales, est-elle complétement erronée parce qu'elle dénie les résultats constatés de l'expérience, et méconnaît que les sondes et les bougies, indépendamment de leur action mécanique, produisent d'autres effets qu'on ne peut méconnaître, et que les auteurs les plus estimés, Desault, entre autres, ont signalés.

Placez une sonde à demeure dans un urèthre rétréci, en peu de jours vous verrez diminuer d'abord, puis même disparaître la tuméfaction et l'altération du tissu qui constituait la coarctation; mais si vous retirez alors l'instrument, si vous laissez le canal à lui-même pendant un certain laps de temps, au moment où vous voudrez replacer la sonde vous trouverez le rétrécissement reproduit, du moins en partie, avec ses transformations morbides caractéristiques. Il s'était donc opéré d'abord une résolution manifeste, suite d'un travail moléculaire provoqué par la présence de la sonde, mais qui s'est arrêté dès qu'on a supprimé la cause excitante.

La dilatation temporaire produit des phénomènes analogues, quoique moins saillants et moins appréciables. Comme elle ne comporte le séjour de la bougie dans le canal que pendant une ou deux minutes au plus chaque fois, on est bien moins fondé encore que dans le cas précédent à admettre qu'elle ne fait que comprimer et aplatir l'obstacle. Elle allonge bien effectivement les tissus rétractés. Après avoir subi cette action, ces tissus reviennent bien également sur eux-mêmes, mais avec moins d'énergie, parce qu'ils ont subi moins de violence. Bientôt la coarctation admet des bougies plus fortes, et à mesure qu'on avance, le dégorgement s'opère, la souplesse du canal se rétablit, si bien qu'on finit par ne plus rencontrer ni obstacle ni trace d'altération morbide.

Un fait en apparence peu important, révélé par la pratique moderne, a conduit au perfectionnement le plus considérable dans l'application de la dilatation temporaire. C'était une pratique générale, depuis longtemps adoptée, d'introduire la bougie avec force, de manière à distendre autant que possible la coarctation, et de la laisser en place des heures entières. Les inconvénients de cette manière d'agir sont aujourd'hui reconnus. En introduisant la bougie avec ménagement, en n'employant chaque fois que celle qui peut être admise sans effort, et en la retirant au bout d'une ou deux minutes, on ne détermine ni douleur ni la réaction qui survient si souvent dans d'autres cas, et l'on parvient sûrement à rétablir le canal dans son état primitif.

C'est par ce procédé, dont tous les chirurgiens ne comprennent pas encore l'extrême importance, et en restreignant la dilatation aux cas où elle est indiquée, que j'ai régularisé l'emploi de cette méthode et obtenu des résultats que l'on a trouvés trop beaux, si ce n'est exagérés. L'exactitude de ces résultats est cependant mise en toute évidence par la pratique journalière des chirurgiens qui suivent la même règle; et si d'autres ne les obtiennent pas, c'est qu'ils s'écartent de la voie tracée, se laissant encore trop guider par des vues mécaniques, et méconnaissant la grande part qui doit revenir dans le succès à cette opération toujours lente de la nature, que Dupuytren appelait si justement dilatation vitale.

Uréthrotomie. — Un groupe d'opérations que j'ai désignées sous le nom d'uréthrotomie interne et externe, d'un emploi jusqu'à présent limité, commence à attirer sérieusement l'attention des chirurgiens, avec d'autant plus de raison que l'expérience en a prouvé l'utilité dans le traitement des coarctations uréthrales. On peut même dire que l'uréthrotomie interne a déjà comblé une lacune considérable en venant en aide au praticien dans des cas graves où tous les autres moyens lui faisaient défaut. Hâtons-nous de dire toutefois que cette opération ne constitue pas à elle seule une méthode exclusive de traitement, qu'elle a besoin, au contraire, du concours préalable et consécutif d'autres méthodes, sans lesquelles elle serait au moins impuissante. Presque toujours il faut dilater avant d'inciser; il faut encore dilater après l'incision pour préparer, achever et consolider la guérison. L'incision n'est donc, en réalité, qu'un moyen de rendre la dilatation plus prompte, plus efficace, moins douloureuse, et enfin de la faire possible là où elle ne l'était pas.

Je ferai remarquer que l'emploi de l'instrument tranchant sur et dans l'urèthre remonte beaucoup plus loin que ne paraissent le penser quelques chirurgiens. Ainsi les incisions intra-uréthrales, pratiquées dans le but d'élargir le canal et de détruire les coarctations organiques existant notamment au voisinage de la fosse naviculaire, sont usitées depuis l'origine de la lithotritie, et, pour mon compte, je les ai pratiquées, depuis 1823, de cinquante à soixante fois par an. Je dois ajouter que cette méthode a été mieux étudiée dans ces dernières années, qu'on a régularisé et multiplié ses applications et perfectionné ses procédés; mais il n'est pas moins incontestable que la science possédait un grand nombre de faits antérieurs et des bases d'appréciation qui n'ont pas peu contribué à la développer et à lui assurer la faveur dont elle jouit et qu'elle mérite.

Quant à l'incision de l'urèthre pratiquée de dehors en dedans avec ou sans conducteur, nous trouvons dans les annales de notre vieille chirurgie des faits curieux qui prouvent incontestablement que des écrivains, en Angleterre surtout, se font illusion en attribuant à M. Syme l'invention de ce qu'on appelle dans ce pays la section périnéale externe, c'est-à-dire la division du périnée et des tissus qui forment les rétrécissements uréthraux non dilatables.

Dès 1849, dans mon mémoire sur l'uréthrotomie, je fis remarquer que l'opération attribuée de nos jours à M. Syme était décrite et avait été pratiquée en France depuis près de deux siècles. Je pensais qu'il suffisait d'indiquer à l'appui de cette énonciation des faits péremptoires et d'une vérification facile, pour réduire à néant toute prétention contraire. Mon espoir a été déçu; j'ai même le regret de dire qu'il s'est trouvé en France des chirurgiens qui, par inadvertance assurément, ont fait cause commune avec les écrivains anglais et soutenu la même erreur.

Je laisse de côté les théories plus ou moins subtiles que se font quelques personnes relativement aux inventions; mais que l'on fasse table rase sur le passé, que l'on déclare, ainsi que cela paraît être l'usage en Angleterre, ou du moins comme on l'a déjà fait à l'égard de Franco, d'Anel, auteur d'une découverte, non celui qui l'a faite réellement et qui l'a appliquée, mais bien celui qui la répand plus tard et la popularise par la voie de la publicité du jour, ce sont des actes contre lesquels se soulève la probité scientifique.

Peu de mots suffisent pour justifier ma protestation et mettre la vérité dans tout son jour.

(Ici M. Civiale cite des textes de Tolet, chirurgien français du dix-septième siècle, et auteur d'un *Traité de la lithotomie*, et ceux de M. Syme (J. Syme, *Of stricture of the urethra*, 1849); et il résulte du rapprochement de ces textes que, sauf quelques modifications secondaires, tout est identique dans les conditions essentielles entre l'opération de Tolet et de ses successeurs et l'opération préconisée de nos jours par le chirurgien d'Édimbourg.)

Mais, continue M. Civiale, quelques ingénieux sophistes ajoutent que les anciens chirurgiens, en divisant l'urèthre par le périnée, n'avaient en vue que de faire cesser la rétention d'urine, tandis que nous employons le procédé nouveau pour guérir les rétrécissements; nous dilatons, ce qui est bien différent, et ce qui fait de l'opération une découverte glorieuse pour notre siècle: subtilité admirable par laquelle la différence dans l'objet du moyen est assimilée à l'invention de ce moyen.

Mais nos prétendus inventeurs ne peuvent encore pas se soutenir sur cet appui fragile: sans doute Cotot, Col de Villars, Palfin, Dionis, ont incisé l'urèthre dans des cas graves où la rétention était la raison déterminante de l'opération; mais après avoir vidé la vessie ils s'occupaient de l'obstruction, et l'incision était, suivant Palfin, plus sûre que la simple dilatation.

Pour achever la conviction des plus obstinés, il suffira peut-être enfin de leur demander si Tolet, Cotot, Delpech, Dionis et autres, se proposaient de combattre la rétention d'urine alors qu'ils opéraient sur des conducteurs cannelés, introduits sans effort jusque dans la vessie?

Evidemment la rétention d'urine n'existait pas, et il ne pouvait être question dans ces cas que d'attaquer le rétrécissement de l'urèthre réfractaire à tout autre moyen de traitement.

La cannelure du trocart, dit J. L. Petit, me servit à conduire un bistouri assez avant pour couper entièrement la partie du canal qui était rétrécie. Tous ceux, ajoute-t-il, auxquels j'ai fait la boutonnière ont recouvré la liberté du canal, lorsque l'obstacle s'est trouvé compris dans l'incision (1).

Etait-ce encore pour remédier à la rétention d'urine que l'incision périnéale était pratiquée chez des sujets qui rendaient ce liquide par les orifices de nombreuses fistules à cette région et au scrotum? Mais c'est peut-être insister trop longuement sur ce point. Ce qui restera d'utile de cette discussion, c'est qu'en recourant à l'uréthrotomie périnéale les jeunes chirurgiens sauront qu'ils ont pour eux non-seulement l'expérience contemporaine, mais l'autorité des plus grands maîtres de l'art.

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. II, p. 340.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE OXALIQUE.

Par M. le docteur Rul-Ogez (d'Anvers).

L'acide oxalique est un sel qui se présente sous l'aspect de longs prismes quadrilatères, terminés par des sommets dièdres, transparents et incolores, ou en très-petites aiguilles blanchâtres. Il a une saveur acide des plus fortes, et est constitué par de l'eau, du carbone et de l'oxygène. Retiré primitivement de l'oseille et d'un usage fréquent dans les arts, c'est un des poisons les plus actifs que l'on connaisse. Aussi doit-on vivement regretter que l'acquisition de cet agent dangereux soit aussi facilement à la portée de tout le monde.

Les exemples d'empoisonnement par cette substance sont très-fréquents en Angleterre, à cause de l'analogie d'aspect que ce sel présente avec le sel d'Epsom (sulfate de magnésie), d'un usage si commun comme purgatif.

L'action de l'acide oxalique sur l'économie animale présente des circonstances toutes particulières. La solution concentrée, introduite dans l'estomac d'un chien ou d'un chat, détermine aussitôt une excessive douleur, que l'animal exprime par des

---

Le citoyen Cuvier était encore jeune, et ses souvenirs de l'Académie étaient encore tout frais dans sa mémoire.

Pfaff retourna dans son pays, et puis, quelques vingt ans plus tard, son cœur le pressa de nouveau d'aller voir son ami Cuvier. Il arriva à Paris, c'était dans les dernières années du règne des Bourbons. Il demande M. Cuvier. On l'introduit dans une magnifique antichambre, et là, un valet tout galonné lui demande s'il désire parler à M. le baron ou à son frère: — M. le baron? — Jugez de l'étonnement de notre bon Allemand. Il hésite un instant; mais mis au courant par le domestique, il court vers *M. le baron.* Il le reconnaît à peine, tant Cuvier a changé d'aspect. Mais le cœur n'a pas vieilli, et Cuvier tout ému reçoit dans ses bras son ami d'enfance, qui avait craint un instant de ne plus retrouver dans l'homme illustre et puissant le souvenir d'une ancienne affection.

Cette scène que nous avons esquissée, pour vous laisser tout le charme du récit du bon Allemand, nous a paru mériter l'attention. Peut-être même lui devons-nous la connaissance de ces bonnes lettres de la jeunesse de notre grand naturaliste.

Du génie et du cœur, quelle belle association, et comme cette alliance réhausse un homme!

Nous avons lu avec un intérêt des plus vifs les lettres de Cuvier à son ami Pfaff, et nous n'avons qu'une chose à dire: lisez et jouissez comme nous.

— Dans la correspondance de Cuvier se trouve une charmante petite étude anatomique de la moule. C'est le travail d'un homme qui débute, — l'observation est cependant profonde et les dessins nets et touchés de main de maître. — Quand nous lisions ces pages, il nous arrivait une thèse inaugurale d'un jeune docteur déjà connu de nos lecteurs. M. Ozenne nous offrait une étude sur les mollusques au point de vue alimentaire et médical (1). La coïncidence était heureuse, et l'étude de Cuvier terminée, nous fîmes une corne à la page, pour voir le travail du jeune naturaliste.

La thèse, faite avec grand soin, indiquait un travail sérieux. Le sujet prêtait, il est vrai, aux laborieuses recherches d'un ardent néophyte; car, une fois la moule, l'huître et l'escargot mis hors de cause, quels sont les mollusques bien connus et bien appréciés par les gourmets? Cette question embarrasserait certainement un grand nombre. Il suffit d'ouvrir le travail de M. Ozenne pour marcher de surprise en surprise.

Les seiches, les poulpes même, ont servi et servent encore de nourriture; Marseille consomme des quantités considérables de mollusques. Nous ne saurions, faute d'espace, vous donner même une liste de ces aliments si peu connus. Mais pour nous, médecins, il est quelque chose de bien plus important que cette partie de la thèse en question. A côté de citations historiques et curieuses, voici le mollusque considéré comme médicament. Nous recommandons ce chapitre, et plus encore celui qui le suit sous le titre: *Du mollusque considéré comme poison.* C'est là que vous trouverez des études déjà acquises à la science, et des détails nouveaux et intéressants. L'auteur a surtout discuté l'empoisonnement par les moules. C'est le plus fréquent, c'est exact; mais n'aurait-il pas dû chercher un peu dans cette liste de mollusques, si neuve pour ceux qui habitent loin de la mer, les accidents auxquels des poulpes, coquilles Saint-Jacques ou autres auraient pu donner lieu?

Nous signalerons ce *desideratum* seulement pour que nos éloges ne puissent pas paraître paralyser la critique. La thèse de M. Ozenne est une œuvre consciencieuse, nouvelle dans beaucoup de points, intéressante dans tous ses détails, et ce nous est un véritable plaisir d'en recommander la lecture à tous ceux que le sujet intéresse, et par conséquent à tous nos lecteurs.

— Un dernier mot. Le *Bulletin bibliographique* de ce journal vous a déjà annoncé le *Dictionnaire d'histoire naturelle* de M. le docteur Bossu (1). Cet ouvrage, que nous avons sur notre bureau, nous a déjà dans plusieurs circonstances été d'un grand secours. Nous ne pensons pas qu'on puisse dès les premiers jours porter un jugement sain sur un recueil de ce genre. Ce n'est que par un usage long et répété qu'on peut non-seulement dire ce qu'il a de bon, mais encore ce qu'il a de défectueux. Nous nous ferons vis-à-vis de l'auteur un devoir de lui signaler plus tard nos impressions; nous nous bornons pour le moment à déclarer la satisfaction que nous ont procurée les articles déjà interrogés.

Une concision intelligente, un choix heureux des mots importants, une illustration convenable et précieuse, et au-dessus la méthode qu'on connaît à l'auteur, font de ce *Dictionnaire* un ouvrage digne d'être consulté et de faire partie de la bibliothèque journalière du médecin.

Dr E. Renaud.

(1) *Etudes sur les mollusques considérés au point de vue alimentaire, comme médicaments ou comme poisons*, par M. le docteur Ozenne. Paris, Rignoux.

(1) *Dictionnaire d'histoire naturelle*, par M. le docteur Bossu; 3 vol. très-grand in-8°, à 2 colonnes, ornés de 1,400 figures intercalées dans le texte. Prix: 27 fr. Paris, rue de Seine, 31.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires (tome IVe), publié avec la collaboration d'une société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens; par MM. H. Bouley, professeur de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, etc., et Reynal, chef de service de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, etc. Prix, 7 fr. 50 c., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

cris, de l'agitation et de violents efforts de vomir, auxquels succède subitement un état d'abattement, de langueur, de prostration, bientôt terminé par une mort sans agitation. Le temps qui s'écoule depuis l'ingestion du poison jusqu'à la mort varie depuis deux jusqu'à vingt minutes, lorsque la dose a été considérable, de 15 grammes, par exemple.

A l'ouverture cadavérique on trouve dans l'estomac du sang noir extravasé, absolument semblable au sang qui aurait été mis en contact avec l'acide oxalique hors du corps. La membrane interne de l'estomac est d'un rouge cerise avec des stries et des granulations noires, formées par l'extravasation sanguine. Dans quelques endroits, la superficie de cette membrane est d'une fragilité remarquable et la partie sous-jacente ramollie, effet évident de l'action locale du poison. Si l'estomac est examiné immédiatement après la mort de l'animal, on ne trouve qu'une corrosion très-légère, en comparaison de celle qu'on rencontre lorsque l'examen est fait un ou deux jours après.

Chez l'homme, les symptômes de l'empoisonnement par l'acide oxalique sont peu connus, à cause de sa violence et de sa rapidité, parce qu'ils ont été rarement observés par les médecins, et aussi parce que les observations rapportées sont fort incomplètes. Voici les traits principaux qu'on a pu saisir : les symptômes prédominants sont ceux d'une violente irritation, attendu qu'il a presque toujours été pris à forte dose et très-concentré; aussi les malades accusent-ils une douleur brûlante à l'estomac et communément aussi à la gorge. Dans le cas où la dose a été faible, et surtout quand la solution est très-étendue, la douleur est quelquefois légère ou obtuse dans le commencement. En général, elle est suivie presque immédiatement ou après quelques minutes de violents vomissements qui continuent jusqu'aux approches de la mort. Les matières vomies sont de couleur foncée et même sanguinolentes. La mort arrive habituellement d'une manière si prompte, que le canal intestinal est rarement profoddément altéré. Mais si la vie vient à se prolonger quelques heures, il offre des signes d'une vive irritation, tels que des coliques, des épreintes et des évacuations alvines liquides et involontaires.

L'affaiblissement de la circulation est toujours très-marqué; le pouls est en général insensible, et toujours il est très-faible. La peau est froide et couverte d'une sueur visqueuse.

Dans quelques cas, des symptômes nerveux se sont montrés, mais beaucoup moins distinctement que chez les animaux auxquels on a administré l'acide oxalique étendu.

MM. Christison et Coindet résument ainsi les opinions qu'ils se sont formées sur le genre d'action de l'acide oxalique sur l'économie animale, d'après leurs expériences sur les animaux et les observations d'empoisonnement par cette substance chez l'homme :

1° L'acide oxalique très-concentré, introduit à hautes doses dans l'estomac, irrite et corrode cet organe en dissolvant la gélatine de ses membranes. La mort a lieu dans ce cas par l'affection sympathique du système nerveux.

2° Etendue d'eau, cette substance est absorbée, et porte son influence sur les organes éloignés; elle n'agit alors ni en irritant l'estomac ni sympathiquement.

3° Quoique ce poison soit absorbé, on ne peut le retrouver dans aucun des liquides de l'économie, probablement parce qu'il est décomposé en passant par les poumons, et que ses éléments se combinent avec le sang.

4° Il agit directement comme sédatif. Les organes sur lesquels il porte son influence sont d'abord la moelle épinière et le cerveau, ensuite, et secondairement, les poumons et le cœur. Enfin, la cause immédiate de la mort est quelquefois une paralysie du cœur, d'autres fois une asphyxie, ou enfin ces deux affections réunies.

Le traitement de cet empoisonnement, à la première période, consiste nécessairement dans l'administration des substances qui peuvent neutraliser l'acide oxalique : l'affinité de ce sel pour la chaux est si grande qu'il s'en empare dans toutes les combinaisons où elle se trouve. La chaux occupera donc le premier rang comme contre-poison, et ensuite la magnésie; l'un et l'autre se combinent aussitôt avec lui, et forment des oxalates peu ou point solubles, dénués de toute propriété toxique. Le succès dépendra de la promptitude avec laquelle on emploiera le contre-poison. Si l'on n'avait pas de chaux ou de magnésie sous la main, pour gagner du temps il faudrait employer le plâtre gratté sur les murs mêmes. Les émétiques ne sont utiles qu'autant qu'il n'y a pas de vomissements, mais on doit leur préférer le contre-poison.

Les boissons aqueuses en grande quantité sont nuisibles dans cet empoisonnement, en favorisant l'absorption du poison, à moins toutefois qu'elles ne provoquent des vomissements abondants.

J'ai été à même, dans le courant de l'année dernière, de constater judiciairement les effets que produit sur l'organisme l'empoisonnement par l'acide oxalique. Voici dans quelles circonstances :

Marie Van Weser, veuve Vivet, âgée de quarante-neuf ans, bien portante le matin à six heures, fait chercher à six heures et demie pour 10 centimes de crème de tartre chez un droguiste du voisinage. Un jeune garçon ne sachant ni lire, ni écrire, et depuis peu de jours dans le magasin, délivre une quantité d'environ deux cuillerées à soupe d'une poudre blanche qu'il croit être de la poudre de crème de tartre, et qui se trouve être de l'acide oxalique. La femme Vivet en prend environ la moitié, approximativement une demi-once, mêlée à un peu d'eau, trompée probablement par l'analogie de goût que possèdent ces deux substances. Peu d'instants après, cette malheureuse est prise de violentes douleurs d'estomac, de coliques et d'envies d'aller à la selle. S'étant mise sur les lieux d'aisance, elle appelle du secours. Ses enfants accourent; elle leur dit qu'elle est empoisonnée et qu'elle sent qu'elle va mourir. Elle est prise de crachements et de vomituritions, en accusant de nouvelles douleurs dans le côté gauche. Bientôt après quelques mouvements nerveux se déclarent, suivis de défaillance, d'affaissement sur elle-même et du râle de la mort.

On se hâte de la transporter sur son lit, sans qu'elle puisse encore proférer une parole. La mort avait eu lieu moins d'un quart d'heure après l'ingestion du poison, sans que les enfants aient pu se douter dans le moment quelle avait pu en être la cause, et avant qu'un médecin soit arrivé. Comme on peut le voir, ces symptômes concordent parfaitement avec ceux observés par MM. Christison et Coindet. Voici maintenant les lésions cadavériques que les recherches nécroscopiques ont révélées trois jours après le décès :

L'habitude extérieure du corps n'offre rien de spécialement remarquable.

Il s'écoule de la bouche un liquide brun-noirâtre, semblable à du marc de café.

L'examen de la bouche et de l'arrière-bouche démontre que la langue et le gosier sont enduits superficiellement de ce même liquide noirâtre.

Dans le ventre, les vaisseaux sanguins de la membrane péritonéale, et surtout ceux des mésentères, sont extrêmement congestionnés de sang.

L'intestin jéjunum offre extérieurement une coloration rouge-cerise, indice d'une violente phlogose; l'estomac et l'intestin duodénum présentent une couleur rouge-brun foncé.

Le foie est très-volumineux et s'étend jusque dans l'hypochondre gauche; l'organe entier est fort congestionné.

L'estomac contenait quatre à six onces d'un liquide de couleur noirâtre, floconneux, ressemblant à du marc de café.

La membrane interne de l'estomac était corrodée et ramollie en plusieurs endroits, où elle s'enlevait aisément avec le dos de l'instrument tranchant; elle offrait une coloration brun-noirâtre dans la plus grande partie de son étendue, surtout à la grande courbure, et rouge brunâtre dans d'autres endroits; elle semblait avoir fourni un suintement de sang. La membrane externe de l'estomac était gonflée et vivement phlogosée.

Le commencement de l'intestin duodénum était à peu près dans les mêmes conditions, toutefois à un moindre degré.

La poitrine et le crâne n'ont point été ouverts, ne devant fournir que peu ou point d'éclaircissements sur les causes de la mort.

En publiant cette observation, nous avons voulu que ce nouvel exemple vînt confirmer les effets violents et promptement funestes des propriétés toxiques du sel d'oseille.

APPAREILS URINAIRES

du docteur F. Cambay, de Paris.

Dans notre numéro du 16 mars dernier, nous avons entretenu nos lecteurs de ces appareils, en émettant quelques doutes sur leur complète efficacité.

« Aujourd'hui, nous écrit un de nos confrères, le doute n'est plus permis; ces utiles appareils ont subi les épreuves d'une longue expérimentation, et on ne doit plus hésiter à les recommander *aux mères pour leurs enfants et aux familles qui ont des vieillards infirmes ou des personnes atteintes d'incontinence d'urine*.

» Parmi les attestations émanant des hôpitaux de Beauvais, d'Arles et d'un grand nombre de correspondants, je choisis, comme la plus explicite, celle d'un homme de bien très-connu, et fondateur d'une crèche.

» Je, soussigné, fondateur de la crèche Saint-Jacques, destinée aux enfants du faubourg du même nom, à Beauvais, certifie :

» Que, le 31 décembre dernier, j'ai fait placer dans chacun des douze berceaux de cette petite crèche un appareil urinaire du docteur Cambay, dit urinoire du premier âge, consistant en un tablier imperméable, dans le milieu duquel est adapté un petit tube en cuivre, qui, après avoir passé à travers la paillasse, conduit l'urine de l'enfant dans un vase de nuit ou tout autre récipient placé dessous : que depuis le 2 janvier ces douze urinoirs fonctionnent de la manière la plus satisfaisante, et sans qu'aucun d'eux ait éprouvé jusqu'à présent la moindre avarie; que l'appareil dont il s'agit préserve complétement l'enfant ainsi que la partie de la literie sur laquelle il est couché de la souillure de son urine, et, par suite, de la mauvaise odeur qu'elle exhale; enfin, qu'indépendamment de ce précieux avantage, il a pour effet de prolonger la durée et d'éviter les frais de blanchissage du linge ainsi préservé. En foi de quoi j'ai délivré la présente attestation, avec le vif désir qu'elle puisse contribuer à propager l'usage de cet appareil aussi simple qu'ingénieux.

» Beauvais, ce 12 septembre 1858.

» Flye,

» Notaire honoraire et ancien représentant à l'Assemblée constituante. »

« Le maire de Beauvais certifie sincère la signature de M. Flye, et se plaît à reconnaître que tous les avantages qu'il fait ressortir de l'usage de l'appareil urinaire du docteur Cambay sont parfaitement exacts, ainsi qu'il a pu s'en convaincre par lui-même.

» Beauvais, 13 septembre 1858. » Lequesne. »

Les appareils préservatifs des lits ont des dimensions différentes, suivant les âges.

Le docteur Cambay, s'occupant spécialement des maladies des voies urinaires, a apporté de grandes améliorations *aux urinaux portatifs* pour homme et pour femme. — Il a encore inventé un *urinal hermétique*, précieux surtout dans les cas de *catarrhe de vessie*, en ce qu'il préserve de toute mauvaise odeur et qu'il permet d'uriner sans quitter le lit et sans aucun risque de le mouiller.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 novembre 1858. — Présidence de M. Despretz.

Anatomie appliquée à l'enseignement. — Au nom d'une commission mixte nommée par l'Académie des sciences et par l'Académie des beaux-arts, et composée de MM. Cl. Bernard, Rayer, Horace Vernet, de Quatrefages, rapporteur, M. de Quatrefages lit un rapport sur la statue représentant un homme écorché exécuté par M. Lami.

La commission déclare, par l'organe de son rapporteur, que l'*écorché* de M. Lami est supérieur à tous les autres par son exactitude anatomique et physiologique; que, par suite, il sera d'une utilité incontestable pour l'étude de la sculpture et du dessin. En conséquence, elle a l'honneur de proposer à l'unanimité à l'Académie d'accorder à ce travail des éloges et son approbation, et d'encourager M. Lami à publier l'album qui doit en être le complément.

Ces conclusions sont adoptées après quelques réflexions échangées entre MM. Serres, J. Cloquet et Rayer.

Mortalité du croup. — M. Bouchut communique la note suivante sur la statistique de la mortalité par le croup, à l'occasion d'une communication récente :

« La statistique officielle que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie pour établir l'accroissement absolu et proportionnel de la mortalité du croup à Paris dans les trente-deux années qui viennent de finir, a été de la part de MM. Roger et Sée l'objet d'une contestation mal fondée.

» En effet, de 1826 à 1840, la mortalité du croup est de 2,884, tandis que de 1840 à 1856 elle a été de 5,927. Augmentation absolue incontestable. Rapportée à la population, elle est de 1 décès sur 6,480 habitants en 1838 et de 1 sur 6,298,8 en 1830; tandis qu'en 1847 elle n'est pas moindre de 1 décès sur 1,461 habitants, c'est-à-dire proportionnellement quatre fois plus forte. D'une autre part, ces médecins n'ont déclaré la mortalité stationnaire qu'en prenant les résultats erronés de M. Marc d'Espine, relatifs à treize années de décès, de 1839 à 1851, tandis que le résultat est tout autre et différent si l'on consulte les trente-deux années entières de ma statistique, c'est-à-dire de 1826 à 1858.

» Quant aux résultats de l'opération du croup, l'Académie pourra les juger en sachant qu'après enquête officieuse auprès de nos premiers chirurgiens, sur 388 trachéotomies faites exclusivement pour des cas de croup, il y a 346 décès et 42 guérisons, c'est-à-dire une mortalité de 90 pour 100. » (Commissaires, MM. Andral et Rayer.)

— M. Pagliari, inventeur d'un liquide hémostatique dont les effets ont été portés à la connaissance de l'Académie par une communication d'un de ses correspondants, M. Sédillot (séance du 30 juin 1851), annonce qu'en poursuivant ses recherches sur les agents thérapeutiques qui augmentent ou diminuent la plasticité du sang, il a été conduit à la découverte d'un liquide qui jouit à un haut degré du pouvoir résolutif. Il indique sommairement la composition de ce liquide, et en adresse plusieurs flacons. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Pelouze et Cl. Bernard.)

— M. J. Cloquet, en présentant au nom de M. Baud un mémoire intitulé *Nouvelles études sur les corps gras phosphorés extraits de la moelle allongée des animaux herbivores*, demande que ce travail, avec celui que l'auteur avait déjà présenté, soit admis à concourir pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Delfraysse envoie, à l'occasion d'une communication récente de M. Bouchut, une note sur un cas d'asphyxie d'un nouveau-né, qu'il a combattue avec succès par le tubage laryngien. (Commissaires, MM. Velpeau et J. Cloquet.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 novembre 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. Giraldès désire communiquer à la Société un relevé des résections du genou qu'il a trouvé dans ses notes. Les sources auxquelles il a puisé sont : Butcher, *Dublin medical journal*, 1855 à 1857; *The Lancet* et *Medical Times*; Mémoire de Mackensie dans *Edimbourg Monthly journal*.

De 1762 à 1858, 127 malades ont subi la résection du genou, et sur ce nombre, 33 seulement ont succombé; M. Giraldès établit quatre séries d'opérés :

1re série.	de 1762 à 1830	19 opérés	12 morts.
2e	de 1830 à 1854	31	5
3e	de 1854 à 1856	51	9
4e	de 1856 à 1858	26	7

Sur les 31 malades de la deuxième série, 17 ont conservé l'usage complet du membre opéré.

Il suffit de jeter les yeux sur ces chiffres pour reconnaître que MM. Marjolin, Robert et Larrey, se sont beaucoup exagéré les dangers de cette résection.

Je m'explique, ajoute M. Giraldès, la répugnance de M. Larrey pour la résection du genou, par ce fait que cette opération ne réussit pas dans les affections traumatiques pour lesquelles les chirurgiens militaires ont de fréquentes occasions d'opérer. Je sais bien qu'à Édimbourg M. Syme repousse l'opération adoptée à Londres par M. Fergusson; mais en Angleterre, comme en France, il suffit souvent qu'une opinion soit soutenue par un chirurgien pour que l'opinion contraire trouve des partisans.

M. Chassaignac rappelle que dans la dernière séance, il a montré une tumeur sous-cutanée douloureuse, qu'il avait enlevée sur la face dorsale de l'avant-bras d'un malade de son service. La douleur était très-vive et remontait jusqu'à l'aisselle. Pendant l'opération, M. Chassaignac avait en vain cherché si un nerf n'était pas en rapport avec la tumeur, était disposé à conclure que c'était autre chose qu'un névrome. Son opinion lui semble confirmée par M. Broca, qui, ayant examiné la pièce anatomique, n'y a trouvé que du tissu fibreux.

M. Broca craint que les conclusions qui précèdent ne soient pas très-rigoureuses, car il y a des névromes qui sont exclusivement composés de tissu fibreux.

M. Chassaignac répond que, pour repousser l'existence d'un névrome, il s'est surtout appuyé sur la dissection, qui ne lui a montré aucun nerf en rapport avec la tumeur.

M. Larrey rappelle que Dupuytren a décrit des tumeurs sous-cu-

tanées qui n'étaient pas des névromes, et qu'il appelait *tumeurs squirrheuses enkystées du tissu cellulaire*.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le deuxième fascicule du tome II des *Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie d'Amsterdam*, Amsterdam, 1857, in-4°, pl. (*Verandelingen Van het Genootschaf ter Bevordering der Geners-en Heelkundete Amsterdam.*)

— M. Jules Rochard, second chirurgien en chef de la marine, candidat au titre de membre correspondant, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, deux mémoires imprimés et un travail manuscrit.

Les mémoires imprimés sont les suivants :

1° *De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire*, couronné par l'Académie de médecine. Paris, 1856, in-4°.

2° *De la non-identité de la colique de plomb et de la colique sèche des pays chauds*. Paris, 1855, in-8°.

Le travail manuscrit de M. Jules Rochard est intitulé : *Observations recueillies dans le service chirurgical du bagne de Brest*, de 1854 à 1858.

Une commission composée de MM. Huguier, Morel-Lavallée et Demarquay, est chargée de faire un rapport sur les travaux de M. Jules Rochard.

De l'emploi du collodion comme moyen de réunion. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne une analyse de ce travail, adressé à la Société par M. Goyrand, membre correspondant à Aix en Provence.

Après un coup d'œil historique sur la découverte et l'application des propriétés du collodion, après des détails intéressants sur le meilleur mode de préparation de cette substance, M. Goyrand fait d'abord connaître les bons résultats qu'il en a obtenus dans le traitement des plaies qui ont peu de tendance à l'écartement ; au lieu de se servir de bandelettes de toile imbibées de collodion, il préfère recouvrir simplement les deux lèvres de la plaie, préalablement rapprochées jusqu'à parfaite coaptation, d'une couche épaisse, continue et uniforme, qu'il étale sur la peau avec un pinceau, dans une étendue de plusieurs millimètres, des deux côtés de la solution de continuité.

Pour les plaies avec écartement, et en particulier pour les plaies en travers, il emploie le collodion comme moyen adhésif, à la place des emplâtres divers, que les anciens mettaient en usage pour pratiquer la suture sèche. Une large bande de toile, donnant insertion à des rubans flexibles, est collée sur chacune des lèvres de la plaie, et il suffit de nouer exactement ces rubans d'un côté à l'autre pour obtenir la réunion. Ce moyen lui a parfaitement réussi dans un cas de gangrène du scrotum, avec dénudation des deux testicules. M. Goyrand eut recours à la méthode autoplastique par décollement des lambeaux, mais les cinq points de suture entortillée qu'il avait appliquée ayant coupé la peau, qui ne s'était pas réunie et qui commençait déjà à se rétracter, le chirurgien appliqua son procédé de suture sèche et obtint la réunion en quelques jours.

DISCUSSION.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la *cautérisation en flèches*.

M. MAISONNEUVE. Pour mettre mes collègues à même de juger de la méthode de cautérisation que j'emploie, j'ai apporté des tumeurs que j'ai récemment enlevées. La première est une mamelle volumineuse, qui s'est détachée au niveau de l'implantation des flèches. Il se fait en ce point une cautérisation qui porte sur les tissus qui sont en rapport avec les deux faces du caustique, de sorte que l'eschare en tombant entraîne les flèches avec elle.

Une particularité remarquable de cette cautérisation consiste en ce que le tissu cellulaire est plus profondément atteint que d'autres tissus. La fibre musculaire, par exemple, résiste au point qu'il n'est pas rare de voir le muscle grand pectoral opposer comme une barrière à l'action du caustique.

On voit souvent ce muscle traversé par des tractus, qui sont considérés comme des irradiations du cancer, mais qui ne sont autre chose que du tissu cellulaire. Il ne faut donc pas croire que ce soit là une cause de récidive.

La seconde pièce est une tumeur de la région parotidienne qui n'est tombée que le vingt-deuxième jour, parce que du tissu fibreux a résisté au travail d'élimination. Dans ces deux faits, comme dans tous ceux que j'ai observés, la réaction a été nulle dans les premiers jours; elle ne s'est manifestée par un peu de fièvre qu'à l'époque de la chute de l'eschare.

La cautérisation pratiquée de cette manière est aussi expéditive qu'exempte de danger.

M. ROBERT a employé ce mode de cautérisation, dont il n'a eu qu'à se louer. C'est, dit-il, M. Girouard qui l'a importé à Paris.

M. MAISONNEUVE soutient que le procédé de M. Girouard est très-différent de celui qu'il pratique. Voici, dit-il, comment procède le chirurgien de Chartres : il entoure la base de la tumeur d'un cercle de pâte de Canquoin; il incise la première eschare ainsi formée et applique dans le même endroit une seconde couche de caustique, puis, incisant la seconde eschare, il applique une troisième couche de pâte, jusqu'à ce que la tumeur soit détachée. On voit que M. Girouard procède par applications successives. Ma méthode, dit M. Maisonneuve, consiste à enfoncer d'emblée des flèches caustiques dans la profondeur des tissus, de manière à faire tomber les tumeurs d'un seul coup. On a réclamé au nom de M. Girouard; j'ai consulté les publications de ce praticien, j'ai lu ses observations, et je me suis de plus en plus convaincu qu'il y a une grande différence entre nos procédés opératoires.

M. ROBERT. Les questions de priorité n'ont qu'une importance secondaire ; mais il y a longtemps déjà que M. Maoury a présenté à la Société de chirurgie un caustique composé de chlorure de zinc et de gutta-percha, qu'il appelait caustique hémostatique. Ce caustique différait sans doute par sa composition de celui de M. Maisonneuve, mais le procédé opératoire était le même, et il est antérieur à celui de notre collègue; je me fais fort d'en apporter la preuve ici.

Reste à M. Maisonneuve le mérite d'avoir perfectionné la méthode des chirurgiens de Chartres, en se servant d'un meilleur caustique.

Ce mode de cautérisation donne d'ailleurs d'excellents résultats, et j'y ai recours toutes les fois que j'en ai l'occasion.

M. MAISONNEUVE. Le mérite que m'attribue M. Robert n'est pas celui auquel je prétends ; car je ne me sers que de la pâte de Canquoin.

Ce qui constitue ma méthode, c'est que j'opère en enfonçant des flèches caustiques dans la profondeur des tissus. C'est là une opération véritablement chirurgicale, et je ne sache pas qu'on l'ait pratiquée avant moi. Je resterai dans cette croyance tant qu'on ne m'aura pas apporté la preuve du contraire.

M. ROBERT. Depuis très-longtemps on fait tomber des tumeurs érectiles en y enfonçant des cautères métalliques; mais laissant de côté ce procédé opératoire, je soutiens que les trochisques étaient employés dans le but d'attaquer les tumeurs de leur profondeur à la périphérie, et l'idée thérapeutique est la même que celle de M. Maisonneuve.

M. GUERSANT attaque les tumeurs érectiles par des aiguilles rougies à blanc, mais ce n'est jamais pour les faire tomber. Il pense que cette opération ne ressemble en rien à celle que l'on discute.

M. LARREY ne veut pas répéter ce qu'il a dit dans la séance précédente sur les trochisques ; il se félicite de voir M. Robert faire le même rapprochement que lui, et il termine en répétant que le mode opératoire de M. Maisonneuve ne constitue pas une méthode.

M. BROCA. Autrefois, la cautérisation était employée pour attaquer les tumeurs de dehors en dedans et couche par couche ; il y a une idée nouvelle dans la manière dont on cautérise aujourd'hui, car on fait des amputations à l'aide des caustiques. C'est là, en effet, une méthode, mais c'est M. Girouard qui en est l'inventeur.

Le mode opératoire de M. Maisonneuve en dérive, et, quoique supérieur à celui de M. Girouard, il n'en est qu'un procédé. J'ai vu M. Landolphi faire 17 cautérisations de quatre heures chacune sur le même malade ; une seule séance suffit à M. Maisonneuve pour séparer une tumeur des parties sur lesquelles elle repose. Le procédé de notre collègue est donc bien préférable aux autres, mais, je le répète, ce n'est qu'un procédé.

M. MAISONNEUVE. J'ai dit tout au long dans mon mémoire ce que M. Broca vient de dire : on connaissait la cautérisation *circulaire* et la cautérisation en *nappe;* mais c'était toujours cautériser de dehors en dedans, et l'opération présentait souvent plus d'une difficulté. Essayez donc de faire la cautérisation circulaire dans le creux de l'aisselle ! Ce n'est pas chose facile d'y faire une gouttière et d'y maintenir la pâte caustique; et puis, en supposant que vous réussissiez, il faudra recommencer sans cesse. Ces applications successives causent aux malades de telles douleurs qu'elles sont souvent au-dessus de la patience de ceux qui les endurent. Par mon procédé (peu importe le mot !), on fait tomber la tumeur d'un seul coup et par une seule application.

M. CHASSAIGNAC. Dans cette discussion, les mêmes détails sur la rapidité de l'opération se reproduisent sans cesse. Ce n'est pas la question. L'idée mère consiste en ce que l'on attaque la tumeur en la prenant à revers et en la séparant des tissus situés profondément, et cette idée se trouve dans les travaux de M. Girouard.

M. DEGUISE. M. Maisonneuve semble aujourd'hui nier l'existence des prolongements du cancer, et pourtant il a apporté ici, il y a quelques mois, une pièce anatomique qui pouvait faire supposer que le caustique avait perforé la paroi thoracique. M. Maisonneuve attribua alors cette perforation à un prolongement du cancer, qui dans ce cas n'aurait point trouvé de barrière dans le muscle grand pectoral.

M. MAISONNEUVE répond qu'il n'a jamais voulu nier l'existence des prolongements du cancer. Il a dit, et il le répète, que souvent on regarde comme tels des tractus qui ne sont autre chose que du tissu cellulaire.

COMMUNICATION.

M. Julliard (de Genève) montre des plâtres représentant les diverses phases d'une opération de blépharoplastie qu'il a pratiquée avec succès.

— **M. MOREL-LAVALLÉE** lit l'observation suivante :

Hypertrophie partielle et à peine marquée de la prostate causant à la fois l'incontinence et la rétention d'urine. — Un vieillard d'environ soixante ans avait en même temps une incontinence et une rétention d'urine. Dès que la vessie commençait à se remplir, l'urine s'écoulait involontairement goutte à goutte. Mais comme cette excrétion était inférieure à la sécrétion, le réservoir ne pouvant se vider par ses contractions, la rétention venait s'ajouter à l'incontinence.

Le cathétérisme montra bientôt l'entière liberté du canal, et la contractilité des parois vésicales par les colonnes très-prononcées du réservoir, et par la manière dont le jet urinaire était lancé par la sonde.

Le malade a succombé à une phlébite. Vous pouvez voir le degré minime de la lésion matérielle qui a entraîné le trouble de l'excrétion urinaire. Trois petites hypertrophies pyriformes du lobe moyen de la prostate, dont la plus grosse n'offre pas à sa partie renflée le volume d'un pois, envoient leur extrémité conique dans le col vésical, et en se touchant par leur surface arrondie, elles laissent entre elles des fissures par où l'urine filtrait involontairement.

La petite tumeur de la partie moyenne, et qui ne semble être que l'hypertrophie de la luette de Lieutaud, projette dans la vessie son extrémité renflée, qui joue à l'orifice du col le rôle d'une soupape. Quand la vessie se contractait, ce renflement médian s'appliquait, poussé par le flot d'urine, sur le col vésical, et l'obturait. On aurait pu *écraser* ce petit renflement, mais il aurait fallu le reconnaître avec précision. J'avais d'ailleurs, malgré le peu de volume général de la prostate, diagnostiqué la nature de l'obstacle.

Calcul préputial. — **M. DUPIERRIS**, étudiant en médecine, fils de M. le docteur Dupierris, membre correspondant de la Société de chirurgie à la Havane, présente de la part de son père un calcul préputial remarquable par son volume et par sa dureté.

Ce calcul provient d'un Chinois, âgé de vingt-cinq ans, qui était venu à la Havane en qualité de travailleur libre. Il s'était formé lentement, sans douleur, et il paraît que la miction n'était guère gênée, puisque le malade ne s'était jamais préoccupé de cette affection.

Un colon havanais ayant choisi un certain nombre de travailleurs chinois, les fit visiter par son médecin avant de les engager. Le Chinois dont il s'agit fut refusé comme étant atteint de tumeur à la verge, et ce fut alors seulement qu'il songea à réclamer les secours de l'art. M. Dupierris, à qui il fut présenté, diagnostiqua le calcul, et fit l'opération du phimosis. Il trouva le gland presque complétement atrophié par la pression du calcul. L'opération a été faite il y a plus de six mois ; le gland depuis lors a repris sa forme et une grande partie de son volume.

Le calcul pèse 26 grammes. Il est ovoïde, long de 45 millimètres, et large de 30 au niveau de sa grosse extrémité; sa forme est parfaitement régulière, sa surface lisse et polie comme si elle était recouverte d'une couche de vernis ; sa couleur est d'un gris perle avec quelques petites teintes jaunes. La base de l'ovoïde reposait sur le gland; son sommet correspondait à l'ouverture étroite du prépuce. Ce calcul a été divisé transversalement par un trait de scie ; sa dureté est très-considérable ; sa coupe est lisse et brillante comme de l'agate. L'analyse faite par M. Leconte, agrégé de la Faculté de Paris, a montré que ce calcul se compose d'acide urique en grande quantité, de phosphate de magnésie, de phosphate de chaux, et d'un peu de matière organique.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans votre numéro du 11 octobre la lettre de M. le docteur Puzin et les explications dont vous l'avez fait suivre. La question soulevée a quelque gravité. Peut-être a-t-elle été tranchée trop résolûment par mon savant ami le docteur Foucart. Ce n'est pas que je veuille contester la valeur légale de ses inductions. Pour le faire avec autorité, il faudrait recourir aux motifs de la clause controversée, et je n'en ai pas le texte sous les yeux. Des arrêts, d'ailleurs, auraient fixé la jurisprudence. Permettez-moi seulement d'appeler l'attention de vos lecteurs sur des circonstances susceptibles à mon gré d'éclairer le principe lui-même.

Au début de ma carrière, j'ai été durant plusieurs années en concurrence avec des officiers de santé dans un bourg limitrophe d'un département voisin; mais j'avoue que ni à moi ni à d'autres docteurs ayant résidé dans la localité ou dans les environs, n'est venue la pensée de nous prévaloir contre eux d'un droit que nous connaissions parfaitement.

L'intérêt, cependant, eût pu nous y convier, car il était immense, la moitié de la clientèle au moins se trouvant ainsi interdite à nos rivaux. Un sentiment de bienséance, plus fort que l'égoïsme, nous a heureusement détournés d'une chicane que nous jugions compromettante pour la dignité doctorale, et qui après tout eût équivalu à une mauvaise action.

On n'est pas toujours libre, mon cher confrère, de choisir une résidence médicale. L'usage, fondé sur la nature des rapports, a consacré le plus grand nombre d'entre elles; le nouveau reçu est dès lors obligé d'aller où il y a un trou vacant. Or, comment s'opposer avec décence à ce qu'il jouisse des avantages de la circonscription tout entière qui en ressort? Auriez-vous cette rigueur pour lui, vous vous heurteriez à un écueil beaucoup plus sérieux encore, en privant du bénéfice de ses soins la population des villages qui, étant sous sa main, serait quelquefois dans la nécessité ou de mourir sans secours ou d'aller au loin requérir une assistance insuffisante?

Il convient de voir les choses comme elles sont. La loi est souvent obligée de tolérer des infractions dont elle n'avait pas prévu l'impérieuse urgence. Arguera-t-on de la dissemblance des cas? L'objection n'aurait pas un succès meilleur. Supposons que, pendant quinze ans, un officier de santé ait exercé dans un endroit à la satisfaction publique; arrive un jeune docteur qui, non content de lui disputer le terrain avec l'arme supérieure de son titre, cherche dans l'interdiction légale un moyen de l'évincer, irez-vous, pour satisfaire à un appétit cupide, briser une existence honorablement acquise, rompre violemment les liens qui lui ont attaché une foule de clients par la gratitude et la confiance? Ce serait évidemment monstrueux. Voilà pourquoi la police judiciaire souffre les contraventions, pourquoi si peu d'intéressés s'en plaignent. En sorte, mon cher confrère, que, contrairement à mon savant ami le docteur Foucart, si au lieu d'une disposition légale fixée nous nous trouvions en face d'un texte à interpréter, je croirais qu'en se servant des termes *s'établir* et *exercer* le législateur a voulu mettre entre eux une différence, et que dans le vague du sens il serait injuste de faire peser sur les officiers de santé une aggravation dont la loi n'a point fait une injonction formelle.

Dans le livre que j'ai publié en 1843 sur l'*Organisation médicale en France*, prévoyant l'anomalie, j'en ai fait une objection non contre les médecins, mais contre l'institution du second ordre. « Savant en deçà, ignorant au delà, à quoi aboutit, m'écriais-je, cette misérable restriction, susceptible d'occasionner des embarras ou des querelles, soit qu'en changeant de demeure on néglige de remplir les formalités voulues, ou que, fixé sur les limites d'un département, on soit inquiété par les médecins du département voisin (page 52)? »

Chacun est libre et responsable de ses déterminations. Quant à moi, mon cher confrère, mon opinion n'a point varié, et si quelque docteur dans le cas signalé par M. Puzin me faisait l'honneur de me consulter sur l'à-propos d'une instance administrative, après lui avoir exposé toute la déconsidération qu'impliquerait une pareille démarche, je ne lui conseillerais d'autre lutte que celle de la dignité, de la science et du zèle.

Agréez, etc. DELASIAUVE.

Paris, 13 novembre 1858.

M. le docteur Fano, professeur agrégé de la Faculté, commencera son cours de pathologie chirurgicale le mercredi 1er décembre, à l'Ecole pratique, à sept heures du soir, et le continuera les soirs suivants à la même heure.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 NOVEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

La trachéotomie, au début de cette discussion, n'était intervenue que d'une manière accessoire et comme pour servir en quelque sorte de terme de comparaison et de point de départ pour l'appréciation du tubage. Mais elle n'a pas tardé à prendre le dessus, et de secondaire qu'elle était, elle est devenue bientôt l'objet principal, puis même l'objet unique du débat. Il n'y a rien là qui doive nous surprendre. La trachéotomie, une fois mise en cause devant l'Académie, devait y trouver d'ardents défenseurs. M. Bouvier n'a laissé à cet égard rien à désirer. Il n'est pas un point de l'argumentation de M. Malgaigne sur la trachéotomie qu'il n'ait réfuté; et la pratique des médecins de l'hôpital des Enfants, chefs de service et internes, après les explications données par M. Bouvier, semble désormais mise à l'abri de toute attaque.

Nous nous bornons pour le moment à cette simple appréciation, nous réservant de la motiver plus tard, et convaincu d'ailleurs que la lecture du discours de M. Bouvier la justifiera d'avance aux yeux de nos lecteurs.

M. Blache, avant M. Bouvier, est monté à la tribune, non pour son propre compte, mais pour y donner lecture d'une lettre de M. Millard, son ancien interne, et d'une note de MM. Roger et Sée, rédigée au nom des médecins de l'hôpital des Enfants. Nous eussions vivement désiré entendre sur cette question M. Blache lui-même, dont tout le monde connaît l'autorité en pareille matière. Mais nous sommes des premiers à comprendre et à respecter les motifs qui l'empêchent de prendre part à une semblable discussion.

Nous ne pouvons que signaler en passant un mémoire de M. Verneuil, mémoire écrit comme sait les écrire M. Verneuil; une présentation de M. Baillarger, qui offre un grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique; et une lettre fort intéressante de M. Morel-Lavallée, dont nous sommes obligé de renvoyer la publication à un prochain numéro. On trouvera aussi dans la correspondance officielle le décret qui autorise l'Académie à accepter la donation de mille francs de rente faite par Mme Orfila pour la fondation d'un prix bisannuel. — Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DE CHERBOURG.

Empoisonnement par le camphre.

Par M. le docteur LECOCQ.

L'histoire médicale du camphre est encore enveloppée d'une telle obscurité, malgré les nombreuses applications qu'on en fait tous les jours, que l'on doit saisir toutes les circonstances qui permettent d'étudier son action sur l'homme sain ou malade. Un cas d'empoisonnement, déterminé par l'ingestion d'une quantité considérable de cette substance, qui s'est offert dernièrement à mon observation, m'a paru assez curieux pour mériter de prendre place dans la presse médicale, à côté de quelques faits semblables qu'elle a déjà eu occasion d'enregistrer.

Le nommé L..., Julien, âgé de vingt-six ans, d'une très-bonne constitution, soldat d'infanterie de marine, était en traitement à l'infirmerie pour une uréthrite simple. Voyant que la médication ordinaire ne le guérissait pas assez vite, il eut l'idée de se traiter lui-même par un moyen empirique; dans ce but, il acheta, d'après les conseils de ses camarades, une masse de camphre de la grosseur du poing, et *tous les matins, à jeun*, pendant plusieurs jours, il en mangeait un morceau pouvant avoir le volume du pouce. J'ai fait peser moi-même, avec le plus grand soin, un de ces morceaux ayant bien exactement les dimensions indiquées par le malade, qui en aurait pris en moyenne de *quinze à seize grammes au moins* chaque jour, et cela dans l'espace d'*une heure seulement*. Il le mâchait, comme il eût fait d'un morceau de sucre, en nous servant de sa comparaison, et après l'avoir bien écrasé entre les dents, il l'avalait avec un demi-verre d'eau; deux ou trois heures après, il déjeunait comme de coutume.

Les trois premiers jours se passèrent très-bien, sans aucun phénomène appréciable; toutes les fonctions continuèrent à s'accomplir dans le calme le plus parfait; l'érection seule fut momentanément supprimée; l'écoulement bleunorrhagique ne fut en rien modifié. Le quatrième jour, le malade éprouva quelques pincements gastralgiques, avec un peu de pesanteur épigastrique au moment de la digestion, accidents qui furent très-passagers, et ne méritèrent même pas d'occuper sérieusement son attention. Enfin, le cinquième jour, voyant que l'écoulement uréthral ne diminuait pas, L... crut pouvoir doubler impunément cette dose déjà énorme de quinze grammes qu'il ingérait depuis quatre jours. Il en prit donc *trente grammes* dans la même journée, en deux fois, moitié le matin à jeun, moitié le soir, vers huit heures, trois heures après son dîner. La dose du matin ne détermina encore aucun effet sensible. Immédiatement après l'ingestion de celle du soir, le malade se coucha comme d'habitude et s'endormit d'un sommeil très-calme, lorsque vers onze heures il fut tout à coup réveillé par une odeur de camphre devenant de plus en plus forte à chaque nouvelle expiration, odeur qui lui est insupportable et dont rien ne peut le débarrasser.

En même temps, il éprouve des douleurs aiguës au creux épigastrique, avec un sentiment très-pénible de brûlure dans la région de l'estomac; la tête est douloureuse, comme si elle était fortement pressée dans un étau. Deux fois il est forcé de descendre pour boire de l'eau avec abondance, mais bien moins pour calmer la soif, qui n'est pas très-vive, que pour se débarrasser de cette odeur de camphre qui le poursuit de plus en plus. Bientôt il est pris de vertiges, puis d'un besoin incessant de marcher, mais sans but, sans direction bien arrêtée. Comme un homme ivre, il peut à peine se tenir sur ses jambes; malgré cela il se traîne de nouveau dans la cour pour donner à ses poumons un peu d'air frais dont ils ont un impérieux besoin. Il remonte encore à sa chambre à l'aide de ses camarades, et tombe sur son lit comme une masse inerte, dans un état complet d'insensibilité. Les extrémités sont froides, la face est pâle, le corps agité de mouvements convulsifs; vers minuit, les accidents redoublent d'intensité et exigent l'envoi du malade à l'hôpital, où on est à même de lui donner plus facilement les soins que réclame son état.

Placé dans le service de M. Fonssagrives, médecin en chef, on constate chez L... la persistance des mouvements convulsifs reparaissant à intervalles irréguliers, l'insensibilité la plus complète aux excitations extérieures, la perte de connaissance. Les pupilles sont dilatées; le pouls à 72 pulsations d'abord, descend ensuite à 60, pour s'arrêter définitivement à 50 au minimum; la respiration un peu accélérée donne 22 inspirations par minute. On se hâte de réchauffer le malade et de le faire vomir; des compresses froides sont appliquées sur la tête, des sinapismes promenés sur les extrémités inférieures, etc. Une matière semi-liquide et filante, renfermant quelques morceaux de pain et exhalant une forte odeur de camphre, est rendue par les vomissements. Cette odeur est tellement répandue dans toute la salle, que les autres malades en sont incommodés.

Ces premiers vomissements font cesser les symptômes les plus alarmants de l'intoxication. Au bout d'une demi-heure d'un traitement actif, L... se réveille, tout surpris de se trouver couché dans une salle de l'hôpital; il cause alors avec intelligence, et fournit sur son empoisonnement tous les renseignements qu'on lui demande. Il éprouve l'envie d'uriner, mais il ne peut la satisfaire.

Pendant toute la journée qui suivit cet accident, notre malade, quoique hors de tout danger, éprouva un besoin de sommeil presque irrésistible; il dormit pendant vingt-quatre heures de suite, ne se réveillant que pour répondre aux questions qui lui étaient adressées ou pour prendre quelques aliments. Enfin, quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital, il entrait en pleine convalescence, ne conservant plus des symptômes de son empoisonnement qu'un peu de lassitude et un malaise général, avec des douleurs assez vives dans la région des reins. Il put alors recommencer le traitement rationnel de son uréthrite, que le camphre n'avait nullement modifiée, comme on devait s'y attendre.

Aujourd'hui, deux mois après l'accident, j'ai de nouveau interrogé ce militaire. Du côté des organes digestifs, il éprouve encore un peu de dyspepsie; la douleur lombaire est toujours très-forte, et l'empêche de reprendre définitivement son service.

En nous résumant, nous voyons que le camphre donné à dose très-considérable, puisque le malade en a pris 30 *grammes au moins* dans la même journée en deux fois, a produit la série des phénomènes suivants, énoncés à peu près dans leur ordre de succession: douleurs vives dans la région épigastrique, agitation, besoin incessant de locomotion, vertiges, éblouissements, ivresse compromettant momentanément la stabilité, puis mouvements convulsifs intermittents, perte de connaissance, insensibilité complète, ralentissement marqué de la circulation, fréquence de la respiration, difficulté d'uriner. Enfin, au bout d'un temps assez court, réveil étonné, sans que le malade ait nullement conscience de tout ce qui s'est passé pendant qu'il est resté soumis à l'influence du camphre.

C'est avec une certaine réserve, voire même une sorte d'incrédulité bien justifiée par tout ce que j'avais lu dans les auteurs qui se sont le plus occupés de l'action physiologique du camphre, que j'ai dû tout d'abord accepter les déclarations du malade sujet de cette observation. Il me paraissait impossible, en effet, que l'homme pût ingérer des doses aussi énormes de camphre sans succomber soit aux lésions locales et toutes mécaniques, soit à l'action dynamique de cette substance transportée par absorption dans l'appareil circulatoire. Aussi ai-je interrogé à différentes reprises ce militaire, en lui exprimant mes doutes sur la vérité de ses allégations; mais il a toujours tellement persisté dans ses réponses, il m'a affirmé avec tant d'assurance qu'il n'avait aucun intérêt à me tromper, il m'a dépeint lui-même avec tant d'intelligence le volume du morceau de camphre qu'il mangeait chaque jour, que j'ai cru devoir enfin me rendre à ses affirmations et considérer comme bien exacts les renseignements qu'il m'avait donnés. Ma confiance est devenue d'autant plus grande, que, en faisant quelques recherches bibliographiques, j'ai vu que quelques auteurs avaient pu faire prendre à des malades des doses de camphre très-fortes, sans amener de résultats fâcheux; ainsi Collin, cité par MM. Trousseau et Pidoux, a consigné dans un ouvrage qui lui est commun avec Storck, qu'administré un nombre infini de fois à la dose de 4, 8, 12 et 16 grammes par jour, le camphre n'a eu sur le système nerveux et sanguin qu'un effet *quelquefois nul*, le plus souvent sédatif (*Traité de thérapeutique et de matière médicale*, Trousseau et Pidoux, page 250, t. II, 5e édition). M. Richard (*Essai sur l'usage clinique du camphre*, Montpellier, 1813, thèse) l'a donné à hautes doses (depuis un gros jusqu'à une demi-once en vingt-quatre heures) dans certaines fièvres adynamiques, et toujours avec succès. M. Guersant en faisait prendre jusqu'à 8 grammes par jour, soit en pilules, soit en potion, à des enfants de huit à quatorze ans, eu commençant d'abord par 60 centigrammes. Il y a loin sans doute de cette dose énorme de 30 grammes, prise en vingt-quatre heures, à celle de 4 grammes fixée par MM. Trousseau et Pidoux comme dose toxique. Mais si nous voulons nous rappeler les accidents que firent éprouver 3 grammes de camphre au médecin anglais Alexander, et les résultats encore plus surprenants de Scudéry (de Messine), qui dans cinq expériences remarqua des symptômes d'intoxication après l'administration de 0,52 à 0,75 centigr. de camphre, nous serons tout naturellement amené à conclure que cette substance présente des différences nombreuses dans son mode d'action, et qui dépendent souvent des tempéraments, des dispositions individuelles, de l'état des organes, et de bien d'autres causes intimes et mystérieuses que nous ne pouvons pas saisir.

Ce que nous avons observé chez ce malade, rapproché de quelques expériences sur les animaux, nous a permis de nous former une opinion nouvelle sur le mode d'action du camphre. Sans vouloir forcer les analogies, il est facile, il me semble, de trouver une similitude assez grande entre les effets de cette substance donnée à dose élevée et ceux des agents anesthésiques ayant le chloroforme pour type. Dans un mémoire sur les *stupéfiants diffusibles*, publié par M. le professeur Fonssagrives (*Archives générales de médecine*, numéros d'avril et de mai 1857), et qui renferme des idées neuves et fort intéressantes sur l'action physiologique de quelques médicaments rangés dans le groupe des antispasmodiques, nous trouvons des considérations très-importantes dans lesquelles cette similitude d'action est établie pour la première fois d'une manière remarquable. Des expériences nombreuses, pratiquées publiquement sur des animaux par M. Fonssagrives, lui ont démontré que les symptômes de l'action du camphre à haute dose pouvaient être ramenés aux chefs suivants : 1° ivresse; 2° agitation convulsive; 3° anesthésie; 4° coma. N'est-ce pas là ce que nous trouvons chez l'individu soumis aux inhalations de chloroforme?

Il m'est plusieurs fois arrivé de faire respirer du camphre à des animaux, et j'ai toujours vu se produire chez eux un commencement d'insensibilité fort analogue à celle que détermine le chloroforme. L'anesthésie était plus lente à obtenir, elle était aussi moins complète; mais ce n'était plus là qu'une différence du plus au moins; et, à la longue, une grande quantité de camphre aurait fini par amener les résultats que nous obtenons rapidement avec quelques grammes de chloroforme ou d'éther.

Ce qui a eu lieu de nous surprendre dans cette observation, c'est l'absence de désordres locaux après l'ingestion d'une si grande quantité de camphre introduit dans l'estomac par petits fragments. Nous n'avons pas l'intention de nier cette action locale si bien démontrée par les expériences de M. Trousseau,

mais nous sommes au moins autorisé à admettre qu'elle n'est pas constante, puisque pendant quatre jours notre malade a pu en manger jusqu'à 15 grammes et plus sans qu'il se manfestât aucun désordre bien sérieux du côté de l'estomac. Aussi sommes-nous tout disposé à admettre que quand le camphre tue, ce n'est qu'après avoir été amené par l'appareil circulatoire dans les organes de la respiration, qui paraissent avoir pour mission d'éliminer à eux seuls cet agent toxique. A chaque expiration, notre malade, dont les poumons chassaient une masse d'air chargée de camphre, *s'anesthésiait* lui-même, pour ainsi dire, et cherchait à fuir les émanations camphrées, comme nous voyons fuir l'animal soumis aux vapeurs du chloroforme ; et si la dose avait été suffisante, si les vomissements n'avaient pas débarrassé l'estomac du camphre non absorbé qu'il renfermait encore, la vie se serait trouvée sérieusement compromise chez notre malade, comme elle l'est chez l'homme que l'on soumet à des doses trop fortes de chloroforme.

Dans un cas d'empoisonnement par le camphre, le traitement me paraît assez simple. La première indication est de faire vomir abondamment le malade; on devrait avoir ensuite recours aux excitants cutanés: sinapismes, frictions ammoniacales, etc., au café donné à l'intérieur; puis une fois la réaction obtenue, il ne resterait plus à faire qu'une médecine de symptômes en se laissant guider par les indications du moment.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 novembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 14 novembre, par lequel l'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation que lui a faite Mme veuve Orfila d'une rente annuelle de 1,000 francs, à l'effet d'instituer un prix de 2,000 fr., qui lui sera décerné tous les deux ans par l'Académie, et qui portera tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question puisée dans les autres branches de la médecine légale, suivant les conditions énoncées dans l'acte de donation.

Une commission composée de MM. Adelon, Devergie, Moquin-Tandon, Caventou et Wurtz, sera chargée de rédiger et de faire connaître prochainement la question qui devra être mise au concours.

— M. le ministre du commerce communique :

1° Un rapport de M. le docteur Barthez, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Vichy, sur le service de cet établissement pendant l'année 1857 ;

2° Un rapport de M. le docteur Cornil-Boirot sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie de Cusset (Allier) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur L. Sandras soumet à l'Académie différentes questions sur le traitement du croup.

— M. Lentz soumet à l'examen de l'Académie un appareil électro-médical de son invention, qui pourra être vendu au prix de 45 francs. (Commissaire, M. Gavarret.)

— M. Charrière adresse une lettre contenant la description d'un nouveau pessaire de l'invention de M. le docteur Scipion Giordano, professeur d'accouchement à Turin. (Commissaire, M. Danyau).

Cet instrument est composé de deux ellipses métalliques recouvertes d'un tube de caoutchouc, et maintenues écartées par un ressort en spirale. Il présente une grande analogie aven l'hystérophore de Schilling; mais il en diffère en ce que les deux valves qui constituent le pessaire de Schilling sont écartées à l'aide d'une vis; il est beaucoup moins susceptible de s'avarier. Enfin, la pression étant continue, il ne saurait se déplacer ni sortir spontanément du vagin.

— M. le docteur Jacquez, de Lure, communique une note sur l'emploi des médicaments et surtout de l'acétate de morphine par les fosses nasales. (Commissaires : MM. Cbatin et Piorry).

— M. le docteur Vernhes, de Béziers, adresse un mémoire intitulé : *Simples propositions sur le croup*. (Commission actuelle).

— M. Loiseau, de Montmartre, envoie un mémoire sur un nouveau moyen de faciliter l'expulsion des corps étrangers introduits ou développés dans les voies aériennes, moyen également applicable au traitement des premiers symptômes du croup. (Commissaires : MM. Bouillaud et Beau).

— M. Fauconnet, médecin à Lyon, adresse un mémoire sur le traitement des affections diphthéritiques par la teinture du pyrètre. (Commissaires : MM. Louis, Blache, Grisolle).

— M. le docteur Panis, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Reims, adresse un travail sur les vaccinations. (Commission de vaccine).

— M. Galy, pharmacien, à propos du mémoire sur l'alimentation iodée lu par M. Boinet le 28 septembre dernier, rappelle que lui-même a présenté un travail sur cette question le 28 juin 1854. (Commissaires : MM. Chatin et Trousseau).

— M. MOREL-LAVALLÉE adresse à l'Académie une note sur l'électrisation appliquée à l'arrachement des dents et aux opérations par l'instrument tranchant; nous la publierons dans un prochain numéro.

— M. BUSSY dépose sur le bureau un mémoire de MM. Glénard et Guillermond (de Lyon), sur une nouvelle méthode de dosage de la quinine dans les quinquinas, les extraits, etc., à l'aide de liqueurs titrées. (Commissaires, MM. Chatin, Caventou, Bussy.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Soubeiran. Conformément aux désirs exprimés par le défunt, il n'a dû lui être rendu aucun devoir officiel. Par conséquent, aucune députation académique n'a assisté à ses obsèques.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubage de la glotte et la trachéotomie.

Discussion sur le rapport relatif au tubage de la glotte.

M. BLACHE, qui, dans une lettre dont M. le secrétaire perpétuel a donné lecture à la suite de la correspondance, informe l'Académie qu'il ne *veut* ni ne *peut* prendre une part active à la discussion, demande cependant la parole pour donner lecture à l'Académie de quelques mots de réclamation adressés par son ancien interne, M. Millard, à M. Malgaigne, et d'une réponse collective des médecins de l'hôpital des Enfants, faite par MM. Sée et Roger.

A Monsieur le président de l'Académie de médecine.

Monsieur le président,

Dans la dernière séance, M. le professeur Malgaigne m'a fait l'honneur d'emprunter à ma thèse plusieurs arguments sur lesquels je demande à l'Académie la permission de lui présenter quelques explications. L'accusation grave portée contre les internes de l'hôpital des Enfants en général, sera combattue comme il convient par les médecins de cet établissement, nos chefs de service, dont nous n'avons fait que suivre les instructions et les exemples.

Je dirai seulement, en ce qui concerne mon travail, que 1° le défaut de concordance signalé entre la statistique de MM. Roger et Sée et la mienne, s'explique très-aisément, en ce que la première repose sur l'ensemble des trachéotomies faites à l'hôpital depuis huit ans, tandis que je me suis borné à consigner les résultats de l'année 1857 et du premier semestre de 1858, c'est-à-dire d'une période de dix-huit mois.

2° Si dans mes observations (qui ont trait exclusivement à des filles), il n'y en a qu'un petit nombre où l'opération ait été faite en présence des chefs de service, c'est que ces derniers passent une ou deux heures seulement le matin à l'hôpital, tandis que l'interne de garde observe, reçoit et opère les enfants atteints de croup à toute heure du jour et de la nuit.

J'ai cru superflu d'indiquer qu'un grand nombre d'opérations avaient été prescrites conditionnellement le matin à la visite et pratiquées dans la journée ou la nuit suivantes.

3° Tant que le chirurgien est dans l'hôpital, c'est toujours lui qui est appelé de droit à faire la trachéotomie. C'est donc un pur effet du hasard si M. P. Guersant n'a opéré qu'une seule fille ; dans le service des garçons, il a opéré cinq fois.

4° C'est bien à tort que M. Malgaigne m'a reproché d'avoir fait une trachéotomie que M. Guersant avait été d'avis de différer. Il était dix heures du soir quand l'honorable chirurgien fut appelé, et c'est uniquement à cause des difficultés et des dangers bien connus des opérations pratiquées la nuit, qu'il conseilla d'attendre le jour.

Je n'opérai en effet que le lendemain matin, neuf beures plus tard, alors que la malade était à la dernière extrémité.

5° M. Malgaigne a signalé l'observation, unique dans ma thèse, dans laquelle il n'y avait de fausses membranes ni dans la gorge ni dans les voies aériennes. Or il se trouve précisément que dans ce cas le diagnostic fut porté par le chef de service lui-même, que l'opération fut pratiquée par son ordre et sous ses yeux, que jamais elle ne fut légitimée par une asphyxie plus complète, et qu'elle prolongea pendant trois jours la vie de l'enfant. Il s'agissait d'une de ces variétés de laryngite consécutives à la rougeole, qui peuvent, quoique rarement, en imposer pour des croups vrais aux praticiens les plus consommés, donner lieu aux mêmes accidents de suffocation, et réclamer aussi impérieusement le secours de la chirurgie.

6° Jamais l'interne de garde ne pratique la trachéotomie sans avoir convoqué en consultation tous ses collègues présents à l'hôpital, et il est tenu d'avertir auparavant le directeur, qui très-souvent assiste à l'opération.

7° Jamais les élèves externes ne sont appelés, comme on l'a donné à entendre, à faire, encore moins à décider la trachéotomie. Celui qui figure exceptionnellement dans une de mes observations, et qu'a cité M. Malgaigne, était parfaitement au courant de l'opération, qui dans ce cas était facile ; c'est moi qui lui fis tenir le bistouri, sous ma responsabilité personnelle et en présence de tous mes collègues. J'ai omis de mentionner ces deux circonstances importantes, sans prévoir le parti qu'on pourrait un jour tirer de cet oubli.

Si j'avais besoin de me justifier, j'ajouterais que depuis j'ai fait opérer une seconde fois le même externe dans les mêmes conditions, et qu'il a obtenu une guérison.

C'est encore là une nouvelle preuve de ce qui a été dit depuis longtemps, à savoir que les succès de la trachéotomie dans le cas de croup tiennent moins peut-être à l'habileté des opérateurs qu'aux conditions présentées par les malades et surtout aux soins consécutifs. Ce sont ces deux points négligés par M. Malgaigne, que j'ai particulièrement cherché à développer dans ma thèse, et qui donnent la meilleure explication de la différence si remarquable des résultats obtenus jusqu'ici en ville par les plus habiles chirurgiens, et à l'hôpital par de simples élèves.

Lettre de MM. H. Roger et Sée.

« Dans son éloquent réquisitoire contre la *trachéotomie*, M. Malgaigne nous a fait l'honneur d'*attaquer à outrance* (ce sont ses propres expressions) la statistique du croup à l'hôpital des Enfants, que nous avions adressée à l'Académie de médecine.

» Forts de l'assentiment unanime de nos collègues de l'hôpital, MM. Blacbe, Bouvier, Gillette et Guersant, et couverts de leur autorité, nous venons nous défendre par le simple exposé des faits, et, pièces justificatives en main, nous en appelons à une juridiction supérieure et même à M. Malgaigne mieux informé, d'un sévère, d'un injuste arrêt.

» Sans examen préalable, on proclame que notre statistique *n'est pas exacte*. Nous protestons contre cette allégation, dont aucune preuve n'est donnée, et nous proclamons hardiment l'exactitude de nos chiffres.

» En effet, cette statistique repose sur trois espèces de documents, qui en garantissent l'authenticité :

» 1° Les mémoires et les thèses publiés par les médecins et les internes de l'hôpital.

» 2° Les registres de l'établissement.

» 3° Pour les neuf dernières années, de 1850 à 1858, une liste générale dressée par M. Guersant, et un registre spécial pour le croup, tenu par l'administration avec indication et acte du nombre des admissions, du nom, de l'âge et du sexe des enfants, de la terminaison de la maladie, du chiffre des opérations et de leur résultat. Aucun des cas particuliers n'a été admis dans nos catégories avant d'avoir subi ce triple contrôle. C'est là une statistique véritablement scientifique, et nous avons le droit de nous étonner et de nous plaindre qu'elle ait encouru toutes les sévérités de M. Malgaigne, alors qu'il se montrait plus facile à l'égard de la statistique forcément inexacte de la ville de Paris, évoquée par la sombre fantaisie de M. Bouchut, et dans le moment même où l'éminent professeur, staticien d'ordinaire impitoyable, se montrait si indulgent à l'endroit de certaine *enquête* sur la trachéotomie faite d'après un mode particulier à notre confrère de l'hôpital Sainte-Eugénie.

» Nos résultats numériques sont favorables à la trachéotomie : en relevant avec soin *tous* les cas de croup observés à l'hôpital des Enfants pendant les neuf dernières années, nous avons trouvé un chiffre de 466 opérations, dont 126 suivies de succès, c'est-à-dire que le nombre des guérisons a été de 26 à 27 pour cent. Par l'opération faite en temps opportun, *avant l'asphyxie complète*, la proportion des succès a été plus forte encore, 25 sur 39, ou en d'autres termes, 3 sur 5, ou 64 pour cent. Ce sont ces deux chiffres de guérison (27 pour cent pour la liste générale de 466 opérés, et 64 pour cent pour une liste partielle), qui ont semblé trop beaux pour être acceptés. Si nous les avons obtenus, c'est sans doute, suivant M. Malgaigne, que nous avons *choisi des séries heureuses*.

» Mais en disant à la Société médicale des hôpitaux que notre statistique de la trachéotomie, tirée de trois sortes de documents positifs, comprenant *tous les cas de croup* ; en le disant encore dans une note à l'Académie de médecine, et de la façon la plus expresse, pour les chiffres des neuf dernières années, incriminés par cela seul qu'ils gênent M. Boucbut, nous répondrons par avance à l'objection de M. Malgaigne.

» Faut-il répéter pour la troisième fois que ce relevé statistique, auquel on ne croit point parce qu'il présente un assez grand nombre de succès (au moins un quart), comprend indistinctement, et sans exception aucune, tous les faits de croup observés à l'hôpital des Enfants de 1850 à 1858. Nous avons pris tous les cas, dans toutes les salles, dans tous les services : filles et garçons, malades de tout âge, croups mortels ou bénins, guérisons spontanées ou par l'opération, morts sans trachéotomie ou malgré la trachéotomie, nous avons recueilli tous les faits, sans les choisir, ceux des bonnes années, ceux des mauvaises, et ceux de la déplorable année 1853, où la proportion des décès fut de 86 pour cent; nous les avons admis, chiffrés et catégorisés sans parti pris, sans opinion préconçue, et cette statistique, dont les éléments étaient complets et positifs, nous l'avons donnée sans crainte, comme l'expression fidèle de la vérité.

» Que si nous avions voulu, pour grossir les succès de la trachéotomie, choisir les *séries heureuses*, rien n'eût été plus facile que de prendre le relevé de M. André pour l'année 1856, qui donne (dans le service des garçons) une proportion de 29 à 30 guérisons sur cent malades (16 sur 54), ou bien celui de M. Millard pour les années 1857 et 1858 (service des filles), relevé qui donne un total de succès encore plus considérable, près de 35 pour cent (21 guérisons sur 62 opérations). Ce sont là des calculs vrais, ce sont des calculs acceptés par M. Malgaigne, puisqu'ils sont dans l'excellente thèse de M. Millard qu'il nous oppose, et pourtant le chiffre des guérisons par la trachéotomie dans ces deux séries partielles est supérieur à celui de 27 pour cent que nous a fourni l'ensemble des séries, et qui nous a valu cette dure apostrophe : « Je ne crois pas un mot des statistiques où l'on nous présente tant de croups guéris. »

» Répondrons-nous maintenant aux arguments tirés des différences qu'offriraient nos résultats numériques et ceux de M. Millard ? Mais on s'est mépris sur la réalité de ces discordances, ainsi que nous venons de le montrer; quelques-unes d'ailleurs ne sont qu'apparentes, et M. Millard s'est cbargé de les expliquer. Quant aux 54 morts que M. Malgaigne met au compte de M. Guersant, c'est un don à titre purement gratuit, et l'on doit se demander, en lisant la thèse de M. Millard avec plus d'attention, comment il pourrait se faire qu'en 1857 l'habile chirurgien de l'hôpital des Enfants eût perdu 54 garçons trachéotomisés, alors qu'il n'en a opéré que 5.

» Le fait le plus important pour la pratique qui ressorte de nos recherches, c'est la proportion de 25 guérisons sur 39 ou de 3 sur 5, obtenue quand on opère *avant l'asphyxie complète*. Aussi, pour n'avoir point à le discuter, M. Malgaigne a mieux aimé en suspecter l'origine. Or, cette proportion si favorable, nous l'avons trouvée dans les thèses de M. Letisserant et de M. Millard, les deux seules où la distinction soit faite entre les croups opérés dans la période d'asphyxie commencée, et les croups opérés *in extremis*.

» Si vous comptez des succès si nombreux à l'hôpital des Enfants (reprend M. Malgaigne), c'est que la trachéotomie est faite prématurément, avant qu'il y ait nécessité ; c'est qu'on se presse d'opérer pour des cas peu graves et qui auraient guéri tout seuls. — Voyons par l'analyse des observations de MM. Letisserant et Millard, si l'opération est trop tôt prescrite par les chefs de service et trop vite exécutée ; si l'abus chirurgical de la trachéotomie, signalé par M. Bouchut à la vindicte publique, existe réellement ; si les faits témoignent de la précipitation juvénile de nos internes.

» Dans 21 cas, M. Millard a précisé l'heure de l'opération ; bien que le début du croup remontât à plusieurs jours, on attendit, chez la plupart des malades, douze à vingt-quatre heures avant de trachéotomiser : six fois on différa d'un à six jours.

» En 1850 et 1851 l'impatience des opérateurs n'était guère plus marquée, si l'on en juge d'après les observations de M. Letisserant; toujours il y eut accord parfait dans la conduite des chefs de service et des internes; toujours on commença (comme tous les médecins de l'hôpital le font encore à présent) par épuiser les ressources du traite-

ment médical ; toujours on attendit, pour opérer, la manifestation de phénomènes graves, l'apparition d'un danger évident.

» Dans les 39 observations que nous avons résumées, pour épargner à d'autres un labeur ingrat, et qui comprennent précisément les trachéotomies dites prématurées, il n'en est pas une seule où manque l'énoncé des motifs déterminant l'opération. Que M. Malgaigne veuille bien consulter notre analyse minutieuse, que nous livrons à ses méditations, et il acquerra la conviction que, dans tous les cas, l'indication de la trachéotomie était formelle, et que chez tous les malades il y avait non pas *imminence* seulement, mais *commencement d'asphyxie.*

» Les succès incontestables obtenus à l'hôpital des Enfants dans ces dernières années, s'expliquent par le perfectionnement et la simplification du mode opératoire, par la meilleure entente des soins consécutifs, soins prodigués avec taut d'intelligence et de dévouement par nos religieuses ; ils s'expliquent surtout par le choix plus propice et plus rationnel du moment d'opérer.

»*L'opportunité de la trachéotomie*, c'est la question qui domine tout dans l'histoire du croup et de son traitement. A l'hôpital des Enfants, cette opportunité étant signalée par le chef de service et saisie par un élève instruit et vigilant qui peut suivre les phases souvent si rapides du mal, l'opération est faite à temps, sans crainte comme sans précipitation, tandis qu'en ville, dans le tumulte de la maladie et du traitement, le chirurgien intervient le plus souvent trop tard, alors que l'asphyxie est complète et l'agonie déjà commencée. C'est à cette période *in extremis* que M. Bouchut recommande aujourd'hui d'opérer ; et les chiffres précités de MM. Letixerant et Millard démontrent que dans de telles conditions on perd deux fois plus de malades : 82 pour 100 au lieu de 36 (57 morts sur 70 malades).

» Faut-il donc conclure de la statistique des revers de la trachéotomie, et de cette longue suite d'insuccès et de morts mis à la charge des chirurgiens les plus habiles et les plus illustres des hôpitaux, insuccès et morts dans lesquels M. Malgaigne revendique sa part ; faut-il conclure de nos chiffres plus consolants et plus vrais qu'il vaudrait mieux, pour un malade atteint de croup, être trachéotomisé à l'hôpital des Enfants que par un chirurgien des hôpitaux et même par le professeur de médecine opératoire? Cette conclusion, irrévérencieuse à l'égard de confrères et maîtres que nous aimons et admirons, nous ne nous serions certainement pas permis de l'énoncer ; mais puisque M. Malgaigne l'a tirée lui-même, nous l'acceptons, faisant ainsi acte de soumission à sa magistrale autorité.

» Il nous reste à nous justifier d'une dernière accusation plus étrange, c'est d'opérer des enfants qui n'ont pas le croup.

» Sur les 109 observations que rapportent MM. Letixeraut et Millard avec des détails suffisants, combien y a-t-il de cas où l'on n'ait pas trouvé de fausses membranes? *Un seul*, et dans ce cas unique il s'agissait d'une de ces graves laryngites consécutives à la rougeole, qui, par leurs symptômes, par les phénomènes asphyxiques, simulent si parfaitement le croup que le praticien le plus expérimenté peut s'y tromper.

» Chez ce malade, en effet, l'asphyxie était complète, la mort imminente, et ce fut le chef de service qui prescrivit une opération devenue indispensable.

» M. le professeur de médecine opératoire peut nous dire mieux que tout autre s'il n'est pas arrivé à de grands chirurgiens de pratiquer la taille pour un calcul qui ne se trouvait plus.

» En résumé, après avoir montré l'exactitude de nos relevés statistiques, nous maintenons dans leur intégrité les conclusions pratiques que nous avons formulées, à savoir :

» 1° Que la trachéotomie est suivie de guérison dans une proportion de 26 à 27 pour cent.

» 2° Que l'opération, faite au début de l'asphyxie, sauve 3 enfants sur 5 (ou 64 pour cent), tandis que pratiquée *in extremis*, elle ne peut en sauver que 18 à 19 pour cent. »

M. BOUVIER. Fabrice d'Aquapendente a dit que le chirurgien est l'égal du dieu Esculape quand, par la bronchotomie, il rend soudainement à la vie des malades qui avaient déjà un pied dans la tombe. C'est une des gloires de la médecine française contemporaine que d'avoir ajouté aux merveilles qu'admirait déjà Fabrice les succès modernes de la trachéotomie dans le croup. L'hôpital des Enfants de Paris est fier d'avoir été le principal théâtre de ces succès. Notre collègue M. Malgaigne, dans son appréciation des faits observés dans notre hôpital, fait une distinction entre les chefs de service et les élèves placés sous leurs ordres ; sa critique a porté presque exclusivement sur les actes qu'il attribue à MM. les internes. Ni mes collègues ni moi nous ne pouvons accepter cette distinction. Nos internes n'ont agi en tout que d'après nos instructions, d'après notre exemple, d'après nos préceptes, que sous nos inspirations. Ils sont la main, nous sommes la tête. Chefs et élèves, nous sommes tous solidaires ; nous nous présentons devant vous comme un seul homme. Je pourrais ajouter que l'hôpital Sainte-Eugénie, notre digne émule, est à notre unisson, à une seule exception près.

Sans remonter plus haut que M. Bretonneau, je trouve trois phases dans l'histoire de la trachéotomie appliquée au croup.

La première commence quelques années avant 1825 et finit à 1825. La deuxième n'embrasse pas moins de vingt-trois ou vingt-quatre années ; elle commence en 1825, et finit en 1848 ou 1849. Enfin la troisième est celle dans laquelle nous nous trouvons ; elle a commencé vers 1849 : elle comprend donc déjà neuf ou dix années.

La première phase ne se compose que de revers. Pourquoi? Parce que le procédé était vicieux ; c'était le procédé d'Asclépiade, quelque peu modifié. Il lui manquait tout simplement, pour réussir, de faire respirer les malades. M. Bretonneau s'en aperçut bien vite, changea le procédé, fit une grande ouverture, mit une large canule, et ouvrit la deuxième phase en 1825 par un succès éclatant.

Cette deuxième phase, pendant les vingt-quatre années qu'elle a duré, nous montre des résultats très-divers. Mais, il faut le dire, les revers y dominent. M. Trousseau, qui s'engage dans la même voie en 1826, arrive bien en 1831 à obtenir sa première cure ; mais il a ensuite la douleur de perdre sept malades de suite ; puis lorsqu'en 1834 il a fait connaître ses nouvelles guérisons, il a la douleur plus grande de voir échouer de toutes parts les opérateurs qui suivent ses traces.

En 1839, M. Bricheteau lit un rapport à l'Académie sur le croup ; une discussion s'engage : MM. Amussat, Velpeau, Blandin et Roux, déclarent avoir opéré chacun 4, 5 ou 6 cas de croup, et n'avoir pas guéri un malade. Gerdy seul avait eu 4 guérisons sur 6 opérations.

L'hôpital des Enfants paraît ici sur la scène pour la première fois. Baudelocque, dans cette même discussion, annonce que depuis 1835, date de la première trachéotomie pratiquée dans notre hôpital, on y a fait 15 opérations toutes suivies de mort. Et cependant on faisait connaître à la Compagnie, dans la même séance, que M. Trousseau, sur 80 cas, avait sauvé le quart de ses malades.

L'hôpital des Enfants, de même que la plupart des chirurgiens d'alors, n'eut encore que des revers à enregistrer les années suivantes. Nous apprenons de M. Trousseau en 1851, que jusqu'à 1849 on a fait dans cet hôpital plus de 40 trachéotomies, et qu'aucune n'a réussi. M. Guersant opéra en ville, dans cette même période, 23 malades ; tous moururent. M. Trousseau continuait néanmoins à guérir 1 malade sur 4, et il n'avait pas pratiqué alors moins de 140 trachéotomies.

D'où venait cette disparité? Grâce aux efforts persévérants de M. Trousseau, nous le savons aujourd'hui. La méthode était encore imparfaite ; elle avait des inconvénients dont M. Trousseau lui-même n'évitait pas toujours les fâcheux effets.

Instruit par une longue expérience, par vingt-trois ans de pratique, M. Trousseau fait disparaître ces inconvénients, et nous arrivons à la troisième phase.

D'abord on substitue à la canule simple une canule double, dont la partie antérieure est enlevée à volonté, tandis que la partie extérieure reste constamment dans la plaie.

Mais ce changement de canule ne fut pas tout. On mit au-devant de l'ouverture une cravate de gaze ou de mousseline ; on garantit mieux la plaie du contact dur du métal. On se méfia davantage de cette médecine locale active, corrosive, substitutive, qui avait tué un enfant sous les yeux de M. Trousseau. On ne fit plus d'injections, on n'écouvillonna plus la trachée-artère. Enfin on comprit mieux le rôle de l'art, on comprit qu'il devait se borner à assurer les conditions mécaniques de la respiration, et à soutenir, par un régime et des médicaments toniques, les forces de la nature médicatrice ; une alimentation convenable remplaça la diète à laquelle les malades avaient été soumis.

L'hôpital des Enfants, qui avait alors l'honneur de posséder M. Trousseau, eut les prémices de ces nouvelles améliorations. Tout y changea de face. Dès 1849, on y obtient un premier succès, puis un second. Ils se multiplient les années suivantes, avec des variations sans doute, avec de bonnes et de mauvaises veines, mais en somme dans une proportion jusqu'alors inconnue dans ces établissements. Vous connaissez les résultats statistiques de la trachéotomie à l'hôpital des Enfants dans ces neuf dernières années. Le relevé placé sous vos yeux par MM. H. Roger et G. Sée est pour ainsi dire l'œuvre collective des six chefs de service de l'hôpital. (Ici M. Bouvier rappelle les faits contenus dans ce relevé ; puis il continue en ces termes :)

M. Trousseau, dans cette troisième phase, devait avoir de brillants succès, après en avoir obtenu dans la deuxième avec des moyens moins parfaits. C'est aussi ce qui a eu lieu. Non-seulement à l'hôpital il a contribué pour sa part à l'accroissement de nos guérisons, mais il a encore en ville guéri ses malades dans une plus forte proportion. De 1850 à 1851, 8 de ses opérés avaient guéri sur 18, et les quatre années suivantes il avait eu 14 guérisons sur 24 opérés. Dans ces cinq ou six années, il a donc réussi 22 fois sur 42, ou dans la moitié des cas. D'anciens internes de l'hôpital des Enfants ont heureusement reproduit en ville les cures qu'ils avaient vu s'accomplir à l'hôpital. M. Archambault, sur 12 cas, a guéri 6 malades ; M. Millard a opéré un enfant, il l'a guéri.

Que disait donc M. Malgaigne? que la pratique en ville était aussi désastreuse que par le passé, tandis qu'elle serait infiniment plus heureuse à l'hôpital des Enfants, et que, comme cela est impossible, nos prétendus succès doivent avoir une raison cachée. Cette supposition gratuite est repoussée par ce qui a été dit précédemment au sujet des succès de MM. Guersant, Trousseau et autres.

« Rien n'est changé en ville, dit M. Malgaigne, depuis les revers avoués par Roux, Blandin, Amussat, M. Velpeau, puisque la statistique produite par M. Bouchut ne donne que 39 guérisons sur 351 opérés. »

Qu'est-ce que cette statistique de M. Bouchut? Il y a de tout dans ces chiffres. Il y a des opérations faites pendant l'internat des chirurgiens nommés, faites on ne sait où, dans le service de l'interne ou dans quelque service voisin, où on l'aura appelé pour un enfant expirant, qu'il aura rendu pour un instant à la vie, et, si l'existence s'est prolongée, on ne sait par qui ni comment les soins consécutifs ont été administrés. Dans quelles conditions ces opérations ont-elles été faites? quels étaient leurs éléments de succès? On l'ignore complètement. Il y a plus : il y a dans cette prétendue statistique des trachéotomies étrangères au croup, faites pour des corps étrangers ou d'autres affections du larynx ; enfin, il y a des cas d'opérations pratiquées en ville ; quel en est le nombre? dans quelles circonstances ont-elles été faites? quelle en a été l'issue comparativement aux trachéotomies faites dans les hôpitaux? On n'en sait rien.

On ne sait pas davantage à quelles années se rapportent ces faits. Ce qu'on peut présumer, c'est qu'une partie plus ou moins considérable de ces trachéotomies est antérieure à la dernière phase du perfectionnement de l'opération, c'est-à-dire à 1849 ou 1850. Ne voit-on pas dès lors qu'on n'en peut rien conclure pour ou contre la valeur de la trachéotomie dans la troisième phase, la seule où l'hôpital des Enfants lui-même ait compté des succès? Et qui sait si la deuxième phase aux jours néfastes ne s'est pas prolongée au delà de 1849 et de 1850, si elle ne dure pas encore actuellement pour des praticiens même fort instruits, même haut placés, mais tardivement édifiés sur les dernières modifications de la thérapeutique du croup.

M. Malgaigne a insisté en particulier sur une statistique de M. Nélaton, qui n'a eu que 3 succès sur 35 opérations. Mais je tiens de M. Nélaton lui-même, que ces 23 premières trachéotomies sont antérieures à 1848. Toutes ont échoué. Depuis il a opéré 11 malades, il en a guéri 3. Ces résultats sont donc parfaitement d'accord avec les nôtres, loin de leur être contraires.

J'arrive à une question qui m'est presque personnelle, M. Malgaigne, dans sa manière de supputer les faits, trouvant notre statistique de l'hôpital trop chargée de succès, en a voulu trouver l'explication ailleurs que dans la perfection des moyens et dans la manière dont ils sont appliqués ; et il a formulé une seconde édition de l'accusation déjà énoncée par M. Bouchut : « On opère de bonne heure, de trop bonne heure à l'hôpital des Enfants ; on opère avant l'asphyxie ; on opère dans la deuxième période ; les internes s'essayent aisément devant un simple accès de suffocation, et ils se pressent d'opérer ; on opère même quand il n'y a pas de fausse membrane ; de là des guérisons faciles de maladies qui eussent guéri sans opération. »

Avant tout, il faut s'entendre sur les mots *deuxième période* ; car il pourrait bien y avoir ici une logomachie. Les périodes de beaucoup de maladies, celles du croup en particulier, sont quelque chose d'arbitraire qui n'a rien de fixe, que chacun peut arranger à sa guise. Or, la plupart des auteurs classiques ont divisé le croup en trois périodes.

La première n'est pas encore le croup, elle le précède ; c'est une laryngite simple, souvent avec angine couenneuse.

La deuxième période de ces auteurs est le croup confirmé, caractérisé par la pseudo-membrane et par les premiers symptômes qu'elle produit.

La troisième période est la période d'aggravation de la maladie et d'asphyxie.

Mais depuis longtemps, à l'hôpital des Enfants, à tort ou à raison, on n'emploie plus ce langage. On n'y appelle plus première période du croup ce qui n'est pas le croup. La première période est le commencement du croup confirmé, avec fausses membranes. La deuxième est l'asphyxie commençante ; la troisième, l'asphyxie avancée, la mort imminente.

Opérer dans la deuxième période, ce n'est donc pas opérer avant le début de l'asphyxie ; ce n'est pas opérer « pour une asphyxie qui n'existe pas encore, dans la crainte d'une asphyxie qui menace de se produire. » La thèse de M. Millard, qu'on invoque, a été mal lue ou mal comprise. Les termes en sont précis : « C'est la deuxième période, dit ce médecin distingué, c'est-à-dire celle du *début des phénomènes d'asphyxie*, caractérisée déjà par le gonflement laryngo-trachéal uni à la dyspnée croupale, par les accès de suffocation et par un commencement de cyanose, qui nous a procuré, comme toujours, le plus grand nombre de guérisons. »

Mais, dit M. Malgaigne, ce n'est pas même à ce moment qu'il faut opérer, c'est encore trop tôt ; attendez la dernière période du croup, attendez que la mort soit imminente ; « attendez, dit M. Bouchut, l'anesthésie. »

Voici enfin la question ramenée à ses véritables termes, question grave, sur laquelle on peut être partagé d'opinions, comme sur l'époque où il faut amputer un membre qui ne semble pas pouvoir être conservé. Ne doit-on opérer le croup qu'au dernier degré de l'asphyxie, quand l'agonie est là, menaçante, quand l'enfant n'a plus qu'un reste de souffle? ou faut-il, toutes les fois qu'on le peut, opérer aussitôt que, malgré les moyens employés, la respiration est tellement compromise, que la vie doit s'éteindre inévitablement par les progrès croissants du mal?

Pour nous, nous dirons, jusqu'à ce qu'on nous démontre le contraire, que cette question vitale est résolue par la pratique et les publications de M. Guersant, par la pratique de l'hôpital des Enfants, de l'hôpital Sainte-Eugénie, et par les travaux qu'elle a produits. Nous dirons que tous les faits s'accordent à prouver que lorsqu'il est une fois reconnu que l'opération sera nécessaire plus tard, il y a toujours avantage à le faire plus tôt.

Cette règle est celle que vous trouverez dans la plupart des ouvrages classiques. (M. Bouvier cite à l'appui des passages empruntés aux ouvrages de Valleix, de M. Grisolle et de M. Bouchut lui-même.)

Tel est, continue-t-il, l'état de la science ; les succès de l'hôpital des Enfants sont en partie dus, je le reconnais, je le proclame, à ce qu'on s'y conforme le plus possible à des doctrines fondées sur une expérience de plus de trente ans. Mais, même ainsi comprise, la raison que M. Malgaigne donne de ces succès n'est pas et ne saurait être la seule, puisque les croups que nous opérons dans la dernière période nous donnent encore 1 guérison sur 5 malades, comme le prouvent les relevés de MM. Letixerant et Millard.

M. Malgaigne nous adresse cette question : « Si la mort n'est pas imminente, comment saurez-vous qu'elle arrivera? » question, j'oserais dire, singulière pour un clinicien, pour un chirurgien d'hôpital. Nous ne savons rien, vous avez raison, pas plus que vous quand vous vous prononcez sur ce qui adviendra d'un individu blessé ; mais nous jugeons, comme vous chirurgiens, par les signes ; nous ne sommes ni plus ni moins infaillibles que vous-mêmes quand vous vous décidez à couper un sein, à amputer un membre.

Mais les internes! jugent-ils bien, eux, par les signes? M. Guersant n'a-t-il pas arrêté un jour leur main trop prompte? Soyez mieux sur vos gardes, chefs de service : *Caveant consules!*

Voilà ce que, comme moi, vous avez entendu.

M. Millard, dans sa lettre, a fait voir clairement que M. Guersant n'avait pas arrêté la main des internes. Pour ce qui nous concerne, mes collègues et moi, chargés du dépôt précieux d'une fraction intéressante de la santé publique, nous y veillons avec tout le zèle dont nous sommes capables ; la vie des enfants pauvres pourrait avoir sans doute des gardiens plus habiles, elle n'en aura pas de plus dévoués.

Quant à MM. les internes, « qui se pressent trop d'opérer », un fait entre mille vous en dira plus que toutes les hypothèses qu'on peut faire à ce sujet.

Il y a peu de temps, on apporta à l'Hôtel-Dieu un enfant suffoqué par le croup. Un des chirurgiens de l'hôpital ne voit de ressource que dans une trachéotomie immédiate, et veut le placer sur-le-champ dans ses salles. Le directeur s'y oppose, le règlement en main. Le chirurgien proteste, s'écrie qu'il n'y a pas un instant à perdre, que l'enfant est à l'extrémité ; qu'il rend le directeur responsable de cet acte de barbarie. L'enfant est dirigé sur la rue de Sèvres. Là les internes examinent le malade, et décident qu'il n'y a pas urgence ; ils attendent..... quarante-huit heures! L'enfant ne fut trachéotomisé que deux jours après!... Et l'on dira que nos internes se pressent trop!

Au surplus, permettez qu'ils s'expliquent eux-mêmes par ma bouche ; leur modestie vous fera mal voir le bien dont on leur est rede-

vable, mais les faits suppléeront à leur silence. Ici M. Bouvier donne lecture de la lettre suivante:

Lettre de MM. les internes de l'hôpital des Enfants à M. Bouvier.

Monsieur et très-honoré maître,

Vous avez fait aux internes de l'hôpital des Enfants l'honneur de leur poser les trois questions suivantes:

« 1° Sur quels signes, *aux différentes époques du croup*, les internes de l'hôpital des Enfants font-ils la trachéotomie?

» 2° Sur quels signes s'abstiennent-ils?

» 3° Sur quels signes temporisent-ils? »

Voici les réponses que les internes de l'hôpital ont l'honneur de vous faire relativement à ces questions :

I. Il importe de diviser le croup en trois périodes :

1° Une première période, ou de croup confirmé; 2° une deuxième période, ou de *dyspnée progressive*, avec accès de suffocation et asphyxie commençante; 3° une troisième période, ou d'asphyxie confirmée.

1° Dans la première période, le larynx étant envahi par la fausse membrane, la voix et la toux se voilent, puis s'éteignent; la dypsnée est peu marquée encore et l'état général assez satisfaisant.

Dans cette première période il n'est jamais question et il ne peut pas être question de pratiquer la trachéotomie.

2° La deuxième période a pour signes : une respiration plus laborieuse encore que fréquente, avec sifflement laryngo-trachéal, dépression considérable du creux épigastrique, toux et voix éteintes, pouls fréquent, abattement avec somnolence, ou, au contraire, agitation continuelle.

Lorsqu'un enfant est apporté à l'hôpital dans ces conditions, l'interne de garde s'enquiert avec soin de la marche des accidents, et quelle que soit la pression exercée sur lui par les parents ou le médecin du dehors, *il n'opère pas immédiatement*, mais il fait administrer aussitôt à l'enfant un vomitif *exclusivement constitué par* L'IPÉCACUANHA *et non par* L'ÉMÉTIQUE, *dont l'effet est désastreux*. Puis il surveille attentivement l'action de ce vomitif, qui a le plus souvent pour résultat de déterminer le rejet de mucus ou de fausses membranes, et de diminuer ainsi d'autant la dypsnée. On gagne de la sorte quelques heures, pendant lesquelles l'interne observe. Si l'état reste le même, l'interne temporise jusqu'à l'arrivée du chef de service; mais si l'interne voit, au contraire, la dypsnée s'accroître rapidement, les accidents généraux s'aggraver, et des accès de suffocation fréquents et rapprochés se joindre à la dyspnée, *c'est alors qu'il opère.*

3° Dans la troisième période, il faut distinguer deux variétés : l'asphyxie avec cyanose et l'asphyxie avec pâleur.

Dans l'une comme dans l'autre, les phénomènes de la deuxième période sont arrivés à leur maximum d'intensité.

Seulement dans le cas d'asphyxie avec cyanose, il y a turgescence de la face avec coloration violacée; les lèvres sont bleuâtres, les yeux humides et saillants, les veines du cou considérablement gonflées; le pouls est innombrable, la peau chaude et couverte de sueur, l'anxiété extrême, l'agitation considérable, et parfois l'enfant se roidit comme dans un effort suprême.

Tandis que dans le cas d'asphyxie avec pâleur, la face est remarquablement livide, les lèvres pâles sont marbrées de violet, les yeux sont éteints et les pupilles dilatées; le corps, froid et couvert d'une sueur visqueuse, est dans une résolution complète, et le malade, déjà presque un cadavre, indifférent à ce qui l'entoure, va s'éteindre bientôt. Même dans ce cas l'anesthésie peut manquer, et ce signe perd ainsi toute valeur.

Or, dans l'asphyxie avec cyanose, comme dans celle avec pâleur, l'interne de garde *opère immédiatement.*

II. Les internes de l'hôpital des Enfants s'abstiennent en raison de *l'âge trop peu avancé* du malade, de *l'état d'intoxication manifeste* ou de *diphthérite généralisée.*

1° *Age.* — Ils n'opèrent pas les enfants âgés de moins de deux ans (1), et n'opèrent qu'avec répugnance ceux qui ont de deux ans à deux ans et demi (2).

2° *Intoxication manifeste.* — Cet état se reconnaît à l'existence simultanée d'une pâleur livide, d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires cervicaux et quelquefois parotidiens, avec tuméfaction générale du cou par une infiltration séreuse indépendante de l'engorgement ganglionnaire. En même temps l'haleine est infecte, le pouls remarquablement petit et misérable, et cependant les fausses membranes sont limitées au larynx et à l'arrière-gorge.

3° *Diphthérite généralisée.* — Dans ce cas on observe, indépendamment des phénomènes précédents, un coryza séreux avec fausses membranes dans les fosses nasales et l'arrière-gorge, ou encore des fausses membranes derrière les oreilles, à la vulve ou à la surface des vésicatoires.

Quand il y a intoxication manifeste ou diphthérite généralisée, la mort arrivant par le fait de l'infection de l'organisme et non par celui de l'obstruction du larynx, les internes de l'hôpital *n'opèrent point.* Il est en effet d'observation que la trachéotomie accélère alors la terminaison fatale plutôt qu'elle ne la retarde.

III. Les internes de l'hôpital des Enfants hésitent en raison des complications thoraciques, qui sont la *pneumonie* et la *bronchite pseudo-membraneuse.*

1° Quand l'opération est reconnue urgente, l'interne de garde recherche avec soin s'il y a *pneumonie*, et il opère si la pneumonie est simple et l'état général bon; il s'abstient si la pneumonie est double.

2° La bronchite *pseudo-membraneuse* est très-difficile à reconnaître, car elle n'a rien qui la différencie nettement de la bronchite simple. On a lieu de croire à son existence quand de fausses membranes tubulées et évidemment bronchiques ont été rejetées. Dans ce cas, l'interne de garde se guide pour opérer sur l'état général et l'âge du malade. La bronchite pseudo-membraneuse ne constitue pas une contre-indication formelle à la trachéotomie; on a vu, en effet, des malades trachéotomisés guérir après avoir expulsé des fausses membranes représentant les divisions bronchiques.

Veuillez agréer, etc.

Les internes : MM. de ALMAGRO, COLLIN, COULON, DUPUY, GAUTHIEZ, GROS, PETER.

(1) L'administration de l'hôpital permet exceptionnellement l'admission des croups âgés de moins de deux ans.

(2) Tous les opérés âgés de deux à trois ans sont morts cette année dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui ont suivi l'opération.

Je n'ai plus qu'une tâche à remplir : c'est de témoigner publiquement, en mon nom et au nom des autres chefs de service de l'hôpital des Enfants, toute notre gratitude à ces jeunes hommes qu'on a failli calomnier, qui depuis dix ans passent à tour de rôle dans nos salles pour y recueillir les bénédictions des familles. Je voudrais les nommer tous; ils sont plus de cent, qui tous ont concouru à cette statistique de nos guérisons désormais inattaquable.

M. MALGAIGNE demande à être inscrit pour répondre dans la prochaine séance à M. Bouvier. Il ne voudrait pas que son silence pût être considéré comme un acquiescement aux paroles qu'on vient d'entendre.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La parole est à M. Verneuil pour une lecture.

LECTURE.

M. VERNEUIL donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Etudes de physiologie pathologique; examen d'un point de l'étiologie des fistules permanentes.*

L'auteur s'est proposé dans cette note de réfuter un point étiologique à peu près universellement adopté, qui consiste à ranger parmi les causes les plus efficaces des fistules, le passage continuel des liquides sécrétés par les ouvertures accidentelles qui sont le point de départ des trajets fistuleux.

Ce travail, dont l'étendue ne nous permet pas de donner l'analyse en ce moment, est renvoyé à l'examen de MM. Cruveilhier, Hervez de Chégoin et Barth.

PRÉSENTATION.

Gangrène du cerveau. — M. BAILLARGER présente un cerveau qui offre sur le lobe moyen de l'hémisphère droit une partie gangrénée; cette partie, d'un pouce environ d'étendue, est brune, ramollie, et offrant avant la macération dans l'alcool une odeur fétide assez prononcée.

Autour de ce point, les circonvolutions avaient une teinte ardoisée, qui tranchait avec la couleur blanche du reste de la surface cérébrale.

On trouve donc réunis ici tous les caractères de la gangrène.

M. Baillarger rappelle que presque tous les anatomo-pathologistes mettent en doute cette altération, à part les cas de maladies des os du crâne. Dans le fait dont il s'agit, la gangrène était véritablement spontanée et indépendante de toute autre altération au moins appréciable.

Les gros vaisseaux du cerveau ne présentaient pas de traces d'ossifications.

La malade était une femme de quarante-six ans, atteinte d'une manie congestive avec délire ambitieux.

M. Baillarger a déjà publié une observation de gangrène du cerveau, et un second fait recueilli dans son service a été présenté à la Société anatomique par M. Marcé. M. Delasiauve avait aussi rencontré cette gangrène à Bicêtre, et l'observation a été insérée dans les archives.

Une remarque singulière, c'est que ces gangrènes du cerveau semblent se rencontrer presque exclusivement chez les malades atteints de démence paralytique. Elles n'affectent que la substance grise, et s'observent surtout à la base du cerveau.

Quand l'altération commence, il n'y a ni ramollissement ni odeur fétide, mais seulement une teinte ardoisée. Aussi a-t-on plus d'une fois dans ce cas méconnu sa nature. Sa cause anatomique est encore inconnue. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle ne succède point ici à une inflammation, mais à une simple congestion très-vive. Peut-être estelle le résultat de l'oblitération de quelques vaisseaux.

Plusieurs fois, dans ces cas, M. Baillarger a vu quelques bulles de gaz au-dessous des membranes.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Ma statistique des trachéotomies dans les cas de croup a été, de la part de M. Monod et de quelques autres personnes l'objet d'une réclamation à laquelle je vous demanderai la permission de répondre.

Notre très-honorable confrère écrit à l'Académie que, en me communiquant les résultats de sa pratique, il ne pensait pas qu'ils dussent être publiés, et il ajoute que, au lieu de *quarante opérations*, il m'avait dit *une quarantaine.* J'accepte volontiers cette rectification, ainsi que toutes celles du même genre qui pourraient se produire, afin de montrer à mes savants collègues que je n'ai rien voulu écrire qui puisse les désobliger. Il en résulte que, au lieu de rester en chiffres ronds, mes résultats devront être adjectifiés sans rien perdre de leur importance. On dira dès lors que sur une *trois cent quatre-vingt-huitaine d'opérations* de trachéotomie il y a une *trois cent quarante-sixaine* d'insuccès, ce qui représente une mortalité de 90 pour 100.

Cela dit, chacun reste libre de rectifier mes chiffres, en indiquant ceux par lesquels il convient de les remplacer. Il est heureux, sans doute, que le soleil puisse éclairer nos succès, mais il ne faut pas lui dérober des revers dont la connaissance ne contribue pas moins aux progrès de la science.

Puisse la noble franchise de M. A. Thierry, qu'à bon droit réclamait ma statistique, puisqu'elle est celle des plus habiles, trouver des imitateurs! Que chacun adresse à l'Académie les résultats de sa pratique dans l'opération du croup, et la science possédera un bon document de plus. Se connaissant mieux elle-même, elle pourra dire : *Voilà ce que je puis!* Un pareil résultat n'est pas à dédaigner, et mérite, je pense, d'être pris en sérieuse considération.

E. BOUCHUT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La rentrée solennelle des Facultés et de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux a eu lieu le 16 novembre, sous la présidence de M. Dutrey, recteur de l'Académie.

M. le directeur de l'Ecole de médecine a rendu compte des travaux de l'année et de la situation de l'établissement qu'il dirige, puis a eu lieu la distribution des prix aux élèves.

Les lauréats ont été appelés dans l'ordre suivant :

Epreuve orale (anatomie). — 1er *prix*, M. Lannelongue, de Casseuil (Gironde); 2e *prix*, ex æquo, MM. Linarès, de Paunat (Dordogne), et Vizerie, d'Issigeac (Dordogne); *accessit:* MM. Pochelu, d'Orogne (Basses-Pyrénées); Solles, de Bordeaux; Boiteau, de Bordeaux.

Epreuve écrite (pathologie externe). — 1er *prix*, M. Lannelongue; 2e *prix*, ex æquo, MM. Vizerie et Seguin, de Blaye (Gironde); 1er *accessit*, M. Gervais-Koysiewicz (de Bordeaux); 2e *accessit*, M. Solles (de Bordeaux).

Concours des élèves en pharmacie. — Pour les deux épreuves (chimie et pharmacie) : *Prix*, M. Azémar, de Gaillac (Tarn); *accessit*, M. Lubet, de Saint-Sébastien (Espagne).

— La ville de Beauvais vient de perdre un de ses médecins les plus éminents, M. le docteur J. B. Bordes, à l'âge de soixante-quatorze ans. Né à Alan, canton de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). Après avoir fait de bonnes études à Toulouse, il entra dans la médecine militaire, et fit en 1812 la campagne de Russie. Pendant la mémorable retraite, avec Fr. Ribes, Jourdan, L. J. Sanson, Boisseau, Ducamp, Zinck, Blaquière, Emery, Desruelles et Bégin, il comptait parmi ces chirurgiens d'élite qui, sous la direction du baron Larrey, composaient les ambulances de la garde impériale.

Rentré en France, il fut nommé chirurgien des lanciers de la garde royale; reçu docteur en médecine de la Faculté de Paris en 1815, il donna sa démission pour se fixer à Beauvais, où il pratiquait la médecine de la manière la plus honorable depuis quarante-deux ans.

Doué d'une grande instruction, connaissant bien tous les travaux des maîtres, M. Bordes possédait à un haut degré le tact médical qui constitue le bon praticien; son désintéressement était au niveau de sa science, et, à l'âge où le repos est légitimement permis, ne calculant que son dévouement, on le trouvait à toute heure du jour comme de la nuit dans le logement des pauvres.

Il laisse un fils, médecin de l'hospice de Beauvais et des épidémies du département de l'Oise, qu'il a formé de bonne heure à la science qu'il aimait et aux éminentes qualités qui le distinguaient.

— Dimanche a eu lieu dans les salons de Douix, au Palais-Royal, le banquet anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Épée et de la fondation de la Société d'assistance en faveur des sourds-muets de France. L'assistance était nombreuse; 80 convives, tant sourds-muets qu'entendants et parlants, assistaient à cette fête annuelle, qui réunissait comme d'habitude des personnages éminents, appartenant aux sciences, à la littérature, à l'armée, à la marine, à la magistrature.

A la fin du repas, M. Imbert, sourd-muet, a mimé un discours dans lequel il a rappelé brièvement les services rendus aux sourds-muets par le docteur Blanchet, fondateur de la société. Il a fait à la circulaire récente de M. le ministre de l'intérieur, relative aux petites écoles, une allusion qui a été accueillie par les plus énergiques applaudissements.

M. le docteur Blanchet a enfin proposé un toast. « A S. Exc. le ministre de l'intérieur; à l'universalisation de l'enseignement des sourds-muets, comme moyen de relever leur intelligence et de les mettre à l'abri du besoin. »

— M. le docteur Adolphe Gubler, agrégé à la Faculté de médecine, suppléant de M. le professeur Andral, commencera le cours de pathologie générale le mardi 30 novembre courant, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Verdet, né à Saint-Remy-sur-Bussy (Marne); *Des hématocèles péri-utérines.*

Clopet, né à Mareuil (Vendée); *De la thoracentèse ou paracentèse thoracique, dans le traitement des épanchements pleurétiques.*

Ricordeau, né à Nantes (Loire-Inférieure); *De l'entérite cholériforme, survenant chez l'enfant nouveau-né dans les quinze premiers jours de la naissance.*

Clausse, né à Pencey (Haute-Marne); *De la suette miliaire.*

Thomas, né à Bar-le-Duc (Meuse); *Considérations sur les maladies de l'estomac.*

Fontaine, né à Marseille-le-Petit (Oise); *De la suette miliaire.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Essais scientifiques, par M. Victor MEUNIER, rédacteur en chef de l'*Ami des Sciences.* Le tome IIIe vient d'être mis en vente; sous presse, le tome IV. Prix du volume, 1 fr. 25 c. L'ouvrage complet (12 volumes), 15 fr. Pour les abonnés de l'*Ami des Sciences*, le prix est de 10 fr. pour Paris, 12 fr. pour les départements : chaque volume rendu franc de port au domicile des souscripteurs. — Envoyer un mandat de poste au nom de l'auteur-éditeur, M. Victor Meunier, rue Cassette, 9.

Des Eaux minérales et thermales, et de leur valeur thérapeutique (Contrexéville); par M. le docteur A. TREUILLE. Un vol. in-8° de 100 pages. — Paris, imp. Emile Allard, rue d'Enghien, 14.

De la Trachéotomie dans le cas de croup. Observations recueillies à l'hôpital des Enfants Malades, années 1857 et 1858 (1er semestre). Thèse inaugurale, par M. le docteur Aug. MILLARD. — A Paris, chez Rignoux, imprimeur.

Petit Almanach impérial pour 1859 (douzième année. — Henri PLON, éditeur). Vignettes par MM. Horace Vernet, J. A. Beaucé et Geoffroy. Prix : 50 centimes. — A Paris, au dépôt central des almanachs publiés à Paris, chez Pagnerre, libraire, rue de Seine, 18.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 139. — SAMEDI 27 NOVEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 139. — SAMEDI 27 NOVEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Empoisonnement par l'eau sédative. — De quelques effets thérapeutiques du perchlorure de fer. — Accouchement triple. — Procédé d'extraction des corps étrangers dans les voies aériennes. — Du panaris sous-épidermique, érysipélateux. — Société de chirurgie, séance du 17 novembre. — Société de médecine pratique, séance du 7 octobre. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Empoisonnement par l'eau sédative (1).

Après avoir exposé dans la dernière *Revue* le fait d'empoisonnement par l'eau sédative dont M. Rulié a rapporté l'histoire, nous nous sommes demandé, avec notre honorable confrère, auquel des deux agents qui entrent dans la composition de l'eau sédative, le camphre ou l'ammoniaque, il fallait plus particulièrement attribuer les accidents mortels que l'on a eu à déplorer.

Voici quelle est sur ce point l'opinion que M. Rulié a émise à ce sujet dans les réflexions dont il a fait suivre la relation de ce fait. Nous le laissons parler lui-même :

« Le liquide ingéré devait contenir, d'après la formule, 25 grammes d'ammoniaque et à peu près 1 gramme de camphre.

» On connaît quelques faits d'empoisonnement par l'ammoniaque, rapportés par Nysten, Christison, Souchard, Orfila ; mais l'ammoniaque avait été ingérée pure, et un seul cas s'est terminé par la mort, celui de Nysten ; l'autopsie a révélé des ulcérations et des ecchymoses dans le tube digestif, et une hyperémie pulmonaire hypostatique ; les symptômes notés étaient les suivants : ardeur à la gorge, avec difficulté de la déglutition, faiblesse, fréquence et irrégularité du pouls, mouvements convulsifs et diminution de la contractilité musculaire. Dans les expériences sur les animaux, la mort est survenue très-rapidement, et on n'a noté que des altérations inflammatoires du tube digestif et des modifications dans la coloration du sang.

« L'action toxique du camphre a été étudiée par Scudéry, Alexandre, Jœrg, Ségalas, Orfila, etc. ; on ne connaît que deux cas de mort à la suite de l'ingestion de cette substance. (Le premier cas, auquel M. Rulié fait allusion, est celui du docteur Cottereau, dont l'Académie de médecine eut à s'occuper en 1847 ; il n'a pas été démontré, dans ce cas, que la mort eût été le résultat de l'action toxique du camphre. Le second est rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1850, p. 424.) Il n'y a eu qu'une autopsie qui a montré l'estomac et les intestins enflammés ; il existait, en outre, une pneumonie avec hépatisation grise, mais dont le développement paraît avoir précédé l'ingestion du camphre. (En effet cette autopsie se rapporte au premier cas, contesté comme exemple d'empoisonnement par le camphre.)

» Les symptômes observés étaient les suivants : Au début, pâleur, regard fixe et stupide, délire, ardeur à la gorge, soif, nausées, vertiges ; contraction de la face ; plus tard, d'une à trois heures après l'ingestion, vomissements, convulsions avec perte de connaissance, sommeil comateux, réfrigération de la peau couverte de sueur.

» En présence du petit nombre de documents que la science toxicologique possède sur ce point, ajoute M. Rulié, nous ne pouvons chercher à apprécier, pour le cas observé, la part que le camphre a pu avoir dans le développement des phénomènes morbides, ni le mécanisme de la production si rapide de la pneumonie purulente. Peut-être l'élimination du poison, qui, à cause de sa volatilité, a dû se faire par les poumons, doit-elle être considérée comme une des causes de l'inflammation de ce viscère. »

Si nous rapprochons maintenant des faits publiés par la *Gazette des Hôpitaux* en 1850 et de l'observation de M. Rulié, la relation si complète et si bien faite d'un cas d'empoisonnement par le camphre que nous avons publiée dans le dernier numéro, d'après M. le docteur Lecocq, de Cherbourg, peut-être pourrons-nous puiser dans ce rapprochement quelque renseignement utile pour l'élucidation de cette délicate et difficile question.

Voici les principaux phénomènes qui ont été constatés par l'auteur des trois observations publiées dans le numéro du 7 septembre 1850 de ce journal (trois enfants, dont deux garçons, l'un de cinq ans et l'autre de trois ans, et une petite fille de 18 mois, auxquels on avait fait prendre du camphre à la dose de 2 grammes, comme anthelminthique).

Au début, pâleur excessive de la face avec regard fixe et stupide ; puis un peu de délire et un sentiment d'ardeur dans le cou avec de la soif ; puis des nausées, des vertiges et de légères contractures de la face ; plus tard des vomissements et des convulsions, avec perte de connaissance et de fréquentes envies d'uriner. Au moment de la visite du médecin, l'un de ces petits malades, l'aîné, était pris de mouvements convulsifs cloniques, laissant entre eux des intervalles de quelques secondes. Les membres supérieurs étaient plus agités que les inférieurs. La face, alternativement pâle et injectée, était le siége de mouvements spasmodiques incessants ; les paupières, agitées sans relâche et à demi-closes, permettaient de voir les globes oculaires convulsés en haut et en dehors. Un peu d'écume se pressait entre les dents continuellement serrées. La peau était généralement pâle et humide, et la chaleur des téguments diminuée. La respiration était courte et bruyante ; le pouls impalpable. Vomissements et déjections alvines et urinaires très-fréquentes.

A ces symptômes succéda au bout de quelques heures un sommeil comateux qui se prolongea jusqu'au soir. Le lendemain matin, les deux aînés étaient rétablis ; la petite fille succomba.

Les symptômes constatés par M. Lecocq chez son malade ont été, on s'en souvient, dans leur ordre de succession : douleurs vives dans la région épigastrique, agitation, besoin incessant de locomotion, vertiges, éblouissements, ivresse compromettant la stabilité ; puis mouvements convulsifs intermittents, perte de connaissance, insensibilité complète, ralentissement marqué de la circulation, fréquence de la respiration, difficulté d'uriner. Enfin, au bout de quelque temps, réveil étonné, etc.

Certainement si l'on compare entre eux les symptômes constatés chez le malade de M. Rulié, ceux qu'ont présentés les trois petits malades dont il vient d'être question et ceux du malade de M. Lecocq, on est frappé de la ressemblance qu'offrent sous ce rapport l'état des trois enfants et celui du malade de M. Rulié ; tandis qu'il y a au contraire des différences assez sensibles entre l'état de ceux-ci et celui du malade de Cherbourg.

Et cependant, le malade de Cherbourg a pris une dose énorme de camphre, tandis que celui du Val-de-Grâce en a pris une dose évaluée à 1 gramme, à 2 grammes tout au plus. 2 grammes sont aussi la dose qui a été absorbée par les trois enfants.

Cette dose, évidemment toxique pour le jeune âge, le serait-elle pour l'adulte ? A en juger par les faits connus jusqu'ici, il serait permis d'en douter. On a vu par les citations faites dans l'article de M. Lecocq, qu'à la dose de 10, 12, 16 grammes même, le camphre semblait n'avoir qu'un effet presque nul, ou tout au plus un effet sédatif ; mais on sait aussi qu'à côté de ces exemples d'immunité remarquable, il en est d'autres qui prouvent qu'à la dose de 3 ou 4 grammes, et même à des fractions de gramme, le camphre a produit des accidents toxiques manifestes. Il ne répugnerait donc pas d'admettre qu'à la dose d'un gramme, et associé à l'ammoniaque, qui a dû joindre son action délétère à celle du camphre, il ait pu produire les accidents observés par les médecins du Val-de-Grâce.

On comprendra du reste que nous devions être très-réservé dans cette conclusion, que nous ne proposons qu'à titre de conclusion provisoire ou plutôt comme un simple renseignement. Mais ce renseignement ne devra pas être perdu de vue, et nous pensons qu'on fera sagement à l'avenir de se montrer circonspect dans l'administration d'un médicament dont l'action est encore si peu connue, et dont les effets paraissent extrêmement variables suivant l'état des sujets, et probablement aussi suivant les circonstances dans lesquelles il est pris.

(1) Voir le numéro de samedi dernier 20 novembre.

De quelques effets thérapeutiques du perchlorure de fer.

Les expérimentations thérapeutiques du perchlorure de fer se continuent de toutes parts dans la pratique civile, comme dans la pratique nosocomiale, et de ces essais, faits sur une vaste échelle et dans les conditions les plus variées, il devra ressortir avant peu des éléments d'instruction suffisants pour permettre d'apprécier définitivement la valeur de ce médicament.

Voici une note dans laquelle M. le docteur Demarquay a consigné les résultats de quelques essais qu'il a faits, et exprimé l'opinion qui ressort pour lui à cet égard de son expérience personnelle. On y trouvera la relation de deux faits que nous avons jugés assez intéressants pour les placer sous les yeux de nos lecteurs.

« Depuis les travaux de Pravaz et surtout du docteur Deleau, dit notre confrère, j'ai souvent employé le perchlorure de fer comme hémostatique, c'est-à-dire, pendant le cours d'une opération, pour arrêter une hémorrhagie venant d'une petite artère, d'une veine ou de vaisseaux capillaires. Dans ce cas, les résultats ont souvent été très-satisfaisants ; c'est surtout dans le cas d'hémorrhagie en nappe que le perchlorure de fer, porté à l'aide d'un bourdonnet de charpie, donne d'excellents résultats.

» Je n'ai jamais injecté de perchlorure dans une artère ou dans une veine ; mais en revanche j'ai souvent fait et fait faire des injections au perchlorure dans les blennorrhagies et dans les leucorrhées avec des succès divers. Les cas qui m'ont paru préférables sont les écoulements anciens, existant chez des individus blonds, lymphatiques ; dans ces cas, le sirop de perchlorure de M. Deleau, à la dose d'une cuillerée matin et soir, et deux ou trois injections d'une solution de perchlorure à la dose de 20 gouttes pour 100 grammes d'eau, m'ont paru très-utiles. Chez les femmes blondes lymphatiques, j'ai souvent recours aux injections avec le perchlorure et au sirop perchloruré avec avantage. Il est plusieurs cas où je me propose de recourir au perchlorure d'une manière suivie, mais mon expérience à ce sujet n'est point faite.

» Voici deux faits dans lesquels l'action du perchlorure a été très-évidente, surtout le second, où le médicament fut donné en désespoir de cause :

Hémorrhagie intestinale inquiétante. Insuccès des moyens astringents et hémostatiques ordinaires ; perchlorure de fer en potion et en lavement ; guérison.

« Dans les premiers jours du mois d'octobre, je fus appelé à voir une jeune dame, âgée de vingt-huit ans, brune, lymphatique, et affectée depuis l'âge de quinze ans d'une hypertrophie du cœur, survenue à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu. A cette affection près, cette dame est d'ailleurs d'une assez bonne santé ; elle est bien réglée ; elle a eu un accouchement heureux. Il y a quelques années, elle a eu une hémorrhagie intestinale peu grave, et qui a cédé aux moyens simples employés en pareil cas.

» Au commencement d'octobre, à la suite d'un malheur qui la frappa vivement, elle rendit d'abord une certaine quantité de sang mêlé aux matières fécales, puis, à plusieurs reprises, du sang noir mêlé de caillots. Ces accidents duraient depuis quarante-huit heures, quand je fus appelé. J'examinai avec soin le sang qu'elle avait perdu, dont la quantité était considérable et remplissait environ la moitié d'un vase de nuit de moyenne grandeur. Il était mêlé aux matières intestinales. La malade était sans fièvre.

» Je prescrivis le repos, des aliments froids en petite quantité, des lavements d'eau froide additionnée d'extrait de ratanhia, de la digitale pour calmer les mouvements du cœur, et une tisane de grande consoude sucrée avec le sirop de ratanhia.

» Ce traitement fut suivi pendant deux jours sans avoir de prises sur l'hémorrhagie. Chaque fois que la malade se présentait à la garde-robe, ce qui arrivait deux ou trois fois le jour, elle rendait du sang noir mêlé de caillots, et le sang coulait tant qu'elle restait sur son vase de nuit. La face était très-pâle, le pouls faible, les forces très-diminuées, et l'inquiétude des personnes qui entourent cette jeune dame avait fini par me tourmenter moi-même.

» C'est alors que j'eus recours au perchlorure de fer. Je fis continuer les aliments froids et le repos, ainsi que la digitaline. J'administrai, matin et soir, un lavement de 200 grammes avec 15 gouttes de perchlorure de fer, et je fis prendre par cuillerées, d'heure en heure, un julep gommeux avec 15 gouttes de perchlorure.

» Au bout de vingt-quatre heures, il était survenu une modification notable dans l'état de la malade. La quantité de sang avait diminué d'une manière très-sensible, et quarante-huit heures après, cette hémorrhagie inquiétante avait à peu près cessé.

» Je continuai pendant plusieurs jours l'usage du perchlorure. Cette femme est actuellement dans un état satisfaisant. Mon excellent maître M. Ricord, appelé à voir cette jeune dame avec moi, fut comme moi frappé des effets avantageux obtenus dans ce cas par le perchlorure de fer. »

Vaste phlegmon du moignon de l'épaule gauche. — Incisions, injections iodées, hémorrhagie. — Traitement par le perchlorure de fer. — Guérison.

« Dans le courant de l'été dernier, M. le docteur Arnal me pria de voir avec lui un jeune homme de vingt et un ans, qui à la suite d'un effort avait éprouvé une douleur vive de l'articulation scapulo-humérale gauche. Cette douleur avait été suivie d'un phleg-

mon profond situé sous le deltoïde et le grand pectoral. Quand je vis ce pauvre jeune homme, qui a une constitution délicate, il était épuisé par les douleurs vives qu'il avait éprouvées, l'insomnie et surtout par la formation d'une grande quantité de pus. Le moignon de l'épaule était très-tuméfié. Il y avait indication pressante d'évacuer le pus. M. Arnal et moi fûmes d'avis de faire trois incisions, une à la partie supérieure et interne du bras, dans le point le plus déclive de la collection purulente. Les deux autres furent pratiquées l'une à la partie interne, l'autre à la partie externe du moignon de l'épaule. La quantité de pus évacué fut considérable, et peut être évaluée à un litre au moins.

» Il était important de modifier l'état de cette vaste surface suppurante, afin de diminuer la quantité de pus que devait produire un si vaste foyer. Nous décidâmes, M. Arnal et moi, que nous ferions le lendemain une injection de teinture d'iode étendue.

» Le jour même de l'injection, il se produisit une hémorrhagie grave dans le vaste foyer purulent que nous avions ouvert la veille. La fièvre, la pâleur, la petitesse du pouls et l'inappétence, avaient augmenté. Je me décidai à faire sortir une partie des caillots sanguins, afin de faire cesser les douleurs très-vives tenant à la distension du foyer purulent, et pour prévenir le retour de l'hémorrhagie. Je fis une injection d'une solution de perchlorure de fer assez concentrée dans ce vaste foyer. Cette injection suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

» Les jours suivants, je faisais sortir matin et soir une partie des caillots sanguins modifiés par l'action du perchlorure; ils étaient devenus noirs, compactes, et comme carbonisés.

» Une injection de perchlorure très-étendue était faite tous les matins (10 grammes pour 200 grammes d'eau); de plus, nous donnâmes à l'intérieur deux cuillerées de sirop de perchlorure chaque jour; une tisane de quinquina, du vin de quinquina, des bouillons et des potages. Sous l'influence de ce traitement, l'état de ce jeune homme s'est amélioré; la fièvre a cessé, l'appétit et les forces sont revenus.

» Finalement, ce jeune homme, que nous crûmes pendant plusieurs jours voué à une mort certaine, finit par guérir.

L'action bienfaisante du perchlorure de fer n'est point douteuse. Cet agent a arrêté une hémorrhagie grave déterminée par une injection iodée. De plus, les injections faites chaque jour avec une solution légère de perchlorure, modifièrent heureusement la suppuration, et je suis convaincu que le sirop de perchlorure administré matin et soir a contribué à rétablir les forces de ce jeune homme. »

Accouchement triple.

Le 29 août dernier, M. le docteur Gasne, des Batignolles (banlieue de Paris), a eu la bonne fortune de pratiquer un accouchement triple. Ces sortes de grossesses ne sont pas très-communes, puisque, d'après un relevé donné par M. le docteur Cazeaux, sur 37,441 accouchements opérés à la Maternité de Paris, on en compte à peine 5 cas. Le fait que notre confrère a bien voulu nous communiquer pour être mis sous les yeux de nos lecteurs, n'est pas seulement intéressant par sa rareté, il est surtout remarquable par ses résultats ultérieurs.

Voici la relation de M. Gasne, que nous transcrivons textuellement :

« Mme L..., habitant les Batignolles, âgée de 31 ans, est accouchée, après quatre ans de mariage, d'un premier enfant non à terme et qui n'a pas vécu. Devenue grosse un an après, l'accouchement offrit d'assez grandes difficultés, et fut suivi d'une hémorrhagie tellement abondante, que l'accouchée dut garder le lit pendant six semaines. Enfin, deux ans après, la même dame donna le jour à un troisième enfant, et cette fois encore elle courut de grands dangers. Un placenta adhérent et une nouvelle hémorrhagie nécessitèrent l'intervention de M. le professeur P. Dubois.

» Redevenue enceinte pour la quatrième fois, dans le courant de décembre 1857, Mme L... vint me consulter, vers le sixième mois de sa grossesse, pour des douleurs dans les membres inférieurs et des gastralgies intolérables. Elle désirait beaucoup se faire pratiquer une saignée, parce que, disait-elle, ses précédents accoucheurs lui en avaient fait la recommandation, dans le but d'éviter l'hémorrhagie qui avait compliqué ses autres accouchements. A cette époque, la malade était pâle, avait un écoulement leucorrhéique abondant, et l'on pouvait facilement entendre un bruit de souffle dans les artères carotides, iliaques et humérales. Croyant devoir pr[illegible] la saignée dans de telles conditions, je recommandai, au contraire, les amers et les ferrugineux. Pendant les derniers mois de sa grossesse, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir Mme L... Son ventre prenait des proportions presque effrayantes; les douleurs stomacales avaient un peu diminué, mais celles des membres abdominaux devenaient insupportables, et il s'y était joint de l'œdème des jambes et de la vulve.

» Enfin, le 26 août, Mme L... éprouvant les premières douleurs de l'enfantement, me fit appeler à la hâte. Les douleurs se succédaient assez rapidement. Au premier examen, par le toucher, je trouvai une dilatation de la largeur d'une pièce de dix centimes. En me retirant pour quelques instants, je recommandai de tout préparer dans la vue d'un accouchement prochain.

» A mon retour, je fus étonné de voir la malade occupée à coudre. Les douleurs s'étaient subitement arrêtées, et le col, effacé, n'offrait plus que la largeur nécessaire à l'introduction du doigt. Les deux jours suivants, Mme L... put encore s'occuper des soins de son ménage; mais le 29, à cinq heures du matin, on m'appela de nouveau, et j'arrivai au moment où s'opérait la rupture de la poche des eaux. Une heure après, Mme L... mettait au jour une petite fille vigoureuse et parfaitement conformée. J'avais eu affaire à une présentation inclinée du sommet, avec issue de l'un des bras.

» Après ce premier accouchement, je pus m'assurer de la présence d'un autre enfant, que l'auscultation, la forme du ventre, etc., n'avaient pu que me faire soupçonner. C'était encore une présentation de la tête.

» De six heures du matin à cinq heures du soir, les douleurs se firent sentir, à d'assez longs intervalles, faibles et inefficaces. L'administration d'une dose de 50 centigrammes de seigle ergoté suffit pour les rendre violentes, rapides, et une demi-heure après la rupture des membranes, je reçus un second enfant du sexe masculin, bien développé et vigoureux comme le premier.

» J'avoue qu'à ce moment je ne songeais pas à la présence d'un troisième enfant. Mais pendant que je donnais quelques soins au second, la mère se plaignit de nouvelles douleurs très-fortes. Le globe utérin, bien que considérablement diminué, offrait encore un développement notable, et l'introduction de la main me fit bientôt reconnaître, en même temps que la présence d'un troisième enfant, une présentation par les pieds. En moins d'une heure, je reçus un autre garçon plus petit, mais presque aussi vigoureux que les deux premiers.

» Peu de temps après, la délivrance se fit sans accidents hémorrhagiques. Mme L... s'est remise rapidement à la suite de cet accouchement laborieux, car au neuvième jour elle avait déjà quitté la chambre.

» Les trois enfants ont été placés sur le plateau d'une balance : la petite fille pesait 1,950 grammes; le premier né des enfants mâles, 2,050 grammes, et le dernier, 1,750 grammes; ce qui fait un total de 5,750 grammes ou 11 livres et demie.

» Le placenta, dont une largeur de 4 centimètres carrés portait des traces d'adhérence, se composait de deux parties ne paraissant pas offrir de communication. La première donnait naissance à deux cordons à ramifications entrelacées et mêlées d'une manière intime. Ils appartenaient aux deux enfants nés les premiers, comme l'indiquait la ligature jetée sur chacun d'eux. La seconde formait un placenta à part, d'où naissait le cordon du troisième enfant. Les membranes formaient deux poches distinctes à double feuillet. Seulement la poche appartenant au placenta à double cordon était divisée par une cloison résistante, et composée, autant qu'un examen assez rapide a pu me le montrer, de quatre feuillets.

» Aujourd'hui, 16 novembre, je viens de voir les petits jumeaux, qui, du reste, ont été visités il y a peu de temps par MM. les docteurs Cabanellas, Duplanty et Leguay. Ils se sont développés d'une manière remarquable, et chacun d'eux diffère peu des enfants du même âge (deux mois et demi). La mère, malgré le conseil que je lui avais donné de s'adjoindre au moins une nourrice, a voulu se charger du soin de les allaiter seule. Mais bientôt sa forte constitution et l'abondance de son lait n'ont pu suffire aux exigences de ces trois estomacs. Elle a dû appeler à son aide les petits potages et le lait de vache. « Ils me donnent » bien des embarras, m'a-t-elle répété, mais je suis si fière de » mes trois enfants, que je ne consentirai jamais à les confier à » une nourrice étrangère. »

Procédé d'extraction des corps étrangers dans les voies aériennes.

Nous avons publié dans la *Revue* du 13 novembre un article de M. le Dr Carville sur l'introduction des corps étrangers dans les voies respiratoires, dans lequel l'auteur signale d'abord l'expulsion spontanée d'un haricot par les voies naturelles au moment même où la trachéotomie venait d'être terminée, et deux cas analogues suivis de mort, parce que les parents se sont refusés à toute opération.

M. Loiseau (de Montmartre) nous signale à cette occasion un moyen fort simple, qui, pense-t-il, aurait pu réussir en pareil cas. « Tout le monde connaît, dit M. Loiseau, la violente secousse imprimée à tout l'appareil respiratoire, lorsqu'une goutte d'eau pénètre dans le larynx ou même tend à y pénétrer : j'ai démontré que l'introduction de plus d'un gramme de liquide caustique est inoffensive; il suffit donc d'injecter subitement, à l'aide d'une petite seringue, une très-petite quantité d'un liquide quelconque vers l'entrée des voies aériennes, pour produire cette secousse et provoquer l'expulsion des corps étrangers; les efforts de vomissement qui s'ajoutent à cette secousse, toutes les fois que l'estomac contient une quantité suffisante de liquide, viennent encore ajouter à l'action expulsive.

» L'injection d'une solution saturée de tannin employée par moi de cette manière depuis peu de temps sur six jeunes enfants affectés d'angine couenneuse avec aphonie et commencement de toux croupale, m'a paru produire des effets très-remarquables pour l'expulsion des fausses membranes. M. Guersant, qui a vu un de ces petits malades, m'a semblé lui-même étonné de la puissance de cette médication.

» J'ajouterai qu'en cas d'insuccès par ce moyen, il serait très-facile de retirer un haricot ainsi engagé à l'aide des pinces dont je me sers pour l'extraction des fausses membranes, ou d'en faciliter l'expulsion à l'aide des différents dilatateurs laryngiens destinés au même usage (1). »

DU PANARIS SOUS-ÉPIDERMIQUE, ÉRYSIPÉLATEUX; (pavonychia, tourniole).

Par M. le Dr Angelon, médecin de l'hôpital de Dieuze.

Je n'ai pu lire sans quelque étonnement les paroles suivantes de M. le professeur Velpeau, consignées dans le numéro du 19 octobre dernier de la *Gazette des Hôpitaux* :

« Le panaris sous-épidermique est si simple, si bénin, que je ne m'y arrêterai pas. »

La preuve qu'il n'est ni si simple ni si bénin que vous pensez, honoré maître, c'est que Lafaye, Richter, Ravaton, Samuel Cooper, Roux, etc., ne l'ont pas jugé indigne de leurs recherches et de leurs méditations.

De nos jours, les chirurgiens militaires, les médecins de campagne, les hommes de l'art chargés du service des usines en général, de celles, en particulier, où l'on fabrique des produits chimiques, se gardent bien de traiter le panaris superficiel avec ce dédain. Dans le double intérêt de leurs différents ordres de clients, ils ont à tenir compte de l'influence désastreuse exercée par l'excès du mouvement, de la fatigue sur toutes les phlegmasies, y compris la *tourniole*, et, par suite du temps perdu par les patients et pour ceux qui les emploient : ils savent jusqu'à quel point le sel gemme, les acides, le phosphore, etc, enveniment les plaies en apparence les moins dignes de fixer l'attention. Il n'en est donc point parmi eux qui n'ait eu occasion d'accumuler bon nombre de faits relatifs au sujet qui nous occupe.

Le panaris sous-épidermique, maladie de la seconde enfance et de l'âge adulte, figure en moyenne annuelle, aux consultations de l'hôpital de Dieuze, pour 120 environ, ainsi répartis : trois dixièmes d'enfants, un peu plus de six dixièmes d'adultes, un peu moins d'un dixième de vieillards. A ne s'en rapporter qu'à un relevé de quelques années, hommes et femmes y seraient également exposés, sans que l'on puisse dire si l'une des deux mains y est plus sujette que l'autre.

Plus souvent symptomatique qu'idiopathique, il se montre parfois si fréquent qu'on le croirait soumis à l'influence des maladies communes et populaires. Rien n'est plus rare que de le voir provoqué par des accidents de cause externe; on reconnaît, au contraire, en y regardant d'un peu près, qu'il est le résultat d'un embarras saburral des voies digestives : sous la pression des deux causes réunies, il sévit souvent sur les campagnards adonnés aux durs travaux des champs.

D'une fréquence extrême chez les enfants lymphatiques et scrofuleux parvenus à l'époque de la deuxième dentition, il envahit tous leurs doigts, dont il détermine successivement la chute des ongles.

Voilà pour la simplicité, voyons ce qu'il faut penser de la bénignité.

Il attaque de préférence au pouce le côté interne; aux autres doigts, le côté externe du bourrelet qui circonscrit la matrice de l'ongle; chez les gens de la campagne, la face palmaire des mains au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, où l'on rencontre ordinairement d'énormes calus souvent irrités par la pression des outils propres au labour.

Quel que soit le lieu d'élection qu'il affecte, il y débute toujours par un prurit incommode, suivi bientôt d'une douleur pulsative, en même temps que la partie plus rosée, plus chaude, plus luisante, rougit et se gonfle. Du troisième au cinquième jour, la douleur acquiert assez de vivacité pour troubler le sommeil; la suppuration se manifeste : un liquide trouble, roussâtre d'abord, puis brunâtre, soulevant l'épiderme, forme une véritable phlyctène qui rampe à la face dorsale, au bord libre, et rarement jusqu'à la surface pulpeuse des doigts.

Quand la matière séro-purulente a envahi la base de l'ongle ou s'est développée sous les calus qui déforment la face palmaire des mains, elle prend une couleur et une consistance de pus plus louable et rend la douleur excessive.

Les phlyctènes trop distendues finissent par se rompre spontanément ou accidentellement, à moins que l'art ne vienne promptement au secours de la nature; elles laissent échapper un liquide séro-sanguinolent, dans lequel sont suspendus des flocons albumineux, que l'on retrouve en partie étalés par plaques blanches sur différents points du derme phlogosé et mis à nu; ce dernier est souvent érodé, perforé même jusqu'au tissu cellulaire

(1) Nous avons reçu, antérieurement à cette note, une lettre de M. Loiseau en réponse à quelques observations critiques qui le concernent, dans un article sur le croup, publié dans le mois d'octobre. Nous avons pensé que cette lettre, ainsi qu'un grand nombre d'autres documents relatifs au croup et aux angines couenneuses, que nous avons reçus depuis, trouveraient utilement leur place dans les articles que nous devons publier à l'occasion des discussions pendantes à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux.

Nous saisissons aussi cette occasion pour nous excuser auprès de ceux de nos confrères qui nous ont adressé des communications sur divers sujets, à l'occasion des travaux précédemment publiés, du retard involontaire qu'elles ont dû subir par suite de l'abondance des matières.

sous-jacent, dans les panaris érysipélateux de la face palmaire ouverts trop tard.

Un accident vraiment pathognomonique, qui a valu son nom à la *tourniole*, tant il se reproduit fréquemment, et que l'on est surpris de ne voir mentionner nulle part, c'est la progression circulaire, active, incessante, du décollement épidermique avec douleur, rougeur, suppuration sur toute la ligne de circonscription du panaris après l'ouverture des phlyctènes et l'excision de l'épiderme décollé : ces *desiderata* symptomatiques sont d'autant plus regrettables qu'ils eussent fourni depuis longtemps de bonnes indications thérapeutiques dans une manifestation pathologique aussi rebelle que la *tourniole*.

Le panaris épidermique a plus de tendance à prendre la forme phlegmoneuse qu'à se terminer par résolution : d'où il est facile de conclure que son pronostic ne manque pas d'une certaine gravité.

Les deux questions suivantes, encore litigieuses dans les livres, ont définitivement reçu leur solution des données de la pratique : Faut-il recourir aux émollients, narcotiques et autres antiphlogistiques dans le traitement du panaris superficiel? Faut-il ouvrir les phlyctènes de bonne heure? Ici deux périodes bien distinctes à considérer, l'une inflammatoire, de deux ou trois jours de durée au plus; l'autre de suppuration, longue et interminable si l'on n'y met ordre. Le traitement narcotico-émollient, parfaitement indiqué, doit cesser avec la première, sous peine d'aggraver encore la seconde, en amollissant au loin l'épiderme trop disposé à laisser rompre ses liens. Quant à celle-ci, elle réclame des soins qu'il est nécessaire d'indiquer. D'abord, exciser sans retard l'épiderme soulevé et distendu par la sérosité; laisser à découvert toute la surface de la peau dénudée, afin que rien ne l'empêche de travailler à la reproduction d'une nouvelle couche épidermique, ce qui arriverait infailliblement si, comme quelques auteurs le conseillent encore, on continuait l'usage des topiques émollients et opiacés; ensuite tracer, pendant deux ou trois jours, un cercle infranchissable, à la circonférence où se réfugie tout le mal local, au moyen d'un crayon d'azotate d'argent. Inutile de parler de l'ouverture de l'ongle; tous les traités spéciaux, toutes les monographies en ont compendieusement tracé le manuel opératoire. C'est encore dans le cours de cette seconde période qu'il convient, si l'on veut réussir, d'administrer un purgatif approprié à l'état des malades, et des médicaments spécifiques aux scrofuleux.

Disons, pour finir, que la tourniole négligée prend souvent le caractère fâcheux auquel Wardrop a assigné le nom *onychia maligna*, ne laissant d'autre ressource que l'amputation (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 novembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

M. BOUVIER. Il a été publié sur la mortalité du croup après la trachéotomie un document statistique dans lequel figurent les noms de seize membres de la Société de chirurgie. La Société ne trouverait-elle pas convenable d'ouvrir une discussion sur ce document? Pour moi, je pense qu'il serait bon de savoir à quoi s'en tenir sur la nature des faits dont on s'est contenté d'indiquer le chiffre brut, et si la Société le permet, je solliciterai à cet égard, de nos collègues, des éclaircissements indispensables.

M. CAZEAUX ne voit pas à quel titre cette discussion commencée ailleurs serait reprise ici. Les convenances veulent que l'Académie de médecine continue ses travaux, sans que la Société de chirurgie vienne s'y immiscer à l'occasion d'un article de journal.

M. MICHON. Sans vouloir empiéter sur les travaux de l'Académie, je suis bien aise de pouvoir exprimer l'étonnement que j'ai éprouvé en apprenant qu'un renseignement donné par moi à M. Bouchut, au milieu de la rue, sans que j'aie consulté mes notes, avait pu acquérir une valeur scientifique. Questionné sur le nombre des trachéotomies que j'ai pratiquées, j'ai répondu que j'en avais fait une vingtaine, et qu'un seul malade avait survécu.

L'insuffisance d'un pareil renseignement est bien évidente pour ce qui me concerne, puisque M. Bouchut m'a porté pour deux guérisons dans sa statistique; mais si l'on voulait conclure rigoureusement, il faudrait discuter chaque fait et ne pas se contenter de chiffres bruts. Ce n'est, en effet, que le dix-septième cas qui m'a donné un succès. Qu'est-ce que cela prouve? Rien, si ce n'est que les conditions du malade varient avec l'âge et le degré de la maladie.

MM. DESORMEAUX, BROCA, GOSSELIN, DEPAUL, FOLLIN, HUGUIER et DEGUISE prennent successivement la parole pour exprimer leur étonnement de voir figurer dans une statistique des renseignements qu'ils ont donnés dans la rue, en causant, et sans se douter du parti qu'on devait tirer de leurs conversations.

M. GUERSANT. Je suis surpris que, ayant l'intention de faire une statistique, on n'ait pas noté les résultats obtenus par M. Trousseau et par moi. Je ne parlerai pas des opérations que j'ai faites à l'hôpital, parce qu'elles figurent dans le travail de M. Roger; mais le nombre des malades que j'ai opérés en ville est suffisant pour qu'on en tienne compte. Depuis 1834, j'ai pratiqué 105 fois la trachéotomie chez des enfants affectés de croup. De 1834 à 1841, sur 23 opérés, je n'ai pas eu un succès. J'opérais alors avec la canule simple, et sans mettre une cravate sur la canule. Ce n'est qu'en 1841 que j'ai guéri mon premier malade. A dater de cette époque, j'ai commencé à alimenter les opérés. Je me suis toujours servi d'une canule double que j'ai recouverte d'une cravate. Pour cette seconde série, je trouve dans mes notes 17 guérisons sur 82 opérations. La mort est survenue dans quelques cas peu d'heures après l'application de la canule; un malade a même succombé pendant l'opération.

Ayant eu l'occasion d'observer des guérisons dans des cas où les parents avaient repoussé la trachéotomie, je me suis décidé depuis longtemps à ne plus opérer avant d'avoir la certitude qu'il y à des fausses membranes et que la suffocation n'est pas intermittente.

J'ai pris aussi le parti de ne plus opérer que les enfants qui ont un croup localisé, ce que je reconnais à la force des petits malades, à leur agitation, et aux efforts qu'ils font pour lutter contre l'asphyxie. Ceux qui ont un croup généralisé sont comme atteints par un empoisonnement; ils s'agitent bien pour tâcher de respirer, mais ils sont sans force; leur pouls est fréquent et petit, etc. La trachéotomie dans ce dernier cas est inutile.

Pour compléter les renseignements que je peux donner sur cette question, je dois dire que j'ai opéré trois enfants deux fois, et qu'ils ont guéri tous les trois.

M. MOREL LAVALLÉE a pratiqué 10 fois la trachéotomie; sur 4 de ces opérations faites à l'hôpital, il a eu 1 succès. Sur les 6 autres, qui ont été faites en ville, il a eu le bonheur de sauver 1 de ses opérés qui avait un croup compliqué de coqueluche, complication que M. Trousseau regarde comme nécessairement mortelle.

Sur la proposition de M. Morel, on passe à l'ordre du jour, pour ne pas empiéter sur les travaux de l'Académie.

M. LARREY demande que, conformément au règlement, les séances commencent à trois heures et demie.

M. LE PRÉSIDENT. Il sera fait droit à la demande de M. Larrey.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Alphonse Gayet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Nouvelles recherches expérimentales sur la cicatrisation des artères après leur ligature.* Paris, 1858, in-4°.

— M. le docteur Guichenère, de Périgueux, adresse une observation manuscrite intitulée : *Hernie congéniale dans la tunique vaginale; monorchidie; opération; guérison.* (Commissaires : MM. Gosselin, Richet et Morel-Lavallée.)

— M. Robert, retenu par son cours d'anatomie à l'École des beaux-arts, demande un congé pour le semestre d'hiver.

Continuation de la discussion sur la cautérisation en flèches.

M. HUGUIER. Je crois avoir entendu M. Maisonneuve avancer qu'il n'a jamais vu survenir d'hémorrhagie après l'application du caustique dont il se sert. Cette assertion est sans doute trop générale, car un médecin qui suit ma visite à l'hôpital, m'a affirmé qu'un capitaine de navire du commerce est mort d'hémorrhagie dans le service de M. Maisonneuve au moment de la chute de l'eschare, trois jours après avoir été cautérisé à l'aide des flèches caustiques.

M. MAISONNEUVE. L'eschare ne tombe pas le troisième jour, mais du huitième au neuvième, ce qui prouve déjà qu'il y a au moins une erreur dans la conversation rapportée par M. Huguier. Le caustique dont je me sers est la pâte de Canquoin, et tout le monde connaît ses propriétés hémostatiques. Une artère de deuxième ou de troisième ordre peut être atteinte par la cautérisation sans donner lieu à une hémorrhagie. J'ai même trouvé l'artère fémorale au milieu d'une eschare; mais je dois ajouter qu'avant d'employer les flèches, il m'est arrivé de voir des hémorrhagies se produire dans un ou deux cas, sans qu'elles aient causé la mort. Quant au fait dont M. Huguier a parlé, je puis assurer qu'aucun malade n'a eu d'hémorrhagie mortelle dans mon service.

M. FOLLIN. J'ai vu M. Girouard pratiquer les cautérisations à l'hôpital Saint-Louis, il y a cinq ans; après avoir incisé l'eschare circulaire dont il entourait la base d'une tumeur, il enfonçait des flèches de pâte caustique solidifiée; mais c'est une cautérisation horriblement douloureuse. Les douleurs durent trois ou quatre jours, et j'ai vu des malades qui, n'ayant pas la force de les supporter, réclamaient l'opération par le bistouri.

La pâte de Canquoin n'en est pas moins un excellent caustique, ayant des propriétés hémostatiques incontestables, bien que parfois j'aie vu survenir des hémorrhagies sans gravité, à la chute des eschares.

M. MAISONNEUVE. M. Follin, tout en parlant très-légèrement de la cautérisation, remet en question la priorité de la méthode opératoire, en disant qu'il l'a vu pratiquer depuis cinq ans. Voici encore une fois ma réponse : Je n'ai pas inventé la pâte de Canquoin, mais personne avant moi n'a enfoncé d'emblée des flèches caustiques au milieu des tissus. Dans la méthode de la cautérisation en flèches, il y a les procédés :

1° *Circulaire;*

2° *Central;*

3° *En faisceaux.*

Mais ce ne sont que des applications variées de la méthode. Je soutiens que, avant février 1856, personne n'y a eu recours; par qui me prouver le contraire, qu'on ne se contente pas d'affirmer, mais qu'on apporte un texte.

Relativement à la durée de l'action du caustique et des douleurs qu'il cause, je soutiens qu'au bout de trois heures la cautérisation a les limites qu'elle doit avoir; que sans doute dans les cas de tumeur énorme, il y a de la douleur, mais les malades la préfèrent encore à celle que l'instrument tranchant produit. Au bout de cinq heures, ce n'est plus qu'une sensation de chaleur qui ne tarde pas à disparaître. Vers le huitième jour, il se manifeste un autre genre de douleur qui accompagne l'inflammation éliminatrice.

M. FOLLIN. Que M. Maisonneuve soutienne à des élèves qu'il a constitué une méthode, que la cautérisation telle qu'il la pratique est quelque chose de nouveau, peut-être alors trouvera-t-il quelque créance; mais une pareille prétention n'est pas sérieuse ici, où elle peut être appréciée par des chirurgiens qui savent que le mode opératoire de notre collègue diffère à peine de celui de M. Girouard.

Le chirurgien de Chartres cautérise circulairement, puis il enfonce des flèches caustiques pour énucléer les tumeurs.

M. Maisonneuve fait-il autre chose?

Qu'importe que l'on commence par pratiquer des ponctions avec le bistouri ou qu'on ait recours à la formation d'une eschare circulaire pour pouvoir enfoncer des flèches; il n'y a là qu'une modification insignifiante. Si même je devais me prononcer entre les deux modes opératoires, je n'hésiterais pas à choisir le procédé de M. Girouard, celui de M. Maisonneuve exposant à des pénétrations de la cavité thoracique, dans les cas où les tumeurs du sein sont adhérentes aux parois du thorax.

Quant à la douleur causée par cette cautérisation, je soutiens qu'elle est excessive, et qu'il faut un courage à toute épreuve pour la supporter. Vous en aurez une idée en apprenant qu'un malade s'est sauvé de la Pitié avec le dos lardé de flèches, dans la crainte qu'on pût recommencer une pareille opération.

M. MAISONNEUVE. J'ai demandé des preuves écrites, et on me répond en parlant d'un malade qui se serait échappé de l'hôpital avec des flèches dans le dos! Est-ce là une argumentation sérieuse? Il peut se faire qu'un opéré ait demandé à sortir, et il n'y aurait rien d'extraordinaire à cela. Souvent je pratique des cautérisations dans mon cabinet pour des tumeurs peu volumineuses, et les opérés s'en retournent chez eux. Comme personne n'oppose une observation écrite à mes assertions, je maintiens tout ce que j'ai dit.

M. FOLLIN. Et moi aussi.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MAISONNEUVE présente une tumeur cancéreuse du rectum qu'il a enlevée, hier matin, chez une femme de quarante-cinq ans, au moyen de la *ligature extemporanée.*

Cette tumeur, dit M. Maisonneuve, résultait de la dégénérescence des parois mêmes du rectum; elle occupait les quatre cinquièmes postérieurs de la circonférence de l'intestin, et s'étendait depuis et y compris l'orifice de l'anus jusqu'à une hauteur de 10 centimètres environ. Le procédé dont j'ai fait usage, ajoute-t-il, n'est autre que celui décrit par Récamier sous le nom de procédé en arcade, avec cette différence qu'au lieu d'opérer la constriction des anses d'après la méthode de la ligature lente et graduée, ainsi que le faisait l'éminent praticien, je l'ai faite d'après la *méthode de la ligature extemporanée.* Voici du reste la description sommaire de l'opération :

Après avoir tracé autour de l'anus une ligne courbe qui circonscrivait la partie inférieure de la tumeur, et marqué de 2 en 2 centimètres sur cette ligne les points où je devais passer les fils, j'ai pris la longue aiguille à ligature de Récamier, je l'ai fait pénétrer à travers la peau derrière la tumeur; puis, la poussant doucement de bas en haut entre le sacrum et l'intestin jusqu'à ce que mon doigt index gauche, placé dans le rectum, pût reconnaître sa pointe au-dessus de la limite supérieure de la tumeur, je la fis pénétrer dans le rectum, et, poussant le ressort dont elle est munie, j'attirai ce ressort à l'extérieur par l'orifice anal, j'y attachai un fil que j'entraînai en retirant l'aiguille dans le trajet que celle-ci venait de parcourir. Je plaçai de cette manière, à 2 centimètres de distance l'un de l'autre, sept fils, auxquels je substituai, suivant la manœuvre ordinaire, sept anses d'une forte ficelle, lesquelles cernaient la tumeur d'une manière complète. Adaptant ensuite à chacune de ses anses un constricteur puissant, j'opérai en quelques minutes la division complète de tous les tissus embrassés par les ligatures, y compris la peau, et la tumeur se trouva détachée tout entière sans perte de sang appréciable.

Voici donc une tumeur du rectum enlevée facilement et d'un seul bloc au moyen de la ligature extemporanée, sans autre lien qu'une simple ficelle, sans autre agent de constriction que le serre-nœud de Graefe.

A cette occasion, je dirai que ce n'est pas seulement dans le cas présent que les procédés ordinaires de la ligature extemporanée m'ont paru préférables à celui que M. Chassaignac a proposé sous le nom d'écrasement linéaire, mais qu'en raison de la facilité qu'a le chirurgien de les modifier à l'infini, suivant les mille exigences de la pratique, ils me paraissent devoir lui être préférés d'une manière générale.

M. CHASSAIGNAC. Tout le monde, excepté M. Maisonneuve, reconnaît que l'écrasement linéaire est un mode opératoire nouveau. Je ne demande pas mieux que de recommencer une discussion qui paraissait pourtant épuisée.

M. Maisonneuve réclame toujours des textes; eh bien, je lui prouverai pièces en main qu'il a soutenu faussement que Mayor a fait tomber instantanément une tumeur par la ligature. Il s'obstine à dire que la cautérisation est une méthode nouvelle! MM. Larrey, Robert, Broca et Follin lui prouvent le contraire; et il continuera, malgré les dénégations et les preuves, à se faire l'inventeur d'un mode opératoire qui appartient à M. Girouard.

M. CAZEAUX réclame la clôture.

M. MAISONNEUVE. Je n'ai rien à répondre, puisque l'on n'a rien dit de la tumeur que j'ai présentée.

M. DEPAUL met sous les yeux de la Société un monstre double appartenant à la famille des sycéphaliens, et rentrant dans le genre synote, si bien décrit par Geoffroy Saint-Hilaire père. Il doit cette pièce intéressante à Mme Lahbé, sage-femme distinguée, qui est attachée au bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement.

Après avoir fait connaître les particularités que l'examen extérieur permet de reconnaître, M. Depaul annonce qu'il se propose de faire une dissection complète, et qu'il aura soin de faire connaître à la Société les détails intéressants qui seront constatés.

Le secrétaire, AL. GUÉRIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 octobre 1858. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

(1) L'affection décrite par notre honorable confrère n'est pas le panaris sous-épidermique, tel que l'a compris M. Velpeau dans ses leçons de clinique. Le siége du panaris sous-épidermique n'est pas presque exclusivement sur la face dorsale des doigts, au voisinage de l'ongle ou au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; on le rencontre sur la face dorsale ou palmaire des doigts, aussi bien que sur les faces latérales. L'espèce décrite par M. Ancelon affecte un siége spécial, parfaitement décrit dans cette note; elle offre des caractères particuliers et une marche une et identique dans presque tous les cas; enfin, elle présente une gravité toute spéciale, que jamais aucun chirurgien n'a tenté de contester; par conséquent, elle nécessite un traitement assez sérieux, qui puisse prévenir les accidents résultant de la destruction du derme par ulcération et de la chute de l'ongle. A. J.

RAPPORT.

M. MATTEI lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Galligo, de Florence, relatif à *l'emploi du chlorate de potasse*.

M. Galligo regarde ce sel comme un remède héroïque dans le traitement de la stomatite mercurielle; il le prescrit à l'intérieur et localement; cependant il craint de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur de ce médicament. M. Galligo est connu du monde médical par de nombreux travaux importants, ayant surtout pour objet l'étude des maladies syphilitiques.

M. le rapporteur conclut à l'admission de M. Galligo comme membre correspondant.

De la nature de la fièvre jaune et de sa non-identité avec les fièvres paludéennes. — M. RAMON fait un rapport sur un travail de M. le docteur Berchon, intitulé : *Relation médicale d'une campagne dans les mers du Sud*. (Voir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 13 novembre).

M. MATTEI. Le parallèle que l'auteur a fait de la fièvre jaune et des fièvres intermittentes établit on ne peut mieux les différences qui existent entre ces deux affections. Il aurait cependant pu ajouter que les fièvres paludéennes ne sont ni infectieuses ni contagieuses, mais surtout endémiques, tandis que la fièvre jaune est à un haut degré transmissible. J'aurais également désiré trouver dans son travail un parallèle entre la fièvre jaune, la peste, la fièvre puerpérale et l'infection putride, toutes maladies qui ont dans le fond beaucoup de points de ressemblance entre elles, et ne diffèrent que par les détails. Dans toutes on trouve :

1° Les phénomènes nerveux portant à la fois sur l'axe cérébro-spinal et sur le grand sympathique; tels sont les frissons, les vomissements, les spasmes, les troubles de l'intelligence, etc.

2° La dissolution prompte du sang, et par suite les hémorrhagies qui se font par les muqueuses ou sous l'épiderme.

3° La terminaison fatale ou du moins la gravité de la maladie.

Avec ces phénomènes, on voit prédominer les bubons dans la peste, la teinte ictérique dans la fièvre jaune, ainsi que les vomissements noirs; mais, je le répète, le fond est le même, c'est un empoisonnement déterminé par l'absorption d'un miasme infectieux. Un point essentiel est celui-ci, à savoir que le miasme est de nature animale, et que le germe, une fois transmis, se multiplie dans les animaux mêmes. Le miasme qui donne naissance aux fièvres paludéennes est au contraire de nature végétale; aussi, introduit dans l'économie, peut-il altérer profondément la santé, mais il reste multiplié par la transmission.

M. FOUCART. Je partage sous plusieurs rapports les opinions que vient d'émettre M. Mattei; mais j'aurais voulu qu'il eût fait un rapprochement plus complet de la fièvre jaune avec les trois autres typhus. Je m'explique.

Pour moi, il existe quatre typhus, ou, si l'on veut, il n'existe qu'un seul typhus, qui revêt quatre formes différentes. Chacune de ces formes ou chacun de ces typhus est propre à chacun des quatre continents. La peste, ou typhus d'Afrique; le choléra, ou typhus d'Asie; la fièvre jaune, ou typhus d'Amérique; le typhus proprement dit, ou la fièvre typhoïde, qui est celui de l'Europe. C'est toujours la même maladie, avec quatre expressions symptomatologiques différentes, tenant peut-être aux différences qui existent entre les lieux où la maladie prend naissance et se développe.

Chacun de ces typhus a pu être, plus tard, transporté dans des continents autres que celui d'où il tire son origine; mais il a conservé ses caractères distinctifs dans ces diverses transplantations. On observe maintenant la fièvre typhoïde dans les quatre parties du monde. On a observé la peste en Europe et en Asie aussi bien qu'en Afrique; la fièvre jaune en Europe, en Portugal et en Espagne; le choléra a fait le tour du monde. Il y a déjà longtemps que ce rapprochement m'a frappé et que j'ai eu occasion de le dire, et je suis encore à me demander comment cette idée n'est pas généralement admise, tant elle me semble simple et logique.

M. MATTEI. Ce que vient de dire M. Foucart me paraît saisissant, en effet. Mais à l'égard de la fièvre typhoïde, je ferai quelques réserves. Je suis d'avis que la maladie de l'intestin n'est pas tout dans la fièvre typhoïde, et qu'il y a un miasme aussi qui la produit, lequel est un degré supérieur de ce même miasme qui produit ici les érysipèles, là l'embarras gastrique, la diarrhée, etc. Quant aux taches de la fièvre puerpérale, comme elles se manifestent sur le tronc et sur le ventre de préférence aux autres parties du corps, elles constituent peut-être une irruption spéciale plutôt qu'une hémorrhagie sous-épidermique.

M. FOUCART revient incidemment sur l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Il pense, comme beaucoup d'autres médecins, que le typhus et la fièvre typhoïde sont une seule et même maladie. Il y a une différence dans l'intensité, la rapidité de la marche, etc.; mais à cela rien d'étonnant; l'un est le typhus épidémique, l'autre le typhus sporadique. Est-ce que le choléra, suivant qu'il est épidémique ou sporadique, offre la même gravité et tout l'ensemble des mêmes phénomènes sans aucune modification?

Mais en prenant la fièvre typhoïde comme exemple et type du typhus d'Europe, dont le typhus épidémique n'est qu'une exagération, survenue sous l'influence de causes exceptionnelles et heureusement rares, qui pourrait affirmer que la gravité moins grande de cette fièvre, comparativement à la gravité de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, n'est pas le résultat d'une modification de la maladie due aux progrès de la civilisation, incontestablement plus grande en Europe que dans aucun des autres points du monde? M. Foucart croit que la marche de la civilisation peut modifier les maladies dans leur intensité, dans leur symptomatologie, et peut même les faire disparaître entièrement; on en a des exemples. Pour en revenir à la fièvre typhoïde, c'est évidemment un typhus comme les trois autres; on y retrouve les principaux phénomènes qui les caractérisent, et au plus haut degré celui qui témoigne incontestablement de l'altération primitive du sang, la tendance hémorrhagique, laquelle se manifeste par les pétéchies, les épistaxis, les hémorrhagies intestinales. En résumé, il n'y a là pour lui qu'une question de forme.

— MM. les docteurs Galligo et Berchon sont élus membres correspondants.

Mort prompte survenue chez un jeune sujet, sans cause manifestement appréciable. — M. DUHAMEL. J'ai rencontré le mois dernier un cas assez singulier de mort prompte survenue chez un jeune homme de vingt-deux à vingt-trois ans, d'une constitution moyenne, lequel éprouvait depuis quelque temps une hématurie très-peu abondante, c'est-à-dire que parfois il rendait après l'urine quelques gouttes de sang, mais sans éprouver de douleur. Il avait eu précédemment un ou deux écoulements dont je n'ai point su la nature. C'est pour cette légère hématurie qu'il est venu me consulter pour la première fois le 18 septembre dernier. Je conseillai des bains tièdes, une infusion de graine de lin, et le repos autant que possible, surtout celui des organes génitaux, dont il n'abusait plus depuis quelques mois.

Le 22, dans l'après-midi, je le vis pour la seconde fois chez lui; il se plaignit d'une douleur assez vive vers la fosse iliaque gauche; la plus légère pression augmentait beaucoup cette douleur, qui était accompagnée d'une fièvre peu intense; aucun symptôme sérieux ne se manifestait; cependant je diagnostiquai une péritonite légère et bornée : je prescrivis une application de dix sangsues, des cataplasmes, une boisson adoucissante et la diète.

Le lendemain 23, à ma visite du matin, je trouvai le malade un peu affaibli par l'écoulement du sang. Quelques sangsues seulement avaient mordu, mais une piqûre coulait encore; j'arrêtai l'écoulement du sang. Rien jusque-là ne pouvait nous faire craindre le développement d'accidents très-graves; peu de temps après ma visite, le malade commença à divaguer; j'en fus prévenu, et une consultation avec M. Lesaunier fut arrêtée pour trois heures un quart. Alors nous trouvâmes le pouls d'une vitesse extrême (160 pulsations au moins), petit, presque misérable, le facies pâle et très-altéré; il y avait un *subdelirium* semblable à celui qui survient dans le commencement de la résorption purulente. Prescription : potion stimulante avec 1 gramme de sulfate de quinine, sinapismes promenés sur les membres inférieurs, continuation du bouillon que j'avais prescrit le matin.

Dans la soirée je revis le malade, qui était dans un état tout à fait désespéré, et à cinq heures du matin il succomba.

La perte de sang déterminée par une application de neuf sangsues, a-t-elle pu affaiblir le malade au point de causer la mort par hémorrhagie? Mais alors il ne serait point survenu de délire. Il faut donc chercher une autre explication, et voilà celle qui me paraît la plus admissible. Notre malade avait déjà eu, quoique jeune, des rhumatismes articulaires; il est pris d'une douleur péritonéale, qui cesse tout à coup et se trouve remplacée par des accidents cérébraux peu intenses, il est vrai, mais qui suffisent pour anéantir la vie en peu de temps, comme le font quelquefois une résorption purulente ou une fièvre puerpérale, qui me paraît avoir avec celle-ci une grande ressemblance.

Quoi d'étonnant de voir une maladie se transporter d'une membrane séreuse à une autre? Le sujet en question avait déjà éprouvé des douleurs rhumatismales. Le rhumatisme cérébral tue parfois en moins de 24 heures, j'en ai vu un exemple. Je pense que l'élément rhumatismal a joué un grand rôle dans le fatal dénoûment de cette maladie.

M. MATTEI. Sans nier la part que l'affection rhumatismale peut avoir dans le cas rapporté par M. Duhamel, je serais porté à croire que l'hématurie antérieure indiquait une lésion organique des voies urinaires ou de leur voisinage. La douleur locale, la péritonite et la mort prompte, pourraient être le résultat d'une rupture, d'un épanchement interne que l'autopsie seule aurait pu faire connaître.

Le secrétaire annuel, Dr AL. MAGNE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Chaillous, né à Candé (Maine-et-Loire); *Du perchlorure de fer et de ses usages en thérapeutique.*

Fichaux, né à Haubourdin (Nord); *Ni l'animisme, ni l'organisme, ni le vitalisme exclusifs ne sont la vérité, considérations de médecine générale.*

Pinel, né à Paris (Seine); *De l'asthme; recherches sur la pathogénie de cette affection, considérée principalement au point de vue de ses rapports avec l'histoire physiologique et pathologique des nerfs pneumo-gastriques.*

Guertin, né à Chinon (Indre-et-Loire); *De la fréquence du pouls dans l'état physiologique.*

Vernet, né à Nevers (Nièvre); *Des hémorrhagies puerpérales utérines.*

Duhamel, né à Mazuray (Moselle); *Essai sur le tétanos traumatique.*

Richer de Forges, né à Laonion (Côtes-du-Nord); *Faits principaux observés à bord de la corvette à vapeur* le Roland, *du 1er juin 1853 au 1er février 1856.*

Blanchard, né à Brives (Corrèze); *Considérations médico-légales sur les différents genres de mort violente confondus sous le nom d'asphyxie.*

Helie, né à Élion (Indre); *De l'influence du galvanisme sur le système nerveux moteur.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Paris a présenté à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes la liste des candidats pour la chaire de pathologie chirurgicale et pour celle d'anatomie.

Chaire de pathologie chirurgicale externe :

Candidats : MM. Gosselin, Michon, Richet, Broca, Chassaignac, Follin, Voillemier.

Nombre de votants : 22.

En première ligne, MM. Gosselin.	. . .	16 voix.
—	Michon . . .	6
En deuxième ligne, MM. Richet	. . .	18
—	Broca. . . .	2
—	Michon . . .	2

En conséquence, la liste a été ainsi présentée :

En première ligne, M. Gosselin.
En deuxième ligne, M. Richet.

Chaire d'anatomie :

Candidats : MM. Jarjavay et Sappey.

En première ligne, MM. Jarjavay	. . . .	16 voix.
—	Sappey. . . .	5
—	Bulletin nul . . .	1
En deuxième ligne, M. Sappey	. . . .	22

La présentation a donc eu lieu dans cet ordre :

En première ligne, M. Jarjavay;
En deuxième ligne, M. Sappey.

Nous ferons remarquer que, jusqu'à présent, tous les chefs des travaux anatomiques sont devenus professeurs à la Faculté.

MM. Duméril obtint la chaire d'anatomie.

Dupuytren	—	de médecine opératoire.
Béclard	—	d'anatomie.
Breschet	—	d'anatomie.
Blandin	—	de médecine opératoire.
Denonvilliers	—	d'anatomie.

Et enfin MM. Gosselin et Jarjavay, l'un dernier chef des travaux anatomiques, le second actuellement en exercice, sont désignés par la Faculté pour les deux chaires auxquelles il va être pourvu.

— Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 15 novembre, s'élève à 1,065, savoir :

Pour le doctorat.	994
Pour le grade d'officier de santé.	71
	1,065

Le nombre des inscriptions nouvelles est de 251.

En 1857, le nombre total des inscriptions était de 1,027; celui des nouvelles était de 158.

Voici le tableau du chiffre des inscriptions pour les sept années précédentes :

1856. . .	1,000 inscriptions,	dont 126	nouvelles.
1855. . .	966	—	— 180	—
1854. . .	964	—	— 151	—
1853. . .	1,054	—	— 158	—
1852. . .	1,437	—	— 334	—
1851. . .	1,300	—	— 313	—
1850. . .	1,223	—	— 429	—

— La composition écrite des candidats à l'externat des hôpitaux de Paris aura lieu aujourd'hui, samedi 27 novembre, à midi précis, amphithéâtre de l'Assistance publique, n° 2, rue Neuve-Notre-Dame.

— M. le docteur Foucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du Bureau central, commencera son cours de chirurgie le lundi 6 décembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine.

— M. le docteur Adolphe Gubler, agrégé à la Faculté de médecine, suppléant de M. le professeur Andral, commencera le cours de pathologie générale le mardi 30 novembre courant, à 3 heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Livre élémentaire contenant la reproduction de la déligation de Mayor, quelques appareils nouveaux de l'auteur, tels que des appareils pour bains d'eau employés dans les amputations, et une variété de tourniquet pour la compression des artères fémorale et sous-clavière. Un vol. in-24. — Paris, chez Bohné et Schultz, libr., rue de Rivoli, 170.

Atlas des Bandages, à l'usage des médecins et des étudiants, comprenant 223 figures, par le docteur SZYMANOWSKI. (Texte allemand)

De la Prophylaxie de l'infection purulente, par le docteur DEROUBAIX, chirurgien à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles. Broch. in-12. — Bruxelles, impr. Ch. Lelong.

Essai sur quelques modes de traitement des affections de l'utérus, et en particulier sur l'emploi du gaz acide carbonique, par le docteur Edouard Le Juge. Broch. in-4°. Prix, 2 fr. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

Du Cancer de l'utérus (thèse inaugurale), par M. le docteur J. MARINGER. — Paris, Rignoux, imprimeur.

Almanach prophétique, pittoresque et utile pour 1859 (dix-neuvième année). Prix : 50 centimes. Orné de 118 vignettes par les premiers artistes. — A Paris, au dépôt central des almanachs publiés à Paris, chez Pagnerre, libraire, rue de Seine, 18.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 NOVEMBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Tout le monde connaît la détermination que M. Flourens a faite de ce point de la moelle allongée dont la destruction entraîne immédiatement la mort, et qu'il a désigné à cause de cela sous le nom de *nœud vital.* Aux physiologistes qui lui ont demandé de leur indiquer par un terme anatomique la place précise du *point* qu'il nomme ainsi, M. Flourens a répondu, dans un de ses derniers mémoires, que la place du *point vital* est la place marquée par la pointe du *V de substance grise.* Mais il est resté à cet égard, dans l'esprit de quelques physiologistes, des doutes qui ont nécessité de nouvelles explications. En donnant de ce fait une nouvelle démonstration, M. Flourens a mis en évidence un autre fait physiologique complémentaire non moins important ; c'est que le *nœud vital* est double, c'est-à-dire formé de deux moitiés réunies sur la ligne médiane, et dont chacune peut suppléer à l'autre. D'où cette conséquence, que pour produire la mort, il faut que les deux moitiés soient coupées, et toutes deux dans la même étendue.

Dans un mémoire très-intéressant sur le système veineux abdominal du caïman, dont M. le docteur H. Jacquart a donné lecture à l'Académie, — sujet un peu trop spécial pour trouver place dans ce journal, — ce savant anatomiste a signalé un fait anatomique important qui ressort de ses recherches, c'est la fusion du système des veines de Jacobson avec celui de la veine-porte.

« De là, dit l'auteur, des conséquences physiologiques importantes, qui serviraient en quelque sorte de corollaires aux expériences si nettes et si concluantes de M. le professeur Bernard sur l'accélération ou le ralentissement du cours du sang dans la glande sous-maxillaire. » M. Jacquart établit, en effet, dans son travail que l'arbre vasculaire formé par la veine-porte et celui des veines de Jacobson étant réunis, ou mieux fusionnés par de nombreuses et fortes anastomoses, les courants sanguins y sont solidaires, et qu'ils ne sauraient s'accélérer dans l'un sans se ralentir dans l'autre.

Nous signalerons encore un travail de physiologie, le mémoire de M. Marey sur l'interprétation hydraulique du pouls dicrote. Dans des recherches antérieures, M. Marey s'est occupé du mode de production du pouls considéré comme phénomène de mécanique animale. Il annonçait alors que la plupart des variétés cliniques du pouls pouvaient s'interpréter par des conditions purement mécaniques, ce qu'il se proposait de démontrer plus tard. Dans ce nouveau travail, l'auteur tient une partie de sa promesse, en donnant une explication nouvelle d'une des variétés du pouls, celle que l'on désigne sous le nom de pouls *dicrote,* ou *bis feriens.*

On trouvera dans le compte rendu les conclusions d'une statistique mortuaire du croup, présentée à l'Académie par M. le docteur Barthez. C'est un document important pour la question actuellement à l'ordre du jour. Nous y reviendrons.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la leucocythémie.

Dans leurs applications à la pathologie, et plus encore dans leurs applications à la thérapeuthique, à la médecine, à l'art de guérir, la chimie et le microscope sont le plus souvent d'une utilité fort contestables. Malgré les progrès qu'ils font chaque jour l'un et l'autre, malgré les efforts des hommes éminents qui en font leur occupation spéciale, nous constatons trop fréquemment au lit du malade leur impuissance et leur inanité. Toutefois, hâtons-nous de le reconnaître, en quelques circonstances, leur intervention nous a rendu, nous rend et nous rendra encore de signalés services; dans quelques cas cette intervention devient d'une absolue nécessité pour éclairer un diagnostic dont la chimie ou le microscope, et quelquefois les deux ensemble, peuvent seuls nous fournir les éléments indispensables. N'est-ce pas la première qui a fait connaître à notre génération le diabète sucré mieux qu'on ne le connaissait autrefois, en nous montrant dans les urines la présence de la glycose? Et sans elle encore, comment arriverions-nous à la notion précise de la maladie, lorsqu'elle se présente à notre observation? De même pour l'albuminurie, n'est-ce pas la chimie qui nous permet à chaque instant de rechercher et de trouver cet élément essentiel d'un diagnostic qui, si nous étions privés de ce puissant secours, nous embarrasserait souvent?

J'en dirai autant du microscope. Que ne nous apprend-il pas en maintes occasions sur les éléments anatomiques normaux ou pathologiques des différents tissus de l'économie? Que de services n'est-il pas appelé à nous rendre dans l'étude de l'anatomie pathologique, qu'il a fait entrer dans une voie réelle de progrès! Aussi, tout en nous gardant de tomber dans les excès où donnent ceux qui croient que toute la pathologie se fait à l'aide de la chimie ou du microscope, qui prétendent dominer, grâce à eux, toute la médecine, et grâce à eux rationaliser la thérapeutique, il est important de les étudier l'un et l'autre, pour les utiliser à propos.

Grâce au microscope et à l'heureuse application qu'en a faite Virchow pour le diagnostic de la leucocythémie, nous pouvons aujourd'hui distinguer les hypertrophies de la rate caractéristiques de cette maladie des hypertrophies symptomatiques d'une infection, d'une diathèse palustre. C'est au microscope qu'il nous a fallu avoir recours pour établir le diagnostic précis de cette maladie chez un homme couché au n° 9 de la salle Saint-Bernard. Nous avons hésité quelque temps avant d'asseoir définitivement notre jugement à son sujet. Tandis que quelques-uns d'entre vous pensaient avec un de mes collègues des plus instruits, que nous pourrions avoir affaire à une affection des reins ; tandis que d'autres, en considérant que le malade arrivait d'un pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, et bien que cet homme affirmât n'en avoir jamais été atteint, croyaient qu'il s'agissait d'une hypertrophie de la rate consécutive à un empoisonnement palustre, le microscope est venu nous tirer d'embarras en nous montrant l'altération du sang caractéristique de la leucocythémie.

Lorsqu'on examine au microscope du sang à l'état normal, on voit, indépendamment des globules rouges, qui se présentent empilés les uns sur les autres comme une pile d'écus étalée, on en voit d'autres blancs, d'un diamètre plus considérable, en beaucoup moindre proportion que les premiers. De plus, on trouve encore des noyaux isolés, en proportion pour ainsi dire insignifiante.

Dans certaines conditions physiologiques, pendant la digestion, dans la grossesse, dans certains états pathologiques, comme dans les maladies inflammatoires ou typhoïdes, dans la fièvre puerpérale, dans le cancer et la phthisie, quand ces affections sont fort avancées, le nombre des globules blancs du sang augmente; mais cette augmentation, essentiellement passagère dans l'état physiologique, essentiellement accidentelle dans la grossesse, dans tous ces cas subordonnée à des conditions non persistantes, ne constitue pas plus la leucocythémie que la présence du sucre dans les vaisseaux artériels et veineux, jusque dans les artères rénales, et quelquefois même dans les urines pendant la digestion, ne constitue le diabète.

Cette augmentation des globules blancs dans les maladies que nous avons citées ne constitue pas plus encore la leucocythémie, que la présence de l'albumine dans les urines au début du choléra, dans l'éclampsie, dans l'augine couenneuse, ne constitue la maladie de Bright.

Pour qu'il y ait leucocythémie, c'est-à-dire cette maladie spéciale, cette dyscrasie, qui du jour où elle s'est produite va faire des progrès incessants et arriver fatalement à la mort, il faut que la proportion entre les globules blancs et les globules

---

FEUILLETON.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE D'AUXERRE.

La vingt-cinquième session sera comptée pour l'une des plus remarquables soit par l'importance des travaux, soit par le nombre des adhérents venus de contrées lointaines. Comme tout ce qui touche aux sciences en général intéresse les médecins, j'ai cru, pour bien faire connaître la ville d'Auxerre, devoir extraire du programme un fragment sorti de la plume de M. Challe, secrétaire général, aussi distingué par son érudition que par son éloquence et son vaste savoir.

« Auxerre abonde en grands souvenirs scientifiques et littéraires. Dès le cinquième siècle, grâce à l'influence puissante de son illustre évêque saint Germain, ses écoles étaient célèbres parmi toutes celles de la Gaule, et, selon les chroniques irlandaises, c'est à leur foyer que saint Patrick venait chercher la science et les lumières de la civilisation chrétienne pour en rapporter les bienfaits à son pays. C'est dans leur sein qu'au neuvième siècle s'allumait le flambeau de la renaissance intellectuelle, qui, sous Héric, Remy et Huchald, brillait d'un si vif éclat, et allait coloniser les écoles de Reims et de Paris, pour s'éclipser trop tôt sous la double action des invasions normandes et de l'anarchie féodale; flambeau qui, au onzième siècle, se rallumait dans cette contrée avec Odozanne, de Sens, et Raoul Glaber, d'Auxerre. Au siècle suivant, notre ville ouvrait de nouveau aux étudiants de la France et de l'Angleterre ses doctes cours, où Thomas Becket, au sortir des écoles de Bologne, venait se perfectionner dans les hautes sciences de la philosophie et du droit. Plus tard, cet illustre prélat, après avoir touché le faîte des grandeurs, venait demander à cette contrée un paisible et studieux asile contre les agitations politiques, ainsi que le firent ses dignes successeurs dans la chaire primatiale de Cantorbéry, le grand cardinal Langton et le vénérable saint Edmond.

» La tradition de cet éclat littéraire s'est toujours maintenue à Auxerre. Elle y a brillé aux quinzième et seizième siècles par des poëtes renommés et des érudits célèbres, parmi lesquels il suffit de citer notre savant Amyot, et au siècle dernier encore par la science profonde de notre illustre abbé Lebœuf.... et récemment notre Joseph Fourrier, qui mérita d'être à la fois membre de l'Académie française et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. »

Ajoutons notre collègue et ami le professeur Roux.

Voici maintenant le résumé des travaux de la section des sciences médicales :

I. M. le docteur Manigot (de Mége) a exposé avec clarté ses vues sur une question assez à l'ordre du jour, celle de la création des médecins cantonaux. Il a bien démontré que l'assistance gratuite en faveur des pauvres n'avait jamais fait défaut ; qu'elle avait été toujours plus réelle que l'assistance légale dans certains pays. Cet honorable et dévoué praticien voudrait que tous fussent déclarés médecins des pauvres, déclaration plus conforme à la dignité médicale.

M. le docteur Leroy, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble, fait observer que cette règle générale peut souffrir quelques exceptions dans les montagnes où les chaumières isolées sont souvent et à de grandes hauteurs et à de grandes distances.

La section applaudit aux vues généreuses de M. le docteur Manigot, et vote l'impression de son mémoire.

II. Dans le programme, on demandait : Quels seraient les meilleurs moyens à employer pour prévenir l'aliénation mentale? M. le docteur Rousseau, médecin adjoint de l'asile des aliénés, a traité la question en homme de cœur et de savoir. Il prend l'individu à sa naissance et le suit jusqu'à l'âge adulte. Il veut que l'enfant soit conduit par des procédés doux et bons; il veut que l'on écarte de lui toutes les causes de terreur, toutes les idées de sortiléges, tous ces fâcheux préjugés qui frappent l'enfant et ne s'effacent jamais.

Ici M. Bardy, conseiller à la cour impériale de Poitiers, dans une éloquente improvisation, croit trouver la source des troubles cérébraux dans l'éducation publique; il faudrait qu'elle fût toute de famille. Nous osons différer d'opinion avec ce savant magistrat, car l'expérience nous a appris que la majorité des aliénations prend sa source dans l'orgueil et l'ambition, trop souvent et de trop bonne heure nourris dans les familles.

III. M. le docteur Riboli (de Turin) présente un instrument de son invention, destiné à faciliter l'opération de la fistule vésico-vaginale. Un médecin fort expérimenté, le docteur Marie, est chargé d'en faire ressortir les avantages et l'utilité; il lui a paru aussi habilement conçu qu'exécuté. Toutefois, comme M. Marie n'avait en ce moment aucune occasion favorable pour en faire l'application, il ne peut se prononcer d'une manière affirmative sur son mérite réel. Le président demande que l'instrument soit gravé dans le recueil.

M. Riboli communique aussi deux observations fort intéressantes d'hémorrhagies, soit urétro-vaginales, soit métro-vaginales, dues à des tumeurs longtemps méconnues. Dans l'une, chez une fille de seize ans, des hémorrhagies périodiques étaient dues à une végétation survenue dans l'urèthre. M. Riboli pratiqua l'excision de la tumeur et la cautérisation de la plaie. La guérison fut radicale. Un squirrhe, une hématocèle, dit ce médecin dans la deuxième observation, comprimant le fond

rouges soit plus considérable qu'elle ne l'est dans aucune des circonstances dont il vient d'être question, proportion que les observateurs qui ont traité ce sujet fixent au minimum de 1 à 20.

Ainsi, tandis qu'à l'état normal le rapport existant entre les globules blancs et les globules rouges du sang est de 1 à 357, 355 ou 346, dans la leucocythémie ce rapport est au moins de 1 à 20; entre ce minimum et le rapport de 1 à 1 noté par M. le docteur Vidal, on a trouvé ceux de 1 à 19, à 12, à 7, et de 2 à 3. Mais, suivant Virchow, pour qu'il y ait leucocythémie, il ne suffit pas qu'il y ait augmentation des globules blancs, il faut qu'il y ait simultanément diminution des globules rouges, qu'il y ait substitution des premiers aux seconds, substitution assez considérable pour que souvent le sang prenne une coloration particulière, une teinte plus ou moins blanche, qu'il soit affecté, comme le dit l'auteur allemand, d'un véritable *albinisme*.

Lorsque, pour examiner le sang d'un individu soupçonné d'être atteint de leucocythémie — et je le répète, l'examen microscopique peut seul établir le diagnostic de la maladie d'une manière précise, — lorsque pour arriver à cette étude on pique à l'aide d'une aiguille le bout du doigt du malade, le sang à sa sortie des vaisseaux est généralement trouble, d'un rouge jaunâtre; en se coagulant, il prend une teinte brunâtre plus foncée. Dans une observation publiée par Vogel, le sang tiré de la veine fut séparé en deux portions. La première fut défibrinée. Après quatre heures, on vit surnager une crème blanchâtre, et après vingt-quatre heures, cette portion de sang défibriné se divisa en deux couches, la supérieure d'un blanc laiteux ressemblant à du pus; l'inférieure, d'un rouge brun. La seconde portion se coagula comme du sang normal; le caillot se recouvrit d'une couche blanchâtre, granuleuse, formée par l'agglomération des globules blancs. Le sérum était abondant, clair et limpide.

Considérant que cette altération du sang, que cette substitution des leucocythes aux globules colorés coïncide avec des altérations des solides que nous allons étudier; admettant que la maladie débutait par une lésion spéciale de la rate et des autres glandes vasculaires, lésions se révélant à nos yeux par leur hypertrophie avant que le sang ait subi l'altération caractéristique, Bennett et Virchow se sont fait sur la nature de la leucocythémie une théorie essentiellement différente.

Suivant Virchow, la rate et les ganglions lymphatiques sont chargés tout à la fois de former les globules incolores du sang et de détruire d'une certaine manière les globules rouges. Or, plus ces organes sont hypertrophiés, plus leur activité est grande, plus, par conséquent, sera considérable le nombre des globules blancs, et moins considérable sera celui des globules colorés.

Bennett admet aussi que la rate et les ganglions lymphatiques sont chargés de former les globules blancs du sang, mais il n'admet pas la destruction des glodules rouges. Ceux-ci ne sont autres que les premiers se modifiant et se colorant dans d'autres parties du système circulatoire. On voit donc de suite en quoi diffèrent les deux théories; car si pour Bennett elle consiste en ceci: exagération de l'activité fonctionnelle de la rate, conséquence de son hypertrophie, entraînant la formation d'un nombre de globules blancs qui finissent par circuler en si grande quantité que leur transformation en globules rouges n'est plus possible pour tous, et qui passent dans le sang en proportion plus considérable qu'à l'état normal; d'après cette théorie, il y aurait non pas substitution des globules incolores aux globules colorés, mais seulement proportion plus considérable des premiers.

M. Vidal et le professeur Magnus Huss discutent ces deux opinions, dont ni l'une ni l'autre ne leur paraissent satisfaisantes; car, d'un côté, elles s'appuient l'une et l'autre sur des théories physiologiques qui sont loin d'être démontrées; et, d'un autre côté, si la leucocythémie dépendait exclusivement de l'hypertrophie de la rate, comment ne l'observe-t-on pas avec ces hypertrophies consécutives aux fièvres intermittentes, cas dans lesquels la rate prend parfois un volume au moins aussi considérable que dans aucun fait de leucocythémie? Il faudrait donc qu'indépendamment de cette hypertrophie, la rate présentât une altération toute *spéciale* dans sa structure et dans sa fonction, altération qui n'est pas encore trouvée.

La même objection peut être faite à la *leucocythémie lymphatique* de Virchow. Si cette espèce de leucocythémie est caractérisée, suivant le professeur de Wurtzbourg, par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, la rate gardant sa dimension et sa structure normales, elle diffère en outre de la leucocythémie splénique en ce que ce ne sont plus les leucocythes qui prédominent dans le sang, mais les globulins identiques à ceux de la lymphe. Eh bien, si, dans cette espèce, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques était l'unique cause de la maladie, comment expliquer que celle-ci ne se produise pas dans tous les cas nombreux où l'on trouve des engorgements, des hypertrophies ganglionnaires sans leucocythémie? Nous en avions dernièrement encore un exemple chez un malade tuberculeux qui a succombé dans nos salles avec une hypertrophie considérable des ganglions cervicaux. Son sang, examiné au microscope, n'a présenté aucune des altérations de la maladie dont nous parlons.

En dernière analyse, on peut dire, avec MM. Vidal et Magnus Huss, que, tout en admettant que la leucocythémie est une maladie spécifique *sui generis*, nous ne possédons aucune donnée satisfaisante sur son essence, et que la relation prochaine qui peut exister entre l'altération de la rate ou des ganglions et l'altération du sang nous restera aussi longtemps inconnue que le secret de la formation du sang, que le secret des fonctions de la rate et des glandes sans conduits excréteurs, glande thyroïde, thymus, etc.

En indiquant les altérations du sang qui caractérisent la leucocythémie, nous avons indiqué la partie la plus importante de son *anatomie pathologique*. Sur ce point encore, il nous reste à dire l'état dans lequel on trouve ce liquide à l'ouverture des cadavres. Sa couleur varie du rouge brique au brun foncé, chocolat. Tantôt il se présente sous forme de caillots non adhérents aux parois des vaisseaux qu'ils remplissent au point de les dilater, mais les parois vasculaires ne sont jamais altérées. Ces caillots sont mélangés de coagulations jaunâtres ou grisâtres qui peuvent en imposer, au premier abord, pour du pus concret. Tantôt on trouve le sang fluide, pâle, jaune, rouge, rappelant par son aspect la boue splénique, et contenant des globules incolores en quantité considérable.

Les lésions organiques les plus remarquables sont celles de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques.

D[r] Léon Blondeau.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.—M. Morel-Lavallée.

Electricité appliquée à l'extraction des dents et aux opérations par l'instrument tranchant.

Extraction des dents. — Un nouveau mode d'extraction des dents, venu tout récemment d'Amérique, a eu le privilége d'attirer l'attention du public médical. On annonçait que, grâce à l'électrisation de la dent, l'opération se faisait sans douleur: excellente nouvelle pour bien des gens!

Des expériences entreprises de différents côtés ont amené des résultats contradictoires: on a reconnu que la douleur manquait chez un certain nombre de sujets, mais que ce phénomène était loin d'être constant.

Les choses en étaient restées là.

M. Morel-Lavallée, désireux de s'éclairer sur une question qui intéresse un si grand nombre de personnes de toutes classes, a repris ces expériences à l'hôpital Saint-Antoine. Il a appelé à son aide un très-habile dentiste, M. Bygrave, dont il connaît la dextérité consommée.

Disons d'abord quelques mots du procédé opératoire.

M. Bygrave, comme la plupart de ses confrères en renom à Paris, a complétement renoncé à la clef de Garengeot, instrument brutal, suivant son expression, qui fracture presque toujours l'alvéole en même temps qu'il contusionne la gencive; il emploie des daviers anglais, variables de forme et de dimension selon la dent qu'il veut extraire, et chacun en le voyant à l'œuvre reste convaincu de l'excellence du procédé. Ces daviers, dont l'action porte exclusivement sur la dent, ont un autre avantage dans les expériences qui nous occupent: ils embrassent la couronne par une large surface, et permettent ainsi une diffusion plus complète du courant sur la dent.

Nous avions à notre disposition la machine à courants induits de MM. Legendre et Morin: c'est elle qui a fourni l'électricité nécessaire.

Le patient tenait dans sa main un des réophores de la machine, l'autre réophore était fixé par un fil métallique au davier qui devait agir; puis M. Bygrave saisissait la dent malade, et l'on faisait entrer l'appareil en fonctions; les courants d'induction de premier et second ordre avaient été réunis, et la force réglée de manière à produire des secousses d'une intensité modérée, faciles à supporter pour tout le monde (le graduateur était élevé à la moitié de sa hauteur environ). L'opérateur les subissait tout d'abord, car d'une main il tenait son davier et de l'autre il se mettait en communication avec le sujet pour les besoins de l'opération, mais elles étaient assez faibles pour ne compromettre en rien la promptitude et la sûreté des manœuvres; plus tard, il lui fut facile de s'isoler soit à l'aide d'un gant de soie, soit à l'aide d'un foulard de même étoffe étendu sur la tête du patient.

Voici les résultats obtenus le 19 novembre dans une première séance:

Six dents ont été arrachées.

La première (deuxième grosse molaire de la mâchoire inférieure, côté droit), chez une Allemande qui rendait difficilement compte de ses sensations, mais qui, interrogée dans sa langue, a déclaré n'avoir ressenti aucune douleur, et n'en a pas manifesté par l'expression de sa physionomie au moment de l'extraction.

La deuxième et la troisième (deux dents de sagesse de la mâchoire inférieure du côté droit, extirpées l'une chez une femme, l'autre chez un homme) n'ont fait éprouver aucune douleur aux patients, du moins ils l'ont affirmé, et ils étaient d'autant meilleurs juges que plusieurs fois déjà ils avaient subi la même opération dans les conditions ordinaires, et avaient ressenti une douleur très vive.

La quatrième (incisive de la mâchoire inférieure) a été enlevée chez une femme, sans occasionner la moindre souffrance.

Enfin, les deux derniers faits sont encore plus probants, parce qu'ils se rapportent à des personnes intelligentes, capables de rendre un compte exact de leurs sensations.

Encouragé par ce qu'il avait vu, un des principaux employés du bureau, porteur d'une grosse molaire cariée à la mâchoire supérieure droite, s'est décidé à tenter l'épreuve; quelques instants après, il était débarrassé de sa dent, et déclarait n'avoir pas éprouvé la moindre douleur. Or cette dent avait trois racines divergentes, et adhérait dans un point à l'alvéole.

Le sixième patient est un externe du service, qui conservait depuis plusieurs mois une petite molaire du côté droit, assez profondément cariée; malgré toutes les tentatives de guérison, la dent était restée douloureuse, empêchait la mastication du côté correspondant, et donnait parfois lieu à de violents accès d'odontalgie. Témoin des faits qui précèdent, il se soumit volontiers à l'épreuve. Il eut parfaitement conscience des manœuvres exercées par le dentiste, éprouva la sensation indolente d'arrachement; la douleur, complétement supprimée au moment de l'extraction, se manifesta dans les quelques secondes qui la suivirent, mais elle fut très-modérée et parfaitement supportable. Ce

---

de l'utérus, provoquait des métrorrhagies. La guérison fut obtenue par un traitement interne, par des frictions sur les lombes et les cuisses avec le chloroforme, et surtout par le pessaire Gariel.

Le docteur Riboli est un savant médecin, très-fidèle à nos congrès; il accompagnait jadis l'illustre professeur Bertini, membre du parlement sarde, décédé en 1856. Il a eu depuis un compagnon bien remarquable, le docteur Baruffi, professeur à l'université de Turin, l'un des plus ardents défenseurs du percement de l'isthme de Suez.

IV. Un appareil pour la réduction et la contention des membres inférieurs est présenté par M. le docteur Marquis, de Tonnerre.

L'honorable doyen des médecins d'Auxerre, M. Paradis, fait un excellent rapport sur cet appareil, dont il loue l'exécution.

V. M. Ancelon expose avec talent le procédé de ligature appliquée au staphylome de la cornée transparente, et ajoute deux nouveaux faits de succès obtenus par lui dans cette opération. La section exprime le désir de la publication de ce mémoire.

VI. Le programme contenait cet appel à la science: « Les épidémies et la mortalité, en général, ont-elles subi des modifications depuis l'introduction de la vaccine? »

M. le docteur Duché, médecin à Ouanne, communique à ce sujet une spirituelle et vive appréciation de quelques inconvénients qu'il croit attachés à l'insertion et aux effets du virus-vaccin. Son texte principal avait été celui-ci: « La fièvre typhoïde est-elle plus grave chez les individus vaccinés que chez les non-vaccinés? » Et il se prononce pour l'affirmative. Il est soutenu sur ce point capital par M. Ancelon.

Cette doctrine est combattue par MM. Paradis, Marie, Couzot, Andrieux, Dionis, Dupré; puis M. le professeur Leroy propose d'adopter, et on adopte la formule suivante: La section des sciences médicales *reconnaît toujours au vaccin la propriété de garantir de la variole;* elle admet aussi, de même que l'Académie impériale de médecine, *qu'il peut être utile de vacciner une seconde fois* après un certain laps de temps.

Telle est aussi la conviction de MM. les médecins militaires, puisque tous les soldats de l'armée sont successivement vaccinés ou revaccinés. Telle est aussi la conviction d'une célébrité, justement acquise par des travaux originaux, M. le docteur Bonnafont, médecin principal, qui est venu nous apporter le tribut de ses lumières et de ses connaissances.

Ceux d'entre nous, et ils sont rares, qui ont pu, avant la découverte de Jenner, voir et traiter des fièvres dites putrides, putrides-malignes, ont pu se convaincre que de nos jours ces espèces de maladies, quels qu'en soient la gravité et le nom, n'ont rien qui annonce une dégénérescence nouvelle.

Je suis de ce nombre, et bien que M. Ancelon soit mon ami, je ne puis partager ses opinions sur la nocuité du virus vaccin. *Amicus Plato, magis amica veritas.*

VII. M. Evrat, médecin de l'asile des aliénés de Grenoble, est à la tête d'un établissement qui s'élève sur de belles proportions. Il a profité du congrès d'Auxerre pour venir étudier le grand modèle, considéré tant sous le point de vue architectural que sous le point de vue des méthodes hygiéniques et thérapeutiques.

Nous devons à M. Evrat des réflexions sur les hommes à qui l'humanité doit d'avoir brisé les chaînes et ouvert les cachots des aliénés; il démontre, les pièces à l'appui, que Daguin, en Savoie, a eu l'honneur de la priorité dans cette grande et heureuse réforme.

Aux yeux de la section, cette justice ne ravit rien à la gloire de notre Pinel, qui le premier a réalisé cette réforme sur une grande échelle, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière.

VIII. M. le docteur Dupré (de Paris) a présenté un appareil destiné à maintenir les hernies qui ne peuvent l'être.

Une discussion s'engage sur le taxis pratiqué avec trop de persistance contre les hernies étranglées; M. le docteur Dionis en fait ressortir le danger. Il pense aussi que l'anesthésie compte peu de succès pour faciliter la réduction.

L'appareil de M. Dupré sera reproduit dans les gravures du recueil.

IX. Une importante question de physique médicale figurait dans le programme: *Du degré d'application de l'électricité d'induction, ou faradisation.*

M. le docteur Tonnellier l'a traitée en savant et en praticien. Après le développement scientifique, il cite une série de faits d'application qui confirment les avantages que l'on peut retirer du nouveau moyen.

Il a été demandé à M. Tonnellier s'il s'était servi de l'un des appareils du docteur Duchenne (de Boulogne). Il répond qu'il avait d'abord employé celui d'Eric Bernard, qu'il a remplacé par un petit instrument inventé par Loret, marchant au moyen d'une pile à charbon de Bunsen.

A cette occasion, j'ai rappelé qu'en 1832 j'avais fait porter à l'Hôtel-Dieu de Paris deux piles à auges pour attaquer le choléra asphyxique au moyen de ce que j'appelais la *galvano-puncture*. Il s'agissait de faire pénétrer dans l'intérieur des tissus des médicaments que vainement on introduit dans les voies digestives qui n'absorbent plus.

C'est une idée qu'il faudrait suivre en faisant des expériences préalables sur les animaux vivants. La galvanoplastie nous met sur la voie.

V. Bally,
Membre de l'Académie impériale de médecine.

(La fin à un prochain numéro.)

jeune homme s'était deux fois soumis à l'opération ordinaire, et avait éprouvé une douleur très-vive.

La deuxième séance (20 novembre) est venue nous apporter un contingent de six nouveaux faits, tous favorables à l'emploi de l'électricité.

Une première grosse molaire supérieure droite a d'abord été extraite chez une femme adulte.

Une première grosse molaire supérieure gauche chez un homme d'âge moyen.

Une deuxième grosse molaire supérieure gauche, chez un autre homme dans les mêmes conditions.

Une première grosse molaire supérieure gauche, chez un enfant de douze ans.

Les deux dernières dents (les premières grosses molaires de la mâchoire inférieure) appartenaient à un jeune homme.

Plusieurs de ces malades éprouvaient, de la part de l'électricité, une surprise assez désagréable, des mouvements convulsifs dans le bras et le côté de la face correspondants aux deux réophores, qu'il fallait bien distinguer de la douleur véritable, inhérente à l'extraction des dents. Interrogés par M. Morel, ils répondaient, il est vrai, qu'ils n'avaient aucunement souffert; mais pour rendre le fait plus probant, M. Morel a employé un artifice très-simple qui ne peut laisser place à aucun doute. Sous prétexte d'arrêter le sang, il replaçait le davier sur une dent saine; le courant passait de nouveau, et faisait éprouver au patient la même sensation qu'au moment de l'extraction.

Presque toutes les dents, dans cette dernière séance, étaient d'une extraction difficile, à racines multiples et divergentes, exigeaient des efforts parfois considérables, et n'auraient pas manqué d'occasionner des douleurs très-vives dans les conditions ordinaires.

Dans la troisième séance (22 novembre), le succès ne s'est pas démenti.

Une première grosse molaire inférieure gauche a été enlevée chez une jeune femme sans la moindre douleur; le fait a été très-probant pour tous les assistants.

Un homme s'est présenté ensuite; il a ressenti des secousses dans le poignet au moment de l'extraction d'une grosse molaire supérieure gauche, mais n'a point éprouvé de douleur.

Le troisième fait s'est passé exactement de la même façon: un homme s'est fait extraire une deuxième incisive supérieure gauche; il a eu des secousses dans le poignet, sans aucune douleur du côté de la dent.

Le quatrième fait présente quelques particularités, il est relatif à l'un des élèves présents à l'expérimentation. Ce jeune homme portait à la mâchoire inférieure (côté droit) une deuxième petite molaire complétement découronnée, pour laquelle on a employé la langue de carpe. Il a ressenti, dit-il, une douleur assez vive au moment de l'extraction; mais on s'est aperçu, quand on a voulu faire la contre-épreuve, que le mandrin qu'il tenait à la main n'était plus en rapport avec la machine électrique, le fil conducteur s'étant détaché. Il est probable, dès lors, que la communication avait été interrompue pendant le cours des manœuvres; ce qui porte à le croire, c'est qu'il avait éprouvé des secousses au moment de l'application de l'instrument sur la dent, mais à ce moment-là seulement.

Le dernier fait que nous ayons à signaler présente une particularité intéressante: il s'agit d'une jeune dame de la clientèle de M. Morel, à laquelle M. Bygrave arracha une dent en présence de ce chirurgien; au moment où l'opérateur, pour prendre un point d'appui, appliquait sa main sur la tête de la personne en question, une douleur se fit sentir dans l'œil correspondant, accompagnée d'une rougeur instantanée de médiocre intensité, qui disparut au bout de quelques instants. Pour remédier à cette diffusion du courant, l'opérateur se servira, ainsi qu'il est indiqué plus haut, d'un gant de soie ou bien d'un foulard de même étoffe jeté sur la tête du patient. Dans le cas qui nous occupe, la douleur de l'extraction a été nulle, bien que la personne fût très-impressionnable et redoutât beaucoup l'opération (1).

Incision. — Une jeune femme se présentait à la consultation le 20 novembre, avec un abcès assez volumineux de la paroi interne de l'aisselle. M. Morel résolut de l'ouvrir en employant l'électricité. Il plaça l'un des réophores dans la main de la malade, et mit l'autre en communication avec son bistouri. L'incision fut pratiquée rapidement et sans occasionner la moindre douleur. La malade avait poussé un petit cri dû à la surprise causée par l'électricité.

Le 22 novembre, trois nouvelles incisions ont été pratiquées; la première sur un homme de trente ans couché au n° 31 de la salle Saint-François, pour un abcès de la région inguinale. Cet homme a ressenti au moment de l'incision une douleur assez vive, mais il faut noter que le courant employé chez lui était moitié moins fort que dans les cas précédents, et tout à fait insuffisant, ainsi qu'on s'en est aperçu après l'opération.

La deuxième incision était faite pour enlever un séquestre peu étendu situé au-dessous de la peau, chez un homme de trente-deux ans; le malade n'a senti que les secousses électriques.

Par la troisième incision, on se proposait d'arrêter les progrès d'un panaris arrivé à la période de suppuration. On sait combien la douleur est vive en pareil cas; elle a été complétement nulle chez le malade qui nous occupe.

Le 24 novembre, deux nouvelles incisions sont pratiquées, la première chez un Allemand dont on ne peut rien tirer de précis, la deuxième chez un autre malade du service qui présente un décollement étendu de la peau de la jambe consécutif à un abcès; il compare sa douleur pendant l'incision à celle qu'il éprouve quand il se fait des coupures par inadvertance, c'est-à-dire qu'elle est à peine marquée.

Le 25 novembre, M. Morel ayant à ouvrir un abcès, s'est contenté d'appliquer les deux réophores aux extrémités du diamètre de la tumeur; l'incision a pu être pratiquée sans que le malade en eût conscience, au point qu'après l'opération il disait préférer qu'on attendît au lendemain.

(1) En résumé, sur 17 faits, un seul est accompagné de douleur, circonstance qui s'explique très-bien par l'interruption du courant; les seize autres ont amené un succès complet.

On a répété la même expérience d'une autre façon sur plusieurs des élèves du service.

M. Morel appliquait les deux mandrins de l'appareil électrique sur la peau, à une faible distance l'un de l'autre; on pouvait piquer assez fortement les parties molles intermédiaires sans éveiller la sensation de douleur, neutralisée qu'elle était par la sensation beaucoup moins pénible du courant qui passait. Le sens du toucher était intact, et l'on sentait parfaitement l'aiguille traverser le derme. On comprend le parti qu'on peut tirer de ces faits pour les incisions.

EMBARRAS GASTRIQUE;

troubles cérébraux sympathiques graves; guérison.

Par M. le Dr A. Foucart.

Mme X..., âgée de quatre-vingt-trois ans, est d'une excellente constitution, d'une bonne santé habituelle; elle n'a jamais jusqu'à ce jour éprouvé aucune maladie, aucune indisposition sérieuse.

Le vendredi 10 septembre dernier, dans la matinée, après une nuit qui s'était bien passée, et avant d'avoir pris aucun aliment, elle se sentit tout à coup faiblir; mais elle eut cependant encore le temps et la force d'aller s'asseoir dans un fauteuil. Son visage, qui était d'une pâleur extrême, s'était couvert d'une sueur froide; les mains, les pieds et toute la surface du corps, étaient froids également; le pouls, très-lent et presque insensible, était irrégulier et intermittent (1). La malade accusait une violente céphalalgie, un malaise indéfinissable, et après de très-grands efforts, elle vomit une petite quantité d'un liquide clair et glaireux. Cette indisposition n'avait été annoncée par aucun trouble de la santé. A peine avait-on remarqué les jours précédents un peu de fatigue et de diminution de l'appétit.

La malade se mit au lit, et ne prit, pendant toute la journée, que quelques tasses d'une légère infusion de thé. Le pouls ne tarda pas à devenir plus fort, et la chaleur de la peau à se rétablir; en un mot, une certaine réaction s'opéra, mais sans s'élever au degré d'une réaction fébrile. Les nausées et les vomissements ne se reproduisirent plus; mais pendant toute la journée l'inappétence fut complète. Il y eut un peu d'agitation, quelques douleurs dans les membres; la langue demeura large et blanche. Il n'y avait ni diarrhée ni constipation. Une selle se fit spontanément. Le soir, la malade ne ressentait que le besoin de sommeil, et l'on pouvait croire que l'on n'avait eu affaire qu'à une indisposition passagère et insignifiante.

Le lendemain, en entrant dans sa chambre, on trouva Mme X... dans un état très-alarmant. Le visage était devenu fort pâle, les traits étaient profondément altérés; les yeux étaient ternes et sans expression. La malade ne reconnaissait aucun des membres de sa famille, et ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait. Lorsqu'on la pressait un peu fort et qu'on insistait en lui parlant très-haut, elle ne répondait que ces trois mots: *Laissez-moi tranquille*. Si on voulait la faire boire, elle serrait les lèvres et repoussait le liquide.

Lorsqu'elle ouvrait les yeux, elle regardait d'un air hébété ceux qui l'entouraient; du reste, elle ne paraissait pas souffrir, et l'on ne put constater aucun trouble de la sensibilité ni des mouvements. La respiration était normale, le pouls très-faible; la langue était blanche, l'haleine fortement acide; on essaya, mais en vain, de lui faire prendre quelques cuillerées de limonade purgative.

C'est alors que je fus appelé près d'elle par un de ses proches parents, mon excellent confrère et ami le docteur Châtillon; redoutant des accidents inflammatoires du côté du cerveau, nous fûmes d'accord pour lui appliquer quatre sangsues derrière chaque oreille, ce que l'on ne fit pas sans difficulté, la malade se débattant et cherchant à les arracher. On parvint dans la journée à lui faire avaler une pilule contenant une goutte d'huile de croton tiglium.

Une idée fixe s'empara alors de la malade. Elle voulut se lever et s'habiller. On essaya de la maintenir dans son lit; mais reconnaissant bientôt que sa faiblesse augmentait à mesure que la lutte se prolongeait, on finit par céder; à peine fut-elle debout que ses jambes fléchirent; on la fit asseoir. Alors, et sans prononcer une parole, elle se mit à faire tous les mouvements d'une personne qui s'habille, qui se peigne, etc. Les mouvements automatiques durèrent près de deux heures; mais au bout de ce temps le visage était fortement altéré. Le corps était couvert d'une sueur froide; le pouls était redevenu insensible. La malade, qui était d'une faiblesse extrême, se laissa reporter dans son lit comme un corps inerte et sans résistance. Les yeux étaient fermés, et quand on soulevait les paupières, on voyait les pupilles fixes et largement dilatées. La mort paraissait imminente.

Cet état se prolongea jusque dans la soirée, moment où quelques selles se produisirent sous l'influence de l'huile de croton. Des frictions et des sinapismes la réchauffèrent un peu, et pendant la nuit le pouls se releva. La respiration était régulière, libre; mais la malade était toujours en perte de connaissance, et dans un état de prostration des plus alarmants. Pendant toute la nuit elle resta plongée dans un état qui n'était ni calme comme le sommeil, ni profondément absorbant comme le coma.

Cet état persista pendant la matinée du 12. Vers le milieu de la journée, la langue continuant à être blanche et saburrale, malgré la menace d'accidents cérébraux, je proposai à mon confrère l'emploi d'un vomitif qu'il accepta. Nous fîmes donc avaler de force à la malade 0,10 centigrammes de tartre stibié dissous dans deux cuillerées d'eau. Peu après survint un vomissement de bile presque pure et en grande abondance. La malade parut fatiguée de cette secousse, et dormit un peu.

A son réveil, vers six heures du soir, elle reconnut pour la première fois les personnes qui l'entouraient, et lui adressa la parole. Les deux jours qui venaient de s'écouler n'avaient pas existé pour elle; elle n'avait aucun souvenir de ce qui venait de se passer, et elle fut surprise d'apprendre qu'elle avait été très-malade.

La nuit se passa bien; dès le lendemain, la malade se levait pendant quelques heures et mangeait un potage de fort bon appétit. Les forces revinrent rapidement, et la santé fut au bout de quelques jours aussi bonne qu'avant l'accident.

Quelle était la cause de ces troubles profonds survenus subitement, et si rapidement dissipés?

Il est impossible de songer à une affection propre des centres nerveux. Quelle est la congestion cérébrale, quels sont l'hémorrhagie, le ramollissement ou l'inflammation qui ressemblent même de très-loin à un ensemble de phénomènes aussi singuliers que ceux présentés par notre malade? Parmi ces phénomènes, quelques-uns constituent par leur réunion cet état pathologique aussi réel que mal défini des voies digestives, connu sous le nom d'embarras gastrique. La blancheur de la langue, l'acidité de l'haleine, les vomissements qui ont marqué le début de la maladie, et enfin la terminaison subite des accidents par les vomissements bilieux provoqués par l'émétique, voilà certainement, sinon des preuves, au moins des présomptions d'une grande valeur en faveur de l'existence d'un embarras gastrique.

C'est évidemment sous l'influence de cet état morbide que se sont montrés tous les troubles que l'on a observés dans l'intelligence et dans l'innervation. Ces phénomènes sympathiques existant entre l'estomac et le cerveau n'ont rien d'insolite. Quoi de plus fréquent que les faits qui prouvent la dépendance réciproque de ces deux appareils organiques?

Nous conserverons donc à cette observation le titre que nous lui avons donné, bien que peut-être pût-on nous faire une objection, à savoir, que cette réaction intense de l'estomac sur les centres nerveux peut sembler peu en rapport avec la vie plus indépendante et plus isolée de chacun des organes dans la vieillesse.

Comme dernière conséquence à tirer de ce fait, nous ferons remarquer qu'il vient à l'appui de cette opinion: que les phénomènes cérébraux ne contre-indiquent pas toujours l'emploi des vomitifs, comme le prétendent certains adversaires systématiques de cette médication. Dans les cas de cette nature, loin d'augmenter les troubles intellectuels, un émétique les fait disparaître comme par enchantement, en faisant justice de l'état pathologique qui les détermine.

(1) Cette intermittence du pouls n'était pas particulière à l'état actuel. Il y a plus d'un an que l'on a constaté cette irrégularité, sans que l'auscultation du cœur ait jamais rien fait découvrir autre chose qu'une irrégularité des battements, semblable à celle des battements artériels. Jamais il n'y a eu ni troubles fonctionnels ni symptômes locaux ou généraux d'affection organique du cœur.

LA PEPSINE EN PILULES,

Par M. Hogg, pharmacien.

Parmi les préparations nouvelles et destinées à prendre une grande importance en médecine, nous devons distinguer celles que M. Hogg, pharmacien de Paris, vient de faire avec la pepsine. Cette substance, dont les effets sur les organes de la digestion sont si remarquables, semblait en vérité indiquer la forme des pilules comme celle qui lui convient le mieux, tant pour ses usages que pour sa conservation médicamenteuse.

La prompte altération de la pepsine au simple contact de l'air atmosphérique et de l'humidité, indique en effet la préférence qui doit être donnée aux pilules sur les préparations plus ou moins liquides ou exposées à l'air que l'on a voulu confectionner avec cette précieuse substance.

Voici donc les trois sortes de pilules à la pepsine que prépare M. Hogg, nous en trouvons la formule et les indications curatives dans le mémoire qu'il a adressé à ce sujet à l'Académie de médecine, il y a déjà deux ans.

1° Pilules nutrimentives a la pepsine acidifiés en vue des affections gastralgiques, dyspeptiques, etc., et dans tous les cas où la digestion est difficile ou impossible.

2° Pilules de pepsine au fer réduit par l'hydrogène, en vue des maladies chlorotiques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruations difficiles), et en vue aussi de fortifier les tempéraments débilités ou naturellement faibles.

3° Pilules de pepsine a l'iodure ferreux inaltérable, en vue des maladies scrofuleuses et lymphatiques; la phthisie, la cachexie chlorotique, et les affections atoniques générales de l'économie.

Le nom de M. Hogg se recommande à la médecine par l'introduction de l'huile de foie de morue naturelle ou blanche dans la pharmacie française; les praticiens lui seront toujours reconnaissants de ce service.

DU SUCRE DANS LES CATARRHES INTESTINAUX

et dans d'autres maladies de l'enfance;

Par les Drs Behrend et Sieber.

L'action thérapeutique du sucre est encore à peu près inconnue. Cependant sa transformation en acide lactique laisse entrevoir que, dans les fièvres, il doit agir favorablement, surtout si l'on admet qu'il forme des lactates, et l'on peut aussi soupçonner son utilité dans les cas où l'urine est alcaline ou ne contient pas assez d'acide libre pour dissoudre les urates. Mais ce qui nous manque encore, c'est l'observation au lit du malade. L'auteur désire combler cette lacune; à cet effet il relate les deux observations suivantes, se promettant de continuer ses essais et d'en faire connaître le résultat.

Obs. I. — Frédéric, trois ans, est pris de diarrhée et de fièvre gastrique pendant l'été, à une époque où ces maladies régnaient fortement. La fièvre était violente, les coliques douloureuses, avec une grande sensibilité de l'abdomen.

Le traitement antiphlogistique fut appliqué modérément, à cause de la débile constitution du sujet. La diarrhée persista, et elle s'accompagna d'une telle irritabilité de l'estomac, que l'enfant vomissait tout ce qu'il prenait; l'eau sucrée seule était supportée. On combattit la diarrhée par divers moyens et surtout par toutes sortes de lavements, sans le moindre succès.

L'enfant maigrissait beaucoup; le pronostic paraissait défavorable. Ce fut alors qu'on résolut de recourir à l'emploi méthodique du sucre, d'autant plus que l'enfant continuait à rejeter toute autre substance, et qu'on pouvait regarder la maladie comme un catarrhe chronique des intestins. On donna toutes les heures 16 grammes de sucre pilé, humecté d'un peu d'eau, et l'on continua régulièrement pendant huit jours, même de nuit.

Le cinquième jour, les coliques avaient beaucoup diminué et la sensibilité de l'épigastre avait presque disparu; la diarrhée persistait, mais les selles étaient moins fréquentes et moins liquides, toujours bilieuses. Peu à peu on donna du bouillon gras sucré, qui fut toléré.

Au bout de neuf jours l'enfant avait repris sa gaieté; la guérison fut complète.

Obs. II. — La seconde observation concerne un petit garçon de quatre ans qui, à la suite d'un catarrhe intestinal chronique, était tombé dans le marasme. Cet enfant avait l'épigastre très-sensible; les substances les plus légères produisaient des coliques et augmentaient la diarrhée. On lui appliqua le même traitement qu'au précédent: 16 grammes de sucre toutes les heures pendant plusieurs jours, puis bouillon gras au sucre avec jaune d'œuf.

La guérison eut lieu au bout de trois semaines. Le sucre avait été continué pendant tout ce temps, mais à des doses de plus en plus faibles.

(*Journ. f. Kinderkrankheiten* et *Gazette médicale de Paris*.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 novembre 1858. — Présidence de M. Despretz.

Nœud vital. — M. FLOURENS donne les nouveaux détails suivants sur le nœud vital:

En 1760, Lorry écrivait ces paroles remarquables: « La division et la compression de la moelle de l'épine, dans un endroit déterminé, produisent la mort subite: inférieurement à cet endroit, cette moelle coupée produit la paralysie; elle la produit de même supérieurement. »

Il ajoutait: « Cet endroit se trouve, dans les petits animaux, entre la seconde et troisième, troisième et quatrième vertèbres, entre la première et seconde vertèbres du col, et entre la seconde et troisième pour les animaux d'un volume plus considérable. »

En 1812, Le Gallois avançait beaucoup la détermination de l'endroit indiqué par Lorry, lorsqu'il disait: « Ce n'est pas du cerveau tout entier que dépend la respiration, mais bien d'un endroit assez circonscrit de la moelle allongée, lequel est situé à une petite distance du trou occipital et vers l'origine des nerfs de la huitième paire ou pneumogastriques. »

En 1827, je faisais un nouveau pas, et beaucoup plus grand, vers la détermination précise de l'endroit cherché, lorsque, dans un mémoire lu à l'Académie, je disais: « La limite supérieure du point central et premier moteur du système nerveux se trouve immédiatement au-dessus de l'origine de la huitième paire, et sa limite inférieure trois lignes au-dessous de cette origine. »

En 1851 enfin, j'ai fait un nouveau pas encore, et que j'ose croire définitif, lorsque j'ai dit: « La limite supérieure passe sur le *trou borgne*; la limite inférieure passe sur le point de jonction des *pyramides postérieures*; entre ces deux limites est le *point vital*, et, de l'une de ces limites à l'autre, il y a à peine une ligne. »

Je fais l'expérience de plusieurs manières, et d'abord par une section transversale de la moelle allongée tout entière.

Si la section passe en avant du *trou borgne*, les mouvements respiratoires du thorax subsistent.

Si la section passe en arrière du point de jonction des *pyramides postérieures*, les mouvements respiratoires de la face (le mouvement des narines et le bâillement) subsistent.

Si la section passe sur le milieu du *V de substance grise*, les mouvements respiratoires du thorax et de la face sont abolis sur-le-champ et tout ensemble.

Je fais, en second lieu, l'expérience au moyen d'un emporte-pièce dont l'ouverture a trois millimètres de diamètre.

Si la section, ou plus exactement la destruction, opérée par l'emporte-pièce, passe en avant du *trou borgne*, les mouvements respiratoires du thorax subsistent; si elle passe en arrière du point de jonction des *pyramides postérieures*, les mouvements respiratoires de la face subsistent; mais si la section passe sur le milieu du *V de substance grise*, tous les mouvements respiratoires du thorax et de la face sont abolis à la fois.

Je fais, enfin, l'expérience d'une troisième manière.

Je me sers d'un scalpel à double tranchant, à pointe très-obtuse, et dont la lame a cinq millimètres de largeur.

J'opère, avec ce scalpel, une section transversale de la *partie moyenne* de la moelle allongée.

Je n'ai pas besoin de répéter que, de même que dans les expériences précédentes, si la section est trop en avant, les mouvements du thorax subsistent, et que si elle est trop en arrière, ce sont ceux de la face.

Si la section passe exactement sur le milieu du *V de substance grise*, tous les mouvements respiratoires du tronc et de la face sont abolis sur-le-champ.

Mais voici une vérité nouvelle et fondamentale que ce procédé nouveau met en lumière. C'est que le *nœud vital* est double, c'est-à-dire formé de deux parties ou moitiés réunies sur la ligne médiane et dont chacune peut suppléer à l'autre, la moitié droite à la moitié gauche, et réciproquement la gauche à la droite.

On peut couper la moitié droite du *nœud vital*, et la vie subsiste; on peut couper la moitié gauche, et la vie subsiste. Pour que la vie cesse, il faut que les deux moitiés soient coupées, et toutes deux dans la même étendue, dans une étendue de *deux millimètres et demi* chacune: pour les deux et en tout, *cinq millimètres*.

Une section transversale de *cinq millimètres* dans un point donné de la moelle allongée, voilà tout le peu qu'il faut pour détruire la vie.

M. Longet, dans son *Traité de physiologie* (tome II, page 206), s'exprime ainsi: « J'ai pu diviser, détruire à ce niveau (au niveau marqué par M. Flourens) les pyramides et les corps restiformes, et voir la respiration persister: au contraire, la destruction isolée du faisceau intermédiaire du bulbe, au même niveau, a produit la suspension instantanée de la respiration. »

Rien de plus exact. On voit, sur la troisième des figures qui sont sous les yeux de l'Académie, que le cercle qui circonscrit et isole le *V de substance grise* est compris lui-même entre les *pyramides postérieures*, et que, par conséquent, ni ces *pyramides*, ni, à plus forte raison, les *corps restiformes*, ne sont pour rien dans le phénomène.

Dans la note que j'ai lue, en 1851, à l'Académie, je disais en terminant: « Les physiologistes m'ont souvent demandé de leur indiquer, par un terme anatomiqae, la place précise du *point* que je nomme le *point vital*.

» Je leur réponds: La place du *point vital* est la place marquée par le *V de substance grise*. »

Je croyais, en parlant ainsi, rendre service aux physiologistes. Ils me demandaient une *marque extérieure*, un *indice* du lieu où se trouve le *nœud vital*, et je la leur donnais; mais je ne m'imaginais pas qu'ils prendraient l'*indice* pour la *chose*, la marque du lieu où est le *nœud* pour le *nœud* même.

Cependant il paraît que quelques-uns ont commis cette méprise. Ils ont enlevé le *V de substance grise*, et ils ont été étonnés que l'animal ne soit pas mort. L'étonnant eût été qu'il fût mort. Le *V de substance grise* n'entre pour rien dans le *nœud vital*.

On peut enlever le *V de substance grise*, et l'animal ne s'en ressent point.

On peut faire plus: on peut percer de part en part la moelle allongée en passant entre les deux moitiés du *nœud vital*. Si les deux moitiés ne sont pas lésées, ou ne le sont du moins que très-peu, l'animal ne s'en ressent point.

Je l'ai déjà dit: pour que la vie cesse, il faut que les deux moitiés du *nœud vital* soient coupées, détruites, et le soient, toutes deux, dans une égale étendue, dans l'étendue de *deux millimètres et demi* chacune: c'est là qu'est l'expérience.

Système veineux abdominal du caïman. — M. H. JACQUART lit une note sur plusieurs points du système veineux abdominal du caïman à museau de brochet. (Voir le *Premier Paris*.)

Pouls dicrote. — M. MAREY communique un mémoire ayant pour titre: *Interprétation hydraulique du pouls dicrote*.

L'objet de ce mémoire est de donner une explication nouvelle d'une des variétés du pouls pour l'explication de laquelle les théories étaient toutes défectueuses: le pouls dicrote (*bis feriens*).

Un fait clinique dont la découverte est due à M. Beau, vient renverser toutes les théories par lesquelles on avait tenté d'expliquer le dicrotisme. C'est l'absence constante de la double pulsation à l'artère fémorale et à toutes les artères du membre inférieur, dans les cas même où les artères des bras et de la tête offrent le dicrotisme le plus prononcé. Ce fait, que j'ai constaté pendant près d'un an dans le service même de M. Beau, sans aucune exception, m'a paru devoir entrer comme élément fondamental dans une théorie nouvelle; comme autre élément, j'ai fait entrer les caractères de la deuxième pulsation, qui, suivant de près la première, semble en être le rebondissement, le reflux, l'écho, pour ainsi dire.

C'est précisément dans la théorie de l'écho que je trouve la comparaison la plus claire pour faire comprendre ma théorie du dicrotisme.

Le pouls dicrote, perçu dans les artères qui naissent près de l'origine de l'aorte, serait dû au reflux d'une pulsation qui se réfléchit à la terminaison de l'aorte sur l'éperon qui résulte de la bifurcation aux deux iliaques.

De même que dans la répétition d'un son par un écho, l'observateur placé à la muraille réfléchissante ne perçoit qu'une fois ce son, tandis qu'il sera double au point d'où il a été émis, de même le doigt qui explore la fémorale ne perçoit qu'une pulsation, parce que cette artère naît du point où l'ondée se réfléchit, tandis que la pulsation est double sur les artères qui naissent près de l'origine de l'aorte, c'est-à-dire près de l'endroit d'où part l'ondée lancée par le cœur. Quant à la moindre intensité de la seconde pulsation, elle correspond exactement à la moindre intensité du second bruit dans un écho, et s'explique par le plus long trajet qu'a dû parcourir cette ondée et pendant lequel elle a dû nécessairement s'affaiblir.

Quelque satisfaisante que puisse paraître, au premier abord, cette théorie, elle devait être soumise à l'expérimentation, et si elle était bonne, on devait pouvoir artificiellement produire le dicrotisme sur des tubes élastiques disposés de manière à simuler l'aorte, les artères du membre inférieur et celles du bras ou de la tête. L'expérience ainsi faite a pleinement confirmé la théorie conçue *à priori*. J'ai ainsi produit artificiellement le pouls dicrote sur les tubes voisins de l'orifice d'entrée du conduit qui représentait l'aorte, tubes correspondant aux artères du bras et de la tete, tandis que la pulsation était simple sur ceux qui représentaient le système artériel du membre inférieur.

On objectera peut être que si le pouls dicrote était dû à une disposition anatomique constante, il devrait toujours exister, même à l'état de santé la plus parfaite. A cela je réponds que peut-être à l'état normal il y a, dans les artères où le dicrotisme peut se produire, une seconde pulsation insensible à notre toucher, mais que pourraient traduire des appareils sensibles. Ainsi, sur la carotide du cheval, le pouls recueilli à l'aide du sphygmograpbe par Ludwig a donné un dicrotisme très-marqué.

De plus, dans les cas de maladies où notre toucher suffit à reconnaître le pouls dicrote, la première pulsation est très-énergique, c'est là une condition indispensable, et le pouls petit n'est jamais dicrote. Les anciens en avaient bien fait la remarque, et Bordeu avait considéré ce ce pouls comme signe de pléthore, comme pronostic d'hémorrhagie. Voici donc un caractère de plus en faveur de la théorie que je propose.

Ce mémoire, qui se rattache à un ensemble de recherches sur la circulation, dont plusieurs parties ont déjà été soumises au jugement de l'Académie, est renvoyé, comme l'avaient été les mémoires précédents, à l'examen de la commission chargée de décerner le prix de physiologie expérimentale.

Statistique mortuaire du croup. — M. BARTHEZ communique une note sur la statistique mortuaire du croup à l'occasion d'une communication récente sur ce sujet.

L'auteur, dans une lettre jointe à sa note, la résume dans les termes suivants:

Dans ce travail, dit M. Barthez, je cherche à démontrer les propositions suivantes:

1° Si l'on nie que le nombre des croups ait augmenté dans Paris dans une proportion plus grande que la population, il faut admettre que de 1826 à 1840 on guérissait un croup sur trois, tandis que depuis 1841 jusqu'en 1858 on n'en a pas guéri un seul. Cette conclusion, qui ressort des tables mortuaires de M. Bouchut, est telle qu'il n'y a pas lieu d'y insister.

2° Cette augmentation du nombre des croups à Paris est beaucoup plus rapide que celle de la population.

3° Le traitement du croup à l'hôpital des Enfants, de 1833 à 1839, a donné pour résultat, consigné dans les publications du temps, une guérison sur 6 1/2, et en 1840-41 une guérison sur 18 1/2.

Le traitement moderne du croup à l'hôpital des Enfants depuis huit ans et à l'hôpital Sainte-Eugénie depuis sa fondation, donne une guérison sur 3 ou 4.

4° Donc, d'une part, la proportion des croups a considérablement augmenté à Paris depuis vingt ans; d'autre part, le traitement moderne du croup a diminué la proportion de la mortalité, au moins dans nos hôpitaux, et constitue un progrès dont les médecins ont lieu d'être fiers.

5° Mais cela n'empêche pas de reconnaître que la trachéotomie peut entraîner certains accidents que nous connaissons et dont nous pouvons diminuer le nombre et la gravité. (Commission nommée pour la note de M. Bouchut: MM. Andral et Rayer.)

— M. MERCIER, à l'occasion d'une lettre récente de M. Heurteloup, adresse la lettre suivante:

Si M. Heurteloup s'était contenté d'affirmer que, dans la taille par le grand appareil, on incisait *toujours* le col de la vessie, je laisserais aux traités et manuels de médecine opératoire le soin de prouver le contraire, et de lui apprendre que c'était *lithotomie* et non *cystotomie* qu'on disait alors.

Mais il ajoute qu'il ne débride *jamais* (sans doute pour paraître ne rien devoir à Lecat), et qu'il était de notion *très-élémentaire* avant moi que le col de la vessie peut être dilaté *instantanément*, largement et sans déchirures. Voici une phrase qui répond à ces deux assertions et qu'il ne récusera pas, j'espère, puisque je l'emprunte à un article qu'il a fait insérer dans le *Journal des Débats* du 9 octobre et dans les autres journaux politiques:

« Personne, certes, n'avait pu prévoir *à priori* que le col de la vessie, *avec* ou sans débridement superficiel, se dilaterait assez pour » donner passage à des calculs volumineux... »

Je pourrais en dire plus, si je n'avais hâte de voir cette discussion se terminer. (Commissaires précédemment nommés, MM. Velpeau, Jobert, Civiale.)

— M. BUISSON présente une note sur la *fièvre puerpérale*, sur la nature de cette maladie, sur les causes qui la font naître, et sur le mode de traitement qu'il faut lui opposer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour la nomination du deuxième chef interne des hôpitaux de Marseille s'est terminé par la nomination de M. Combalat. L'un de ses concurrents, M. Lebas, a obtenu la médaille d'or. Une médaille d'argent a été décernée à MM. Hornbostel, Nicolas et Laugier.

— Le nombre des élèves inscrits à la Faculté de médecine de Strasbourg est, cette année, de 291. Ils sont répartis de la manière suivante:

1re *année*: doctorat, 31; officiers de santé, 2.
2e *année*: doctorat, 37; officiers de santé, 3.
3e *année*: doctorat, 40; officiers de santé, 3.
4e *année*: élèves civils, 10; élèves militaires, 20.
5e *année*: candidats civils, 46; candidats militaires, 65.
Auditeurs bénévoles, 34.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*:

L'extirpation de l'ovaire chez une femme atteinte d'un kyste ovarique énorme a été faite le 23 novembre à la clinique de M. le professeur Schützenberger. C'est, si nous ne nous trompons, la première opération de ce genre en France, dans les temps modernes.

— La saison d'hiver a déjà, comme les années précédentes, attiré à Alger, non-seulement bon nombre de valétudinaires, mais aussi plusieurs de nos confrères de la métropole et de l'étranger, désireux d'apprécier par eux-mêmes les propriétés de notre climat. Nous citerons parmi ces derniers M. le docteur Beaude, membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, M. le docteur Hubert (de Paris), M. le docteur Rabe (de Berlin). (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

— Le 20 novembre dernier, a eu lieu le banquet annuel de l'Université de Bruxelles. Presque tout le corps professoral et une grande partie du conseil d'administration s'y trouvaient réunis. Divers toasts ont été portés, un entre autres à la prospérité de l'Université, qui, fondée depuis vingt-quatre ans, sous les auspices de la liberté, n'a cessé de contribuer puissamment à la diffusion des sciences en Belgique, et a su surmonter avec succès les difficultés sans nombre dont on avait cru embarrasser sa marche dans la voie du progrès.

Le même jour, s'est également réunie dans un banquet l'*Union des anciens étudiants de l'Université de Bruxelles*. Quatre-vingts de ses membres étaient accourus des divers points de la Belgique pour assister à cette fête et venir fraterniser avec d'anciens condisciples.

(*Presse méd. belge.*)

— M. le docteur Marcé commencera son cours sur les névroses et les maladies mentales le samedi 4 décembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX (M. Foucher). Sur une variété de tumeur de l'orbite. — HÔPITAL COCHIN (M. Beau). Métrorrhagie passive promptement arrêtée par la poudre de rue et de sabine. — Traitement de l'hydrarthrose. — Bons effets de l'emploi topique du chlorate de potasse dans quelques affections chirurgicales, etc. — Formules contre la dyspepsie cardialgique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 30 novembre.

PARIS, LE 1er DÉCEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

En appréciant ici il y a quinze jours l'argumentation de M. Malgaigne, nous disions que si nous acceptions sans réserve ses judicieuses réflexions sur le tubage, nous n'avions pas été aussi facile à convaincre en ce qui touchait la trachéotomie ; « C'est là, ajoutions-nous, une question extrêmement difficile, que la statistique semblait jusqu'à présent avoir plus embrouillée qu'éclaircie, parce qu'elle n'avait pas toujours tenu compte des conditions très-différentes dans lesquelles l'opération a été faite ; » et nous exprimions le vœu que cette discussion nous édifiât à cet égard. Nous nous expliquerons tout à l'heure sur le premier point. Arrêtons-nous un instant sur ce qui concerne la trachéotomie.

« M. Malgaigne, ajoutions-nous encore, a fait des résultats de la trachéotomie un tableau moins flatté que celui qui en avait été fait dans les précédentes séances. Lequel est le vrai ? » Eh bien, chacun est en mesure de répondre aujourd'hui sur ce point. Déjà dans la dernière séance, — et ici nous sommes encore obligé de nous répéter, — M. Bouvier avait réfuté victorieusement sur tous les points l'argumentation de M. Malgaigne, et mis désormais à l'abri de toute attaque la pratique des médecins de l'hôpital des Enfants.

En effet, qu'invoquait M. Malgaigne contre la trachéotomie? Ses insuccès et ses dangers ; ses insuccès entre les mains des plus habiles chirurgiens ; ses dangers surtout alors qu'elle était confiée aux mains des internes de l'hôpital des Enfants, toujours trop prompts à agir, disait-il, et pratiquant des trachéotomies prématurées ou inopportunes.

On se souvient avec quelle rigueur M. Bouvier a rétabli aux faits leur véritable signification, avec quelle lumineuse précision il a tracé l'historique de la trachéotomie, la suivant de phase en phase et de progrès en progrès, depuis ses débuts peu encourageants jusqu'à l'époque où d'heureuses modifications introduites dans le procédé opératoire et dans les soins consécutifs, en ont fait, d'une opération presque constamment mortelle, une opération qui peut guérir dans un quart et même dans un tiers des cas.

Quant au reproche de précipitation dans le choix du moment de l'opération, personne assurément n'a oublié en quels termes M. Bouvier en a justifié ses collègues et les internes de l'hôpital des Enfants. Que l'on admette deux périodes dans le croup ou qu'on en admette trois, quelles que soient les divisions scolastiques que l'on adopte, l'indication d'opérer, telle qu'elle a été formulée par M. Bouvier, est et sera généralement adoptée, tant qu'on n'aura pas d'autre moyen que la trachéotomie à opposer à l'asphyxie croupale; il ne peut plus y avoir d'équivoque à cet égard.

Il nous avait paru qu'après le discours de M. Bouvier, il restait bien peu de chose à dire pour la défense de la trachéotomie. Et cependant après ce plaidoyer si bien nourri et si complet, M. Trousseau a trouvé encore le moyen d'occuper la tribune pendant deux heures, et de tenir l'auditoire ces deux heures durant sous le charme de sa parole, et, disons-le aussi, sous la puissance de sa raison.

M. Bouvier avait parfaitement établi et démontré la progression croissante des succès de la trachéotomie et les causes de cette progression, donnant ainsi la seule explication admissible des différences que présentent les statistiques suivant les temps et les lieux. Mais il appartenait surtout à M. Trousseau, dont l'expérience en matière de trachéotomie est si consommée, de signaler toutes les causes de ces différences et de donner sur le degré absolu et relatif de gravité de la trachéotomie des explications qui devaient, en la complétant, affermir encore l'argumentation de M. Bouvier. Il n'est pas de détails superflus en médecine pratique, et c'est dans la juste appréciation de la valeur de ces petits détails que se révèle surtout l'esprit éminemment pratique de M. Trousseau.

Que ceux qui ne se sont pas fait jusqu'à présent une juste idée de ce que c'est que la trachéotomie, des précautions minutieuses qu'elle exige, des soins, des préparations et des adjuvants nécessaires pour assurer les plus grandes chances de succès, que ceux-là lisent attentivement le discours aussi solide que brillant de M. Trousseau, et ils auront suppléé en un instant plusieurs années d'expérience et de tâtonnements.

Non, après l'argumentation si nette et si solide de M. Bouvier, après les nombreux documents cliniques et statistiques dont il l'a appuyée, après la note de MM. Sée et Roger et la lettre des internes ; après surtout cette belle argumentation de M. Trousseau ; non, nous le répétons, il n'était plus possible de laisser subsister dans les esprits cette idée que la trachéotomie serait une opération désastreuse, dont on n'aurait en quelque sorte pallié les funestes résultats qu'à la faveur d'opérations pratiquées prématurément.

Si M. Bouchut, si M. Malgaigne, qui s'est constitué son avocat officieux, ont soutenu cette idée, c'est que c'était là sans aucun doute leur conviction. Pour nous, qui n'avions sur cette grave question que des doutes, nous déclarons dès aujourd'hui être suffisamment édifié; et malgré les essais malheureux de notre pratique, qui figurent dans la statistique de M. Bouchut, mieux instruit maintenant sur tous les éléments de la question et sur les conditions nécessaires pour assurer le succès de l'opération, nous n'hésiterions pas à l'occasion à faire courir de nouveau à nos malades les chances de la trachéotomie.

Un mot maintenant sur le tubage. Nous avons plus d'une fois laissé percer, sinon explicitement énoncé, la pensée qu'il y avait eu de part et d'autre, et de la part de l'auteur et de la part du rapporteur, un peu de précipitation ; aussi avions-nous applaudi aux réserves que M. Malgaigne proposait d'introduire dans un jugement dont les éléments manquaient. On a fait *après* ce qu'il eût été plus sage de faire *avant* ; on a fait des expériences de tubage sur des animaux ; et nous devons convenir qu'elles sont peu favorables. M. Trousseau a mis sous les yeux de l'Académie des pièces qui accusent de très-tristes résultats du séjour du tube pendant quarante-huit heures dans le larynx.

A mardi la suite de la discussion. — Dr Brochin.

BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX. — M. FOUCHER.

Sur une variété de tumeur de l'orbite.

Les tumeurs de l'orbite, si variées dans leur nature, ont cependant, à cause de la disposition de la région, une certaine uniformité dans leurs manifestations symptomatiques, et acquièrent un air de parenté qui ajoute beaucoup aux difficultés de leur diagnostic. Malgré les efforts des chirurgiens pour saisir les caractères différentiels de ces diverses tumeurs, il en est un certain nombre dont le diagnostic reste nécessairement douteux, au moins à une certaine période de leur évolution. Il est donc utile de signaler les observations qui peuvent jeter quelque lumière sur ce point de pratique chirurgicale, soit en montrant quelques signes nouveaux, soit en indiquant une nouvelle classe de maladies dont il y a lieu de tenir compte dans un diagnostic différentiel.

Dans ces derniers temps, l'attention de la Société de chirurgie a été appelée sur une variété de tumeurs occupant la voûte du crâne, et qui ont pour caractère principal de disparaître lorsque la tête occupe telle ou telle position. Ces tumeurs sont formées par du sang contenu dans une poche extra-crânienne en communication, au moyen d'une perforation de la voûte du crâne, avec l'un des sinus de la dure-mère. L'honneur d'avoir appelé l'attention sur les faits de ce genre appartient à M. Gustave Dufour, qui a recueilli, à l'hôpital des Invalides, une observation d'autant plus importante, que les caractères cliniques bien étudiés ont reçu leur consécration par l'examen anatomo-pathologique. D'autres observations ont été produites par MM. Ozam, Verneuil, Larrey, Middeldorpff et Richard, et tout dernièrement un jeune docteur, M. Dupont, a réuni dans sa thèse inaugurale treize observations de tumeurs sanguines péricrâniennes étant ou paraissant être en communication avec la circulation veineuse intra-crânienne. Toutes les observations relatées par M. Dupont ne sont pas également probantes; mais il en est au moins huit qui, tant par les caractères cliniques que par l'examen anatomo-pathologique, sont de nature à entraîner la conviction, et autorisent à admettre l'existence d'un nouveau genre de tumeurs de la voûte du crâne. Dans tous les cas qui ont été publiés, la tumeur occupait soit le front, ce qui est le plus fréquent, soit la région occipito-pariétale.

J'ai eu occasion d'observer, il y a peu de temps, une malade qui porte dans la région orbitaire une tumeur dont les caractères cliniques offrent avec la variété que je viens de rappeler la plus grande analogie.

OBS. I. — Il s'agit d'une femme âgée de trente-sept ans, qui vint le 17 juillet se présenter à la consultation du Bureau central. Cette femme, dont la santé a toujours été excellente, porte depuis son enfance une hypertrophie assez considérable du corps thyroïde, mais dont elle ne s'est jamais préoccupée. La maladie pour laquelle elle vient consulter est survenue spontanément, il y a environ un an, et a augmenté insensiblement. C'est une tumeur occupant la partie interne du pourtour de la cavité orbitaire, soulevant la paupière supérieure dans l'espace compris entre le rebord orbitaire et le grand angle de l'œil du côté gauche. Pour apprécier les caractères de cette tumeur, il faut examiner la malade dans deux positions différentes :

1° Quand la malade a la tête droite, la tumeur n'existe pas. La peau de la paupière n'est pas soulevée, et offre complétement son aspect normal. Le doigt appliqué sur la région ne perçoit aucun battement. Le pourtour de la cavité orbitaire n'est pas altéré, et en pénétrant avec l'extrémité du doigt aussi profondément que possible vers la cavité orbitaire, on ne sent aucune inégalité, aucune dépression anormale de l'os, ni aucune tumeur. En un mot, dans cette position, on ne trouve rien qui puisse faire soupçonner l'existence d'une lésion quelconque, et les régions orbito-palpébrales des deux côtés offrent complétement la même disposition.

2° Lorsque la malade penche la tête en avant, l'on voit immédiatement se produire une tumeur dans la région indiquée ; cette tumeur, du volume d'une petite noix, soulève la peau de la moitié interne de la paupière supérieure et s'avance sous la partie interne du sourcil. Elle est indolente, sans coloration anormale, mollasse, dépressible, fluctuante. Les grands efforts d'expiration y déterminent un peu de tension et de gonflement ; par contre, on remarque une légère diminution de volume lors des mouvements d'inspiration. *La tumeur disparaît entièrement en quelques minutes quand la tête est maintenue droite.* Il n'existe aucun battement en rapport avec le mouvement circulatoire, ni aucun bruit anormal. La compression exercée sur le rebord et sur la voûte orbitaire, n'empêche nullement la tumeur de disparaître et de se reproduire dans les circonstances que nous venons d'indiquer. Le globe oculaire, dont les milieux sont parfaitement transparents, est un peu gêné dans ses mouvements ; lorsque la tumeur a son maximum de volume, la vision se fatigue vite et se trouble quand la malade veut travailler ; c'est même cette seule circonstance qui a engagé cette femme à venir consulter.

Le diagnostic de cette tumeur était difficile à établir; car, en songeant aux caractères qu'offrent ordinairement les diverses tumeurs de l'orbite, on ne retrouve pas ceux que nous avions pu constater. Cependant, il était permis d'affirmer que la tumeur était formée par un liquide, la fluctuation était évidente. Le liquide contenu ne pouvait être du pus formant un abcès froid, car si quelquefois, dans cette variété d'abcès, la quantité du pus étant minime par rapport aux dimensions de la cavité, on a pu voir le volume se réduire dans certaines positions, il a été facile de constater que c'était une fausse réduction, la tuméfaction n'ayant fait que changer de place. L'existence d'un kyste biloculaire, dont l'une des poches se fût alternativement vidée et remplie, pouvait rendre compte de quelques-uns des symptômes observés ; mais alors, la cavité superficielle étant vidée, il eût été possible de retrouver la poche profonde, distendue, et, d'ailleurs, une pareille tumeur ne saurait en aucune façon être influencée par les mouvements respiratoires. L'intégrité des voies lacrymales, des fosses nasales, ne permettait pas de songer à une tumeur ayant son point de départ dans ces parties.

L'on pouvait se demander si le liquide contenu dans cette tumeur ne provenait pas des sinus frontaux ; mais pour être fondé à admettre un pareil diagnostic, il eût fallu au préalable constater l'existence d'une hydropisie des sinus frontaux et

d'une ouverture de communication entre ces cavités et celle de l'orbite ; d'ailleurs, un liquide contenu dans ces sinus sortirait justement avec plus de facilité lorsque la tête est droite.

Dès lors, il m'a semblé que les tumeurs formées par du sang étaient les seules qui pouvaient offrir les caractères que nous avons signalés chez notre malade. Sans aucun doute, une ponction exploratrice eût permis de résoudre la question d'une manière encore plus certaine, mais la malade redoutait cette petite opération, et, d'ailleurs, je n'étais pas assez sûr que cette exploration fût complétement sans danger, pour insister et chercher à vaincre ses craintes.

Si la tumeur n'offrait aucun des signes de l'anévrysme proprement dit, elle pouvait être rapprochée de la tumeur érectile. Ainsi le volume de certaines productions érectiles anciennes a pu être influencé par la position, et ce caractère se retrouvait chez le pèlerin espagnol dont parle Lamorier (*Mém. de l'Acad. des sciences de Montpellier*, t. I), et dont Boyer a rapporté l'observation (*Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 379).

« Ce malheureux homme n'avait pas seulement une énorme tumeur érectile occupant tout le membre supérieur droit, il portait aussi depuis sa naissance trois petites tumeurs de figure ronde sur le haut de la tête : l'une était au milieu du coronal, et les deux autres sur le haut de chaque pariétal ; elles étaient plates, molles, et de couleur plombée. Lorsqu'on lui faisait pencher la tête, sur-le-champ les trois tumeurs augmentaient de volume, et chacune d'elles pouvait acquérir celui d'un gros œuf de poule d'Inde. Lorsque, au contraire, il relevait la tête, les tumeurs diminuaient à vue d'œil ; elles s'aplatissaient et disparaissaient presque entièrement. Si cependant on y portait le doigt, on sentait de la mollesse dans les chairs, et on apercevait un enfoncement dans les os sur lesquels elles étaient situées. Lorsque le malade succomba, on examina le crâne, et on trouva que les tumeurs de la peau et du péricrâne étaient de même substance que celle des muscles de l'extrémité supérieure (tissu spongieux aréolaire) ; on enleva ces tumeurs, et on vit que les endroits du crâne qu'elles couvraient étaient fort enfoncés : l'un de ces endroits était si délié, que quand il fut question d'ôter le péricrâne, il ne put résister à l'appui du scalpel, quoique appliqué avec beaucoup de ménagement. Cependant le reste du crâne était d'une épaisseur considérable. »

Sans doute il serait fort difficile d'établir une distinction entre de pareilles tumeurs et celle que nous avons observée ; mais remarquons que ces tumeurs étaient très-anciennes, qu'elles avaient acquis une structure caverneuse, altéré les os, et qu'en outre la peau qui les recouvrait avait une coloration anormale.

La tumeur érectile se présente ordinairement avec d'autres signes ; elle offre un développement variqueux des veines périphériques, elle est molle plutôt que fluctuante ; son volume n'est réduit que passagèrement par la compression, et les positions de la tête n'ont pas d'influence sur elle. C'est en définitive avec les tumeurs sanguines communiquant avec la cavité crânienne que celle de notre malade offre le plus d'analogie ; car, comme elle, ces tumeurs sont indolentes, sans changement de couleur à la peau, sans battement, réductibles par la simple position de la tête, et cela le plus souvent sans déterminer de symptômes cérébraux.

Si l'on compulse les observations de ces sortes de tumeurs, si surtout l'on tient compte des détails d'anatomie pathologique fournis par les autopsies, on voit que déjà l'on est contraint d'en admettre plusieurs variétés :

1° Les unes sont constituées par une tumeur extra-crânienne, dont les parois sont formées de tissu cellulaire, et contiennent du sang en communication avec un sinus par une ouverture anormale. Ainsi, chez le malade de M. Gustave Dufour, la lésion, qui remontait à plus de cinquante ans et était le résultat d'une violence extérieure, consistait essentiellement en une poche sanguine sous-cutanée communiquant, au moyen de plusieurs petits pertuis, avec le sinus longitudinal supérieur. Les pertuis de l'os étaient d'origine traumatique. Dans l'observation plus ancienne de P. Holt, la tumeur, aussi d'origine traumatique, était le siége de pulsations sourdes ; une fracture établissait la communication entre les sinus longitudinal supérieur et l'extérieur. C'est encore à cette variété que l'on peut rattacher le fait observé dans le service de M. Nélaton, et si bien étudié par M. Dupont que la vérification anatomo-pathologique devient presque inutile ; dans ce cas, la tumeur extérieure occupant l'occiput, communique avec l'intérieur du crâne par quatre orifices d'origine traumatique.

2° D'autres tumeurs, et celles-ci forment une deuxième variété, sont formées par une tumeur extérieure sous-cutanée ou sous-aponévrotique en communication avec une poche située entre les os et la dure-mère, laquelle communique avec le sinus. Ainsi, dans le fait de M. Hutin, l'autopsie a démontré l'existence d'une perforation traumatique du sinus longitudinal avec deux poches, l'une intra, l'autre extra-crânienne, communiquant au moyen d'une perte de substance de l'os.

3° Une troisième variété renfermerait les tumeurs formées non plus d'une poche unique, mais d'un tissu aréolaire. Ainsi, dans le fait de M. Middeldorpff, dont M. Dupont a donné l'observation, la tumeur, bien étudiée cliniquement, a paru constituée par des cellules larges, à cloisons minces, et communiquant avec les veines diploïques ou le sinus longitudinal supérieur. Telle était encore la constitution de la tumeur chez un malade observé par Pelletan (*Chirurg. clin.*, t. II, p. 76.), et dont nous donnons la relation, parce que ce fait n'a été cité par aucun de ceux qui jusqu'à présent se sont occupés de cette question.

OBS. II. — *Tumeur variqueuse située en haut de la région frontale, communiquant dans le crâne ; cautérisation ; mort du malade.*

J'étais élève à l'Hôtel-Dieu de Paris, sous M. Moreau, dit Pelletan, lorsqu'il s'y présenta un jeune homme d'environ quinze ans, qui portait au haut du front et à gauche une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. Elle augmentait lorsque le jeune homme était penché sur une table pour les travaux de son éducation, et on la trouvait beaucoup diminuée au réveil du matin. Elle était alors sans changement de couleur à la peau, laquelle était bleuâtre dans la première circonstance.

M. Moreau, sans s'expliquer ni sur ce qu'il pensait de la maladie ni sur le résultat du traitement qu'il voulait tenter, fendit cette tumeur en deux parties égales ; elle répandit alors beaucoup de sang, sans que ses deux portions perdissent de leur volume particulier.

La plaie fut tamponnée de charpie, mais l'effusion du sang se renouvelait sans cesse, et l'on ne voyait pas qu'il y eût lieu de faire aucune ligature. Les surfaces de la plaie ressemblaient à la déchirure d'une rate. Alors M. Moreau prit le parti de toucher les deux surfaces avec un pinceau de linge trempé dans le muriate oxygéné d'antimoine (beurre d'antimoine). L'effusion de sang diminua, mais il fallut multiplier cette cautérisation ; le sang cessa donc de couler, et les deux tumeurs offraient toujours la même apparence qu'auparavant, lorsque l'enfant fut saisi de fièvre, assoupissement, douleurs de tête, convulsions et paralysie du côté opposé à la maladie. Il mourut dans cet état, le quatrième jour de la cautérisation de la plaie.

A l'examen du cadavre nous trouvâmes que l'os frontal était percé de trois trous, qui étaient autant de défauts d'ossification entretenus par des veines dilatées contre nature, lesquelles communiquaient, d'une part, avec le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère, et d'autre part, constituaient la tumeur fongueuse ou variqueuse qui s'était montrée au dehors. La dure-mère était enflammée et couverte de suppuration dans une grande largeur aux environs de ces trous. Le caustique avait pénétré par ces mêmes trous, et déterminé l'inflammation de la dure-mère et les accidents mortels qui s'en étaient suivis.

Le jeune homme portait le germe de sa tumeur depuis qu'il était au monde. Il devait être évident quel était son germe, et il est constaté par l'expérience générale, que les tumeurs ou autres vices de conformation que les enfants apportent en naissant, et qui se montrent à l'extérieur des capacités, communiquent dans ces mêmes capacités ; et que par conséquent, c'est s'exposer aux plus grands dangers que d'en tenter la guérison par des moyens d'une nature grave et de dangereuse application.

Une quatrième variété serait constituée pour les tumeurs formées par la dilatation d'une veine, un anévrysme veineux en communication avec un sinus : c'est peut-être un cas de ce genre qu'offrait le malade de Flint, et le fait de Bérard, cité par M. Chassaignac, paraît se rattacher à la même espèce. La dilatation peut porter sur une veine émissaire se jetant directement dans un sinus, ou sur toute autre veine communiquant avec le sinus par une ouverture anormale, ce qui pourrait constituer deux variétés distinctes. On comprend encore, comme le fait remarquer M. Dupont, que la tumeur sanguine puisse communiquer avec un des canaux veineux du diploé, et, par son intermédiaire, avec un sinus. Enfin, notons qu'il existe dans la science plusieurs cas de hernie d'un sinus à travers une perforation des os du crâne ; ce serait là une sixième variété de tumeur sanguine dont il serait difficile d'établir la symptomatologie.

Toutes ces variétés sont établies bien plutôt par les données anatomo-pathologiques que par les caractères cliniques ; car, s'il est possible et même quelquefois facile de reconnaître une tumeur sanguine en communication avec la cavité crânienne, il ne sera pas souvent possible de rapporter la tumeur à telle ou telle variété. Cependant, en analysant avec soin les symptômes de la tumeur que nous avons observée, nous croyons pouvoir formuler un diagnostic tout au moins fort probable.

Il ne nous est guère possible, en effet, de rattacher cette tumeur aux trois premières variétés dont l'existence suppose une perforation anormale traumatique ou congénitale ; chez notre malade, on ne constate pas d'ouverture anormale, et la maladie est survenue spontanément à un âge avancé. C'est à peine si, dans le diagnostic, il faut tenir compte des deux dernières variétés dont les caractères cliniques ne sont pas nettement établis, et qui, d'ailleurs, seraient loin d'être ceux que nous avons notés. C'est donc, en définitive, à une tumeur formée par la dilatation d'une veine que doit se rapporter notre observation. La disposition anatomique de la région explique parfaitement la formation d'une pareille tumeur.

On sait, en effet, qu'à l'angle interne de l'œil, la veine ophthalmique s'anastomose avec la veine faciale ; cette anastomose, cachée par le muscle orbiculaire des paupières, établit une large communication entre les veines de la face et celles du cerveau, puisque la veine ophthalmique se rend directement dans le sinus caverneux. C'est au niveau de cette anastomose que la veine faciale reçoit la veine frontale et la veine sus-orbitaire, toujours très-volumineuse (voir ma thèse *Sur les veines du cou et de la tête*, Paris, 1854).

La tumeur que porte notre malade existe en ce même point et se prolonge dans la direction de la veine sus-orbitaire, et si elle disparaît lorsque la tête est droite, c'est que le sang qu'elle contient tombe rapidement dans le sinus caverneux. En résumé, nous croyons avoir affaire ici à une dilatation de la veine ophthalmique, communiquant directement dans le sinus caverneux et y versant son contenu.

Cette observation est intéressante en ce que toutes les tumeurs sanguines communiquant avec le système veineux intra-crânien, observées jusqu'à présent, communiquaient avec le sinus longitudinal supérieur, et qu'elles occupaient la plupart la région frontale ou l'occiput. Je ne crois pas qu'il en existe un seul cas pour la région orbitaire.

En présence d'un fait pareil, dont le diagnostic, je le sais, pourrait être encore contesté, j'ai dû me borner à conseiller un traitement fort simple. J'ai donc engagé la malade à pratiquer sur la tumeur une compression au moyen d'un tampon de charpie imbibée d'une solution concentrée d'alun, puis à prendre 1 gramme d'iodure de potassium chaque jour. J'ai revu depuis cette malade plusieurs fois ; la tumeur n'a changé ni de volume ni d'aspect, mais l'hypertrophie du corps thyroïde paraît avoir diminué.

HOPITAL COCHIN. — M. BEAU.

Métrorrhagie passive promptement arrêtée par la poudre de rue et de sabine.

Une femme, en apparence de bonne constitution, est entrée dans le service de M. Beau pour une métrorrhagie datant de cinq jours et se reproduisant pour la troisième fois à l'époque menstruelle depuis deux mois.

Cette femme, âgée de 44 ans, avait fait soixante lieues en voiture pour venir du département qu'elle habite à Paris. La fatigue d'un voyage entrepris à l'époque menstruelle, était-elle pour quelque chose dans la production de cette hémorrhagie ? cela était possible, de même que son âge pouvait jusqu'à un certain point rendre compte des pertes successives qu'elle avait eues précédemment.

Pourtant, a dit M. Beau, si l'on remarque que la menstruation, même à la veille de la ménopause, s'accomplit sans troubles, quand les conditions générales de la santé sont bonnes, on peut être surpris de voir une femme au teint coloré, à la chevelure abondante et brune, aux membres robustes, atteinte de métrorrhagie. Mais en poussant plus loin l'investigation étiologique, on apprend que cette malade est veuve depuis deux ans, qu'à la suite de l'événement qui l'a privée de son mari, elle a eu de profonds chagrins, augmentés encore par la perte de sa fortune ; qu'elle a souffert au moral et au physique, en sorte que la santé, si belle encore dont elle semble jouir, n'est qu'un spécimen très-altéré de sa santé d'autrefois.

On ne tient point assez compte de l'état relatif de la santé. On apprécie celle-ci d'après l'état actuel et non d'après l'état antérieur comparé à ce dernier, comparaison qui donne la clef d'une infinité de désordres fonctionnels dont la cause resterait ignorée sans cela. En effet, dans le cas particulier dont il s'agit, tout s'explique par les circonstances qui ont déprimé la santé de la malade. Sous l'influence des chagrins, des fatigues physiques, les fonctions digestives se sont troublées, l'appétit s'est perdu, la nutrition a été enrayée, et dès lors l'organisme a ouvert ses portes à toutes les causes morbides qui tendent à l'envahir. Si maintenant, a dit M. Beau, vous faites la juste part de la prédisposition due à l'époque critique et à la circonstance des règles, vous comprendrez comment une cause occasionnelle fort simple, un voyage un peu fatigant, a pu déterminer la métrorrhagie.

L'examen des parois abdominales et la palpation exercée sur les points indiqués par Valleix comme lieux d'élection de la douleur dans la névralgie utéro-lombaire, c'est-à-dire sur les points iliaque et sus-pubien, ont révélé l'existence de cette névralgie chez la malade, mais l'utérus ne présentait aucune altération organique. Il n'y avait, en résumé, dans tout cela, qu'un trouble fonctionnel chez une femme profondément anémique ; et dans ces conditions, voici quelle a été la médication prescrite par M. Beau :

Matin et soir, une pilule de 5 centigrammes de poudre de rue, à prendre dans une cuillerée de confiture ou d'eau. Limonade vineuse pour boisson.

Au bout de trente-six heures, c'est-à-dire après l'ingestion de trois des pilules précitées, l'hémorrhagie, qui avait diminué progressivement, était arrêtée.

La rue, suivant M. Beau, est pour l'utérus ce que la digitale est pour le cœur, la noix vomique ou la strychnine pour le système cérébro-spinal, la cantharide pour la vessie, la belladone pour le système musculaire, etc. Comme le seigle ergoté, comme la sabine, la rue exerce une action spéciale sur l'utérus ; seulement cette action est plus évidente ici pour la rue et pour la sabine que pour le seigle ergoté. Là où ce dernier fait défaut, les autres réussissent, et dans les cas surtout où l'indication est précise et la nécessité d'agir pressante, au lieu d'essayer l'action incertaine du seigle ergoté, M. Beau associe la rue et la sabine de la manière suivante :

Pr. Poudre de rue.	. . . .	0,05 centigr.
— de sabine.	. . . .	0,05
Sirop	. . . .	Q. S.

F. S. A. une pilule n° 6. A prendre une le matin et une le soir.

Sous l'influence de cette combinaison, la perte sanguine s'est modérée et arrêtée presque instantanément. Or comment agissent ces substances ? elles agissent comme le seigle ergoté. Ce sont des toniques qui déterminent les contractions de l'utérus en réveillant la tonicité des fibres de cet organe.

Ces toniques seront donc indiqués d'une manière spéciale quand l'hémorrhagie sera entretenue par un produit pathologique tel qu'un fragment de placenta ou des débris de fœtus. Mais ils pourront aussi être utilisés très-avantageusement dans l'état de vacuité de l'utérus, alors que ce dernier sera le siége d'une hémorrhagie compliquant ou non les règles, mais pouvant être rapportée à l'anémie ou à la chloro-anémie, et par suite à une faiblesse exagérée de l'organe malade.

Il va sans dire que l'emploi de ces toniques spéciaux de l'utérus n'exclut en rien celui des moyens auxquels on a recours en pareil cas pour arrêter l'hémorrhagie. Aération de l'apparte-

ment, élévation du bassin sur un coussin frais de balle d'avoine, boissons fraîches, applications froides sur le ventre et les cuisses, régime approprié, etc., tels seront les auxiliaires que l'on devra donner à la sabine et à la rue. Mais ce que M. Beau a voulu surtout mettre en relief à propos du fait clinique qui précède, c'est l'innocuité, la simplicité, la puissance d'un traitement ayant pour base des substances dont les prétendues vertus abortives inspirent un certain effroi. Ces vertus, suivant ce médecin, sont très-contestables, et dans l'état de grossesse, quand l'utérus est sain, il n'y a guère d'abortifs redoutables que les manœuvres directes. Dans l'état pathologique, au contraire, l'influence tonique et immédiate de la sabine et de la rue sur les fibres musculaires de l'utérus est évidente. Aussi ne conviendrait-il pas de faire intervenir cette influence dans le cas de métrite hémorrhagique aiguë. Il faut réserver cette action efficace pour les cas de métrorrhagie analogues à celui dont nous venons de présenter le résumé. Chez les femmes anémiques, M. Beau prescrit, en outre, le fer, aussitôt que l'hémorrhagie a cessé, et il se trouve bien d'ajouter chaque jour, aux préparations de ce métal, 1 ou 2 centigrammes de poudre de rue pendant quelque temps, pour se mettre à l'abri d'une récidive (1). (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

TRAITEMENT DE L'HYDRARTHROSE,

Par M. le docteur RICHARD (de Soissons).

Pensant que tout médecin doit au monde médical, à la fin de sa carrière, le fruit de son expérience durant son exercice, je vous adresse un traitement de l'hydrarthrose qui m'a réussi dix-neuf fois sur vingt. Il est prompt, simple, et non douloureux.

Depuis de longues années médecin de la belle manufacture des glaces de Saint-Gobain et Chauny (Aisne), M. Richard a remarqué que les ouvriers polisseurs et les femmes doucisseuses travaillent dans des ateliers très-humides, sont peu couverts et exposés à des courants d'air. Leurs vêtements, principalement ceux qui couvrent les genoux, sont presque toujours imbibés d'eau. Ces circonstances les rendent sujets aux hydrarthroses des genoux, des coudes et des poignets. De tous les traitements qu'il a mis en usage, voici celui qui lui a le plus constamment réussi.

Matin et soir frictionner le genou, ou autres articulations, durant 4 ou 5 minutes, avec un morceau de flanelle imprégnée de fumée de baies de genièvre projetées sur de la braise. Après cette friction, faire des embrocations prolongées sur cette même partie avec un tampon fait d'un peu de coton renfermé dans un morceau de mousseline et imbibé du liniment suivant :

Gomme ammoniaque.	30 grammes.
Vinaigre scillitique.	q. s.

pour faire un mélange de consistance sirupeuse. Ensuite recouvrir la partie malade d'un emplâtre ainsi composé :

Gomme ammoniaque..	30 grammes.
Vinaigre scillitique.	q. s.

pour lui donner la consistance d'emplâtre. On étend cet emplâtre sur un morceau de peau assez large pour couvrir et au delà la tumeur.

Souvent les douleurs qui accompagnent cette affection cessent quelques jours après la première application. La résolution du liquide épanché dans la capsule articulaire a lieu tous les jours d'une manière sensible; les mouvements deviennent de plus en plus libres, et la tumeur ne tarde pas à disparaître complétement. Cependant il est convenable de porter l'emplâtre encore quinze jours après sa disparition; alors il est remplacé par une bande de flanelle d'un mètre de long et de six ou sept centimètres de large, appliquée sur l'articulation en 8 de chiffre un peu serré.

Tout récemment s'est présentée à sa consultation une jeune fille de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, très-petite, dont les membres sont presque aussi gros que longs, née d'une mère ayant une légère déviation de la colonne vertébrale. Elle était atteinte d'une hydrarthrose du genou gauche, avec tumeurs latérales très-volumineuses. Elle ne pouvait se tenir debout ni marcher; elle apprit que depuis deux mois elle était soumise à un traitement sans amélioration. On lui avait appliqué trois fois cinquante sangsues sur le genou à cinq jours de distance, ensuite quatre fois un large vésicatoire. Elle avait pris intérieurement des remèdes dont elle n'a pu faire connaître la nature. Soumise au traitement ci-dessus indiqué, elle était complétement guérie vingt-six jours après. (*Revue de thérap.*)

BONS EFFETS DE L'EMPLOI TOPIQUE DU CHLORATE DE POTASSE dans quelques affections chirurgicales, en particulier dans les ulcères variqueux et la pourriture d'hôpital.

M. Milon a été conduit par le résultat de ses expériences à considérer le chlorate de potasse comme le *sel cicatrisant* par excellence. Il modifie merveilleusement les plaies en les détergeant, en diminuant la suppuration, et en faisant disparaître la fétidité qu'elles exhalent.

Dans les ulcères variqueux, par exemple, dit M. Milon, sous l'influence de ces applications, la cicatrisation se fait à la fois par les bords de l'ulcère et par son centre, où l'on voit apparaître un tissu cicatriciel qui grandit chaque jour et finit par rejoindre la circonférence. Dès les premiers jours, la partie cicatrisée présente une consistance spéciale qui promet une guérison durable. C'est ainsi qu'il assure avoir guéri en trente-deux jours, chez un homme de cinquante-six ans, un ulcère de la jambe datant de vingt ans, et dont on n'avait jamais pu obtenir la cicatrisation complète.

Dans deux cas de pourriture d'hôpital, l'action du chlorate a été excessivement prompte. Dès les premiers jours, la fétidité avait disparu, et les plaies étaient détergées; le travail de cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité, bien que chez un des malades il y eût des séquestres.

Mais de tous les résultats, le plus extraordinaire (aussi ne le donnons-nous qu'avec réserve) a été la guérison d'un cancroïde chez un homme âgé de soixante-treize ans et atteint de cette affection depuis vingt-sept ans. Considérée comme telle par M. Velpeau et par M. Richet, cette affection, qui avait débuté par une petite verrue non douloureuse, mais causant de légers chatouillements, avait fini par donner lieu à une ulcération, tantôt diminuant d'étendue, tantôt s'agrandissant, et cette affection s'est terminée par la guérison à l'aide des applications topiques du chlorate.

Les pansements ont toujours été faits avec la solution saturée à température ambiante. Le mode de pansement consiste tout simplement à appliquer sur la plaie un gâteau de charpie trempé dans cette solution. Seulement, pour éviter le dessèchement du tampon et son adhérence à la plaie, M. Milon a soin de maintenir celle-ci dans un état constant d'humidité, en l'arrosant à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures et en recouvrant le pansement d'un morceau de diachylon ou de toile gommée.

Un pansement chaque jour est suffisant; on n'en fait un second que dans les cas où la suppuration est très-abondante. Lorsque celle-ci est très-diminuée, il y a avantage à ne faire le pansement que tous les deux jours.

Enfin, il est utile qu'on sache que ces applications sont quelquefois assez douloureuses. Ces douleurs ont leur plus grande acuité au moment de l'application, puis elles diminuent insensiblement et cessent après 15, 20 ou 30 minutes.

L'expérience de ce mode de pansement est si facile qu'on ne peut manquer d'être fixé en peu de temps sur sa valeur réelle. (*Bulletin de thérap.*)

FORMULES CONTRE LA DYSPEPSIE CARDIALGIQUE.

Il n'est guère d'affections chroniques plus difficiles à guérir que la dyspepsie cardialgique, et dans le traitement desquelles il importe plus de varier de temps en temps ses moyens d'action. Parmi les préparations que conseille dans ce cas M. Gendrin, nous signalerons les deux suivantes :

Élixir tonique.

Pr.	Eau distillée de menthe.	250 grammes.
	Extrait de cascarille.	5 —
	Extrait d'absinthe.	5 —
	Extrait de gentiane.	5 —
	Extrait de myrrhe.	5 —
	Feuilles sèches de camomille.	6 —
	Écorces d'oranges amères.	10 —
	Sous-carbonate de potasse.	15 —

Triturez ensemble; faites macérer ensuite pendant deux jours; passez et filtrez.

Prendre une cuillerée à café, dans un demi-verre d'eau, un quart d'heure avant le repas.

Dans le cas où il existe de la pneumatose stomacale, circonstance fréquente chez les femmes, M. Gendrin prescrit de préférence une poudre composée ainsi :

Pr.	Poudre d'yeux d'écrevisse.	40 grammes.
	Sous-nitrate de bismuth.	6 —
	Poudre de fèves de saint Ignace.	2 —

Mêlez et divisez en trente-six doses.

Prendre un paquet, enveloppé dans du pain azyme, un quart d'heure avant les repas, qui doivent être composés spécialement de viandes grillées ou rôties, de soupes grasses, etc.

(*Revue de thérapeutique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 novembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies informe l'Académie qu'elle a été comprise au nombre des corps savants qui recevront la notice minéralogique sur les provinces d'Alger et d'Oran, par M. Ville, ingénieur des mines.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une note complémentaire de M. Jobert (de Guyonvelle) sur la constitution régnante au mois de mai 1858 dans le canton de La Ferté-sur-Amanse, et sur le traitement de l'angine couenneuse au moyen d'un appareil nouveau. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation de gangrène spontanée de la jambe droite traitée avec succès par l'amputation, par M. le docteur Bourguet, de Rhodez. (Commissaires : MM. Larrey, Nélaton et Robert.)

2° L'extrait d'un mémoire intitulé : *De l'ataxie locomotrice progressive*, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

3° La description et le dessin de canules pour la trachéotomie imaginées par M. le docteur Girault. (Commission nommée.)

4° Trois plis cachetés envoyés par MM. les docteurs Combes, Faure et Lanquetin.

Titrage de l'opium. — M. Berthé adresse au président de l'Académie la lettre suivante :

« Dans un article publié il y a quelque temps déjà et que j'ai l'honneur de vous transmettre, je démontrais, par des raisons toutes différentes de celles qui avaient été invoquées par Orfila, que le titrage absolu de l'opium, sollicité par quelques membres de l'Académie, était matériellement impraticable : je prouvais en même temps qu'il était impossible à deux producteurs également honnêtes, de fournir un opium à composition similaire et toujours la même.

» La richesse de ce produit en alcaloïdes dépend en effet :

» 1° De la nature du sol sur lequel le pavot a été cultivé;

» 2° De la nature et de la quantité des amendements employés;

» 3° De l'état de maturité de la capsule qui l'a produit;

» 4° De l'habileté de l'ouvrier qui l'a recueilli. De plus cette culture est, comme toutes les autres, soumise aux influences atmosphériques, dont personne ne songe à nier l'importance.

» Si donc, Monsieur le président, un cultivateur honnête se trouve dans l'impossibilité de fournir un opium d'une composition constante, on ne peut penser à imposer au commerce, qui réunit dans une même caisse les récoltes de 10, de 20, de 100 producteurs peut-être, l'obligation de livrer ce produit à un titre toujours égal.

» Aussi, la conviction que j'avais puisée dans l'étude de cette question m'avait-elle fait dire que le seul moyen d'arriver au résultat cherché résidait dans la monopolisation du commerce de l'opium; ce moyen faisant défaut, cette même conviction m'avait engagé à provoquer le remplacement dans la pratique de l'opium par ses alcaloïdes.

» Mais, Monsieur le président, dans la note que j'ai l'honneur de vous adresser, et qui pourtant conclut à cette substitution, j'ai supposé que la probité la plus scrupuleuse présidait à toutes les transactions commerciales qui ont l'opium pour objet; que sera-ce donc si nous admettons la fraude? Or, pratiquement, il faut l'admettre, car elle s'exerce même sur une grande échelle.

» Comme preuve de ce que j'avance, j'ai l'honneur de joindre à ma lettre un échantillon de sept caisses d'opium, en ce moment disponibles à Londres, qui m'a été présenté à l'analyse. Ainsi que vous pouvez en juger, cet opium rentre dans le type de ceux qu'on désigne sous le nom d'opium d'Égypte, et offre des caractères qui malheureusement le feront accepter d'un certain nombre de pharmaciens; il est sec, cassant, à odeur légèrement vireuse, s'exaltant considérablement lorsqu'on le passe sur la langue; il a une saveur âcre et amère; de plus il est presque entièrement soluble dans l'eau, mais sa masse est en majeure partie constituée par de la gomme; et il ne contient pas trace de morphine, de codéine, ni aucun des autres alcaloïdes de l'opium.

» Si je me suis décidé à adresser cette lettre et cet échantillon d'opium à l'Académie, c'est qu'il m'a semblé que la circonstance sur laquelle j'appelle l'attention de la savante Compagnie justifie complétement l'opinion que depuis deux ans je cherche à faire prévaloir sur les graves inconvénients des préparations opiacées. Cette circonstance démontre, en effet, d'une manière précise, irrécusable, que je n'assombris pas le tableau lorsque je prétends que l'activité des préparations d'opium *varie constamment*, et que le médecin qui les prescrit ne peut jamais être certain de l'effet qu'elles produiront sur son malade. »

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que le comité secret qui devait avoir lieu à la fin de cette séance pour entendre le rapport de la commission du prix d'Argenteuil, est remis à samedi prochain, afin de ne pas interrompre la discussion à laquelle l'Académie et le public médical paraissent prendre un si vif intérêt.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubage de la glotte et la trachéotomie.

La parole est à M. Trousseau.

Discussion sur le rapport relatif au tubage de la glotte.

M. TROUSSEAU, profitant de la présence de M. Davenne dans l'enceinte académique, déclare d'abord de la manière la plus formelle qu'un passage de son rapport qui avait cruellement blessé cet honorable administrateur, ne s'appliquait uniquement qu'à des agents très-subalternes, et que si quelqu'un pouvait le prendre pour lui, ce ne serait certes par M. Davenne, dont les chefs de service et les élèves connaissent tous la bienveillance et la parfaite urbanité. Ce passage avait d'ailleurs trait à des obstacles que la trachéotomie a rencontrés à l'hôpital des Enfants bien avant que M. Davenne eût été appelé aux fonctions dont il est aujourd'hui chargé.

Je reviens au discours de M. Malgaigne, poursuit M. Trousseau. Mon éloquent collègue semblait craindre, disait-il, qu'il ne ressemblât à l'insulteur que les Romains plaçaient derrière le char du triomphateur. Il avait tort; il ne s'agissait pas d'un triomphe. J'étais venu dire simplement ce que je croyais être la vérité; et c'est parce que tout le monde a senti que notre rapport a été élaboré avec soin par mes collègues, qu'il a trouvé quelque faveur au sein de l'Académie.

D'ailleurs personne ne pouvait s'imaginer que M. Malgaigne se chargerait du rôle de l'insulteur. M. Malgaigne a quelquefois une façon de discuter un peu vive; quelques personnes pourraient la trouver un peu acerbe, et celui qui a reçu le coup de fouet de son ironie peut en éprouver quelque peine; mais nous avons toujours un vif plaisir à le lire et à l'entendre; nous sommes convaincu qu'il parle toujours avec une parfaite bonne foi; quand il défend une bonne cause, ce qui lui arrive souvent, il a beaucoup d'éloquence; il en a trop quand il en défend une mauvaise, ce qu'il fait rarement; et en définitive nous y gagnons tous.

M. Malgaigne m'a reproché d'avoir usé d'indulgence à l'égard de M. Bouchut; lui, qui se charge assez volontiers, à l'occasion, du rôle de

(1) M. le docteur Gondoin, à qui nous devons l'observation qu'on vient de lire, a récemment employé le traitement de M. Beau contre une métrorrhagie produite par la présence d'une portion du placenta restée dans l'utérus à la suite d'une fausse couche. L'ergot de seigle fraîchement pulvérisé n'ayant amené aucun résultat, notre confrère a prescrit les pilules formulées ci-dessus, et quelques heures après l'administration de la première pilule, le fragment de placenta était expulsé. H. C.

l'Alceste du *Misanthrope*, m'a reproché d'avoir fait preuve, si je puis dire ainsi, d'un peu de philintisme. J'avoue que de ma nature je suis assez disposé à l'indulgence. Mais si quelqu'un devait s'en plaindre, était-ce l'avocat de M. Bouchut?

M. Malgaigne m'accuse ensuite d'avoir mis un peu de précipitation à présenter mon rapport. Voici ce que je réponds à ce reproche: Quoique je sois arrivé tard dans cette enceinte, et parce que j'y suis arrivé tard, j'ai cru devoir vouer à mes nouveaux collègues non de la rancune, mais une très-grande reconnaissance pour le très-grand honneur qu'ils m'ont fait, et leur consacrer le peu de force et d'activité qui peuvent encore me rester.

Mais, dit M. Malgaigne, en auriez-vous fait autant s'il ne se fût agi que du tubage? Je crois que j'aurais laissé cette pauvreté mourir de sa belle mort, et c'eût été vite fait. Mais c'est qu'il s'agissait de la trachéotomie, et les conclusions de M. Bouchut n'étaient peut-être pas aussi peu ambitieuses que M. Malgaigne semble le croire. M. Bouchut disait bien au commencement de son mémoire: « Je ne me permettrai pas de juger cette méthode, ni de fonder sur elle aucune espérance que pourrait démentir la clinique. Au début des innovations thérapeutiques, il faut laisser la parole aux faits observés et racontés heure par heure, puis *attendre* qu'on en ait un grand nombre avant de tirer aucune conclusion avantageuse ou défavorable. »

Cela, dit M. Malgaigne, est fort sage; je suis de son avis. Si M. Bouchut s'en était tenu là, je ne me serais pas beaucoup pressé; la justice du silence serait venue plus tard, et c'est tout ce que méritait le tubage. Mais après avoir raconté le résultat de deux opérations de tubage, M. Bouchut établissait dans ses conclusions:

« 1° La facilité qu'on a de pratiquer le tubage....;

» 2° La tolérance de la virole par le larynx;

» 3° Et la possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx par ce moyen, *de préférence à la trachéotomie*, » que M. Bouchut accusait de tuer 9 malades sur 10; et bien que d'après ses propres faits il n'eût qu'une mortalité de 3 sur 4, il publiait partout une statistique d'après des renseignements recueillis dans les rues, en courant, et à laquelle d'ailleurs M. Bouvier a déjà rendu parfaite justice.

Mais, poursuit M. Malgaigne, on ne vous demandait pas de rapport.

Ah! Messieurs, ceci devient très-sérieux. Comment! il va plaire à un médecin de venir proclamer ici les idées les plus étranges, et puis, quand il les aura lancées dans le public du haut de notre tribune, il ajoutera: J'ai dit ma chose, mais je ne veux pas de rapport, je ne veux pas qu'on la discute! Et puis on la verrait répétée sur la quatrième page des journaux et dans toutes les feuilles médicales, sans que l'Académie eût le droit de protester! Mais ce serait transformer cette tribune en tréteaux.

Non, Messieurs, quand un mémoire est lu à l'Académie, le bureau ordonne qu'un rapport soit fait et qu'une commission rende et fasse justice au besoin; la mission que nous avons remplie nous venait de là et non de nous-mêmes.

Mais encore, insiste M. Malgaigne, si la trachéotomie n'avait pas été en cause, vous qui en êtes le parrain, auriez-vous été si pressé?

Peut-être...; peut-être aussi que non. Non, je ne l'aurais pas fait si on n'avait pas mis la trachéotomie en cause ici, et hors d'ici, et partout, et si on n'avait pas présenté le tubage comme une opération facile et innocente. Cela devait avoir un retentissement immense, pas seulement en France, mais dans toute l'Europe, et que de médecins qui en subissaient l'influence! M. Barthez lui-même n'a pu entièrement s'en défendre, et c'est ce qui l'a fait hésiter auprès d'un enfant atteint du croup, qui mourut une demi-heure après. (M. Trousseau raconte ce fait en détail.)

Or, je vous le demande, si un homme familiarisé avec le croup et la trachéotomie, comme l'est M. Barthez, n'a pu échapper à cette influence, que doit-il être arrivé aux médecins de campagne, aux jeunes praticiens? Que d'hésitations par le fait du tubage proclamé partout, et, par suite, que d'enfants morts à cause de lui!

M. Bouvier a déjà fait voir ce qu'il faut penser des reproches que m'adresse M. Malgaigne pour avoir appelé la trachéotomie une opération toute française. M. Malgaigne pense bien que j'ai lu le passage dans lequel Van Swiéten énumère tous ceux qui l'ont faite avant lui. Mais la trachéotomie *dans le croup* n'en est pas moins toute française. Il n'est pas démontré que Martyn et Andrey l'aient faite pour cette affection, et Caron l'a exécutée d'une étrange façon. Ce sont là les trois seules opérations qu'on ait pu trouver avant M. Bretonneau. Aujourd'hui, pendant l'année 1858, on en a fait 300 à Paris; et la trachéotomie est bien française au même titre que la connaissance des relations du rhumatisme articulaire avec les affections cardiaques, au même titre que la connaissance de la maladie de Bright est tout anglaise, bien qu'on eût vu des rhumatisants atteints de maladies du cœur avant M. Bouillaud, et des sujets atteints de maladies du rein rendant des urines albumineuses avant Bright.

Deux mots encore sur le tubage pour en finir avec lui, et pour n'en plus parler. J'espère que M. Malgaigne va comprendre comme moi que nous ayons pu dire: « Le tubage... est un moyen dangereux si la canule reste plus de quarante-huit heures en contact avec les cordes vocales. » *A priori*, M. Malgaigne se refusait à admettre que la canule dût produire des ulcérations, des dénudations, des nécroses dans le larynx, comme un appareil trop serré les provoque sur un membre. Je lui demanderai maintenant s'il avait connaissance des expériences faites par M. Bouchut sur des chiens.

M. MALGAIGNE. Non.

M. TROUSSEAU. Eh bien, je vous laisse à vous-même le soin de qualifier ceci: M. Bouchut avait fait ces expériences; j'en ai fait de mon côté, et M. Bouley (d'Alfort) en a fait également. Je prie M. Malgaigne de voir ces pièces (M. Trousseau fait ici circuler les larynx des animaux soumis au tubage), et j'atteste Dieu qu'il sera de notre avis quand il aura vu ces épouvantables désordres, ces ulcérations et ces destructions de la muqueuse, ces mises à nu des cartilages, etc., produites par la canule *au bout de quarante-huit heures*.

Ainsi, après le tubage, il resterait des nécroses, puis une phlegmasie chronique, et finalement surviendrait l'œdème de la glotte qui nécessiterait la trachéotomie. Mieux vaudrait ne pas faire le tubage.

M. MALGAIGNE. Si M. Trousseau s'était appuyé sur ces expériences quand il disait: Je suis convaincu que le tubage est un moyen dangereux, je me serais incliné. M. Trousseau était convaincu *avant*, voilà ce qui m'a étonné.

M. TROUSSEAU. Et moi, je ne demande qu'une seule chose, c'est que M. Malgaigne soit convaincu *après*. (Bravos, applaudissements prolongés.)

Pour en finir, je dirai que le tubage n'est qu'un moyen dilatoire, comme la trachéotomie; elle aussi ne guérit pas, mais empêche de mourir. Quand on l'a pratiquée, le larynx reste oblitéré pendant un temps variable, mais qui peut aller jusqu'à quinze, vingt, et même quarante-quatre jours, pendant lesquels il faut laisser la canule en place. N'est-il pas dès lors évident que le tubage, déjà si périlleux au bout de quarante-huit heures, serait en outre et presque toujours insuffisant? Qui pourrait encore songer à laisser le tube laryngé en place pendant des semaines entières? Tout au plus pourrait-on l'employer momentanément et au même titre que le cathétérisme de M. Loiseau, pour porter des cathérétiques dans les voies aériennes.

Je n'ai pas besoin, après ce que j'ai dit, de revenir sur la deuxième conclusion, et j'en viens à la trachéotomie, qui est réellement la chose capitale dans ce débat. M. Malgaigne l'assimile aux grandes opérations chirurgicales, et se refuse à admettre que dans un grand nombre de cas la mort soit le résultat de la maladie et non de l'opération. Mais si un chirurgien amputait un malade atteint de pneumo-thorax, et que ce malade vînt à mourir de son pneumo-thorax, M. Malgaigne mettrait-il la mort sur le compte de l'opération, comme si elle avait été faite chez des sujets dont l'état général eût été excellent?

J'avoue que j'ai eu tort de dire autrefois que la trachéotomie est sans dangers; je reconnais qu'elle en a quelquefois, mais voyons s'ils sont aussi effrayants que le dit M. Malgaigne.

Je n'insisterai pas sur ce fait, que la plupart des aliénés qui se coupent le cou guérissent. J'appellerai spécialement l'attention sur une statistique dressée par un jeune médecin allemand des trachéotomies pratiquées pour des corps étrangers introduits dans les voies aériennes. Sur 96 opérations, on compte 73 guérisons, et l'auteur ajoute que dans un certain nombre des cas d'insuccès, l'opération a été faite contre toutes les règles de l'art, et que dans d'autres cas le corps étranger était logé dans un point inaccessible; les malades succombaient alors à des phlegmasies provoquées par le séjour des corps étrangers. Parmi les 23 insuccès, il en est donc encore un bon nombre qui ne doivent pas être mis sur le compte de l'opération, et il est bien démontré par là que la trachéotomie est loin d'avoir la gravité que lui attribue M. Malgaigne.

Tout récemment encore, M. Robert a sauvé dans mon service à l'Hôtel-Dieu, par la trachéotomie faite *in extremis*, un malade atteint de laryngite pultacée, et un autre qui présentait un œdème de la glotte. Moi-même, appelé la veille auprès d'un employé qui étouffait, j'avais succédé au prêtre et je n'avais plus trouvé qu'un cadavre; j'avais ouvert la trachée, et l'ustion des parois de la poitrine, la respiration artificielle, avaient ressuscité le malade. Il s'agissait d'un énorme phlegmon diffus du cou, qui avait déterminé un œdème de la glotte. Le malade mourut la nuit suivante, — il *remourut* plutôt, — mais sans aucun signe d'oppression, et cette trachéotomie, faite non *in extremis*, mais *post extrema*, avait opéré un vrai miracle.

Mais je me hâte d'arriver au croup. Le croup est-il une affection qui guérisse, qui guérisse souvent, très-souvent? C'est là la question. S'il en était ainsi, il faudrait faire la trachéotomie rarement. S'il était une période où le croup fût toujours curable, il ne faudrait jamais opérer dans cette période, et si enfin il était toujours incurable dans l'une de ses phases, celle-ci réclamerait toujours l'opération.

Or, je trouve dans la *Nosographie* de M. Bouillaud l'histoire de Zobel, qui sur 40 croups traités par les moyens généraux seuls, eut 39 morts; j'ai cité dans mon rapport la statistique de M. le docteur Ferrand, qui compte, dans les mêmes circonstances, juste 60 morts sur 60 malades, et je vous ai dit enfin que, dans un district de la Sologne, j'ai vu moi-même, avec M. Leblanc, 15 malades sur 17 succomber; les deux qui survécurent avaient été seuls traités par des moyens topiques.

C'est donc quelque chose d'extrêmement sérieux que le croup. Voyons comment il convient de le traiter.

Je ne saurais admettre avec MM. Malgaigne et Bouvier que le croup n'existe que lorsque la fausse membrane est là, pas plus que M. Malgaigne n'admet le furoncle qu'à condition de voir le bourbillon. La première période pour moi, comme pour MM. Bretonneau et Guersant, n'est qu'une phlogose, une tuméfaction de la muqueuse, qui produit la toux rauque, croupale, mais sans accès de suffocation.

Dans cette phase, le croup peut encore guérir, et la trachéotomie n'est jamais indiquée, bien que la guérison ne soit pas la règle.

Dans la deuxième période, caractérisée par la fausse membrane, par la toux plus rare et éteinte, par les accès de suffocation interrompus par des moments de calme complet, les guérisons sont déjà beaucoup plus rares; j'en prends à témoin les médecins de l'hôpital des Enfants, et tous ceux parmi nos collègues qui ont souvent l'occasion d'observer le croup en ville.

Enfin, quand la suffocation est continue et que les accès ne sont plus que des exacerbations sans intervalles de calme, combien d'enfants guérissent dans ces circonstances? Demandez-le à M. Barthez, qui en a vu succomber 67 sur 67 dans cette période! N'est-ce pas avec une certitude presque absolue qu'on peut dire que dans cette période la mort est à peu près inévitable? N'en disons-nous pas autant pour la phthisie arrivée à son troisième degré, bien que 1 fois sur 1,000 peut-être notre pronostic ne se vérifie pas?

Dans la troisième période du croup notre certitude est aussi grande, et alors qui pourrait accuser la trachéotomie faite dans cette période? puisque la mort est imminente, inévitable, que peut-il arriver de pis? Et tout le monde n'accorde-t-il pas qu'alors la trachéotomie prolonge encore quelquefois la vie d'un ou deux jours et donne au malade la possibilité de guérir? Tout ce qui est gagné alors, j'insiste là-dessus, l'est uniquement par la trachéotomie.

Quelles sont donc les conditions de succès de cette opération?

Il faut d'abord, et avant tout, qu'elle soit bien faite. Et nos internes! et nos externes! dira M. Malgaigne. Mon Dieu! il peut leur arriver de s'égarer, comme cela arrive aux plus habiles chirurgiens. J'ai vu Auguste Bérard entamer du premier coup l'œsophage avec la trachée, et, dans un autre cas, perdre presque instantanément son malade d'hémorrhagie, ce qui ne l'empêcha pas de faire admirablement bien la trachéotomie plus tard.

Il faut, avant tout, éviter les hémorrhagies, ce qui est toujours possible avec un peu de patience, vous le savez comme moi. Vous savez aussi qu'il y a une énorme différence entre le croup local et la diphthérite généralisée. Ainsi, il résulte des thèses soutenues par les anciens internes de l'hôpital des Enfants, que dans le premier cas on a eu 13 guérisons sur 24, et dans le deuxième, 1 sur 6.

Le traitement préalable est tout aussi important. Les sangsues, les vésicatoires, les vomitifs répétés, jettent les enfants dans les conditions les plus déplorables, et mieux vaudrait s'en abstenir tout à fait. M. Lefebvre m'écrit à ce sujet que sur sept enfants chez lesquels on a suivi cette règle, et qui ont été opérés à l'hôpital des Enfants, cinq vivent encore; le sixième est mort d'une pneumonie un mois et demi après l'opération, et le dernier allait bien le cinquième jour, quand M. Lefebvre le perdit de vue.

M. BOUILLAUD. Je demande la parole.

M. TROUSSEAU. Bien que la lamentable statistique de M. Bouchut ait été construite d'une manière fort aventureuse, on ne peut se dissimuler que des chirurgiens éminents ont été très-malheureux dans leurs trachéotomies. Nous tombons sur des séries comme celles-ci:

1° MM. Gosselin, Deguise, Huguier, Jarjavay, Monod.	95 opérations,		95 morts.
2° MM. Alphonse Guérin, Michon, Laugier, Robert, Nélaton, Lenoir, Depaul.	117	—	106 —
3° MM. Velpeau, Jobert, Desormeaux.	84	—	68 —

Mais à ces chiffres peu exacts j'opposerai les relevés suivants, qui m'ont été fournis par les médecins eux-mêmes auxquels ils appartiennent:

	Opérations.	Guérisons.
MM. Bardinet et ses confrères, à Limoges.	57	17
Saussier (de Troyes).	6	3
Beylard.	13	4
Moynier.	17	8
Arcbambault.	21	8
Lalois (de Belleville).	6	3
Viard (de Montbard)..	2	1
Petel.	9	5
Total. . .	131	48

ou plus du tiers.

Mais ce ne sont pas les médecins seuls qui ont eu à enregistrer des succès semblables en ville. Il est toute une jeune génération de chirurgiens auxquels M. Malgaigne a accordé sa voix dans divers concours, et qui ont été tout aussi heureux. Avant d'avoir adopté le traitement consécutif généralement mis en usage aujourd'hui, ils se sont partagé 20 opérations, et ils ont perdu 20 opérés; depuis qu'ils ont adopté les précautions que j'indiquerai tout à l'heure, ils ont sauvé 17 opérés sur 39, plus du tiers. Voici d'ailleurs le détail de cette dernière série d'opérations:

MM. Richet. . . .	9 opérations,		5 guérisons.	
Follin. . . .	7	—	2	—
Broca. . . .	12	—	6	—
Richard. . .	5	—	2	—
Demarquay. .	6	—	2	—
Total. . .	39		17	

Dirons-nous encore, avec M. Malgaigne, que c'est l'inexpérience qui guérit? Certes, Messieurs, ce qui guérit, c'est l'expérience, celle du chirurgien aidée de celle du médecin, et les faits que je viens d'exposer devront rappeler une fois de plus aux chirurgiens que la chirurgie n'est que la médecine armée, et rien de plus.

Quelles sont maintenant les précautions qui assurent ou au moins multiplient les succès? C'est avant tout le choix d'une canule dont le calibre dépasse celui de la glotte; c'est la canule double, sans laquelle il est presque impossible de maintenir le libre passage de l'air; c'est l'emploi de la cravate, mais d'une cravate épaisse, qui fait respirer le malade autour de ses mâchoires, et non une simple gaze, qui n'empêche pas la formation dans la trachée de croûtes qui y produisent les mêmes accidents que celles du coryza dans les fosses nasales; c'est l'entretien d'une température chaude et d'une humidité convenable de l'air; c'est encore la cautérisation de la plaie, répétée tous les trois ou quatre premiers jours, et sans laquelle la plaie se couvre de fausses membranes et devient le point de départ de résorption et d'intoxication générales, de gangrènes, de phlegmons diffus, d'adénites suppurées, accidents que nous redoutons tant à la suite des vésicatoires, et qui appartiennent au croup et non à la trachéotomie. Je dois pourtant ajouter que, même chez l'adulte, et hors du croup, la plaie de la trachéotomie devient très-souvent le siége d'une fétidité horrible, de résorptions qui engendrent des accidents généraux extrêmement graves, et il m'a paru que, même chez eux, la cautérisation rend au moins ces complications plus rares.

Enfin, une très-grosse chose, c'est l'alimentation, et sa valeur est telle qu'il faut, au besoin, recourir à la violence pour la faire accepter, et employer la sonde œsophagienne dans les cas si fréquents où le croup laisse à sa suite une paralysie du voile du palais et du larynx.

Je déclare qu'avec ces mesures la trachéotomie aura sans doute toujours quelques dangers par elle-même, mais qu'elle comptera d'autant plus de succès que toutes ces précautions seront mieux comprises et observées. (Applaudissements.)

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

M. le docteur Carteron, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Mâcon, vient de mourir dans cette ville à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, laissant à ses concitoyens l'exemple d'une vie des plus honorablement remplies, et à ses confrères un modèle de dévouement aux exigences de la profession.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du croup et de la trachéotomie.

Dans une question aussi importante et aussi grave que celle qui se débat en ce moment dans les sociétés savantes et dans la presse, on ne saurait rien négliger de tout ce qui peut contribuer à éclairer l'opinion et à faire apprécier à leur juste valeur les services qu'ont rendus jusqu'ici, et que peuvent rendre à l'avenir, la trachéotomie et les diverses méthodes et procédés qu'on cherche à lui adjoindre ou à lui substituer.

Nous avons dit que pendant que l'Académie, à l'occasion du rapport de M. Trousseau, discutait sur la valeur du tubage et de la trachéotomie, la même question avait été portée devant la Société médicale des hôpitaux, où se trouvent réunis les médecins les mieux renseignés sur ce sujet et les plus aptes à nous fournir les éléments de la solution désirée. La plupart des documents qui ont été produits devant cette Société (les relevés statistiques de MM. Sée et Roger, ceux de M. Barthez, etc.) ayant été cités ou reproduits dans la discussion de l'Académie de médecine, nous nous abstiendrons d'y revenir ici. Nous ne reprendrons en conséquence la discussion de la Société des hôpitaux que pour en résumer les points principaux et pour en faire ressortir quelques considérations nouvelles sur divers points qui se rattachent à l'histoire du croup et des angines graves; mais cette tâche-là même, nous la renverrons à l'une des prochaines *Revues*, ne voulant pour aujourd'hui faire place qu'aux fait.

Nous nous bornons donc pour le moment à mettre sous les yeux de nos lecteurs un document transmis par M. le docteur Bergeron. Ce document a, comme on en pourra juger, une certaine importance au point de vue de la mortalité du croup et de ses rapports avec la trachéotomie. C'est un relevé statistique des décès causés par le croup dans le 3me arrondissement de Paris, pendant les cinq dernières années et la première moitié de l'année courante, c'est-à-dire dans une période comprise entre le 1er janvier 1853 et le 1er juillet 1858.

Il résulte de ce relevé que sur une population de 69,000 habitants, il y a eu, dans cette période de cinq ans et demi, 99 décès causés par le croup. Or, sur ces 99 enfants qui ont succombé au croup, M. le docteur Bergeron a constaté qu'il n'y en avait eu que 17 seulement qui eussent subi l'opération de la trachéotomie; d'où il conclut en faveur de la thèse soutenue par MM. Roger, Sée, Barthez, etc., savoir : que la trachéotomie n'est pas devenue encore une opération assez vulgaire dans la pratique de la ville, pour qu'elle ait pu avoir été la cause de l'augmentation de la mortalité croupale dans ces dernières années.

Nous nous abstenons de toute discussion à cet égard, pour donner place ici à quelques faits cliniques relatifs au croup et à la trachéotomie, que nous devons à l'obligeance de quelques-uns de nos correspondants des départements.

Neuf trachéotomies. — Quatre succès. — Avantages de la canule de M. Gendron.

M. le docteur Petel (du Cateau), dont M. Trousseau a invoqué le témoignage en faveur de la trachéotomie dans son dernier discours à l'Académie de médecine, nous transmet la note suivante, qu'on lira avec intérêt et profit :

« J'ai publié en 1839, nous écrit notre confrère, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* du 15 août, un article dans lequel je rapportais six observations de trachéotomies faites dans la période extrême du croup, et dont trois avaient été suivies de succès.

» Je n'ai peut-être pas alors assez insisté sur l'une des opérations, qui avait été différée de quinze à dix-huit heures par l'influence d'un médecin étranger à notre localité, et pour qui l'indication d'opérer ne paraissait pas en ce moment parfaitement établie. Ce confrère, qui était accouru de plusieurs lieues, ayant entendu parler de deux succès consécutifs de trachéotomie, et qui avait perdu dans une épidémie de croup un grand nombre d'enfants (62 sur 63, je crois), regretta vivement l'opposition morale qu'il avait apportée dans cette occurrence. Je lui avais prédit que les fausses membranes que nous obtiendrions le lendemain, si la mort n'était pas survenue, seraient très-épaisses, ce qui fut pleinement confirmé, puisqu'elles avaient près de 3 millimètres de diamètre; ce petit opéré succomba dans le courant du deuxième jour. C'était mon troisième, les deux premiers ayant été sauvés : l'un aujourd'hui père de famille, âgé d'environ vingt-sept ans; l'autre âgé de vingt-cinq ans, et doué d'une constitution et d'une force peu communes. Ce troisième opéré, je l'ai toujours cru, aurait été sauvé sans ce funeste retard.

» Pendant environ dix-huit ans, malgré ces résultats encourageants, je n'avais pratiqué que deux trachéotomies, et encore avec une extrême répugnance, parce que dans la pratique civile on ne rencontre que bien rarement des personnes en état de donner les soins nécessaires. Ces deux trachéotomies n'avaient pas été suivies de succès; les enfants avaient succombé, l'un après deux, l'autre après trois jours.

» J'en étais là, c'est-à-dire trois succès sur huit cas, lorsque, le 16 de ce mois, mon excellent confrère Deflandre, qui depuis longtemps est aux prises avec cette cruelle maladie, m'écrivit pour me prier d'aller le plus tôt possible à Bohain pour pratiquer la trachéotomie sur un enfant de six ans.

» J'arrive à Bohain dans la soirée. Je constate, comme mon confrère, que les accidents ont marché avec rapidité, et que le point de départ est dans le larynx. L'inspiration est *très-difficile*, et l'expiration l'est tout autant; les veines du cou sont gonflées; par moment les lèvres deviennent bleues; les cheveux sont mouillés.

» Si nous attendons le lendemain pour opérer à l'aide du jour, nous perdons seize heures, et d'ici là l'enfant peut bien avoir succombé. Il est décidé qu'on opèrera sans délai.

» Assisté de mes confrères Deflandre et Lescot, je procède à l'opération; elle est menée à bonne fin; la canule du docteur Gendron est placée; tout va bien; la respiration est tellement libre et lente que je crois devoir rétrécir la canule en resserrant la vis de rappel; vers minuit, le pouls s'est accéléré, mais ce phénomène ne dure pas. Nous avons cautérisé la partie supérieure de la trachée-artère, la plaie et la partie profonde du pharynx, avec une solution de nitrate d'argent au huitième. La potion chloratée qu'on avait administrée auparavant a été continuée; après l'opération l'enfant a mangé des pastilles soufrées. Du troisième au quatrième jour, il est survenu des efforts d'expuition très-énergiques, qui ont amené des concrétions très-épaisses dont le larynx était obstrué, et dès ce moment le petit malade a été de mieux en mieux. On a fait en tout cinq ou six cautérisations trachéennes; celles du fond du pharynx ont été plus nombreuses, attendu qu'elles ont précédé l'opération. Avant celle-ci, M. Deflandre avait eu recours à l'ipéca et avait provoqué une éruption au-devant de la poitrine avec l'huile de croton. La nuit même de l'opération on a donné à l'enfant du lait coupé, et bientôt on l'a soutenu avec des potages.

» Enfin, le dimanche matin, sixième jour de l'opération, on a ôté la canule, et on l'a remplacée par un emplâtre de diachylon sans que l'enfant en témoignât une grande gêne.

» Aujourd'hui, quatorzième jour, la plaie est presque entièrement cicatrisée.

» En résumé, 4 succès sur 9 trachéotomies faites dans des conditions généralement peu favorables sont bien propres à ne pas déprécier un moyen qui se perfectionne tous les jours et qui se perfectionnera encore.

» A propos de perfectionnement, je répéterai ce que j'ai déjà écrit il y a tantôt vingt ans : Je ne connais pas de canule plus ingénieuse, mieux conçue et aussi commode que celle de M. Gendron; je n'ai jamais compris qu'elle n'ait pas fait oublier celles qui l'ont précédée, ou éclipsé toutes celles qui sont venues après elle.

» Avec quelques légères modifications que j'ai indiquées alors, et qui consistent :

FEUILLETON.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE D'AUXERRE (1).

X. Nous avons entendu avec intérêt la lecture de M. le docteur Rolland (de Sens) sur l'organisation médicale. On regrette que cet écrit, plein de justes appréciations, n'ait pu recevoir plus de retentissement. Nous avons été arrêtés par le défaut de temps, et, d'autre part, par l'esprit de convenance, parce que sur ces entrefaites la question a été jugée par une circulaire de S. E. M. le ministre de l'intérieur, et que les autorités locales étaient appelées à procéder à cette organisation.

Tout ce que nous disons ici s'applique exactement à un écrit de M. le docteur Legendre (de Bléneau). Ce docte médecin est entré dans le cœur de la question, et il accepte pour l'avenir le projet d'un établissement central où toutes les infortunes de la milice médicale pourraient être réunies, selon le vœu exprimé par le congrès d'Arras. *Espérons.*

XI. Un artiste d'Auxerre, mécanicien habile, M. Villod-Leroy, a soumis à l'examen de la section un lit d'une parfaite exécution, qui répond à tous les changements, à toutes les positions que peut affecter un malade. M. Paradis a lu un rapport qui fera bien connaître le mécanisme et la valeur de ce lit.

XII. A-t-on constaté *dans la région*, depuis le commencement de ce siècle, soit la dégradation, soit l'amélioration physique de la population? Cette question était liée à la sixième, et M. le docteur Duché l'a abordée avec sa franchise et son talent connus. Voici notre opinion sur la population de notre région. La race bourguignonne que nous étudions depuis trente ans conserve et ses belles formes et sa belle charpente. Les hommes de notre département sont sobres, laborieux, économes, et il y a du bien-être partout.

La loi hygiénique, qui naît d'un travail non excessif, mais continu, s'applique également aux femmes, surtout à celles des champs. La plupart de celles-ci partent au point du jour, et vont chercher de la litière dans les bois pour les bestiaux.

Au retour, elles s'occupent du ménage, et repartent pour aller faire des charges d'herbe, car il faut nourrir la bête bovine qui nourrit la famille. Les routes et les bois sont les salons de conversation rarement interrompue; et ce triple exercice, où tous les organes sont engagés et mis en jeu simultanément, contribue puissamment à entretenir la santé et à former des corps robustes : et vous voudrez bien admettre que la femme est pour quelque chose dans la constitution de l'enfant!

Sparte le savait bien, puisque la législation ordonnait aux jeunes filles des luttes et tous autres exercices gymnastiques. Mais le problème n'était pas aussi bien résolu que parmi nous, puisqu'il était fondé sur la fainéantise. En effet, des luttes, des courses, la nage, le silence, et, dans l'état de grossesse, la contemplation des belles images d'Adonis, d'Hyacinthe, d'Apollon et des deux Jumeaux, pour faire de beaux enfants, préjugé absurde! ce n'étaient pas là, servons-nous du mot, des moyens merveilleux pour former de bonnes et fortes ménagères.

Non, Messieurs, non! Nos races, malgré les prophéties surannées de quelques poëtes et de quelques esprits moroses dans les sociétés modernes, ne marchent point vers la décadence.

Et puisque nous parlons aussi de l'ensemble de la population française, disons fièrement que les hommes devant qui les tours et les remparts de granit s'écroulent comme la cire se fond devant la flamme, surpassent bien ces héros dont l'antiquité a fait des géants, et qui s'épuisent pendant dix années devant une bicoque.

Et sous le point de vue de l'aménité, de la politesse, des bons rapports, voyons ce qui se passe sous nos yeux! Chacun de nous se plaît à proclamer que la population de cette cité a atteint le plus haut degré d'amélioration sociale, et que depuis le plus humble citoyen jusqu'aux sommités les plus élevées, tous luttent de bienveillance, d'égards et d'empressement envers les membres du congrès.

XIII. La section des sciences médicales avait selon ses usages, un devoir impérieux à remplir, celui de parcourir les établissements de charité publique. Une commission désignée visita d'abord l'Hôtel-Dieu, et son rapporteur, M. Lemercier, bibliothécaire du muséum d'histoire naturelle, dans un exposé sage et lumineux, fit connaître la bonne tenue, l'excellente administration et les bons soins que recevaient les malades.

La commission semblait exprimer le vœu que deux élèves internes fussent attachés à l'Hôtel-Dieu. Quelques personnes ont pensé qu'il n'appartenait point à la section d'entrer dans les détails administratifs. D'ailleurs, MM. Paradis, Marie et Courot, chefs de service, ont fait observer qu'ils étaient constamment à la disposition du premier appel. Depuis plus de trente ans, ajoute M. Paradis, il n'est pas venu à ma connaissance que dans un cas urgent, l'un de nous n'ait pas porté avec promptitude les secours nécessaires.

M. le docteur Lemercier nous a confirmé l'excellente nouvelle de

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 novembre.

» 1° A renforcer la soudure des valves ;

» 2° A augmenter la largeur de l'épaulement qui correspond aux lèvres de la plaie ; à donner à cet épaulement une inclinaison à angle obtus, pour mieux l'accommoder à ces mêmes lèvres, et le percer d'une mortaise, afin d'y fixer plus aisément les cordons ;

» 3° A donner aux deux valves une direction parallèle, au lieu d'être convergentes par leurs extrémités inférieures, ce qui rend la canule conique et favorise l'engagement des fausses membranes entre elles et la trachée.

» Avec ces modifications, dis-je, cette canule peut être considérée comme la plus commode. Quand, en effet, ses deux valves sont rapprochées par le jeu de la vis de rappel, celles-ci ne forment qu'une lame, et, dans cet état, l'introduction de l'instrument est la chose du monde la plus facile.

» Quand il s'agit de l'élargir, la manœuvre est tout aussi simple : il suffit seulement de desserrer, de sorte que le temps de l'opération, l'un des plus difficiles avec les canules ordinaires, est aussi rapide qu'aisé.

» Voici encore d'autres avantages de cet inestimable instrument : on peut l'agrandir ou le rétrécir sur place ; il n'empêche pas de voir la paroi postérieure de la trachée ; on peut sans embarras, si on le juge convenable, cautériser la partie inférieure du larynx ; enfin on le nettoie facilement sans l'ôter.

» Il y a juste vingt-trois ans que le docteur Gendron donnait, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, en 1835, à propos de ses propositions sur le croup et la trachéotomie, tous les développements nécessaires sur le mécanisme de cette canule. Je m'estimerai heureux si par cette nouvelle appréciation d'un instrument qui mérite toute l'attention du praticien, j'ai contribué à le tirer de l'injuste oubli dans lequel il était resté. »

Quatre trachéotomies. — Trois succès. — Une mort.

Voici la relation de quatre cas de trachéotomies, dont trois suivies de succès, que nous transmet M. le docteur Baudin (de Nantua). Ces quatre observations ont été recueillies par notre confrère dans l'espace de trois ans, dans un pays où le croup paraît être assez fréquent.

« I. Le 27 février 1857, je suis appelé auprès de Gros, âgé de dix-sept ans, malade depuis deux jours; il présente tous les symptômes du croup. L'arrière-gorge est couverte de fausses membranes. — Vomitifs, potion au chlorate de potasse, cautérisation avec une solution de nitrate d'argent. Ces moyens sont continués avec énergie.

» Le 3 mars, l'asphyxie est imminente. Le malade demande avec instance l'opération dont on lui a parlé. Transporté à l'hôpital, il est opéré par mon confrère et ami le docteur Larochette. L'opération n'offre rien de particulier, si ce n'est que nous n'avions qu'une canule en plomb, que j'avais fait fabriquer pendant la journée.

» La canule est retirée le 14 mars, quand la plaie cesse de se recouvrir de productions diphthéritiques. — Guérison.

» II. Le 2 août 1857, à Chevillard, village situé à 15 kilomètres sud de Nantua, une jeune fille meurt après trois jours de maladie. D'après les renseignements, soupçons de croup.

» Le 25 août, je vois dans la même localité deux enfants atteintes d'angine couenneuse. L'une, enfant de huit ans, est transportée à l'hôpital de Nantua. — Vomitifs, chlorate de potasse, cautérisation avec une solution de nitrate d'argent. On croit pouvoir différer la trachéotomie. Mort presque subite pendant la nuit du 27. A l'autopsie, les fausses membranes, très-épaisses, ne dépassent pas le larynx.

» La seconde malade, Angèle G., trois ans : l'arrière-gorge est tapissée de fausses membranes.

» Dès le 27, vomitifs, chlorate de potasse, cautérisation. Ces moyens, continués avec énergie, n'empêchent pas la diphthérite de faire des progrès, et le 11 septembre, la respiration est tellement pénible que je juge prudent d'opérer. Éloigné de 15 kilomètres, je n'ose attendre. J'ouvre la trachée, assisté de mon parent et ami E. Baudin, aujourd'hui docteur à Paris.

» Le 17 septembre, la plaie est détergée des productions pseudo-membraneuses qui l'ont recouverte. J'enlève la canule. Quelques jours après la malade est parfaitement guérie.

» Six autres enfants sont pris, dans le même village, d'angine couenneuse. Tous guérissent rapidement, traités par les vomitifs, le chlorate de potasse et les cautérisations avec la solution de nitrate d'argent.

» III. L'enfant Montange, âgée de trois ans, à Montréal, à 5 kilomètres de Nantua, est prise d'une laryngite pseudo-membraneuse, le 23 février 1858. Ici la cautérisation est poussée jusque dans le larynx, à l'aide d'une tige métallique convenablement recourbée et armée d'une éponge.

» Le 6 mars, la trachéotomie est urgente. J'opère avec l'assistance du docteur Larochette. La canule est enlevée le 11 mars. Guérison.

» IV. Le 23 avril 1858, nous sommes appelés, le docteur Larochette et moi, à Montréal, auprès de l'enfant Maurice, âgé de trois ans. L'enfant est arrivé à la dernière période du croup. Nous nous hâtons d'ouvrir la trachée. La face est bleuâtre, l'asphyxie imminente; un instant après l'opération, l'enfant, qui avait perdu le sentiment, revient à lui.

» Le 24, les fausses membranes envahissent les petites bronches. Mort par asphyxie à trois heures du soir.

» V. Le 23 septembre, l'enfant Billard, de Montréal, trois ans. Croup ; vomitifs, chlorate de potasse, cautérisations.

» Le 29, l'enfant succombe : les parents ont refusé la trachéotomie.

» Ainsi, sur quatre trachéotomies, trois guérisons. Ce qui démontre une fois de plus qu'en dehors des grands centres et des hôpitaux, cette opération, comme toutes les autres, est suivie de plus de succès. Dans la campagne, où le malade est loin du médecin, il faut opérer de bonne heure, comme l'entend M. Trousseau. Quand on voit les productions pseudo-membraneuses marcher malgré la médication, atteindre le pharynx ; quand alors surviennent des accès de suffocation, il faut trachéotomiser, non-seulement pour éviter l'asphyxie qui peut tuer le malade avant que vous ayez pu vous transporter auprès de lui, mais encore pour aller combattre l'inflammation diphthéritique plus bas, et plus aisément qu'on ne pourra le faire avec le cathétérisme même aidé du tubage.

» Une seconde règle pour moi, c'est d'enlever la canule le plus tôt possible. J'ai cru remarquer qu'on pouvait l'essayer aussitôt que l'on voit les fausses membranes se détacher de la plaie extérieure. »

Ataxie locomotrice progressive.

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) propose d'affecter cette dénomination d'ataxie locomotrice progressive à une affection particulière des organes de la locomotion, confondue jusqu'ici avec les diverses sortes de paralysies, et qui lui a paru, par ses symptômes et par sa marche, constituer une espèce morbide parfaitement distincte.

« Abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire, tels sont les caractères fondamentaux de cette affection. »

Voici comment M. Duchenne nous apprend qu'il est arrivé à la connaissance de cette maladie :

« Depuis quelques années, dit-il (six ans), je me suis mis à rechercher l'état de la force des mouvements partiels dans les conditions de santé et de maladie. Je n'ai pas tardé à reconnaître alors qu'un assez grand nombre d'affections, dont les mouvements semblaient affaiblis ou abolis, et que l'on désignait sous le nom de paraplégies ou de paralysies générales, n'étaient rien moins que des paralysies; que dans ce cas, au contraire, la force des mouvements était considérable lorsque je mesurais les malades étant assis ou dans la position horizontale. Je remarquai, en outre, que les malades ne pouvaient conserver la station sans osciller ou tomber, ni marcher sans appui, et sans projeter les membres inférieurs en avant, d'une manière plus ou moins désordonnée. Ces troubles fonctionnels, qui n'avaient lieu que pendant l'exercice des mouvements volontaires, et n'étaient jamais compliqués ni de tremblement des membres, de la langue, des lèvres, ni de spasmes cloniques, qui ne s'observaient que chez l'adulte, étaient évidemment produits par une lésion fonctionnelle, par la perte de la coordination des mouvements. Les individus qui en étaient affectés présentaient un ensemble de phénomènes identiques : même début, mêmes symptômes, même marche, même terminaison. »

Ainsi, chez la plupart, la paralysie de la sixième paire ou de la troisième paire, ou l'affaiblissement et même la perte de la vue avec inégalité ou resserrement des pupilles, sont des phénomènes ou de début, ou précurseurs des troubles de la coordination des mouvements. Des douleurs térébrantes, erratiques, de courte durée, rapides comme l'éclair ou semblables à des décharges électriques, attaquant toutes les régions du corps, accompagnent ou suivent la paralysie locale. Ces phénomènes constituent une première période. — Puis, après un temps plus ou moins long (de quelques mois à plusieurs années), apparaissent, dans une seconde période, des vertiges, des troubles de l'équilibration, de la coordination des mouvements, et en même temps la diminution ou la perte de la sensibilité tactile et douloureuse (analgésie et anesthésie), d'abord dans les membres inférieurs, ou quelquefois dans les membres supérieurs. — Enfin, dans une troisième période, la maladie se généralise.

Dans le cours de cette maladie surviennent souvent des désordres dans les fonctions de la vessie et du rectum. L'intelligence reste intacte; la parole n'est ni embarrassée ni hésitante. La contractilité électro-musculaire est normale, et les muscles ne subissent pas l'altération graisseuse.

Enfin, cette maladie est progressive, suivant M. Duchenne, c'est-à-dire que non-seulement elle a une tendance à se généraliser, mais aussi qu'elle se termine ordinairement d'une manière fatale.

L'HYGIÈNE DES NOUVEAU-NÉS

considérée dans ses rapports avec le développement physique et moral des individus, au point de vue de l'amélioration de l'espèce,

Par M. le docteur A. CARON.

Au moment où de toutes parts on s'occupe de l'amélioration du sort des classes laborieuses et nécessiteuses, où les questions relatives au bien-être social sont à l'ordre du jour, on a véritablement lieu de s'étonner de voir passer inaperçue l'étude d'un des plus importants problèmes, celui dont la solution simplifierait bien des difficultés.

Qui oserait, en effet, se refuser à admettre que la constitution physique et morale des individus ne dépende de la manière toute spéciale dont les fonctions physiologiques se sont accomplies et régularisées chez les nouveau-nés, à leur sortie du sein de la mère ?

Mens sana, in corpore sano, a dit Tissot dans son *Traité de la santé*. Ainsi donc, veiller avec sollicitude à l'éducation du pre-

l'arrivée au Muséum de la collection du prince Charles-Lucien Bonaparte ; c'est, en ornithologie, la plus précieuse et la plus riche qui existe. Cette nouvelle intéressait d'autant plus les hommes de science du congrès, que le prince Charles avait été à Nancy notre collègue et un collègue actif.

XIV. Sous les auspices de M. le baron Michel, préfet du département de l'Yonne, la section a parcouru à deux reprises différentes l'asile des aliénés. Cet asile, élevé sur le sommet d'une petite colline, dominant de toutes parts, est un vaste et magnifique établissement, le plus beau, le plus complet qui existe en Europe.

M. le préfet, qui, des sommités où le place son rang, ne dédaigne point de descendre aux humbles détails du ménage des aliénés, nous a initiés non-seulement à tout ce qui, sous le rapport hygiénique, dépend des habitations et de l'ordre architectural, mais encore à tous les détails du régime intérieur, et tout nous a paru merveilleusement approprié tant au régime qu'aux nuances diverses des affections morbides. Il nous a fait admirer l'ordre, la propreté, la précision dans tout ce qui concerne le service ; l'arrangement symétrique des objets ; le silence qui règne ; les moyens de ventilation. Comme l'air circule partout sans obstacles, l'odorat n'est nulle part frappé péniblement. On ne trouve donc rien à reprendre, on trouve tout à louer. Et M. le préfet de nous dire : Je suis fier de ce magnifique établissement comme si j'en étais le créateur.

Mais les meilleures administrations seraient déçues dans leurs espérances si elles ne rencontraient de fidèles et généreux interprètes. La bonne fortune de l'établissement projeté a voulu que le docteur Girard, qui le dirige, fût en même temps homme de savoir, de dévouement, de résolution. Nous avons observé que, dans ses plans, il avait fait une large part à l'abord de l'air sur cette colline où l'air circule déjà librement.

A notre sens, l'air pur est le premier des aliments, le premier des médecins. C'est dans cette pensée que l'un de nous ne cesse de proclamer avec ténacité que, dans les grandes épidémies, les meilleurs hôpitaux seraient des baraques à claires-voies accessibles à tous les vents, et placées sur des points culminants.

XV. A la sortie de l'asile et en face, M. le préfet nous a introduits dans le pénitentiaire, autre établissement objet de sa constante sollicitude. Il nous a paru aussi admirablement tenu que dirigé.

Partisan de ce mode de correction par le système dit américain, nous étions empressés d'apprendre si quelques-unes des modifications réclamées par la philanthropie avaient été admises. Nous avons donc vu avec satisfaction qu'au lieu d'une clôture absolue et de l'isolement non interrompu, les reclus sont conduits chaque jour dans une salle commune où, sous la surveillance d'agents actifs, ils sont livrés à des travaux conformes à leurs goûts ou à leurs dispositions. La rébellion est punie par un nombre de jours de réclusion absolue, nombre proportionné à la gravité du délit.

XVI. L'hygiène publique, les améliorations, les embellissements qui s'effectuent dans une ville, intéressent les congrès et les médecins au premier chef. C'est dans cet esprit que la section des sciences médicales a étudié avec soin les transformations opérées dans Auxerre. Cette ville, si sainement située sur une colline qui s'abaisse jusque sur les bords de l'Yonne, n'avait jadis que peu de rues larges et droites. On est redevable au premier magistrat de la cité, M. Martineau des Chesnets, de l'embellissement de ce plateau où une ville presque toute nouvelle est assise. Là, les rues sont larges et alignées, bordées de trottoirs et bien pavées. M. le maire a fait terminer ce magnifique quartier par l'esplanade, vaste emplacement où plusieurs régiments pourraient manœuvrer sans se gêner. Si les rues en pente de la vieille ville n'ont point encore reçu les améliorations désirées, c'est qu'en ce point comme en toutes choses, *il faut donner le temps au temps*.

Bien que la ville ait été occupée longtemps comme position militaire importante par les Romains, on ne trouve ici aucune trace de ces aqueducs si communs ailleurs, et l'eau était de temps immémorial rare dans les quartiers éloignés de la rivière. On doit au génie providentiel de M. le maire de n'avoir point reculé devant les difficultés et les distances. C'est ainsi qu'à l'imitation des édiles romains, si jaloux et si soigneux d'assurer le bien-être de la population, il est allé à de grandes distances chercher les sources et les rivières pour les diriger vers la ville, et doter les habitants d'eaux abondantes, salutaires et d'une fontaine monumentale.

XVII. La section des sciences médicales, heureuse et fière, monsieur le préfet, d'avoir été protégée, dirigée et éclairée par vous, m'ordonne de vous témoigner sa profonde reconnaissance et son admiration.

Et à vous aussi, monsieur Martineau des Chesnets, providence de cette cité, dont toute la vie a été une longue suite d'honorables services, de vues généreuses, et d'une administration aussi éclairée que paternelle.

V. BALLY,
Membre de l'Académie impériale de médecine.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

mier âge, c'est donner à l'homme cette activité, cette intelligence qui font la richesse d'un pays et la gloire d'une nation.

C'est le soustraire aux causes maladives qui entravent son développement physique, dépriment ses facultés, et le conduisent prématurément aux infirmités, à la vieillesse.

Si l'on consulte à ce sujet le tableau des naissances et des décès, on est immédiatement frappé du nombre considérable d'enfants qui succombent dans les premières années de la vie. Ce qui n'est pas moins digne d'éveiller la sollicitude du législateur et des médecins, c'est la proportion considérable de ceux qui reviennent de nourrice avec tous les symptômes pathognomoniques du rachitisme et de la scrofule, et trop communément avec le germe d'affections tuberculeuses qui, dans l'avenir, continueront à décimer les plus jeunes enfants, sous le nom de carreau, d'entérites tuberculeuses aiguës ou chroniques, tandis que les adultes seront enlevés par la phthisie pulmonaire.

Je ferai encore remarquer que dans cette énumération des maladies auxquelles se trouvent exposés les nouveau-nés, je ne tiens pas compte des affections spécifiques plus ou moins contagieuses dont ils auront pu prendre le germe par l'usage journalier d'un lait profondément contaminé.

Ces questions ont de tout temps préoccupé les médecins; et, chose vraiment étrange, c'est que depuis nombre d'années, la multitude de travaux, de mémoires qui se sont produits, n'ont pas le moins du monde réussi à modifier l'état actuel des choses. Il se passe peu de jours, peut-être, où les médecins ne soient appelés à constater les tristes résultats de cette éducation routinière, où ils ne soient même mis en demeure de se prononcer sur les mesures à prendre au sujet de ces malheureuses nourrices. On peut même assurer que sans cette officieuse intervention de leur part, on verrait se multiplier les scènes les plus scandaleuses, les procès les plus honteux.

Il suffit, en effet, de réfléchir à la manière dont se fait l'éducation des mères et des nourrices à gages, pour comprendre combien est grande leur ignorance des plus simples notions d'hygiène, pour apprécier leur indifférence et juger des résultats auxquels on doit inévitablement arriver.

Les nombreuses observations que depuis plus de quinze années j'ai été à même de recueillir, tant dans les services d'hôpitaux que dans celui des prisons, du bureau de bienfaisance et du dispensaire de la Société philanthropique, m'autorisent à poser en principe que la cause d'un pareil état de choses dépend essentiellement du mode d'alimentation auquel sont soumis les enfants pendant les premiers mois de leur existence.

Depuis Hippocrate jusqu'à nous, tous les auteurs qui se sont spécialement occupés de l'étude des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, ont constamment cherché à rattacher leur développement aux conditions atmosphériques ou hygiéniques de telle ou telle localité, aux qualités plus ou moins délétères des eaux employées pour l'alimentation des individus; d'autres, enfin, aux propriétés particulières de certains aliments indigestes ou de mauvaise qualité.

Je me garderai bien de chercher à réfuter l'une ou l'autre de ces assertions, qui, de loin ou de près, se rattachent évidemment à l'évolution de ces affections. Je vais même plus loin, et je n'hésite pas à affirmer que la cause d'un pareil état de choses trouve sa raison d'être dans cette alimentation intempestive, trop abondante chez de jeunes sujets dont les organes ne sont point encore arrivés à leur développement complet.

Dans de semblables conditions, ces principes alimentaires sont confiés à des estomacs incapables de les digérer; il en résulte une sorte de fermentation acide, un chyle imparfait, qui porte aux organes trop faibles une excitation incompatible avec les actes physiologiques : aussi voit-on bientôt surgir les différentes manifestations morbides communément confondues sous le nom d'inflammation, les engorgements glandulaires du mésentère et de la région cervicale, tout le cortége, en un mot, des maladies lymphatiques ou scrofuleuses.

Qui ne sait qu'aujourd'hui l'éducation des nourrices ne repose sur aucune donnée scientifique rationnelle, ou plutôt est complétement nulle; que l'instinct et la routine sont les seuls guides auxquels le commérage des femmes vient trop souvent donner une sorte de consécration. Ceci est fâcheux et presque honteux à dire, mais c'est l'exacte vérité.

Et pour n'en citer qu'un exemple entre tant d'autres, quel est le praticien qui n'ait été mille fois à même de faire la remarque de cette coupable facilité avec laquelle les nourrices, même les plus intelligentes, les mieux intentionnées, présentent le sein à leur nourrisson?

L'enfant se réveille; son maillot est souillé des déjections naturelles après une nuit des plus paisibles; son premier cri est pour témoigner de la gêne qu'il éprouve dans cette humidité. Vous croyez peut-être que la nourrice va commencer par le nettoyer; non, son premier mouvement, dans l'intention de faire cesser ses cris, sera de lui donner à teter, puis elle pensera à le nettoyer; mais comme cette opération n'a rien de plaisant pour ce petit être, l'impatiente et le contrarie essentiellement, on l'apaise en lui donnant de nouveau à boire. Sa toilette terminée, un pli de ses vêtements, une épingle, ou toute autre cause produisant une contrainte quelconque à la liberté de ses mouvements, l'enfant ne saura témoigner du malaise que par de nouveaux cris; nouvelle occasion pour la nourrice de rendre à l'enfant un sein dont le lait n'a point eu le temps de s'élaborer. Elle vient ainsi, de propos délibéré, accumuler dans l'estomac de son élève une quantité disproportionnée de principes alimentaires, dont l'enfant ne manque pas de se débarrasser par le vomissement, nouvelle circonstance qui ne contribue pas moins encore à l'irriter et à lui arracher des cris, auxquels la nourrice ne trouve d'autre remède que dans une nouvelle et perpétuelle présentation du sein.

En bonne conscience, l'estomac le plus robuste ne saurait y résister; aussi voit-on ces pauvres enfants sous le coup d'indigestions permanentes, s'étioler de jour en jour et contracter une prédisposition évidente à la production de toutes les affections particulières à cet âge, tout en étant, en apparence, dans les meilleures conditions, c'est-à-dire confiés aux soins d'une nourrice pourvue de belles mamelles, jouissant elle-même de tous les attributs que l'on recherche chez les femmes de ces conditions. N'est-il pas aussi trop commun, dans ces circonstances, de voir les familles, ignorantes elles-mêmes, s'en prendre au défaut de soins de la nourrice, à son indifférence, et lui reprocher de laisser leur enfant mourir de faim? illusion trop décevante, qui ne sert qu'à précipiter la ruine de ces chétives créatures.

Mais comment voudriez-vous donc qu'il en fût autrement, dans l'état actuel de notre éducation?

La jeune femme, la mère de famille, trouve-t-elle quelque part les notions élémentaires d'hygiène susceptibles de la guider dans la mission qu'elle se fait un devoir et tout à la fois une joie de remplir? Existe-t-il un traité pratique assez simple et concis sur les soins à donner aux enfants pendant les premiers mois de la vie?

Les femmes de la campagne qui se destinent au métier de nourrice, reçoivent-elles les moindres notions d'hygiène appliquée à l'éducation des jeunes enfants? Nulle part; et pour les tirer d'embarras quand elles s'y trouvent, elles n'ont de ressources que dans les conseils de personnes tout aussi inexpérimentées qu'elles. Je le demande, est-il moral, est-il vraiment humain de persévérer dans une pareille voie?

LA FIÈVRE JAUNE A LA NOUVELLE-ORLÉANS.

Mort honorable des docteurs Antony Deschamps et Frédéric Allain.

Par M. Alfred Mercier.

Quand dans un cas de fièvre jaune suraiguë on considère l'invasion brusque de la maladie, la violente réaction qui s'établit immédiatement, pour faire place bientôt à une dépression profonde, au coma et à la mort, et que l'on songe qu'il a suffi de trente à quarante heures pour faire passer un corps plein de vie et de santé à une décomposition complète, on se sent fortement porté à croire que cette maladie, qui frappe, désorganise et tue comme une substance toxique, est due en effet à un poison miasmatique. Malheureusement, croire c'est douter. On ne croit pas que la variole ait pour cause un virus, et que la fièvre intermittente naisse des émanations paludéennes, on en est sûr. On comprend du reste que des praticiens, séduits par certaines analogies et frappés surtout par les oscillations plus ou moins marquées du pouls qui s'observent dans la fièvre jaune, aient pu l'assimiler tantôt aux fièvres intermittentes pernicieuses, tantôt aux fièvres pseudo-continues. L'unité de cause leur indiquant l'unité dans la médication, ils ont donné la quinine, les uns en masse, les autres à doses fractionnées. La terrible pyrexie n'en a pas moins poursuivi son invincible cours, se terminant par la guérison ou la mort dans les mêmes proportions que lorsqu'on n'administre pas de quinine.

Une grave question s'est élevée dans notre corps médical, question d'autant plus grave qu'elle touche au avenir de la Nouvelle-Orléans. La question est celle-ci : La fièvre jaune atteint-elle les créoles, c'est-à-dire les indigènes, nés *dans la ville?* Il semble au premier abord qu'il soit bien facile d'y répondre, et qu'il n'y ait qu'à recueillir des faits. Les faits existent, mais tous les médecins ne les interprètent pas de la même manière. Les uns, et je crois que c'est le plus grand nombre, affirment que la fièvre jaune a frappé en 1853 et frappe encore cette année des individus nés en ville. Les autres répliquent : Ce que vous prenez pour de la fièvre jaune chez les indigènes citadins, n'en est pas; c'est tout simplement une fièvre pernicieuse, qui prend le masque de l'épidémie.

Cette divergence d'opinions tient principalement, ce me semble, à ce que la fièvre intermittente pernicieuse peut présenter par exception un symptôme que l'on est habitué à considérer à peu près comme pathognomonique de la fièvre jaune, c'est-à-dire le vomissement noir. On a pu l'observer quelquefois chez des enfants de la ville, et peut-être s'est-on laissé entraîner par le désir de généraliser. Il y a plus : pour que cette fièvre périodique pernicieuse simule à s'y méprendre le typhus d'Amérique, il faut qu'elle affecte aussi une marche continue. Ainsi, pour tromper le praticien, il faut qu'elle se cache sous deux phénomènes exceptionnels; Il faut, d'une part, qu'elle offre un symptôme qui ne lui appartient pas dans l'immense majorité des cas, et, d'autre part, il faut qu'elle supprime un de ses traits caractéristiques, le trait pathognomonique du genre auquel elle appartient, à savoir : l'intervalle apyrexique. Ses partisans disent : Nous lui opposons la quinine, et la règle c'est qu'elle guérit. Donc elle est de nature paludéenne.... Ses adversaires répondent : Nous la traitons sans quinine, et elle guérit dans les mêmes proportions que la fièvre jaune. Donc elle n'est point paludéenne.

En tout cas, si cette affection, objet de si grandes dissidences, n'est pas la fièvre jaune, elle l'imite avec une exactitude si perfide pour ses propres défenseurs, que, tout en recommandant aux autres de bien se mettre en garde contre elle, ils ne sont pas les derniers à prendre le change, et même il est arrivé à l'un de ses plus habiles coryphées de se voir obligé de reconnaître qu'il avait administré la quinine à haute dose (quatre-vingts grains dans les vingt-quatre heures) dans une circonstance où la suite a prouvé d'une manière incontestable qu'il avait eu un cas de fièvre jaune là où il avait cru voir cette fièvre pernicieuse à vomissement noir.

Ce qui me paraît vrai d'une manière très-générale, mais point absolue, c'est que les indigènes nés dans l'enceinte de la ville et n'ayant jamais fait d'absence notablement prolongée, ne sont pas sujets à être atteints par le fléau dont nous nous occupons. Je répète que je ne parle que de ce qui concerne la Nouvelle-Orléans. Ici, la fièvre jaune est essentiellement une fièvre d'étrangers. Être étranger récemment arrivé, voilà la condition par excellence pour prendre cette maladie. C'est ce que démontrent d'une manière bien manifeste les observations rapportées dans le remarquable mémoire publié en 1839 par MM. Daret, Sabin Martin, Bahier et Fortin. Mon expérience personnelle confirme pleinement ce fait; tous les malades atteints de cette affection que j'ai traités jusqu'ici sont des étrangers établis depuis peu de temps en ville. Le plus anciennement arrivé parmi eux compte quatre années de séjour; presque tous les autres sont des hôtes de douze à dix-huit mois.

Est-ce à dire qu'il suffise d'avoir passé quelques étés à la Nouvelle-Orléans pour être à l'abri du fléau? Il s'en faut de beaucoup que cela soit vrai; et quand nous aborderons la question de l'acclimatement, question de premier ordre pour les étrangers, j'établirai des faits de nature au moins à faire douter que personne puisse se dire acclimaté tant qu'il n'a pas eu la maladie. Mais avant d'en venir là, un dernier mot sur les fièvres à vomissement noir.

Nul doute qu'il y ait chez les enfants de cette ville une fièvre intermittente dans laquelle ils ont des vomissements noirs constitués par du sang, et comparables à ceux que l'on observe à une certaine période de la fièvre jaune. Et cependant cette affection n'est point la fièvre jaune; elle n'en a ni les allures, ni le faciès, ni le type; elle n'a de commun avec celle-ci que ces matières noirâtres expulsées de l'estomac. Je viens d'avoir un cas de ce genre sous mon propre toit; je l'ai suivi pas à pas, j'ai parfaitement constaté l'intermission, et je n'ai pas eu besoin de recourir à des doses exagérées de quinine pour couper court au mal. Mais des faits que je crois bien observés me démontrent que parallèlement à cette fièvre jaune, qui moissonne principalement les étrangers, sans toutefois épargner les créoles citadins d'une manière absolue, et concurremment avec cette fièvre intermittente à vomissement noir qui sévit sur les enfants, il y a un courant de fièvres bilieuses, les unes continues, les autres rémittentes, à symptômes plus ou moins graves, se manifestant indistinctement chez les étrangers et les indigènes, chez l'enfant et l'adulte. Le sulfate de quinine n'a pas de prise sur ces dernières fièvres, il les exaspère plutôt; elles appellent essentiellement une médication évacuante et antiphlogistique. Ne voir exclusivement que la fièvre jaune ou la fièvre intermittente pernicieuse larvée, extrêmement larvée, me paraît une idée systématique en désaccord avec la réalité. Ce qui est vrai, c'est que ces fièvres bilieuses se terminent quelquefois, pardonnez-moi l'expression, par une queue d'intermittence. Dans ce pays affreusement paludéen, toutes les maladies à leur déclin peuvent présenter ce phénomène, depuis la pneumonie jusqu'à l'angine; on le rencontre dans la fièvre jaune même, ou plutôt à sa suite, et certes on ne dira pas que cette dernière affection est de la nature des fièvres intermittentes.

Je ne terminerai point cette note sans payer un tribut à la mémoire des docteurs Antony Deschamps et Frédéric Allain. Ils sont morts honorablement à leur poste, victimes de leur dévouement et épuisés de fatigue. Le docteur Allain, que j'ai connu particulièrement, était né de parents louisianais; il était de l'école de Paris. Depuis deux ans il était le médecin de la Société de bienfaisance française, où il a rendu des services dont le souvenir restera. Ce titre seul suffirait pour recommander sa mémoire au corps médical de France, que d'ailleurs il honorait par son savoir et toutes les qualités propres à assurer à notre profession le respect et la considération du monde.

ENGOUEMENT INTESTINAL;

Mercure métallique, lavements avec l'irrigateur Éguisier.

M. le docteur Ferrand, de Mer (Loir-et-Cher), fut appelé le 11 septembre auprès d'un jeune garçon de dix ans, jouissant d'une bonne santé, quoique très-maigre et ayant l'habitude de manger avec précipitation. La veille, cet enfant avait été pris de coliques sourdes, précédées de malaise et de frissons.

Le 11 au soir, au moment de sa visite, M. Ferrand le trouva dans l'état suivant : coliques vives et continuelles, vomissements, ventre dur et rétracté, constipation, face pâle, yeux cernés, pouls petit sans fréquence. Considérant les accidents dont il était témoin comme liés à un embarras

intestinal, cet honorable praticien prescrivit des purgatifs en poudre, en potion, en lavements, avec addition de légers opiacés pour combattre la douleur et faciliter la tolérance des médicaments, mais sans résultat notable.

Le 17, les coliques étaient insupportables, les vomissements incessants; le ventre était tendu, surtout au-dessus de l'ombilic; l'enfant était agité et poussait des cris aigus. M. le docteur Bergeron, appelé en consultation et d'accord avec M. le docteur Ferrand, fut d'avis d'insister sur les lavements salins, le calomel à la dose de 1 gramme en dix paquets, traitement auquel on ajouta la potion de Rivière, et des frictions sur le ventre avec un liniment au chloroforme. Malgré l'emploi de ces moyens, l'état de l'enfant s'aggravait d'une façon déplorable. La voix s'éteignait; le pouls devenait insensible, mais sans dépasser 110 pulsations. Cette circonstance éloignait l'idée d'une péritonite; aussi, voyant que le petit malade touchait à une fin prochaine, MM. Bergeron et Ferrand se placèrent de nouveau au point de vue d'un embarras stercoral, et ils prirent le parti d'employer de concert le mercure administré à l'intérieur, et des lavements copieux donnés avec l'irrigateur.

Le 18, après huit jours de maladie, l'enfant avale d'un trait 80 gram. de mercure métallique, et M. Ferrand lui administre lui-même et coup sur coup des lavements abondants avec l'irrigateur du docteur Eguisier.

Dès la première fois, l'enfant s'écrie qu'*il est plein;* il réclame le pot et rend le lavement seul. On recommence deux, trois, quatre fois, en augmentant toujours la quantité de liquide. Le quatrième lavement présente quelques débris de matières fécales.

Dans la nuit du 18 au 19, selles copieuses composées de boulettes dures semblables à des noix de galle, de noyaux de cerises, de mucosités sanguinolentes, de fragments de matière spongieuse friable et de mercure métallique.

Le 20, amélioration sensible, disparition des coliques, sommeil profond; à partir de ce jour l'enfant revient promptement à l'état de santé.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

FRACTURE DU CARTILAGE DE LA QUATRIÈME COTE.

Traitement par la compression de la partie supérieure de la poitrine. Guérison.

Par M. le docteur A. PETIT (de Lille).

L'observation qui suit est intéressante à un double point de vue.

Elle est la première qui vérifie sur le vivant, pour une côte supérieure, la loi de Delpech : « Si la fracture a lieu près du sternum, le fragment interne se porte en avant et croise l'externe; le contraire a lieu si la fracture est plus près de la côte. » Loi que M. Velpeau a démontrée par deux observations pour des cartilages plus inférieurement placés.

En second lieu, le cas particulier nécessita la compression de la partie supérieure du thorax à l'aide d'un appareil très-simple, qui pourrait servir au moins comme appareil provisoire dans tous les cas où il est nécessaire d'immobiliser la partie supérieure de la poitrine, inaccessible au bandage de corps à cause des saillies musculaires qui circonscrivent le creux de l'aisselle.

R... est un homme de trente-trois ans, doué d'un tempérament sanguin, bien développé, à poitrine large, vigoureux, robuste et habitué à la fatigue. Il est employé comme mécanicien-chauffeur dans une fabrique. Le 3 octobre 1857, il reçut à la poitrine un coup de poing qui le renversa.

Le lendemain, le malade se plaignait d'une douleur fixe à la partie supérieure droite de la poitrine, douleur exaspérée à chaque mouvement de la respiration; il avait de la fièvre et une constipation datant de plusieurs jours. En palpant la partie malade, on trouve un peu de gonflement et d'empâtement profond, signe d'un épanchement sanguin, et au milieu de cet empâtement un point très-limité et très douloureux, de cette douleur aiguë et profonde qui fait songer à une fracture. En continuant à palper sur le bord du sternum, on trouve un cartilage costal qui peut être suivi à travers la contusion, et l'on constate facilement qu'il est plus mobile que les deux voisins.

Arrivé à environ trois centimètres du bord sternal, on sent tout à coup une saillie à angle droit, à bord coupé net comme une marche d'escalier, et une douleur vive est accusée par le malade. Cet angle franchi, on peut continuer à suivre la côte. En revenant vers le sternum de dehors en dedans, on trouve dans ce même point une dépression avec sensation de plan incliné fuyant. Si le doigt est appliqué sur le point douloureux, sans déprimer auparavant le cartilage sternal, on sent encore l'angle saillant que le doigt peut réduire en comprimant directement, ou encore en exerçant la pression sur la partie moyenne de la côte correspondante.

A l'ensemble de ces caractères, il est facile de reconnaître la fracture d'un cartilage costal, fracture transversale et perpendiculaire à l'axe, à environ 0,03 centimètres du sternum, c'est-à-dire vers la partie externe du cartilage, avec saillie du fragment externe et enfoncement de l'interne (loi de Delpech) sans chevauchement et sans tendance au chevauchement, ce qui est reconnu à l'intégrité des cartilages voisins, siégeant sur le cartilage de la quatrième côte, ainsi qu'il fut facile de s'en assurer en comptant de haut en bas, et pour vérification, de bas en haut.

Le traitement, les quatre premiers jours, fut antiphlogistique. Diète; deux applications de 8 sangsues chacune, et 45 grammes de sulfate de magnésie; pansement avec cataplasmes arrosés d'extrait de Saturne.

Le 8, la fièvre a cessé; le malade demande à manger et désire se lever. La douleur est moindre; le gonflement a beaucoup diminué, et l'on peut constater avec plus de précision encore tous les signes énumérés plus haut.

Jusqu'à présent, un bandage de corps fixé à la partie moyenne de la poitrine, et servant de point d'attache à une large bande passant en bretelle sur l'épaule du côté malade, avait suffi pour maintenir un cataplasme sur la partie contuse. Maintenant il faut établir un appareil assez puissant pour maintenir la fracture réduite et obtenir l'immobilité des fragments, condition nécessaire à la consolidation.

M. Malgaigne, après avoir blâmé comme trop dure, et pouvant amener la mortification du point comprimé, l'attelle de carton mouillé employée par A. Cooper, se servit deux fois avec succès d'un bandage anglais pour la hernie inguinale, dont la pelote comprimait la portion osseuse saillante et la maintenait réduite pendant les mouvements de la respiration, en vertu de l'élasticité du ressort. Mais dans les deux cas de M. Malgaigne, la fracture avait lieu près du sternum, et c'était le fragment sternal du cartilage costal qui faisait saillie.

Si l'application du bandage était facile sur une région plane, où l'os à comprimer était séparé de l'appareil compresseur par une petite quantité de tissu, il n'en est plus de même chez le sujet que nous examinons, puisque la fracture siége au côté externe et que c'est la côte qui fait saillie.

Le bandage eût glissé à cause de l'inclinaison du plan; il eût mal comprimé à cause de l'épaisseur plus considérable des muscles pectoraux sur le sujet fortement musclé, et le moindre mouvement du bras eût suffi pour déplacer tout l'appareil.

Le bandage de corps, si haut qu'on le pût faire monter, n'arrive pas à comprimer cette région de la poitrine, et si on veut l'appliquer par-dessus les épaules, il ne peut être fixé.

Le bandage croisé antérieur des épaules n'eût pu établir une compression suffisante; et, d'ailleurs, son entre-croisement ayant lieu sur le sternum, il eût tendu plutôt à augmenter le déplacement qu'à le faire disparaître.

Le bandage en 8 de chiffre, croisé, ou spica, du cou et de l'aisselle, eût mieux rempli l'indication; le jet de bande, descendant pour contourner l'aisselle, passe sur la côte qu'il faut comprimer; la force dont il dispose est peu considérable, on eût pu l'augmenter par l'interposition de quelques compresses, mais il eût alors exercé sur le cou une pression insupportable.

Le quadriga, ancien appareil de la fracture des côtes, aujourd'hui abandonné, parce que, suivant M. Sédillot, il gêne la circulation dans les membres supérieurs; le quadriga, formé par la réunion des croisés antérieur et postérieur des épaules, renforcé de tours de bande horizontaux, comme le croisé antérieur dont il dérive, a ses tours de bande croisés sur le sternum, comprime cet os, et eût plutôt exagéré que redressé le déplacement.

Il fallait cependant mettre en rapport la côte avec son cartilage, comprimer et immobiliser le segment supérieur de la poitrine.

Si l'on songe que quand on boutonne sur la poitrine un vêtement trop étroit, les mouvements de la partie supérieure du thorax sont abolis, et que dans la respiration normale et sans effort, les mouvements se font alors par les côtes inférieures et même uniquement par le diaphragme, on trouve que l'indication serait remplie si l'on emprisonnait la poitrine dans un vêtement trop étroit, ou, ce qui est la même chose, si l'on bourrait de compresses un vêtement ordinaire. Et ainsi se trouvera tournée la difficulté que l'on éprouve à établir avec fixité un bandage de corps à la partie supérieure de la poitrine.

La lésion, qu'il faut craindre d'irriter par une compression trop rude, fut donc pendant les premiers jours recouverte d'un cataplasme de consistance très-épaisse, rendu résolutif par l'addition de gouttes d'extrait de Saturne; et quelques jours après il fut remplacé par des compresses de flanelle posées à plat.

La côte qui faisait saillie fut maintenue réduite sous un monceau de compresses, tandis que des linges, appliqués sur le côté sain, permirent d'établir sur la poitrine une pression égale. Tout cet appareil ne s'étendait pas plus bas que la partie moyenne du sternum.

Alors fut serré fortement sur la poitrine un gilet se boutonnant en plastron. Ce gilet, tout en forte flanelle, est très en usage dans nos pays humides, où les ouvriers sont tous les jours exposés à se refroidir brusquement pendant leur travail. Il fut employé parce que la solidité de son tissu permet d'établir une compression très-forte, tandis que son élasticité amollit en quelque sorte cette compression et lui donne beaucoup plus de douceur.

A dater de ce moment, le malade put se lever et marcher presque toute la journée sans ressentir la moindre douleur. Il se sentait tellement à son aise, que quatre jours après (le 12), se refusant à écouter aucun avis, il retournait au travail. Mais les mouvements du bras relâchèrent l'appareil, et en moins d'un quart d'heure survinrent des douleurs qui le forcèrent à s'arrêter; l'appareil réappliqué, les douleurs s'apaisèrent.

Un mois après l'accident (le 2 novembre), la consolidation est effectuée. A travers la partie amaigrie par le repos et la compression, on retrouve une tumeur dure, ovoïde, régulière, très-petite, correspondant à la fracture; les mouvements du bras n'ont plus de retentissement douloureux; le malade reprend son travail en conservant son appareil, que dès ce moment il réappliqua lui-même, et qu'il porta encore pendant un mois.

TRAITEMENT DES BLÉPHARITES PAR L'ÉPILATION DES CILS,

Par M. le docteur MONTAZEAU.

Ce n'est pas sans un étonnement extrême que j'ai lu dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 septembre dernier, la description d'un nouveau mode thérapeutique des *blépharites* aiguës et chroniques, préconisé par M. le docteur Cramoisy, et dont il se dit l'inventeur. Il y a plus de vingt ans que j'ai puisé cette découverte dans la *Méthode épilatoire des frères Mahon*, qui ont dit très-rationnellement que la teigne dépendait de l'affection morbide des bulbes des cheveux. J'ai dit aussi, il y a vingt ans : « Les blépharites sont toujours consécutives à un état morbide des bulbes des cils. »

Aussi ai-je alors, comme MM. Mahon, épilé, et, par ce moyen, j'ai obtenu un très-grand nombre de cures qui quelquefois ont été de courte durée, parce que souvent les cils repoussent dans une mauvaise direction. Alors il faut de nouveau épiler jusqu'à épuisement complet des bulbes ciliaires, et, pour faciliter cette cure presque toujours chronique, il est utile, même indispensable, de cautériser les conduits excréteurs des glandes de Meïbomius, pour empêcher qu'elles ne versent continuellement une sécrétion purulente sur les conjonctives oculo-palpébrales.

Par ce traitement tout rationel, j'ai obtenu en peu de jours des guérisons d'ophthalmies qui avaient résisté aux traitements antiphlogistiques, aux cautérisations, qui, le plus souvent, ont augmenté les phénomènes inflammatoires, parce qu'avant moi on n'avait pas reconnu les causes déterminantes d'un grand nombre d'ophthalmies, qui, malheureusement méconnues, ont causé des cécités plus ou moins complètes.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Pascal, médecin principal à Bayonne, la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 16 novembre dernier, vous avez inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* le discours prononcé le 15 novembre à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur Grisolle. Ce discours, véritable monument littéraire, apprécie avec beaucoup de tact et de convenance le mérite particulier de M. Chomel, qui prit dans la science et dans l'enseignement médical une position si haute et si honorée.

Dans le récit de la vie de M. Chomel, l'honorable professeur Grisolle retrace les phases diverses de la carrière de son maître, et note ses débuts à l'hôpital de la Charité comme *interne;* mais M. le professeur Grisolle dit dans son éloge *chef des internes!*

Bien que le caractère d'un éloge ne comporte pas une exactitude *absolue*, cependant les détails de position, quand ils s'appliquent à un homme illustre, ne sont pas à dédaigner.

C'est cette circonstance qui m'a fait prendre la plume pour vous faire connaître ce que mes souvenirs me donnent de cette époque brillante, qui vit finir les anciennes doctrines et naître celles qui dominèrent plus tard.

J'étais élève à l'hôpital de la Charité en 1813 et en 1814. A cette époque, M. Chomel était *interne* dans cet hôpital et attaché aux salles de fiévreux, où les visites étaient faites alternativement par MM. Fouquier et Bayle. Les collègues de M. Chomel étaient alors MM. Chantourelle, doyen des internes; Riobé, médecin très-distingué qui, plus tard, alla pratiquer la médecine à Angers; Denarp, homme très-savant, très-zélé et plein de dévouement pour notre art; enfin, l'honorable Hervez de Chégoin, ami particulier de M. Roux, lequel venait d'être adjoint au professeur Boyer comme opérateur, et avait quitté Beaujon tout récemment.

MM. Masson et Carrier, docteurs, furent plus tard nommés internes et adjoints aux précédents.

M. Chomel n'était d'abord que médecin ou élève *interne*, puisque M. Chantourelle était le *doyen;* mais M. Chomel fut bientôt nommé *inspecteur du service de santé des élèves*. C'est sous ce titre qu'il surveilla les élèves et qu'il suppléa dans leurs visites MM. Fouquier et Bayle, notamment ce dernier, dont l'état précaire inspirait tant d'inquiétudes.

C'est à partir de cette époque que M. Chomel fut compté comme l'un des médecins traitants de l'établissement, et chacun put dès lors observer combien la science, le dévouement et la lucidité de ce médecin devaient inspirer de confiance. Aussi l'avenir prospère de M. Chomel fut-il entrevu dès cette époque, et sa carrière fut considérée comme devant reproduire la célébrité de son aïeul.

Agréez, etc. PASCAL, médecin.

Bayonne, le 23 novembre 1858.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 novembre, M. Liès-Bodard, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur titulaire de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg.

— MM. Bérard, professeur de physiologie, et Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, sont autorisés à se faire suppléer pendant le semestre d'hiver de la présente année scolaire; le premier par M. Béclard, et le second par M. Gubler, agrégés.

M. Jarjavay est de nouveau chargé, pendant la présente année, du cours d'anatomie.

M. Gavarret, professeur, est autorisé à faire, pendant le semestre d'hiver, le cours de physique médicale. Le cours de pharmacie aura lieu pendant le semestre d'été.

— Par arrêtés du 20 novembre, sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges :

1° Professeur titulaire de clinique interne, M. Mazard, professeur adjoint de pathologie externe;

2° Professeur titulaire de clinique externe, M. Bardinet, professeur d'anatomie et de physiologie;

3° Professeur titulaire de pathologie interne, M. Dépéret-Muret, qui occupait la même chaire à titre d'adjoint;

4° Professeur adjoint de pathologie externe, M. Raymondaud, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques;

5° Professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, M. Boulland, professeur suppléant.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 143. — MARDI 7 DÉCEMBRE 1858. (31e ANNÉE.)
N° 143. — MARDI 7 DÉCEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 DÉCEMBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance de l'Académie des sciences ne présentant aucun travail qui mérite une mention spéciale, si ce n'est la communication de M. Duchenne (de Boulogne), dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, nous profitons de cette circonstance pour appeler l'attention sur l'Association générale des médecins de France.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La circulaire de M. le président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, que nous avons donnée dans le numéro du 26 octobre, a produit l'effet qu'on devait en attendre. Un grand nombre d'adhésions sont parvenues de tous les points de la France au siége de l'Association. Elles s'élèvent aujourd'hui à 956; le département de la Seine à lui seul compte sur ce chiffre pour 162.

L'analyse de ces adhésions et les commentaires dont quelques-unes sont accompagnées, trahissent de la part d'un grand nombre de nos confrères des hésitations et des embarras qui ont paru à la commission nécessiter quelques explications. Comme ces explications ne sauraient avoir trop de publicité, nous croyons devoir les reproduire. Voici en quels termes s'exprime à ce sujet le secrétaire général de la commission, M. A. Latour :

L'article 5 des statuts dit : « L'Association générale se compose de toutes les *Sociétés locales* formées sous son influence et de toutes celles qui se rattachent à elle pour concourir à l'œuvre commune. »

L'article 7 dit encore : « L'Association procède à son œuvre par deux opérations :

» Premièrement :

» Elle prépare l'organisation des Sociétés locales. »

Ces deux articles ont dirigé les actes de la commission organisatrice, et, s'ils sont bien compris, ils doivent aussi dicter la conduite de tous nos confrères sympathiques à l'Association.....

« Il importe, en effet, que nos confrères se pénètrent bien de cette pensée qui n'a cessé d'être présente à l'esprit des fondateurs de l'œuvre, c'est que, sans les *sociétés locales*, l'Association générale présenterait un fonctionnement si difficile, si embarrassant et si compliqué, que le mécanisme ne tarderait pas à s'arrêter. Sans les sociétés locales, l'Association générale ne paraît pas destinée à pouvoir prospérer, à pouvoir surtout donner tous les résultats qu'il est permis d'en espérer par le resserrement des liens confraternels, là où précisément ils ont le plus besoin d'être resserrés.

» Aussi est-ce un appel des plus pressants que nous sommes invités à faire à nos confrères, afin qu'ils prennent, partout où le nombre des adhérents sera suffisant, l'initiative de l'*institution d'une société locale*.

» Ainsi donc, que nos confrères des départements en soient bien convaincus, loin que la *Société centrale*, à Paris, cherche à concentrer et à absorber les éléments divers de l'Association générale, elle ne demande, au contraire, qu'à s'en séparer, qu'à leur donner une vie individuelle, indépendante.

» Quant aux départements où existent des associations antérieures à la fondation de l'Association générale, la rareté des adhésions s'explique naturellement. La commission organisatrice ne s'est jamais dissimulé que l'annexion de ces associations à l'Association générale serait une question d'étude et de temps, et nous savons que la plupart de ces associations étudient, en effet, cette question importante avec zèle, avec sympathie, avec un désir manifeste de pouvoir mettre leurs statuts en harmonie avec les statuts de l'Association générale. Ces associations ont absorbé et possèdent à peu près tous les éléments associables de leurs localités; rien d'étonnant alors que ces éléments s'abstiennent et attendent la décision de leur société mère. Ces associations ne se réunissent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, et une décision aussi importante que celle de l'annexion ne peut évidemment être prise qu'en assemblée générale de ces associations.

» Nous prendrons la liberté néanmoins de recommander aux membres de leurs bureaux et de leurs commissions générales de préparer la question avant leurs assemblées générales, afin de pouvoir leur en présenter un rapport étudié. La commission organisatrice se mettra certainement à la discrétion de ces associations pour répondre à leurs demandes, examiner leurs objections, s'il y en a, agir auprès des pouvoirs compétents pour obtenir les modifications statutaires nécessaires à leur agrégation à l'Association générale, etc.

» *Signé* Amédée LATOUR. » (1)

(1) Nous devons signaler à cette occasion une difficulté qui a déjà frappé un certain nombre de nos confrères, et qui paraît devoir être un obstacle sérieux à l'adjonction de plusieurs des associations existantes et à la formation de nouvelles associations locales; l'article 1er des statuts dit : « Il est établi une association de prévoyance, etc., pour tous les médecins de France, » et au titre III, relatif aux sociétés locales, article 36, on lit : « Est apte à faire partie d'une des sociétés unies dans l'Association générale, tout médecin pouvant exercer en France, en vertu des lois, » etc. En un mot, aux termes des statuts, les médecins *seuls* sont admis à faire partie de l'Association générale. Or plusieurs associations locales, actuellement existantes, comprennent les pharmaciens et les vétérinaires. Ces associations pourront-elles ou non être admises à faire partie de l'Association générale? Telle est la question qui nous est adressée par des confrères faisant partie de sociétés de l'Yonne et de la Côte-d'Or, qui sont dans ce cas. Cette question sera soumise à la commission générale.

Les adhésions doivent être adressées *franco* à M. le secrétaire général de l'Association, au siége de l'Association, rue de Londres, n° 14, à Paris.

En voici la formule, qui peut être écrite sur papier libre, ou remplie sur le bulletin imprimé qui a déjà été adressé avec la circulaire et les statuts de l'Association.

L'envoi de cette adhésion est la seule formalité à remplir en ce moment; aucun envoi d'argent n'est nécessaire.

ACTE D'ADHÉSION.

Je soussigné (*) , docteur en médecine,
demeurant à (**) ,
département , arrondissement ,
déclare adhérer aux *statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.*

Je m'oblige à remplir les conditions fixées par les statuts.

Signature.

(*) Écrire très-lisiblement le nom et les prénoms.
(**) Indiquer avec soin la résidence.
Affranchir et jeter à la poste.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la leucocythémie (1).

L'augmentation du volume de la rate, qui, dans le plus grand nombre des cas de leucocythémie, appelait du vivant du malade l'attention du médecin, a été constatée dans presque toutes, pour ne pas dire dans toutes les autopsies.

Son poids s'est élevé jusqu'à plus de 5 livres, et son volume, variant le plus souvent entre 30 et 32 centimètres de longueur sur 16 à 18 de largeur, a présenté jusqu'à 41 centimètres sur 20 de largeur, et sur 7 d'épaisseur. Sa forme est l'exagération de sa forme normale, qui ne subit aucune modification; l'aspect et la qualité de son parenchyme sont loin d'être identiques dans tous les faits. Dur, cassant dans la plupart des cas, son tissu, d'une couleur uniformément brun-foncé ou brun-rougeâtre, présente à la coupe une tranche luisante; dans d'autres cas, sa couleur tirait sur le jaune ou offrait différentes couches de rouge et de jaune, qui lui donnaient un aspect marbré. Dans cinq autopsies, parmi les faits de leucocythémie qui ont servi de base à l'excellente monographie de M. Vidal, le tissu de la rate contenait un ou plusieurs dépôts de matière blanchâtre ou d'un blanc jaunâtre, ressemblant à des dépôts fibrineux que l'on rencontre quelquefois dans la rate, coïncidant avec les affections du cœur. Deux fois ce tissu était criblé de petits points ramollis, blanchâtres. Sa capsule, épaissie, opaque, laiteuse généralement

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 novembre.

FEUILLETON.

Nous empruntons à la *Gazette médicale de Lyon* une petite étude dont la verve et l'esprit seront, nous en sommes certain, bien accueillis de nos lecteurs.

LA SPÉCIALITÉ, LES SPÉCIALITÉS ET LES SPÉCIALISTES.

Spécialité, mot nouveau, qu'on trouvera d'ici quelques années dans le *Dictionnaire de l'Académie*, mot inventé le 7 janvier 1816 par M. Filoselle, bonnetier, rue Saint-Martin, 49, pour l'écoulement d'un solde de chaussettes chinées vert et noir; mot très à la mode aujourd'hui, qui a passé du commerce dans la médecine, parce que la médecine est une profession libérale qui n'a aucun rapport avec le commerce.

Dans le commerce, le mot spécialité a une signification très-précise : quand M. Coquardeau fait écrire sur son enseigne :

SPÉCIALITÉ DE MOKA TORRÉFIÉ,

c'est comme s'il mettait en toutes lettres :

Je vends très-cher de la chicorée qui sent l'oignon brûlé.

Or, il faut bien savoir qu'en médecine ce n'est pas la même chose. Jadis, depuis Hippocrate jusqu'à Molière, le médecin, d'après Béralde, était l'homme qui guérissait l'homme malade, ou qui tuait l'homme bien portant,

Medicum errare est;

mais qui s'enfermait noblement dans ces deux *spécialités* et n'en sortait pas pour les présents d'Artaxercès. Aujourd'hui on connaît en médecine trente-six spécialités et d'autres encore : spécialité pour éborguer les gens, spécialité pour les rendre sourds, spécialité pour leur broyer les bras et les jambes, spécialité pour les tremper dans l'eau froide, spécialité pour les guérir de la phthisie avec la poudre de perlinpinpin, spécialité pour leur inoculer la vérole, spécialité pour leur couper qui ceci, qui cela, qui le reste.

Ce progrès a deux sources, sources profondes où, sans jamais les tarir, puisent incessamment les humains. l'une est la paresse, l'autre l'avarice. D'une part, — comme un enfant qui n'apprendrait qu'une lettre dans l'alphabet, — d'une part, on se donne moins de peine; d'autre part, vu la sottise des gens, on gagne plus d'argent. — Tout est profit, donc on se fait spécialiste.

Et on se fait spécialiste, je me fais spécialiste, vous vous faites spécialiste, tout le monde se fait spécialiste; c'est-à-dire que plongeant au hasard la main dans la boîte de Pandore, on en tire une maladie, autant que possible gentille, proprette, élégante, avouable, choyée du beau sexe, reçue dans les hauteurs de l'aristocratie. Cette maladie, c'est aussitôt votre royaume, votre domaine patrimonial, votre terre, un champ que vous cultivez à votre guise et que vous entourez de barrières, de haies et de fossés. Sur la porte, vous écrivez les mots redoutables *Piéges à loups*, pour avertir les confrères. Puis, vos droits bien stipulés et la herse levée — pour quiconque n'est pas client, — vous cherchez un moyen de faire assavoir qui vous êtes, mais discrètement, et de battre la caisse sans tambour. Là est le problème : soyez dentiste, oculiste, auriste, orthopédiste, bandagiste, ou pis encore, homœopathe, là est le secret du succès, là est le fil d'Ariane, la lampe merveilleuse des *Mille et une nuits* : trouvez une ficelle heureuse et vous êtes millionnaire.

Par ficelle heureuse, j'entends un moyen prudent, fût-il déshonnête, de faire faire autour de votre nom et du talent que vous pourriez avoir, le bruit que décemment vous ne pouvez faire vous-même : *Per fas et nefas*, cher Monsieur, il faut sonner les cloches, pourvu qu'on ne surprenne jamais au bout de la corde notre main médicale.

Et là s'élèverait, à propos de cette honte professionnelle qu'on nomme *réclame*, en médecine comme ailleurs, une question qu'on pourra trouver singulière : Le médecin peut-il faire de l'annonce? Je me fais fort de démontrer avant peu qu'il n'en est pas un, depuis Passy jusqu'à Bercy, qui n'en fasse plus que son voisin; mais tous s'en défendent, si bien qu'il vaudrait mieux en avouer davantage et en faire beaucoup moins.

Mentiri turpe est.

Quoi qu'il en soit, et puisqu'il s'agit ici non pas de discuter le droit, mais de se décider sur le choix des moyens, voyons, sans perdre du temps aux bagatelles de la parade, ce qui se passe derrière le rideau.

De tous les trucs de publicité, le plus innocent et le moins coûteux consiste à faire thèse inaugurale sur l'amaurose, à guérir l'amaurose par un courant induit, et à expédier finalement la thèse susdite à tous les amaurotiques dont Bottin peut fournir l'adresse. Voilà qui paraît simple. Eh bien, il faut encore savoir manier la raquette.

Je suppose un autre confrère qui ait, lui aussi, jeté son dévolu sur le département de l'orbite et, qui, lui aussi, guérisse l'amaurose d'une

adhère au diaphragme et au péritoine par des exsudations plastiques.

Le foie augmente de volume sans altération de structure, et dans quelques cas atteint le triple de son volume normal, et son poids a pu dépasser 8 à 14 livres.

Les ganglions lymphatiques, souvent hypertrophiés, n'offrent même dans la leucocythémie lymphatique qu'une simple augmentation de leurs éléments normaux.

Tels sont les principaux caractères anatomiques de la maladie dont les premières observations nous sont venues presque simultanément d'Allemagne et d'Angleterre, où elles ont été publiées en 1845, à quelques jours de distance, par M. Virchow (de Wurtzbourg), par M. Bennett (d'Édimbourg). Cependant, en France, dès l'année 1836, la maladie avait été pour la première fois entrevue par notre savant collègue M. le docteur Barth, ainsi que le rappelle M. Vidal dans le chapitre de son travail consacré à l'historique de la question. En 1852, M. le docteur Leudet publiait une observation de leucocythémie dont le diagnostic n'avait été institué qu'après autopsie; un an plus tard, M. le docteur Charcot en publia un nouveau fait. La monographie de M. le docteur Vidal, que j'ai souvent citée, est basée sur un nombre assez considérable, 32 observations. A celles-ci on peut en ajouter d'autres, et notamment celle relatée dans le travail du professeur Magnus Huss, de Stockholm, et celle du malade actuellement couché dans nos salles de la Clinique.

Rien n'est encore déterminé relativement aux causes occasionnelles de cette maladie. Dans les observations citées par M. Vidal, elle s'est manifestée deux fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes. L'âge des malades a varié entre treize ans et demi et soixante-neuf; mais c'est chez des individus dans l'âge adulte que la maladie s'est présentée le plus fréquemment. Les sujets mal nourris, mal logés, appartenaient aux classes peu fortunées de la société; quelques-uns avaient fait antérieurement des excès alcooliques; ils se trouvaient dans des conditions hygiéniques fâcheuses.

Sous le point de vue des maladies antécédentes, quatre femmes faisaient remonter le début de la maladie à l'époque de leur dernière grossesse; on a noté des affections rhumatismales, et si quelques malades ont présenté dans leurs antécédents pathologiques des fièvres intermittentes, ce n'a été que l'exception (six fois sur 34, en ajoutant aux faits de M. Vidal celui du docteur Magnus Huss et le nôtre). Dans ces cas peut-être, comme le fait remarquer le professeur de Stockholm, peut-on admettre que les troubles survenus dans la santé, sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles les individus ont vécu ou des maladies qu'ils ont éprouvées, ont été les causes prédisposantes de la leucocythémie dont les fièvres intermittentes, en déterminant l'hypertrophie de la rate, ont été les causes occasionnelles?

Le premier symptôme accusé par notre malade, et qui l'a amené à l'hôpital, a été le gonflement considérable de la rate. C'est là, en effet, le phénomène décisif dans le diagnostic de la leucocythémie splénique; la leucocythémie lymphatique ne différant en rien quant aux symptômes généraux de la première, dont elle diffère seulement par la tuméfaction des ganglions lymphatiques, sans qu'il y ait hypertrophie notable de la rate, et par les altérations du sang que nous avons indiquées. Cette augmentation du volume de la rate est souvent aussi le fait dominant pour les malades. Cette augmentation de volume peut être portée, comme nous l'avons dit, jusqu'à des proportions considérables. Le ventre est soulevé dans l'hypocondre et dans le flanc gauches, la tumeur envahissant une grande partie de la cavité abdominale. La peau est sillonnée par des veines distendues, se dessinant sous les téguments. Par la palpation, on limite plus ou moins facilement la tumeur; dans notre observation, cette limitation était possible pour ainsi dire à l'œil. Cette tumeur, fixée dans sa partie supérieure et peu mobile dans les mouvements que fait le malade, s'abaisse cependant un peu quand il est debout. La palpation et la percussion sont plus ou moins douloureuses, et souvent les douleurs surviennent spontanément, quelquefois assez vives pour nécessiter l'intervention de l'art. Au début, les malades n'éprouvent qu'un sentiment de gêne, de pesanteur, qui augmente par la marche, par le travail; ce sentiment de gêne, exagéré par la pression des vêtements, les oblige souvent à desserrer leurs ceintures.

Souvent l'augmentation de volume du foie coïncide avec l'hypertrophie de la rate, mais c'est principalement dans ce que l'on pourrait appeler la seconde période de la maladie que cette augmentation du foie se manifeste. Elle est accompagnée de douleurs. Cette hypertrophie de la rate et du foie peut donner lieu à de l'épanchement abdominal, à de l'anasarque, mais celle-ci peut se rattacher encore aux épanchements séreux qui ont lieu dans une période avancée de la maladie sous l'influence de l'état cachectique.

Cette hypertrophie de la rate ou des ganglions lymphatiques, jointe à l'altération du sang, signe pathognomonique de l'affection, sont, ce dernier surtout, les *symptômes* vraiment propres à la leucocythémie; les autres s'observent dans toutes les maladies cachectiques, et n'offrent rien de spécial à celle-ci.

Au début, c'est un affaiblissement parfois assez rapide des forces: en même temps que l'amaigrissement survient, les téguments se décolorent, et l'on constate tous les signes de l'anémie, palpitations, bourdonnements d'oreilles, obscurcissement de la vue, céphalalgie, quelquefois tendance à la lipothymie; chez quelques malades, douleurs névralgiques. Le caractère se modifie; les individus deviennent impressionnables, tristes, moroses; dans les derniers jours, il survient du délire tranquille, qui persiste jusqu'à la fin.

Les fonctions digestives s'accomplissent généralement bien jusque dans la dernière période de la maladie, et si dans les derniers temps la diarrhée est le phénomène ultime le plus constant, généralement les gardes-robes restent régulières, sauf chez quelques individus qui présentent des alternatives de resserrement et de relâchement du ventre.

La gêne de la respiration notée chez la plupart des malades dès le début de l'affection, et qui augmente par la marche et les mouvements, chez quelques-uns après le repas du soir, cette dyspnée se lie à l'état anémique, et dépend aussi probablement de l'obstacle mécanique apporté au libre jeu de l'appareil respiratoire par la présence de la tumeur splénique, qui, refoulant le diaphragme, remonte presque dans la cavité de la poitrine.

Cette dyspnée, qui devient plus considérable à mesure que la maladie fait des progrès, peut arriver dans la dernière période jusqu'à l'orthopnée, sans qu'à l'autopsie, rien ne révèle l'existence de lésions pulmonaires. Elle est quelquefois accompagnée d'une toux peu fréquente, courte, généralement sèche, mais en quelques cas avec expectoration muqueuse peu abondante.

Le pouls est faible, dépressible, et ne devient fréquent qu'alors que la fièvre hectique s'allume. Dans le cas où elle s'est montrée aux premières périodes de la maladie, elle était très-différente des accès de fièvre intermittente. Les mouvements fébriles commençaient toutefois par des frissons, et étaient suivis de sueurs assez abondantes, surtout de nuit, pour obliger dans quelques cas le malade à changer de linge; mais ces accès revenaient avec la plus grande irrégularité, et étaient très-passagers, se déclarant principalement vers le soir, comme les accès de fièvre hectique, et non comme les accès de fièvres palustres, qui surviennent le matin, et dans le milieu du jour le plus ordinairement.

Nous avons parlé de l'anasarque, et nous l'avons attribuée en grande partie à l'état cachectique; les épanchements séreux abdominaux et pleuraux, l'œdème du tissu cellulaire et du poumon que l'on a notés, s'observent le plus souvent dans la dernière période de la maladie, bien que dans quelques cas on ait noté des œdèmes apparaissant et disparaissant à plusieurs reprises.

La tendance aux hémorrhagies est un fait habituel, il avait été noté chez notre malade. Les hémorrhagies nasales sont les plus fréquentes, puis viennent les hémorrhagies intestinales, gengivales, et, dans 2 cas sur 20, il y a eu métrorrhagie.

Virchow explique cette tendance aux hémorrhagies en disant qu'elle se lie souvent aux affections spléniques. Ce que nous avons dit des relations supposées entre l'altération de la rate et les altérations du sang, trouve encore ici sa place. Comment, en effet, si l'explication de Virchow était admise, comment se fait-il que les hypertrophies considérables de la rate, consécutives aux fièvres palustres, ne donnent pas lieu habituellement à ces hémorrhagies? On pourrait invoquer plutôt une altération du foie, car l'influence des affections de cet organe sur la production des hémorrhagies est un fait surabondamment démontré, depuis surtout que M. Monneret l'a mis si vivement en lumière. Mais ne serait-il pas possible, comme le demande le professeur Magnus Huss, que les hémorrhagies dans la leucocythémie fussent plutôt sous la dépendance de l'excès des globules blancs? Ces globules, en effet, d'un diamètre plus considérable que les globules rouges, ayant une tendance à se coller, forment des caillots qui obstruent la voie des capillaires; ceux-ci se rompent, et l'hémorrhagie arrive plus ou moins considérable suivant la quantité des vaisseaux rompus.

Les urines, normales dans la première période de la maladie, se modifient à la fin, et contiennent des proportions plus considérables d'ammoniaque et d'urates.

A titre de complication, on a noté dans quelques cas des affections concomitantes de la poitrine, tubercules pulmonaires, épanchements pleurétiques, congestions sanguines, œdème des poumons. Trois malades, dans les observations compulsées par M. Vidal, ont été atteints d'ictère dans le cours de la maladie; chez un autre, le foie fut trouvé cyrrhosé; chez trois autres encore, il y a eu complication de maladie de Bright.

Enfin, dans la période ultime de la maladie, on a vu survenir des éruptions furonculeuses, avec eschares au sacrum, du pemphigus, comme dans une observation de Virchow et dans celle de Magnus Huss.

Il est assez difficile de préciser la durée de la maladie, car on n'est jamais suffisamment renseigné sur son début réel; mais, approximativement, on peut dire que dans les cas rapprochés par les auteurs, cette durée a varié depuis trois mois jusqu'à cinq ans, et elle a été en moyenne de 13 à 14 mois. Sa marche est donc essentiellement chronique, mais sa terminaison est fatale. Tous les observateurs sont d'accord sur ce point; tous les sujets avaient succombé ou n'étaient pas guéris, et présentaient peu d'espoir de guérison dans les faits qui ont été rapportés.

Contre cette maladie, fatalement mortelle, divers traitements ont été employés et sont restés non-seulement impuissants à guérir, mais même à enrayer momentanément la marche du mal.

Le traitement qui s'adresse à l'état anémique semblerait cependant devoir être de quelque utilité, sinon pour arriver à la guérison, du moins pour en modérer les progrès, s'il était permis d'en juger sur ce que nous voyons chez notre malade. Les préparations ferrugineuses ont semblé lui être de quelque utilité, et les préparations de quinquina ont été incontestablement avantageuses en arrêtant les hémorrhagies. Depuis son arrivée, il avait chaque jour des épistaxis assez alarmantes: nous l'avons mis à l'usage de la poudre de quinquina, et les hémorrhagies n'ont pas reparu pendant quelque temps; il prenait chaque jour 2 grammes de poudre de quinquina jaune dans du café; pendant trois semaines il n'y a pas eu d'épistaxis. Mais celles-ci se sont reproduites, pour céder, il est vrai, de nouveau sous l'influence d'une dose plus considérable du médicament. Toutefois, cet avantage,

---

façon ou d'une autre, soit par l'extraction du cristallin (c'est chose que j'ai vue, ce qui s'appelle vue, de mes yeux vue, ô Morgagni!) Qu'arrive-t-il? Il éclate un combat à outrance, en champ clos, bannières déployées, une lutte impitoyable où des deux combattants entre-dévorés il ne pourra, tout au plus, sur le carreau, rester qu'un débris: l'amaurose.

Aussi bien, faut-il prendre toute précaution: on s'assure, moyennant dues recherches bibliographiques, que l'amaurose n'est plus à personne et que tous les Esculapes ayant écrit des sottises sur le compte d'icelle, reposent en paix du dernier sommeil. Cela fait, moyennant recherches agendagraphiques, on court chez les très-honorés confrères, seigneurs féodaux des localités circonvoisines: — « Cher Oculiste, les méchantes langues pourraient vous dire que je m'occupe des maladies de l'œil; n'en croyez rien, j'étudie l'électricité. » — « Cher Dynamiste, vous pourriez apprendre par calomnie que je travaille l'électricité; je tiens infiniment à vous détromper d'avance: je veux, en passant par l'amaurose, faire mon chemin dans l'oculistique. »

Alors, sur ces tombes certainement muettes, et entre ces deux voisins rassurés, vous plantez vos drapeaux, *id est*; vous achetez à un pauvre diable, interne je ne sais où, une thèse savante, volumineuse, bardée de citations grecques et latines, syriaques si vous pouvez, émaillée de communications récemment faites aux académies et sociétés savantes de Chicago, d'Utica, ou de Charlestown.

Dès que ce travail, fruit de veilles laborieuses, est devenu, par contrat authentique, votre propriété, vous l'ornez de votre signature d'abord, puis vous y annexez, de gré ou de force, une série d'observations modèles où l'on voit des amauroses complaisantes se laisser radicalement, promptement et commodément guérir par votre courant induit.

Sur ce, la Faculté, qui est bon prince, vous délivre, avec ses félicitations, le bonnet, la robe et le diplôme: vous êtes docteur ès amaurose.

Grand dîner ce soir-là chez Foyot ou Magny; souper d'huîtres à la russe chez la rôtisseuse; adieu au pays latin, mâle et femelle; on casse sa pipe d'écume; on brûle son béret; on passe l'eau; on est un homme sérieux; on jouerait à la Bourse si l'on pouvait; on épouserait volontiers 25,000 fr. de rentes; on a l'avenir devant soi; on se frappe le front; on sera spécialiste.

Le lendemain, la mousse est tombée: Rignoux vous envoie votre thèse; quand je dis votre, celle que vous avez payée, et, tout en feuilletant ces pages érudites que vous vous étudiez à comprendre, il vous vient des remords, un dégoût du métier. Bah! quand vous aurez hôtel, carrosse, gens et livrée, un nom, une fortune, où seront les remords? Courage, donc!

Macte animo, generose puer!

Il faut d'abord, et c'est là que nous en sommes, dire aux gens que vous guérissez l'amaurose. Or dès ici nouveau conseil: si vous allez distribuer cette thèse d'école, dédiée à papa, à maman, à tante Eudoxie, et à mon bien-aimé protecteur M. Créchien, capitaine au 17e hulans, elle fera dans le monde, avec ses gros bas bleus, triste figure. Trouvez, je vous prie, sur la place, un journal complaisant, affamé de copie, qui, moyennant indemnité qui ne soit point exorbitante, imprime vos cures merveilleuses. Ce point gagné, la victoire est à vous: vous faites clicher la composition pour tirage particulier, et voilà que vous êtes auteur; en manière de carte de visite, vous pouvez désormais adresser à M. le baron de Tournebroche une brochure rose tendre, vert foncé ou jaune clair, suivant qu'il est quaker, légitimiste ou quelque chose de pis. Dans cette brochure, le texte se prélasse sur papier vélin avec un titre ronflant:

CURATION DES CÉCITÉS INCURABLES,

Monographie de l'amaurose, sa cause prochaine et sa guérison;

Par M. le docteur BONINOIR,

bachelier ès lettres, bachelier ès sciences, ancien élève lauréat des hospices civils et de l'institution pratique, chevalier de l'ordre du Lion, membre correspondant du Gymnase Triat, de la Société piémontaise de psychiatrique, et de plusieurs cercles scientifiques français et étrangers, etc., etc.

(Mémoire extrait de la *Gazette médicale de Paris*).

Point de date surtout pour qu'on puisse vous croire vieux docteur, et aussi pour qu'il vous soit possible, dix ans plus tard, d'expédier avec semblable apparence de fraîcheur la même bourriche de marée.

Avec le baron de Tournebroche, vous mettez sur la liste des gens que vous favorisez d'un envoi: Mme Gatinais, qui vient de perdre son époux; M. Virrat, qui se marie; Mme Boulart, qui est accouchée d'avant hier. Ce sont là des attentions délicates que personne n'oublie et qui font juger un homme.

Vous êtes garçon, et l'on vous invite à dîner. Le lendemain, vous envoyez une brochure rose pour remercîment.

Au premier jour de l'an, l'occasion s'offre d'elle-même: brochure à toutes vos connaissances; deux brochures pour un ménage, trois brochures s'il y a des enfants.

Sans compter les économies: si vous n'aviez pas ces brochures pour combler vos neveux, vous vous ruineriez en sottes étrennes, marrons glacés et polichinelles de carton.

quelque réel qu'il ait été, est trop peu considérable pour que nous nous fassions illusion sur l'issue de la maladie.

Dr L. BLONDEAU.

DANGER DE LA SAIGNÉE DANS L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

Par M. le docteur Alf. LIÉGARD (de Caen).

Sous l'empire de la doctrine physiologique, tant que régna la *constitution médicale inflammatoire* qui motivait et rendait si puissante la médication *antiphlogistique*, le danger de la saignée dans l'apoplexie cérébrale ne fut pas et ne devait pas être soupçonné; presque partout et toujours ces redoutables symptômes furent rapportés, comme ils devaient l'être, à une hémorrhagie active ou à une congestion cérébrale inflammatoire. Mais à mesure que cette époque s'est éloignée de nous, à mesure que cette *constitution médicale* a fait place à une *constitution* contraire, de bons observateurs, d'éminents praticiens, se sont élevés de plus en plus contre ce qu'il y avait de trop absolu dans cette doctrine. Des faits nombreux manifestant l'impuissance et souvent la nocuité évidente des saignées dans ces maladies, se produisirent et se multiplièrent de jour en jour. L'incertitude, le doute sur la nécessité des évacuations sanguines, s'emparèrent des esprits : *Saignez encore*, disait alors M. le professeur Cruveilhier dans ses cours, *mais soyez circonspects*. Enfin, du doute on passa à la négation de toute efficacité de ce moyen, et maintenant un autre professeur de la Faculté de Paris en est venu jusqu'à proscrire absolument la *saignée* dans l'*apoplexie*.

C'est apparemment pour réagir contre cette proscription absolue que M. le docteur Joire a publié récemment dans la *Gazette des Hôpitaux* un long et savant mémoire tendant à démontrer que la saignée est généralement avantageuse dans ces maladies, et que *les émissions sanguines employées pour combattre les phénomènes de l'apoplexie, ne peuvent être considérées comme la cause des accidents graves qui se sont quelquefois manifestés consécutivement à leur emploi.*

Le travail de ce médecin, très-remarquable sous bien des rapports, est capable de faire une certaine impression sur les esprits; c'est pourquoi je n'ai pas cru devoir laisser passer sans quelques réflexions cette conclusion, que je regarde comme pouvant entraîner des conséquences funestes dans un grand nombre de cas.

Il s'agit de bien distinguer et de préciser autant que possible les cas dans lesquels il convient d'en user, et ceux dans lesquels il faut s'en abstenir.

Premier fait. — Il y a quelques années, on vint me chercher pour donner mes soins à un homme de soixante-dix ans, grand et fort, un peu replet, et d'un tempérament sanguin lymphatique. Il était tombé, après son déjeuner, presque privé de connaissance, et ne pouvait parler que très-difficilement. Le pouls était un peu fréquent, développé, mais sans *récurrence*. La main gauche avait perdu presque toute sa force, elle était encore sensible; céphalalgie. Le malade fut placé dans son lit, la tête haute; on lui appliqua des sinapismes aux extrémités inférieures et des compresses froides sur le front fréquemment renouvelées. Quatre heures après, le malade était à peu près dans le même état. Une saignée de 500 grammes fut pratiquée au bras droit; puis on renouvela les sinapismes, en même temps qu'on appliquait quatre sangsues derrière chaque oreille. Trois quarts d'heure après, on vint me chercher en courant. Le malade était sans connaissance; la paralysie du bras gauche était complète; la respiration était fort embarrassée; il était impossible de lui rien faire avaler : quelques gouttes d'eau provoquaient une suffocation imminente. Il mourut dans la nuit suivante.

Deuxième fait. — L'hiver dernier, je donnais des soins depuis trois jours à une femme de soixante-six ans, qui avait été frappée assez subitement d'une hémiplégie gauche avec perte de connaissance. Je n'avais fait aucune émission sanguine; je l'avais soumise au traitement de ce que j'appelle la *deuxième espèce* (apoplexie séreuse); elle commençait à remuer ses doigts et à répondre un peu aux questions qu'on lui adressait. Un autre médecin fut appelé en mon absence le matin du quatrième jour. Le soir, à mon retour, je trouvai la malade insensible, sans connaissance, agonisante. Ces symptômes fâcheux s'étaient manifestés presque immédiatement après une saignée copieuse pratiquée par notre confrère.

Elle mourut dans la nuit.

Troisième fait. — M. le professeur Cruveilhier raconte dans ses cours qu'ayant été mandé en ville auprès d'une personne qu'il trouva sous l'imminence d'une attaque d'apoplexie cérébrale, il se hâta de pratiquer une saignée. La veine était à peine fermée que la malade était hémiplégique.... Les parents ne manquèrent pas de dire que c'était la lancette qui avait fait le mal.

Quatrième fait. — Une femme (dit le docteur Cornil dans sa thèse inaugurale, 1851) était occupée du soin de son ménage, lorsqu'elle éprouva tout à coup de la faiblesse dans les membres thoracique et pelvien du côté gauche; cependant elle put encore se rendre chez son médecin, qui demeurait à une assez grande distance. Celui-ci la saigna immédiatement, mais après la saignée la malade ne put quitter sa chaise : elle était complétement hémiplégique.

Cinquième fait. — Le fait suivant, dit le docteur Aussagnel (thèse inaugurale, 1853) s'est passé sous mes yeux :

Le 24 février, un de mes amis se présenta à nous dans un état de bredouillement tel, qu'il eut besoin d'un bon quart d'heure pour nous faire comprendre que, le matin du même jour, il avait été lui-même fort surpris de se réveiller dans cet état. Il ne présentait du reste qu'un peu de faiblesse dans les membres du côté droit, surtout dans le membre supérieur, qui était également moins sensible que celui du côté opposé. Le docteur Batailhé ayant été appelé, une large saignée fut pratiquée. Le lendemain, le bredouillement ayant plutôt augmenté que diminué, une seconde saignée fut pratiquée, à la suite de laquelle le malade tomba dans une syncope qui se prolongea durant quinze minutes, et dont il ne se réveilla que complétement hémiplégique.

Depuis ce moment également le malade n'a plus parlé, et au moment où j'écris ces lignes, bien que le membre inférieur ait recouvré ses mouvements, l'articulation du moindre monosyllabe est encore impossible....

Sixième fait. — M. le docteur Hamon (de Fresnay), dans un article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* (3 septembre 1857) sur le traitement de l'apoplexie, et sur lequel nous allons revenir bientôt, rapporte brièvement l'histoire de quatre malades, dont deux furent frappés de paralysie immédiatement après la saignée. Le premier succomba trois jours après l'accident; le deuxième a survécu frappé d'hémiplégie. Deux autres sujets, gravement affectés, ont été largement saignés, et sont morts quelques jours après l'accident sans avoir recouvré une lueur de connaissance.

Enfin, le même journal rapporte dans la *Revue clinique hebdomadaire* du 18 juillet 1857, deux faits bien capables de faire impression par la différence des résultats. Je me contenterai d'y renvoyer les lecteurs.

Tous ces faits, qu'il nous serait facile de multiplier beaucoup, sont certainement bien capables d'inspirer une salutaire réserve, une prudente circonspection : ce ne sont pas, en effet, des cas exceptionnels et confirmant la règle des émissions sanguines; ils ont leur raison d'être, leur cause spéciale, moins rares qu'on ne le croit trop généralement encore; ils se rattachent à l'espèce *d'apoplexie* désignée par les anciens sous le nom de *séreuse*, et dont un grand nombre d'observations et d'autopsies très-concluantes nous affirment l'existence... M. le docteur Joire en a parfaitement exposé les caractères dans le travail cité plus haut. Cet auteur, tout partisan des saignées qu'il soit, convient que dans ces cas les émissions sanguines sont contre-indiquées; mais cela ne lui paraît pas suffisant pour faire admettre (en théorie) une exception à la règle générale des saignées :

1° Parce que ces faits sont très-rares;

2° Parce qu'il est impossible de les distinguer *a priori*.

Mais d'abord, en acceptant comme exacte la proposition de ces sortes de congestions établie par les faits que ce médecin a observés lui-même, ces cas doivent paraître loin d'être très-rares; ainsi, sur 69 observations, il a noté : hydropisie des méninges, 4 fois; hydropisie du cerveau et des méninges, 15 fois : total 19; ce qui nous donne une proportion de plus d'un quart. Ensuite, je suis persuadé qu'avec de l'expérience et une sérieuse attention, il serait possible de distinguer quelquefois ces cas vraiment déplorables dans lesquels la saignée peut entraîner après elle les conséquences les plus funestes.

J'admets volontiers avec le docteur italien Rigons-Stern, cité par M. Joire, deux ordres de faits dans lesquels les saignées sont dangereuses :

1° Ceux dans lesquels les phénomènes de l'apoplexie se reproduisent plus tard, au bout de deux, quatre ou six jours, malgré de nombreuses saignées pratiquées antérieurement.

2° Les cas où l'apoplexie survient à l'improviste, après un certain nombre de saignées pratiquées dans un tout autre but que pour conjurer une menace d'apoplexie; *a lædentibus indicatio.*

Dans sa thèse inaugurale (août 1858), M. Arzouman a démontré, par un grand nombre d'exemples et d'expériences dus à MM. Piorry, Brown-Séquard, Trousseau, Pidoux, Hallé et Sandras, l'existence de paralysie : hémiplégies, paraplégies occasionnées par la chloro-anémie, surtout chez les femmes, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans ces cas, les symptômes morbides augmentent après chaque période menstruelle, et cela d'autant plus que *l'écoulement sanguin a été plus considérable*. Il est bien évident qu'ici encore la saignée doit être écartée avec soin et que la base du traitement doit toujours être, comme le fait remarquer notre jeune confrère, la médication générale par le fer, les toniques, le vin et une riche alimentation.

Plusieurs bons observateurs, parmi lesquels je dois citer M. le docteur Hamon, ont insisté sur les graves dangers de la saignée dans les apoplexies de cause gastrique. L'expérience a démontré ici, au contraire, la grande efficacité des vomitifs.

Mais tâchons maintenant d'exposer brièvement quelques règles générales, à l'aide desquelles il devienne moins difficile de nous guider dans les obscurités de cette question si embarrassante, si grave et si controversée encore du traitement de l'apoplexie cérébrale.

La distinction de l'apoplexie en sanguine et en séreuse se trouve parfaitement établie dès la plus haute antiquité, où elles étaient désignées sous les noms de *chaude* et *froide*; l'une rattachée au *strictum*, l'autre au *laxum*. Les médecins du dix-huitième siècle, Boerhaave, Van Swieten, les auteurs de l'*Encyclopédie*, etc., prétendaient reconnaître facilement ces deux sortes d'apoplexies : il y avait, disaient-ils, dans la séreuse, inertie de toute la machine, ralentissement de la circulation qui paraît évident par la pâleur de la physionomie, la faiblesse et la lenteur du pouls; état saburral plus ou moins prononcé, etc.; de là la nécessité des émétiques pour imprimer à l'économie une secousse salutaire, et remédier aux saburres des vésicatoires, etc. Dans la sanguine, au contraire, la turgescence de la face, la fréquence et la plénitude du pouls, etc., indiquaient la nécessité des saignées; mais ils voulaient que, selon Hippocrate et Celse, on eût soin de mettre quelque intervalle entre elles pour en observer l'effet, car lorsqu'elles ne sont pas avantageuses, elles deviennent très-nuisibles aux malades. Ces précautions, cette restriction, cette incertitude sur l'opportunité et les inconvénients possibles de la saignée, indiquent bien qu'eux aussi n'étaient pas toujours certains de reconnaître l'espèce à laquelle ils avaient affaire.

Cette distinction, en effet, n'est pas toujours facile à faire; nous croyons cependant que dans un certain nombre de cas elle peut être faite et doit être très-utilement maintenue. Ainsi l'apoplexie sanguine se rencontrera plus ordinairement chez les hommes robustes, jeunes encore, à tempérament sanguin, habitués à une vie peu active et à une nourriture succulente et abondante; on la verra dominer dans les constitutions médicales inflammatoires, etc. Elle se caractérise encore par la violence et la soudaineté

Avez-vous des créanciers? Une brochure tous les mois. Prenez-vous un coupé? vous y oubliez une brochure. Parlez-vous à quelqu'un? vous dites : « Mon mémoire. »

Ce n'est pas tout; — il existe, à la surface scientifique du globe terrestre, quatre à cinq cents journaux de médecine, de chirurgie, d'oculistique, de toxicologie, de dentisterie, de psychiatrie, d'ornithologie, de pharmacie, de chimie, de psychie, de sciences, de lettres et d'industrie, qui, pour deux exemplaires de votre estimable travail, seront enchantés d'imprimer deux fois que M. le docteur G. Boninoie guérit l'amaurose; — qui sait? Montrez la pièce ronde, et il n'est pas impossible qu'un journaliste, maigri aux tables d'hôte de la rive gauche, ne nous offre dans les colonnes chancelantes d'une revue malade une analyse élogieuse du traitement de l'amaurose par votre courant induit. Mais quoi qu'il arrive, comme chacun des quatre à cinq cents journaux ci-dessus dénommés a au moins vingt-cinq abonnés et parvient gratis à plusieurs milliers de lecteurs, voilà votre nom sur toutes les bouches et dans tous les cœurs :

« Il guérit l'amaurose, ma sœur! »

Ce n'est pas encore tout; — vous trouverez dans tous les royaumes de la terre, dans toutes les provinces de tous les royaumes, et dans toutes les villes et petites villes de toutes les provinces de tous les royaumes une boîte à cancans scientifiques, Académie ou Société plus ou moins médicale de l'endroit. La société ne serait-elle que d'horticulture, vous y découvrirez bien un vétérinaire, M. Guillaume Clavelée, auquel vous pourrez, sans déroger, faire *hommage respectueux d'auteur*. Votre homme qui ne s'était jamais permis les émotions de la tribune, s'y élance d'un pas vainqueur et dépose sur le bureau une publication nouvelle de M. le docteur J. Boninoie, touchant la guérison électrique de l'amaurose. — Le soir, rentré dans ses foyers, il parlera de *son discours*. — Quant à vous, rien ne vous empêche, un mois plus tard, de faire valoir vos droits au titre peu recherché de membre correspondant de l'honorable société. M. G. Clavelée, dont vous êtes désormais le candidat, s'élancera itérativement d'un même pas vainqueur à cette tribune qui lui est maintenant familière, et, saisissant la parole, prouvera, lui vétérinaire, par le dieu Pan et Flore la déesse, qu'ayant guéri l'amaurose, M. le docteur J. Boninoie est horticulteur. Tant et si bien que les quatre membres résidants qui composent la Société impériale d'horticulture de la Ferté-Sous-Jouarre n'oublieront jamais plus leur très-cher et très-honoré collègue, M. le docteur J. Boninoie, qui guérit l'amaurose par l'électro-magnétisme... Pousse et fleurisse une amaurose dans le pré voisin, l'amaurose est votre proie.

Assurément, voilà une publicité respectable et scientifique. Difficile de reprocher à un homme d'être assez savant pour écrire un gros livre et assez riche pour le donner aux gens qu'intéresse la question.

Que s'il le donne aux gens que n'intéresse pas la question, par exemple à Mme Cordon, sa portière, c'est par erreur, par complaisance, pour ne point faire de jaloux... peut-être, dira Basile, pour faire savoir qu'il guérit l'amaurose? Ce serait de la Réclame. Or la médecine, qui est une profession libérale, ne fait pas de réclame, donc... C. Q. F. D.

Enfin, et quoi qu'il en soit, à force d'aller en chasse et de rentrer bredouille, vous mettez la main sur votre première amaurose. — Ce jour est un beau sabre dans votre vie : vous vous faites coiffer par Majesté; vous vous étranglez le cou dans la batiste de Hollande; vous achetez pour vos mains bienfaisantes des chevreaux trop étroits; vous dînez chez Verdier; vous fumez le léger trabucos; vous dites tout haut : « Ma nombreuse clientèle. »

Ne vous laissez pas enivrer : tout n'est pas fait; il faut, de cet amaurotique, savoir tirer le suc et l'essence et la quintessence. Pour que le programme soit rempli, notre malade devra :

1° Ne jamais guérir (facile par l'électricité);

2° Vous rester fidèle (système homœopathique);

3° Faire des petits (voyez l'*Art d'élever les lapins*, 3e édition, volume III, p. 42).

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

MM. Thore, de Sceaux (2e souscription).		10 fr.	» c.
Aubanel, médecin en chef de l'asile de Marseille.		30	»
Sauze, médecin-adjoint	*Id.*	10	»
Pellegrin, interne	*Id.*	5	»
Peyron, interne	*Id.*	5	»
Total.		60 fr.	» c.
Listes précédentes.		941	50
Total général jusqu'à ce jour.		1001 fr.	50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 4, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

de l'attaque, par la force, la fréquence et surtout la récurrence du pouls.

La séreuse, au contraire, sera plus souvent observée chez les sujets plus âgés, lymphatiques, à fibres molles, chez les femmes surtout, chez les malades exposés aux privations de la misère, etc.

Quelques auteurs admettent aussi une troisième espèce d'apoplexie qu'ils nomment nerveuse. M. Gintrac en a rapporté un exemple remarquable (*Gazette des Hôpitaux*, août 1857); mais ces faits, dans lesquels on ne trouve à l'autopsie aucune trace de lésion organique, sont fort rares; peut-être même la congestion cérébrale légère existant pendant la vie avait-elle disparu après la mort; on a cru en trouver des exemples chez des individus épuisés par l'âge, les maladies ou les excès. Ils rentrent évidemment dans la catégorie de ceux qui contre-indiquent la saignée; ils sont sur la limite des deux autres espèces, et ne constituent pas un genre particulier.

De tout ce qui précède ressort manifestement la nécessité d'admettre deux espèces distinctes d'apoplexie cérébrale, la sanguine et la séreuse; dans cette dernière, les émissions sanguines doivent être évitées soigneusement, puisqu'en appauvrissant le sang elles disposent ainsi d'autant plus aux exhalations séreuses dans les ventricules qu'elles ont été plus abondantes; nous dirons tout à l'heure quel traitement nous paraît alors le plus convenable. Dans la première, au contraire, tout retard dans la saignée pourrait entraîner les plus fâcheuses conséquences: nous indiquerons aussi comment et avec quelle réserve il nous parait plus avantageux d'user de ce puissant moyen.

Un certain nombre de bons esprits, effrayés par la multiplicité des faits dans lesquels les saignées avaient été suivies plus ou moins promptement des plus funestes résultats, ont cherché à les remplacer, même dans les apoplexies les plus évidemment sanguines, par une médication interne « qui pût rendre le sang » moins riche en globules et moins plastique, combattre la phleg- » masie cérébrale ou favoriser la résolution de l'épanchement; » présenter (comme le dit l'un d'eux, M. le docteur Hamon) tous » les avantages des émissions sanguines, sans en offrir les incon- » vénients. » Ce médecin emploie, dans ces cas, l'ammoniaque à 25 degrés (30 gouttes dans une potion), ou bien le bi-carbonate de soude à la dose de 10 grammes par jour. Il cite sept observations, dont quatre suivies de mort ou de paralysie incurable, conséquences de la saignée; et trois dans lesquelles son traitement, suivi exclusivement, ramena promptement les malades à la santé. Un autre, M. le docteur Lamare Picot, conseille, dans ce même but, la médication arsenicale, recommandant d'avoir soin d'éviter ce traitement dans les cas où le sang serait pauvre; car, ajoute-t-il, l'usage de l'acide arsénieux étant essentiellement hyposthénisant, accroîtrait encore cette condition fâcheuse. La dose de cet acide est de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour.

Voici, pour mon compte, le traitement que l'expérience de quelques années et les considérations qui précèdent m'engagent à recommander vivement.

Lorsque je me trouve en présence d'un malade offrant tous les signes et les caractères qui constituent l'*apoplexie sanguine* (ce qui est assez rare), après avoir fait placer le patient dans une position presque assise, fait appliquer aux pieds des cataplasmes sinapisés, des compresses froides sur la tête, je pratique une saignée explorative de 150 à 200 grammes, que je renouvelle quelquefois une ou deux heures après; mais il me suffit le plus souvent de faire appliquer deux sangsues aux malléoles ou à l'anus, que je renouvelle de temps en temps quand le sang s'arrête, saignée plutôt dérivative que déplétive, et que je me hâte d'arrêter aussitôt que les signes de dépression ont succédé à ceux de pléthore et de congestion cérébrale active. J'évite ainsi cette déplétion trop rapide du système vasculaire sanguin qui prive brusquement le cerveau de la stimulation et de l'énergie nécessaires à la vie et aussi à la résolution des épanchements. A ces premiers moyens, j'ajoute les lavements purgatifs, le suppositoire additionnel de 30 centigrammes d'aloès, surtout chez les hémorrhoïdaires. Et, si le sang est riche, aux boissons aqueuses, aux limonades végétales, etc., j'ajoute l'eau de Seltz, le calomel à doses fractionnées, et j'ai recours le plus tôt possible à une alimentation rendue de plus en plus substantielle à mesure que décroissent les phénomènes morbides. Si cependant la paralysie persiste, je mets le malade à l'usage de l'iodure de potassium, de 50 centigrammes à 1 gramme par jour.

Quand, au contraire, tous les symptômes, tous les phénomènes de l'apoplexie séreuse se présentent, aux premiers moyens indiqués ci-dessus (position élevée de la tête, sinapismes, compresses froides) j'ajoute immédiatement l'usage d'une préparation ferrugineuse et le plus ordinairement celle du perchlorure de fer à 30 degrés, 30 gouttes dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerées dans la journée; puis viennent ici encore les lavements purgatifs, quelquefois les vésicatoires, et l'émétique lorsqu'il y a état saburral prononcé.

Dans les cas qu'on pourrait appeler *mixtes*, chez les individus d'un âge peu avancé, d'une constitution encore assez forte, quoiqu'un peu molle et lymphatique, dans lesquels la violence des accidents ferait soupçonner une apoplexie *sanguine*, mais sans *récurrence du pouls*, etc., sans recourir à la saignée générale, je conseille volontiers les sangsues appliquées, comme il a été dit, à plusieurs reprises; elles exercent une dérivation salutaire, en même temps qu'elles peuvent devenir au besoin déplétives. Ici encore, suivant les indications, peuvent intervenir le calomel, les ferrugineux, puis l'iodure de potassium.

A l'aide de ces différents moyens, j'ai pu obtenir des résultats curatifs remarquables, satisfaire quelquefois aux exigences des personnes qui demandaient impérieusement la saignée, sans m'exposer jamais à ces résolutions irrémédiables, à ces collapsus foudroyants qui ont tant effrayé un grand nombre de praticiens.

HERNIE PAR ÉCARTEMENT DE LA LIGNE BLANCHE.

Éventration.

Par M. le docteur J. Maurel.

De toutes les hernies abdominales, la plus fréquente est sans contredit la hernie de la ligne blanche, connue sous le nom d'éventration, cette issue des intestins qui se fait à travers les parois musculaires, par écartement ou par simple dilatation de cette bande fibreuse.

Cette espèce de hernie affecte une forme demi-cylindrique, verticale, et est caractérisée par une saillie plus ou moins prononcée sur la ligne médiane. Elle n'a pas de pédicule, car l'ouverture oblongue qui lui livre passage, et qui est limitée par les muscles droits, n'a guère moins d'étendue transversale que le point le plus large de la saillie cylindrique qu'elle forme habituellement. Ceci explique la difficulté que l'on éprouve à la réduire complétement d'abord, puis à la contenir, comme nous allons le dire plus bas.

Les causes des hernies par écartement de la ligne blanche sont variables; elles peuvent dépendre d'une laxité et d'une faiblesse congéniales, d'une conformation vicieuse, mais sont bien plus souvent l'effet de la dilatation excessive de la paroi abdominale par les grossesses ou par une hydropisie ascite. La première de ces raisons explique la plus grande fréquence de cette lésion chez la femme. Lorsqu'elle existe chez l'homme, elle est souvent le résultat d'une vaste blessure des parois, dont la cicatrice se laisse soulever par les organes mobiles de l'abdomen.

Nous avons dit qu'en raison de leur forme, de leur étendue, de la disposition anatomique des parties, les hernies de la ligne blanche étaient difficiles à réduire complétement, plus malaisées encore à contenir d'une manière efficace.

En effet, il ne s'agit plus ici d'un simple appareil à pelote qui, comme dans la hernie inguinale ou crurale, ou dans la hernie ombilicale par dilatation de l'anneau ombilical, fermerait une ouverture anormale et empêcherait la sortie de l'anse intestinale. Si elles ont sur ces dernières l'avantage immense de ne jamais s'étrangler, elles ont l'inconvénient d'exiger des bandages compliqués, le plus souvent insuffisants.

Cependant, depuis quelques années, une nouvelle méthode de fabrication des ceintures et des appareils élastiques dus à M. Bourjeaurd, a singulièrement facilité nous ne dirons pas la guérison, mais la réduction et le maintien de ces éventrations.

On sait que dans les appareils de M. Bourjeaurd, il n'y a pas élasticité du tissu dans tous les sens. La ceinture ne porte que dans le sens de sa largeur, et non dans celui de sa longueur, parce qu'au lieu d'être formée de mailles continues, elle se compose de tours plus ou moins longs et multipliés d'une étroite bandelette élastique, cousue bord à bord, de manière à constituer une spirale autour de la partie à comprimer.

Déjà depuis plus de six ans, nous avons vu employer ces appareils contre les éventrations, dans les hôpitaux d'Angleterre. Le professeur Curling, l'un des chirurgiens les plus distingués de Londres, les a mis en usage dans son service avec d'excellents résultats, comme le prouvent plusieurs articles du journal de médecine et de chirurgie *the Lancet* que nous avons sous les yeux. Nous avons été, à plusieurs reprises, témoin à Paris de leurs heureux effets dans la pratique des notabilités chirurgicales, et nous avons, dans trois cas, réussi nous-même à mettre les malades dans un état de bien-être d'autant mieux apprécié, qu'elles avaient éprouvé plus longtemps les cruelles incommodités qui résultent de cette fâcheuse disposition de la ligne blanche.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 novembre 1858. — Présidence de M. Despretz.

M. Boussingault met sous les yeux de l'Académie des flèches empoisonnées par le *curare*, rapportées de l'Orénoque par un voyageur, et dont il serait à désirer que l'action fût essayée par M. Cl. Bernard, ainsi que l'ont déjà été d'autres échantillons de curare provenant de diverses parties de l'Amérique tropicale. — M. Boussingault fait remarquer que le témoignage du voyageur qui a rapporté ces objets vient à l'appui de ce qu'il a avancé lui-même et de ce qu'avait dit avant lui M. de Humboldt, tous les deux parlant d'après leurs observations personnelles, que dans la composition du curare il n'entre que des sucs végétaux.

— M. Duchenne (de Boulogne) présente un mémoire intitulé: Recherches sur l'ataxie locomotrice progressive, maladie caractérisée spécialement par des troubles généraux de la coordination des mouvements. (Nous en avons fait connaître le contenu dans le numéro du 4 décembre.)

— M. Gillet, vétérinaire à Valençay (Indre), adresse une note sur un veau qui a été extrait en sa présence de l'utérus d'une vache abattue pour la boucherie. Ce veau, qui était au moins de grosseur ordinaire eu égard à la taille de la mère, ne présentait aucun signe de décomposition, de sorte qu'on devait supposer qu'il n'y avait pas longtemps qu'il avait cessé de vivre. Cependant, d'après les renseignements fournis à M. Gillet, il était resté dans le ventre de sa mère cinq mois entiers après le terme ordinaire du part. A l'époque où l'on attendait que la mère mît bas et où le gonflement des mamelles, la turgescence de la vulve et des parties environnantes, les mouvements du fœtus semblaient annoncer ce moment comme très-prochain, tous ces signes disparurent, les mamelles devinrent flasques sans qu'il y eût eu écoulement de lait, les organes génitaux externes revinrent à l'état normal, toute apparence de mouvements du fœtus cessa. On ne remarqua point chez la vache d'efforts destinés à amener la délivrance; cependant, à partir de ce moment, elle sembla malade, elle mangeait peu et ne pouvait se lever sans aide. Au bout de quinze jours pourtant, elle avait repris de l'appétit, de la gaieté, et la pleine liberté de ses mouvements.

On n'a pas fait l'autopsie du veau; quant à celle de la vache, la seule particularité que signale l'auteur de la note est l'étroitesse du museau de tanche, qui permettait à peine l'introduction du doigt, quoique la vache, qui était âgée de sept ans, eût déjà porté plusieurs veaux. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Rayer.)

— M. Marcé prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie son « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. »

On n'apprendra pas sans un profond étonnement et une grande douleur la perte que vient de faire la médecine lyonnaise, et nous ajouterons la médecine française tout entière. A peine la tombe vient-elle de se fermer sur l'une des illustrations chirurgicales de Lyon, qu'elle s'ouvre de nouveau pour recevoir l'un de ses plus dignes successeurs. M. Bonnet, que nous avons vu, il y a deux mois, à Paris, plein de vie et d'activité, remplissant les académies et les amphithéâtres de nos hôpitaux de l'exposition brillante de ses ingénieux procédés chirurgicaux, et qui, il y a quelques jours à peine, rendait les derniers devoirs à Gensoul, M. Bonnet vient de succomber à une courte maladie, à peine âgé de cinquante et quelques années.

Il n'est personne qui ne connaisse les beaux travaux de M. Bonnet, et les services scientifiques qui lui ont mérité les honneurs et la position élevée qu'il avait su conquérir en peu d'années. Aux nombreux ouvrages qu'il a publiés, et qui sont devenus presque tous classiques, tels que le *Traité des sections tendineuses*, le *Traité des maladies des articulations*, le *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, le *Traité pratique de la cautérisation*, etc., il se proposait d'ajouter prochainement la publication de ses études cliniques sur le traitement des tumeurs blanches, dont il a fait l'objet de ses dernières communications aux divers corps savants de Paris.

M. Bonnet était depuis dix-huit ans professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie des sciences, membre associé national de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 novembre, sont nommés à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy:

1° Professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, M. le docteur Simonin;

2° Professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, M. le docteur Parisot;

3° Professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, M. Bertin, docteur en médecine.

4° Chef des travaux anatomiques, M. le docteur Parisot, qui est nommé professeur suppléant par le présent arrêté.

— Il y a un accroissement notable dans le nombre des élèves qui suivent les cours de la Faculté de Montpellier. Le chiffre des premières inscriptions dépasse, à lui seul, de quarante-quatre celui de l'année dernière à la même époque. (*Montpellier médical.*)

— Dans un moment où le corps médical paraît reconnaître les bienfaits de l'association avec un entraînement louable, nous sommes heureux de rappeler à nos lecteurs que cette idée n'a pas attendu pour germer à Montpellier, l'impulsion récente qui lui a été imprimée en France, et que l'Association médicale de prévoyance et de secours mutuels existe depuis plus de dix ans pour le département de l'Hérault.

— Nous avons le regret d'annoncer deux nouvelles pertes que vient d'éprouver le corps des chirurgiens de la marine.

M. Mallié, chirurgien de 1re classe, est mort à la Martinique le 13 septembre, et M. Mesnard, chirurgien de 2e classe, a succombé au Gabon le 3 août dernier.

— A l'audience du 24 novembre, le tribunal de police correctionnelle de Lyon a condamné le sieur Combet fils, sur la poursuite du ministère public, à 15 francs d'amende (maximum de la peine), pour exercice illégal de la médecine, et à 50 francs de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile, représentés par Me Rougier.

Parmi les motifs allégués pour sa défense, le prévenu a fait valoir la promesse de se munir très-prochainement d'un titre légal, qui jusqu'ici lui a été refusé par le jury médical du Rhône.

— M. Cl. Bernard commencera son cours au Collége de France le mercredi 8 décembre à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 144. — JEUDI 9 DÉCEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 144. — JEUDI 9 DÉCEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un au 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 DÉCEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

On s'attendait aujourd'hui à entendre la réplique de M. Malgaigne au dernier discours de M. Trousseau; mais retenu par une indisposition, M. Malgaigne s'est excusé de ne pouvoir assister à la séance, et il s'est borné, dans une courte lettre que l'on trouvera dans le compte rendu, à rectifier une erreur où seraient tombés, suivant lui, ses contradicteurs, en lui attribuant une opinion dont il se défend. M. Malgaigne a saisi cette occasion pour formuler les indications de la trachéotomie telles qu'il les entend. Après avoir lu ses explications, et comparé sa formule des indications de la trachéotomie avec celle de M. Trousseau, on pensera sans doute avec nous que le débat serait désormais sans objet, et que dès à présent la discussion peut être considérée comme close, — du moins en ce qui concerne le tubage et la trachéotomie, car pour le traitement médical du croup la question subsiste encore tout entière.

Nous avons cru un instant hier que M. Bouillaud allait l'aborder, mais notre attente a été trompée. M. Bouillaud a parlé un peu de tout à propos du croup, voire même de l'homœopathie... — Dieu nous garde de le suivre sur ce terrain! — mais nous avons vainement cherché dans son discours ce que nous aurions aimé à y trouver après tout ce qui a été dit sur la trachéotomie, une appréciation de la valeur des divers moyens de traitement médicaux du croup. Nous nous trompons, il en a touché un mot, et voici à quel propos :

Une phrase nous avait frappé dans le dernier discours de M. Trousseau. La trachéotomie, avait-il dit, a d'autant plus de chances de réussir, que le sujet est plus complétement vierge de tout traitement. Qu'est-ce à dire? nous étions-nous demandé; qu'en vue d'assurer le succès d'une trachéotomie qui pourra devenir nécessaire, il faudra, en présence du progrès envahissant de la maladie, se croiser les bras et attendre que l'indication soit venue d'opérer?— Nous doutions que ce pût être là la pensée réelle de M. Trousseau; mais elle semblait si bien découler de sa proposition, qu'on pouvait s'y tromper. M. Bouillaud l'avait cru aussi comme nous et beaucoup d'autres sans doute puisqu'il l'a interpellé sur ce point. Mais M. Trousseau s'est hâté de rétablir le sens de cette proposition. C'est un fait qu'il a constaté, mais non un précepte qu'il a entendu formuler par ces paroles. Il ne ressort pas moins de cette phrase de M. Trousseau comme de son discours tout entier, un triste aveu de l'impuissance de la thérapeutique contre le croup. Tout ce qu'a dit M. Bouillaud sur ce point n'a été qu'une confirmation de ce triste aveu; car nous doutons que personne fasse un très-grand fond sur l'efficacité curative des ventouses scarifiées, que le professeur de la Charité propose de substituer aux sangsues, dont tout le monde reconnaît aujourd'hui les désastreux résultats en pareil cas.

N'avions-nous donc pas raison de dire que notre attente avait été trompée!

Qu'adviendra-t-il maintenant de cette discussion? Mardi prochain l'Académie tiendra sa séance publique annuelle. Les deux dernières séances de l'année seront tout entières consacrées aux travaux de renouvellement du bureau et des commissions annuelles. Elle ne pourra donc être reprise, si elle l'est, que dans le mois de janvier. Si l'on y revient, nous exprimons le vœu qu'elle ne porte désormais que sur le point de vue médical de la question. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. CHARCOT.

Rupture de la rate chez un fœtus.

Une fille de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital de la Pitié le 22 juin 1858, dans le service dont M. le docteur Charcot est chargé par intérim, salle des accouchements. Cette fille se dit grosse de huit mois; elle assure n'avoir jamais été malade, et en particulier elle n'aurait jamais eu ni écoulements, ni chancres aux parties, ni taches sur la peau. Elle ne peut donner aucun renseignement valable concernant l'état de santé du père de son enfant.

La grossesse n'a été marquée par aucun incident, si ce n'est qu'il y a un mois une chute assez violente a eu lieu. La fille X... marchait sur un terrain glissant; elle fit un faux pas et tomba assez rudement pour qu'il s'ensuivît une perte de connaissance; cependant elle en fut quitte pour une bosse sanguine, assez volumineuse, siégeant à la tête, et un sentiment de courbature qui a persisté pendant deux ou trois jours.

Dix jours après ce premier accident, nouvelle chute. Cette fois ce n'est plus la tête, mais bien le côté droit du corps qui aurait porté. Cette nouvelle chute n'a été immédiatement suivie d'aucun accident fâcheux; elle n'a pas été très-violente, et n'a produit ni écorchures, ni ecchymoses, ni sentiment de courbature. Il paraîtrait que, à partir de l'époque où la première chute a eu lieu, les mouvements du fœtus sont devenus habituellement moins énergiques qu'ils ne l'étaient auparavant.

Le 24 juin (huitième mois de la grossesse, au dire de la fille X...), se manifestèrent, vers sept heures et demie du matin, les premières douleurs. L'enfant vient par la tête. L'accouchement s'opère naturellement, et se termine à midi sans avoir nécessité aucune manœuvre.

L'enfant donne à peine quelques signes de vie. On parvient cependant à le ranimer; mais au bout d'une demi-heure il succombe. On remarque, immédiatement après la naissance, qu'il présente, sur le flanc gauche et la région supérieure de la cuisse du même côté, une large ecchymose violacée; on remarque aussi que son abdomen est très-volumineux.

Autopsie. — Caractères d'un fœtus âgé d'un peu moins de huit mois. Le *tégument externe* présente de nombreuses bulles de pemphigus. De ces bulles, les unes siégent sur la face, sur la paupière supérieure gauche principalement, et au pourtour des ailes du nez; d'autres sont disséminées sur différents points de la surface du corps; mais c'est aux pieds et aux mains qu'elles siégent en plus grand nombre. Quelques-unes de ces bulles se sont crevées, et laissent voir à la surface de la peau une petite ulcération; d'autres sont encore remplies d'un liquide qui, sur quelques-unes, a l'aspect séro purulent.

L'abdomen est très-volumineux; le cordon est œdématié. On remarque sur la partie latérale gauche de l'abdomen, et se prolongeant sur la hanche, une large ecchymose de couleur lie de vin. Par la dissection du tégument externe, on s'assure que l'infiltration sanguine ne pénètre pas, au moins à la hanche, au delà du tissu cellulaire sous-cutané; sur l'abdomen, on remarque qu'elle s'étend jusque dans l'épaisseur du muscle grand oblique.

Thorax. — Thymus sain. Poumons uniformément remplis d'air, parfaitement sains. Le cœur ne présente aucune altération.

Abdomen. — La cavité du péritoine est remplie d'une quantité assez considérable de sang noir en grande partie coagulé (20 à 25 grammes environ). C'est surtout à gauche, au voisinage de la rate, que le caillot est plus volumineux. Une certaine quantité de sang liquide a pénétré dans la tunique vaginale droite, où le testicule n'est pas encore descendu.

La *rate* est volumineuse, de consistance normale. En examinant sa face interne, on y remarque, un peu en avant du hile, une sorte de fente ou figure dirigée dans le sens du grand axe, et qui présente environ 3 centimètres de long. Cette fente pénètre d'ailleurs assez peu profondément dans l'épaisseur du tissu splénique, qui paraît sain au voisinage. En écartant les bords de cette fente, on voit s'y prolonger et y adhérer les caillots qui remplissent la partie gauche de l'abdomen.

La membrane péritonéale ne présente sur aucun point de traces d'inflammation.

Le *foie* est très-volumineux. Il n'est pas altéré, mais manifestement exsangue. Les reins sont sains.

Le sang dont l'abdomen était rempli chez ce fœtus, provenait de la rate, cela nous paraît peu contestable. Mais quelle a été la cause de la rupture de la capsule et du parenchyme spléniques, point de départ de l'hémorrhagie? Si l'on remarque que le tissu de la rate et de sa capsule était parfaitement sain, même au voisinage de la déchirure, et si l'on tient compte, en outre, de l'ecchymose qui existait dans l'épaisseur du tégument externe de l'hypochondre gauche, il semblera naturel d'admettre que c'est à une violence extérieure qu'il convient de rapporter toutes ces lésions. Cette violence, le fœtus n'aurait pu l'éprouver que pendant la vie intra-utérine ou dans le travail même de l'accouchement, puisque, suivant un rapport digne de foi, l'enfant présentait déjà l'ecchymose et la tuméfaction de l'abdomen au moment de la naissance.

Or, nous savons que le fœtus s'est présenté par la tête, et que l'accouchement a été facile et n'a nécessité aucune manœuvre. Pour expliquer les lésions, il ne restait donc plus qu'à invoquer l'une ou l'autre des chutes éprouvées pendant la grossesse, et dont la fille X... a donné l'histoire. Mais ici se présente une difficulté qui ne nous paraît pas pouvoir être résolue. La première chute a eu lieu il y a un mois environ, et la deuxième, qui a été peu violente, il y a quinze jours au moins. Si ces chutes ont été la cause de la rupture de la rate et de l'ecchymose, celles-ci ont dû suivre immédiatement l'accident. Dans cette hypothèse, le sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané et le caillot renfermé dans la cavité du péritoine, auraient dû présenter les caractères qui distinguent les épanchements sanguins datant de plus de quinze jours : or cela n'existait pas, ainsi qu'on l'a fait remarquer expressément dans l'observation. Ajoutons que la face interne du péritoine ne présentait aucun signe de phlegmasie, aucune trace de formation pseudo-membraneuse, comme cela aurait eu lieu presque infailliblement dans le cas où l'épanchement péritonéal aurait remonté à une époque éloignée. Il y a donc entre les circonstances de l'observation et les faits consignés dans la relation nécroscopique un désaccord frappant, et que nous nous bornons à signaler, dans l'impossibilité où nous sommes d'en pénétrer la cause.

(*Compte rendu de la Société de biologie.*)

HOPITAL DE LA MARINE, A TOULON.—M. REYNAUD.

Fracture du crâne. — Commotion cérébrale. — Tassement de la substance encéphalique.

Dans les nombreuses autopsies de fractures du crâne que j'ai faites, tant à Brest qu'à Toulon, je n'ai jusqu'à présent rencontré que des cas où la contusion allait jusqu'à l'attrition de la pulpe cérébrale. Quoique son tassement ait été signalé par quelques anatomistes du plus grand mérite, je commençais à douter de la possibilité de ce phénomène, lorsque j'ai rencontré le fait suivant:

Bernard (J. A.), ouvrier employé au curage, âgé de trente-huit ans, fit, le 27 février 1857, une chute sur le pavé du bassin de radoub (environ 10 mètres de hauteur); il n'a pas repris connaissance, et est mort deux heures après cet accident.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant: refroidissement de tout le corps; résolution musculaire complète; immobilité absolue; pouls à 64; respiration stertoreuse; écoulement de sang par l'oreille gauche; chute des paupières supérieures; dilatation de la pupille gauche; la pupille droite paraît plutôt contractée.

Autopsie, faite 24 heures après la mort.

Fracture comminutive de la rotule droite; fracture du tibia gauche avec plaie; érosion étendue sur le nez; traces de contusion au niveau de l'arcade orbitaire gauche; ecchymose à l'angle interne de l'œil droit; plaie contuse de 5 centimètres d'avant en arrière, au niveau de la bosse pariétale droite; seconde plaie de 3 centimètres au milieu du front.

Le cuir chevelu et le péricrâne enlevés, on trouve les sutures tellement soudées qu'on en voit à peine la trace. A la partie moyenne du pariétal droit et immédiatement au-dessous de la plaie des téguments, existe une fissure en zigzag qui va rejoindre l'articulation fronto-pariétale sur la ligne médiane, et de là se dirige en bas et en dehors sur le pariétal gauche.

Vers la partie moyenne du coronal, au-dessous de la seconde plaie des téguments, se présente un enfoncement produit par la séparation d'un fragment irrégulièrement quadrilatère du coronal; de là partent des fissures qui vont rejoindre la fracture précédemment décrite.

Les deux fractures, réunies au niveau de la partie supérieure de la fosse temporale gauche, se convertissent en un large sillon qui descend à peu près verticalement jusqu'au niveau du conduit auditif externe; enfin, une petite fissure circonscrit en haut l'apophyse mastoïde.

Cette fracture présente dans son ensemble trois lignes principales, une antéro-postérieure, depuis la base du nez jusqu'à la bosse pariétale droite; une latérale, depuis la suture pariétale jusqu'au conduit auditif, et une oblique, circonscrivant une portion irrégulièrement quadrilatère du coronal, de 7 centimètres de long sur 5 de large, mobile et facile à détacher.

Le crâne ouvert, on voit manifestement que le cerveau ne remplit pas la boîte crânienne, brisée mais non déformée; l'encéphale semble déprimé, surtout en avant; il est distant de près d'un centimètre de la boîte osseuse. La scie pénètre profondément sans atteindre la dure-mère, qui est comme flétrie sur le cerveau, et soulevée en deux ou trois points par de l'air qui s'est introduit par les traits de scie qui l'ont un peu décbirée.

Du sang en caillots, extravasé sous la dure-mère, rougit fortement

l'arachnoïde; un caillot volumineux se remarque surtout au niveau de la fosse temporale gauche. *La consistance de la pulpe cérébrale est peut-être plus grande que dans l'état normal;* pas de sérosité dans les ventricules; quelques gouttes de sang extravasé dans le ventricule droit.

La base du crâne présente une large fracture partant du milieu du coronal, régnant sur la ligne médiane jusqu'au milieu de la selle turcique, et comprenant en avant l'apophyse crista-galli, qui est séparée et flottante. Cette fracture se porte à gauche et en dehors en avant du rocher, qui demeure séparé de l'aile du sphénoïde et du reste du temporal. Le conduit auditif externe est ouvert, ainsi que l'oreille moyenne; l'aile gauche du sphénoïde et la voûte orbitaire gauche ne tiennent plus au reste de la boîte crânienne.

Obs. II. — *Plaie contuse à la tête; commotion cérébrale; fracture de la base du crâne; guérison.*

Honoré Funel, âgé de quarante ans, contre-maître à la boulangerie du port de Toulon, reçut, le 6 août 1858, à trois heures du soir, le choc de deux balles de farine pesant ensemble 200 kilogrammes, et tombant de la hauteur d'un premier étage.

Il fut renversé sur le sol et perdit connaissance pendant peu de temps; il ne se rappelle aucune des circonstances de l'accident. On observe, à la région pariétale gauche, une plaie contuse, longue de 8 centimètres, irrégulière, à direction antéro-postérieure; le cuir chevelu est séparé de l'os vers la partie moyenne de la plaie; il n'y a pas d'enfoncement ni d'apparence de fracture; pas de paralysie des membres; les facultés intellectuelles sont conservées; cependant le blessé répond avec un peu de lenteur aux questions; le pouls est petit, déprimé, à peine sensible. — Tilleul sucré chaud, moines, sinapismes.

Immédiatement après l'accident apparut un écoulement de sang par l'oreille gauche; l'hémorrhagie était très-abondante à quatre heures du soir; douleurs vives vers l'oreille, crachats muqueux fortement colorés par du sang; les fosses nasales ont aussi donné du mucus teint de sang. A cinq heures du soir, vomissement de matières alimentaires; à six heures, la réaction est prononcée. — Lavement purgatif à 45 grammes de sulfate de soude; le soir, saignée de 400 grammes, 15 sangsues aux jugulaires.

Le 7 août au matin, vomissements bilieux; les paupières gauches restent entr'ouvertes, l'œil droit se ferme exactement, la bouche et la pointe du nez sont déviées à droite, et quand le malade parle, l'air soulève la joue gauche; il y a donc paralysie des muscles animés par le facial gauche. La sensibilité n'est pas altérée; le sang qui coule par l'oreille est toujours abondant et mêlé à beaucoup de sérosité; plusieurs compresses en ont été mouillées. Pouls plein et dur à 72 pulsations. — Diète, oranges sucrées, limonade tartrique; orge stibiée à 0,08 *bis*; saignée de 250 grammes; un demi-lavement à 60 grammes de sulfate de soude; le soir, 12 sangsues aux jugulaires; à minuit, 8 sangsues.

Le 8, la partie latérale gauche de la tête est douloureuse; un peu de gonflement des régions temporale et zygomatique, mouvements de la mâchoire douloureux; trouble léger de la vision sans strabisme; le malade distingue plus clairement les objets de l'œil droit que de l'œil gauche; il se plaint d'une pression douloureuse dans l'orbite; il y a un peu d'exophtalmie. L'écoulement de l'oreille est toujours abondant, et de plus en plus séreux. Pouls à 72, encore plein. — Bouillon coupé, limonade tartrique; orge stibiée à 0,08 *bis*; un demi-lavement à 60 grammes de sulfate de soude; le soir, 12 sangsues aux jugulaires.

Le 9, même état, pas de sommeil pendant la nuit; vomissements à la suite de l'orge stibiée. Bouillon coupé, orange, orge stibiée à 0,10, un litre; demi-lavement à 60 grammes de sulfate de soude.

Le 10, la partie latérale gauche de la tête est toujours douloureuse; l'écoulement de sérosité par l'oreille a beaucoup diminué; l'audition est abolie de ce côté; pouls régulier à 60. — Bouillon, orange, orge stibiée à 0,10; demi-lavement à 60 grammes de sulfate de soude.

Le 11, la plaie du cuir chevelu est presque complétement cicatrisée; le gonflement du côté gauche de la tête a diminué ainsi que l'exophthalmie; il ne s'écoule plus de sérosité par l'oreille. On évalue à plusieurs onces la quantité perdue depuis cinq jours.) Il reste des douleurs vives dans l'oreille, et la paralysie des muscles de la face n'est pas modifiée. Pouls à 56, langue blanche. — Bouillon, orge stibiée à 0,10.

Le 12, la nuit a été calme, le sommeil prolongé; pouls à 62, langue blanche, 5 selles. — Bouillon, orge stibiée à 0,10; limonade tartrique.

Le 13, même intensité des douleurs de l'oreille; pas d'écoulement. — Bouillon, raisins, oranges, tilleul sucré, demi-lavement à 45 gr. de sulfate de soude.

Le 14, la plaie du cuir chevelu est complétement cicatrisée; même otalgie; il s'écoule par l'oreille un peu de sérosité purulente teinte de sang: pouls à 54. — Demi-soupe au vermicelle, raisins, tilleul sucré, 4 gouttes de teinture d'arnica.

Du 15 au 22, l'état reste à peu près le même, mais va cependant en s'améliorant; la céphalalgie persiste; on commence à donner quelques potages au malade; la constipation est combattue par des lavements purgatifs et par de l'eau de Sedlitz.

Le 22, la douleur occipitale a disparu; l'état du malade est bien meilleur; l'écoulement par l'oreille disparaît le 31, mais le malade y perçoit des bourdonnements et des sifflements continuels. L'examen de l'oreille fait reconnaître une déchirure de la partie inférieure de la membrane du tympan.

Le 13 septembre, le malade est très-bien. — *Exeat.*

Le malade sort de l'hôpital ne conservant aucune trace de céphalalgie, pas d'éblouissements, mais présentant encore une paralysie incomplète des muscles de la face du côté gauche. L'occlusion des paupières est incomplète de ce côté, et le larmoiement continuel à l'air; le nez est fortement dévié à droite; la narine gauche laisse échapper presque continuellement du mucus; l'odorat est pourtant conservé; la bouche est déviée à droite; les mouvements de la mâchoire sont faciles, mais la mastication se fait mal du côté gauche, les aliments tombant sans cesse en dehors de l'arcade dentaire et n'y revenant qu'à l'aide de la main. La luette est déviée, comme la bouche, vers la droite. Dans l'oreille, sifflements aigus et surdité complète.

Le 19, le blessé a repris de l'embonpoint; cependant, il éprouve quelques éblouissements dans la marche prolongée. La paralysie et les déviations de la face et de la luette persistent; la surdité est absolue.

Le 15 novembre, il y a beaucoup moins d'éblouissements; les paupières de l'œil gauche se rapprochent un peu plus, le larmoiement est moins continuel à l'air. Le nez et la bouche sont dans le même état; la luette s'est pourtant un peu redressée; moins de bourdonnements dans l'oreille gauche, mais surdité toujours complète de ce côté.

Le 27, la luette est tout à fait redressée; la paralysie de la face diminue considérablement.

La fracture du rocher paraît ici évidente; l'écoulement persistant de sang et de sérosité sanguinolente en est une preuve; de plus, la paralysie du facial indique que cet os a été fracturé dans la partie qui contient l'aqueduc de Fallope, et la paralysie du côté correspondant de la luette indiquerait que la fracture remonte jusqu'au premier coude du facial, s'il est vrai que le grand nerf pétreux qui en émane soit la racine motrice du ganglion otique, et que les rameaux efférents de ce ganglion agissent sur les muscles qui meuvent l'uvule, comme on l'enseigne. (Longet, *Système nerveux*, t. II, p. 450).

Lalluyeaux d'Ormay,

Chirurgien de 1re classe de la marine.

AMPUTATIONS MULTIPLES ET COUP SUR COUP DES MEMBRES.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 24 novembre.)

La question des doubles amputations coup sur coup n'est pas encore entièrement résolue; en feuilletant les ouvrages des auteurs les plus recommandables, j'ai été surpris de rencontrer une grande divergence d'opinions surtout pour ce qui concerne les amputations multiples chez les sujets atteints de maladies chroniques affectant plus ou moins profondément la constitution. Ainsi Delpech, Dupuytren, Sabatier, ne s'expliquent pas sur les amputations doubles coup sur coup, et Boyer proscrit de la manière la plus formelle les amputations multiples, surtout dans les cas de tumeurs blanches ayant leur siége dans de grandes articulations, comme les genoux, les coudes, etc. Aux yeux de MM. Velpeau et Vidal (de Cassis), le succès des amputations multiples est très-douteux, et ces chirurgiens établissent en principe qu'*on doit amputer seulement les deux mains ou les deux pieds*, mais qu'il n'est pas prudent d'aller plus loin.

« Il est des contre-indications à l'amputation fournies par la trop » grande gravité du mal, dit M. Vidal. Il est vrai que, dans ces cas, si » on n'ampute pas, le malade est voué à une mort certaine. Mais alors, » si on ne sauve pas le malade, on ne compromet pas l'honneur de » l'art; on ne grossit pas encore le chiffre déjà respectable de nos re» vers. Ainsi, si deux membres sont brisés au point de nécessiter deux » amputations sur le même sujet, doit-on les amputer tous deux le » même jour? Je sais qu'il est des chirurgiens qui répondent par l'af» firmative... En principe, je ne pense pas qu'on doive admettre une » pareille pratique. Il a été fait des exceptions: ainsi on pourrait am» puter les deux mains ou les deux pieds; mais qu'on n'aille pas plus » loin et qu'on ne justifie pas l'opinion commune, qui veut que les » chirurgiens ne demandent qu'à couper, et qu'ils sont au comble de » la joie quand, les ciseaux à la main, ils peuvent tailler en plein » drap. »

Suivant Larrey et MM. Serre, Dubreuil. Bouisson (de Montpellier), Malgaigne, Bonnet (de Lyon), Fergusson, il est préférable en général d'amputer les deux membres immédiatement. Fergusson est si convaincu de la supériorité de cette méthode, qu'ayant à pratiquer une double amputation, il s'est arrangé de manière à effectuer l'opération sur un membre pendant qu'un de ses amis opérait sur l'autre au même instant. Mais si l'opinion de ces éminents praticiens plaide chaudement en faveur des amputations multiples dans les lésions traumatiques, il faut avouer qu'elle est moins absolue, quand il s'agit d'amputations doubles à pratiquer chez des individus atteints d'affections chroniques. En effet, on sait que les chirurgiens, en général, reculent devant une opération qui débarrasserait le malade d'un membre atteint de tumeur blanche du genou par exemple, quand une autre articulation est envahie par la même maladie. M. Bouisson admet cette réserve quand il s'agit d'une affection locale succédant à une diathèse générale; mais dans le cas contraire, il est porté à croire qu'on est trop timide, et il cite à l'appui de son opinion l'exemple d'une double amputation pratiquée par lui et suivie d'un succès inespéré. Il s'agissait d'un soldat de l'armée d'Afrique, âgé de vingt-six ans, portant à chaque articulation tibio-tarsienne une tumeur blanche au troisième degré. L'affection était telle qu'aucune médication ne pouvait être proposée, et qu'il n'y avait de ressources que dans le retranchement des parties malades. Tous les organes, d'ailleurs, fonctionnaient bien, et cet homme n'avait jamais offert aucun symptôme de scrofules. Le mal dont il était atteint remontait à une expédition faite dans l'Atlas, et avait pour point de départ une congélation des extrémités. M. Bouisson, rassuré par les antécédents favorables du malade, procéda le 24 mai 1851 à l'amputation des deux jambes au lieu d'élection. Le patient fut endormi au moyen de l'éther, et la jambe gauche fut amputée par la méthode circulaire. Les vaisseaux furent liés immédiatement. Sans s'arrêter à faire le pansement de la plaie, on procéda aussitôt à l'amputation de la jambe droite. Le temps nécessaire pour ces deux amputations n'excéda pas six minutes. La réunion fut faite par première intention, et le malade ne sortit de son sommeil anesthésique qu'au moment où le pansement venait d'être achevé. Transporté aussitôt dans son lit, il n'éprouva aucun accident immédiat, et les suites de la double opération furent des plus heureuses. Le douzième jour, la cicatrisation des plaies était complète. Un léger érysipèle et un abcès dans un des moignons entravèrent à peine la guérison. (Extrait de l'ouvrage de M. Bouisson intitulé: *Tribut à la chirurgie ou Mémoire sur divers sujets de cette science*, tome Ier.)

Dans ce cas exceptionnel, M. le professeur Bouisson fait remarquer judicieusement qu'il n'avait pas à combattre une affection locale inhérente à un état diathésique. Le mal, au contraire, avait débuté sur un point de l'économie, et les organes intérieurs étaient restés sains. Une fois ce mal enlevé par une opération chirurgicale, la santé, si profondément altérée par de longues souffrances, était susceptible de se rétablir entièrement. Toute la question était de savoir si, dans l'état de faiblesse où était le malade, une double amputation pouvait être supportée.

Lorsque je veux aborder le chapitre des considérations générales dans un sujet aussi grave, mon expérience se trouve bien vite en défaut; et pour rester dans la rigueur des termes et dans les limites d'une bonne observation, je me vois forcé de copier textuellement les réflexions faites par les maîtres de l'art:

« Les *amputations doubles*, dit M. Bouisson (de Montpellier), comptent parmi les plus graves de la chirurgie, surtout lorsqu'elles sont pratiquées sur les membres inférieurs. La brusque soustraction d'une partie de l'organisme, l'ébranlement nerveux qui en résulte, les chances plus grandes d'inflammation et de suppuration, la modification subie par les forces plastiques, expliquent suffisamment le danger qui les accompagne. Leur réussite ou leur létalité suit d'ailleurs la loi des amputations simples, dont la gravité est, comme on le sait, en raison directe de l'étendue de la surface traumatique et du rapprochement du tronc. La distinction établie entre les petites, les moyennes et les grandes amputations, s'applique aussi, au point de vue du pronostic de l'opération, à la catégorie qui nous occupe. Il est évident qu'une double amputation des parties les moins développées des membres pourra n'être qu'une opération de médiocre importance, tandis que deux grandes amputations pratiquées dans une même séance devront faire redouter au chirurgien les suites les plus sérieuses. Une double amputation moyenne pourra être comparée, sous le rapport de la gravité, à une grande amputation. Ainsi, l'ablation des deux jambes, par exemple, au quart supérieur, représente une opération à peu près aussi sérieuse que l'amputation sous-trochantérienne, et même que la désarticulation de la cuisse. Lorsqu'il s'agit de l'ablation des deux jambes, c'est la simultanéité des deux amputations, autant que l'étendue des surfaces traumatiques, qui constitue l'importance de l'opération. Il faut en effet plus de temps pour retrancher deux jambes que pour désarticuler la cuisse ou pour l'amputer très-haut; en conséquence, l'économie est tenue plus longtemps sous l'influence de l'action opératoire sur elle; d'où la nécessité d'exécuter avec la plus grande célérité tous les temps de l'acte chirurgical.

» La découverte de l'éthérisation a toutefois modifié sous ce rapport les conséquences attachées à l'influence prolongée de la douleur, et l'on peut dire que la méthode anesthésique, appliquée à l'exécution des amputations doubles, est le correctif le plus avantageux des dangers que ces amputations peuvent susciter. Sous l'influence du sommeil anesthésique, toute différence est effacée entre les opérations eu égard à la douleur; l'annulation absolue de celle-ci les nivelle complétement, et en réalité deux amputations n'agissent pas plus qu'une seule sous le rapport de l'ébranlement nerveux qu'occasionne l'excès de sensibilité, puisque cette sensibilité doit être abolie aussi exactement pendant la seconde amputation que pendant la première. Le double choc infligé à l'économie est supprimé de fait, et la réaction, qui peut-être n'eût pas succédé à l'épuisement nerveux après deux grandes amputations pratiquées dans les circonstances ordinaires, s'opère sans difficulté lorsqu'à l'aide d'un agent anesthésique on a épargné aux forces nerveuses la dangereuse influence d'une douleur vive et prolongée. (Bouisson, *loco cit.*)

Dans les cas graves où le malade doit rester plongé pendant un temps assez long dans le sommeil anesthésique, M. Bouisson préfère l'éther au chloroforme, qui, suivant lui, déprime trop rapidement l'action nerveuse. Ce point de pratique est repoussé par l'école de Paris, qui emploie d'une manière presque absolue le chloroforme au lieu de l'éther.

Voici la relation d'un fait qui démontre l'utilité des amputations doubles coup sur coup dans de graves lésions traumatiques:

« Le 13 juin 1857, vers neuf heures du matin, un terrible accident arriva sur la ligne de Tours, à 2 kilomètres du Mans. Un terrassier âgé de trente-six ans, nommé François Minot, venait de tomber par imprudence sous une file de wagons chargés de terre, qui en passant rapidement lui broyèrent les deux jambes. Informé de cet événement, je me rends sur les lieux en ma qualité de médecin de la ligne: Minot avait été conduit à l'Hôtel-Dieu par un autre chemin.

» Arrivé dans la salle Saint-Pierre, voici ce que j'observe: Les deux jambes ont pour ainsi dire été moulues, la droite à trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, la gauche à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles; des esquilles s'enfoncent dans les muscles, qui, ainsi que les tendons, les nerfs et les aponévroses, sont déchirés, écrasés. La perte de sang est tellement modérée, qu'on n'est pas obligé de faire la compression des artères crurales.

» A onze heures, les médecins de l'Hôtel-Dieu, réunis dans la salle d'opération, prennent la résolution d'amputer sur-le-champ et *coup sur coup* les deux jambes de Minot. Je fais part de ce projet à mon pauvre malade, qui se résigne avec calme à tout ce qui est arrêté. Il faut dire que Minot est un de ces êtres insouciants qui jouent avec le danger, et dont l'écorce est trop épaisse pour donner accès aux impressions même les plus fortes. Il est d'un tempérament très-sanguin; il a de l'embonpoint, et pourvu que son estomac ne souffre point, il est au comble du bonheur: c'est une machine en action.

» Je donne ces renseignements, parce qu'ils pourront être utilisés dans la suite.

» Etant couché sur une table recouverte d'un matelas, le tronc élevé, les jambes pendantes, le patient est endormi avec le chloroforme. Alors les artères crurales sont comprimées sur le pubis, et le chirurgien en chef ampute successivement les deux jambes à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. La peau du moignon droit, contusionnée violemment en certains points, offre une légère perte de substance au côté interne, et les muscles noirâtres paraissent également meurtris; la vitalité de ces parties semble avoir subi de rudes atteintes. Après la ligature des artères, pansement méthodique; diète absolue, potion calmante, tisane d'orge.

» Jusqu'au 26 juin, l'état général est excellent; pouls oscillant entre 80 et 85 pulsations; Minot est plein de confiance et ne s'abandonne point au chagrin.

» Le 26 au matin, des symptômes de gangrène se manifestent dans

le moignon droit; les muscles et la portion de peau située en dehors sont d'un mauvais aspect.

» Le 29, un sillon éliminatoire circonscrit un large lambeau de peau dans cette région. — Injections chlorurées et pansement avec poudre de quinquina arrosée d'eau-de-vie camphrée deux fois le jour. Semoule et bouillon gras.

» Les 1er et 2 juillet, les parties mortifiées tombent, le moignon droit reprend une couleur un peu rosée, le moignon gauche va très-bien. L'état général continue à être excellent, et le pouls ne s'élève guère au-dessus de 80 pulsations.

» Minot est toujours gai, insouciant; il parle peu de son avenir; cependant il dit parfois que, si l'administration du chemin de fer d'Orléans lui donne seulement 300 fr., il montera un petit commerce qu'il étalera dans les rues de la ville, et alors il gagnera sa vie sans peine. —Pansement *ut suprà;* deux soupes, une tartine de confitures.

» Le 12, le moignon gauche est très-avancé vers la cicatrisation, et le moignon droit se répare amplement au niveau des parties mortifiées; il est du plus bel aspect. Minot mange la demi-portion. Enfin, l'état des choses prenant de jour en jour une meilleure tournure, mon malade sort parfaitement guéri, le 2 octobre, de l'Hôtel-Dieu, et actuellement il parcourt les rues de notre ville monté sur deux pilons qu'il fait manœuvrer assez lestement. »

Assurément voilà une opération très-heureuse dans ses suites : en effet, il ne survient ici aucun des accidents consécutifs qui forment trop souvent le cortége des amputations et compromettent la vie des opérés. Ainsi pas d'hémorrhagies consécutives, pas de suppuration excessive, pas de phlébite, pas de douleurs violentes, pas d'état spasmodique, et, chose étonnante, presque pas de fièvre, etc.

Il est vrai que la gangrène s'est emparée du moignon droit, mais cela tient à ce qu'une portion de peau qui le recouvrait avait été fortement contusionnée et même déchirée; grâce à la vitalité du sujet, la perte de substance a été promptement réparée. — S'il n'y a pas eu d'accidents nerveux ni au moment de l'opération ni après l'opération, il faut s'en prendre au tempérament fort peu impressionnable de Minot et au calme bienfaisant produit par le chloroforme.

En présence d'un semblable fait et de celui de M. le professeur Bouisson, je suis porté à croire qu'il est urgent de recourir à l'amputation double *toutes les fois qu'elle est indiquée*, soit dans les affections chroniques, soit dans les lésions traumatiques des membres ou des articulations. — Il est bien entendu que, quand les affections chroniques sont l'expression d'une diathèse, ou quand elles ont causé une perturbation profonde dans l'organisme, l'abstention est commandée. Dans de pareils cas, il ne faut pas compromettre l'honneur de l'art, comme dit Vidal (de Cassis), et il ne faut pas s'armer à tout hasard de cet adage : *Melius anceps remedium quam nullum.*

En outre, je crois qu'il est préférable *en général* d'amputer les deux membres *immédiatement*. Tout le monde sait que la question des amputations immédiates, qui a tant occupé l'ancienne Académie de chirurgie, est pour ainsi dire tranchée aujourd'hui; or il doit en être de l'amputation des deux membres comme de l'amputation d'un seul membre : si l'opportunité de l'opération est démontrée, il faut agir sans délai. — Cependant, lorsque, après la première opération, le malade tombe dans un état de stupeur et de commotion considérables, lorsqu'il est doué d'un tempérament très-nerveux, malgré le secours inappréciable apporté dans ces dernières années par le chloroforme, il vaut mieux retarder la seconde opération, afin d'éviter un état spasmodique consécutif qui peut devenir mortel. Chacun sait, en effet, qu'il y a des pertes nerveuses, comme il y a des pertes sanguines, et que la douleur tue aussi vite que les hémorrhagies.

En terminant ce travail, je forme le vœu de voir cette question transportée devant le tribunal si compétent de la Société de chirurgie; tous les praticiens seraient heureux de voir un point aussi grave de notre science traité par une Compagnie placée si haut dans l'opinion.

L'HYGIÈNE DES NOUVEAU-NÉS

considérée dans ses rapports avec le développement physique et moral des individus, au point de vue de l'amélioration de l'espèce,

Par M. le docteur A. CARON (1).

Si donc il a déjà paru si légitime à l'administration supérieure, dans le but de remédier à une partie de ces inconvénients, d'imposer à chaque fille ou femme venant à Paris chercher un nourrisson, l'obligation de fournir un certificat de bonne vie et mœurs, spécifiant plus ou moins rigoureusement les qualités physiques que l'on est convenu d'attribuer aux meilleures nourrices, énumérant à tort ou à raison les services antérieurs qu'elles ont pu rendre dans les familles où elles ont déjà rempli les mêmes fonctions, on n'hésitera plus, je l'espère, à reconnaître l'importance qui résulterait d'un service organisé sur une plus vaste échelle, et qui se proposerait :

1° De rechercher avec une plus minutieuse attention les qualités physiques nécessaires;

2° De découvrir les moindres traces des affections spécifiques que l'on s'attache à dissimuler;

3° Enfin, d'enseigner aux nourrices les notions d'hygiène si indispensables qui constituent, à vrai dire, le code d'éducation maternelle.

Serait-ce donc chose bien difficile que de rédiger une sorte de traité élémentaire par demandes et par réponses, conçu en termes clairs et précis, fournissant les indications les plus générales et les plus essentielles, laissant aux praticiens le soin et la faculté de les commenter, voire même de les interpréter, suivant les exigences des cas et des localités?

En réglementant ainsi cette profession, devenue aujourd'hui beaucoup trop mercenaire, on remédierait à une foule d'inconvénients, on arriverait à faire cesser ces contestations qui tendent malheureusement trop à se multiplier. Ce serait certainement là le moyen d'éviter toutes ces déceptions aux familles qui, trop confiantes, se laissent prendre aux pompeuses promesses de ces mères improvisées avec la plus légère indifférence.

En définitive, la santé humaine est-elle donc moins intéressante que celle des animaux et des plantes! A chaque pas vous voyez se développer la sollicitude des économistes; il n'est pas de sacrifices qu'ils ne fassent pour encorager les horticulteurs qui s'appliquent à faire produire au sol les plus beaux fruits, les plus belles plantes. Des concours s'organisent de toutes parts pour récompenser les nourrisseurs d'animaux qui amènent sur vos marchés les élèves les plus gras, les plus productifs, tandis que pour l'espèce humaine on ne trouve aucune mesure, aucune organisation qui sauvegarde son développement et qui favorise l'amélioration de l'espèce.

En cherchant ainsi à multiplier les considérations qui pourraient amener à ces résultats en faveur de l'homme, on pourrait peut-être penser que j'ai la prétention de faire l'apologie de ces exhibitions dont le nouveau monde a cherché à nous donner le spectacle.

Tel n'est pas mon avis; ce système ne saurait trouver de sympathie dans nos pays, dans l'état actuel de nos mœurs et de notre civilisation; il en trouvera bien moins encore quand j'aurai démontré que la santé de l'homme en particulier est loin de dépendre du volume des muscles et du degré de développement du tissu cellulaire; et que pour le cas particulier dont il s'agit, cet embonpoint, qui plaît tant aux gens du monde chez l'enfant à sa naissance, ne trompe que bien rarement le pronostic du vrai médecin praticien.

Mais si ce moyen ne peut contribuer à la réalisation des améliorations que nous réclamons en faveur de l'espèce humaine, ne peut-on donc se contenter du stimulant des simples primes d'encouragement? Déjà nous les avons vues, dans des circonstances analogues, produire les meilleurs résultats, témoin la vaccine, qui doit en partie sa vulgarisation à l'institution de ces faibles primes pécuniaires offertes à la sollicitude et au dévouement des mères de famille. Elles ont souvent réveillé le zèle des plus indifférentes; d'autres fois elles ont excité la cupidité des plus incrédules. Peu importe la raison déterminante, le principal, en pareille matière, est d'arriver au but.

En vérité, il me semble que rien ne serait plus aisé que de créer un comité d'hygiène appliqué à cette partie de l'éducation physique de l'homme. Ce comité pourrait être composé d'hommes spéciaux qui veilleraient à l'organisation des bureaux de nourrices, à la réglementation administrative de ce service. Ces hommes auraient pour devoir de surveiller les conditions d'admissibilité des femmes, etc.; et à côté de ces fonctions purement administratives s'élèverait un service médical destiné à pourvoir aux exigences des conditions médico-légales dont nous avons parlé plus haut. Les membres de ce comité seraient chargés d'instruire les femmes qui se présenteraient comme nourrices, de leur donner des leçons théoriques et pratiques sur les devoirs de leur nouvelle condition; et certes, ce ne serait pas le moindre service rendu à l'humanité et à ces femmes en particulier. Leur tâche deviendrait peut-être plus simple et plus facile, mais à coup sûr elles gagneraient dans l'opinion générale.

A ce propos, nous dirons qu'il est un établissement philanthropique essentiellement moral, qui se prêterait admirablement au projet que nous indiquons; je veux parler des crèches. Ces institutions éminemment utiles, qui jusqu'à ce jour n'ont pas encore produit tout le bien qu'elles sont en mesure de faire, deviendraient, dans ce cas, des écoles d'application essentiellement pratiques; elles seraient des écoles d'éducation maternelle et de perfectionnement. Au lieu de continuer à rester de simples maisons de dépôt où s'abritent souvent l'impuissance ou l'ignorance de certaines mères, la négligence et la paresse d'un plus grand nombre peut-être, ces établissements s'ouvriraient à l'éducation des jeunes femmes, des mères de famille, à la glorification des personnes charitables qui se dévouent elles-mêmes à l'éducation de tout jeunes enfants. Ils deviendraient pour les femmes le lieu où elles perfectionneraient leur instruction des devoirs maternels.

Comme les jeunes gens qui se préparent à la carrière médicale fréquentent les hôpitaux pour y étudier toutes les maladies, de même les jeunes femmes, les nourrices, et toutes celles qui veulent remplir ces humbles mais utiles fonctions, pourraient chaque jour hanter ces établissements et s'y éclairer des lumières qui, trop communément jusqu'à ce jour, ont fait défaut dans l'éducation de la femme.

Enfin, les travaux de ce comité devraient naturellement se centraliser par des rapports mensuels ou trimestriels, suivant l'importance des sujets d'étude.

Si les mesures que je propose paraissaient dignes d'attirer l'attention de l'autorité supérieure, si elles étaient encouragées par l'approbation des praticiens, combien il serait simple d'arriver à ces améliorations. Les médecins attachés aux crèches de la localité pourvoiraient aux exigences de celles qui en sont pourvues. Dans les communes ou cantons où ces établissements font défaut, il serait facile d'instituer les médecins en comités chargés de veiller à l'instruction spéciale des nourrices et des mères.

Je n'hésite pas à penser que si une pareille institution trouvait l'appui de l'administration, l'approbation du corps médical appelé à en favoriser le fonctionnement, on arriverait, dans un court espace de temps, à faire disparaître cette lacune, cette plaie de la société, l'éducation routinière des nourrices; elle sauvegarderait les intérêts généraux et privés des familles, relèverait la position des nourrices, et diminuerait, d'autre part, les charges de l'État, puisque les individus, mieux constitués, seraient plus valides, partant moins accessibles aux mauvaises passions.

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 décembre.

SYMPTOME NOUVEAU DE LA RUPTURE DE L'UTÉRUS.

Les signes de la rupture de l'utérus et du vagin pendant le travail de l'accouchement sont parfois assez obscurs. Le docteur Mac Clintock a exposé devant la Société d'obstétrique de Dublin quelques cas de cet accident, dans le but d'en rendre le diagnostic plus facile. Il a en particulier appelé l'attention sur un symptôme qu'il a observé dans un de ces cas, et qu'il regarde comme pouvant avoir de la valeur comme signe de la rupture de l'utérus ou du vagin. Ce symptôme consistait dans un état emphysémateux du tissu cellulaire sous-cutané de la région hypogastrique, état qui s'est révélé sous le stéthoscope appliqué dans le but d'ausculter les bruits du cœur fœtal.

Par ce mode d'examen, la crépitation se manifestait intense et parfaitement distincte; la palpation n'y donnait pas lieu d'une façon aussi nette, si ce n'est lorsqu'une pression assez énergique de la main était exercée au point qui était le siége de ce phénomène : par ce moyen il devenait évident, et il fut reconnu par le docteur Montgomery et par plusieurs élèves. Les autres symptômes de la rupture étaient tellement obscurs qu'il restait douteux que cette lésion se fût produite. Après avoir bien constaté que cet emphysème n'avait pas son origine à la poitrine ni au cou, qu'il ne s'était pas propagé de ces points jusqu'à celui où il existait, et qu'il était bien limité aux régions sus-pubienne et iliaque, M. Mac Clintock fut conduit à penser que l'air avait dû s'introduire dans le tissu cellulaire de l'hypogastre à travers une déchirure des voies génitales. Les bruits du cœur du fœtus ayant cessé depuis deux heures, il termina l'accouchement par la crâniotomie. A la suite de la délivrance, la femme s'affaiblit rapidement, et elle succomba quelques heures après.

A l'examen nécroscopique, on trouva le ligament large gauche emphysémateux, et sur la partie latérale de l'utérus du même côté, à l'union du corps avec le col de l'organe. A peu de distance de ce point, le péritoine était également déchiré, et une quantité notable de sang était épanchée dans la cavité abdominale.

(*Dublin quarterly journal.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 décembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE.

Il n'y a point de correspondance officielle.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La deuxième livraison de l'ouvrage du docteur Hebra, de Vienne, sur les maladies de la peau, envoyée par l'ambassadeur d'Autriche.

2° Une note de M. le docteur Fonssagrives, de Cherbourg, sur les bons effets de l'anesthésie faradique dans les opérations de petite chirurgie. (Commissaires : MM. Velpeau, Gavarret et Robert.)

3° Une note de M. le docteur Pitarski, de Bermwillers (Haut-Rhin), intitulée : *Proposition de traitement du choléra asiatique.* (Commission du choléra.)

4° Un travail de M. le docteur Rouault, de Rennes, relatif au traitement des ophthalmies chroniques par l'emploi topique du sulfate de cuivre. (Commissaires : MM. Velpeau et Larrey.)

5° Une observation d'hydatide externe de la vessie, traitée et guérie par la ponction suivie d'injections émollientes, par M. le docteur Lalluyeaux d'Ormay. (Commissaire : M. Cruveilhier.)

6° Une lettre de M. Bourlier, pharmacien aide-major au Val-de-Grâce, sur le titrage de l'opium. (Commissaires : MM. Caventou et Bussy.)

7° Un travail sur le traitement du croup, lu devant l'Académie de médecine de Toulouse par M. Léon Vignes.

8° Un travail de M. le docteur Liegey, de Rambervillers, sur une affection croupale fréquente depuis quelques années dans une contrée de la Meurthe et des Vosges, et qui souvent est une fièvre intermittente pernicieuse, un typhus rémittent, une maladie à quinquina.

9° Une lettre de M. Marie sur le traitement du croup par les inhalations de vapeur d'eau.

10° Une lettre de M. Bardinet, de Limoges, qui donne le relevé détaillé des opérations de trachéotomie, dont M. Trousseau n'a pu indiquer que les résultats généraux.

11° Une note de M. Loiseau, de Montmartre, ayant pour objet de démontrer que les accidents arrivés par le tubage prolongé à Alfort, ne peuvent être attribués qu'à l'imperfection des moyens mis en usage, et non à la méthode. (Ces cinq dernières communications sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Nélaton, Blache et Trousseau.)

12° M. Charrière présente à l'Académie un instrument nouveau qu'il a exécuté sur les indications de M. le docteur Desmarres, pour pratiquer le deuxième temps de l'extension linéaire de la cataracte.

Lorsque l'on a ponctionné la cornée au côté externe et qu'il s'agit d'ouvrir la capsule avec les kystotomes ordinaires courbes ou droits, on trouve pour l'introduction des instruments dans la pupille une difficulté considérable dans les cas nombreux où l'iris vient faire hernie dans la plaie.

C'est pour éviter la contusion et la déchirure du diaphragme de l'œil, que l'on est quelquefois dans la nécessité d'exciser partiellement, que le kystotome linéaire qu'il présente a été imaginé. Il ressemble à une

curette ordinaire, mais dans la cavité glisse un petit crochet ou un petit bistouri coudé qui se cache dans l'épaisseur de l'instrument, et que le chirurgien peut faire sortir ou rentrer à volonté au moyen du mécanisme de la sertelle.

Le manche de ce dernier instrument sert à la fois à la sertelle et au kystotome linéaire, que l'on peut renfermer dans une même boîte.

— M. VELPEAU dépose sur le bureau, au nom de M. Thys, une brochure sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'hôpital de Brackel, en Westphalie.

— M. TROUSSEAU fait hommage à l'Académie, au nom de M. Bébier, de deux brochures, l'une sur la fièvre puerpérale, et l'autre sur l'homœopathie.

— M. J. GUÉRIN présente au nom de M. Vleminckx un nouveau travail statistique sur les revaccinations, lu à l'Académie royale de Belgique.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bonnet (de Lyon), l'un de ses membres associés.

L'Académie vient de perdre aussi un de ses correspondants, M. Thomas (de la Nouvelle-Orléans), qui depuis plusieurs années résidait à Paris.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubage du larynx et la trachéotomie.

Avant d'ouvrir la discussion, M. le secrétaire donne lecture de la lettre suivante de M. Malgaigne :

« Monsieur le président,

» J'étais inscrit pour prendre la parole dans la séance de ce jour; malheureusement une bronchite assez intense avec extinction de voix ne me permettra même pas d'assister à la séance. Je n'oserais demander à l'Académie, comme faveur personnelle, de me réserver la parole pour la séance prochaine; mais si elle pensait que cela pût être de quelque utilité pour la discussion, j'accepterais avec reconnaissance.

» Il me tarde cependant de rectifier, dès aujourd'hui, une erreur où sont tombés mes honorables contradicteurs, en confondant bien mal à propos les opinions qui me sont propres avec des opinions qui me sont absolument étrangères. Ainsi l'on m'a fait dire qu'il faut attendre, pour pratiquer la trachéotomie, le dernier degré de l'asphyxie, et quand l'agonie est déjà commencée. Or, jamais de ma vie, je n'ai ni rien écrit, ni rien dit, ni rien pensé de semblable. J'ai dit que je ne conçois pas qu'on ait recours à la trachéotomie, hors le cas d'absolue nécessité; j'ai expliqué le cas d'absolue nécessité par ces paroles : Quand toute autre chance de salut a disparu. J'ai ajouté que quand le médecin déclare qu'il ne reste pas d'autres chances, j'opère, je regarde l'opération comme un triste et rigoureux devoir; et ce qui me justifie dans ma conscience, c'est qu'il n'y a pas d'autres ressources, c'est que j'apporte une dernière chance à un malade qui n'en avait plus. Et j'établissais précisément cette doctrine en face de celle que je combats, et qui veut qu'on opère le plus tôt possible et dès qu'on est certain de la présence de fausses membranes dans le larynx.

» Ainsi, pour moi, le moment où le chirurgien doit intervenir est le moment où la médecine se déclare impuissante; à ce moment, pour moi, l'opération devient un devoir; voilà ce que j'ai dit, rien de plus, rien de moins. S'il faut cependant préciser plus encore, je réduirai toute ma pensée à la formule suivante, que l'on saisira mieux en la mettant en regard de la formule de M. Trousseau.

» *Formule de M. Trousseau :* « Opérer le plus tôt possible, et dès » qu'il y a des fausses membranes dans le larynx. »

» *Formule de M. Malgaigne :* « Dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx, tenter d'abord les autres moyens de traitement, » et quand ils sont reconnus impuissants, alors, mais seulement alors, » opérer le plus tôt possible. »

» La différence capitale entre ces deux doctrines est donc que, à l'apparition des fausses membranes dans le larynx, je fais une juste place au traitement préalable; tandis que M. Trousseau rejette toute espèce de traitement comme inutile et nuisible, nuisible même à un double titre, d'abord parce qu'on perd ainsi un temps précieux, ensuite parce que l'on enlève aux malades une partie au moins des forces nécessaires pour supporter l'opération.

» Voilà à quoi j'aurais eu à répondre; mais, si je ne me trompe, mes collègues des sections de médecine sont encore plus intéressés à y répondre que moi; si, en effet, les traitements qu'ils conseillent et qu'ils appliquent ne sont qu'une déception, qu'ils le disent : la déception ne saurait durer plus longtemps.

» J'ai l'honneur, etc. MALGAIGNE. »

M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie de réserver la parole à M. Malgaigne pour l'époque où la discussion pourra être reprise, ce qui ne sera probablement qu'à la première séance de janvier, mardi prochain devant être consacré à la séance annuelle, et les deux mardis suivants aux opérations du renouvellement du bureau.

La parole est donnée à M. Bouillaud, inscrit après M. Malgaigne.

M. BOUILLAUD déclare d'abord qu'il se trouvera dans la nécessité de toucher dans son discours à l'homœopathie, et que si l'Académie désirait qu'il ne s'occupât point de cette question, il se verrait obligé de renoncer à la parole. Il ajoute que M. Malgaigne ayant dû parler avant lui, c'est à peine s'il a pu coordonner ses matières, et il réclame en conséquence l'indulgence de l'Académie.

Ce qui a engagé M. Bouillaud à prendre la parole, ce n'est pas l'importance du tubage, mais l'opinion de M. Trousseau sur l'influence exercée sur la mortalité de la trachéotomie par le traitement préalable du croup.

Quant au tubage, il n'a que deux mots à en dire. Si M. Bouchut, au lieu de diriger une attaque en règle contre la trachéotomie; si, avant de proposer son invention fabuleuse, il eût rappelé les témérités qui avaient vu le jour avant elle; s'il avait, par exemple, mentionné l'application des caustiques les plus énergiques aux surfaces atteintes d'une inflammation aiguë; ou certaines opérations employées pour guérir les fistules vésico-vaginales; ou bien encore la ponction de la plèvre ou du péricarde dans les épanchements aigus; ou bien enfin l'éponge proposée par Dupuytren pour nettoyer le larynx des fausses membranes; s'il eût, en un mot, employé une stratégie plus habile, il aurait peut-être échappé à la cruelle déception qui l'attendait; il n'eût pas eu sa bataille de Pultava.

M. Bouillaud est partisan de la trachéotomie, et il l'est de vieille date. Il rappelle qu'en 1844 il voulait déjà qu'elle fût faite lorsque dans la laryngite croupale les malades n'ont pas rejeté les fausses membranes, quand l'asphyxie menace. C'était à une époque où il y avait à cela quelque mérite; où M. Boudet, par exemple, en faisant l'histoire d'une épidémie diphthéritique qui régna à l'hôpital des Enfants, traçait plutôt les contre-indications que les indications de la trachéotomie, dont il se montrait assez peu partisan.

M. Bouillaud rappelle ensuite le passage dans lequel M. Trousseau semblait mettre en partie les insuccès de la trachéotomie sur le compte du traitement préalable du croup, et rejeter ce traitement comme nuisible.

M. TROUSSEAU proteste contre cette interprétation de ses paroles; il a seulement voulu dire que la trachéotomie donne de plus beaux succès chez des enfants vierges de tout traitement, mais il n'a pas conclu de là à l'abandon de tous les autres moyens.

M. BOUILLAUD pense que cette conclusion eût été parfaitement légitime en présence des faits fournis à M. Trousseau par M. Lefebvre. Il remercie M. Trousseau d'avoir attaqué l'emploi des sangsues. Lui-même les repousse quand il s'agit de très-jeunes enfants, et surtout lorsqu'on les applique au cou, où il est impossible de mettre un terme à l'hémorrhagie qui produit souvent les accidents les plus graves. Il voudrait qu'elles fussent toujours remplacées par les ventouses scarifiées, qui permettent de mesurer, de doser le sang que l'on retire, et d'en arrêter l'écoulement à volonté.

L'orateur revient ensuite à l'emploi des moyens préalables, considérés d'une manière générale, et il cite à ce sujet l'opération de M. Barthez, qui n'a recours à la trachéotomie que lorsque tous les autres moyens sont épuisés. Il paraît donc que l'expérience de M. Barthez est un peu différente de celle de M. Lefebvre.

M. Bouillaud ne comprend d'ailleurs rien de plus triste que de voir la médecine s'avouer impuissante en présence du croup et céder la place à la chirurgie, au couteau. Si c'est là le dernier mot de la science actuelle, — et il faut bien convenir que c'est là la vérité, — il espère que peut être il n'en sera pas toujours ainsi.

Le croup est, en effet, plus souvent une phlogose simple qu'un élément de la diphthérite générale. Que de fois on le voit attaquer des enfants en pleine santé, placés dans les conditions hygiéniques les plus avantageuses, à la suite d'un refroidissement, d'une promenade dans un lieu humide, etc. ! Il doit donc céder à un traitement antiphlogistique; mais il faut pour cela que ce traitement ne soit pas employé sans principe, sans formule, il faut qu'il soit constitué en méthode, et que les moyens soient exactement dosés. C'est cette médication que M. Bouillaud a proposée depuis longtemps (dans sa *Nosographie*) d'opposer au croup, et il regrette que sa voix n'ait pas trouvé d'écho. Il rappelle en peu de mots les objections qui ont été élevées contre l'emploi des moyens antiphlogistiques par l'école de Louis et Chomel, et dont lui-même n'a pu, tout au début de sa carrière, ébranler l'autorité; mais c'est que ces objections ne pouvaient être faites qu'à l'emploi mal dirigé des moyens et non à la méthode telle qu'elle a été constituée depuis.

Après avoir insisté sur la nécessité d'un diagnostic exact pour établir les indications, M. Bouillaud poursuit en soumettant à une discussion critique les prétentions de l'homœopathie, cette doctrine qui se passe de diagnostic, qui ne connaît ni anatomie, ni physiologie, et qui a essayé de reproduire l'antique médecine des symptômes, dont les travaux modernes avaient fait justice. Bien qu'elle ne soit composée que de rêves, qu'elle s'occupe à traiter des maladies qu'elle ne connaît pas, bien qu'elle repose sur une double absurdité, le principe des contraires et celui des doses infinitésimales, cette doctrine a su acquérir une importance usurpée contre laquelle il est urgent de protester.

Pour juger de l'inanité de ce système, M. Bouillaud voudrait que des expériences comparatives fussent faites avec la plus grande publicité possible par des médecins homœopathes et des médecins de l'une des écoles classiques, sur des malades dont les cas seraient bien nettement caractérisés, et sous la surveillance d'un tribunal compétent et impartial. S'il se trouvait un homœopathe assez hardi pour accepter cette épreuve, M. Bouillaud se chargerait, à défaut de tout autre, de démontrer en un jour que l'homœopathie est un rien, un néant, un déshonneur pour la médecine.

M. Bouillaud exprime en terminant le vœu que les conclusions du rapport soient soumises à une nouvelle modification conforme aux résultat des expériences présentées par M. Trousseau dans la dernière séance.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que mardi prochain aura lieu la séance solennelle annuelle, et que la discussion sur la trachéotomie est, en conséquence, renvoyée à une séance subséquente.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lebray, né à Gouvix (Calvados); *Deux observations de rage recueillies à l'hôpital civil de Versailles en 1857.*

Assanis, né à Céphalonie (Iles Ioniennes); *Du croup considéré principalement au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Guyomar, né à Langoat (Côtes-du-Nord); *Recherches sur les ophthalmies contagieuses. Quelques mots sur les uréthrites contagieuses.*

Créquy, né à Gidron (Ardennes); *Notice sur le croup et les affections diphthériques observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le 1er semestre de l'année 1858.*

Nadau-Désislets, né à la Basse-Terre (Guadeloupe); *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique, au point de vue de la distinction à établir entre les deux virus chancreux, et de la thérapeutique qui leur est propre.*

Gannal, né à Paris (Seine); *De l'albumine et de ses diverses espèces.*

Maringer, né à Strasbourg (Bas-Rhin); *Du cancer de l'utérus.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Avant même qu'aucune liste de souscription fût ouverte, la Société médicale d'émulation de Montpellier, entièrement composée d'élèves en médecine, s'est empressée de voter 200 fr. pour l'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez.

— On a pu lire dans divers journaux, même de médecine, l'article suivant :

« La *Gazette médicale* annonce que le hasard a fait trouver un moyen efficace contre les brûlures. On n'a qu'à mettre sur l'endroit brûlé un morceau de charbon refroidi, et la douleur s'amoindrit à l'instant. Au bout d'une heure, le mal est complétement guéri. »

Nous n'avons ni intérêt ni curiosité à savoir de quelle *Gazette médicale* provient cette recette; mais il serait facile de prouver à son auteur qu'il est, à son insu, resté, dans ses promesses, plutôt au-dessous qu'au-dessus de la réalité. Puisque en une heure on guérit les *brûlures*, le traitement des plaies envenimées va désormais devenir aussi expéditif que commode. Avez-vous un chancre vénérien, par exemple? Laissez-y, d'après les règles de l'école lyonnaise, la pâte de Canquoin pendant deux heures; faites succéder l'application du charbon pendant une heure. Comme la brûlure a guéri le chancre, et que le charbon, à son tour, a guéri la brûlure, le tout est fini en trois heures; la cicatrice est solide, et vous voilà prêt à recommencer !!

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Une visite récente à l'hôpital militaire de Madrid a permis de constater qu'il s'y trouve un matériel suffisant pour panser *douze ou quatorze mille* blessés, quelle que fût la nature de leurs lésions. Cette quantité incroyable d'appareils, de machines, d'instruments de toute espèce, ainsi que de bandages et de charpie, y a été amassée par les soins des professeurs attachés à l'établissement, et notamment par ceux du docteur Santiago Rodriguez.

— Nous apprenons par une correspondance d'Allemagne que la question de savoir si *les accidents secondaires de la syphilis sont contagieux*, soumise par M. Auzias-Turenne à l'Académie impériale de médecine, sera traitée à la Société médicale du Bas-Rhin séant à Bonn (Prusse Rhénane), dans sa séance du mercredi 1er décembre.

(*Revue étrangère médico-chirurgicale.*)

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Bureaux d'abonnement : 13, rue Bonaparte, à Paris. — Vente au numéro, à la librairie de MICHEL LÉVY frères, 2 bis, rue Vivienne.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

LA TRACHÉOTOMIE, LE TUBAGE DU LARYNX, L'ABLATION DES AMYGDALES, ET L'ALBUMINURIE DANS LE CROUP.

La question du tubage du larynx et de la trachéotomie, qui vient de donner lieu à l'Académie de médecine à l'importante discussion dont nos lecteurs connaissent tous les détails, a été soulevée aussi, ainsi que nous l'avons dit, devant la Société médicale des hôpitaux. Circonscrite à l'Académie, par l'objet même du rapport, au tubage et à la trachéotomie, — deux points de la question indissolublement liés l'un à l'autre,—la discussion a parcouru devant la Société médicale des hôpitaux un champ beaucoup plus vaste; elle a porté sur l'ensemble des travaux récents de M. Bouchut sur le croup, mis à l'ordre du jour sur la proposition d'un membre de la Société. C'est ainsi qu'elle a porté tout à la fois sur le tubage du larynx, sur la trachéotomie, sur l'ablation des amygdales dans l'angine couenneuse, et enfin sur la valeur séméiologique de l'albuminurie dans les deux affections en question. Cette circonstance, jointe à la composition de cette Société, qui comprend dans son sein tous les médecins des hôpitaux d'enfants, les plus compétents et les plus aptes par conséquent à traiter de pareils sujets; enfin, la présence parmi eux du médecin le plus intéressé dans ce débat, et qui a pu ainsi, en y prenant une part directe, le rendre plus contradictoire et partant plus complet; tout a concouru à donner à cette discussion un intérêt et un éclat qui ne le cèdent point à l'intérêt et à l'éclat de la discussion académique elle-même. Nous croyons donc faire une chose utile et équitable tout à la fois, en résumant ici cette discussion. Toutefois, comme beaucoup des faits et des arguments qui ont été produits devant la Société médicale des hôpitaux, ont déjà passé sous les yeux de nos lecteurs, nous nous attacherons principalement aux points de cette discussion qui nous ont paru, par leur originalité ou par leur importance, compléter l'enquête dont le croup vient d'être l'objet. Nous nous abstiendrons de reproduire les documents qui ont déjà figuré à l'Académie, tels en particulier que la statistique collective de MM. Roger et Sée, et l'argumentation de M. Roger, qui repose tout entière sur cette statistique.

Nous nous bornerons à reproduire les deux discours de MM. Sée et Barthez, et la réponse générale de M. Bouchut à tous ses contradicteurs, qui nous paraissent renfermer tous les éléments essentiels du débat.

— M. SÉE. —

On se rappelle que M. Bouchut, dans les divers mémoires qu'il a publiés sur le croup, a cherché à démontrer : 1° Que la mortalité par le croup a augmenté dans des proportions considérables dans les trente-deux dernières années; 2° que c'est la trachéotomie pratiquée trop tôt qui est la cause de cet accroissement des décès; 3° enfin, et comme conséquence, que l'opération ne doit être pratiquée que quand l'asphyxie est complète et caractérisée par l'anesthésie.

M. Sée, reprenant une à une chacune de ces propositions, leur a opposé des documents fournis par l'histoire de l'hôpital des Enfants, qui lui ont servi à établir l'utilité et l'opportunité de la trachéotomie.

Dans une première série d'années, comprises entre 1820 et 1840, on n'a admis à l'hôpital des Enfants que 106 cas de croup, ou environ 5 ou 6 par année. Dans cette période, c'est à peine si l'on constate çà et là quelques rares succès par les diverses médications alors en usage. Ainsi, de 1834 à 1840, on ne compte que 4 guérisons sur 27 croups, ou 14 sur 100.

A partir de 1840 et jusqu'en 1849, le nombre des admissions subit une augmentation sensible; on commence à admettre 25 croups par année. C'est de 1840 que datent les premières trachéotomies; on les réservait alors exclusivement pour les cas voués à une mort certaine. Les premières opérations furent toutes suivies d'une terminaison fatale.

De 1846 à 1848, rien n'était changé encore dans cette situation. Pendant ces trois années, il y eut 62 admissions, dont 58 morts (pendant ces trois années, l'opération ne fut tentée que dans 15 cas).

Ainsi jusqu'en 1849, on meurt 90 fois sur 100, sans ou malgré la trachéotomie; on guérit à peine 9 ou 10 malades sur 100.

1849 inaugure une troisième période dans l'histoire du croup à l'hôpital des Enfants. Dès cette année on constate déjà 7 guérisons sur 32.

Enfin, dans cette troisième période, qui comprend les neuf dernières années, on traite 562 malades atteints du croup, dont 466 furent soumis à l'opération. Or, sur ces 466 opérations, on ne compte pas moins de 127 guérisons, c'est-à-dire 27 pour 100.

Ainsi, au lieu de 16 à 25 malades qu'on recevait annuellement jusqu'en 1849, les neuf dernières années donnent de 75 à 100 malades par an, auxquels il faut ajouter, depuis quatre ans, de 20 à 50 croups admis à l'hôpital Sainte-Eugénie, ce qui fait un total de 125 à 150 cas par an. Or, malgré l'énormité de ce chiffre, on voit que sur 80 opérations 23 ont réussi.

En résumé, la trachéotomie a sauvé 27 malades sur 100 dans les neuf dernières années, tandis que dans les dix années précédentes on en sauvait à peine 10 sur 100.

Voilà pour l'utilité de la trachéotomie. Voici en quels termes M. Sée en apprécie l'opportunité.

Sur 62 opérations pratiquées dans la période ultime du croup, il n'y a eu que 13 succès, ou 21 pour 100, tandis que sur 39 croups opérés avant l'asphyxie, on a constaté 25 guérisons, c'est-à-dire 64 pour 100.

La proportion des guérisons présente, du reste, des variations extrêmes, selon les âges des enfants : ainsi, en divisant les enfants en trois groupes, on trouve au premier groupe, comprenant les enfants âgés de moins de trois ans, 1 guérison sur 10; au deuxième groupe (de trois à six ans), 30 guérisons sur 100; et au troisième groupe (de six à douze ans), 44 guérisons sur 100.

Enfin, abordant la question de l'anesthésie, M. Sée considère ce phénomène comme loin d'être constant. Il l'a vu manquer chez un enfant trois minutes avant qu'il succombât à l'asphyxie la plus complète. Un autre enfant complétement cyanosé a manifesté pendant l'opération les signes les moins équivoques de la douleur. Il reproche, en un mot, à l'anesthésie, outre l'incertitude de sa manifestation, les variations de rapports avec l'asphyxie, dont elle n'exprime ni le degré ni la durée préalable. Enfin, non-seulement l'anesthésie manque souvent dans l'asphyxie la plus avancée, mais quand elle existe, elle est répartie de la manière la plus inégale sur les diverses parties de la peau. Forcer la signification de ce signe jusqu'à en faire un critérium de l'opération, ce serait donc s'exposer à de graves mécomptes. L'intervention de l'art est indiquée par des signes nombreux, qui sont : le sifflement laryngo-trachéal, la cyanose commençante, des accès violents de suffocation, en un mot un commencement d'asphyxie; et une fois indiquée, ce n'est pas l'opération qu'il faut redouter. La trachéotomie appliquée à l'extraction des corps étrangers des voies aériennes, d'après une statistique publiée en Allemagne, a donné 77 guérisons sur 96, c'est-à-dire environ les 4/5es. M. Sestier a fait un relevé semblable pour les cas d'œdème de la glotte et de laryngite simple; on y trouve, pour la laryngite, 6 guérisons sur 7, et pour l'œdème glottique, 2 sur 5. Ce n'est donc point l'opération qui compromet la vie dans le croup, c'est la maladie elle-même qui entraîne un double danger : d'une part, en produisant l'asphyxie, et d'une autre part, en provoquant une véritable intoxication, contre laquelle la médecine est impuissante.

Relativement au tubage, M. Sée constate que dans les 7 cas où il a été essayé, ses résultats ont été absolument nuls, car il a fallu trachéotomiser dans tous les cas, ou au moins dans 6; et cela, le plus souvent après 1, 8, 12 et 19 heures de tubage.

Or, le relevé des observations de M. Millard a montré que pour faire la trachéotomie dans la deuxième période, on a presque toujours attendu 6 heures au moins, ordinairement 12 heures, parfois 30 heures. A quoi donc a servi de tuber?

M. Sée n'a pas borné son argumentation à la question de la trachéotomie et du tubage; étendant la discussion à l'ensemble des travaux récemment publiés par M. Bouchut, il a également fait porter son examen critique sur les mémoires relatifs à l'albuminurie dans le croup et à l'ablation des amygdales. Voici le résumé de son jugement sur ces deux points :

On rencontre l'albuminurie environ une fois sur trois cas de croup, aussi bien dans la diphthérite infectante que dans le croup simple, avant comme après la trachéotomie. Elle existe ordinairement dès le début et n'offre pas les éléments du sang, deux caractères qui la distinguent de l'albuminurie de la scarlatine, qui est tardive et hématurique. Elle peut être accompagnée d'hydropisie, mais plus rarement que dans la scarlatine. La valeur pronostique de ce phénomène est moins grave qu'on ne l'a dit. (M. Sée a vu guérir un tiers des albuminuriques diphthéritiques.)

La diphthérite, comme la scarlatine, a trois manifestations : 1° vers la gorge; 2° vers la peau; 3° vers les reins; mais les différences qui viennent d'être signalées montrent que ce ne sont pas des maladies identiques. M. Bouchut a fait trois suppositions, qui sont trois erreurs. L'albuminurie de la diphthérite n'assimile pas celle-ci à la scarlatine; elle n'est point due à l'asphyxie, puisqu'elle existe dès le début; elle se lie encore moins à l'infection purulente, la diphthérite étant une des affections qui se prêtent le moins à la formation du pus. L'érythème croupal (que M. Sée a signalé le premier, et qui a été l'objet d'une discussion il y a plusieurs mois) n'est pas non plus une manifestation scarlatineuse, c'est seulement un nouveau point d'analogie à constater.

Quant à l'extraction des amygdales dans la diphthérite, c'est une opération irrationnelle et peu raisonnable. La maladie ne commence pas toujours par les amygdales, elle commence parfois par le nez; il faudrait donc couper le nez d'abord, puis successivement les autres parties que le mal ne tarde pas à envahir.

En résumé, voici quels sont, sur les principaux points de la question, et particulièrement sur le plus important de tous, la trachéotomie, les conclusions de M. Sée :

1° Le chiffre croissant des morts dues au croup tient uniquement à la fréquence de la maladie, qui augmente progressivement, quoique d'une manière très-inégale, selon les diverses années.

2° Ce n'est pas la mortalité qui augmente, mais c'est le nombre proportionnel des décès. La maladie n'est pas plus grave, mais plus fréquente qu'autrefois.

3° La cause de l'accroissement du nombre des morts ne saurait être la trachéotomie, car, bien qu'appliquée aux plus mauvais cas, elle guérit 27 malades sur 100, tandis que les croups en général, comprenant tous les cas opérés ou non, graves ou bénins, ne donnent que 30 guérisons sur 100.

4° Si la trachéotomie guérit en général plus d'un quart des malades, elle les guérit dans la proportion de 64 p. 0/0 si on la pratique avant l'asphyxie; ce n'est donc pas la trachéotomie, à quelque période qu'elle soit pratiquée, qui peut être mise en accusation.

5° L'anesthésie manque fréquemment dans l'asphyxie la plus avancée; attendre l'apparition de ce signe, c'est s'exposer à voir succomber le malade sans secours efficace.

— M. BARTHEZ. —

Aux yeux de M. Barthez, les statistiques dressées d'après les déclarations des décès sont nécessairement inexactes; mais si inexactes qu'elles puissent être, elles n'en démontrent pas moins un fait vrai, l'augmentation du nombre des décès par le croup à Paris depuis 1840. Mais cet accroissement de la mortalité par le croup, contrastant avec la diminution de la mortalité générale, doit-il être expliqué, comme le veut M. Bouchut, non par l'augmentation du nombre des croups, ni parce que la maladie est devenue plus grave, mais en raison du traitement employé? — Avec la plupart de ses confrères, M. Barthez s'élève contre cette proposition.

Il nous serait impossible de suivre ici M. Barthez dans les longs et minutieux calculs dans lesquels il est entré pour contrôler les résultats de la statistique de M. Bouchut, et les conclusions qu'on en a tirées. Nous devons nous borner à en exposer le produit net. De cette longue discussion de chiffres, M. Barthez déduit :

1° L'augmentation absolue du nombre des croups à Paris depuis vingt ans;

2° L'augmentation considérable du nombre des croups à Paris comparée à l'augmentation bien moins rapide du chiffre de la population parisienne.

Si maintenant, ajoute-t-il, on veut comprendre comment s'est établie cette augmentation proportionnelle, qu'on relise les travaux de Guersant, de Boudet et de M. Becquerel, et l'on verra que, de 1827 à 1839, il n'y a eu à Paris que des croups sporadiques ou peut-être de petites épidémies partielles; que la première épidémie importante par le nombre autant que par la gravité des cas, a commencé en 1840 et fini en 1841. Alors, prenant le second tableau publié par M. Bouchut, on y trouvera que, de 1842 à 1846, le nombre des croups n'a pas sensiblement augmenté d'une manière plus rapide que le chiffre de la population; qu'à partir de la grande épidémie, l'état épidémique un peu amoindri est resté endémique, avec des recrudescences soit de

nombre, comme en 1858 et 1857, soit de gravité, comme en 1855.

S'il est vrai, comme le disent beaucoup d'auteurs, que le croup et les angines couenneuses épidémiques sont beaucoup plus graves et entraînent plus de mortalité que les mêmes maladies sporadiques, on peut croire qu'en 1840 et 1841, et aussi que depuis 1847 jusqu'à présent, le croup a été plus grave et plus difficilement curable à Paris qu'il ne l'a été dans les autres années.

A la considération de la gravité plus grande habituelle du mal dans ces dernières années, si l'on joint cette autre considération qui résulte des calculs, à savoir que très-probablement on guérit maintenant plus de malades que l'on n'en guérissait autrefois, on sera porté à croire que le traitement moderne a inauguré une ère très-favorable pour la guérison de cette affection.

Après avoir ainsi combattu les deux premières allégations de M. Bouchut, M. Barthez aborde la question de la trachéotomie, dont il n'a parlé jusque-là qu'accessoirement.

Voici en quels termes il exprime son opinion et sur la valeur de la trachéotomie, et sur l'opportunité de son emploi; opinion qu'il s'est faite d'après les faits qu'il a vus et indépendamment des chiffres :

« La trachéotomie est, jusqu'à présent, la plus belle de nos conquêtes dans le traitement du croup.

» Comme vous tous, j'ai vu un certain nombre d'enfants arrachés par elle à une mort inévitable et imminente. Comme tous ceux, je crois, qui ont pris part à la discussion actuelle, j'ai conseillé la trachéotomie après avoir mis en usage et avoir vu échouer les traitements médicaux les plus accrédités. Le nombre des enfants que j'ai vu guérir du croup sans opération en est la preuve.

» Cependant, je ne crois pas qu'il faille attendre que l'enfant soit arrivé à ce degré d'asphyxie ou subite ou graduelle qui rend la mort imminente, et qui, en tous cas, met l'enfant dans des conditions mauvaises pour résister aux suites de l'opération.

» Mais je la conseille lorsque les accès de suffocation ayant paru et s'étant répétés, la dypsnée s'établit d'une manière continue, lorsque la toux et la voix commencent à s'éteindre, lorsque l'air pénètre habituellement mal dans la poitrine, lorsque les lèvres perdent leur couleur rouge pour passer à la couleur violette ou pâle, lorsque le pouls, sans avoir perdu toute sa force, commence à faiblir, etc.

» En un mot, le moment qui me semble le plus favorable pour opérer est celui où l'asphyxie commence et semble s'établir d'une manière définitive. Opérer plus tard, c'est s'enlever des chances de succès volontairement, et d'autant plus qu'on opère plus tardivement. Se hâter et faire la trachéotomie plus tôt, c'est s'exposer inutilement peut-être à toutes les mauvaises chances qui appartiennent en propre à l'opération.

» La trachéotomie dans le croup est un progrès immense, mais c'est une opération sérieuse et grave, qui, comme la plupart des conquêtes et des progrès de l'homme, a payé et paye encore l'impôt du sang.

» Nous savons tous combien la trachéotomie a été longue à produire des fruits assez utiles pour être acceptés par tous.

» Certes, il serait souverainement injuste de lui reprocher tous les échecs de ses débuts; on ne pouvait pas arriver d'emblée à la connaissance de la meilleure manière d'opérer, non plus que de la valeur de tous les détails dans les soins consécutifs.

» Cependant, quels que soient nos efforts, si nous arrivons à diminuer beaucoup, je doute que nous puissions réduire à néant le nombre des morts causées par l'opération elle-même; telles entre autres celles déterminées par les hémorrhagies; par les syncopes mortelles; par l'inexpérience des opérateurs qui, en raison de l'urgence de l'opération, ne peuvent pas avoir toujours une habitude suffisante, et qui, trop facilement, transpercent la trachée, ou mettent la canule en dehors des voies aériennes; par l'expérience des soins consécutifs, etc.

» Mais, indépendamment de tous ces accidents, la trachéotomie dans le croup est une opération grave par elle-même. On l'a faussement, je crois, comparée à la trachéotomie faite pour extraire les corps étrangers dans les voies aériennes. Le vésicatoire, innocent chez un enfant bien portant, peut devenir une cause de mort chez un enfant atteint de diphthérite. De même, la trachéotomie, innocente chez un enfant sain, est, dans le cas de croup, une porte ouverte à l'extension de cette cruelle et envahissante diphthérite.

» Quel est celui de nous qui n'a pas vu avec une amère douleur, des enfants sauvés par l'opération d'une mort à peu près certaine, succomber, après plusieurs jours d'espérance trompée, aux déplorables lésions survenues sur le pourtour de la plaie?

» Ce sont toutes ces raisons qui m'engagent à ne pas trop précipiter l'opération, et qui me feraient accepter avec reconnaissance tout moyen, s'il pouvait s'en trouver, qui serait capable de remplacer la trachéotomie, même quelquefois seulement, sans avoir ses inconvénients et ses dangers. »

M. Barthez se résume en ces termes :

« 1° Nier que le nombre des croups ait augmenté dans Paris depuis 18 ans dans une proportion plus grande que le chiffre de la population parisienne, c'est admettre que de 1826 à 1840, on guérissait à Paris 1 croup sur 3; tandis que depuis 1841 jusqu'à 1858, on n'en a pas guéri 1 seul.

» 2° Cette augmentation proportionnelle à la population du chiffre des croups, non-seulement existe, mais elle est considérable.

» 3° Le traitement du croup à l'hôpital des Enfants, de 1833 à 1839, a donné 1 guérison sur 6 1/2, — et en 1840-41, 1 guérison sur 18 1/2. Le traitement moderne du croup à l'hôpital des Enfants depuis huit ans, et à l'hôpital Sainte-Eugénie depuis sa fondation, donne 1 guérison sur 3 ou 4.

» 4° Donc d'une part la proportion du nombre des croups a considérablement augmenté à Paris depuis vingt ans; d'autre part, le traitement moderne du croup a diminué la proportion de la mortalité au moins dans nos hôpitaux, et constitue un progrès dont les médecins ont lieu d'être fiers.

» 5° La trachéotomie ne doit être pratiquée qu'après l'emploi des moyens médicaux et lorsqu'il paraît établi qu'ils n'ont pas de prise sur la maladie.

» 6° Elle ne peut être dirigée que contre l'asphyxie produite par la présence de la fausse membrane.

» 7° Le moment opportun pour la pratiquer est celui de la seconde période du croup, où l'asphyxie commence et semble s'établir d'une manière continue.

» Plus tard, elle est encore indiquée, mais elle a moins de chances de succès.

» 8° La trachéotomie est donc une magnifique conquête dans le traitement du croup; mais cela n'empêche pas de reconnaître qu'elle peut entraîner certains accidents que nous connaissons, et dont nous pouvons diminuer le nombre et la gravité. »

— Voici maintenant l'argumentation de M. Bouchut. Cette argumentation ayant pour but de répondre à l'ensemble des critiques dont ses travaux ont été l'objet, tant à l'Académie de médecine qu'à la Société médicale des hôpitaux et dans la presse, nous avons cru devoir l'insérer textuellement, en lui en laissant, bien entendu, l'entière responsabilité.

— M. BOUCHUT. —

Il importe de rétablir les faits dénaturés par la controverse pour que chacun conserve son rôle. Mes contradicteurs me prêtent des opinions qui ne sont pas les miennes; l'un me fait dire qu'il y a 35 décès sur 40 cas de croup, l'autre que j'accuse mes confrères d'opérer le croup pour s'exercer la main, un troisième que j'attends l'anesthésie complète pour opérer, que je suis le détracteur de la trachéotomie, que je ne fais plus de tubage; enfin que la diphthérite débutant ordinairement par le nez, c'est par l'amputation de cette partie qu'il faudrait commencer pour empêcher le mal de s'étendre. Ce sont là des procédés peu équitables et indignes de la science.

J'ai déjà répondu aux allégations de M. Marc d'Espine, et d'accord avec la presse, j'ai protesté contre l'imputation de MM. Bouvier et Trousseau.

Aujourd'hui je vais rectifier les assertions inexactes de M. Sée, et je prierai mon collègue de ne pas dire que j'abandonne le tubage, ni que je suis le détracteur de la trachéotomie. Ce sont là des insinuations désobligeantes qu'il ne me convient pas d'accepter. Je fais le tubage dans l'occasion, et je pratique la trachéotomie quand cela est nécessaire, d'après l'indication que j'ai fait récemment connaître, et je n'en poursuis que les abus. L'abus, c'est d'opérer avant la période d'asphyxie.

Statistique. — Je n'ai pas nié d'une façon absolue l'augmentation de fréquence du croup, et je me suis borné à dire qu'il n'était pas possible de prouver qu'il y eût 2 et 4 fois plus de malades, fait nécessaire pour la justification d'une mortalité 2 et 4 fois plus forte. On n'admet que ce qui est prouvé, et la preuve du double, du triple et du quintuple du nombre des croups, est encore à fournir. Il y en a un peu plus, mais personne ne connaît le chiffre exact de cette augmentation.

En repoussant cette augmentation triple et quadruple de la mortalité croupale, M. Sée nie l'évidence. En effet, le chiffre 124 représente la mortalité du croup pour 1830, et on trouve qu'elle varie de 307 à 543 de 1848 à 1857, c'est-à-dire plus que le triple. Ce qui est vrai de l'augmentation absolue, ne l'est pas moins de l'augmentation par rapport à la population.

Je n'ai pas été convaincu par les chiffres de M. Sée, qui sont inexacts, et je ne saurais l'être par ceux de M. Barthez, qui, après son laborieux travail statistique, termine en disant que tous nos calculs, les siens compris, sont faux et d'un usage impossible. « Ma dernière conclusion, nous dit-il, est que nous devons laisser de côté comme inutiles la plupart des matériaux statistiques qui ont été produits dans cette discussion. »

Trachéotomie. — M. Sée voudrait bien me faire passer comme le détracteur de la trachéotomie. Il n'y réussira pas, car j'ai imprimé que je considérais la pratique de cette opération comme un service à rendre à l'humanité. C'est une imputation qui tombe d'elle-même. En accusant la trachéotomie de n'être pas à l'abri de tout reproche dans l'accroissement de la mortalité du croup, je n'ai voulu exprimer qu'un fait incontestable, et qui ne détruit en rien les avantages de l'opération pratiquée en temps opportun.

Il est certain en effet que cette opération peut être suivie de mort immédiate, par asphyxie, par hémorrhagie, par syncope, ou de mort consécutive, par emphysème traumatique, par abcès du médiastin, par diphthérite de la plaie, par broncho-pneumonie, etc. Des faits de ce genre ont été observés à l'hôpital des Enfants, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Sainte-Eugénie.

On n'a qu'à lire la thèse de M. Millard pour voir à combien d'accidents graves et mortels la trachéotomie sert de point de départ. Ce qui fait que sans être le détracteur de l'opération, on peut très-bien en limiter l'exercice par des indications nettes et précises. Je n'ai pas fait autre chose.

S'il suffit d'établir les indications de la trachéotomie d'une façon contraire aux vues de M. Sée, pour être considéré comme le détracteur de cette opération, je mériterai toujours cette qualification, car je combattrai toujours pour que la trachéotomie reste ce qu'elle doit être, c'est-à-dire le traitement de l'asphyxie et non celui du croup.

On veut aujourd'hui brouiller les périodes classiques du croup, confondre la troisième avec la seconde, sans penser qu'un tel effort contre ce qui est généralement admis, exige des forces et une autorité que n'ont pas mes adversaires. Il ne suffit pas de dire aux nosographes et aux praticiens : Nous avons changé les périodes du croup, et les internes de l'hôpital des Enfants ne considèrent plus le croup de la même manière que Royer-Collard, Guersant père, Grisolle, Valleix, Monneret, etc. Il faut pour cela un travail motivé ayant conquis l'assentiment universel. Jusque-là, la plupart des médecins de France et de l'étranger penseront comme les maîtres.

Le croup offre ordinairement trois périodes : la première, inflammatoire, caractérisée par le début de la maladie dans l'arrière-bouche; la seconde, spasmodique, est celle de l'aphonie, de la toux rauque, de la dyspnée, de la dépression xyphoïdienne, du sifflement laryngé, des accès de suffocation; et la troisième, asphyxique, caractérisée par l'anesthésie incomplète ou complète, et par l'accroissement de tous les précédents symptômes. C'est là ce qui est généralement admis, et jusqu'à présent on a toujours proposé la trachéotomie contre cette troisième période. J'ai été, je suis et je serai toujours de cette opinion, qui me paraît seule raisonnable.

Mes contradicteurs veulent au contraire réunir la deuxième et la troisième périodes du croup, et à l'aide de cette confusion, légitimer la trachéotomie préventive de l'asphyxie. C'est un procédé qui ne trompera personne.

M. Sée a été plus sincère : sans adopter cette hypothèse, il vous a franchement déclaré qu'il fallait opérer à la deuxième période, c'est-à-dire avant l'asphyxie. Mes arguments l'ont sans doute convaincu, car il a surajouté à son premier discours une note pour dire « avant l'asphyxie complète, » note qui ne change rien aux termes trop explicites de sa pensée.

Pour en revenir au croup et à ses indications chirurgicales, il suffit de lire la thèse de M. Millard, pour voir combien tout ce qui regarde les indications de la trachéotomie est confus et incomplet.

Sur 55 observations de trachéotomie, il y en a 24 indiquées comme des croups à la seconde période, et pour toute indication on trouve :

N° 2. A dix heures du soir, l'enfant dort, sa respiration est large, lente, 32 par minute, mais elle est rauque et sifflante dans les deux temps, et s'entend à distance. A onze heures du soir, elle devient plus bruyante, et s'accélère manifestement; les veines superficielles de la face et du cou sont tendues et très-volumineuses. Je me décide à faire la trachéotomie.

Pour moi cette opération n'était pas urgente.

Il en est de même du n° 3, où de simples accès de suffocation décident la trachéotomie.

Que dire du n° 4, où l'on voit pratiquer sur-le-champ la trachéotomie, parce que, à la visite du soir, la marche des accidents indique que l'opération deviendra inévitable, et que l'élève craint d'être appelé dans la nuit pour la pratiquer? C'est là une indication nouvelle que je ne connaissais point, et qui me paraît difficile à motiver. Je n'en parlerai pas davantage.

Dans l'observation 33, que trouve-t-on?

« Aphonie, respiration anxieuse, lente, 32 par minute; un vomitif » n'arrête pas les progrès de la dyspnée; je me décide à pratiquer la » trachéotomie. »

Ainsi sont généralement exposées par M. Millard, de cette façon brève et insuffisante, les indications de la trachéotomie. Mais ce n'est pas tout. Si les observations de sa thèse ne justifient pas toujours l'opportunité de l'opération, il y en a qui montrent que la trachéotomie a été faite dans des cas où elle n'était nullement nécessaire, et même où elle était formellement contre-indiquée.

Ces erreurs de diagnostic sont assez nombreuses.

La première, observation 28, est relative à un enfant de trois ans au déclin de la rougeole, affecté de bronchite capillaire avec aphonie. M. Blache le voit le 17 juin *dans un état d'asphyxie tel, qu'il ordonne de pratiquer la trachéotomie.* La mort eut lieu quelques heures après l'opération, et la nécropsie montra que le larynx était libre et qu'il y avait double pneumonie. Quand on a de pareilles erreurs à se reprocher, on devrait être indulgent pour celles de ses confrères.

La seconde, n° 53, est relative à une petite fille atteinte d'angine couenneuse, qui entre à l'hôpital le 22 juin au soir sans offrir *nulle modification de la voix.*

Le 23 au matin, on trouve que la gêne de la respiration a beaucoup augmenté, que le visage a pâli; la voix est moins nette, *quoique encore forte*, et aussitôt un externe pratique la trachéotomie, qui est promptement suivie de mort. La persistance de la voix chez cette enfant prouve qu'il ne s'agissait pas d'un croup du larynx, qu'il n'y avait qu'une simple angine couenneuse n'exigeant pas d'opération.

La troisième, n° 49, est relative à une fille que M. Millard dit atteinte d'angine couenneuse et de croup à la deuxième période. On l'opère à cause de la dypsnée, car il n'y avait pas de sifflement trachéal, d'accès de suffocation ni de symptômes asphyxiques. Elle meurt le lendemain, et *il n'y a pas la moindre trace de fausses membranes dans le larynx.* C'était une laryngite avec broncho-pneumonie.

La quatrième, n° 23, est relative à un enfant sur lequel M. Roger croit reconnaître un œdème de la glotte. On pratique la trachéotomie contre ce prétendu œdème, et l'enfant succombe. Le larynx, libre de tout obstacle, était le siége d'une gangrène méconnue, et il y avait une pneumonie, des cavernes tuberculeuses et une bronchite pseudo-membraneuse.

Il est inutile d'insister sur ces erreurs, qui montrent combien les indications de la trachéotomie sont encore obscures, et combien il serait heureux que la Société de médecine des hôpitaux pût élucider ce point de la science.

En faisant connaître l'anesthésie cutanée, complète ou incomplète, qui annonce le début de la maladie et la confirmation de la troisième période, j'ai inauguré une nouvelle manière d'envisager le croup qui me paraît répondre précisément aux besoins de la pratique et de la nosographie.

Je n'attends pas, comme le disent bien à tort mes contradicteurs, que l'anesthésie soit complète pour reconnaître la troisième période, ni pour opérer. L'anesthésie n'apparaît pas tout à coup, elle se montre par degrés; c'est d'abord une diminution de la faculté de sentir avant d'être une insensibilité absolue, et dès que je constate cette di-

minution, j'affirme que commencent l'asphyxie et la troisième période du croup.

Mes observations sont maintenant au nombre de 35 : treize fois l'anesthésie était complète, et les enfants, ayant encore toute leur intelligence, ne sentaient aucunement la douleur.

Vingt-deux fois il y avait anesthésie incomplète, et l'enfant sentait lentement et retirait mollement les parties qu'on tourmentait. Sur quatre des malades de la première série, l'anesthésie complète était le seul symptôme d'asphyxie qui existât, car il n'y eut ni cyanose, ni sifflement laryngé, ni dépression xyphoïdienne, ni le *je ne sais quoi* de M. Trousseau.

Chez quelques malades, ce phénomène fut le premier qui révéla les approches de l'asphyxie, car au bout de deux ou trois heures apparurent la cyanose, la dyspnée et les angoisses précurseurs de la mort. De plus, là où il existe, la trachéotomie le fait disparaître; il va et vient avec les obstacles qui se forment dans les bronches. Partout où existe de l'asphyxie se montre l'anesthésie cutanée complète ou incomplète, et là où elle ne se produit pas, c'est qu'il n'y a pas d'obstacle à l'hématose, ce qui rend la trachéotomie parfaitement inutile.

Toutes les fois qu'on opère le croup avant la diminution des facultés de sentir, on fait une trachéotomie préventive de l'asphyxie, et cette opération n'est justifiée pour moi qu'après constatation d'une anesthésie complète ou incomplète si l'asphyxie est fort avancée. S'il n'y a pas du tout d'anesthésie, on peut être certain que la trachéotomie ne retardera pas d'un seul instant la mort.

Tubage. — M. Sée se presse beaucoup trop, et avance un fait complétement faux en disant qu'on ne fait plus de tubage à l'hôpital Sainte-Eugénie. C'est une erreur; mes collègues, ne l'ayant jamais fait pratiquer dans leur service, n'ont pas eu à l'abandonner. Je suis à leur disposition quand ils le jugeront convenable; mais pour le moment cette opération ne se fait que dans mon service, et elle y sera faite toutes les fois qu'un enfant atteint de croup s'y trouvera placé.

On n'abandonne pas ainsi une idée juste sans avoir épuisé toutes les ressources de l'expérience, et j'attendrai, pour l'oublier, qu'une autorité moins intéressée que celle de mes contradicteurs m'y engage.

Jusque-là, satisfait d'avoir démontré qu'une canule peut rester sans inconvénient pendant quarante-huit heures dans le larynx, ce que l'on ignorait certainement; satisfait d'avoir vu sortir des fausses membranes par cette canule et diminuer momentanément l'asphyxie, j'attendrai que de nouveaux exemples me permettent de perfectionner mes instruments et ma méthode opératoire.

L'exemple de la trachéotomie, qui n'a eu son premier succès qu'après trente ou quarante revers, m'y encourage d'autant plus que, ne répandant pas une goutte de sang, je puis sans aucun trouble de conscience continuer des essais que mes adversaires eux-mêmes ne pourront condamner.

Toutefois, si le tubage n'a point encore été suivi de succès, ma méthode de *grattage du larynx* vient de guérir une enfant qui serait peut-être morte si je n'étais arrivé à temps pour la sauver de la trachéotomie. En effet, bien qu'à sa deuxième période, la maladie semblait si grave que l'interne de garde se disposait à opérer; mais le directeur, d'accord avec moi, s'y opposa et m'envoya chercher. Je l'opérai au moyen de mon grattoir, et je fis sortir du larynx *des fragments blanchâtres de fausse membrane épaisse et résistante.* Sa voix devint aussitôt plus claire et surtout plus grasse et plus forte. Je la mis dans une atmosphère de vapeur de ciguë, et un vomitif suivi d'un julep au sulfure de soude achevèrent la guérison du croup, malgré la complication d'une pneumonie secondaire. Cette enfant est aujourd'hui parfaitement guérie, sans opération sanglante, et ce n'est pas sans incertitude qu'on se demande ce qu'il fût arrivé si elle eût subi la trachéotomie préventive de l'asphyxie.

M. Sée ajoute : « *A quoi donc peut servir le tubage?* » Je lui répondrai sans hésiter : A faire pour autrui ce que je voudrais qu'on fît pour moi. Si l'on me présentait à choisir entre mon porte-canule et le couteau des chirurgiens, je commencerais par me faire désobstruer le larynx par la bouche, réservant l'autre moyen pour l'instant où je ne pourrais m'en passer.

C'est peut-être une affaire de sentiment; mais je préférerai toujours commencer le traitement du croup par le grattage et le tubage du larynx, plutôt que de faire dès la seconde période une trachéotomie préventive de l'asphyxie que l'on craint de voir venir dans la troisième.

Je regrette que M. Trousseau soit absent, car j'aurais répondu en sa présence à l'incident nouveau qu'il a soulevé hier au sein de l'Académie à l'occasion du tubage. Il m'accuse d'avoir fait des expériences de tubage sur des chiens dont j'aurais dissimulé les résultats défavorables. C'est une erreur; on n'a pas l'intention de feindre quand on prend pour aides des médecins connus comme M. Empis ou M. Faure. De plus, j'ai raconté ces expériences, qui sont toutes récentes, à M. Malgaigne, il y a plus de dix jours, et elles étaient connues de mes amis. Je ne les ai tenues secrètes que pour M. Trousseau, qui ayant déjà fait son rapport à l'Académie sans voir ni étudier le tubage, n'en avait que faire. Elles lui étaient inutiles, et je les réservais, comme beaucoup d'autres faits de tubage, pour des publications ultérieures plus complètes.

Ces expériences sont fort difficiles, car le larynx du chien a des ventricules peu profonds et obliques sur l'axe de l'organe. Il en résulte que les canules de l'homme n'y peuvent rester que très-difficilement. Il faut les prendre d'un volume bien supérieur au calibre du larynx, et les enfoncer avec la plus grande violence. Les sondes creuses ne pouvant suffire, il faut se servir de tiges en fer. C'est la question du coin appliqué au larynx. En outre, il faut prendre et asphyxier les chiens, les museler, leur attacher les pattes et les laisser sans manger ni boire pendant trois jours, conditions qui ne sont pas celles d'une expérimentation raisonnable.

Les deux premières expériences ont été faites avec M. Empis. La canule, mise en place sur un chien laissé en liberté, a été rejetée au bout de quelques heures.

Les deux suivantes, avec M. Faure, au moyen d'une canule d'argent et d'une canule d'ivoire, sur des chiens ficelés, garrottés et privés de nourriture et de boisson. Les chiens ont avalé la canule. Une a été retrouvée dans l'estomac, et la seconde avalée et digérée.

Dans une cinquième et une sixième expériences avec des canules enfoncées à tour de bras, une canule a été avalée et retrouvée dans l'estomac, et l'autre, au bout de trois jours, avait déterminé des ulcérations du larynx.

Dans une septième et huitième expériences, deux canules d'argent, laissées quarante-huit heures seulement, n'ont déterminé que de la rougeur du larynx.

La violence qu'il faut employer pour enfoncer ces canules, enlève toute signification à ces expériences.

Albuminurie. — M. Sée, qui fait à tous mes travaux l'honneur de sa critique, vous a parlé des recherches que nous avions faites, M. Empis et moi, sur l'albuminurie des maladies couenneuses pour vous signaler ce qu'il appelle nos erreurs. Je le remercie de son obligeance, cela me permettra de vous parler d'un phénomène encore peu connu, et dont j'ai étudié les causes avec le plus grand soin.

Pour moi, qui n'aime pas les rapprochements théoriques imaginaires, et qui me contente d'observer avec soin, j'ai établi que dans les maladies couenneuses il y avait de l'albuminurie sur les deux tiers des malades, et j'en ai conclu que la diphthérite n'était pas essentiellement cause de cette altération des urines. Sur trois enfants, l'albuminurie fut consécutive à l'éruption scarlatineuse développée après l'angine couenneuse, qui n'offrit d'abord rien de semblable.

Sur deux enfants, l'albuminurie, qui existait au moment de la cyanose et de l'asphyxie, disparut vingt-quatre heures après la trachéotomie par le rétablissement de l'hématose, et sans que la diphthérite eût disparu.

Chez d'autres enfants qui avaient le croup, l'angine couenneuse ou la diphthérite cutanée, l'albuminurie, qu'on ne pouvait rapporter à la scarlatine ni à l'asphyxie, nous parut être en rapport avec l'état général grave qui succède souvent à l'apparition des maladies couenneuses. C'est à cette occasion que, voyant s'éteindre les enfants ainsi affectés, à la manière de ceux qu'épuise une grande suppuration par brûlure et par vésicatoire ulcéré, et rencontrant à l'autopsie quelques-unes des lésions de l'infection purulente, dans laquelle existe aussi de l'albuminurie, nous avons dit qu'il y avait analogie entre l'empoisonnement de la diphthérite et l'infection purulente occasionnée pas de trop vastes suppurations.

Je suis vraiment désolé que la multiplicité des causes de l'albuminurie gêne les rapprochements théoriques que mon contradicteur voudrait établir entre les différentes espèces de la diphthérite; mais je ne saurais rien changer à des conclusions qui résultent du plus scrupuleux examen des faits. Ainsi la diphthérite n'est pas toujours accompagnée de l'albuminurie. Quand l'albuminurie existe, c'est quelquefois comme accident consécutif à une scarlatine intercurrente; ailleurs elle résulte de l'hyperémie rénale produite par l'asphyxie, et enfin, sur une troisième catégorie de maladies, elle dépend de l'infection diphthéritique comparable à l'infection purulente chronique, qui, d'après d'Arcet, occasionne également l'albuminurie.

Amputation des amygdales dans l'angine couenneuse. — J'aurais achevé, Messieurs, si mon Aristarque n'avait pas encore été prendre *ma nouvelle méthode de traitement de l'angine couenneuse*, pour vous la présenter comme irrationnelle et peu raisonnable. Ce ne serait rien si en attaquant mon travail M. Sée ne l'avait dénaturé par l'expression de faits dont je lui laisse la responsabilité. C'est ainsi qu'il nous apprend : « Que la diphthérite commençant ordinairement par les narines, il faudrait couper le nez d'abord, puis les autres parties successivement prises par le mal, pour en arrêter la marche. » Cela est charmant, mais il n'est pas juste de dire que la diphthérite commence ordinairement par le nez; en ce qui regarde l'amputation de cet organe proposée par notre collègue, j'attendrais son exemple pour ne jamais l'imiter.

L'amputation des amygdales hypertrophiées au début de l'angine couenneuse, est l'opération la plus rationnelle qu'on puisse imaginer, puisqu'elle enlève du pharynx deux corps étrangers dont la présence apporte une gêne excessive à la déglutition et à l'hématose. Je l'ai d'abord pratiquée contre l'hypertrophie énorme de ces glandes, qui était une cause de l'asphyxie. Voilà pour l'indication.

J'ai vu ensuite :

1° Que les fausses membranes ne se reproduisaient pas sur la surface coupée;

2° Que cette surface conservait tous les caractères d'une plaie simple;

3° Que la turgescence inflammatoire du pharynx était amoindrie par l'hémorrhagie consécutive à l'opération;

4° Que le murmure vésiculaire absent reparaissait aussitôt que l'occlusion de la glotte par les amygdales avait cessé;

5° Enfin, que l'angine couenneuse, arrêtée dans son développement ultérieur, n'était pas suivie de croup.

Cinq observations, dont une est encore inédite, prouvent ce que je viens de dire, et il y en a eu une sixième, récemment publiée par M. Domerc, qui est l'éclatante confirmation de cette nouvelle méthode.

Il est entendu que je ne propose l'amputation des amygdales couvertes de fausses membranes, que s'il existe une hypertrophie de ces glandes et si le mal est à ses débuts. Quand, au contraire, l'angine couenneuse existe sans hypertrophie tonsillaire, il faut l'attaquer autrement, et de préférence par le fer rouge.

Des résultats de cette importance doivent nécessairement changer l'idée qu'on se fait des maladies couenneuses. En effet, si elles sont toujours, comme on le dit en général, l'expression d'une affection ultérieure préalable, l'amputation des amygdales couenneuses devrait être suivie de la reproduction du produit morbide à la surface coupée. — Or il n'en est rien, la plaie se guérit à la manière d'une plaie simple, ce qui enlève à la diphthérite les caractères d'une maladie générale primitivement virulente, infectieuse ou diathésique.

Semblable à ces *maladies virulentes* bornées dans leur principe à une action locale superficielle, comme le charbon, la syphilis, la diphthérite n'est d'abord qu'une affection de la surface, plus ou moins prompte à se changer en maladie profonde, générale. Comme l'affection charbonneuse, syphilitique, morveuse, etc., elle sécrète un produit morbide qui peut être absorbé, et qui détermine la maladie générale si la prompte destruction de la partie malade par l'amputation ou par le feu, n'arrête pas la généralisation du mal.

Il y a, en outre, deux natures de diphthérite, comme il y a deux formes de syphilis et de charbon; l'une *infectieuse*, et l'autre *non infectante*, tenant à la dualité du produit morbide; et de même que là surviennent un chancre mou et un chancre induré, ailleurs la pustule maligne ou le charbon, ici, enfin, se produisent la *diphthérite molle* et la *diphthérite dure, infectieuse.* La première peut être abandonnée à elle-même, et guérira toute seule; tandis que si la seconde n'est pas détruite sur place à l'état *d'affection* n'occupant que la surface, elle devient une maladie presque nécessairement mortelle. C'est ici que l'albuminurie encore mieux étudiée que je ne l'ai fait, pourra rendre quelque service pour séparer ces deux formes de la diphthérite dont l'observation nous révèle l'existence.

Quoi qu'il en soit de cette dualité morbide, quand les produits diphthéritiques se montrent sur les amygdales hypertrophiées, et que ces glandes gênent la déglutition et l'hématose, le mieux est d'enlever le mal et son support, afin de rendre la respiration plus facile et moindres les chances d'infection.

Si c'est là une conduite peu raisonnable, que sera donc celle qui consiste à s'emparer un à un de tous les travaux d'un collègue, pour les juger *a priori*, sans avoir fait aucune observation clinique contradictoire?

« Il ne reste plus rien, dites-vous, des quatre ou cinq idées apportées par M. Bouchut dans l'histoire doctrinale et thérapeutique du croup. »

Vous vous trompez à votre désavantage, car il restera vos discours entre les erreurs diagnostiques de M. Blache et de M. Roger que nous fait connaître M. Millard.

Après ce discours, la discussion a été close; et, sur la proposition de M. Béhier, la Société a déclaré dans un ordre du jour motivé, que la trachéotomie reste encore le meilleur moyen à opposer à la maladie arrivée à la période d'asphyxie commencée, et qu'il serait dangereux d'attendre, pour le succès de l'opération, l'invasion des phénomènes ultimes de la maladie, et en particulier l'anesthésie, qui est loin d'être constante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 novembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC demande la parole à propos du procès-verbal.

Dans la dernière séance, dit M. Chassaignac, M. Maisonneuve nous a reproché, à plusieurs de mes collègues et à moi, d'avancer des assertions dénuées de preuves. Il nous a mis en demeure de produire des textes.

Ces textes, je les apporte. Ils concernent trois affirmations que j'ai produites devant la Société, et dont je suis tenu de démontrer l'exactitude. J'ai avancé :

1° Que M. Maisonneuve avait publié des faits de guérison qui n'existent pas;

2° Qu'en faisant l'application de ce qu'il appelle des flèches, il avait causé une plaie pénétrante de poitrine, dont il n'avait été averti que par le sifflement de l'air s'engouffrant dans la plèvre;

3° Qu'il s'attribuait indûment une méthode de cautérisation dont il n'est pas l'inventeur.

Prouvons :

Je place sur le bureau de la Société la lettre de deux confrères tout à fait dignes de foi, MM. les docteurs Caucal et Pignant, qui avaient adressé eux-mêmes à M. Maisonneuve le malade qu'il a donné comme guéri, et qui, examen fait quarante-huit heures après la sortie de l'hôpital, n'était nullement guéri, et, loin de là, s'est présenté à eux dans l'état le plus déplorable.

2° Le fait de la plaie pénétrante de poitrine.

Il est mis hors de doute par le compte rendu de la Société de chirurgie, séance du 18 novembre 1857. Et malgré la précaution de placer le doigt, puis du diachylon, sur la perforation, l'accident aperçu par quelques-uns des assistants a reçu une divulgation qui rend à cet égard toute dénégation impossible.

3° J'arrive à l'invention du procédé.

La question est d'une sérieuse importance, parce qu'il s'agit de savoir si, malgré la protestation du fils de l'un des intéressés, malgré les opinions aussi judicieuses par le fond que modérément exprimées dans la forme par MM. Larrey, Robert, Broca et Follin, la Société laissera s'accomplir, au détriment de trois chirurgiens de Chartres, un emprunt (appelons cela un emprunt) qui les dépouillerait d'un titre réellement acquis par eux.

Voici les preuves :

Tome XV, page 27, année 1854, de la *Revue médico-chirurgicale*, se trouve un mémoire de M. Girouard père, mémoire où il est dit, à l'occasion d'une amputation du sein, que des lamelles de pâte de zinc furent enfoncées *par-dessous la tumeur*, et qu'en quarante-huit heures elle fut enlevée. Son poids était de près de 5 livres.

Archives générales de médecine, juin 1855. M. Follin décrit une opération qu'il vous a dit être en tout semblable à celle dont a parlé M. Maisonneuve.

Même journal, numéro de juillet 1857, se trouve l'observation d'une amputation de la totalité de la langue, qui fut pratiquée à l'aide de chevilles de chlorure de zinc *enfoncées dans des piqûres faites sous la langue* avec un bistouri étroit à double tranchant.

Vous voyez donc que l'introduction des caustiques, conduits au moyen du bistouri *par-dessous les tumeurs* pour les faire *tomber en un seul bloc*, appartient à M. Girouard père.

Voici les textes dus à MM. Salmon et Maunoury :

Numéro du 24 juillet 1857 de l'*Union médicale*, mémoire sur une opération faite en janvier 1857, se trouvent ces paroles : « Pour effectuer l'amputation, les muscles sont *embrochés* par un cylindre de potasse; puis ces trouées sont remplies par des lanières de chlorure de zinc. »

Numéro du 16 septembre 1856 de l'*Union médicale*, observation de MM. Salmon et Maunoury, se rapportant à une *amputation du bras faite en 1849.* Il y est dit au compte rendu de la troisième séance : « Je reviens au chlorure de zinc, que *j'implante* entre les fibres musculaires *et sous le muscle lui-même.* »

Ces mots de chevilles, de clous, de lanières; ces expressions de trouées, d'implantation *sous les muscles*, ne désignent-ils pas de la manière la plus explicite le mode opératoire que veut s'approprier M. Maisonneuve? N'y a-t-il pas là une véritable cautérisation *sous-perforante*, distincte des trois autres modes antérieurement usités, et que l'on a désignés sous les noms de *cautérisation couches par couches*, *cautérisation en collier ou circulaire*, cautérisation par introduction des trochisques ou *cautérisation par piqûres?*

Si en présence de textes si décisifs, en dépit des réclamations de M. Girouard fils, des descriptions de MM. Salmon et Maunoury, ainsi que des avertissements de MM. Larrey, Robert, Broca et Follin, M. Maisonneuve persistait à vouloir dépouiller les chirurgiens de Chartres de la propriété scientifique à laquelle ils ont des droits réels, il commettrait un acte que la Société de chirurgie ne saurait sanctionner ni par son vote ni même par son silence. Rappelez-vous que MM. Salmon et Maunoury ont consigné les détails de leur procédé dans un mémoire manuscrit confié à la Société. Que voulez-vous que disent nos collègues de la province, si lorsqu'ils nous ont envoyé des travaux, ils les voient reparaître quelque temps après sous une dénomination différente? Qui défendra leurs droits, si ce n'est la Société de chirurgie elle-même?

M. Girouard appelle chevilles ou clous, ce que M. Maisonneuve appelle plus poétiquement des flèches. Mais cela ne l'autorise nullement à se donner comme l'inventeur d'un procédé qui ne lui appartient pas.

M. FOLLIN. M. Chassaignac vient de retracer l'historique du procédé que M. Maisonneuve persiste à considérer comme sien. Cet historique n'a trait qu'aux temps modernes. J'apporte un texte précis qui ne laisse aucun doute sur l'ancienneté du procédé: il s'agit d'une publication faite en 1700 par Deshayes-Gendron. Il cite un cas de traitement d'une tumeur des gencives opérée par les caustiques enfoncés dans son épaisseur. La tumeur tomba en une seule masse.

M. MAISONNEUVE. Dans la précédente séance, M. Chassaignac avait promis d'apporter des textes établissant que des chirurgiens de Chartres avaient, avant 1856, pratiqué la cautérisation d'après une méthode semblable à celle que j'ai désignée sous le nom de cautérisation en flèches. Tout à l'heure, au début de son discours, notre collègue affirmait qu'il avait ces textes entre les mains, puis, au lieu de les produire, il prend à partie deux faits de ma pratique qui n'avaient certainement rien à voir dans ces débats.

Le premier, est une observation dans laquelle le malade, après avoir subi sans accident la cautérisation en flèches, pour un vaste cancer de la face, a été noté guéri, alors qu'en effet il n'était guéri que de l'opération, et que le mal avait récidivé. C'est une erreur, je l'avoue, que je me suis empressé de rectifier aussitôt que j'en ai eu connaissance, mais qui, dans aucun cas, ne pouvait avoir d'importance, puisque, dans cette observation, il ne s'agissait pas le moins du monde de la question de la *curabilité du cancer*, mais seulement du *mode d'application des flèches*.

Le deuxième est un fait de cautérisation d'un cancer du sein, où lors de la chute de l'eschare je reconnus, à un certain sifflement, que la plèvre présentait un petit pertuis. Or, ce fait que M. Chassaignac s'est plu à rappeler, je ne sais dans quel but, en omettant de dire qu'il avait été suivi de guérison, n'avait pas besoin de grandes recherches pour être découvert, car c'est moi-même qui vous l'ai fait connaître l'année dernière, et je viens encore de le publier tout au long parmi les observations qui font suite à mon mémoire sur la cautérisation en flèches.

Arrivant enfin à la question des textes qu'il devait produire, M. Chassaignac s'est trouvé réduit à citer quelques lambeaux de phrases desquelles il résulte que M. Maunoury, de Chartres, aurait amputé un membre en appliquant d'abord un cercle de caustique de Vienne, en fendant ensuite cette eschare pour remplir le sillon de morceaux de pâte de Canquoin, etc. Or, je le demande, qu'a de commun cette manière de faire avec la cautérisation en flèches?

Ainsi donc, de tous ces textes annoncés avec tant de pompe par M. Chassaignac, il n'en est pas un que l'on puisse produire, parce qu'il n'en est pas un qui soutienne l'examen.

Il n'en sera pas de même de ceux que j'avais promis d'apporter à l'occasion de la ligature extemporanée. On se rappelle que dans la dernière séance j'avais présenté à la Société une tumeur volumineuse du rectum au enlevée par la *ligature extemporanée*. A cette occasion, M. Chassaignac avait cru devoir protester, disant qu'avant lui cette méthode était parfaitement inconnue. C'est alors que je pris l'engagement d'apporter les textes qui démontraient sans réplique que la ligature extemporanée était parfaitement connue et décrite dans la science longtemps avant que notre collègue eût publié ses travaux sur l'écrasement linéaire. Or ces textes les voici :

1° Sabatier, *Médecine opératoire*, t. I[er], p. 321. On supplée quelquefois aux instruments tranchants par la ligature. Celle-ci consiste dans une constriction exercée avec un fil métallique ou non, qui embrasse fortement une partie dans l'intention de la *couper immédiatement*, ou de la faire tomber après l'avoir privée de la vie. Il résulte de là que la ligature a deux manières d'agir : dans l'une les parties sont divisées comme elles le seraient par un instrument médiocrement tranchant, et qui n'agirait qu'en pressant; dans l'autre, la constriction ne fait qu'intercepter.

2° Roux, *Médecine opératoire*, t. I[er], p. 122. Comme moyen de division, la ligature est applicable sur les parties de peu d'épaisseur, soit qu'on la destine à agir lentement, soit que son action doive être instantanée ou presque instantanée, car la ligature substituée à l'instrument tranchant est susceptible de ces deux modes d'application.

Maintenant que j'en ai fini avec M. Chassaignac, j'arrive à ce que vient de dire M. Follin. Certainement si j'ai nié et si je nie formellement encore que MM. Maunoury et Girouard aient jamais pratiqué la cautérisation en flèches, je me plais à reconnaître que l'opération pratiquée en 1700 par Gendron sur une gencive affectée d'épulis a été exécutée d'après les mêmes principes; mais, tout en rendant justice à Deshayes-Gendron, on avouera que ce germe de la nouvelle méthode était bien profondément enfoui dans le sol de la science, puisque depuis plus de 150 ans qu'il y a été déposé, il y est resté complètement stérile, et n'a pas poussé le moindre rejeton.

M. CHASSAIGNAC. Je veux dans ma réponse à M. Maisonneuve imiter la modération qu'il a mise dans cette discussion. Je commence par proclamer d'abord que je ne méconnais pas sa bonne foi. J'ai désiré avoir des explications sur l'observation inexacte publiée, car je ne puis trop m'élever contre de pareilles erreurs. La responsabilité d'un chef de service est trop engagée dans des publications de ce genre pour qu'elles ne doivent jamais avoir lieu sans son assentiment.

Quant au fait de pénétration dans la poitrine, je persiste à dire que M. Maisonneuve ne paraissait pas disposé à en informer les chirurgiens, car dans ses communications, tant à l'Institut qu'à la Société, il n'en n'était fait aucune mention; c'est seulement à une séance suivante, et sur l'interpellation d'un de nos collègues, que M. Maisonneuve en a parlé.

Quant à la question incidemment soulevée par M. Maisonneuve sur la section linéaire, je réponds que c'est par un abus de mots que les faits ne sauraient justifier, qu'il établit entre mon procédé et la ligature extemporanée une analogie qui en réalité n'existe pas.

Ce qui caractérise mon procédé, c'est la solidité du lien sécateur, sa structure, qui lui permet de diviser les tissus en s'inclinant dans le sens suivant lequel on veut agir; son action de va-et-vient, qui, en contondant les tissus, empêche les hémorrhagies. Le lien sécateur appliqué autrefois était un fil, mon sécateur est formé par une scie : je ne vois pas l'analogie qui frappe M. Maisonneuve, libre à lui de conserver son appréciation.

Maintenant j'ajoute en terminant que la première de toutes les conditions pour édifier un travail, est de ne pas se hâter de publier des faits entachés d'inexactitude ou incomplets; leur retentissement devant les corps savants n'a pas de durée, et quand la discussion s'engage sur ces présentations prématurées, elle ne tourne pas à l'avantage de ceux qui les ont faites.

M. MAISONNEUVE demande la parole pour répondre à M. Chassaignac; mais, sur la proposition de M. Gosselin, la Société, à l'unanimité, prononce la clôture de la discussion.

M. Maisonneuve, en se retirant, proteste contre ce vote.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Deroubaix, chirurgien à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, adresse un travail imprimé, intitulé *De la prophylaxie de l'infection purulente*. Bruxelles, 1858, in-8°.

— M. LARREY présente de la part de M. le docteur Coindet, médecin aide-major de 1[re] classe, une brochure *sur l'héméralopie*. Strasbourg, 1858; in-8°.

Ce travail est l'exposé sommaire des Recherches adressées par l'auteur à l'Académie de médecine sur une maladie fréquente dans l'armée.

— M. FORGET présente de la part de M. le docteur Ferrand, de Mer (Loir-et-Cher), un travail manuscrit sur un cas de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de croup. Cette observation est suivie de considérations générales sur le traitement du croup et sur la trachéotomie. Une commission, composée de MM. DESORMEAUX, FORGET et GUERSANT, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

RAPPORT.

M. HOUEL, chargé par la commission désignée pour examiner les travaux adressés à la Société par M. Lizé, de faire un rapport sur une partie de ces travaux, donne lecture de son rapport.

Les conclusions suivantes de ce premier rapport sont soumises à la Société :

1° Remercier l'auteur;

2° Inscrire son nom sur la liste des candidats à la place de membre correspondant;

3° Déposer aux archives les travaux de M. Lizé, en renvoyant au *Bulletin*, pour être publié dans les procès-verbaux, le travail intitulé *Amputations multiples et coup sur coup des membres*.

M. DEPAUL. Parmi les pièces décrites succinctement par M. Houel, il en est une relative à un fait de fracture du pariétal pendant l'accouchement. Je demande à M. le rapporteur de vouloir bien entrer dans quelques détails. Il est seulement dit que le bassin était bien conformé. Quelle était la présentation de l'enfant? a-t-on eu recours au forceps?

M. HOUEL. M. Lizé a envoyé beaucoup de travaux : le plus grand nombre ne laissent rien à désirer comme détails, mais quelques-uns sont incomplets, et celui auquel fait allusion M. Depaul est précisément dans cette catégorie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Nous transcrivons donc l'observation d'*amputations multiples et coup sur coup des membres*. (Voir le numéro précédent.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer de la langue opéré. — Récidive. — Mort par hémorrhagie.

— M. CHASSAIGNAC présente un cancer récidivé de la langue et du pharynx. Le malade, opéré il y a vingt-six mois, a été bien portant pendant près de deux ans. La tumeur qui avait été enlevée offrait des éléments divers : ainsi, on y rencontrait quelques cellules cancéreuses, du tissu fibro-plastique et des traces d'épithélium.

La mort, survenue il y a quelques jours, a été déterminée par une hémorrhagie foudroyante provenant de la carotide, qui, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce, a été détruite à son point de bifurcation.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BROCA présente à la Société un jeune homme atteint d'une de ces affections de la hanche qui depuis quelque temps déjà ont fixé l'attention de la Société.

C'est un militaire âgé de trente-huit ans, qui, à son retour de Crimée, sentit, en levant un fardeau, un craquement douloureux dans la hanche. Cet accident n'eut pas de suites, et au bout de quelques jours le malade sortit de l'hôpital. Plus tard, étant en garnison à Douai, cet homme ressentit une horrible douleur lorsqu'il souleva un sac pesant 60 kilogrammes. A cette époque, il garda le lit pendant cinquante jours. En le quittant, il boitait, et les symptômes que vous constatez aujourd'hui se prononcèrent de plus en plus.

Aujourd'hui l'on est frappé de la saillie considérable du grand trochanter, de l'élévation de la hanche, d'un raccourcissement apparent du membre. L'on constate aussi une assez grande liberté dans les mouvements, excepté celui d'abduction, qui est à peu près impossible. En explorant la fosse iliaque externe, vous ne trouvez pas de tête fémorale. Devant tous ces signes, M. Broca penche pour l'idée d'une simple déformation articulaire sans déplacement.

M. LARREY, après avoir demandé quelques renseignements sur la position de ce militaire, pense qu'il n'est pas atteint de luxation, mais que la luxation est apparente par l'élévation sensible du bassin et par une contracture musculaire bien manifeste, d'où résulte le raccourcissement considérable. Il voudrait qu'une mensuration très-exacte pût faire apprécier la différence réelle de longueur des deux membres; et sans contester l'existence d'une coxalgie, il propose de recourir à l'emploi du chloroforme pour annihiler la douleur ainsi que la contracture musculaire, et pour établir un diagnostic plus précis sur les caractères de cette coxalgie.

— Dans une courte discussion qui suit la présentation de ce malade, MM. Larrey, Guersant et Chassaignac émettent l'opinion qu'il ne s'agit pas d'une luxation, mais d'une simple déformation articulaire. M. Guersant insiste sur la nécessité de chloroformiser le malade pour s'assurer de l'état des surfaces articulaires.

Le secrétaire, LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 6 décembre, un congé, jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire 1858-1859, est accordé à M. Aubergier, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont.

M. Alluard, docteur ès sciences, professeur de physique au lycée impérial de Clermont, est chargé de suppléer M. Aubergier, dans la chaire de chimie, pendant la durée de ce congé.

— Par arrêté du même jour, M. Gay père, professeur adjoint de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant la durée de la présente année scolaire, par M. Gay fils, agrégé près la même école.

— Par arrêté du 6 décembre, sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers :

Professeur titulaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bas, dont la démission est acceptée, M. Gaillard, professeur titulaire de pathologie chirurgicale.

Professeur titulaire de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Gaillard, M. Quottard, professeur adjoint pour les chaires de chirurgie.

Professeur adjoint pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Guérineau, professeur suppléant.

Professeur suppléant pour lesdites chaires de chirurgie et d'accouchements, M. le docteur Jallet, chef de clinique.

M. Bas, ancien professeur titulaire de clinique chirurgicale, est nommé professeur honoraire de ladite école.

— Par arrêté du 6 décembre, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims :

Professeur titulaire de clinique chirurgicale, M. Galliet, professeur titulaire d'anatomie.

Professeur titulaire d'anatomie et de physiologie, M. Thomas, professeur adjoint de pathologie interne.

Professeur adjoint de pathologie interne, M. Strapart, chef des travaux anatomiques.

Professeur suppléant et chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Strapart, M. Hamet, docteur en médecine.

— M. Morère, médecin adjoint de l'hospice d'Orsay (Seine-et-Oise), vient d'être nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— On nous assure qu'il est question de transférer la Faculté de médecine et les pavillons de dissection de l'Ecole pratique sur les bords de la Seine, dans l'emplacement occupé actuellement par l'Entrepôt des vins, lequel irait à Bercy.

— On annonce que M. le docteur Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, va être nommé directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, en remplacement de M. Soubeiran, décédé.

— Nous avons donné, dans notre numéro du 27 novembre, le relevé des premières inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris. En comparant le chiffre de l'année dernière. 158
à celui de cette année. 251
nous trouvons, à l'avantage de l'année courante, une augmentation de. 93

Pour compléter ce renseignement et lui donner toute la valeur qu'il comporte, nous devons ajouter que le nombre des élèves pourvus seulement du grade de bachelier ès lettres, et qui ont pu, en vertu du décret du 23 août 1858, prendre leur première inscription, est de 83.

Rien ne prouve plus victorieusement que ce chiffre les heureuses conséquences, pour la prospérité de l'École, du rétablissement de ce baccalauréat, puisque cette mesure, au lendemain de sa promulgation, et sans qu'on ait pu en espérer une application aussi immédiate, présente déjà un pareil résultat.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris vient de renouveler son bureau, qui se trouve ainsi composé pour l'année 1859 :

Président : M. Perrin; *vice-présidents* : MM. Dequevauvilliers et Tougon; *secrétaire général*, M. Thibault; *secrétaire annuel*, M. Gimelle; *vice-secrétaire*, M. Magnin; *archiviste*, M. Machelard; *trésorier*, M. Ameuille; *membres du conseil d'administration*, MM. Jamin, Collomb et Labarraque.

Les lettres et communications doivent être adressées à M. le docteur Thibault, secrétaire général, place du Caire, 33.

— La séance de rentrée de l'Ecole préparatoire de Nantes a eu lieu le 6 novembre sous la présidence de M. Schmit, inspecteur de l'Académie. Des discours ont été prononcés par M. l'inspecteur, par M. le directeur de l'Ecole et par M. le professeur Marcé, qui a dignement fait ressortir la nécessité d'une forte éducation littéraire pour le médecin.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 146. — MARDI 14 DÉCEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 146. — MARDI 14 DÉCEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

A NOS ABONNÉS DE L'ÉTRANGER.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 *décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement. Les abonnés nouveaux qui n'ont pas encore fait parvenir le montant de leur abonnement sont également priés de le faire sans retard.*

Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine,* 9;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

PARIS, LE 13 DÉCEMBRE 1858.

Nous apprenons à l'instant la mort de M. le professeur Bérard, qu'une longue maladie tenait éloigné de l'École depuis près de trois ans.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'anatomie et la physiologie sont représentées dans cette séance par deux travaux importants ; un rapport de M. Jules Cloquet sur un mémoire de M. le professeur Natalis Guillot, relatif au développement des dents et des mâchoires, et une communication de M. L. Ollier, sur la production artificielle des os par le déplacement et la transplantation du périoste.

Le mémoire de M. Natalis Guillot, qui a été l'objet du rapport de M. Cloquet, est un travail original et de longue haleine sur un point d'anatomie d'une délicatesse extrême et d'une grande difficulté, si l'on en juge par les travaux sans nombre auxquels il a donné lieu. Pour qu'une question qui a été étudiée, depuis Vésale et Eustachi, par l'élite des anatomistes de tous les pays, et notamment de nos jours par les Cuvier, les Blainville, les Serres, les Owen, les Muller, etc., soit encore considérée aujourd'hui comme inépuisée, il faut, en effet, qu'elle ait offert de nombreuses et sérieuses difficultés. C'était donc un sujet d'étude intéressant à reprendre, et bien digne d'occuper les loisirs scientifiques du savant auquel ses devoirs de professeur et de praticien n'ont pu faire oublier son goût pour les études anatomiques.

D'après le rapport de M. Cloquet, qui a jugé ce mémoire digne d'être inséré dans le recueil des savants étrangers, les recherches de M. Natalis Guillot sont de nature à modifier, à changer même complétement la manière de voir généralement acceptée depuis Eustachi sur l'origine et le mode de développement des dents, et elles inaugureraient une théorie odontogénique toute nouvelle. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de reproduire aujourd'hui le savant et intéressant rapport de M. Cloquet, où les résultats des recherches de M. Guillot sont exposés avec une grande clarté. Nous comblerons cette lacune dans l'un des prochains numéros.

Le mémoire de M. Ollier, sur la production artificielle des os au moyen du déplacement et de la transplantation du périoste, est une nouvelle confirmation expérimentale des belles recherches de Duhamel et de M. Flourens sur le rôle du périoste dans la réparation et la reproduction des os. Poussant plus loin encore que ces deux savants physiologistes la démonstration de la vérité qu'ils ont cherché à établir, M. Ollier a vu se produire et se développer des os nouveaux partout où il a transporté des lambeaux de périoste, au milieu de tissus étrangers à l'ossification, et partout où il a pu les greffer. Ces expériences démontrent, en outre, un fait plus général, c'est qu'une membrane peut conserver ses propriétés essentielles, malgré son déplacement et sa transplantation au milieu de tissus étrangers. Il en ressortirait enfin, comme conséquence pratique, une extension du champ d'application de l'anaplastie.

Ces conclusions vaudraient la peine d'être vérifiées par la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Ollier.

On trouvera dans le compte rendu une communication intéressante de M. Larcher sur deux cas tératologiques, qu'il désigne sous les noms de polyopsie et de rhinocéphalie ; l'énoncé d'un mémoire de M. Caselli sur les causes, la nature et le traitement des maladies continues épidémiques de l'Algérie, et sur le traitement des accès pernicieux par le tartre stibié ; et une lettre de M. Heurteloup sur la taille sous-pubienne membraneuse. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Des modifications que les altérations des centres nerveux impriment aux mouvements volontaires.

Sous l'influence des diverses altérations des centres nerveux, les mouvements volontaires subissent des modifications qu'on peut ranger sous trois titres :

1° Les convulsions toniques ou cloniques ;

2° La paralysie musculaire complète ou incomplète ;

3° Le défaut de coordination produit par l'irrégularité des contractions musculaires.

L'affection la plus curieuse de celles qui se rangent dans cette dernière classe est certainement la chorée.

Dans certains cas, l'individu possède toute la liberté de mouvement d'un organe. La sensibilité y est conservée, et cependant il lui est impossible d'en coordonner les mouvements de manière à atteindre un but déterminé, celui d'articuler, par exemple. C'est le cas des gens qui bégayent, de ceux qui, possédant tous les mouvements des membres, ne peuvent ni marcher ni se tenir en équilibre. Ces faits avaient été vus et observés de tout temps, et cependant on croyait avoir affaire dans ces cas à une paralysie, qu'on ne peut raisonnablement admettre si l'on considère l'intégrité des fonctions musculaires. Ce qui existe véritablement, c'est un désordre fonctionnel, d'où résulte l'impossibilité d'accomplir l'ensemble des faits qui constituent la fonction.

Cet ensemble est sous la dépendance d'une faculté spéciale ; or il n'y a pas de faculté sans organe.

Si on analyse un moment les divers actes dont l'accomplissement est nécessaire pour parler, on voit que le larynx, le voile du palais, la langue, les lèvres, doivent concourir au même résultat, qui ne sera atteint qu'à la condition de mouvements coordonnés exécutés par ces différents organes. Ces mouvements ne sont pas instinctifs. Il faut nécessairement les apprendre ; la plupart des animaux ne les acquièrent que par l'éducation.

Il y a donc une faculté particulière qui préside à la coordination. Il a fallu bien du temps pour démontrer que des parties spéciales du cerveau présidaient à cette faculté.

On regardait autrefois l'encéphale comme un organe unique, dont toutes les parties concouraient au même but. Pour les anciens, chez lesquels l'anatomie du cerveau était si incomplétement connue, c'était un organe assimilable au foie ou à l'estomac, et dont toute la masse présidait à la même fonction.

Rolando, faisant des expériences sur l'encéphale, s'aperçut le premier des singuliers désordres que les lésions du cervelet apportaient dans les mouvements de l'animal. Ses observations furent d'ailleurs très-incomplètes.

FEUILLETON.

OBSÈQUES DE M. BONNET (DE LYON).

Un numéro supplémentaire de la *Gazette médicale de Lyon* nous apporte les détails de la cérémonie funèbre dans laquelle la ville de Lyon tout entière s'est associée au deuil qui vient de frapper le corps médical. Les funérailles de M. Amédée Bonnet ont eu lieu le 4 décembre, au milieu d'un immense concours de toutes les classes de la population lyonnaise. Des discours ont été prononcés sur la tombe de M. Bonnet par MM. les docteurs Barrier, au nom des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu et des professeurs de l'école de médecine; Diday, au nom de la Société impériale de médecine; Teissier, au nom de la famille et des amis de M. Bonnet; par M. Sauzet, ancien président de la Chambre des députés, au nom de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, etc. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici les discours dans lesquels nos confrères ont si dignement apprécié les éclatants mérites du défunt. Mais nous ne pouvons résister à la satisfaction de mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours de M. Sauzet, dont les nobles et éloquentes paroles sont un des plus beaux hommages qui aient été rendus à notre profession tout entière dans la personne d'un de ses plus dignes représentants.

Discours de M. Sauzet.

Il y a peu de jours, la cité en deuil conduisait à sa dernière demeure un de ses plus illustres enfants, dont la renommée était devenue une des richesses de la chirurgie européenne, une des gloires de sa ville natale (M. le docteur Gensoul).

Au milieu de ce lugubre cortége où j'apportais le silencieux hommage d'une amitié de quarante ans, je me sentais profondément ému en écoutant une voix grave et touchante peindre en traits saisissants cette noble figure, illustre dans la science, épanouie dans la charité, endormie dans la foi.

Il ne s'est pas écoulé un mois..., et voilà que cette voix puissante s'est déjà éteinte dans le silence de la tombe..., et c'est la mienne, altérée par tant d'épreuves, qui doit trouver dans la sainteté du devoir la force de lui dire un suprême adieu.

Puisqu'il m'a été donné d'être le prédécesseur et le successeur de cet illustre ami dans la présidence de cette Compagnie qu'il a tant servie et honorée, je ne puis faillir à la mission de reporter à sa mémoire les hommages de ses confrères désolés.

Mais que dire de sa vie que vous ne sachiez mieux que moi? Quelles paroles vaudront les angoisses de la cité, tressaillant douze jours entre la crainte et l'espérance, consternée maintenant du coup qui la frappe sans qu'elle ait eu le temps de s'y préparer, couronnant cette grande vie par une pompe à la fois si douloureuse et si triomphale?

Son nom! la science comme l'industrie, la piété comme la bienfaisance, l'ont popularisé dès longtemps dans notre ville.

Sa famille! la considération l'environne. Il avait reçu d'elle l'honneur, il lui a légué l'illustration et l'éclat.

Ses succès! il appartient à d'autres de les apprécier mieux que moi; mais qui ne sait que, jeune encore, il emporta la palme de nos grands concours dont l'antique tradition de la confiance publique s'est habituée à faire le sceptre de la chirurgie du midi de la France? Dans cette dynastie d'élite, il prit une place d'élite.

Il avait reçu en dépôt un vaste héritage de science et de renommée. Il enrichit l'un de nos trésors, et fit rayonner l'autre d'une nouvelle splendeur.

La Providence lui avait tout donné pour cette mission privilégiée... : la rare alliance d'un grand esprit et d'un grand caractère, une intelligence élevée, un cœur chaud et généreux, une franchise transparente, une fermeté efficace, une sensibilité profonde, l'inspiration de la nature, la persévérance du travail, la force qui donne l'autorité, la persuasion qui la fait aimer.

Il était aimé de ses malades, car, au milieu des crises les plus redoutables, il fut le sauveur de beaucoup, le consolateur de tous. Puis, le péril passé, il restait leur ami, même leur bienfaiteur; et la main qui s'était montrée pour guérir leur blessure, s'est cachée discrètement plus d'une fois pour secourir leur misère.

Il était cher à ses élèves; sa parole magistrale et paternelle imprimait à tous l'élan de l'activité, l'essor de la confiance.

Cette reconnaissante jeunesse éprouvait pour son maître un mélange de dévouement et de respect. Le dévouement s'est montré admirable jusqu'à la fin; le respect n'est pas fini. Le culte de sa mémoire demeurera.

Son nom, chacun avait voulu s'en décorer. Tous les corps savants s'en emparèrent comme leur plus cher patrimoine; l'Académie ne se contenta pas de l'appeler dans son sein, elle voulut le placer à sa tête, elle lui dut un précieux et assidu concours.

Cette intelligence avait de la place pour toutes les lumières; ce zèle, du temps pour tous les devoirs.

Il suffisait aux sciences et aux lettres; il traça un jour leur éloquent parallèle, et si sa délicate modestie semblait faire pencher la balance en faveur des lettres, il prouvait par son style et son exemple l'indissoluble alliance de ces deux grands rayons de l'esprit humain, qui ont jailli de la même étincelle et qui remontent sans cesse à leur commun et céleste foyer.

Cette alliance lui était surtout chère, il ne voulait rien qui la pût rompre; il lutta de toute l'énergie de sa plume contre une regrettable séparation qui semblait vouloir rabaisser la médecine et isoler les lettres. Cette indépendance calme et courageuse qui ne faillit jamais aux corps savants, et qui sait avertir sans amertume comme sans faiblesse, se fit écouter à la fin. La réparation est venue; les lettres ont été rendues à la médecine, et il est revenu à l'éloquent écrivain une

En 1821, M. Flourens, qui probablement ignorait les recherches de Rolando, constata que les lésions de certaines parties du cervelet abolissaient chez un animal les fonctions de coordination, et lui enlevaient la faculté de conserver son équilibre.

Ces expériences étaient encore peu connues quand je les répétai à l'occasion d'un concours de physiologie. L'étonnement de l'auditoire fut grand devant ces résultats tout à fait inattendus.

M. Flourens eut la bonne fortune d'avoir pour rapporteur l'illustre Cuvier, qui s'attacha à faire ressortir l'existence de cette force ou faculté nouvelle découverte par l'observateur, la faculté de coordination, et assigna ingénieusement au cervelet le rôle de *balancier* des mouvements.

Remarquons que les troubles déterminés par les lésions du cervelet ne se rapportent nullement à la paralysie. L'animal exécute tous les mouvements possibles, déploie même une grande activité musculaire, pour chercher à reprendre son équilibre.

En 1823, à l'occasion du *Traité de l'encéphalite*, je fis une grande quantité d'expériences. A cette époque, les recherches sur le cerveau étaient activement poursuivies par MM. Foville, Pinel Grandchamp et autres. J'avais remarqué que les gens chez lesquels la parole était abolie présentaient habituellement des lésions de la partie antérieure du cerveau.

La perte de la parole pouvait se produire de deux manières : soit que le sujet perdît le souvenir des mots en conservant la faculté d'articuler ceux que sa mémoire lui rappelait, soit que, tout en ayant les mots parfaitement présents à la pensée, il ne pût réussir à les articuler, conservant d'ailleurs la faculté de les écrire. Dans ce dernier cas, la parole était perdue mécaniquement ; dans l'autre, l'intelligence était plus spécialement affectée.

Je m'assurai de la coïncidence de l'altération organique avec la lésion fonctionnelle. La première portait toujours sur les parties antérieures du cerveau. Dans quelques cas, les mouvements des membres étaient conservés.

Je rapprochai ces résultats, fruits de l'observation, des opinions avancées par Gall, qui plaçait également dans la partie antérieure du cerveau la faculté de la parole, la localisant toutefois dans un espace de quelques millimètres.

Les faits me semblèrent tellement probants, que je portai le défi à qui que ce fût de me montrer un sujet présentant une lésion des lobes antérieurs, et chez lequel la parole fût conservée. Les faits contradictoires que l'on voulut opposer à cette assertion ne l'infirmaient en aucune façon.

On sait que le cervelet avait été désigné par Gall comme l'organe qui présidait aux fonctions de reproduction. Malheureusement Gall ne se souciait que fort peu des recherches cliniques et anatomiques. Il procédait habituellement par affirmation, s'occupant peu d'étayer sa doctrine par des faits d'observation. Dans ce dernier cas cependant, M. Serres vint fournir plusieurs observations cliniques qui semblaient confirmer les vues de Gall sur les fonctions du cervelet. Celui-ci regarda dès lors sa théorie comme inattaquable, et critiqua amèrement les résultats des travaux de M. Flourens. Les expériences de ce dernier n'en sont pas moins décisives.

Je fus le premier à les répéter et à constater leur authenticité ; mais j'ajoutai que la faculté de coordination n'était pas tout entière dévolue au cervelet, et que les parties antérieures du cerveau y avaient également part. J'ajoutai encore que le cervelet ne présidait pas seulement à la mécanique des mouvements coordonnés, mais encore aux facultés intellectuelles qui nous rendent aptes à acquérir cette puissance de coordination, et qu'il était impossible à un sujet affecté d'une lésion cérébelleuse d'apprendre un art qui exige des mouvements coordonnés, celui de la danse, par exemple.

Ces idées nouvelles, vous le savez, furent vivement attaquées.

Nous avons en ce moment dans nos salles deux malades chez lesquels la faculté de coordination est notablement troublée. Le premier est un homme dont tous les mouvements sont conservés ; mais il est atteint d'un tremblement perpétuel qui lui permet à peine de marcher. On observe chez lui ce qu'il est facile de remarquer chez l'enfant qui commence à marcher, et qui ne conserve l'équilibre qu'à la condition de progresser. Dès qu'il veut s'arrêter, il lui est impossible de rester debout. La coordination si compliquée des actes musculaires qui produit la station est tout à fait inexécutable pour lui.

Quand il mange, il est obligé, pour porter les aliments à sa bouche, de prendre une position inclinée particulière.

L'autre malade marche d'une autre manière. Il élargit la base de sustentation en écartant les jambes. Les membres supérieurs ne présentent rien d'anormal.

Chez ces deux malades, les facultés intellectuelles, la parole, la mémoire des mots, sont parfaitement intactes.

HOTEL-DIEU. — M. Laugier.

Calcul vésical. — Lithotritie. — Guérison.

Il est toujours heureux de pouvoir inscrire les nouveaux succès de l'une des plus belles opérations de la chirurgie contemporaine, et qui, il faut le dire à l'honneur des chirurgiens, est tombée, grâce à leur zèle, dans le domaine de la pratique usuelle.

Ce nouveau cas de succès de la lithotritie nous a paru offrir de l'intérêt, à cause de la rapidité avec laquelle on est parvenu à détruire un calcul relativement volumineux, et par l'innocuité complète de l'opération chez le malade ; c'est ce qui nous engage à en donner ici un extrait.

Le nommé D..., cordonnier, âgé de quarante ans, est admis le 23 septembre dernier dans la salle Sainte-Marthe, n° 39, pour se faire traiter d'une maladie de la vessie que son médecin habituel lui avait dit être un catarrhe.

Interrogé sur ses antécédents, il raconte que jusqu'au mois de mars dernier, il avait continué à jouir de la plus parfaite santé, sans avoir jamais ressenti le moindre trouble du côté des voies urinaires. A cette époque, sensation de picotement au bout de la verge, que le malade ressentait principalement à la fin de chaque miction. L'émission de l'urine n'offrait d'ailleurs rien d'anormal ; le jet avait son calibre et sa forme habituels, et les besoins n'étaient guère plus fréquents qu'ils ne doivent l'être (trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures). Ses urines, claires avant comme après le refroidissement, n'étaient jamais teintes de sang.

Ainsi donc, jusqu'au mois de mars dernier, pas de troubles du côté des voies urinaires autres que cette sensation de picotement que le malade ressentait au bout de la verge, et dont nous avons parlé précédemment.

Au mois d'avril suivant, il commença à avoir des besoins fréquents d'uriner (dix à douze fois par jour). Des douleurs vives dans les reins se firent sentir, avec cette particularité qu'elles étaient plus fortes le malade étant couché que debout ; aussi s'est-il trouvé depuis dans la nécessité de passer des nuits entières à se promener dans sa chambre, ce qui, dit-il, le soulageait beaucoup.

A partir de la même époque, le malade a été en proie à des érections continuelles des plus pénibles. L'urine, qui jusque-là était restée claire, est devenue trouble, catarrhale, et se décomposait, par cela même, avec la plus grande facilité. En outre, les dernières gouttes sortaient parfois teintes d'une certaine quantité de sang.

Au mois de mai, le mal est allé en s'aggravant, et le jet d'urine s'est trouvé altéré lui-même en ce sens qu'il ne décrivait plus de courbe, et qu'il se trouvait arrêté tout à coup, comme si une soupape venait obstruer la lumière de l'orifice vésical.

A partir de ce moment, les symptômes précédents allèrent encore en s'aggravant, au point que le malade n'urinait plus que goutte à goutte et fort souvent (une fois toutes les cinq ou six minutes).

Les douleurs de reins devinrent insupportables ; une nouvelle souffrance s'était déclarée aux aines ; le malade était tourmenté par une constipation opiniâtre ; enfin les érections ne cessaient plus un instant. Pendant la nuit, des sueurs abondantes inondaient le corps, au point qu'il lui fallait changer quatre ou cinq fois de chemise dans le même espace de temps. Enfin, toutes les fois que le malade s'asseyait ou se levait, il éprouvait, une fois assis, la sensation d'un corps qui roulait dans sa vessie.

Tel a été l'état du malade jusqu'au moment de son entrée dans les salles. Voici maintenant ce qu'un examen direct a permis de constater :

Le malade couché horizontalement, le bassin élevé à l'aide d'un coussin conique incliné vers l'extrémité céphalique du corps, M. Laugier procéda à un cathétérisme attentif, en se servant pour cela d'une grosse sonde en argent, ce qui lui permit de reconnaître l'existence d'un calcul dans la vessie, que le médecin habituel du malade avait méconnu ; aussi croyait-il avoir affaire à un simple catarrhe de la vessie, pour lequel il avait fait usage de balsamiques sans le moindre résultat.

Après cette constatation, et prenant en considération la date récente de la maladie, le bon état général du malade, etc., M. le professeur Laugier n'hésita pas à proposer la lithotritie, dont il avait obtenu d'excellents résultats, et qui convenait admirablement dans l'espèce.

Le 29 septembre, le professeur fait donc une première séance de lithotritie de 10 minutes de durée au plus, dans laquelle il saisit et broie le calcul, qu'il trouve friable, à quatre reprises différentes, et en ayant le soin de retirer chaque fois l'instrument pour débarrasser les cuillers de la poussière qui les remplit.

La quantité de sable ainsi retiré est notable. Le malade n'a point souffert pendant l'opération et n'a pas perdu une goutte de sang. Immédiatement après l'opération, on ordonne au malade un bain d'une heure qui lui fait rendre plusieurs fragments.

Dans le courant de la journée il n'a point souffert, bien qu'il ait expulsé avec les urines plusieurs petits morceaux de calcul.

Le lendemain 30, plusieurs petits fragments sont encore rendus par les urines, et cela sans souffrance. L'état général est excellent.

Le 30 octobre, deuxième séance de 15 minutes. On broie la pierre cinq fois. La quantité de sable retirée est plus considérable que la première fois. — Bain d'une heure. Le malade rend dans le bain et dans le courant de la journée plusieurs fragments qui passent facilement.

Le 8 octobre, troisième séance de douze minutes, et des plus fructueuses ; on fait quatre broiements. Le malade a souffert, cette fois, un peu plus que d'habitude, à cause de la grande quantité de sable qui embarrassait les mors du lithotriteur, et avait rendu chaque fois sa sortie plus difficile au méat. Un bain suffit du reste pour apaiser tout cela. Durant ce jour, ainsi que le lendemain, le malade rend des morceaux dont les plus gros, du volume d'un petit pois, éprouvent de la difficulté à sortir et font souffrir le malade, qui cependant commence à uriner déjà plus facilement ; mais les urines restent encore troubles.

Le 15 octobre, quatrième séance, on broie presque entièrement un calcul ou fragment de calcul assez volumineux qu'on rencontre dans la vessie. Dans le courant de la journée et au sortir du bain, le malade rend encore assez facilement par le canal plusieurs fragments.

Le 28, cinquième séance de huit minutes. On pratique trois fois le broiement. La quantité ainsi extraite de matière calculeuse a été notable. Plusieurs gros morceaux sont rendus dans la journée. Deux jours après le malade rend, non sans de vives souffrances, un fragment aplati garni d'aspérités ayant 2 centimètres de long sur 1 de large. L'état général continue, malgré cela, d'être aussi bon que possible.

Le 29, on procède à une dernière exploration en se servant du lithotriteur et en faisant, à l'aide d'une sonde évacuatrice, une injection d'eau tiède dans la vessie, comme pour déblayer le terrain, ce qui permet de constater que toute trace de calcul a disparu. Il est même digne de remarque que le malade, qui n'a pour ainsi dire point

---

grande part dans la gloire de cette réhabilitation qui a également profité à la cause de toutes deux.

Il servait toutes les grandes causes, celle du travail avant tout : il le consacrait par son exemple, il voulut aussi le prêcher par sa parole, dans une œuvre remarquable dont la ville s'est honorée et que l'étranger a relue avec admiration. Le travail...., il n'en exempte personne, pas plus la fortune que la naissance et le génie. Le travail est la loi de la création, la condition du vrai progrès, la garantie de la vertu, la puissance vitale du siècle.

Pour lui, il est resté inébranlablement fidèle à cette règle sainte.

. . . .

Telle fut l'histoire de sa vie.

Ce travail sans relâche l'aurait-il dévoré avant le temps ? Ou bien cette vive sensibilité qui n'épuise pas le cœur, mais qui use les forces, serait-elle en effet, pour une profession qui ne soulage ceux qui souffrent qu'en souffrant avec eux, un piége permanent qui abrége tant de vies et explique tant de catastrophes prématurées, accomplies en si peu de temps ?

Je ne sais. J'ignore à quel prix Dieu fait acheter les faveurs de la science et la rançon de l'humanité soulagée ; mais si cette perspective nous attriste pour la destinée des consolateurs de l'humanité, elle ne la découragera jamais. J'en ai pour garant la magnifique parole de celui que nous pleurons et l'histoire de cette généreuse profession pour laquelle mes origines me donnent peut-être quelque droit de répondre, puisque pendant tant de générations elle a rempli et honoré la vie de mes pères..... Non, jamais le poste du devoir ne restera vide, surtout quand il sera celui du péril. Un tombe, deux lui succèdent : le dévouement sera aussi infatigable que la douleur. La science ne se laisse vaincre par rien. Elle a poursuivi elle-même les plus horribles fléaux ; elle a eu ses martyrs comme la charité, et par la charité.

La charité, d'ailleurs, devient plus ardente encore alors qu'elle s'allume à un céleste flambeau. De nos jours, plus que jamais la haute science sent le besoin de se rapprocher de Dieu. Plus elle s'élève en pénétrant le secret de ses œuvres, plus elle s'agenouille profondément devant le sublime Ouvrier. Plus elle mesure l'abîme où les fausses lueurs pourraient l'entraîner, plus elle remonte et s'élance vers cette divine lumière qui l'aide à franchir les derniers échelons en lui montrant le ciel.

Cette auréole devait guider surtout la médecine, qui étudie sans cesse le Tout-Puissant dans l'œuvre la plus parfaite de sa création. Tous nos grands médecins lui sont restés fidèles. Et, sans parler d'un passé récent encore, trois exemples mémorables ne viennent-ils pas d'éclater en six mois ? L'un avait voulu visiter Rome, et était revenu mourir dans sa terre natale, après s'être fortifié sur la terre des ineffables consolations (docteur Bracbet). Un autre a trouvé dans les aspirations célestes le courage d'épuiser le calice que la mort lui a versé goutte à goutte pendant neuf mois sans relâche et sans espérance (docteur Gensoul). Celui que nous pleurons leur a dû la force de résister à un coup de foudre. On ne puise que là une patience qu'aucune douleur ne lasse, un courage qu'aucune surprise n'abat ; et pourtant la surprise fut si douloureuse ! Que d'attaches à la vie ! l'amour de la cité, le respect de l'étranger, des amis fidèles, chaque jour un nouveau succès, tout un été épanoui de maturité, de bonheur et de gloire, florissant encore de séve et d'espérances ; les douceurs de la famille, une épouse chérie fière des enfants que Dieu lui a déjà donnés, heureuse de ses espérances nouvelles ; un berceau que le deuil environne avant qu'il soit ouvert, il a fallu quitter tout cela... Il a fallu subir le déchirement du cœur, mais le courage de la confiance. Qui dira ces héroïques et solennels adieux ? Qui pourra peindre ces scènes douloureuses et touchantes qu'on admire et qu'on déplore, qui navrent et qui consolent ? Aujourd'hui le cœur se serre quand on ose les entrevoir : l'avenir seul pourra les contempler avec sérénité.

Et moi aussi, j'avais reçu ma part dans ces séparations douloureuses. Sa bienveillance, que je trouvai toujours si délicate et si empressée pour ma solitude, m'est restée fidèle jusqu'au bout. Il a voulu me voir à son lit de douleur, aux confins des deux vies. Jamais je n'oublierai ses paroles si doucement émues de nos sympathies fraternelles, ce noble et touchant regard où la fermeté de la foi et la sensibilité du cœur semblaient vouloir nous consoler par une dernière lueur d'espérance. Avec quels tressaillements nous nous étions rattachés à ce rayon suprême ! Mais la Providence a ses impénétrables décrets. Cette vie qui pouvait être encore si longue pour le bien à faire, elle l'a jugée pleine par le bien déjà fait et mûre pour la récompense. Ce serrement de mains, si religieusement expressif, était le dernier adieu sur cette terre. Je ne devais plus lui parler qu'à travers le voile de la tombe, dans ces lieux funèbres qui oppressent l'âme par tant de lointains et de prochains souvenirs ; je ne devais plus le revoir qu'au rendez-vous des éternelles espérances !

Adieu, illustre confrère, noble ami ! Recevez les adieux de notre cité. Elle a béni vos services, elle gardera votre mémoire. Les larmes de cette jeune et belle famille n'auront pas coulé en vain sur son sein. Vos enfants lui appartiennent ; ils appartiennent à vos amis. Ceux que l'âge incline vers le passé ne pourront que leur redire votre nom et leur montrer l'avenir. La brillante jeunesse à laquelle cet avenir appartient aidera à leur frayer le chemin. Ceux que vous avez formés se consoleront de vous avoir perdu en rendant à leurs premiers pas l'appui qu'ils reçurent de votre sagesse. Mais vos fils apprendront de vous seul comment on sème sur ses pas la lumière et les bienfaits ; comment on laisse des regrets et des espérances ; comment la grandeur du caractère, de l'intelligence et de la foi, fait de la vie un exemple, de la mort un enseignement ; comment on se fait un nom dans la patrie qui nous vit naître, une place dans la patrie qui ne meurt jamais !

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

souffert dans les précédentes applications de lithotritie qui lui ont été faites, s'est trouvé très-incommodé de l'introduction de la sonde dite évacuatrice. Ceci pourrait bien tenir ici à la contractilité exagérée de la vessie, qui était telle, que dans les différentes opérations de litbotritie qui ont été pratiquées, l'urine était parfois chassée avec violence entre l'instrument litbotriteur et les parois du canal. A partir de ce moment, les urines, de glaireuses et troubles qu'elles étaient, sont devenues d'une limpidité parfaite. Le malade n'éprouve pas la moindre souffrance; ses forces renaissent rapidement, et le 6 novembre il quitte l'hôpital entièrement rétabli.

Le calcul, soumis à la savante analyse de M. Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, a été trouvé composé de phosphate ammoniaco-magnésien, de phosphate de chaux et de traces d'oxalate de la même base, bien qu'il fût très-friable, ainsi que nous l'avons fait remarquer précédemment. Le poids total des fragments montait à 22 grammes, et très-certainement on peut y ajouter comme perte 2 grammes, ce qui nous donne 24 grammes comme poids du calcul, qui a été broyé en cinq séances, et cela dans l'espace de vingt-sept jours, sans qu'aucun accident soit venu retarder un si beau succès.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 décembre 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses correspondants, M. le docteur Bonnet. Cette nouvelle est transmise au nom de la famille par M. le docteur Pomiès. Le célèbre chirurgien est mort à Lyon, le 2 décembre, des suites d'une apoplexie de la moelle épinière.

Organogénie. — Développement des dents et des mâchoires. — M. J. CLOQUET lit un rapport sur un mémoire de M. le professeur Natalis Guillot, ayant pour titre : *Recherches sur le développement des dents et des mâchoires.* (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

Production artificielle des os. — M. L. OLLIER présente un mémoire sur la production artificielle des os au moyen du déplacement et de la transplantation du périoste.

Les recherches de Duhamel, dit l'auteur, celles plus récentes de Heine et de M. Flourens, ont démontré l'importance du périoste pour la réparation et la reproduction des os. Nos propres expériences nous ont conduit à des résultats analogues, et nous avons voulu pousser plus loin la démonstration de cette vérité.

Nous avons disséqué des lambeaux de périoste, nous les avons transplantés au milieu des tissus normalement étrangers à l'ossification, et partout où nous avons pu les greffer, nous avons vu se produire et se développer des os nouveaux.

Nous avons fait trois séries d'expériences.

Dans la première série nous avons disséqué sur le tibia de longues bandelettes de périoste que nous laissions adhérentes à l'os par un pédoncule plus ou moins large. Nous les avons enroulées de différentes manières autour des muscles de la jambe, et nous avons obtenu des os circulaires, en huit de chiffre, en spirale, etc.

Dans une deuxième série, nous avons excisé le pédicule du lambeau trois et quatre jours après l'opération, et, malgré cette interruption dans sa source primitive de vascularisation, le périoste transplanté a continué de produire de l'os.

Dans une troisième série, nous avons détaché complétement le périoste de l'os au moment de l'opération et nous l'avons transplanté immédiatement dans des régions voisines ou éloignées, sous la peau de l'aine, du dos, etc., et dans ces cas-là encore nous avons obtenu des sécrétions ossifiables et un véritable tissu osseux.

Ces expériences ont été faites sur des lapins de divers âges. L'âge avancé diminue, mais ne supprime pas complétement cette propriété du périoste.

Le tissu osseux ainsi obtenu constitue de véritables os.

La structure est la même. L'élément fondamental consiste en corpuscules osseux tout à fait semblables à ceux de l'os normal.

A la périphérie, il y a une couche de substance compacte parcourue par des canaux de Havers.

A l'intérieur, se forme au bout d'un certain temps une cavité médullaire contenant une substance rougeâtre caractérisée par les éléments anatomiques que le microscope révèle dans la moelle normale.

Un ou plusieurs trous nourriciers y donnent accès aux vaisseaux.

Ce nouvel os tire son origine du blastème sous-périostal qui existe normalement sous le périoste, et qui est entraîné en partie par cette membrane lorsqu'on la détache de l'os.

Nos expériences démontrent qu'on pourra obtenir de l'os partout où l'on parviendra à greffer le périoste.

Elles prouvent qu'une membrane peut conserver ses propriétés essentielles, malgré son déplacement et sa transplantation au milieu de tissus étrangers.

Comme conséquence pratique, elles étendent le champ d'application de l'anaplastie. (Commissaires : MM. Flourens, Velpeau et Rayer.)

Polyopsie. — M. LARCHER communique une note sur un cas de polyopsie et sur un cas de rhinocéphalie.

Je désigne, dit-il, sous le nom de *polyopsie* la présence de plus de deux yeux chez un même individu, cas que je viens d'avoir occasion d'observer sur un fœtus de chat : c'est un nouvel exemple de duplicité monstrueuse ou de la fusion initiale de deux germes. La pièce que je mets sous les yeux de l'Académie offre trois yeux parfaitement distincts, et chacun d'eux logé dans sa cavité orbitaire. Un examen ultérieur apprendra dans quelles conditions se trouvent et l'encéphale et les nerfs optiques.

On observe encore sur le même sujet deux langues parallèles, séparées par un corps fibro-cartilagineux et reposant sur une seule mâchoire inférieure.

La seconde pièce anatomique sur laquelle j'appelle l'attention appartient à ma collection et a été recueillie par moi en 1827, à l'hospice de la Maternité. C'est un cas très-rare et peut-être unique de *rhinocéphalie*. Je désigne sous ce nom l'anomalie qui consiste en une saillie plus ou moins considérable du nez, sans lésion congéniale apparente de l'encéphale ou des yeux. Le vomer, grandi dans toutes ses proportions, constitue la caractéristique de cette anomalie. Tel est le relief qu'il offre en avant de la face dans la pièce dont il s'agit, qu'on serait tenté de le comparer à l'os du boutoir des pachydermes. Le vomer porte ici, avec lui et au-devant de lui, les deux os intermaxillaires avec les alvéoles des dents incisives, et il constitue en quelque sorte l'expression la plus prononcée du *lagostome* ou *bec-de-lièvre*. (Commissaires : MM. Duméril et Is. Geoffroy-Saint-Hilaire.)

Taille sous-pubienne membraneuse. — M. HEURTELOUP, à l'occasion d'une note présentée par M. Mercier le 22 novembre, soumet à l'Académie les remarques suivantes :

Je demande la permission d'opposer à cette note les trois observations suivantes :

1° Malgré ma demande itérative, on ne cite pas encore dans cette troisième note un seul cas où cette taille ait été faite avant moi. Conséquemment, on démontre forcément que cette opération m'appartient, puisque le premier je prouve que je l'ai pratiquée quatre fois.

2° L'ancien mot *lithotomie* était synonyme de *cystotomie*, puisque les *lithotomes* ont été faits pour couper les *vessies* et non les pierres. Mon opération, pour être désignée, force donc de changer également le mot *lithotomie*, puisque je ne coupe pas la vessie.

3° La phrase contenue dans la note, et que l'on dit prise dans le *Journal des Débats*, ne m'appartient pas. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe) et Civiale.)

Des maladies continues épidémiques d'Afrique et de leur traitement. — M. A. CASELLI adresse un mémoire intitulé : *Essai sur les causes, la nature et le traitement des maladies continues épidémiques de l'Algérie et sur le traitement des accès pernicieux.*

Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, a pour objet l'exposition de deux faits généraux. L'un concerne l'étiologie et l'évolution des maladies fébriles continues. Le traitement de ces fièvres et celui des accès pernicieux est le sujet de l'autre.

J'ai cherché à montrer que, depuis l'influence d'abord physiologique des causes extérieures jusqu'aux produits morbides révélés par l'inspection cadavérique, il y avait un enchaînement d'actes vitaux dont la connaissance pouvait éclairer l'histoire de ces maladies et même l'étiologie générale.

Le second objet de ce mémoire, que je considère également comme nouveau, c'est l'emploi du tartre stibié pour combattre les fièvres continues (1), et surtout l'application de cet agent au traitement des accès pernicieux. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer.)

— M. POISEUILLE communique une note ayant pour titre : *Détermination à l'aide de la fermentation de faibles quantités de glycose contenu dans des liquides de très-petit volume.*

Cette note, qui se rattache à de précédents travaux de l'auteur sur la glycogénie, déjà admis au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, est renvoyée à l'examen de la même commission.

— M. VELPEAU présente au nom de l'auteur, M. Vernhes, des additions à une précédente communication sur les rapports du croup et de la rougeole. (Commissaires précédemment nommés, MM. Andral et Rayer.)

— M. SAUZÈDE adresse de Carcassonne un mémoire sur la nature et le traitement du *choléra asiatique*.

Ce mémoire, destiné au concours pour le prix du legs Bréant, est renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.

L'Académie renvoie à la même commission un mémoire adressé de Bernwiller (Haut-Rhin) par M. PILARSKI; une note de M. GAFFNEY, envoyée de Washington, comté de Davies (État d'Indiana); enfin une note de M. MARCHAL, de Lunéville, et une de M. FROGIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er décembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. MAISONNEUVE demande la parole à propos d'un fait personnel.

Je n'ai pas, dit M. Maisonneuve, répondu à M. Chassaignac, parce que la Société a voté la clôture de la discussion, mais sans entrer à nouveau dans la question, je demande à faire une rectification sur un fait indiqué par M. Chassaignac, fait dont je conteste l'exactitude. Je n'ai jamais voulu cacher l'histoire de la pénétration du caustique dans la poitrine d'une malade que j'opérais d'un cancer du sein; car, aussi bien devant la Société que dans l'observation publiée par le *Moniteur des hôpitaux*, j'ai fait mention de cet accident.

M. CHASSAIGNAC persiste à maintenir que c'est seulement dans une séance suivante, que M. Maisonneuve a, sur l'interpellation d'un des membres de la Société, parlé de cette perforation dont il n'avait pas fait mention dans sa première communication.

Après une nouvelle dénégation de M. Maisonneuve, M. LE PRÉSIDENT propose la clôture de la discussion, qui est adoptée à l'unanimité.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le *Recueil des travaux de la Société médicale allemande de Paris*, par MM. Meding et A. Martin. Paris, 1856, in-8°.

— M. Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, adresse à la Société un exemplaire de son *Compte rendu général des services de l'hôpital Saint-André* pendant l'année 1857. Bordeaux, 1857, in-8°.

— M. MAISONNEUVE fait hommage de son *Mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation*. Paris, 1858, in-8°.

— M. Millard (Aug.), lauréat des hôpitaux de Paris, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *De la trachéotomie dans le croup*. Ce travail est destiné à concourir pour le prix Duval.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse contenant dans son centre des éléments fibro-plastiques. Mort par la généralisation de l'affection. — M. ROBERT communique une observation relative à un malade, qui, après avoir présenté une tumeur fibreuse du pied, a succombé à une généralisation de cette affection, après avoir subi l'amputation du membre malade. A l'autopsie, on a trouvé des tumeurs fibreuses dans les principaux viscères.

M. Robert considère ce fait comme un exemple de généralisation des tumeurs fibreuses.

M. Houel, après avoir examiné la tumeur, avait pensé, en raison de sa composition, que le malade pourrait guérir. J'ai, en effet, examiné la pièce fraîche. M. Verneuil l'a également analysée.

On reconnaissait manifestement que deux éléments entraient dans sa composition. La partie supérieure de la tumeur offrait exactement l'apparence des tumeurs fibreuses pures de l'utérus. La partie inférieure, au contraire, ramollie, offrait l'élément fibro-plastique. C'était donc une tumeur mixte. Ces tumeurs sont susceptibles de se généraliser. Seulement le pronostic est d'autant plus grave que l'élément fibro-plastique y est en plus grande abondance.

M. GIRALDÈS. Je voulais parler dans le même sens que M. Houel. M. Robert me paraît tirer de ce fait une conclusion inattendue, quand il le cite comme un exemple de généralisation des tumeurs fibreuses. C'est là une tumeur mixte, et sa généralisation n'a rien qui puisse étonner.

M. CLOQUET. L'observation communiquée par M. Robert me rappelle un fait qui s'est passé sous mes yeux à une époque où l'on s'occupait encore peu du microscope.

Un homme fut reçu à l'hôpital Saint-Louis pour y être traité d'une affection de la vessie. Il avait sur le corps quarante ou cinquante tumeurs fibreuses. Il succomba par suite d'accidents inflammatoires développés dans l'appareil urinaire. A l'autopsie on trouva des tumeurs fibreuses dans tous les organes; le mésentère en était rempli.

M. Cloquet pense que les tumeurs fibro-plastiques sont une variété du cancer.

M. CHASSAIGNAC. L'observation qui nous est soumise présente une véritable importance.

Il faut maintenir cliniquement la division des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs fibreuses.

On possède dès maintenant un nombre assez considérable d'observations de généralisation des tumeurs fibro-plastiques. Quant aux tumeurs fibreuses, cette généralisation est bien plus rare. Les tumeurs mixtes rentrent dans les catégories des tumeurs malignes, et l'on ne doit pas s'étonner de leur tendance à la repullulation et à l'envahissement de la constitution.

M. ROBERT. Toutes les tumeurs fibreuses contiennent les deux éléments, et suivant la prédominance du tissu fibreux ou du tissu fibro-plastique, elles prennent l'une ou l'autre de ces dénominations. Les cas de généralisation de tumeurs fibro-plastiques sont assez communs dans la science, mais il n'en est pas de même pour les tumeurs fibreuses, et c'est à ce titre que j'attache une certaine importance au fait que j'ai l'honneur de vous soumettre et que je considère comme un exemple de tumeur fibreuse généralisée.

M. RICHET. Comme plusieurs de nos collègues, je fais observer à M. Robert que sa déduction n'est pas logique, car la tumeur qu'il présente n'est pas fibreuse, mais bien fibro-plastique. J'ai enlevé une tumeur fibreuse, des os pesant 5 ou 6 livres; elle était bien ramollie au centre, mais pas de la même façon. C'était une espèce de gélatine mélangée de sérosité noirâtre, aucune trace de tissu fibro-plastique ne s'y rencontrait; la pièce est déposée au musée Dupuytren.

M. BROCA, répondant à un désir exprimé par M. Robert, donne quelques détails sur la structure des corps fibreux de l'utérus. On a cru dans l'origine que ces corps étaient composés, comme la tumeur présentée par M. Robert, d'un mélange d'éléments fibreux et d'éléments fibro-plastiques. Mais lorsque M. Kolliker eut fait connaître les cellules-fibres des muscles de la vie organique, on ne tarda pas à constater que les cellules allongées et fusiformes qu'on rencontre dans la plupart des corps fibreux de l'utérus, sont des fibres-cellules en tout semblables à celles qui rentrent dans la structure normale de la paroi musculaire de la matrice.

Ainsi donc les corps fibreux utérins ne sont pas composés, comme on aurait dû le croire d'abord, d'un mélange de tissu fibreux et de tissu fibro-plastique, mais d'un mélange de tissu fibreux et d'éléments musculaires de la vie organique. Leur structure, par conséquent, est en quelque sorte la répétition de celle de la paroi utérine. Il peut bien se faire que quelques-uns d'entre eux renferment une petite quantité d'éléments fibro-plastiques, mais ces éléments ne sont qu'adventices, et ne communiquent à la tumeur aucun des caractères chimiques des productions fibro-plastiques autogènes.

En tous cas, les corps fibreux de la matrice sont des productions accidentelles propres à l'appareil utérin, et on n'est pas autorisé à se servir de cet exemple pour éclairer l'histoire des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques proprement dites.

Malgré cette élimination d'une catégorie de corps fibreux, dont la bénignité est presque absolue, les tumeurs fibreuses proprement dites restent encore au nombre des productions accidentelles les plus inoffensives. Dans le cas actuel, la tumeur du calcanéum n'était pas exclusivement fibreuse; la présence d'une notable proportion d'éléments fibro-plastiques aggravait certainement le pronostic. Néanmoins, M. Houel a eu raison de répondre à M. Robert, après avoir examiné cette tumeur, que le malade avait de bonnes chances de guérison. Les chances étaient meilleures à coup sûr que si la masse morbide eût été cancéreuse; meilleures même que si elle eût été purement fibro-plastique; mais c'est tout ce qu'on pouvait dire, car il y avait certaine-

(1) Ce médicament était administré de la manière suivante : dans les fièvres continues, on donnait 5 décigrammes d'émétique dans un litre d'eau gommeuse à prendre dans la journée. Dans les accès pernicieux, le tartre stibié était administré à la dose de 2 décigrammes dans 60 grammes d'eau, en deux fois, à dix minutes d'intervalle. Cette potion était ordinairement répétée deux ou trois fois dans la journée, et le lendemain s'il y avait lieu. Le tartre stibié était donné dans l'accès, circonstance où le sulfate de quinine agit rarement.

ment lieu de craindre la récidive ou la généralisation, et l'expérience ne l'a que trop démontré.

Il y a une affinité incontestable entre les éléments fibreux et les éléments fibro-plastiques ; et quoiqu'on ait cru à tort que les premiers se forment *toujours* aux dépens des seconds, l'étude des formations embryonnaires et celle des formations pathologiques prouvent qu'il en est quelquefois ainsi. On peut donc s'attendre à trouver entre les tumeurs fibreuses pures et les tumeurs fibro-plastiques pures, une foule de nuances intermédiaires. Beaucoup de tumeurs, en effet, sont compliquées d'un mélange des deux tissus en proportion variable, et celle de M. Robert ren re dans cette dernière catégorie.

On remarque généralement que le pronostic de ces diverses tumeurs est d'autant plus grave que les éléments fibro-plastiques sont en plus grande quantité. Les fibro-plastiques pures sont de beaucoup les plus menaçantes ; elles infectent souvent l'économie, et on en connaît maintenant un grand nombre d'exemples. Les tumeurs fibreuses pures sont les moins dangereuses. On a même pu croire qu'elles étaient toujours locales, et cette opinion, qui était déjà classique avant l'intervention du microscope, a été d'abord acceptée par les micrographes.

Mais quelques faits parfaitement authentiques ont démontré, depuis une dizaine d'années, que les tumeurs fibreuses, quoique le plus souvent locales, peuvent quelquefois se comporter avec la même gravité que le cancer et les tumeurs fibro-plastiques. J'ai moi-même présenté à la Société, il y a quelques années, un cas de fibrômes multiples, héréditaires, et récidivant. Avant cette époque, M. Paget avait publié des cas semblables, consignés dans un chapitre de son *Traité des tumeurs*, sous le titre de *Malignæ fibrorum tumores*, ou tumeurs fibreuses malignes.

Lorsque M. Robert a terminé sa communication, j'espérais, continue M. Broca, qu'il ajouterait une conclusion à sa dernière phrase. Il nous a fait remarquer que le caractère de la généralisation dans les viscères n'appartenait pas seulement aux cancers ; que ce phénomène a été observé chez des individus atteints de tumeurs fibro-plastiques, de tumeurs épithéliales, cartilagineuses ou fibreuses, et il en a conclu que toutes ces tumeurs étaient malignes ou plutôt qu'elles *pouvaient* l'être, car c'est là sans doute l'idée qu'il a voulu exprimer. Je lui demanderai maintenant la permission de continuer et de compléter sa pensée, et de dire que le phénomène de la malignité, pouvant éventuellement se manifester dans la plupart des productions accidentelles, doit trouver sa place dans la description des tumeurs, mais ne peut servir de base à leur classification. C'est donc à tort que ce caractère est considéré par beaucoup de chirurgiens comme la pierre de touche du cancer. On a cru avoir prouvé que les tumeurs fibro-plastiques étaient cancéreuses, parce qu'elles étaient souvent malignes ; et c'est de la même manière qu'on s'y est pris pour replonger les épithéliomas parmi les cancers. Or, si ce raisonnement est bon, il faut de toute nécessité l'appliquer aussi aux tumeurs fibreuses et aux tumeurs cartilagineuses, et il en résultera que ces dernières tumeurs, quoique presque toujours bénignes, viendront se confondre dans la classe des cancers, comme aux époques antérieures à l'intervention de l'anatomie pathologique.

M. GIRALDÈS insiste également sur la confusion faite par M. Robert, qui persiste à considérer sa tumeur comme fibreuse, tandis que c'est une tumeur mixte.

LECTURE.

M. HOUEL donne lecture d'un travail sur les fractures en V.

La discussion de ce travail est renvoyée à la prochaine séance.

Communication sur l'amputation sus-malléolaire. — M. LABORIE. J'ai eu l'honneur de présenter à la Société deux moules reproduisant la forme exacte de deux moignons résultant de l'amputation sus-malléolaire.

Dans ces deux cas, l'amputation circulaire avait déterminé consécutivement des accidents tels que les malades restaient dans des conditions très fâcheuses ; la cicatrice incomplète ne pouvait se parfaire, et il en résultait une véritable impotence. J'ai protesté contre la pensée qu'on paraissait me prêter de vouloir faire repousser cette amputation. Ainsi que je l'ai dit, je pense que la sagacité des chirurgiens doit tendre à rendre l'opération meilleure ; car les résultats comparés entre l'amputation au lieu d'élection et l'amputation sus-malléolaire, sont tellement en faveur de cette dernière au point de vue de la mortalité, que l'on ne saurait hésiter dans le choix à faire.

Une occasion récente s'est offerte à moi de donner de nouveaux éléments pour aider à la solution de cette intéressante question de pratique. Deux malades sont entrés récemment à l'Asile, ayant tous deux subi l'amputation sus-malléolaire ; j'ai fait mouler leurs deux moignons, et j'ai l'honneur de vous les présenter.

Le premier malade, le nommé Guinguand, âgé de trente-sept ans, employé au chemin de fer de Lyon, est entré à l'Asile impérial le 6 septembre 1858. Dans la nuit du 9 au 10 janvier, il fut renversé par un train du chemin de fer, à trois kilomètres de Fontainebleau. On le retrouva une heure après sans connaissance. Il présentait plusieurs fractures et un tel écrasement du pied droit, que notre habile confrère M. Leblanc dut pratiquer l'amputation de la jambe à dix centimètres au-dessus de l'extrémité de la malléole interne.

Les suites de l'opération furent heureuses ; il sortit quelques esquilles, et quatre mois après la cicatrisation était complète. Le malade fut dirigé sur l'Asile impérial pour s'y rétablir complétement.

Etat du moignon le 6 septembre. — 1° Amaigrissement excessif de la jambe, qui, au niveau du mollet, offre avec le membre sain une différence de plus de cinq centimètres.

2° L'extrémité du moignon présente une cicatrice dans les conditions suivantes :

Elle est presque pelliculaire, adhérente sur les deux extrémités osseuses, qui font une saillie tellement marquée que le moignon offre une forme bifurquée ; le tissu cicatriciel se continue en arrière sur une assez grande étendue, exerce sa puissance rétractile et refoule les tissus dans l'espace inter-osseux, produisant ainsi cette bifurcation que je signale. Une sensibilité très-vive, surtout sur l'extrémité du péroné, rend la moindre pression insupportable. Il est presque certain que le malade en sera réduit à marcher en se servant d'un pilon ordinaire, sur lequel il s'appuiera à l'aide du genou.

Dans ce cas, l'amputation, parfaitement bien faite, a été pratiquée, par force majeure sans doute, suivant la méthode circulaire.

Le second malade, le nommé Tanscrain, âgé de cinquante-cinq ans, est entré à l'Asile le 26 novembre 1858. Il a été amputé le 26 juillet dernier, à l'hôpital Lariboisière, par M. Voillemier. Cet homme était affecté de tumeur blanche suppurée du pied gauche existant depuis trois ans.

Comme dans le cas précédent, l'amputation fut faite à 10 centimètres au-dessus de l'extrémité de la malléole interne. Un large lambeau postérieur, comprenant dans son épaisseur le tendon d'Achille, a recouvert la plaie. Cinq semaines après, la cicatrice était complète.

Il est impossible de voir un résultat plus parfait ; le lambeau, épais, consistant, matelasse la partie inférieure du membre. La cicatrice, presque linéaire, occupe les deux tiers de la circonférence du membre en avant et latéralement. Elle se maintient et se maintiendra parfaite, car pendant la marche, loin d'être tiraillée, la pression exercée sur le lambeau en rapproche encore les lèvres.

Ce très-beau résultat démontre la supériorité incontestable de l'amputation à lambeau. Je pense que l'on devra appliquer aux amputations de l'extrémité inférieure de la jambe ce que M. Vanzetti conseille pour les amputations de l'extrémité de l'avant-bras. Cet habile chirurgien, dans une récente communication, nous a montré les résultats avantageux obtenus non-seulement dans les désarticulations du poignet, mais encore dans l'amputation à la partie inférieure du membre par l'application d'un large lambeau emprunté à la paume de la main. Le moignon ainsi constitué présente une surface large et résistante, dont le malade peut se servir avec grand avantage. En appliquant à l'amputation sus-malléolaire le même précepte, on obtiendra les mêmes avantages.

M. LARREY renouvelle la proposition qu'il a déjà faite : il désire que toutes les observations d'amputation sus-malléolaire soient relevées avec le plus grand soin pour permettre de juger définitivement cette opération.

M. LABORIE s'engage à réunir tous les faits qui se présenteront à son observation, et quand leur nombre sera suffisant pour aider à la solution de cette intéressante question de médecine opératoire, il fera hommage à la Société des observations qu'il aura recueillies, en y joignant les moules des membres amputés.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kyste développé sur le testicule. — M. CHASSAIGNAC. J'ai reçu dans mon service un malade qui, à la suite d'une chute sur la tête, a offert une gangrène du cerveau.

A l'autopsie, nous avons trouvé sur un testicule une tumeur liquide enkystée entourant la demi-circonférence de cet organe ; elle le coiffe comme le fait l'épididyme.

Le liquide contenu est entièrement spermatique. Il a été analysé par M. Robin.

M. GOSSELIN a vu et décrit un certain nombre de ces kystes. La forme oblongue de celui-ci est insolite. Dans ces tumeurs, on trouve généralement des zoospermes, ce que j'attribue à l'existence, soit encore perceptible, soit ancienne et détruite depuis, d'une communication avec les conduits séminifères.

M. BROCA n'accepte pas pour tous les cas l'explication de M. Gosselin sur la cause de la présence des zoospermes dans ces kystes. Ainsi j'ai trouvé de ces animalcules dans un kyste développé loin du testicule sur le trajet du cordon. Il y aurait dans ces cas une espèce de déplacement de la sécrétion.

Sur le même malade, qui portait cette tumeur, existait une fracture du bras.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que la forme de cette fracture présente des dentelures très-marquées.

M. GOSSELIN, à ce propos, insiste sur les nombreuses variétés de fractures qui se découvrent chaque jour, et sur la rareté des solutions osseuses telles qu'elles sont décrites dans les auteurs classiques.

Rétrécissement de la trachée-artère donnant lieu à des symptômes qui firent croire à un œdème de la glotte. — Trachéotomie. — Mort. — M. DEMARQUAY. Je soumets à l'examen des membres de la Société les organes respiratoires d'un homme âgé de trente et quelques années, sur lequel j'ai dû pratiquer il y a peu de jours la trachéotomie, pour remédier à une asphyxie imminente. Cet homme, fort, vigoureux, était entré dans le service de M. Vigla, pour se faire traiter d'une syphilis constitutionnelle grave, qui avait amené une perforation de la voûte palatine. A son entrée, on avait diagnostiqué une laryngite syphilitique. Déjà il existait de l'oppression, et tout faisait craindre la nécessité prochaine de recourir à la trachéotomie. Jeudi soir, c'est-à-dire il y a six jours, je fus appelé près de ce malade, que je trouvai dans un état très-grave : le pouls était petit, dépressible ; les extrémités froides ; la respiration rapide, une inspiration bruyante. Les traits étaient profondément altérés, on crut à un œdème de la glotte. Je me mis en mesure de pratiquer la trachéotomie. L'opération fut faite lentement ; il s'écoula fort peu de sang. Je mis une grosse canule dans la trachée-artère. A peine l'opération était-elle terminée que le malade fut pris d'une syncope qui dura plus de 10 minutes. Quand elle eut cessé, la respiration ne se faisait pas mieux. Je changeai la canule et j'en introduisis une plus grosse sans avantage pour le patient, pensant que du sang s'était accumulé dans les bronches. Je stimulai les voies respiratoires, j'aspirai avec la bouche sur la canule et à l'aide d'une sonde introduite profondément dans les voies respiratoires, sans modifier en rien l'état du malade.

Je dus m'éloigner après une heure et demie de recherches, bien convaincu que mon opéré ne tarderait pas à succomber. C'est ce qui arriva en effet.

A l'autopsie, que je fis avec soin, je constatai que mon opération n'avait intéressé aucun organe important ; que le larynx était sain, et que la cause de la suffocation avait son siége à la partie inférieure de la trachée. Dans ce point, en effet, on trouvait un rétrécissement considérable amené par la rétraction du tissu cicatriciel, qui avait succédé à la guérison des ulcérations que le malade portait à la partie supérieure de la trachée, c'est-à-dire à deux ou trois centimètres de la bifurcation des bronches.

La trachée, dans ce point, donnait à peine passage à une sonde d'un moyen calibre. Toute la trachée, dans ce point et surtout à droite était très-adhérente au tissu cellulaire environnant ; les ganglions lymphatiques voisins étaient durs, hypertrophiés. En un mot, dans ce point, le tissu cellulaire avait perdu de sa souplesse par le fait de l'inflammation, et la trachée elle-même était comme enchaînée dans cette masse, ce qui m'explique un phénomène qui m'a frappé pendant l'opération, je veux parler de l'immobilité de cet organe pendant les grands efforts d'inspiration. Cela se voyait très-bien pendant l'opération. Les bronches, au-dessous du rétrécissement, étaient très-dilatées ; leurs fibres musculaires étaient devenues très-apparentes.

Ce fait m'a paru intéressant, d'abord parce qu'il établit que la syphilis peut avoir son siége jusque dans la trachée-artère, que les accidents résultant de cette maladie sont toujours fort graves, et que jusqu'à ce jour la symptomatologie manque entièrement pour établir un diagnostic précis.

M. CHASSAIGNAC rapporte un fait analogue. Il a opéré à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Moissenet, une femme qui offrait les mêmes symptômes. Elle avait eu des accidents syphilitiques ; elle succomba, et à l'autopsie on reconnut exactement au même point un rétrécissement de la trachée.

M. BROCA. Lors de mon internat à l'Hôtel Dieu, je pratiquai, requis par M. Jadioux, ma première opération de trachéotomie. Le malade était considéré par ce médecin comme affecté d'œdème de la glotte. Pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu, après avoir fait l'opération, malgré l'introduction d'une large canule, le malade restait dans le même état de suffocation. Une sonde, poussée dans la trachée par la canule, pénétra assez avant et permit au malade de respirer un peu plus librement ; mais après quelques jours il succomba. A l'autopsie on trouva la trachée comprimée par un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Nos lecteurs ont sans doute entendu parler du procès intenté par douze médecins homœopathes à MM. les docteurs Gallard, auteur d'un article sur l'homœopathie inséré dans l'*Union médicale*, Am. Latour, rédacteur en chef, et Richelot, gérant de ce journal.

Le tribunal civil, première chambre, sous la présidence de M. Benoît-Champy, a rendu, dans l'audience du 11 décembre courant, le jugement dont la teneur suit :

« Le Tribunal, etc.,

» En ce qui touche Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*,

» Attendu qu'il y a désistement des demandeurs à son égard, le met hors de cause et les condamne envers lui aux dépens ;

» En ce qui concerne Richelot, gérant dudit journal, et Gallard, auteur de l'article incriminé ;

» Attendu qu'aucun des demandeurs n'est nommé ni même désigné dans ledit article ; que si, parfois, l'outrage adressé à une généralité de personnes nettement classée et définie par la loi ou par des marques certaines, peut donner ouverture à une action civile individuelle, il n'en saurait être de même de l'attaque dirigée contre un simple système, notamment contre une méthode médicale quelconque, soit homœopathique, soit allopathique, et contre ceux qui le pratiqueraient, toute indication de personnes étant évitée ;

» Qu'en effet, en un tel cas, la qualité de celui qui déclare prendre pour lui l'offense comme partisan plus ou moins absolu des idées soit nouvelles, soit anciennes, échappe à toute définition sûrement circonscrite et à toute vérification admissible et concluante ;

» Attendu que l'introduction au débat oral d'un fait spécial à Love, l'un des demandeurs, doit, d'après les circonstances qui l'ont amenée et accompagnée, rester étrangère à la solution du procès, et qu'il n'y a pas lieu d'en donner acte, comme Pétroz et consorts le demandent par leurs conclusions ;

» Attendu, d'ailleurs, qu'abstraction faite de la question scientifique, que le Tribunal n'a point à apprécier, l'article de Gallard, s'il renferme plusieurs phrases regrettables, n'a fait, dans celle qui paraît aux yeux des demandeurs contenir la plus grave offense, qu'en retourner une du livre dont il rendait compte,

» Que la portée en est même atténuée par une option qui, pour être désobligeante, enlève néanmoins à la pensée de l'auteur le caractère véritable d'outrage ; que, dans tous les cas, il n'y aurait aucun préjudice justifié ;

» Par ces motifs,

» Déclare Pétroz et consorts non recevables dans leur demande principale en dommages-intérêts, et conséquemment dans leurs conclusions incidentes, à fin de suppression du mémoire distribué et d'insertion dans l'*Union Médicale* d'une rétractation ;

» Condamne tous les demandeurs aux dépens envers Richelot et Gallard. »

Ce jugement sera accueilli avec satisfaction par l'immense majorité des membres du corps médical, et pour notre compte nous félicitons sincèrement de cette issue nos confrères de l'*Union médicale* qui ont soutenu avec autant de courage que de talent les droits de la critique médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

C'est aujourd'hui mardi que l'Académie tient sa séance
Elle entendra, outre le rapport sur les prix, un travail sur la folie transitoire homicide, par M. Devergie, et l'éloge de M. Gueneau de Mussy, par son secrétaire perpétuel.

Par décret du 7 décembre, M. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris, délégué dans les fonctions d'inspecteur général, vient d'être nommé inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, en remplacement de M. Bérard, qui est nommé inspecteur général honoraire.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 147. — JEUDI 16 DÉCEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 147. — JEUDI 16 DÉCEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un au 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance annuelle de l'Académie de médecine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance publique annuelle du 14 décembre. — Prix décernés. — Eloge de M. Guéneau de Mussy. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 15 DÉCEMBRE 1858.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

L'Académie a tenu hier sa séance publique annuelle. L'ordre du jour se composait d'une lecture de M. Devergie, sur la *Folie transitoire homicide*; de l'éloge de M. Guéneau de Mussy par M. Frédéric Dubois, de la proclamation des prix, et de la lecture du programme des prix à décerner pour l'année prochaine.

L'éloge de M. Guéneau de Mussy a fourni à M. Dubois l'occasion de répondre à quelques observations critiques dont quelques-uns de ses éloges précédents ont été l'objet.

« Peut-être m'est-il arrivé, dit l'honorable secrétaire perpétuel, de faire naître dans vos esprits un peu d'appréhension, lorsque, ayant à parler de quelques grandes réputations médicales, j'annonçais que j'allais dire la vérité, la vérité tout entière. » On peut se rappeler si ces appréhensions étaient fondées. « Mais cette fois, a-t-il ajouté, c'est un sentiment de satisfaction que je vais exciter en vous, quand je dirai que c'est encore la vérité, et la vérité tout entière que je vais mettre sous vos yeux. » Et l'assemblée a immédiatement témoigné toute sa sécurité à cet égard en accueillant ces paroles par des applaudissements. C'est qu'en effet si la carrière de M. Guéneau de Mussy n'offrait point à son panégyriste ces titres éclatants qui, par cela même qu'ils commandent l'admiration, appellent souvent aussi la critique, du moins elle lui a fourni l'un des types les plus parfaits et les plus accomplis de la probité et de la dignité médicales unies à un profond savoir, à une intelligence sûre et droite, et aux plus aimables qualités de l'esprit et du cœur. Aussi M. Dubois est-il certain de ne pas trouver cette fois de contradicteurs; nous sommes heureux, pour notre part, de joindre nos applaudissements à ceux qui ont accueilli ce portrait sans tache, qui nous a rappelé à tous le plus pur modèle de la distinction professionnelle.

La lecture de M. Devergie a eu pour sujet une des questions médico-légales les plus ardues et les plus délicates que les médecins puissent être appelés à traiter devant les tribunaux. On sait avec quelles difficultés déjà les médecins aliénistes sont parvenus à faire accepter par la magistrature la doctrine de la monomanie homicide. Que serait-ce pour faire admettre que la même immunité, qui est accordée à la monomanie, est également due à ces aberrations passagères qui n'ont ni antécédents ni suites, et que l'on désigne en médecine mentale sous le nom de folie transitoire? Et cependant après qu'on a lu les faits cités par M. Devergie, il est impossible de ne pas reconnaître la justesse et le bien fondé des prétentions qu'il formule, au nom de l'humanité, en faveur des malheureux atteints de cette forme d'aliénation. Ce n'est pas d'ailleurs le moment de discuter ici cette doctrine. Nous mettrons dans le numéro prochain la savante dissertation de M. Devergie sous les yeux de nos lecteurs, qui l'apprécieront eux-mêmes. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 14 décembre 1858. (Présidence de M. LAUGIER.)

Sur la folie transitoire homicide. — M. DEVERGIE lit sous ce titre un travail que nous publierons dans le prochain numéro.

— M. LE PRÉSIDENT lit le programme des prix décernés pour 1858, et des prix proposés pour les années suivantes :

PRIX DE 1858.

Prix de l'Académie. — « Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Ce prix n'est point décerné.

L'Académie décide que la question ne sera pas remise au concours.

Prix Portal. — « De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. »

Ce prix, de la valeur de 600 fr., est décerné à M. le docteur Louis Bauchet, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur L. E. Parmentier, ancien interne des hôpitaux.

Prix Capuron. — « De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. »

Ce prix n'est point décerné.

La question ne sera pas mise de nouveau au concours.

Prix Bernard de Civrieux. — « Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite.

Ce prix n'est point décerné.

La question ne sera plus proposée.

Prix Itard. — Ce prix, de la valeur de 3,000 fr., est décerné à M. le docteur Duchenne (de Boulogne) pour son *Traité de l'électrisation localisée.*

Une somme de 500 fr., prélevée sur la valeur du prix, est accordée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Foucart, pour son *Traité de la suette miliaire.*

Prix Barbier. — Sur ce prix, de la valeur de 2,000 fr., l'Académie accorde : 1° une somme de 1,500 fr., à titre d'encouragement, à M. le docteur Boinet, pour son *Traité de l'iodothérapie;* 2° une mention honorable à M. le docteur A. Liégard (de Caen), pour son travail intitulé *Quelques sujets de médecine et de chirurgie pratiques.*

Prix d'Argenteuil. — La valeur de ce prix, de 12,000 fr., est partagée comme il suit :

1° A titre de récompenses : 4,000 fr. à M. le docteur Mercier; 3,000 fr. à M. le docteur Gaillard (de Poitiers), et 2,000 fr. à M. le docteur Desormeaux.

2° A titre d'encouragement : 1,000 fr. à M. Marquez (de Colmar); 1,000 fr. à M. le docteur Arnolt (de Londres); 1,000 fr. à M. Charrière père, fabricant d'instruments de chirurgie.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de 1856. — 1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre MM. Levieux, secrétaire général du conseil d'hygiène de la Gironde; Vy (Alfred), médecin à Elbeuf (Seine-Inférieure); Millon, médecin à Revel (Tarn).

2° Des médailles d'or sont accordées à MM. Larroque, médecin à Masseube (Gers); Ricard, médecin à Angoulême (Charente); Poulet, médecin à Planchet-les-Mines (Haute-Saône); Laforêt, médecin à Lavit (Tarn-et-Garonne).

3° Cent médailles d'argent sont accordées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — 1° Des médailles d'argent sont accordées à MM. Crié, médecin des épidémies à Laval (Mayenne); Piedvache, médecin des épidémies à Dinan (Côtes-du-Nord); Guipon, médecin des épidémies à Laon (Aisne); Bordes, médecin des épidémies à Beauvais (Oise); Déhée, médecin des épidémies à Arras (Pas-de-Calais); Lacaze, médecin des épidémies à Mongeron (Seine-et-Oise).

2° Des médailles de bronze sont accordées à MM. Le Bêle, médecin des épidémies au Mans (Sarthe); Mavel, à Ambert (Puy-de-Dôme), Fouquet, médecin des épidémies à Vannes (Morbihan).

3° Des mentions honorables à MM. Reignier, médecin des épidémies à Thionville (Moselle); Fourrier, médecin des épidémies à Serronville (Moselle).

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — 1° Des médailles d'argent à MM. Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal de Vichy; Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains; Henry fils et Humbert de Paris; Charmasson de Puy-Laval, inspecteur adjoint des eaux de Saint-Sauveur; Regnault, inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault; Sales Girons, inspecteur de Pierrefonds; M. Willemin, inspecteur adjoint des eaux de Vichy.

2° Des médailles de bronze à MM. Arrat-Balous, inspecteur à Saint-Loubour et d'Esperons; Auphan, inspecteur d'Euzet; Rérolle, inspecteur adjoint à Bourbon-Lancy; Millet (Xavier), inspecteur à Montmirail (Vaucluse).

3° Des mentions honorables à MM. Blouquier, inspecteur à Fonsanche; Jaubert, inspecteur à Gréoulx; Lafon, inspecteur à Trébas; Mattet, inspecteur à Castera-Verduzan; Silve, inspecteur à Digne.

(Nous publierons dans le numéro prochain le programme des prix proposés pour les années 1859 et 1860.)

Éloge de M. Guéneau de Mussy. — M. DUBOIS (Frédéric) lit l'éloge suivant :

Messieurs,

Vicq d'Azyr a dit quelque part que l'examen des grandes réputations et de leurs causes serait une recherche curieuse et utile. » Tel » fleuve, dit-il, roule avec fracas des eaux impures, un autres 'enor-» gueillit de celles qui lui sont étrangères; voilà l'emblème des réputa-» tions usurpées. »

Pour notre part, Messieurs, et nous nous devons nous en féliciter, nous n'avons jamais eu à nous occuper de ces fausses et mensongères réputations; si parfois, tout en mesurant notre langage, nous avons dû mêler quelques critiques à nos louanges et montrer quelque sévérité, nous avons la conscience de l'avoir fait avec une équité et une modération qui ont rassuré tous les cœurs droits et honnêtes.

Mais il est une étude plus douce et plus consolante, c'est celle qui consiste à rechercher l'origine et les causes de ces modestes et paisibles réputations que personne n'oserait contester, qui demeurent pures et intactes au milieu des intérêts et des passions du monde, et dont Vicq d'Azyr aurait pu trouver l'emblème dans cette Aréthuse aux ondes fortunées :

> Ce cristal toujours pur et ces flots toujours clairs,
> Que jamais ne corrompt l'amertume des mers.

Etude attrayante, pleine de charmes, qui vous sourit sans doute, Messieurs, et dont je vais trouver tout un chapitre dans la vie de M. Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de cette Académie, et pendant plusieurs années directeur de l'Ecole normale.

La vie de M. Guéneau de Mussy a été celle d'un sage, exemplaire, pieuse et honnête; étranger à toute espèce d'ambition, dédaignant le bruit et l'éclat, il a porté dans le monde les habitudes d'un de ces graves solitaires de Port-Royal, dont il partageait les rigides croyances, les pratiques austères et les sentiments élevés.

Historien de cette noble vie, je n'aurai donc rien à retrancher, rien à excuser, rien à dissimuler; et voyez, Messieurs, quel est ici le privilége d'une si haute vertu : peut-être m'est-il arrivé de faire naître dans vos esprits un peu d'appréhension, lorsque, ayant à parler de quelques grandes réputations médicales, j'annonçais que j'allais dire la vérité, la vérité tout entière; cette fois, j'en ai la conviction, c'est un sentiment de satisfaction que je vais exciter en vous quand je dirai que c'est encore la vérité, et la vérité tout entière que je vais mettre sous vos yeux. (Applaudissements.)

C'est que dire la vérité sur M. Guéneau de Mussy, c'est raconter de belles actions et faire connaître un noble caractère; c'est montrer la douceur unie à la fermeté, le savoir à la modestie, la patience au courage; c'est dire enfin, qu'à toutes les époques de sa vie, M. Guéneau de Mussy a su donner le rare exemple du mépris des richesses, de la constance dans l'adversité et du plus inflexible attachement à ses devoirs de sage médecin, d'homme probe et consciencieux.

François Guéneau de Mussy naquit le 11 juin 1774, à Semur en Auxois, sur les confins du Morvan; son père était, comme on le disait alors, un gentilhomme terrien, seigneur de Mussy-Lafosse, petit village situé sur une de ces stations du vainqueur des Gaules, qu'on désigne partout sous le nom de *camps de César.*

Mais le jeune Guéneau avait déjà dans sa famille une autre noblesse accessible à tous, et qui devait bien autrement l'obliger, c'était cette part de gloire qui, tout en s'effaçant dans une plus grande, n'en avait pas moins illustré l'un de ses oncles, Guéneau de Monthéliard, ce dévoué collaborateur que Buffon appelle partout l'un des meilleurs écrivains de son siècle.

L'intention du père de M. Guéneau de Mussy n'était cependant pas de faire tout d'abord de son fils un savant; il voulait avant tout lui inspirer le goût des lettres, et pour cela lui faire parcourir le cercle entier des humanités. Deux grandes congrégations s'étaient, en d'autres temps, disputé l'enseignement de la jeunesse : la compagnie de Jésus et l'Oratoire. La première avait jeté un plus vif éclat; presque tous les hommes de lettres de l'époque, sans en excepter les philosophes, étaient sortis de son sein : elle façonnait les hommes au commerce du monde, elle les poussait et les soutenait dans toutes les carrières. L'Oratoire subsistait encore; son enseignement était grave, austère, et néanmoins libéral; il fortifiait les âmes et les préparait aux luttes de la vie. Ce fut chez les Oratoriens de Lyon que fut envoyé le jeune Guéneau de Mussy; il y trouva, parmi ses condisciples, des jeunes gens qui devinrent plus tard des hommes considérables : Camille Jordan, les frères Perrier, Ampère, de Gérando et Royer-Collard, le futur médecin; de là naquirent quelques-unes de ces longues amitiés que sut éprouver et inspirer M. Guéneau de Mussy.

C'est chose méritoire assurément, Messieurs, que d'avoir su reprendre une éducation première qui n'a pas été faite en son temps, et l'on doit admirer ceux qui ont eu ce courage, mais c'est un malheur dont il faut les plaindre, car il est irréparable. Ce premier défrichement de l'intelligence ne peut être ajourné, et c'est en vain que des hommes de génie ont cherché, par des études opiniâtres mais tardives, à combler cette lacune de l'esprit; tous sont demeurés incomplets.

Nous nous empresserons donc, nous aussi, Messieurs, de féliciter le ministre sage et prudent qui ne veut plus que le futur médecin soit arrêté dans le cours de ses humanités, ou qu'une main imprévoyante le pousse dans une voie d'abaissement et de regrets; et ici, nous associant à une voix connue de nous tous, et si justement applaudie dans une autre enceinte, nous dirons : Honneur à nos deux Facultés de Paris et de Montpellier! honneur à ces gardiennes vigilantes des saines traditions, qui, après avoir courageusement protesté contre une mesure hu-

miliante, ont enfin obtenu qu'on nous restituât dans son entier ce noble enseignement littéraire ! (Vifs applaudissements.)

Heureux du moins en cela, M. Guéneau de Mussy put donner toute sa jeunesse à ces belles études, et pour les couronner dignement, il obtint à la fin de son année de rhétorique tous les premiers prix, à l'exception de celui de composition française, qui fut décerné à Camille Jordan.

L'avenir se présentait alors au jeune Guéneau sous les couleurs les plus brillantes, et le moment allait arriver pour lui d'entrer dans une carrière ; le choix, il est vrai, était un peu restreint, mais la révolution ne lui laissa pas même le temps de se décider ; elle vint tout à coup apporter la ruine et le deuil dans sa famille. Appelé précipitamment à Semur par la nouvelle de la maladie de son père, il arriva à temps pour lui fermer les yeux et pour prêter quelque appui à sa mère qui venait d'être emprisonnée ; mais bientôt lui-même, suspect d'aristocratie, fut obligé de se réfugier à Paris, et d'y cacher sa vie chez un brave artisan jusqu'au 9 thermidor.

La France avait complétement changé de face et s'était donné de nouvelles institutions, mais la carrière des armes savantes pouvait encore s'ouvrir pour M. Guéneau de Mussy ; l'Ecole polytechnique venait d'être instituée. M. Guéneau de Mussy avait fait succéder à ses études littéraires des études approfondies dans les sciences mathématiques, put se présenter avec succès aux examens ; le 16 frimaire an IV, lui et son jeune frère Philibert furent admis d'emblée au nombre des élèves.

Le sort de M. Guéneau de Mussy paraissait de nouveau se fixer, lorsque, dans le cours de l'année suivante, en l'an V, parut un arrêté du Directoire qui enjoignait, non-seulement aux fonctionnaires et aux professeurs de l'Ecole, mais encore aux élèves, d'avoir à prêter le serment de *haine à la royauté*, exigence inique et absurde qui portait non sur des actes dont on devait s'abstenir, mais sur des sentiments qu'on était tenu d'éprouver.

Des amis timides et alarmés engageaient M. Guéneau de Mussy à ne pas attirer par un refus de nouvelles persécutions sur sa famille, mais M. Guéneau de Mussy était déjà décidé à tout braver pour la justice et pour la vérité; il refusa de prêter le serment qui lui était demandé. Son frère et cinq de ses camarades s'associèrent à son refus; les mesures de rigueur ne se firent pas attendre. Le 18 pluviôse, il reçut une lettre qui lui notifiait son exclusion de l'École comme indigne de l'éducation républicaine. avec menace de poursuites s'il ne renvoyait sur-le-champ son brevet d'admission.

Il est des hommes que l'adversité fortifie et qu'elle remplit de courage. M. Guéneau était de ce nombre. Obligé de renoncer à toute espèce d'emploi public, il tourna ses idées vers une carrière essentiellement libérale, tout à fait indépendante, qui allait lui permettre de satisfaire son goût pour les sciences et en même temps de montrer tout son dévouement pour l'humanité; je viens de désigner la carrière médicale. Une fois ce parti pris, M. Guéneau apporta dans ses nouvelles études une ardeur et une contention telles que sa santé, naturellement délicate, fut bientôt sérieusement altérée ; ce fut M. Hallé qui lui donna des soins, de là une vive et tendre amitié que devait resserrer plus tard une alliance entre les deux familles.

M. Guéneau soutint sa thèse pour le doctorat en 1803, et peu de temps après il débutait dans la pratique par les modestes fonctions de médecin des indigents de la division du Luxembourg et du cinquième dispensaire. C'était entrer en plein dans l'exercice de cette charité qui était pour lui la première des trois grandes vertus; aussi M. de Champagny, ministre de l'intérieur, informé du zèle qu'il apportait dans ces humbles fonctions, lui adressa par écrit des félicitations, le priant en même temps de se charger, sans en rendre compte, de distribuer aux pauvres qui n'osaient pas se faire classer parmi les indigents les secours dont le ministère pouvait disposer.

M. Guéneau menait déjà cette vie paisible et retirée que nous lu avons tous connue ; il avait retrouvé la plupart de ses amis de collége, et il en avait acquis d'autres, attirés par une étroite conformité de goûts et de principes; parmi eux nous devons citer le vertueux Mathieu de Montmorency, le savant Héricart de Thury, les frères Rendu, si honorés dans la magistrature et dans l'instruction publique; M. Jomard, déjà célèbre par ses voyages et par ses travaux, et plus tard, la plus grande illustration de l'époque, Châteaubriand.

Il faut dire cependant que cette vie de Paris, à part les pauvres qui lui inspiraient tant d'intérêt, et ces amitiés qui lui étaient si chères, n'avait que peu d'attraits pour M. Guéneau de Mussy. Ce fut donc sans regrets qu'il se vit appelé et retenu en Bourgogne par des affaires de famille; il était allé s'établir provisoirement dans un village du département de Saône-et-Loire, où il avait une petite propriété qui réclamait sa présence. Séduit par les charmes de cette solitude et par l'idée d'être utile aux pauvres gens, qui de toutes parts venaient le consulter, il eut très-sérieusement le dessein de se faire médecin de village. C'était le rêve d'une belle âme, et ce rêve il voulait à toute force le réaliser. Mais dès que cette résolution fut connue, elle jeta l'alarme chez ses amis de Paris ; ils l'attaquèrent tous à la fois par toutes sortes de raisons. Ceux qui le connaissaient le mieux s'adressaient à son cœur et lui reprochaient de faire bon marché d'affections aussi dévouées; ceux qui le connaissaient moins s'adressaient à son amour-propre et lui demandaient si c'était pour finir ainsi qu'il avait fait des études si variées et si approfondies; d'autres enfin, et ceux-ci ne le connaissaient pas du tout, s'adressaient à ses intérêts : ils lui firent offrir une position fixe par M. de Champagny, ministre de l'intérieur. Sa résolution cependant paraissait inébranlable, lorsqu'il s'engagea dans de nouveaux liens : il venait de trouver, dans une nièce du célèbre avocat Bergasse, la femme sainte et forte qui, disait-il plus tard, n'avait eu qu'une imperfection, l'excès du dévouement et de l'abnégation. Cette union l'avait ramené dans la ville de Châlons, où il se mit à exercer la médecine avec une grande distinction. Toutefois ses amis ne l'avaient pas perdu de vue, et quand M. Hallé, en 1814, eut à organiser le service médical de la maison de Monsieur, depuis Charles X, son premier soin fut de faire nommer M. Guéneau médecin ordinaire de ce prince et presque en même temps il l'introduisait en la même qualité dans la maison de la duchesse de Bourbon.

On avait en outre fait savoir à M. Guéneau de Mussy qu'on allait apporter des améliorations importantes dans le régime des prisons, et qu'on comptait sur lui pour en inspecter le service sanitaire.

M. Guéneau comprit qu'il ne lui était plus permis de résister au vœu de ses amis ; il revint donc et pour toujours à Paris.

Il n'y était pas cependant depuis longtemps, lorsque, sans l'avoir prévu ni désiré, il se trouva comme jeté dans une voie qui allait, il est vrai, le ramener aux fortes études de sa jeunesse, mais qui devait forcément l'écarter de la profession médicale.

Un des plus grands esprits dont la France puisse s'honorer dirigeait alors l'Université en qualité de président de la commission de l'instruction publique, c'était M. Royer-Collard, qui, de longue date, connaissait M. Guéneau de Mussy et savait l'apprécier. La place de directeur de l'Ecole normale étant devenue vacante, il le proposa à la commission, et le 23 septembre 1815, il lui notifiait officiellement sa nomination.

C'était sans doute quelque chose de nouveau que de voir un médecin placé à la tête d'une institution où l'on enseignait à peu près tout excepté la médecine; mais à moins que cette qualité ne fût un titre d'exclusion, M. Guéneau de Mussy offrait toutes les garanties que pouvait exiger cette haute position. Imbu des meilleures traditions littéraires, il possédait les connaissances les plus vastes et les plus variées, et à ces connaissances il joignait le goût le plus sûr et le plus délicat. Ajoutez qu'ancien élève de l'Oratoire, M. Guéneau était essentiellement ami de la règle et d'une sage discipline, et que l'Université était pour lui comme une réunion de famille; il y retrouvait en effet de nombreux amis, de proches parents, deux frères surtout, dont l'un à côté de lui, membre de la commission de l'instruction publique, et plus tard conseiller de l'Université.

Tous les hommes éminents sortis de cette Ecole se plaisent encore aujourd'hui à rendre hommage à la direction toute paternelle de ce chef tendrement aimé ; sa sollicitude embrassait tout; on assure que plus d'une fois il lui est arrivé de suppléer de lui-même des professeurs absents pour que les cours ne fussent pas interrompus. Le temps que lui laissaient les soins de l'École, il le consacrait à d'autres institutions qui se rattachaient encore à l'éducation et à l'instruction de la jeunesse, telles que la société pour l'instruction élémentaire, et la commission des colléges royaux.

Cette vie si sagement et si fructueusement remplie ne dura que sept années. Qui aurait pu prévoir qu'au milieu d'une sécurité profonde, et quand chacun s'applaudissait de la bonne direction imprimée aux études, un acte d'une brutalité inouïe allait tout à coup frapper, et le directeur, et les professeurs, et les élèves? Le 6 septembre 1822, une ordonnance royale, insérée au *Moniteur*, prononçait la dissolution de l'école, et une lettre d'une dureté sans exemple en informait le directeur. Six semaines étaient données tant aux maîtres qu'aux élèves pour songer à leur avenir ! Cette suppression de l'Ecole normale avait été tramée dans l'ombre ; les vrais motifs n'en ont jamais été articulés. L'ordonnance alléguait, il est vrai, qu'il y aurait avantage à lui substituer des écoles divisionnaires dans les chefs-lieux d'académie ; mais les influences funestes et toutes-puissantes qui prévalurent étaient d'une tout autre nature.

Quant à M. Guéneau de Mussy, tout chrétien austère qu'il était, et bien que catholique soumis, il ne put trouver grâce devant ce pouvoir envahissant et implacable qui dominait alors le pays tout entier; il fut sacrifié. Chef d'une famille nombreuse, il se trouva tout à coup privé d'un traitement important et obligé de se créer de nouvelles ressources; pas un mot cependant, pas un murmure ne trahit ses souffrances personnelles. De toutes parts lui arrivaient des témoignages de la plus vive sympathie, titres précieux que sa famille conserve religieusement comme la plus belle partie de son patrimoine : « Ce n'est pas à moi qu'il » faut songer, répondait M. Guéneau de Mussy, mais à ces pauvres » jeunes gens qui croyaient avoir trouvé une carrière et qui n'en ont » plus ! à ces fonctionnaires sans place, et sans moyens d'existence. » Si vous pouvez quelque chose, ajoutait-il, c'est d'eux qu'il faut vous » occuper. » Et lui-même, donnant l'exemple, se fit solliciteur, non pour lui, bien entendu, mais pour ses compagnons d'infortune.

C'est alors qu'il eut à se féliciter de s'être toujours tenu au courant des progrès de la science médicale ; âgé de quarante-sept ans, et quand de nouvelles charges lui étaient venues, il lui fallut reprendre l'exercice de son art et se reformer une clientèle; il s'était logé dans une petite maison à côté de l'École normale. A ces labeurs vinrent se joindre des afflictions de famille ; il perdit plusieurs de ses enfants.

Sa résignation et son courage furent de nouveau mis à l'épreuve; sa grande piété et le travail lui vinrent en aide. C'était en quelque sorte une nouvelle vie que M. Guéneau de Mussy allait recommencer, pénible certainement en beaucoup de points, mais qui ne devait pas être sans de glorieuses compensations. Il ne pouvait plus, il est vrai, aspirer au professorat dans nos facultés ; mais deux grands théâtres pouvaient encore s'ouvrir pour lui : les hôpitaux et les académies. Dès 1823, M. Guéneau de Mussy avait été porté, à deux reprises différentes, sur les listes de présentation pour une place de médecin au bureau central des hôpitaux ; en avril 1826, il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Asselin, décédé.

Personne n'était plus pénétré que M. Guéneau de Mussy des devoirs attachés à ses nouvelles fonctions, et personne ne les a remplies avec plus de sollicitude et de dévouement. Sa ponctualité était proverbiale ; tout devait céder à l'heure de la visite, c'était pour lui un cas de conscience de faire attendre quelques minutes les élèves et les employés attachés à son service; c'était, disait-il, leur prendre ce qu'ils ont de plus précieux, leur temps. Je ne parlerai pas de son habileté, de sa prudence et de ses succès dans le traitement des maladies, ni de la sagesse de ses prescriptions; tous ceux qui ont suivi ses visites peuvent en rendre témoignage. J'ai hâte d'arriver au grand rôle qu'il a joué parmi nous et aux services qu'il nous a rendus.

C'est en 1823 que l'Académie de médecine s'adjoignit M. Guéneau de Mussy en qualité de *membre honoraire*, non pas pour le reléguer dans une sorte de vétérance anticipée, mais pour le rapprocher, autant que possible, de la classe des titulaires, qui était au complet.

Jamais homme ne réunit à un pareil degré toutes les qualités de l'académicien : savoir aussi étendu que profond, sentiment de dignité qui n'altérait aucun sentiment d'orgueil, politesse tout à fait exquise et respect inviolable pour toutes les convenances.

Vous devez vous le rappeler, Messieurs, c'était surtout dans les grandes et sérieuses discussions que brillait M. Guéneau de Mussy, et principalement dans celles qui portaient sur les graves et éternelles questions que le médecin trouve au fond de toutes ses études, à savoir : la nécessité d'une suprême et universelle intelligence, la subordination des organes à un principe immatériel et impérissable; la liberté de la pensée et la responsabilité morale. J'ajoute que dans ces luttes de la parole, on ne voyait jamais M. Guéneau de Mussy chercher ces succès d'un moment, ces ovations bruyantes et tumultueuses, qui trop souvent semblent dévolues à la trivialité et à la violence; ce que M. Guéneau de Mussy cherchait avant tout, ou plutôt ce qu'il trouvait sans le chercher, c'était le suffrage des esprits délicats et éclairés ; l'assentiment des hommes consciencieux. Quelques citations suffiront, du reste, pour montrer avec quelle supériorité M. Guéneau de Mussy intervenait dans ces mémorables débats, et quelle était, dans ces circonstances, l'autorité de sa parole.

On reconnaîtra facilement que M. Guéneau de Mussy était bien de la famille des Pascal et des Nicole, soit que, par la méthode des géomètres, il cherchât à démontrer la vérité et à la discerner d'avec le faux; soit que, partant de la libre pensée humaine, il en montrât l'indépendance au sein de l'organisation ; soit enfin que, par une douce et inoffensive ironie, il fît voir l'absurdité et le ridicule de certaines innovations médicales.

L'esprit géométrique de M. Guéneau de Mussy nous fut en quelque sorte révélé lors des débats qui eurent lieu sur une grave question de méthodologie médicale ; je veux parler de la STATISTIQUE appliquée à la médecine.

Vers le commencement de 1837, un de nos plus éminents collègues, M. Cruveilhier, avait cru devoir appeler l'attention de l'Académie sur cette question : « Me sera-t-il permis, disait M. Cruveilhier, d'adjurer » ceux de nos honorables collègues qui ne font entendre leur voix que » dans les occasions solennelles, de vouloir bien nous éclairer de leurs » lumières et de leur expérience. »

L'appel fait par M. Cruveilhier avait été entendu, et déjà MM. Andral, Louis, Husson et Bouillaud, avaient entamé la discussion. M. Guéneau de Mussy semblait encore se réserver, lorsqu'un jeune médecin, né en Espagne, élève de l'école de Montpellier et depuis quelques mois l'un de nos correspondants, demanda la faveur d'intervenir dans ce débat ; il avait, disait-il, à lire un mémoire précisément sur cette question. L'Académie, contrairement à ses usages, mais par courtoisie, admit ce jeune étranger au nombre des orateurs.

M. Risueño d'Amador, c'est ainsi qu'on le nommait, fut donc appelé à cette tribune ; son discours écrit avec talent et plein de verve, était un réquisitoire en forme contre la méthode numérique appliquée à la médecine; l'auteur était certainement dans son droit en soutenant cette thèse, et d'ailleurs c'était quelque chose de piquant de voir un jeune Espagnol, dont l'accent fortement étranger ne déparait pas la diction, venir prendre part à nos débats.

Mais ce ne fut pas sans un vif regret que nous le vîmes, dès les premiers mots, s'écarter d'une modération d'autant plus nécessaire que, jeune et peu connu, il s'adressait à des hommes vieillis dans l'exercice de leur art, et que nous entourions tous de la plus haute estime.

« Votre école, leur disait-il, s'est avisée d'un moyen nouveau : elle » compte les faits et pense en apprécier la valeur par le nombre; elle » additionne, divise et soustrait, et dans sa naïve simplicité croit perfectionner l'art et ses procédés. »

« Le fondement de votre méthode, ajoutait-il un peu plus loin, c'est » la probabilité ; or, la probabilité n'est guère que la théorie du hasard. Invoquer la probabilité prise dans ce sens, c'est donc invoquer » le hasard ; c'est renoncer à toute certitude médicale, à toute règle » rationnelle tirée des faits propres à la science ; c'est substituer enfin » à ce qu'on appelle *induction*, expérience, observation et raisonnement, l'opération mécanique et inflexible du calcul. »

Pour faire voir ensuite à quel point nos collègues étaient dangereux, il leur disait : « Votre médecine n'est plus un art, mais une loterie ; » votre méthode n'est qu'un coup de désespoir de l'art, qui, renonçant » pour toujours à savoir pourquoi et comment il agit, s'abandonne au » hasard sur la foi d'une arithmétique illusoire, c'est le scepticisme » embrassant l'empirisme ! »

Il faut dire maintenant que M. d'Amador, pour arriver à ces graves inculpations, semblait s'être entouré des plus grandes autorités, et s'être en quelque sorte enfoncé dans toutes les profondeurs de la théorie mathématique ; on l'avait entendu citer tour à tour les plus fortes têtes mathématiques, Leibnitz, Euler, Jacques et Nicolas Bernouilli, et toutes ces autorités, à partir de Pascal jusqu'à M. Poisson, notre jeune orateur ne s'était pas contenté de les citer, il les avait appréciées et jugées, il avait même relevé ce qu'il appelait leurs erreurs. Ainsi il avait soutenu que Laplace s'était *abusé* dans son *Essai sur les probabilités*, en parlant du nombre des probabilités des levers du soleil.

Enfin, et pour terminer par une sorte de défi, M. d'Amador nous avait résolûment déclaré dans ses conclusions : « Que la méthode numérique importée en médecine et en thérapeutique est antiscientifique ; — qu'elle détruit le véritable art et la véritable observation » en substituant à l'action de l'esprit et au génie individuel du praticien une routine informe, aveugle et mécanique; — qu'elle est inutile et même dangereuse, puisqu'elle bouleverse la science ; — que » si enfin elle est généralement adoptée, c'est qu'elle est accessible » aux intelligences les plus médiocres, qu'elle flatte les plus humbles, » et que c'est là son seul titre à l'admiration de la multitude ! »

Ceci, Messieurs, devenait grave; l'Académie aurait bien pu se demander si ce n'était pas elle qui formait cette multitude, cette espèce de populace médicale que M. d'Amador traitait avec tant de dédain ; si ce n'était pas nous qui étions ces intelligences médiocres, ces humbles auxquels la méthode numérique convenait parce qu'elle était à leur portée.

Mais ce qui nous rassurait un peu, c'est que parmi ces humbles se serait trouvé M. Guéneau de Mussy. M. Guéneau de Mussy, qui, fort de ses anciennes études dans les sciences mathématiques et de sa longue pratique médicale, n'avait pu entendre sans sourire et l'ambitieuse digression de M. d'Amador sur la théorie mathématique, et ses attaques si hautaines contre les médecins qui s'avisent de tenir un compte exact de leurs observations. Toutefois, comme il importait de ne pas laisser l'Académie sous le coup d'imputations aussi étranges, M. Gué-

neau de Mussy demanda la parole; le premier point ne lui parut mériter que quelques mots de réponse. « Je ne crois pas, dit-il, avoir à » défendre sérieusement la théorie mathématique du reproche qui lui » a été fait d'être trompeuse et de tomber en contradiction avec elle- » même. La théorie mathématique peut être mal comprise et mal ap- » pliquée, mais elle ne trompe jamais; elle est également sûre et » dans les principes dont elle part, et dans la marche qu'elle suit pour » en déduire les conséquences. »

Il y avait ici une confusion qu'il importait de faire cesser; M. d'Amador avait sans cesse mêlé les applications de la théorie mathématique avec celles qui résultent en médecine de l'emploi de la méthode numérique; ainsi, après avoir cité l'exemple du joueur, qui jette en l'air une pièce de monnaie, et qui calcule toutes les chances qui peuvent amener *face* ou *pile*, il avait soutenu que *la probabilité thérapeutique s'établit de la même manière : que là aussi on jette des pièces en l'air!* avec cette seule différence qu'au lieu de trouver *face* ou *pile*, on trouve *vie* ou *mort!*

C'était là, Messieurs, des assimilations que ne pouvait permettre M. Guéneau de Mussy: « Il n'y a rien de commun, répondit-il, entre » les questions auxquelles se rapportent les exemples mis en avant et » celles que fait naître l'application de la méthode numérique aux » sciences médicales. Les premières peuvent être toutes comprises » dans l'énoncé général : connaissant les diverses combinaisons qui » peuvent amener un événement, et le nombre de ces combinaisons, » déterminer les chances qui existent pour ou contre chacune d'elles.

» Les secondes sont d'une tout autre nature, et doivent être trai- » tées par des procédés différents, elles sont des cas particuliers d'un » problème général ainsi conçu : étant donnée une série de faits sem- » blables, en déduire des lois applicables à une autre série de faits de » même nature. »

Voilà, Messieurs, comment cet esprit lumineux, comme auraient dit ses maîtres de Port-Royal, ramena le problème médical à toute sa simplicité.

Mais si M. Guéneau de Mussy avait parlé avec cette netteté et cette parfaite compétence lorsqu'il s'agissait de théories purement mathématiques, avec quelle force et quelle autorité ne l'entendîmes-nous point traiter des applications de la méthode numérique à la médecine pratique.

Ce n'était plus l'ancien élève de l'École polytechnique, l'ancien directeur de l'École normale qui allait réfuter le mathématicien improvisé; c'était le médecin de l'Hôtel-Dieu, le vieux praticien qui allait répondre au clinicien de fraîche date. Aussi lui suffit-il encore de quelques mots pour faire tomber tout cet échafaudage d'accusations.

Cette sérieuse réfutation, Messieurs, doit avoir laissé de longs souvenirs dans vos esprits, car les paroles de M. Guéneau de Mussy empreintes comme toujours de la plus grande modération, répondaient à de profondes convictions.

« Je ne conçois pas, disait-il, comment dans une science d'observa- » tions et d'expériences, on a pu refuser à la statistique la part qui lui » appartient...

» Si je ne me trompe, on a toujours compté, et nous comptons tous » encore aujourd'hui; de tout temps, même à ces époques où l'entbou- » siasme d'une théorie nouvelle s'emparant des esprits semblait domi- » ner le monde médical, il y a eu des praticiens fidèles à l'observation, » qui croyaient que la science doit avant tout s'appuyer sur des faits » bien étudiés et bien comptés.

» Et les aphorismes des grands maîtres, ces vives et précises expres- » sions des faits généraux que nous gravons dans notre mémoire, que » nous invoquons comme des principes reconnus, d'où leur vient leur » autorité? Sont-ils le fruit de quelques soudaines inspirations, ou de » quelques conceptions *à priori*? Non, sans doute; ils sont le résultat » de l'observation guidée par un coup d'œil sûr et fécondée par un es- » prit puissant. »

Un assentiment général accueillit ces belles paroles, qui n'étaient, du reste, qu'une sorte d'introduction à bien d'autres arguments. Un point surtout avait frappé M. Guéneau de Mussy et ne pouvait rester sans réponse. M. d'Amador avait mis sans cesse en opposition la méthode *inductive* et la méthode *numérique*. « C'est à tort, lui répondit » M. Guéneau de Mussy, que vous avez voulu mettre la méthode in- » ductive en opposition avec la méthode numérique; l'induction à » laquelle, depuis Bacon, les sciences naturelles doivent tous leurs pro- » grès, n'a d'autre point de départ que les faits bien observés et » rigoureusement comptés; donc, la méthode numérique fait nécessai- » rement partie de la méthode inductive. »

Il n'y avait rien à répliquer à des objections si justes et si claires. Il faut dire d'ailleurs que M. Risueño, si bien préparé pour l'attaque, ne l'était pas du tout pour la défense; de sorte que, sauf quelques mots trop personnels pour qu'on pût répliquer, il dut en rester là.

Du reste, M. Guéneau de Mussy avait répondu à tout ce qu'il y avait de spécieux dans ce mémoire; seulement, comme il convenait à un esprit digne et sérieux, il n'avait pas cru devoir relever des attaques si directes et si inconvenantes contre des hommes respectés de tous : « Je ne crois pas, dit-il en terminant, avoir à défendre mes collègues » du reproche qui leur a été fait de ne savoir ni observer ni raisonner. » En défendant la méthode numérique comme ils l'ont fait, c'est-à-dire » comme le principal instrument des sciences d'observation, ils ont » suffisamment prouvé qu'ils n'ont pas fait abnégation de leur faculté » d'examen et de leur jugement, et qu'ils n'ont jamais entendu se ré- » duire à n'être qu'une machine arithmétique. »

Quant à ce classement très-peu flatteur qui nous avait relégués à peu près tous parmi les esprits médiocres et les humbles, M. Guéneau de Mussy n'y fit pas même allusion; il laissa à M. d'Amador la satisfaction de se séparer de la multitude pour se placer parmi les grands artistes, ou plutôt parmi les génies supérieurs et individuels, génies précieux qui ne s'abaissent pas jusqu'à compter les faits en médecine, qui n'ont pas même besoin des faits, éclairés et guidés qu'ils sont par des voix intérieures, par des influences secrètes, par des instincts, des tacts mystérieux, toutes choses, il est vrai, qui ne peuvent ni s'expliquer, ni se définir, ni s'enseigner, ni même se comprendre, mais qui précisément à cause de cela demeurent le privilége exclusif de ces rares esprits.

Mais si cette fois M. Guéneau de Mussy n'avait pas craint de se commettre avec un jeune étranger qui n'avait pour lui que les souvenirs d'un concours d'élève, on le vit affronter dans une autre circonstance un homme d'une immense réputation qui s'était fait un nom impérissable dans la science, qui avait opéré en médecine une véritable révolution, qui avait enfin par devers lui l'autorité d'un grand talent et les vives sympathies de la jeunesse : je veux parler de Broussais.

Tel était, en effet, l'athlète redoutable, l'orateur véhément, le fougueux tribun avec lequel M. Guéneau de Mussy, homme de paix, d'étude et de méditation, allait entrer en lice. C'est que cette fois il y avait à prendre en main non-seulement la défense de la vérité et de la raison, mais encore celle de la morale.

On sait que dans les dernières années de sa vie, Broussais s'était pris d'un véritable enthousiasme pour une doctrine qui, du nom de son inventeur, avait été désignée sous le nom de *doctrine de Gall*. Or cette doctrine, connue aussi sous le nom de PHRÉNOLOGIE, bien qu'adoptée et enseignée par bon nombre de médecins, n'avait pas encore osé se produire à l'Académie de médecine ni se soumettre à une sérieuse discussion, lorsque l'un de nous, homme de beaucoup d'esprit, mais qui ne se piquait pas d'être fort discret, M. Rochoux, s'avisa de soulever incidemment cette question et de provoquer le plus orageux débat.

C'était en avril 1836; M. Rochoux venait de donner lecture d'un mémoire sur les causes de l'*apoplexie*, sujet qui lui était familier et sur lequel il avait publié un excellent ouvrage. Tout en s'occupant du cerveau et de ce qu'on pourrait appeler la mécanique cérébrale, M. Rochoux avait cru pouvoir dire en passant son opinion sur la localisation des facultés intellectuelles, et, comme il n'apportait pas toujours une grande réserve dans ses paroles, il avait déclaré en pleine Académie que la doctrine de Gall, ou plutôt que la phrénologie était l'une des trois grandes mystifications scientifiques du dix-neuvième siècle, les deux autres étant le magnétisme animal et l'homœopathie.

Le scandale de cette déclaration n'aurait été que très-médiocre parmi nous si ce puissant esprit, qui de nos jours avait si violemment ébranlé l'édifice médical, Broussais, n'avait cru devoir la relever.

Broussais, devenu partisan de la doctrine de Gall, apportait dans la défense de la phrénologie la même ardeur, la même fougue et les mêmes convictions qu'en d'autres temps dans la défense de sa propre doctrine; aussi, dès qu'il eut connaissance du blasphème que venait de proférer M. Rochoux, on le vit accourir plein de courroux et d'indignation :

« Que l'on élève des objections, dit-il, contre la phrénologie, je n'en » suis pas surpris; mais qu'on l'appelle une des grandes mystifica- » tions du siècle, c'est là ce que je me crois obligé de réfuter au nom » de la science, au nom de l'humanité, au nom du bon sens. »

Toutefois, Broussais n'entendait pas soutenir toutes les localisations imaginées par le père de la doctrine; il voulait qu'on s'en tînt à quatre grandes divisions ou régions de l'encéphale, et voici à l'aide de quel raisonnement il croyait pouvoir démontrer tout à la fois le siége et les fonctions de ces quatre groupes d'organes :

« Il est incontestable, disait-il, que la dépression des parties anté- » rieures du cerveau entraîne la perte des facultés intellectuelles; donc » l'intelligence est placée dans cette région.

» La dépression des parties postérieures amène l'affaiblissement des » sentiments; donc les affections sont placées en arrière de la tête.

» La dépression des parties supérieures exclut les sentiments élevés » et moraux; donc la moralité appartient à cette région.

» Enfin, un aplatissement des masses latérales diminue le penchant » au meurtre et à la destruction; donc ces instincts résident dans cette » région. »

Telle était la doctrine restreinte que Broussais allait chercher à faire prévaloir parmi nous; je dis restreinte, car au lieu de porter, comme on l'avait fait avant lui, à vingt-sept ou à trente et un, ou même à trente-trois, le nombre des organes encéphaliques, et de les figurer par autant de protubérances ou de bosses à la surface du crâne, la phrénologie se faisait plus humble devant l'Académie, renonçait à cette topographie cérébrale si chère aux demi-savants et aux gens du monde; elle n'admettait plus que quatre groupes de facultés représentées par quatre masses distinctes.

Mais bien que retranchée ainsi dans des limites plus étroites et en apparence plus faciles à défendre, la doctrine allait avoir de rudes assauts à soutenir. L'intrépide Broussais, que rien ne pouvait déconcerter, avait lui-même entamé la discussion par une violente sortie : de toutes parts, on demandait la parole; mais c'était dans la personne de M. Guéneau de Mussy que Broussais allait rencontrer le plus calme, le plus sensé, et par cela même le plus redoutable de ses adversaires.

Ces deux hommes, du reste, étaient peut-être ce qu'il y avait de plus dissemblable et de plus opposé, aussi bien pour le genre de talent que pour le caractère : l'un ardent, fougueux, toujours véhément, souvent caustique et mordant, semblait né pour la lutte et pour l'opposition; l'autre posé, réfléchi, plein de sagesse et de modération, toujours maître de lui-même, inébranlable dans ses principes, était comme une digue qu'aucune vague ne peut renverser. Un conflit entre eux était donc inévitable, et au fond c'étaient deux philosophies qui allaient se trouver en présence; l'une à laquelle on a donné dans ces derniers temps le nom d'*organicisme*, l'autre qu'on a toujours désignée sous le nom de *spiritualisme*.

Broussais, chose remarquable, avait tout d'abord insisté pour que dans ce débat on mît de côté des armes qui en d'autres temps, disait-il, lui avaient été familières, mais auxquelles il avait renoncé, à savoir : le ridicule, l'ironie et le sarcasme. « Le ridicule, disait-il, ne prouve » rien; il ne peut renverser une science. Je m'en suis servi lorsque » j'étais jeune; mais plus j'ai réfléchi, plus j'ai trouvé que c'était une » arme insignifiante. »

En cela, Broussais allait se trouver parfaitement d'accord avec M. Guéneau de Mussy : celui-ci toujours grave, toujours sérieux, n'entendait nullement se placer sur ce terrain. Si donc Broussais croyait l'affaiblir en lui demandant de ne pas se servir du ridicule, il allait au contraire le fortifier et s'affaiblir lui-même.

« Je reconnais avec vous, répondit M. Guéneau de Mussy, que le » ridicule n'est pas un instrument scientifique, et je regrette qu'il n'ait » pas toujours été banni de cette discussion; je suis loin de l'appeler » sur la phrénologie, je veux, au contraire, qu'on étudie et qu'on re- » cueille sévèrement les faits avant de systématiser. »

Cet accord établi entre les deux orateurs, l'impatient Broussais ne voulut pas même attendre les objections; il les connaissait toutes, disait-il, et d'avance il allait les réfuter.

A ceux en effet qui se proposaient de lui objecter qu'on trouve parfaitement développées chez les animaux les parties que la doctrine assigne au jugement, à l'induction et à la recherche des causes, Broussais répondit que les animaux ont toutes ces facultés; et pourquoi, disait-il, « ne trouverait-on pas les parties supérieures développées » chez les animaux, puisqu'ils ont des sentiments élevés, tels que » l'orgueil, l'ambition, le dédain et le mépris? La vénération existe » chez eux; la justice, ils l'ont comme vous, s'écriait Broussais en » étendant le bras vers ses collègues! »

Vous allez peut-être aussi m'objecter, reprit-il, qu'on trouve encore très-développées chez des animaux essentiellement paisibles, tels que le mouton, les parties latérales du cerveau qui sont destinées aux instincts du combat, du meurtre et de la destruction; mais je vous répondrai qu'ici vous interprétez mal les faits; ces instincts en apparence si formidables ne sont, en réalité, que des instincts de conservation; ces masses latérales ne produisent que des actes nécessaires à l'entretien de la vie; pour subsister, pour vivre au milieu de la création, il faut se défendre, il faut attaquer et par conséquent détruire : votre mouton, que vous donnez comme l'emblème de la douceur, est un grand destructeur, car il mange de l'herbe; or, manger de l'herbe, c'est détruire!!!

M. Guéneau de Mussy avait trop bon goût pour insister sur ce qu'il y avait de dérisoire et de ridicule dans ce raisonnement resté célèbre depuis cette discussion; il fit seulement remarquer, mais avec infiniment d'esprit, que c'était changer complétement la destination des organes pour l'accommoder à la doctrine. « Eh quoi! dit-il, vous donnez maintenant comme agents de conservation ce qui était d'abord qualifié par vous agents de destruction; vous aviez là des organes malfaisants, vous y rattachiez les rixes, les combats et le meurtre; mais comme on vient de vous montrer ces mêmes organes très-développés chez de timides herbivores qui ne savent pas même se défendre; ce ne sont plus que des organes de simple nutrition! de sorte que ce qui fait que le loup mange le mouton fait aussi que le mouton mange l'herbe! »

Mais Broussais se sentant pressé par M. Guéneau de Mussy, avait fait une singulière concession, il avait été jusqu'à dire que pour rendre raison de l'énergie des organes, il ne faut pas seulement tenir compte de leur volume, mais aussi de leur activité.

Or, c'était un aveu qui, d'un seul coup, comme le fit remarquer M. Guéneau de Mussy, renversait tous les fondements de la phrénologie. « Comment, disait M. Guéneau de Mussy, voilà une science qui prétend reconnaître les facultés et les penchants des hommes aux protubérances de leur crâne, c'est-à-dire à des saillies déterminées par le volume des organes sous-jacents, et cette même science, quand ces saillies font défaut, vient nous dire qu'il ne faut plus alors avoir égard au volume de ces organes, mais à leur degré d'activité! Qu'avec des organes exigus, on peut avoir des facultés dominantes et des penchants irrésistibles! »

« Ainsi, poursuivait M. Guéneau de Mussy, votre phrénologie, qui en principe ne devait considérer que le développement matériel de ce qu'elle appelle des organes, vient maintenant nous dire que ce n'est là qu'un des éléments de leur puissance; que seul il ne signifie rien; qu'il faut aussi en mesurer l'activité, chose immatérielle et insaisissable, et que cette activité ne suit pas toujours les mêmes rapports que le volume! »

M. Guéneau de Mussy avait mille fois raison; cet aveu, arraché à Broussais, annulait de tout point les principes de la phrénologie, ou plutôt il n'y avait plus de phrénologie.

Il faut dire maintenant que, dans le cours de la discussion, une étrange assertion avait été émise par un des partisans de la phrénologie : il avait dit, en montrant le plâtre de la tête de Fieschi, que cet homme avait été tout ce que son organisation avait voulu qu'il fût. Étrange et désolante doctrine, je le répète, qui, ne tenant plus aucun compte de la libre pensée humaine, conduisait directement au plus absolu fatalisme, mais qui allait trouver dans M. Guéneau de Mussy son plus chaleureux et plus éloquent adversaire.

« J'ai été confondu, dit M. Guéneau de Mussy, quand j'ai entendu avancer à cette tribune cette proposition; mais j'aime à croire que notre honorable collègue n'a pas en cela exprimé sa pensée, et ce qui me le persuade, c'est qu'il a appelé Fieschi un grand criminel. Or, si Fieschi n'a été que l'instrument aveugle d'une organisation défectueuse, il n'a pas été criminel. Je n'appelle pas criminelle la pierre qui tombe et qui me blesse en tombant; ce sont ceux qui l'ont jugé et condamné qui ont commis un acte de cruauté, à moins qu'eux aussi n'aient été sous la domination d'une organisation homicide. »

Ce raisonnement, Messieurs, était irrésistible, vous étiez déjà convaincus; mais M. Guéneau de Mussy poursuivait le même ordre d'idées, et s'adressant de nouveau à celui de nos collègues qui avait hasardé cette proposition, il lui dit d'une voix émue et un peu tremblante :

« Ah! sans doute, telle n'a pas été votre pensée; vous n'avez pas voulu, vous n'avez pas pu vouloir établir cette déplorable doctrine qui viendrait nier et l'activité de l'intelligence et la liberté de la pensée, pour ne plus voir en nous que matière et que servitude; qui, après avoir enlevé à l'homme et ses forces morales et ses immortelles espérances, ne lui laisserait que l'aveugle et fatale puissance du rocher! » (*Quelques applaudissements.*)

C'est par de longs applaudissements, Messieurs, que vous avez accueilli cette noble protestation qui honorait tout à la fois le médecin moraliste qui la prononçait et l'assemblée qui reconnaissait en lui son véritable interprète.

M. Guéneau de Mussy, j'aurais dû commencer par le dire, était entré dans cette discussion sans idée préconçue, sans parti pris sur le degré de certitude de la phrénologie; il avait longtemps gardé le silence, cherchant à s'éclairer, écoutant tout, prenant note de tout; quel fut le résultat de cette scrupuleuse et impartiale appréciation? M. Guéneau de Mussy finit par le dire lui-même avec une grande modération, mais avec une grande netteté :

« Messieurs, dit-il à ses collègues, je le déclare maintenant : il est démontré pour moi, par tout ce que j'ai entendu de part et d'autre dans quatre séances consécutives, que s'il est dans les destinées de la phrénologie d'être un jour une science, cette science est encore tout à faire; que les principes qu'elle a posés jusqu'ici n'ont offert qu'incertitude et instabilité; que les résultats qu'elle a donnés ont été presque toujours démentis et renversés. Je propose donc à l'Académie d'ajourner cette discussion jusqu'à l'époque où des faits plus précis, plus nombreux et plus sévèrement reconnus pourront lui fournir des bases plus solides. »

L'Académie s'empressa d'adopter cette proposition si modérée et si sage de M. Guéneau de Mussy. Mais, Messieurs, vous le savez, ces faits plus précis, plus nombreux et plus décisifs, ne sont pas venus; la phrénologie en est restée au même point, offrant toujours les incertitudes et l'instabilité que lui reprochait M. Guéneau de Mussy. Ainsi appréciée et jugée par cet esprit rigoureux, elle n'a plus osé se présenter dans cette enceinte; elle est restée sous le coup de cette accablante déclaration.

Les discussions dont je viens de rendre compte remontent à une époque déjà fort éloignée; depuis, bien d'autres auxquelles M. Guéneau de Mussy a pris part ont occupé l'Académie pendant de longues séances; le temps ne me permettrait pas même de les mentionner. Tout au plus pourrai-je dire quelques mots d'une simple décision, prise sans le moindre débat, sur la proposition de M. Guéneau de Mussy, dans une circonstance assez délicate : il s'agissait cette fois de l'HOMŒOPATHIE.

L'homœopathie, vous le savez, Messieurs, a cela de particulier qu'elle n'a jamais pu prendre rang parmi les choses enseignées ou même discutées sérieusement; qu'elle est restée complétement étrangère à l'enseignement de nos écoles, et qu'elle ne compte aucun représentant dans nos académies; mais, par contre, elle a pu s'introduire subrepticement dans quelques établissements hospitaliers, et s'y maintenir malgré les vives réclamations des commissions administratives. Or c'était un fait de cette nature qui avait amené l'Académie à s'occuper un moment de l'homœopathie.

Un praticien, connu par ses tendances homœopathiques, avait été nommé médecin d'hôpital dans une ville de province à raison de quelques droits acquis; mais avant d'entrer en fonctions, il avait librement accepté la condition que lui avait imposée la commission administrative, de ne faire dans son service aucune application des traitements homœopathiques.

La commission se reposait donc sur la bonne foi du médecin; mais bientôt celui-ci, ne tenant plus aucun compte de ses engagements, se mit à faire publiquement dans son service quelque chose qui ressemblait singulièrement à de l'homœopathie. La commission s'était récriée; mais loin de se rendre aux réclamations des administrateurs, il avait répondu que « le médecin au lit du malade ne relève que de Dieu et de sa conscience, et qu'aucun pouvoir humain n'aurait le droit de le diriger dans ses prescriptions. »

C'était le prendre d'un peu haut; mais comme la commission trouvait de son côté que, pour être appelé et maintenu au lit du malade, le médecin relève bien aussi un peu de la famille, ou de ceux qui la représentent, elle en avait appelé à ce pouvoir humain dont parlait le sectateur d'Hahnemann, c'est-à-dire à M. le ministre de l'intérieur, et M. le ministre avait demandé l'avis de l'Académie.

Il faut dire que d'autres raisons étaient encore alléguées par le médecin homœopathe. Il soutenait qu'après tout et à bien considérer les choses, il n'avait véritablement pas fait de l'homœopathie dans son service. N'ayant eu en effet, disait-il, à sa disposition que les médicaments préparés dans la pharmacie de l'hôpital, il s'était vu réduit, ne pouvant faire mieux, et pour atténuer autant que possible les effets désastreux de ces médicaments, à les prescrire, non comme on le fait en allopathie, par grains, par gros ou par onces, mais en *teintures*, et à une dose qui le plus souvent ne dépassait pas en vingt-quatre heures une goutte étendue dans 100 à 200 grammes d'eau. Dans ces conditions, ajoutait-il, la puissance de ces agents était un peu moins esclave que dans l'état brut; mais que n'aurait-il pas fait s'il avait pu dégager entièrement cette puissance de la matière qui l'emprisonnait, c'est-à-dire appliquer dans toute leur pureté les principes du créateur de l'homœopathie, du divin Hahnemann !

Telle était, Messieurs, l'étrange justification présentée par le médecin inculpé. Que répondre dans une Académie en face de pareils aveux? Fallait-il prendre au sérieux cette profession de foi, renouveler les débats tumultueux de 1835? C'était peut-être là ce que l'on voulait. Mais l'Académie s'en était rapportée à M. Guéneau de Mussy, et l'avait chargé de préparer une réponse à M. le ministre de l'intérieur. Or M. Guéneau de Mussy, toujours bien inspiré, au lieu de remettre en cause l'homœopathie, préféra tout simplement entrer dans les idées du disciple d'Hahnemann, arriver avec lui aux dernières conséquences de sa doctrine, et faire ainsi justice de toutes ces inepties.

Le rapport de M. Guéneau de Mussy est un morceau achevé; il semble s'être inspiré des *Provinciales* : et, comme le pseudo-Montalte, jeter à la risée des hommes de bon sens les dogmes d'une nouvelle secte.

Nous venons de voir combien notre homœopathe regrettait de n'avoir pu descendre dans ses prescriptions au-dessous d'une goutte de teinture étendue d'eau. En effet, dit M. Guéneau de Mussy, cette goutte étendue dans telle quantité d'eau que vous voudrez, n'approche pas des divisions qui résultent de parties de cent fois et cent fois plus petites, c'est-à-dire représentant les termes successifs d'une progression décroissante dont la raison est cent ! Or, Hahnemann est positif sur ce point.

Suivant le père de la nouvelle doctrine, pour obtenir un médicament un peu énergique, il faut en effet aller jusqu'au trentième ou jusqu'au quarantième terme de cette progression; il est bien vrai qu'alors il s'agit d'un nombre qui effraye l'imagination et que la langue parlée se refuse à énoncer, puisque le grain de matière se trouve divisé en un nombre de parties exprimé par 1, suivi de 60 ou de 80 zéros ! Mais aussi voyez à quel degré de force doit être arrivé un grain de matière dont la divisibilité, dit M. Guéneau de Mussy, surpasse le nombre des hommes qui ont jamais existé à la surface de la terre !

Mais attendez, ce n'est point tout : notre médecin homœopathe empêché ainsi par les règlements et les usages de l'hôpital, devait avoir bien d'autres sujets de regrets; non-seulement on l'entravait de tout point en l'obligeant de s'en tenir à cette énorme dose d'une goutte étendue d'eau; mais il ne devait pas être moins paralysé par l'incurie du pharmacien de l'hôpital. Comment, en effet, celui-ci préparait-il ses gouttes? Tout simplement sans doute en confectionnant ce qu'on nomme des *teintures*, et bien certainement il ne leur avait pas imprimé les *secousses* sacramentelles : or, Hahnemann n'est pas moins positif sur ce point; il a dit en termes exprès, dans son *Organon*, qu'un médicament, pour avoir toutes ses propriétés, doit avoir été secoué *deux fois* à chaque nouveau mélange, et cela par un mouvement de l'avant-bras; et, remarquez-le bien, car ceci est de la dernière importance, Hahnemann a dit deux fois, non pas trois ! car si l'on donnait trois secousses, le développement de la force du remède irait au delà de toutes les bornes, et il serait impossible de calculer tous les malheurs qui pourraient en résulter.

M. Guéneau de Mussy aurait pu pousser plus loin son exposé, d'ailleurs très-exact, des prescriptions imaginées par Hahnemann, et observées par ses sectateurs. Mais son but était atteint tout en prenant au sérieux et la question de conflit posée par l'autorité, et les résultats statistiques invoqués par le médecin homœopathe; il avait évité de donner aux assertions de ce dernier les honneurs d'un débat académique. Il ne s'agissait point en effet d'examiner au fond la valeur de l'homœopathie; il s'agissait tout simplement de décider si le médecin inculpé avait fait ou non, dans son service, une médecine tellement différente de la médecine adoptée par tous les praticiens honnêtes et éclairés, et tellement dans l'esprit des principes de l'homœopathie, qu'on pût la considérer comme rentrant dans leur pratique; or, c'est là ce que n'hésita pas à reconnaître M. Guéneau de Mussy, et l'Académie s'empressa d'adopter ses conclusions à l'unanimité.

Je m'arrête ici, Messieurs, et bien à regret; j'aurais voulu vous montrer toute la part que M. Guéneau de Mussy a prise à vos travaux, et vous rappeler quelle salutaire influence il a exercé sur vos décisions; aucune pièce ne lui était envoyée qu'il n'en rendît compte dans le plus bref délai; aussi assidu aux séances des commissions dont il faisait partie qu'aux séances générales de l'Académie, il eût poussé le scrupule jusqu'à donner sa démission plutôt que de rester inutile à la Compagnie. C'est ce qu'il fit, du reste, pour sa place de médecin de l'Hôtel-Dieu; après vingt années de services, ayant acquis la conviction que, par suite des progrès de l'âge, son oreille, devenue dure, ne lui permettait plus de s'aider de l'auscultation dans le traitement des maladies, il donna tout aussitôt sa démission, dénonçant ainsi lui-même ce qu'il appelait son insuffisance.

Dans d'autres circonstances, c'était sa dignité qu'il consultait. Ainsi, après avoir fait partie pendant plusieurs années du conseil d'administration de l'établissement des Sourds-Muets, avec ses vieux amis le duc de Montmorency, le comte de Noailles, M. de Gérando, il se retira dès qu'il fut avéré pour lui que non-seulement on ne tenait plus aucun compte des décisions de ce conseil, mais que, sous prétexte d'étendre ses attributions, on les lui avait à peu près toutes retirées.

Il ne lui restait plus dans ces dernières années d'autres fonctions à remplir que celles de président de la Commission chargée de l'examen des livres destinés à l'instruction. Le gouvernement de la république lui retira ces fonctions en 1849; il fut très-sensible à cette destitution. On venait de lui enlever, disait-il, le dernier moyen de servir la jeunesse.

A part quelques infirmités légères, ses facultés s'étaient conservées dans une heureuse intégrité. Les soins de sa famille, de précieuses relations amicales jusque-là épargnées par la mort, la méditation de hautes vérités, occupaient doucement les derniers jours qui lui étaient donnés; mais dès que l'intérêt des siens l'exigeait, il était tout prêt à renoncer à cette paisible existence. Ainsi on le vit, à l'âge de soixante-treize ans, traverser la mer encore inconnue pour lui, et tout braver pour aller au secours d'un fils malade.

Une épreuve plus cruelle que toutes les autres était réservée à ses dernières années : dans l'hiver de 1855, il perdit celle qui avait été la courageuse compagne de sa vie, son soutien dans ses travaux, la consolation de sa vieillesse. En proie à une douleur dont il n'avait jamais soupçonné l'amertume, il remerciait le ciel de la lui avoir infligée plutôt que de l'avoir reportée sur celle qui en était l'objet.

Après cette perte si douloureuse, ses forces s'affaiblirent de jour en jour. Nous le vîmes encore parmi nous; c'était comme une ombre qui venait sourire à nos travaux et nous encourager de sa présence; mais vers la fin de l'hiver de 1857, ayant été pris d'une de ces pneumonies qui enlèvent presque tous les vieillards, il comprit que sa fin approchait.

Un grand moraliste a dit que peu de personnes savaient mourir : Guéneau de Mussy a montré que dès longtemps il en avait fait l'apprentissage. Comme on savait qu'il ne se faisait aucune illusion, on lui proposa dans les derniers jours d'appeler un prêtre de la paroisse. « Sans doute, répondit-il, mais le moment n'est pas encore tout à fait » venu. » La nuit suivante, le mal ayant fait de nouveaux progrès, il pria l'une de ses filles de lui lire à haute voix les prières des agonisants. Sa fille obéit; mais tout en faisant cette lecture, croyant avoir à ménager la sensibilité d'un père mourant, elle essaya à plusieurs reprises de passer sous silence quelques-unes des terribles paroles de cette suprême invocation : Guéneau de Mussy s'en aperçut chaque fois, et chaque fois il exigea que ces passages lui fussent lus en entier et à haute voix.

Le matin, il touchait à cette heure fatale où l'âme, entourée pour ainsi dire de ruines, sent, à n'en plus douter, que son enveloppe matérielle va périr, et qu'un nouveau jour va luire pour elle : « Maintenant, » dit Guéneau de Mussy, il est temps : allez chercher l'homme de » Dieu; je veux le voir et m'entretenir avec lui. » Tout entier à ses principes de résignation et de fermeté, il accomplit ses derniers devoirs sans donner la moindre marque d'émotion ou d'attendrissement, répondant d'une voix ferme aux paroles du prêtre, et conservant cette physionomie sereine et bienveillante qui lui était naturelle.

Quelques minutes après il expirait en pleine connaissance, sans efforts et sans agonie.

Ainsi mourut M. Guéneau de Mussy le 30 avril 1857, à l'âge de quatre-vingt-trois ans. Fidèle aux belles croyances et aux fortes vertus qui sont l'honneur de l'intelligence humaine, il avait vu la fin du dernier siècle et plus de la moitié du nôtre, sans que rien pût altérer ses sentiments ni changer ses convictions. Admirable fermeté de caractère qui s'alliait en lui à tous les charmes de l'esprit! il suffisait de le voir pour être frappé de ces belles qualités : la vertu, la droiture et la bonté se peignaient sur sa physionomie calme, douce et gracieuse. Il était d'une taille élevée que l'âge avait à peine fléchie; ses manières étaient simples, naturelles et néanmoins pleines de distinction.

Il a laissé un fils et un neveu, tous deux médecins, et qui tous deux sont les dignes héritiers de son nom, de ses talents et de ses vertus; aussi est-ce à peu près le seul patrimoine qu'il ait laissé. M. Guéneau de Mussy n'a jamais été au delà d'une modeste aisance; lui aussi aurait pu se dire qu'au lieu de chercher à élever sa fortune, il s'était efforcé d'élever son cœur.

L'opulente Angleterre mesure la célébrité de ses médecins au chiffre de leurs richesses et de leurs libéralités; elle cite avec orgueil les millions amassés par ses grands chirurgiens; elle a fait graver sur la tombe de Fothergill : *Ci gît Fothergill qui dépensa deux cent mille guinées pour le soulagement des malheureux.*

M. Guéneau de Mussy n'a jamais eu ces monceaux d'or à dispenser; mais il a su prodiguer à ses pauvres malades des trésors bien autrement précieux et de leur nature inépuisables, ceux qu'il savait trouver dans la plus ardente et la plus active charité, soins délicats et tendres, sages conseils, douces consultations qui, loin d'humilier, relèvent les natures les plus contristées.

M. Guéneau de Mussy était certainement un de ces hommes dont parlait Labruyère quand il disait « qu'il est encore sur la terre de ces » âmes nobles et courageuses, secourables et ingénieuses à faire le » bien, que nuls besoins, nulles disproportions, nuls artifices, ne per- » vent séparer de ceux qu'ils se sont une fois choisis pour amis. »

Son exemple prouverait, s'il en était besoin, que, dans notre pays, les biens de la fortune ne sont pas nécessaires à la considération et à l'estime publique, et que, sans avoir usé ses jours et ses nuits pour arriver à mourir comblé de faveurs et de richesses, on peut laisser de soi une mémoire honorée, respectée de tous, telle enfin que l'historien le plus sévère se sent heureux de la raviver et d'en entretenir ses contemporains. (Applaudissements répétés.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les obsèques de M. le professeur Bérard ont eu lieu hier mardi, à midi, à Charenton-Saint-Maurice, sa résidence habituelle. La Faculté de médecine y était officiellement représentée par une députation de professeurs et d'agrégés en robe. L'Académie, qui tenait hier, comme on le sait, sa séance publique annuelle, n'avait pu s'y faire représenter par les membres de son bureau.

Des discours ont été prononcés sur la tombe de M. Bérard par M. P. Dubois, au nom de la Faculté; par M. Deguise fils, au nom de la Société de chirurgie; et au nom de ses amis, par M. P. Ménière.

Nous publierons quelques extraits de ces discours dans un de nos prochains numéros.

— Par arrêté en date du 1er décembre 1858, le préfet de la Gironde a réorganisé le service du dispensaire de salubrité de Bordeaux, et il a nommé médecin en chef M. le docteur Jeannel, médecins MM. les docteurs Martin, Astès et Flornoy.

Le nouveau dispensaire fonctionnera à partir du 1er janvier 1859.

— M. Lauvergne, premier médecin en chef de la marine, à Toulon, a été promu au grade de directeur du service de santé, et M. Jules Roux, second chirurgien en chef de la marine, a été élevé au grade de premier chirurgien en chef.

— M. Paul Gaimard, ancien médecin en chef de la marine, vient de succomber à Paris à l'âge de 66 ans. Voyageur intrépide, M. Gaimard avait fait, de concert avec M. Quoy, inspecteur général honoraire de la marine, la relation zoologique officielle des voyages autour du monde de Freycinet (1824-1844) et de l'*Astrolabe* (1832). Il avait visité successivement la Russie, la Prusse, l'Autriche, puis l'Islande, le Groënland, la Laponie, le Spitzberg et les îles Feroë, et chacune de ces courses avait été marquée par des travaux d'histoire naturelle qui lui assurent une place distinguée parmi nos zoologistes modernes.

— L'Académie impériale de médecine de Wilna a célébré dernièrement avec beaucoup de solennité la cinquantième année de son existence. Cette Académie a été formée sous la féconde inspiration de Joseph Frank, en décembre 1806, et approuvée le 12 mai suivant par ordonnance impériale de l'empereur Alexandre Ier.

Pour resserrer davantage les liens qui doivent unir les savants, l'Académie de Wilna vient d'adresser à l'occasion de cette solennité un certain nombre de diplômes avec le titre de membre honoraire à plusieurs médecins de différents pays. Dix de nos confrères de Paris viennent de recevoir cette distinction. Ce sont MM. les docteurs Bouillaud, Fr. Dubois, Larrey, Michel Lévy, Mélier, Nélaton, Piorry, Raciborski, Rayer et Ricord.

— M. d'Esebeck, propriétaire des eaux d'Auteuil, vient de mettre à la disposition de l'administration de l'assistance publique cent litres de cette eau par jour.

— Nous recevons de M. le docteur Millard une lettre en réponse à quelques assertions qui le concernent contenues dans le discours que M. Bouchut a prononcé dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux.

Nous publierons cette lettre dans le prochain numéro.

— M. le professeur Piorry commencera, le vendredi 17 décembre, à l'hôpital de la Charité, une série de leçons sur l'exposition de la doctrine médicale anatomo-physiologique.

— M. le docteur Coursserant commencera son cours public et gratuit sur les maladies des yeux, le jeudi 16 décembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 148. — SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 148. — SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau cas d'ictère grave.

La question de l'ictère grave a été remise à l'ordre du jour par les recherches microscopiques récentes. Si les faits anatomo-pathologiques que le microscope a révélés ne jettent pas encore un jour complet sur la nature et le véritable caractère de cette affection, ils soulèvent du moins des questions qui ne sauraient désormais être négligées par les observateurs. Tout fait nouveau susceptible d'apporter son contingent de preuves pour ou contre les essais de théorisation nouvelle de l'ictère grave, doit être accueilli avec faveur. L'observation suivante, qui nous est communiquée par M. le docteur J. Barthe, médecin aide-major au 2e dragons, se recommande à ce titre à l'attention de nos lecteurs.

Le 24 octobre, M..., âgé de vingt-huit ans, soldat au 2e dragons, se présente à la visite atteint d'un ictère. Ce militaire est doué d'une assez bonne constitution, toutefois un peu usée; son tempérament est difficile à caractériser, quoiqu'il y ait un peu de prédominance de l'élément nerveux. Il exerce la profession de tailleur, qui, par les quelques petites ressources pécuniaires qu'elle lui procure, lui donne le triste avantage de satisfaire sa mauvaise habitude de boire tous les matins une certaine quantité d'eau-de-vie. Il vient de faire à pied une route de dix-huit étapes qui l'a beaucoup fatigué. Il raconte qu'il n'a jamais eu de maladie grave, et c'est la première fois qu'il est atteint d'ictère. Depuis quelques jours, ses digestions sont laborieuses, il éprouve un peu de douleur à l'épigastre, il accuse aussi des envies de vomir, un peu de céphalalgie, des dégoûts pour les aliments et de la constipation. La peau est légèrement colorée en jaune, il n'y a pas de douleur à l'hypochondre droit; langue saburrale, un peu rouge sur les bords; la pression détermine une sensation plutôt pénible que douloureuse à l'épigastre; le ventre est souple, pouls régulier à 60.

Le 24 et le 25, le malade prend un léger laxatif composé de 15 grammes de sulfate de soude dans du bouillon gras, qui produit un bon effet.

Le 26 et le 27, il y a une amélioration notable; le malade réclame à manger; tout fait espérer une marche naturelle et une guérison prochaine. Cependant, comme la langue est encore saburrale, il est prescrit un nouveau laxatif qui produit l'effet le plus satisfaisant.

A partir du 28, on ne revoit plus le malade, qui se croit guéri.

Le 5 novembre, il revient à la visite se plaignant d'inappétence et d'une constipation opiniâtre. Le pouls est régulier à 60; la langue est blanche mais humide; un peu de douleur à l'épigastre; rien de particulier au côté droit. Nouveau laxatif.

Le 6, le malade se trouve bien; la teinte ictérique de la peau a presque disparu.

Dans la nuit du 7 au 8, onze jours après l'apparition de l'ictère, le malade est pris d'une diarrhée très-forte qui l'oblige de descendre plusieurs fois aux lieux. Saisi par le froid, il éprouve des frissons intenses, auxquels succède bientôt une chaleur brûlante; sa peau devient presque subitement jaune foncé. Céphalalgie intense, prostration considérable, révasseries, subdélire.

Le 8, à trois heures du soir, le malade est dans l'état suivant: teinte ictérique très-prononcée; elle ne saurait mieux être comparée qu'à celle d'une orange qui commence à jaunir; pouls régulier, dépressible, petit, à 80; langue saburrale et sèche, peau chaude, sèche, âcre, comme électrique au toucher. Intelligence conservée, tendance au sommeil; un peu de stupeur; yeux injectés, pupilles dilatées, grande prostration des forces. La pression sur l'hypochondre droit détermine une légère douleur; pas de vomissements, plus de diarrhée. Le malade est envoyé sur-le-champ à l'hôpital, où on lui prescrit immédiatement deux verres d'eau de Sedlitz; eau de Seltz, cataplasmes.

Le 10, il y a un peu d'amélioration apparente; on constate par la percussion que le volume du foie est moindre qu'à l'état normal; il ne remonte guère qu'à 5 centimètres au-dessous du sein droit, et ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. On fait une application de huit sangsues; écoulement de sang très-abondant qui dure dix-huit heures, et qu'on a de la peine à arrêter.

Le 11, aggravation de tous les symptômes; le malade est dans un état de prostration très-considérable; stupeur, subdélire; il répond cependant aux questions qu'on lui adresse. — Révulsifs aux extrémités.

Le 13, la stupeur est plus prononcée; agitation, subdélire, coma. Mort à huit heures du soir. L'urination a fonctionné jusqu'au dernier jour; les urines étaient très-vertes et très-épaisses.

Autopsie trente-six heures après le décès. — Teinte de la peau jaune foncé, verdâtre; rigidité cadavérique très-prononcée; pas d'ecchymoses ni de lividités. On trouve dans le côté gauche de la poitrine des adhérences pleurales anciennes et quelques noyaux phlegmasiques dans le lobe supérieur du poumon.

Le cœur, d'un volume normal, est revêtu d'une couche graisseuse à la face antérieure, sur le milieu de laquelle se trouve une plaque presque cartilagineuse correspondant à une autre de même grandeur et de même nature située sur la paroi interne du péricarde, qui ne contient qu'une petite quantité de sérosité. Le tissu est flasque, décoloré, et ne renferme pas de caillots sanguins ou fibrineux.

Une certaine quantité de sérosité citrine est épanchée dans la cavité péritonéale (5 ou 600 grammes au moins). Péritoine sain, intestins ballonnés.

L'estomac offre des villosités très-prononcées, avec un aspect grisâtre de toute la muqueuse, que le manche du scalpel enlève avec la plus grande facilité; au-dessous on aperçoit un pointillé très-fin et des arborisations très-marquées, indiquant une inflammation chronique de la muqueuse. Rien de particulier dans le reste du tube digestif.

Le foie est évidemment diminué de volume; pas d'odeur; la face convexe du grand lobe est d'un vert foncé; le lobe droit est jaune dans toute son étendue; la face concave est marbrée de plaques jaunes et vertes; la vésicule biliaire est ridée et renferme une petite quantité de bile très-fluide. Rien dans les conduits hépatiques, cystique et cholédoque. A la face interne et dans le voisinage de la veine-porte il y a un ramollissement marqué du tissu hépatique, qui est plus rouge et plus friable; il se déchire très-facilement et n'a pas l'aspect granulé habituel. A la coupe, la glande hépatique est marbrée, rouge-clair dans les environs de la veine-porte et partout ailleurs, offrant des plaques variant du jaune-clair au vert foncé. Dans les points où la coloration jaune est plus prononcée, le tissu est exsangue et plus dur; il suinte comme une matière huileuse.

La rate est très-volumineuse, réduite en bouillie.

Le rein gauche seul a été examiné; son volume est à peu près normal, plutôt diminué qu'augmenté. Coupé de son bord libre à son hile, on remarque une coloration vert-foncé de la substance corticale, jaune-clair de la substance tubuleuse qui est ramollie et friable. Pus séreux, mais bien lié dans les calices et le bassinet.

Il n'a pas été possible de voir le cerveau.

Voici les réflexions que ce fait a suscitées à notre confrère :

Au point de vue des symptômes, dit M. Barthe, il est impossible de ne pas trouver qu'il y ait quelque analogie entre l'ictère malin et toutes les maladies qui résultent d'un empoisonnement, d'une altération profonde du sang, et particulièrement l'infection purulente, dont l'invasion, les symptômes, la marche, la terminaison et même un peu les altérations cadavériques, ont d'assez nombreux rapports.

Jusqu'à présent, il n'est point à ma connaissance que l'analyse chimique du sang ait été faite pendant la vie; elle n'a donc pas pu démontrer l'altération de ce fluide, mais la nature et la gravité des accidents, et par-dessus tout les hémorrhagies si fréquentes, épistaxis, hématémèses, hémorrhagies cérébrales, forcent à l'admettre.

Je crois, avec M. Ch. Robin, que si l'anatomie pathologique n'a pas signalé de lésions dans tous les faits qui ont été observés, cela tient à ce qu'on n'a pas cherché l'altération là où elle se trouve, c'est-à-dire dans le foie. — Il est probable que la transformation jaune, que les médecins allemands désignent sous le nom d'atrophie jaune aiguë, est la conséquence de la destruction des cellules hépatiques. D'après le fait qui vient d'être rapporté, cette transformation passerait par les trois degrés suivants :

Premier degré : ramollissement rouge, destruction des cellules hépatiques.

Deuxième degré : commencement de transformation du tissu caractérisée par une coloration marbrée résultant de l'imbibition de la matière colorante de la bile.

Troisième degré : transformation complète; elle est indiquée par la coloration jaune-clair et la présence d'une matière huileuse qui suinte à la coupe.

Mais le foie n'est pas le seul organe altéré : presque constamment les reins ont été trouvés malades; entre autres, M. Barthe rappelle un fait publié par M. le professeur Champouillon, dans lequel il y avait infiltration sanguine des deux reins, siégeant particulièrement aux calices et au bassinet.

Il rappelle également que dans les cas où l'on a essayé l'urine, on l'a trouvée très-chargée d'albumine, phénomène qui peut résulter soit d'une altération du sang, soit de la lésion de l'organe sécréteur.

Les noyaux phlegmasiques du lobe supérieur gauche méritent d'être signalés; ils démontrent que les lésions organiques ont porté sur plusieurs organes, et par cela même ils démontrent aussi que toute la maladie n'est pas dans le foie. Enfin, il faut mentionner que dans le cas actuel la rate était très-volumineuse et réduite en bouillie, comme cela a lieu, du reste, dans beaucoup de fièvres graves.

Aussi, en face de ces altérations microscopiques multiples, tout en faisant la plus grande part à celles du foie, est-il permis de se demander quel est le rôle de chacune d'elles et leur part d'influence dans la manifestation des phénomènes morbides; ne seraient-elles que consécutives à l'altération du foie?

La destruction des cellules hépatiques rend compte des symptômes qu'on observe dans l'ictère grave; on comprend, en effet, que la présence dans le sang d'une grande quantité de bile probablement modifiée, résultat de la suppression brusque et complète de la fonction biliaire, puisse être la cause de tous ces phénomènes morbides. Mais il reste alors à se demander quelle est la cause de la destruction des cellules hépatiques. Soulever cette question, dit en terminant M. Barthe, ce serait entrer de plain-pied dans le champ des hypothèses, où il est inutile de s'égarer.

Anesthésie faradique.

Les expériences d'anesthésie faradique que M. Morel-Lavallée a exécutées avec un si heureux résultat dans son service, et dont nous avons entretenu nos lecteurs dans l'un des derniers numéros, ont suscité l'idée à M. le docteur Fonssagrives de les répéter. Les résultats que notre savant confrère de Cherbourg en a obtenus sont, dit-il dans une note communiquée à l'Académie de médecine, et à laquelle nous empruntons les détails qui suivent, complétement confirmatifs de ceux qui ont été annoncés par l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Voici la relation concise de ces essais :

Le premier sujet opéré sous cette influence portait un panaris très-volumineux du pouce droit. Les douleurs étaient atroces, le gonflement énorme, et un large débridement était devenu impérieusement nécessaire. M. Fonssagrives se décida à essayer sur lui de la faradisation comme moyen d'anesthésie, mais sans attacher, ajoute-t-il, une bien grande importance à l'emploi de cette ressource.

Le résultat dépassa de beaucoup son attente. Le malade ne ressentit, en effet, d'autre impression que le fourmillement vibratoire déterminé par la recomposition des courants au sein des tissus. L'incision, qui fut très-profonde, dont l'étendue atteignit 4 centimètres, et que l'opérateur conduisit avec une lenteur calculée, passa si bien inaperçue, que le malade, dont la pusillanimité était exceptionnelle, et qui avait manifesté d'abord une frayeur lipothymique, demanda de lui-même, le lendemain, une nouvelle incision, qui fut jugée inutile.

Cette expérience a été renouvelée sur cinq hommes atteints de bubons syphilitiques ulcérés nécessitant des débridements plus ou moins étendus. Quatre d'entre eux n'ont manifesté ni par les contractions de leur visage ni par leurs assertions réitérées, le plus léger indice de douleur. Le dernier fit seul un mouvement brusque au moment du passage du bistouri, mais déclara ensuite qu'il n'avait pas senti qu'on le coupait; et une expérience contradictoire dans laquelle il fut soumis, sans nouvelle incision, à la seule impression des courants faradiques, produisit chez lui une sensation parfaitement identique : la division des tissus devait donc être mise hors de cause. Tous les cinq accusèrent un engourdissement dans le membre inférieur correspondant, mais quelques minutes après il n'en restait plus de traces.

Le fait brut de la possibilité de diviser les tissus à l'aide d'un bistouri électrique, paraît donc, ajoute M. Fonssagrives, d'une incontestable vérité, et le champ de ses applications pratiques peut-être mesuré dès à présent. L'anesthétisation faradique ne

peut songer à remplacer celle plus complète, plus suffisante, obtenue par le chloroforme; mais dans les cas si nombreux où cet héroïque agent ne doit pas être employé, soit à cause du peu de gravité et de durée des opérations, soit à cause de contre-indications exceptionnelles tirées de l'état général des sujets, l'électricité complète d'une manière fort heureuse les procédés d'anesthésie chirurgicale. Elle a sur les autres moyens d'anesthésie locale (glace, compression, éthers de diverses sortes) une immense supériorité, parce qu'au lieu d'agir uniquement à la surface, elle insensibilise chaque fibrille nerveuse, à quelque profondeur qu'elle se trouve, à mesure que le couteau la rencontre.

D'après les résultats qu'il a obtenus, M. Fonssagrives ne met pas en doute que pour des opérations peu importantes, une amputation de doigt, par exemple, on n'obtienne par ce moyen une anesthésie très-complète. La petite chirurgie lui paraît être surtout le domaine véritable de ce procédé d'anesthésie locale. Voici, en résumé, en quels termes notre confrère formule les applications dont ce procédé lui paraît susceptible :

1° Application du cautère par le bistouri (il a essayé d'appliquer la pâte de Vienne en recouvrant le caustique d'une pièce d'argent communiquant avec un des réophores, l'autre étant placé dans le voisinage; mais les résultats ont été équivoques; peut-être tiennent-ils à quelque chose de défectueux dans le procédé employé);

2° Scarification des ventouses, soit que les incisions soient faites avec le scarificateur Allemand, qui devrait alors être mis en communication avec l'un des pôles, soit avec le bistouri armé d'un réophore;

3° Passage du séton : un des conducteurs serait au centre de la mèche et attaché au chas de l'aiguille;

4° Constriction du pédicule de certaines tumeurs par un fil métallique que traverserait le courant.

M. Fonssagrives a employé, comme M. Morel-Lavallée, l'appareil de MM. Legendre et Morin; il lui paraît suffire pour tous les besoins de l'anesthétisation faradique.

DE LA FOLIE TRANSITOIRE HOMICIDE,

Par M. le Dr A. Devergie.

(Extrait du travail lu à la séance publique annuelle de l'Académie de médecine.)

Où finit la raison? où commence la folie au point de vue de la criminalité de l'action dans la folie transitoire homicide?

Tel est l'objet de cette lecture.

Le 10 novembre 1854, un jeune homme à peine âgé de dix-neuf ans, le fils d'un des négociants les plus considérables et les plus honorables de Bordeaux, dînait avec son père, qu'il chérissait, et sa belle-mère, pour laquelle il avait conçu dès l'âge de neuf ans de l'éloignement d'abord, et plus tard une aversion devenue de plus en plus profonde.

Le dîner, auquel devaient assister quelques amis, se passe sans incidents. Au dessert, le jeune Jules quitte la table. Il se rend au salon pour se chauffer. Le feu n'y avait pas été allumé. Il monte à sa chambre, prend son fusil et son chapeau de paille pour aller faire une promenade dans la campagne, ainsi qu'il en avait l'habitude après son dîner, lorsqu'une pensée de suicide, qui depuis un mois le tourmentait, surgit tout à coup dans son esprit, et tout à coup aussi se change en la pensée de tuer sa belle-mère.

Il jette son fusil, va chercher dans la chambre de son frère deux pistolets chargés depuis trois semaines, sans savoir comment ils l'ont été, alors qu'il a sous la main ses propres pistolets qu'il a chargés la veille.

Il descend dans la salle à manger, s'approche de sa belle-mère encore à table avec son mari, et lui décharge un des pistolets à la tempe.

Mme R... s'affaisse; le jeune homme recule immobile, appuyé contre le mur. Son père se lève pour se jeter sur lui, lorsque se réveille dans l'esprit de Jules le sentiment de sa propre conservation. Il fuit alors à travers la cuisine, au milieu des domestiques, qui accourent au bruit de la détonation, et il s'écrie : « Je suis un fou, un insensé, je viens » de tuer ma belle-mère ! »

Il sort de la maison, se rend chez le commissaire de police, et s'y constitue prisonnier, tout en lui rapportant les circonstances du fait.

Avant ce meurtre, et jusqu'à ce meurtre, la vie de ce jeune homme avait été régulière, on pourrait dire exemplaire : il fuyait même les jeunes gens de son âge ou les fréquentait peu, malgré son immense fortune. Il remplissait tous ses devoirs de fils; il avait tous les rapports affectueux de frère; son travail était régulier chez un banquier.

Si l'acte que le jeune Jules avait commis avait été un acte de folie, il y avait donc eu chez ce jeune homme un passage brusque, rapide, instantané de la raison à la folie, comme un retour instantané de la folie à la raison. C'était donc là un exemple très-tranché de cette espèce de folie que l'on a nommée *transitoire*.

Où avait été dans ce cas la limite entre la raison et la folie? par quelles nuances d'altérations les facultés intellectuelles avaient-elles passé pour opérer une pareille transition et atteindre des extrêmes si opposés? Voilà ce que nous aurons à rechercher. Toujours est-il que le jury de la cour impériale de Pau, à laquelle l'affaire fut renvoyée, adoptant la manière d'interpréter le meurtre que nous lui avions soumise MM. Gintrac et Delafosse (de Bordeaux), Calmeil, Tardieu et moi, a considéré le jeune Jules comme ne jouissant pas de son libre arbitre au moment de l'action, car il a prononcé un verdict d'acquittement pur et simple.

Qu'il y a loin, Messieurs, d'un pareil jugement, à cette époque encore peu reculée de nous où M. Dupin, alors avocat, écrivait en ces termes au préfet de police d'alors :

« La monomanie est une ressource nouvelle de la médecine. Mais » elle serait trop commode, tantôt pour arracher les coupables à la » juste sévérité des lois, tantôt pour priver arbitrairement un citoyen » de sa liberté. Quand on ne pourrait pas dire : Il est coupable, on » dirait : Il est fou, et l'on verrait Charenton remplacer la Bastille ! » (Marc, *De la folie dans ses rapports médico-judiciaires*, t. Ier.)

C'était au mois de mars 1826, et à l'occasion d'un sieur D..., supposé détenu *arbitrairement* à Charenton. Or cet individu monomane avait pour idée fixe, depuis 1804 jusqu'à l'époque que nous venons de citer, d'être aimé de toutes les princesses françaises. Il leur remettait ou jetait dans leur voiture des lettres dans lesquelles il retraçait tous ses souvenirs amoureux. Il avait déjà été l'objet de cinq arrestations, et cependant il jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles sur tout autre sujet. C'était un homme lettré, et c'est ainsi que le célèbre Dupin avait été conduit à l'erreur.

Qu'il y a loin aussi de ce temps où une des personnes les plus éminentes dans la magistrature disait à Marc, à l'occasion d'un procès du genre de celui de la cour impériale de Pau : « Ce sont des fous, mais ce sont de ces folies qu'il faut guérir en place de Grève. »

La science de l'aliénation mentale a donc fait de bien grands progrès, pour que ses doctrines aient pénétré jusque dans l'esprit des personnes les plus étrangères à la médecine, pour s'être fait entendre et comprendre à la fois.

Quelles données a-t-elle donc fournies? quels préceptes a-t-elle posés? Ces données et ces préceptes peuvent-ils diriger le médecin dans l'appréciation des faits, de manière à mettre en lumière ce qui autrefois était l'objet de la dénégation la plus absolue, puisque ces idées trouvaient dans l'opinion générale la répulsion la plus complète. C'est là ce que nous croyons devoir rechercher. Et afin de montrer quelle distance nous sépare du passé, faisons un appel au passé. (Ici l'auteur rappelle les travaux de Pinel, d'Esquirol, de Ferrus, de Georget, de Marc, etc.

Ainsi, ajoute-t-il, dans une courte période de trente ans au plus, nous sommes passés de l'incrédulité, je dirai plus, de l'ignorance la plus profonde dans les nuances de la folie, à un état tel qu'un jury a pu accepter comme évidemment fondées, non-seulement les idées délirantes sur un seul point (monomanie), mais encore ces aberrations même passagères de la raison, qui, aux yeux du monde, transformaient autrefois l'homme probe en un criminel d'autant plus profond qu'il avait porté la perversion du cœur jusqu'à cacher pendant de longues années, par les dehors de la conduite la plus irréprochable, la scélératesse de son action.

Ce ne sont plus les avocats qui font appel à la science pour venir en aide à leurs clients, ce sont les magistrats qui, frappés de l'énormité du crime, en présence du faible intérêt qui a pu diriger son auteur, s'adressent aux hommes de l'art, et les interrogent sur la criminalité ou la non-criminalité de l'action.

Toutefois, si la monomanie ou la folie délirante sur un seul point avec ses nuances, ses variétés de monomanie *orgueilleuse*, *homicide*, *suicide*, *incendiaire*, *contagieuse*, ou *par imitation*, est généralement acceptée par les magistrats et les jurés, comme entraînant avec elle une idée délirante fixe, irrésistible, qui enchaîne la liberté morale et la domine tout entière, il faut dire que c'est surtout dans les cas où la monomanie est accompagnée d'hallucinations, et dont Esquirol a cité entre mille un exemple frappant.

En dehors de ces cas d'hallucinations qui compliquent certaines monomanies avec tendance à l'homicide, il y a bien encore quelquefois doute pour un certain nombre de magistrats et d'hommes du monde, surtout lorsqu'ils s'en rapportent à leur propre jugement, quelles que soient d'ailleurs leur capacité et leur profonde instruction. Le fait suivant, que j'emprunte au docteur Rennes (de Bergerac), vous donnera la mesure des erreurs graves auxquelles les magistrats peuvent être conduits lorsqu'ils ne croient pas devoir invoquer le concours des médecins.

Le sieur Beaupuy, homme honnête et poussant la probité jusqu'au rigorisme, chérissant sa mère et l'entourant de tout son amour, s'était marié avec une de ses cousines; mais il lui avait déclaré peu de temps après son mariage que, si elle avait des enfants, il se séparerait d'elle.

Que l'on juge de l'accueil que reçut le docteur Rennes, lorsque, appelé plus tard à accoucher la jeune femme, il vint tout radieux annoncer à Beaupuy l'heureuse délivrance de la mère ! Quelque temps après, elle était renvoyée dans sa famille, ainsi que son enfant, qu'il chercha bientôt à déposséder de ses biens paternels.

La mère de Beaupuy succomba. Très-adroit de ses mains, très-ingénieux d'ailleurs, cet homme fabriqua un cercueil en bois et un cercueil en plomb, il y plaça sa mère, et enferma ces restes funèbres dans un four de sa propre maison.

Bientôt il se croit entouré d'espions et d'ennemis; il ne sort qu'armé jusqu'aux dents, et répand la terreur autour de lui. Il suppose ensuite que l'on veut l'empoisonner; alors il achète ses provisions, prépare ses aliments, se sert lui-même, et ne permet à aucun domestique d'entrer dans sa maison. Il y accumule poudre, plomb, fusils, tout prêt à se défendre contre une invasion et à incendier sa maison, sauf à s'y faire sauter la cervelle au milieu des flammes.

Il vend un bien qui lui reste, et porte constamment dans la forme de son chapeau les 40,000 francs qui en sont le prix, de manière qu'il n'en puisse rien revenir à sa fille.

Un an s'écoule dans ce désordre de l'intelligence. Arrive le jour de la Toussaint. Beaupuy a été surexcité. Il rencontre un domestique qui, un an auparavant, avait été obligé de se cacher pour éviter les suites de sa vengeance. Il lui tire deux coups de fusil, et lui traverse l'un des bras de deux balles. Un autre domestique accourt au secours du blessé, Beaupuy lui fracasse la jambe et les reins.

Alors il rentre chez lui, saisit une mèche incendiaire, va mettre le feu à la grange de son voisin, et incendie ensuite sa propre maison.

Chacun s'empresse d'apporter du secours; mais Beaupuy, de l'une de ses fenêtres, décharge successivement huit coups de fusil sur les personnes qui approchent des deux foyers d'incendie. Il pousse à chaque coup de feu des cris stridents qui ressemblent aux éclats d'un rire infernal.

Bientôt l'incendie de sa propre maison fait des progrès. Une explosion a lieu. Ce sont les amas de poudre qui ont pris feu. Enfin ce fou furieux disparaît au milieu des flammes.

Et au milieu de ces décombres, que reste-t-il intact? Seul, le cercueil de sa mère.

Voilà l'homme dont le chef du parquet n'avait pu reconnaître la folie deux mois auparavant. C'est qu'en effet, dans ses moments de calme, et en dehors de ses idées fixes, Beaupuy avait la conversation la plus régulière, certain charme même dans la parole. Il discutait à merveille sur tout autre sujet. C'est qu'enfin il ne suffit pas d'intelligence et de sagacité pour juger un cerveau sain ou malade, il faut encore avoir par devers soi l'observation suivie des malades atteints de toutes les formes variées de la folie.

C'est en définitive un immense progrès que d'avoir mis à l'état de pratique habituelle l'examen médico-légal en fait de question d'aliénation mentale. Et si nous nous reportons à l'espèce d'aliénation qui fait l'objet de cette lecture, *la folie transitoire*, ne devons-nous pas considérer comme un véritable triomphe pour la science d'avoir pu obtenir l'acquittement du jeune homme de Bordeaux dont j'ai retracé l'acte criminel en apparence au début de cette note?

Les médecins d'aliénés admettent en effet aujourd'hui qu'en dehors de la démence, de la manie et de la monomanie, il existe une folie instantanée, passagère, qu'ils appellent *transitoire*, et en vertu de laquelle un individu sain d'esprit jusqu'alors, au moins en apparence, peut se livrer tout à coup à un acte homicide, et rentrer aussi brusquement à l'état de raison.

Cherchons donc à préciser ce qu'il faut entendre par folie transitoire.

Ce n'est pas cette espèce de folie, à laquelle Marc et quelques autres médecins ont donné ce nom, c'est-à-dire à celle qui se montrerait accidentellement chez les individus épileptiques, ou chez ceux adonnés à l'ivresse. Au moins nous ne la comprenons pas ainsi. Lorsque l'acte délirant vient à se manifester à la suite de l'épilepsie ou de l'ivresse, les actes de folie se succèdent *jusqu'à* l'accomplissement de l'acte criminel, et les traces du délire persistent encore pendant un certain laps de temps *après* l'acte accompli.

Est-ce la folie transitoire, celle qui survient à la suite de passions persévérantes, comme les passions persévérantes conduisent à la monomanie?

Ce n'est pas encore là ce que l'on doit désigner sous ce nom. Le meurtre commis sous l'influence du *fanatisme*, de l'*orgueil*, de la *haine*, de la *jalousie*, de la *colère*, de l'*amour*, a sa cause permanente *connue*, qui agit d'une manière incessante sur la liberté morale, qui parvient à la dominer, à la vaincre, pour se traduire en un acte criminel.

Les passions violentes abrutissent le jugement, mais elles ne le *détruisent* pas.

Elles conduisent l'esprit à des résolutions extrêmes, mais elles ne le trompent pas.

En un mot, l'homme agit alors sous l'influence de penchants qui finissent par dominer plus ou moins ses actions, mais il a la *conscience* des actes qu'il exécute; il en apprécie la portée et les conséquences; seulement, entraîné par les passions qui ont dicté ses actes, il fait bon marché de sa conscience.

En assimilant les passions à l'aliénation mentale, a dit Bellart (plaidoyer pour l'affaire Gras), on justifie l'immoralité, on la place sur la même ligne que le malheur. L'homme qui agit sous l'empire d'une passion a commencé par laisser corrompre sa volonté. Celui qui agit sous l'influence de l'infortune, obéit comme une machine à une force dont il ne peut combattre la puissance.

Enfin, il ne faut pas appeler folie transitoire homicide cet état de l'esprit qui est né sous l'influence d'une nature originellement mauvaise, pour laquelle ni l'*éducation*, ni les *préceptes*, ni les *exemples*, ni les *contacts*, ni même une position sociale quelquefois *austère*, n'ont rien fait, et dont l'individu si malheureusement né a tout méconnu pour arriver peu à peu jusqu'à l'infamie.

Si, dans quelques-uns de ces cas, le mobile à l'action ne justifie pas l'action elle-même, le *doute* peut s'élever dans l'esprit du médecin, mais l'acte criminel ne saurait être alors qualifié de folie transitoire, parce qu'il a été peu à peu préparé par toutes les conséquences sociales d'une nature essentiellement vicieuse.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer, prises isolément ou dans leur ensemble, expliquent parfaitement, au point de vue médical, l'idée délirante, moralement et légalement parlant; elles expliquent jusqu'à un certain point cette éruption brusque d'un acte de délire, et peuvent motiver dans un certain nombre de cas l'admission de circonstances atténuantes.

Mais en dehors de la folie née sous l'influence de ces causes, il peut se montrer un autre mode d'aliénation auquel on doit donner le nom de folie transitoire, c'est-à-dire sans prodromes apparents, sans cause prochaine ou éloignée, appréciable pour tout le monde, surgissant aussi brusquement que l'explosion de la foudre, et cessant complétement avec l'acte criminel. N'est-ce pas l'histoire du jeune homme qui fait le sujet de cette lecture, et la relation sommaire que nous avons faite de son acte réputé criminel, ne dépeint-elle pas suffisamment l'espèce de délire auquel nous voudrions voir attacher cette dénomination?

Aucun mobile à l'action, soit dans des passions non suffisamment réprimées, soit dans des idées exagérées acquises. Antécédents et mœurs irréprochables, absence d'hallucinations, explosion de la folie se traduisant par un acte criminel, et retour instantané à la raison aussitôt l'acte accompli.

Voilà, suivant nous, les caractères de la *folie transitoire*.

Cependant, ce mot *transitoire*, parfaitement juste pour le monde, en ce sens que la folie n'est que passagère, quoique l'acte accompli soit de sa nature le plus criminel, ne nous paraît pas d'une signification exacte pour le médecin. Les individus de cette catégorie ne doivent pas être considérés comme sains d'esprit lorsque brusquement surgit l'idée du crime, lorsque cette idée a constitué chez eux la pensée dominante, irrésistible, plus forte que le moi, plus forte que la volonté.

Des antécédents de famille, divers actes de la vie sociale, des penchants, des goûts plus ou moins pervertis, des tendances à la taciturnité, à l'isolement, des idées de suicide, s'étaient montrés le plus souvent depuis plusieurs années, et ils avaient précédé l'explosion de l'idée criminelle, irrésistible.

De sorte que dire que le passage de la raison à la folie puisse être

brusque, instantané, pour le médecin, c'est commettre une erreur. Cet état a ses prodromes comme toute maladie, et, suivant nous, si ces prodromes n'existaient pas, il nous serait impossible de voir dans l'action réputée criminelle un acte de folie.

Aussi M. Lelut (*Recherches des analogies de la folie et de la raison, Gaz. méd.* de 1834) a-t-il dit avec beaucoup de vérité, à l'égard de cette espèce de folie, qu'à son point de départ, et dans les dispositions mentales qui en sont la cause prédisposante, organique ou constitutionnelle, la raison est déjà de la folie et la folie est encore de la raison.

C'est là, pour le médecin, un des premiers éléments de la solution de la question.

Une seconde donnée d'un grand intérêt au point de vue maladif et moral, c'est la disproportion qui existe entre l'énormité de l'acte accompli et le mobile ou l'intérêt à le commettre. Si l'on parcourt tous les procès criminels qui ont pu être intentés à l'occasion de pareils actes, et qui ont été d'ailleurs diversement jugés, mais qui pour le médecin étaient des actes de folie, on verra que le mobile à l'action n'était pas en rapport dans ses conséquences avec l'action elle-même.

En d'autres termes, l'accusé, en commettant le crime, avait en perspective l'échafaud, et dans le cas même de l'impunité, il ne retirait le plus souvent aucun avantage matériel ou moral de l'acte auquel il s'était livré.

Or tout acte grave de l'homme sain d'esprit a un but. Le but à atteindre a d'autant plus d'intérêt qu'il conduit à des conséquences plus importantes. Lorsque pour conséquence de l'acte l'individu met sa vie pour enjeu, c'est qu'il trouvera en échange des avantages matériels ou moraux plus ou moins considérables, et dont il devra largement profiter.

S'agit-il des conditions dans lesquelles s'est placé l'individu pour accomplir l'acte réputé criminel? On est frappé de l'imprévoyance qui a présidé à l'accomplissement comme aux préparatifs de cet acte. Le plus souvent même rien n'a été concerté à l'avance, et l'acte criminel a été commis dans les circonstances les plus propres à mettre l'attentat en évidence. Ainsi, ni le jour, ni le moment, ni le moyen, n'auront été l'objet d'aucune préméditation. Il y a plus, l'acte criminel aura pu avoir été accompli dans le moment le plus défavorable, alors que l'inculpé avait mille occasions d'en cacher plus ou moins l'origine.

Loin de se soustraire à la justice, l'individu aliéné, homme honnête d'ailleurs, comprenant aussitôt l'énormité du crime qu'il vient involontairement de commettre, va quelquefois, je dirai presque le plus souvent, s'y livrer. C'est qu'alors l'idée dominante a brusquement cessé d'être, la liberté morale a repris son empire, le soi-disant criminel a cessé d'être fou.

Si l'on porte ses investigations sur l'état mental des aïeux paternels ou maternels de l'inculpé, il n'est pas rare de rencontrer un ou plusieurs membres de la famille qui se sont suicidés ou qui ont eu quelque atteinte plus ou moins durable d'aliénation mentale.

Sénèque a dit : *Nullum magnum ingenium, sine mixturâ dementiæ.*

Sénèque avait été trop loin; mais Napoléon a dit vrai lorsqu'il a avancé cette proposition, qu'entre un homme de génie et un fou il y a à peine l'épaisseur d'une pièce de *six liards*. L'antiquité nous offre dans Socrate, Pythagore, Démocrite, la preuve de l'exactitude de cette assertion; et parmi les grands hommes des temps modernes, Le Tasse, Pascal, Rousseau, la justifient à plus d'un titre.

Si je ne craignais pas, dit M. Lelut (*Démon de Socrate*, p. 18), de renouveler des douleurs contemporaines, je montrerais l'art, la littérature, la science, ayant, à l'heure qu'il est, des représentants assez nombreux dans les asiles ouverts au trouble de la raison.

C'est qu'en effet le génie, après s'être abandonné à ses inspirations extrêmes, n'a plus qu'un pas à faire pour franchir la limite qui sépare la pensée de l'exaltation morbide. Le fil trop tendu peut se briser, et alors l'artiste, le poëte, le savant, le philosophe, se sont changés en un pauvre insensé. Tout à l'heure ils étaient la gloire du monde, actuellement ils sont l'objet de sa pitié!

Eh bien, si l'on passe en revue les personnes qui ont été atteintes de folie transitoire, on les trouve généralement dans des conditions tout opposées. Peu d'éducation, peu de moyens, intelligence bornée, taciturnité; en un mot, ensemble monotone et du physique et du moral.

Enfin, et c'est un contrôle d'une grande valeur, si l'on envisage le fait accompli à deux points de vue opposés, l'hypothèse d'un acte criminel, l'hypothèse d'un acte de folie, il faut, pour que l'une d'elles soit fondée, que l'on puisse expliquer tous les faits sans effort, tandis que l'autre présente une succession d'invraisemblances qui frappe tout d'abord le jugement et qui éloigne de la réalité.

Cette dernière méthode est pour la médecine la voie qui conduit le plus sûrement à une saine appréciation. C'est par elle que le doute se dissipe, que la conviction se forme, que la conscience s'éclaire.

C'est elle qui permet de porter la lumière dans l'esprit des magistrats et des jurés. C'est à elle que nous devons d'avoir fait prononcer l'acquittement du jeune Jules (de Bordeaux).

..... Si je suis entré dans ces détails, c'est que, dans ces sortes de cas, le rôle du médecin est tout à fait exceptionnel. Il n'est pas seulement consulté sur un point du procès dont la solution entrera pour un chiffre de ..... dans la balance de la justice; c'est la question tout entière, c'est tout le procès; magistrats et jurés s'effacent, pour ainsi dire, devant la décision qu'il va prendre; le médecin prononce de fait sur la culpabilité ou la non-culpabilité de l'accusé. Par lui et avec lui le crime a cessé d'être ou le procès va s'instruire.

En présence d'une telle responsabilité, n'est-il pas d'un puissant intérêt pour la science de bien spécifier les formes morbides qu'elle reconnait, et de poser des jalons capables d'en établir les caractères dominants?

C'est là ce qui nous a déterminé à tracer les caractères de ce que l'on doit entendre, suivant nous, sous le nom de folie transitoire, expression vague, élastique, qui doit être limitée aux cas analogues à celui que nous avons cité.

..... Si nous nous demandons, à l'égard de la folie transitoire, *où finit la raison, où commence la folie*, question si souvent posée par les médecins, quoiqu'elle ne puisse recevoir de solution, nous dirons qu'il faut d'abord établir une distinction entre le *délire* de la folie et la folie elle-même. L'explosion du délire a lieu longtemps après l'invasion de la folie; elle se fait d'une manière brusque et soudaine.

Quant à la folie en elle-même, il est impossible de poser la limite qui la sépare de la raison. Elle se traduit par des raisonnements et des actes successifs, qui pour le monde sont des actes plus ou moins raisonnables ou plus ou moins déraisonnables, mais qui pour le médecin sont des actes plus ou moins imminents de la folie; encore ces raisonnements et ces actes sont-ils au début si *faiblement* accusés, qu'il faut toute la sagacité du médecin pour en apprécier l'importance et la gravité.

Celui-là même qui a accompli un acte réputé criminel, sous l'influence d'une folie transitoire, doit donc être considéré tout aussi fou après comme avant l'acte accompli, malgré le retour à la raison, car pareille tendance peut tôt ou tard naître dans son esprit malade, et avoir le même résultat.

D'où, en définitive, cet enseignement : que le médecin de la famille ne saurait trop appeler l'attention des parents sur ces excentricités de caractère et de conduite que l'on attribue souvent à de l'originalité, et qui ne sont qu'une dépendance d'un commencement de dérangement d'esprit. Combien d'explosions de la folie seraient prévenues par une hygiène, une éducation physique et morale spéciale et appropriée à chacun de ces cas! — Ne serait-ce pas là un beau sujet d'étude, que celui de l'hygiène préventive de l'aliénation? Certes, la folie sans antécédents de famille a tous ses points de départ dans l'organisation innée, dans l'éducation et dans la vie sociale. Mais combien de descendants de parents fous et idiots, chez lesquels on pourrait prévenir l'explosion de la folie, en dirigeant leurs études, leur existence, leurs rapports sociaux, leur vie de relation, de manière à prémunir les facultés intellectuelles des atteintes qui naissent de tous les frottements et de tous les contacts de la société.

Et maintenant, si vous voulez vous rappeler qu'en 1826 M. Dupin disait que la monomanie était une ressource nouvelle de la médecine; si par la pensée, vous voulez vous reporter en 1833, dans cette enceinte, où, à l'occasion d'une séance solennelle de l'Académie, Marc accumulait fait sur fait, raisonnement sur raisonnement, pour démontrer non-seulement que la monomanie existait, mais qu'elle pouvait se traduire à l'état de monomanie raisonnante; si en regard de ce passé, vous placez la folie *même transitoire*, reconnue aujourd'hui non-seulement par les médecins, mais encore par les magistrats et les jurés, ne devez-vous pas vous féliciter avec nous des progrès immenses que la science de l'aliénation mentale a faits sous le rapport médico-légal! Ces progrès, elle les doit aux efforts persévérants de la génération actuelle, dont j'aurais craint de blesser la susceptibilité en citant des noms qui appartiendront un jour à l'histoire de la science. Ce sont ses efforts persévérants qui ont évité et éviteront encore bon nombre de ces châtiments sociaux qui impriment le sceau de l'infamie non-seulement sur la tête d'un innocent, mais encore sur la famille tout entière, alors qu'il faut n'en accuser qu'un cerveau malade.

Voilà ce que l'on doit aux médecins aliénistes de notre époque, à ces hommes dont la vie se passe dans la froide observation de la plus cruelle des infirmités humaines, et le plus souvent sans espoir de recueillir un jour de leurs malades ces témoignages de reconnaissance qui honorent souvent plus le médecin que la fastueuse récompense de la fortune!

PROGRAMME DES PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE dans sa séance annuelle du 14 décembre 1858.

PRIX PROPOSÉS POUR 1859.

Prix de l'Académie. — « De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. »

En formulant cette question, l'Académie s'est proposé d'appeler l'attention des concurrents : 1° *Sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles, etc.; 2° *sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — « Anatomie pathologique des étranglements internes, et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire : étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Capuron. — « De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Bernard de Civrieux. — « Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique. »

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 2,500 fr.

Prix de chirurgie expérimentale, fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1860.

Prix de l'Académie. — « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peuvent entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme; quels sont les moyens de remédier à ces accidents? »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et applications pratiques qui en découlent : c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix Bernard de Civrieux. — « Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. »

A l'article du diagnostic, les concurrents devront insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.*

« Des paralysies puerpérales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales.*

« Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Lefèvre. — « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. »

L'Académie, en limitant ainsi la question, désire que les concurrents l'envisagent uniquement au point de vue médical et s'appuient sur des observations cliniques.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Orfila. — Ce prix, qui ne pourra jamais être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale.

L'Académie propose la question suivante :

Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique.

L'Académie désire que les concurrents étudient autant que possible :

1° Les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire : l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur les qualités des champignons comestibles.

2° La possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux ou de les neutraliser, et dans ce dernier cas ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'il a subie.

3° L'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer.

4° Les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie dans les cas d'empoisonnement.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1859 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera par ce seul fait exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat, sont seuls exceptés de ces dispositions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 décembre 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

M. le président annonce la nouvelle perte que la Société vient de faire en la personne de M. Bonnet (de Lyon), membre correspondant.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Houel dit qu'il a examiné, au Musée Dupuytren, la tumeur fibreuse dont M. Richet avait parlé dans la dernière séance.

Le prétendu ramollissement central auquel faisait allusion M. Richet, est constitué par un kyste qui occupait le centre de la tumeur.

Note sur les fractures en V. — M. Houel communique le travail suivant :

« M. Gosselin, en vous montrant les pièces envoyées par M. Lizé, a profité de cette occasion pour insister de nouveau sur la variété de solution de continuité des os qu'il vous a décrite sous le nom de fracture en V. Il vous a dit lui-même, dans son rapport, que cette variété de solution de continuité osseuse n'était point une *querelle de mots*, mais qu'elle pouvait modifier profondément le pronostic de cette forme de fracture, sans quoi il ne s'en serait point occupé. Je ne puis que m'associer à cette manière de voir, et c'est précisément parce que je reconnais l'importance de l'innovation apportée par notre collègue, que je me permettrai de discuter son rapport.

» Appelé que je suis par ma position et mes études spéciales à voir la plupart des cas pathologiques qui existent dans les hôpitaux et même dans la ville, j'ai pu me faire peut-être une idée plus complète que M. Gosselin sur le mécanisme des fractures en V; mais avant tout il faut s'entendre sur la valeur des mots, et voir les idées que leur attachent leurs auteurs.

» J'avoue que lorsque M. Malgaigne, dans son remarquable *Traité des fractures*, est venu révoquer en doute l'existence des fractures transversales pour leur substituer le nom de fractures dentelées, j'ai d'abord été étonné. Je me suis demandé, sans vouloir remonter plus loin dans l'histoire de la science, si Boyer et ses successeurs n'avaient point désigné avec M. Malgaigne une seule et même lésion seulement en employant un nom différent, tout en reconnaissant que celui proposé par M. Malgaigne peignait mieux à l'imagination la réalité de la lésion.

» Lisant alors le texte de Boyer, j'ai pu me convaincre qu'il en était ainsi, car le célèbre chirurgien de la Charité, étudiant la question *relative à la direction suivant laquelle l'os est cassé*, reconnaît des différences qui se rapportent à l'axe de l'os, et dit : « On la nomme » transversale quand l'os est partagé par une rupture transversale à » sa longueur. » Malheureusement il ajoute : « On lui donne aussi le » nom de fracture en rave. » Et c'est sur cette dernière partie qu'a existé toute la dissidence.

M. Nélaton (1844), étudiant la direction des fractures, dit : « On observe rarement sur les os une solution de continuité régulière ; le » plus souvent on rencontre des dentelures, des angles rentrants, des » courbures unies à des divisions rectilignes. Pour déterminer la di» rection de la fracture, on ne tient compte que de la direction des » plans de la solution de continuité envisagée dans son ensemble, et » l'on néglige toutes les irrégularités qu'elle peut présenter. »

» Il résulte des citations que je viens de faire que Boyer, et surtout M. Nélaton, me paraissent avoir eu une connaissance assez nette, assez précise de la fracture transversale que M. Malgaigne (1847) a désignée sous le nom de *dentelée;* mot heureux, car s'il ne constate pas un progrès réel, en rappelant à l'observateur la disposition de la fracture, il a encore l'avantage d'indiquer que ces dentelures peuvent s'opposer à une réduction exacte. Je crains donc que M. Malgaigne ne soit allé trop loin :

» 1° En supposant que Boyer ait toujours voulu voir sous le nom de fractures transversales une fracture en rave ;

» 2° En niant formellement l'existence des fractures en rave, le célèbre professeur de médecine opératoire s'est basé, pour cette dernière assertion, sur ce qu'il n'en avait jamais vu, et qu'il n'en existait point d'exemples dans les musées.

» La Société de chirurgie ne peut partager aujourd'hui une opinion aussi absolue à l'égard des fractures en rave, Gerdy lui en ayant apporté un exemple remarquable qui avait pour siége le tibia, et qui est consigné dans nos Bulletins.

» M. Gosselin, cherchant à établir la différence qui existe d'après lui entre les fractures obliques et en V, considère, dans son rapport, les fractures du fémur et du tibia que vous a adressées M. Lizé comme n'étant point des fractures obliques telles que nous les ont transmises les auteurs classiques, et il dit : « Je ne sais si je m'abuse, mais il » me semble que sous ce nom de fractures obliques on nous désignait » des solutions de continuité dont le trait était supposé dans le même » plan sur les deux fragments, ou mieux était disposé de telle façon » qu'on eût pu le reproduire par un trait de scie. » — Et plus loin il ajoute, pour les fractures de M. Lizé : « Sur aucune le trait n'est » exactement dans le même plan sur les deux fragments ; toutes, pour » être imitées sur des os de même nature, nécessiteraient deux ou » plusieurs traits de scie. »

» J'avoue qu'en lisant ces lignes, je me suis demandé si M. Gosselin ne s'était point laissé entraîner, s'il avait bien médité la définition des fractures obliques donnée par nos maîtres, et la Société, j'en suis convaincu, reconnaîtra dans les pièces de M. Lizé, citées par M. Gosselin, ce que nous étions tous dans l'habitude de désigner sous le nom de fractures obliques. Si cela est exact, M. Gosselin a néanmoins le mérite de les avoir mieux décrites, mieux étudiées que ses prédécesseurs, et surtout d'en avoir fait connaître la gravité. Plus rigoriste ici que M. Malgaigne, il a voulu avec Gerdy voir dans les fractures obliques une division nette, précise, en quelque sorte mathématique, à laquelle ne peut évidemment point se prêter une solution de continuité osseuse traumatique. S'il en était ainsi, ce serait le cas de dire qu'il n'existe point de fracture oblique, du moins telle que semble l'entendre M. Gosselin dans son rapport.

» Dans la fracture en V de M. Gosselin, qui est si commune aujourd'hui depuis qu'on la recherche, ce qui me paraît encore militer en faveur de l'opinion qui la rattache à la fracture oblique des anciens, c'est que l'on peut établir deux variétés, distinction importante au point de vue du diagnostic et du traitement. Ces deux dernières conditions, il faut le reconnaître, ont été pour M. Gosselin le principal mobile dans une révision plus exacte de la direction des fractures. Quelquefois, en effet, la fracture en V n'est qu'une variété de la fracture spiroïde de Gerdy, avec une dent longue en forme de pointe ou d'épée, ce qui lui a fait donner par le regrettable professeur le nom de fracture *pointue*. D'autres fois, c'est une véritable fracture oblique avec une extrémité tronquée ; la première variété est de beaucoup la plus commune. Je me propose de les examiner séparément avec pièces à l'appui, leur pronostic me paraissant offrir de notables différences.

» La première variété, celle que je rapporte à la forme dite spiroïde de Gerdy, et qui s'observe spécialement sur la partie supérieure de la diaphyse du fémur et sur le tibia, a ceci de remarquable que la fracture oblique qui la constitue contourne en spirale l'os, et arrivée à une certaine hauteur, elle se décompose ou change seulement de direction, remonte brusquement sur l'os de bas en haut, et détache quelquefois une large esquille qui appartient au fragment supérieur. M. Lizé vous en a présenté un exemple, et le musée Dupuytren en renferme deux autres. M. Malgaigne a très-bien décrit cette esquille, que j'ai toujours trouvée identique et d'un gros volume.

» Sur la partie moyenne du tibia, la fracture oblique spiroïde, quoique appartenant à la même variété que la précédente, ne présente pas généralement les mêmes caractères qu'au fémur. Du point de décomposition du trait principal de la fracture, part une solution de continuité plus ou moins oblique de bas en haut, il est vrai, qui divise complétement l'os, mais ne remonte que rarement très-haut. Il résulte de cette disposition une forme particulière du fragment supérieur, qui constitue le V plein décrit par M. Gosselin, lequel, d'après cet auteur, agirait sur le fragment inférieur, et en particulier sur la moelle des os, qu'il contusionnerait.

» Cette contusion médullaire ne me paraît point aussi bien démontrée qu'à notre collègue, car dans tous les cas de fracture oblique que j'ai eu occasion d'examiner sur le cadavre, sans qu'il y ait eu de tentative de réduction, j'ai toujours observé que la pointe du fragment supérieur a plus de tendance à se porter du côté de la peau, dans l'épaisseur des muscles, que du côté du canal médullaire ; c'est aussi ce qui me paraît résulter des observations consignées dans les auteurs.

» M. Gosselin, qui dans ces fractures a bien reconnu sur le fragment inférieur l'existence à peu près constante d'une fissure, pense, invoquant toujours le même mécanisme, qu'elle est le résultat de l'action de la pointe du V plein, action qu'il croit encore être augmentée par un mouvement de torsion de ce fragment; mais s'il en était ainsi, il faudrait que dans la plupart de ces cas le fragment supérieur agît avec une certaine force. Et si on admet, comme j'ai cherché à l'établir, qu'il se porte ordinairement en dehors, qu'il ne contond point la moelle, à plus forte raison il sera difficile de supposer qu'il agisse avec assez de force pour produire une fissure du fragment inférieur ; fissure qui a une importance capitale dans cette variété de solution de continuité osseuse, et qui a encore ceci de remarquable, c'est de se reproduire avec une telle fidélité, que si vous voyiez séparément les pièces que j'ai l'honneur de vous soumettre, vous pourriez croire voir toujours la même.

En effet, sur toutes ces pièces, la fissure du fragment inférieur part directement du sommet du V creux de ce fragment, et elle est manifestement la continuation de la fracture principale qui s'est décomposée au niveau où l'os a été fracturé dans toute son épaisseur. Cette fissure, véritable extension de la fracture spiroïde, continue pour la direction la fracture du fragment supérieur, contourne l'os, gagne les faces postérieures, pénètre dans l'articulation tibio-tarsienne, et détache de la partie postérieure et inférieure du tibia une large esquille triangulaire, dont la base répond en bas. C'est cette communication articulaire qui, si elle n'est point recherchée avec soin, peut devenir une complication grave de ces fractures.

» Quelques chirurgiens qui ont constaté isolément cette esquille, ont pensé qu'elle résultait d'une pression du calcanéum contre le bord postérieur du tibia ; mais la constance de sa forme, de son étendue, et sa continuité par un des bords avec la fracture spiroïde me font croire qu'elle est une dépendance de la fracture principale. Avant que M. Gosselin ait attiré l'attention des chirurgiens sur la fracture en V, je ne sache pas que cette esquille ait jamais été signalée comme complication possible des fractures du tiers inférieur du tibia; aujourd'hui elle devra toujours être soupçonnée, recherchée avec soin, ainsi que l'état de l'articulation.

» Dans la seconde variété, celle dans laquelle le sommet du V forme, au lieu d'une pointe, un cône tronqué analogue à la pièce que j'ai l'honneur de faire passer sous les yeux des membres de la Société, la fissure du fragment inférieur est bien différente des pièces précédentes; elle n'est manifestement point la continuation de la fracture oblique, et elle paraît bien plutôt résulter de l'action du fragment supérieur ; c'est alors que la moelle ou bien l'os lui-même peuvent être fortement contus, et que les accidents signalés par M. Gosselin sont à craindre.

» En résumé donc, je conclus en disant que :

» 1° La fracture en V ou en coin décrite par M. Gosselin, n'est le plus souvent qu'une variété de la fracture oblique spiroïde de Gerdy ;

» 2° Que l'action du fragment supérieur n'est généralement pour rien dans la fissure du fragment inférieur, qui me paraît être au contraire une continuation de la fracture spiroïde;

» 3° Que cette fracture se complique presque toujours d'esquille de la face postérieure du tibia communiquant avec l'articulation, ce qui donne à cette lésion une gravité plus grande;

» 4° Que la contusion de la moelle ne me paraît que difficilement pouvoir être produite par la pointe du V plein;

» 5° Que dans certains cas le sommet du V plein, au lieu de se terminer par une pointe aiguë, peut exceptionnellement présenter une extrémité mousse, qui peut alors exercer une action contondante sur le fragment inférieur; encore dans ces cas faut-il tenir compte de la cause de la fracture. »

M. GOSSELIN. Dans la note de M. Houel, j'ai trouvé deux critiques principales à mon rapport sur les fractures envoyées par M. Lizé. La première est relative à l'interprétation que je donne du mot fracture oblique, et au doute que j'émets sur l'existence de ces sortes de fractures telles que nous les avons généralement comprises. M. Houel pense que les auteurs classiques n'ont pas regardé comme une condition indispensable de l'obliquité la section exacte de l'os dans le même plan sur les deux fragments, et qu'ils ont compris sous le même chef les fractures si irrégulièrement obliques que nous nommons aujourd'hui dentées, en pointe, en spirale, en V. Je ne conteste pas que le mot fracture ait, en effet, englobé ici toutes ses variétés ; mais il faut bien qu'il n'ait pas donné une idée assez nette du trait de la fracture dans bien des cas pour que des observateurs comme MM. Malgaigne et Gerdy aient jugé convenable de professer des dénominations nouvelles. N'est-il pas vraisemblable qu'en les proposant ainsi ils ont cru trouver à la fissure et à la direction des fractures des caractères différents de ceux qu'exprimait le mot oblique ? J'insiste de mon côté sur ces différences et sur la rareté des fractures obliques proprement dites, parce que je tiens à appeler spécialement l'attention sur ces traits accessoires et consécutifs que je considère comme produits par le mécanisme du coin. Or les fragments ne peuvent agir l'un sur l'autre à la manière d'un coin qu'à la condition de présenter des saillies et des échancrures qui ne se trouvent pas dans la fracture oblique proprement dite, et qu'on rencontre au contraire dans les fractures en pointe ou en V, que nous pouvons réunir (car elles se ressemblent beaucoup) sous la dénomination de fractures cunéennes, proposée ici par M. Larrey.

La seconde critique de M. Houel est relative à l'explication que j'ai donnée à propos des fractures en V, des fissures et des éclatements du fragment inférieur. La Société se rappelle que j'ai fait précisément intervenir le mécanisme du coin dont je parlais tout à l'heure. Or M. Houel paraît admettre volontiers ce mécanisme lorsque les fissures du fragment inférieur sont verticales ; il le conteste, au contraire, lorsque la fissure se contourne en spirale sur le fragment inférieur, et vient circonscrire une longue esquille en arrière de l'extrémité inférieure du tibia. En pareil cas, dit M. Houel, la fissure n'est pas produite par le mécanisme du coin, elle est un prolongement de la fracture spirale de Gerdy.

Je n'ai qu'un mot à répondre. Gerdy, et personne après lui, n'a pas attaché aux fractures en spirale l'idée d'un mécanisme spécial. Ce mot indique une direction particulière du trait de la fracture et rien de plus. Or, la direction dont il s'agit, et que je comparerais volontiers à une spire, peut-elle survenir lorsque le fragment supérieur a agi en coin sur l'inférieur ? Les deux choses me paraissent parfaitement compatibles. En tout cas, M. Houel, en disant que c'est une fracture en spirale, ne substitue pas une explication à la mienne. Il est très-vrai que la pression à la manière d'un coin du fragment supérieur sur l'inférieur ne rend pas bien compte du détachement d'une longue esquille à l'extrémité inférieure du tibia. Il y a là un problème de mécanique animale que je ne suis pas en mesure de résoudre. Mais je ne trouve pas le problème mieux résolu quand on a dit que c'était un prolongement de la fracture spirale.

M. HOUEL, revenant sur son argumentation, ne trouve pas que M. Gosselin ait suffisamment répondu aux objections qu'il a faites à son opinion sur l'action du fragment en V.

M. GOSSELIN. Je suis obligé de répéter encore que sans doute la fissure du fragment inférieur peut quelquefois être la continuation de la fracture sans que cela puisse permettre de repousser dans un grand nombre de cas l'action du fragment supérieur pour produire cette fissure. L'examen des parties semble laisser la chose parfaitement claire.

Ce qui est important surtout, c'est de savoir qu'en outre du trait principal de la fracture, il existe bien plus souvent qu'on ne le croyait des fissures des esquilles sur le fragment inférieur. Ces désordres prolongés n'étaient pas bien connus.

La question du mécanisme reste à juger.

M. LARREY propose une explication des fissures dites spiroïdes et des fissures rectilignes, accompagnant les fractures que M. Gosselin a si bien décrites sous le nom de *fractures en V*, et que lui-même a proposé d'appeler *fractures en coin ou cunéennes*. La cause ou le mécanisme de ces fractures est, selon lui, la condition essentielle de l'une ou l'autre de ces fissures. Ainsi, dans les fractures en coin de la jambe, si le pied subit une pression violente mais directe contre le sol, l'angle saillant du fragment supérieur, enclavé dans l'angle rentrant du fragment inférieur, tend à produire sur celui-ci une fissure longitudinale ou rectiligne. Mais si un mouvement de torsion agit sur le membre ou sur l'os soumis à la fracture, l'éclat du fragment inférieur peut le contourner plus ou moins, et produire ainsi une fissure oblique ou spiroïde.

C'est d'après l'observation générale d'un grand nombre de fractures chez les militaires, et spécialement chez les cavaliers, c'est aussi d'après le souvenir particulier d'une fracture de la jambe par écrasement et par torsion, que M. Larrey cherche à expliquer le mécanisme différent de ces deux sortes de fissures des os.

M. RICHARD demande le pronostic de ces fractures.

M. GOSSELIN. Pour ce qui est des fractures de ce genre sur les os de la jambe, elles me paraissent graves ; mais elles sont surtout très-graves lorsqu'il y a complication de plaie. Je dois dire que la question de pronostic ne sera bien jugée que lorsqu'il aura été possible de bien établir le diagnostic. Quant aux suites des fractures, elles seront toujours fâcheuses, car il se forme par ce mécanisme des déplacements irrémédiables. Je développerai, du reste, toutes ces questions dans un travail que je dois publier très-prochainement.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 9 décembre, M. Trélat, agrégé stagiaire et prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours d'anatomie que doit faire à l'École pratique de ladite Faculté le chef des travaux anatomiques.

— Par arrêté du 9 décembre, M. Le Deu, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, en remplacement de M. Boyer, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté du 13 décembre, M. Faguet est nommé préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Neumann, décédé.

— Par arrêté du 13 décembre, M. Roqueplo, élève à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé aide préparateur de chimie à ladite École, en remplacement de M. Secretan, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté du 13 décembre, M. Guignard, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur suppléant à ladite École. Il conservera ses fonctions de chef des travaux anatomiques, et sera, comme suppléant, attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchement.

— Par décret du 14 décembre, M. Daniel, médecin des prisons de Beauvais, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Deleau commencera son cours sur le perchlorure de fer dans les maladies, le lundi 20 décembre, à 3 heures, et le continuera tous les lundis dans l'amphithéâtre de l'École pratique.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

MM. Petit, de l'Asile de Nantes. . . .	10 fr.	» c.
Plouviez.	5	»
Un anonyme.	5	»
Total. . . .	20 fr.	»
Listes précédentes. . . .	1001	50
Total général jusqu'à ce jour. .	1021 fr.	50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

Le Gérant. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique · Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 20 décembre 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

Des observations ozonométriques et thermométriques faites en 1856 en Crimée, par les médecins en chef des ambulances, MM. Scrive, Leroy et Méry, furent communiquées par M. le maréchal Vaillant, ministre de la guerre, à M. le docteur Berigny, de Versailles, avec invitation de dépouiller les registres d'observations. Les résultats de ce dépouillement ont été présentés par M. Vaillant à l'Académie au nom de M. Berigny. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé de ces résultats, qui montrent que dans chacun des postes d'observation les courbes de l'ozone ont sensiblement marché en raison directe du nombre des malades, c'est-à-dire que plus les papiers ozonométriques ont été colorés, par suite de leur exposition à l'air libre, plus il y a eu d'entrants dans chaque ambulance; tandis que la température a été en sens inverse, c'est-à-dire que plus la température s'élevait, moins il y avait d'entrants dans les ambulances.

M. Édouard Robin a adressé dans cette même séance une note dans laquelle il s'est attaché à prouver que les conclusions contradictoires auxquelles on est arrivé sur l'anesthésie électrique, tiennent à ce qu'on n'a pas remarqué que, suivant qu'elle agit faiblement ou avec intensité, l'électricité peut produire des effets opposés; de sorte que les faits d'anesthésie galvanique qui ont été publiés en Amérique ne seraient point infirmés par les résultats d'expériences faites, dans d'autres conditions, de ce côté de l'Atlantique. Mais on a vu déjà, par des faits que nous avons récemment publiés, que les résultats ne sont pas contradictoires. Il y a encore bien des choses à voir là-dessus. — Dr Brochin.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. Forget.

Anasarque, albuminurie, altération des reins (maladie de Bright); dissidence de la clinique et du microscope.

(Observation recueillie par M. Liétard, aide de clinique.)

Un garçon de seize ans, de bonne constitution originale, de la colonie pénitentiaire d'Ostwald, entre à la clinique le 26 juillet 1858. Il raconte qu'il y a deux mois et demi, il fut pris d'une fièvre intermittente quotidienne qui dura quinze jours, céda au sulfate de quinine, et fut suivie quelques jours après d'une infiltration séreuse qui bientôt est devenue générale.

Le 27, anasarque considérable, face bouffie et décolorée, tronc œdématié, abdomen très-volumineux; les membres, et surtout les pelviens, sont énormes; l'œdème est mou et pourtant douloureux à la pression. Le malade est maintenu couché sur le côté par le volume de son ventre. Il se meut très-difficilement et avec douleur. Langue nette, peu d'appétit, soif vive. Dyspnée sans toux ni crachats. Pouls sans fréquence, peu développé. Rien à l'auscultation. La palpation profonde de l'abdomen est impraticable en raison de la tension. Les urines, très-albumineuses, se prennent en masse par l'acide nitrique. — Chiendent nitré (à 5 grammes); une grauule de digitaline matin et soir; décoction de quinquina acidulé en frictions sur les jambes; potages.

Le 28, insomnie, soif vive, érythème diffus à la partie postérieure du tronc. — *Ut supra*, onctions d'axonge sur le dos.

Les 29 et 30, même état général; l'érythème est plus prononcé, douloureux; décubitus dorsal impossible. Le malade se tient sur les genoux et sur les mains. — *Ut supra*, fomentations d'eau blanche sur le dos.

L'endolorissement persiste en s'aggravant.

Le malade succombe presque subitement dans la matinée du 1er août.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort.

Infiltration générale du tissu cellulaire, épanchements séreux dans toutes les cavités.

Poumons sains; cœur comme atrophié, rétracté, sans lésion valvulaire. Tube digestif normal.

Rate volumineuse, bosselée, dure, mais friable, sans changement notable de couleur. Foie normal.

Reins assez volumineux eu égard à l'âge du sujet, décolorés à l'extérieur, non bosselés. A l'incision, la substance corticale apparaît complétement anémiée, d'un blanc jaunâtre uniforme (couleur de graisse), paraissant hypertrophiée dans l'interstice des cônes. La substance tubuleuse tranche par sa coloration rouge foncé.

Ces reins sont examinés au microscope par M. le docteur Morel, chef des autopsies, qui les trouve d'une structure anatomique parfaite. Les tubes de la substance corticale sont tapissés d'épithélium normal, et ne renferment que quelques globules de graisse, au lieu d'être dépouillés d'épithélium et remplis de globules graisseux, comme cela s'observe ordinairement dans la maladie de Bright.

Au premier coup d'œil jeté sur le malade, apprenant qu'il avait eu quelques semaines auparavant une fièvre intermittente, nous pensâmes que l'anasarque pouvait être de nature paludéenne. Mais considérant : 1° que le malade n'accusait que quinze jours de fièvre; 2° que, si l'anasarque peut se produire après quelques accès fébriles, elle n'acquiert pas alors les énormes proportions de celle que nous avons sous les yeux, nous abandonnâmes cette idée pour chercher ailleurs la cause de cette infiltration. Les battements du cœur sont faibles, mais réguliers, et sans bruits anormaux. Nous passons à l'examen des urines, qui précipitent très-abondamment par l'acide nitrique. Nous nous arrêtons donc à l'idée qu'il s'agit d'une néphrite albumineuse (maladie de Bright), bien que les urines soient parfois albumineuses dans l'anasarque paludéenne, mais jamais dans des proportions aussi considérables.

Ainsi, infiltration générale énorme, urines fortement albumineuses sans altération appréciable des autres organes; il est évident pour tout praticien que ce ne peut être que l'affection des reins dite néphrite albumineuse.

Le malade succombe, et à l'autopsie nous trouvons : infiltration générale, engorgement chronique de la rate, retrait du cœur (par anémie); les reins sont sensiblement volumineux, leur substance corticale est *complétement décolorée, d'apparence graisseuse*, contrastant avec la rougeur des cônes urinaires. Nous avons donc le complément anatomique du diagnostic, car, pour tout pathologiste aujourd'hui, la maladie de Bright est essentiellement une *albuminurie* avec *anasarque et décoloration de la substance corticale* des reins, passé la première période, dite de congestion. L'excès de volume des reins et leurs bosselures ne sont pas des caractères essentiels, puisque parfois les reins sont atrophiés et lisses. Les granulations blanches de la substance corticale que Bright a prises pour base de sa nomenclature (affection granuleuse des reins) ne sont pas non plus un caractère essentiel, car il est bien démontré que ces granulations font souvent défaut, circonstance que j'ai signalée comme très-commune en Alsace. Reste donc la décoloration de la substance corticale, qui pour tous les observateurs est le caractère essentiel de la lésion rénale au second degré.

A quoi pouvons-nous avoir affaire, si ce n'est à une maladie de Bright? A une anémie simple? mais l'anémie, qui produit bien l'anasarque, ne produit pas l'albuminurie, et une telle albuminurie; et puis, si la pâleur de la substance corticale est simplement anémique, pourquoi la substance tubuleuse n'est-elle pas également anémiée? Enfin, dans l'anémie la plus prononcée, jamais la substance corticale n'offre une décoloration aussi complète, encore moins cette apparence graisseuse signalée par notre aide de clinique.

Serait-ce véritablement une cachexie paludéenne? La rate est hypertrophiée et friable, il est vrai; d'où je soupçonne que le malade nous a trompé, en nous affirmant qu'il n'a jamais eu que quinze jours de fièvre; mais, encore une fois, la cachexie paludéenne n'engendre guère d'anasarque aussi considérable, et surtout d'albuminurie aussi abondante.

Aurions-nous affaire à cette maladie nouvelle désignée sous le nom de *leucocythémie?* La rate est malade, il est vrai, mais sous l'influence du miasme paludéen, les globules blancs du sang étaient peut-être en excès, ce que nous n'avons pas vérifié; mais il n'est pas prouvé d'abord que ce caractère n'appartienne pas à la simple anémie; puis il n'est pas dit que la leucocythémie produise une infiltration, et surtout une albuminurie aussi prononcée. Donc le diagnostic clinique nous a paru et nous paraît encore irréfragable.

Cependant, pour compléter l'observation selon les exigences de la mode, nous avons voulu soumettre la substance des reins à l'observation microscopique. Or, il arriva qu'au lieu de rencontrer les tubes urinifères dépourvus d'épithélium et remplis de globules graisseux, comme cela s'observe ordinairement dans la néphrite albumineuse, un habile micrographe trouva ces tubes à l'état d'intégrité parfaite et ne contenant que quelques globules de graisse. Tout ce qu'il a constaté, c'est une absence complète de globules sanguins.

Et d'abord, peut-on considérer comme à l'état normal une substance corticale complétement dépourvue d'éléments sanguins? Mais, finalement, que peut-on conclure de ce résultat microscopique exceptionnel et inattendu? Que nous n'avons pas eu affaire à une maladie de Bright? Mais tous les cliniciens s'inscriraient en faux contre une telle conclusion; car, nous le répétons, nous avons eu ici tous les caractères classiques de la maladie. Lorsque Bright institua cette maladie, il n'invoqua point le témoignage du microscope, et les bases nosologiques subsistent indépendamment de ce que peut dire la micrographie. Tout ce qu'on peut déduire de ce fait exceptionnel, en admettant qu'il soit hors de contestation, c'est que dans certains cas de maladie de Bright dûment constatés par la clinique et par l'autopsie, le microscope ne rencontre pas les lésions qui s'observent d'ordinaire dans cette affection. Et si à l'avenir pareils faits se multiplient, nous devrons au microscope la notion d'une forme particulière de néphrite albumineuse, et voilà tout. Il serait par trop ambitieux de prétendre effacer une maladie si bien constituée, sous le seul prétexte d'un peu d'épithélium et de quelques globules graisseux en moins.

On répète chaque jour que le microscope concourt puissamment à l'élucidation d'un grand nombre de problèmes pathologiques, soit; mais ce qu'on ne dit pas, et ce qui n'est pas moins vrai, c'est que, par contre, le microscope sait merveilleusement embrouiller beaucoup d'autres problèmes d'ailleurs fort clairs pour les praticiens, qui, sous ce rapport, se passeraient fort bien de lui. Passe encore si les données du microscope étaient stables et avérées; mais veut-on oublier les dissidences des micrographes entre eux et leurs variations perpétuelles? Rappellerons-nous les péripéties de cette fameuse cellule cancéreuse qui, après avoir prétendu régenter exclusivement le diagnostic du cancer, s'est vue obligée non-seulement de reconnaître des éléments rivaux, mais encore de confesser sa propre incertitude en face de la clinique, laquelle n'a jamais varié? Pour le clinicien, aujourd'hui, comme il y a trente ans, le cancer est un produit organique tendant à s'accroître, à se multiplier, à produire une cachexie spéciale qui aboutit fatalement à la mort, quelle que soit la cellule, grande ou petite, épithéliale, fibro-plastique ou autre, qui peut s'y rencontrer, et lorsque j'ai sous l'œil et sous la main un cancer cliniquement constitué, que m'importe ce que dira ou ce que ne dira pas le microscope?

Voici d'autres faits qui me sont personnels : plusieurs fois il m'est arrivé de constater cliniquement une inflammation viscérale quelconque, au moyen de la douleur, de la tumeur, de la fièvre, etc. A l'autopsie, nous trouvions l'organe malade infiltré de matière jaunâtre au sein d'un tissu rouge, ramolli, etc. Eh bien, le microscope intervenant, prétendait que c'était là du plasma, de la fibrine, de la graisse, bref tout autre chose que du pus, donnant ainsi à entendre qu'il n'y avait pas inflammation. Pas n'est besoin de dire que, dans ces cas, j'envoie promener le microscope. D'autres fois, j'ai soumis au microscope des crachats de phthisiques douteux ou confirmés. Eh bien, cette fibre élastique, qui, dit-on, caractérise la tuberculisation, a manqué ou s'est produite indifféremment dans les uns et dans les autres.

Que sera-ce donc, si, comme souvent il arrive, le même produit, soumis à plusieurs micrographes, donne des résultats contradictoires?

Tout cela ne veut pas dire qu'il faille se priver des secours du microscope; moi-même je ne manque jamais de l'interroger lorsqu'il y a lieu; mais cela fait voir au moins qu'il faut, sinon s'en défier, du moins distinguer les cas où ses révélations sont réellement utiles. Sous ce rapport il conviendra, je crois, d'établir quelques principes, tels que les suivants :

1° N'admettre dans la pratique que les notions microscopiques avérées et non contestées.

2° Parmi celles-ci, n'accorder de confiance qu'aux caractères positifs, à ceux qui se produisent actuellement; c'est-à-dire, de l'absence du caractère microscopique, ne pas conclure à l'absence de l'affection pathologique.

3° Lorsque le microscope est en opposition flagrante avec la clinique, comme dans les cas spécifiés plus haut, donner raison

à la clinique, parce qu'elle mérite plus de confiance que le microscope. Si la clinique consent à compter avec le microscope, c'est bien le moins que le microscope veuille bien compter avec la clinique.

4° En micrographie comme en toute espèce d'observation, tenir compte des qualités de l'observation : *Sic valent oculi, sic et homo* : tant vaut l'homme, tant vaut l'observation.

5° Il en est des inventions microscopiques absolument comme des inventions thérapeutiques : on se fait très-facilement illusion à leur égard, et les praticiens prudents feront bien d'attendre la confirmation définitive de ces inventions avant d'en faire leur profit.

Finalement, le microscope est un adjuvant de la clinique, qui peut prétendre à l'éclairer dans les cas douteux, mais qui ne doit jamais l'absorber. Bien rares sont les cas où le microscope tranche à lui seul les questions litigieuses, tandis que la clinique se suffit le plus souvent à elle-même et en dépit des contradictions du microscope.

HOPITAL DE LA MARINE DE TOULON. — M. Reynaud.

Observation d'une hernie étranglée réduite par une douche froide.

On se rappelle l'anecdote racontée par J. L. Petit, qui dit avoir vu une vieille femme, en lançant un seau d'eau froide sur une hernie irréductible, faire cesser un étranglement qu'aucun autre moyen n'avait pu vaincre; sans doute c'est là un procédé peu méthodique, et qu'on ne pouvait songer à employer; pourtant il y avait là un fait qui méritait d'attirer l'attention des hommes de l'art, et qui pouvait mettre sur la voie d'une application méthodique des affusions froides au traitement des hernies étranglées; c'est dans cet ordre d'idées que M. Reynaud a été conduit à employer ce moyen, en substituant au seau d'eau une douche froide d'une grande puissance.

Le nommé C..., Jean-Baptiste, journalier au port, vingt-neuf ans, fut reçu à l'hôpital maritime le 28 décembre 1856, à six heures du matin; il portait une hernie inguinale du côté droit, datant d'une année, et descendant jusque dans le scrotum. Le malade n'a porté de bandage que pendant les premiers jours qui suivirent l'accident qui a fait apparaître la hernie; et depuis il se contentait de la faire rentrer le soir en se couchant, se résignant à la voir sortir dès qu'il se livrait au moindre travail.

Le 27 au soir, après un effort, il vit sa hernie sortir plus que de coutume, et ne put la réduire; le lendemain, il se présenta à l'hôpital avec tous les signes d'un étranglement intestinal.

Le 28 (premier jour de l'étranglement), la tumeur, qui dépasse le volume du poing d'un adulte, est tendue, lisse, rénitente, irréductible, et donne quelques douleurs à la pression. La face est un peu grippée; il y a de temps en temps des hoquets et des envies de vomir. Le chirurgien de service fait en vain des tentatives de réduction par le taxis, le malade étant plongé dans le sommeil anesthésique. C... est mis dans un bain chaud pendant une heure.

A huit heures, nouvelles tentatives par le taxis sans résultat; 20 sangsues sont appliquées sur la tumeur, de manière à laisser libre un large sillon que devra parcourir l'incision si l'opération devient nécessaire; un cataplasme est appliqué à la chute des sangsues; mais l'étranglement persiste, et l'état général s'aggrave; la face se crispe, les hoquets se rapprochent et quelques vomissements se montrent déjà. — A deux heures et demie, nouveau bain de cinq quarts d'heure, demi-lavement à 60 grammes d'huile de ricin.

Le 29 décembre, la nuit a été mauvaise, les hoquets ont beaucoup fatigué le malade, il a vomi à plusieurs reprises des matières porracées, n'ayant pas d'odeur particulière; il n'a rendu qu'une faible partie du lavement administré la veille au soir.

A six heures et demie du matin, nouveau bain tiède prolongé jusqu'à huit heures; au sortir du bain, il est replacé sur son lit; il se plaint beaucoup, le ventre est tendu et sensible à la pression; la tumeur est très-douloureuse au toucher, mais elle semble un peu moins volumineuse que la veille, ce qui engage à essayer de nouveau le taxis, qui est secondé de l'administration du chloroforme, poussée cette fois jusqu'à la résolution musculaire complète. On n'obtient par ce nouveau taxis prolongé et énergique aucune diminution de la tumeur pouvant faire espérer la réduction de l'intestin, et le malade est abandonné quelques instants.

A huit heures et demie, tout étant prêt pour l'opération, M. Reynaud se décide à tenter comme dernier moyen la douche froide, dont le réservoir est élevé de 12 mètres au-dessus du lieu où s'administrent les bains; le malade est transporté dans le cabinet réservé à cet usage. — La température de l'air est à peu près à 0°.

On étend sur le sol une couverture de laine sur laquelle le malade est couché dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies et les cuisses écartées : un coussin est placé sous le bassin de manière à élever cette partie, tandis que la tête se trouve dans une position beaucoup plus déclive; on fait espérer au malade qu'on va le mettre dans un bain bien chaud : on lui jette sur la poitrine une seconde couverture qui le réchauffe et lui dérobe la vue du tube irrigateur. Au moment où il annonce qu'il est bien couché, un violent jet d'eau froide est lancé sur le scrotum d'une distance de 15 centimètres; ce jet est promené à dessein sur l'abdomen, et produit un saisissement qui fait presque perdre haleine au malade. Dès ce premier jet, qui n'a duré que quelques secondes, la tumeur semble avoir diminué de volume. Aussitôt que le patient a pu respirer, on fournit un jet continu à 30 centimètres de distance; le malade pousse des cris perçants, s'agite dans tous les sens, en criant qu'on veut le tuer; son visage se cyanose : quatre hommes ont peine à le maintenir.

Pendant que d'une main on pousse le jet sur le scrotum et sur le ventre, de l'autre on malaxe légèrement la tumeur; en moins d'une minute, on y sent un léger frémissement, le sujet est plus agité que jamais, et presque sans voix; il laisse échapper par l'anus une matière huileuse jaunâtre, reste du lavement de la veille; la tumeur diminue sensiblement; aussitôt le tube est abandonné, et une faible pression des deux mains suffit pour réduire la hernie, qui fait entendre le gargouillement caractéristique. L'opération a duré en tout deux minutes, et le malade, enveloppé dans des couvertures chaudes, est reporté dans la salle.

Le 6 janvier 1857, il sort de l'hôpital avec un bandage solide.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 décembre 1858. — Présidence de M. Despretz.

Ozonométrie. — M. le maréchal Vaillant présente et fait connaître par extraits un mémoire qui lui a été adressé par M. le docteur Berigny, de Versailles, sur les observations ozonométriques et météorologiques faites en Crimée, au milieu des campements et des ambulances, d'après les ordres du ministre de la guerre, du 7 mai au 4 juin 1856 :

Trois tableaux représentent chacun, et pour chaque jour, sur une seule page, les observations ozonométriques faites le matin et le soir; la température *moyenne* de la journée, déduite de la demi-somme des deux observations de jour que les registres ont données; l'observation et l'intensité des vents; le nombre des malades entrants, sortants et décédés, pour les observatoires n°s 1 et 2; enfin le résumé des phénomènes météorologiques de chaque jour.

Les quatre plans graphiques représentent par des courbes les chiffres qui ont servi à établir les trois tableaux dont il est question.

Le premier et le second de ces plans (observatoires n°s 1 et 2) montrent les relations qui existent entre la marche de l'ozone, celle des entrants, celles des décédés et celle de la température. Le troisième fait voir les relations qui existent entre la marche de l'ozone, le quatrième les mêmes relations de la température pour chacun des trois observatoires.

Il résulte de l'étude mathématique de ces trois tableaux et de ces quatre plans graphiques :

1° Que plus les papiers ozonométriques ont été colorés, par suite de leur exposition à l'air libre, plus il y a eu d'entrants dans chacune des deux ambulances situées, la première au grand quartier général de Sébastopol (observatoire n° 1), la deuxième à l'extrémité sud du plateau d'Inkermann (observatoire n° 2);

2° Qu'à l'observatoire n° 1, *moins* il y a eu d'ozone, *plus* il y a eu de décès, tandis qu'à l'observatoire n° 2, *plus* il y a eu d'ozone, *plus* il y a eu de décès;

3° Que si on examine les relations qui ont eu lieu entre la température, les entrants et les décès, on voit que les courbes marchent toujours en raison inverse : c'est-à-dire que *plus* la température s'élève, *moins* il y a d'entrants et moins il y a de décès dans chaque ambulance;

4° Que dans chacun des trois postes d'observation les courbes de l'ozone ont sensiblement marché en raison directe;

5° Que dans chacun des trois postes d'observation les courbes de la température ont très-généralement marché en raison directe.

(Commissaires, MM. Pelouze, Pouillet, le maréchal Vaillant).

L'électricité est-elle un agent anesthésique? — M. Édouard Robin communique sur cette question la note suivante :

D'une part, les courants électriques peuvent développer une chaleur d'une grande intensité, fondre et volatiliser les métaux, agglomérer les sables, etc.; d'autre part, la chaleur et l'électricité provoquent les combinaisons qui doivent donner naissance à des produits stables; tout porte donc à croire que, sous l'influence de courants électriques suffisants et convenablement dirigés, l'oxygène du sang entre en combinaison et disparaît en totalité ou en partie. Mais, quantité de faits le prouvent, le sang convenablement désoxygéné n'est plus propre à entretenir la sensibilité et la contractilité générale; l'anesthésie sera par conséquent produite dans les parties où se trouvera le sang ainsi modifié par un courant électrique.

C'est par ce mode d'action, suivant moi, que souvent l'électricité a produit d'excellents effets dans le traitement des maladies nerveuses. C'est parce qu'on agissait sans comprendre que souvent le résultat n'était pas obtenu, qu'on déterminait parfois l'excitation au lieu de la sédation, que l'électricité paraissait capricieuse, qu'enfin les faits constatés en Amérique sur l'anesthésie galvanique ont été accueillis en France et en Angleterre avec tant d'incrédulité.

Quant à moi, je le pense depuis longtemps, selon qu'elle est faible ou intense, l'électricité est très-propre à produire soit l'excitation, soit l'anesthésie; mes recherches sur les causes de la mort par la foudre, publiées il y a plusieurs années, conduisaient nécessairement à ces résultats.

L'électricité étant anesthésique par son action énergique sur le sang, dont elle fait disparaître l'oxygène, l'anesthésie qu'elle produit n'est pas une singularité; c'est un fait de plus qu'il faut ajouter à la nombreuse série des faits d'anesthésie par asphyxie, et ce fait vient encore à l'appui du mode d'action que j'ai assigné tant aux anesthésiques par inspiration qu'à nombre d'autres agents protecteurs contre la combustion lente.

Ma théorie ne montre pas seulement d'où vient le pouvoir anesthésique de l'électricité, elle montre aussi les conditions à remplir pour atteindre le résultat. Des expériences où l'on met en pratique mes principes sont maintenant entreprises et vont être continuées. (Commissaires : MM. Becquerel et Cl. Bernard.)

Nous avons reçu de M. le docteur Millart, auteur d'une thèse sur la trachéotomie, qui a été souvent invoquée dans la discussion de l'Académie et de la Société médicale des hôpitaux, une réclamation à laquelle nous avons cru devoir faire droit. Afin d'abréger la polémique qui aurait pu s'ensuivre, nous avons communiqué cette lettre à M. Bouchut. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs, qui seront ainsi à même d'apprécier ce petit débat, la réclamation de M. Millart et la réponse de M. Bouchut.

A M. le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Le dernier discours prononcé par M. le docteur Bouchut à la Société médicale des hôpitaux, et que vous reproduisez en entier dans votre avant-dernier numéro (du samedi 11 décembre), renferme, à propos de ma thèse *sur la trachéotomie dans le cas de croup*, des attaques que je ne saurais laisser plus longtemps sans réponse.

M. Bouchut raisonne comme si j'avais fait un travail spécial sur les indications de la trachéotomie, tandis que je ne m'en suis occupé que d'une manière incidente; et parce que l'état symptomatique des enfants avant l'opération n'est pas également détaillé dans tous les faits, il conclut que dans ceux où il trouve des lacunes l'opération n'était pas suffisamment justifiée. Il en a découvert jusqu'à quatre, sur lesquels je demande la liberté de fournir quelques explications.

L'enfant de l'observation 2, pour laquelle M. Bouchut déclare que l'opération n'était pas urgente, était malade depuis huit jours au moment de son entrée; ce n'est qu'après onze heures d'une observation attentive de toutes les minutes, après deux accès de suffocation graves, après l'insuccès de la médication vomitive, et en face des progrès croissants de la dyspnée croupale marchant pour ainsi dire à vue d'œil, que la rudesse du sifflement laryngo-trachéal, la tension et le gonflement des veines (que j'ai indiqués avec soin), me décidèrent à ne pas attendre la période *in extremis*. Je crois encore aujourd'hui avoir agi prudemment, car plus tard l'enfant n'aurait peut-être pas résisté à l'hémorrhagie, ni aux suites de l'opération.

J'en dirai autant de l'observation 3, où M. Bouchut s'étonne que de *simples* accès de suffocation (qui se répètent depuis la veille au soir) aient décidé la trachéotomie. S'il s'agissait de son propre enfant, M. Bouchut trouverait-il aussi simples les accès de suffocation du croup qui peuvent entraîner si rapidement la mort?

J'insisterai davantage sur l'observation 4, parce que M. Bouchut aurait pu faire plus complète la rectification que je lui avais demandée. Dans la première édition de son discours (*Gazette hebdomadaire*, numéro du 3 décembre), il n'avait pas hésité à dire qu'il s'était trouvé un interne capable d'opérer un enfant à la visite du soir afin de n'être pas dérangé la nuit dans son sommeil. Cette accusation, que je ne saurais qualifier, ne pouvait provenir que d'un malentendu, ce que M. Bouchut s'est empressé de reconnaître quand je lui ai rappelé le passage suivant de ma thèse (page 63) : « Il y a une différence énorme entre » les opérations faites de jour et celles faites de nuit; celles-ci, à cause » des difficultés de l'éclairage, sont incomparablement plus laborieuses » et s'accompagnent presque toujours d'hémorrhagie; elles sont très- » redoutées à l'hôpital des Enfants, et on ne s'y décide qu'à la der- » nière extrémité. La crainte d'avoir à la pratiquer la nuit, nous a fait » avancer de quelques heures l'opération de certains enfants. » Et dans une parenthèse je renvoie à l'observation 4, précisément celle qui est incriminée.

Pour l'observation 33, il me suffira de rétablir le texte même de l'observation, tronqué par M. Bouchut :

« Que trouve-t-on, dit ce dernier? Aphonie, respiration anxieuse, » lente, 32 par minute; un vomitif n'arrête pas les progrès de la » dyspnée, je me décide à pratiquer la trachéotomie. » Or, l'enfant est depuis la veille au soir dans nos salles, et j'ai écrit ceci : « *A la visite*, » teint coloré....., aphonie *complète*, respiration anxieuse, 32 inspira- » tions lentes, profondes et *sifflantes, avec dépression xyphoïdienne...* » Un vomitif administré *illico* n'empêche pas les progrès de la dysp- » née; *la face devient pâle et légèrement bleuâtre*; je me décide, *à midi*, » à pratiquer la trachéotomie. »

Pourquoi M. Bouchut a-t-il supprimé les mots *à midi*, et l'avant-dernière phrase, qui indique un commencement de cyanose et le début des phénomènes d'asphyxie?

Je passe à la seconde partie de l'argumentation de M. Bouchut, celle qui a rapport aux erreurs de diagnostic révélées par moi.

Il a plu au médecin de Sainte-Eugénie de rappeler encore une fois l'observation 28, relative à une laryngite grave consécutive à la rougeole, et sur laquelle je me suis déjà expliqué dans ma lettre à l'Académie de médecine. Mais au moins ne fallait-il pas faire mourir l'enfant *quelques heures* après l'opération, lorsqu'en réalité celle-ci a prolongé sa vie pendant plus de trois jours.

Quant à l'observation 53, je trouve singulier que M. Bouchut vienne nier l'existence du croup chez un enfant qui a rendu, le jour même de l'opération, *une fausse membrane mince et irrégulière* (page 243), et dont l'autopsie d'ailleurs n'a pu être pratiquée.

L'enfant de l'observation 49 était atteinte d'angine couenneuse incontestable, et présentait, excepté les accès de suffocation et le sifflement laryngo-trachéal, tous les signes rationnels du croup. Elle était complétement aphone depuis plusieurs jours, et la dypsnée avait au plus haut degré le caractère croupal, ou pour mieux dire laryngé. J'ai eu soin d'insister, plus que dans toute autre observation, sur la lenteur et la gêne des inspirations, sur la profondeur de la dépression xyphoïdienne, etc., et l'opération était parfaitement légitime.

Je termine par l'observation 23, où M. Bouchut a mis M. le docteur Roger en cause. Il suffit de parcourir cette longue et curieuse observation, pour voir que tout y semblait réuni afin de déjouer l'expérience des médecins les plus habiles. On verra d'ailleurs que le diagnostic : œdème de la glotte, ne fut porté *qu'avec réserve (sic)*, et que la gangrène du larynx fut consécutive et non antérieure à l'opération, comme on voudrait le faire croire. Enfin, est-il permis de dire que *le larynx était libre de tout obstacle*, quand les fausses membranes se prolongeaient jusqu'aux dernières ramifications bronchiques?

Si ma thèse pouvait mériter les éloges que M. le professeur Malgaigne lui-même et plusieurs autres médecins non moins distingués que M. Bouchut ont bien voulu lui donner en public, ce serait uniquement par la sincérité dont je crois avoir fait preuve. A côté des succès que nous a fournis la trachéotomie, j'ai dit nos revers et nos erreurs, afin d'engager les autres à les éviter, et sans craindre que ma franchise puisse ébranler en rien la réputation solidement assise des médecins qui m'ont enseigné à la fois les principes de l'art et la probité scientifique.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués,

Dr Aug. Millard,
Interne des hôpitaux.

Sauf quelques détails dont chacun pourra vérifier l'importance, la réclamation de M. Millart me paraît confirmer pleinement ce que j'ai dit dans mon discours à la Société de médecine des hôpitaux. J'ai voulu prouver que dans sa thèse sur la trachéotomie dans le croup, il y avait des opérations peu justifiées. Or, sur 55 opérations, il y en a 24 faites à la seconde période du mal, c'est-à-dire avant qu'il y ait imminence d'asphyxie. Cela est incontestable. J'ai dit en outre qu'il y avait des lacunes dans l'exposé des indications de l'opération, ce que votre correspondant avoue au commencement de sa lettre. Enfin, j'ai avancé que la trachéotomie avait été par erreur appliquée à d'autres maladies que le croup, telles que laryngite ou broncho-pneumonie, et la rectification qui m'est adressée ne détruit rien de cette assertion qui subsiste tout entière.

E. Bouchut.

Société de chirurgie.

Fin de la séance du 8 décembre 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

Correspondance.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Corne, aide-major à l'hôpital militaire de Maubeuge, une observation intitulée : *Fracture verticale de la mâchoire inférieure; abcès phlegmoneux consécutif; déplacement opiniâtre; emploi de la gutta-percha le treizième jour. Guérison rapide.*

A cette observation, l'auteur a joint une note ayant pour titre : *Du phimosis congénial; nouveau procédé d'excision*, avec des dessins.

M. Morel-Lavallée est chargé de rendre compte de cette double communication.

Rapport.

M. Houel, au nom d'une commission composée de MM. Monod, Larrey et lui, fait un rapport sur une observation de tumeur volumineuse de nature bénigne située dans la région sous-claviculaire, et recueillie chez une femme de cinquante-huit ans, adressée à la Société par M. le docteur Rouault (de Rennes).

Après une discussion sur le rapport, les conclusions suivantes sont adoptées :

1° Remercier M. Rouault de sa communication;
2° L'engager à compléter son observation.

Présentation de pièces.

M. Demarquay fait la communication suivante :

Tumeur pulsatile de la tête du tibia droit ayant détruit le tissu osseux dans une certaine étendue. — Amputation de la cuisse à son tiers inférieur. — Thyssea (Françoise), âgée de quarante-sept ans, limonadière, entrée à la maison municipale de santé le 17 novembre 1858, amputée le 2 décembre.

Cette malade, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, nous affirme qu'elle a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'en 1856. Elle ne présente rien à noter du côté de l'hérédité, soit ascendante, soit collatérale, et n'avoue aucun antécédent syphilitique.

C'est à deux ans environ qu'elle fixe le début de son affection; mais alors les symptômes étaient fort légers et consistaient en douleurs vagues dans le genou droit, ayant leur siége sur les côtés de cette articulation, tantôt à la partie interne, tantôt à la partie externe, revenant à des intervalles plus ou moins éloignés et persistant un laps de temps plus ou moins long. Il n'y a guère que huit mois qu'elle commença à s'inquiéter de ces douleurs, qui non-seulement s'étaient localisées à la partie antérieure de la tête du tibia et s'irradiaient dans toute la jambe, mais présentaient un degré d'acuité et de continuité beaucoup plus considérable qu'auparavant. Il n'y avait alors ni gonflement ni rougeur. Elle consulta un médecin, qui la traita pour des douleurs rhumatismales et lui fit appliquer des ventouses scarifiées. Il y a quatre mois environ, la marche était déjà difficile et douloureuse, lorsque *tout d'un coup*, pendant le cours d'une promenade, elle ressentit une violente douleur dans le genou droit; il lui devint tout à fait impossible de s'en servir; elle fut obligée d'entrer chez un pharmacien pour lui demander quelque soulagement et de se faire reconduire chez elle. A partir de ce moment elle n'a plus quitté le lit.

Vers le milieu du mois d'octobre, le chirurgien appelé à lui donner des soins s'aperçut qu'au niveau de la tête du tibia, un peu au-dessus du ligament rotulien, il y avait de la tuméfaction, de l'empâtement; de plus la peau commençait à rougir : il fit appliquer un vésicatoire volant. Une huitaine de jours après, le gonflement, la rougeur, ayant augmenté, il crut sans doute qu'il avait affaire à un abcès sous-périostique aigu, et fit une ponction avec un bistouri. Aussitôt un jet de sang vermeil sortit par saccades. L'orifice de la ponction fut aussitôt bouché avec un peu d'amadou trempé dans du perchlorure de fer, et une compression établie sur toute la jambe au moyen d'un bandage roulé.

Le lendemain l'orifice de la petite plaie était fermé, et, à partir de ce moment, une vessie remplie de glace fut appliquée sur la tumeur. Ce traitement fut continué à la maison de santé jusqu'au jour de l'opération.

Lors de l'entrée de la malade dans notre service, nous avons été à même d'observer ce qui suit :

Le genou droit était le siége d'un gonflement assez considérable au niveau de la tubérosité antérieure du tibia et de la partie interne de la tête de cet os; le côté externe et la face postérieure de l'articulation ne présentaient aucune tuméfaction. Ce gonflement n'était pas nettement limité, et occupait une étendue de 8 ou 9 centimètres carrés. Le genou malade, mesuré au moyen d'un lacs circulaire à 4 centimètres au-dessous du bord inférieur de la rotule, avait 31 centimètres de circonférence, tandis que le genou sain, mesuré au même niveau, n'en présentait que 24. La peau était rouge, luisante, un peu tendue, et présentait la cicatrice de la ponction mentionnée plus haut. La malade accusait des douleurs lancinantes ayant leur point de départ dans la tubérosité antérieure du tibia, et s'irradiant dans toute la jambe. Le palper permettait de reconnaître une fluctuation des plus évidentes, et de plus, des pulsations isochrones aux battements du pouls. Si, avec le doigt promené sur la peau, on exerçait une certaine pression, on sentait nettement çà et là de petites lamelles osseuses fort minces qui se laissaient facilement déprimer par une légère pression. L'oreille appliquée sur la tumeur ne percevait aucun bruit de souffle.

La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine faisait immédiatement cesser les battements, qui reparaissaient aussitôt qu'on cessait la compression. Les pulsations de la tibiale postérieure et de la pédieuse se percevaient très-nettement. Enfin, et *c'est là le point capital*, si en saisissant le pied on cherchait à imprimer des mouvements au membre, il se passait dans la partie supérieure du tibia des mouvements de latéralité aussi considérables que s'il y avait eu une fracture de cet os. Il était donc bien évident que nous avions affaire à une tumeur pulsatile de la partie supérieure du tibia, ayant *détruit les tissus osseux dans une certaine étendue*, et si les battements eussent pu faire penser un moment à la ligature de la fémorale au milieu de la cuisse, les désordres produits étaient trop considérables pour permettre de fonder aucune espérance sur ce mode de traitement. Le diagnostic pratique, c'est-à-dire celui indiquant l'amputation de la cuisse comme unique ressource, était trop nettement établi pour ne pas permettre de réserver à une époque ultérieure et à un examen plus approfondi et plus immédiat de la partie malade enlevée le diagnostic scientifique, c'est-à-dire celui de la *nature* de la lésion qui avait produit de pareils désordres.

L'amputation fut pratiquée le 2 décembre.

Examen du membre amputé. — Après avoir injecté l'artère fémorale, on procède à la dissection de l'articulation, qui présente les particularités suivantes :

La peau est saine, amincie à la région antérieure, principalement dans le point où la ponction a été faite. Le tissu cellulaire est peu abondant, condensé. Les tendons et les muscles qui environnent l'articulation n'ont pas éprouvé d'altération; ils ont leur consistance et leur coloration normales. Les ligaments articulaires et la capsule fibreuse ont conservé leur aspect nacré; au niveau de la tumeur, leurs fibres sont comme dissociées; de nombreuses ramifications artérielles parcourent leur surface. Les vaisseaux et les nerfs sont sains et ne présentent aucune anomalie, soit de volume, soit de direction; ils sont légèrement repoussés en arrière par le développement de la tumeur. Le périoste qui recouvre la partie inférieure du fémur et la partie supérieure du tibia, est épaissi.

En pratiquant une section longitudinale de l'articulation, voici ce que l'on observe :

La synoviale, un peu hypertrophiée, a un aspect légèrement grenu. Les ligaments croisés et les ménisques inter-articulaires sont intacts.

Le cartilage qui recouvre l'extrémité inférieure du fémur, présente un bel exemple de l'altération que l'on a appelée par analogie ulcération des cartilages. En plusieurs points l'on observe des érosions peu profondes, de grandeur variable, depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes, au fond desquelles on sent une lamelle de tissu osseux, éburné, à surface chagrinée. Le pourtour de ces perforations est taillé à pic et comme pratiqué avec un emporte-pièce. Le reste du cartilage même ou pourtour de ces pertes de substance n'a subi aucune altération; il n'y a ni injection ni perte de consistance ou de coloration, mais seulement un amincissement considérable. Le cartilage de l'extrémité supérieure du tibia est un peu grisâtre et terne, mais sans ulcérations. Le tissu spongieux du fémur est fortement injecté; les cellules amincies sont devenues très-friables et cèdent facilement sous la pression du doigt; elles sont remplies par un suc huileux et rougeâtre. La couche compacte a disparu en partie, surtout dans la portion articulaire. Çà et là, semés dans le canal médullaire et le tissu spongieux des condyles, on voit des noyaux grisâtres, de consistance molle, offrant à l'œil les caractères de l'encéphaloïde, enkystés dans le tissu spongieux; le volume de ces noyaux varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette; la portion de tissu osseux qui les entoure a pris une coloration lie-de-vin. La rotule est saine. L'extrémité supérieure du tibia est envahie par une tumeur du volume du poing environ.

L'enveloppe est formée par le périoste épaissi et par une coque osseuse très-mince, n'ayant guère en avant que l'épaisseur d'une feuille de papier, se brisant sous le doigt qui la presse, et donnant lieu à la crépitation que l'on sentait en examinant la tumeur.

Dans les points où l'épaisseur est plus considérable, en arrière et dans la portion qui correspond aux condyles, le tissu osseux est plus dense qu'à l'état normal. Cette tumeur s'est développée aux dépens du tibia, qu'elle a détruit. Elle est molle, d'une consistance rappelant assez bien celle du cerveau; sa coloration est gris-jaunâtre. Elle paraît formée d'une trame un peu plus résistante, sans trace de tissu osseux ou fibreux, dans laquelle sont enkystés des noyaux de la grosseur et de la forme d'une amande. Il existe des lacunes qui sont remplies par de la matière à injection. Le développement vasculaire est peu considérable. Cette tumeur se prolonge dans le canal médullaire du tibia, qu'elle a évidé en forme de cône.

L'examen microscopique n'a pu être fait.

En somme, la lésion, d'après ses caractères extérieurs, paraît être une tumeur fibro-plastique de l'extrémité supérieure du tibia. La présence de noyaux cancéreux dans le canal médullaire du fémur doit faire craindre la récidive.

Discussion.

M. Chassaignac a présenté à la Société une pièce analogue. C'était un cancer myélo-plastique.

M. Huguier fait remarquer que dans l'épaisseur de l'os on rencontre de petites tumeurs logées dans des cavernes. L'analyse de ces tumeurs permettra d'établir le diagnostic précis de l'affection.

M. Michon. La pièce que M. Demarquay met sous les yeux de la Société est un exemple de tumeur cancéreuse des os, tumeur qui a présenté des battements sans bruit de souffle. Cette circonstance semble pouvoir s'expliquer par le degré de développement qu'elle avait atteint au moment de l'opération. Les tumeurs pulsatiles des os présentent, sinon toujours, au moins assez souvent, différentes phases dans leur évolution. Dures d'abord, elles n'offrent ni battements ni bruit de souffle; ce n'est que plus tard que l'on voit se développer d'abord les battements, et ensuite le bruit de souffle apparaître. C'est ainsi que l'on peut expliquer les divergences d'opinion entre des hommes instruits, à l'occasion de tumeurs étudiées à différentes époques par les uns ou les autres.

J'ai vu un jeune homme chez lequel les battements et les bruits de souffle existaient au plus haut degré dans une tumeur du genou, et chez lequel aussi des chirurgiens avaient méconnu dans le principe la nature de la maladie à cause de l'absence de ces signes, devenus très-intenses à la fin. J'ai vu également un chimiste célèbre, chez lequel une tumeur développée dans les os du bassin ne donnait dans le principe ni battements, ni bruit de souffle, et chez lequel plus tard ces deux signes étaient développés au plus haut degré. Marjolin et Sanson avaient examiné avec moi ce malade, et avaient fait les mêmes observations. L'étude attentive de ces phénomènes qu'on voit apparaître avec l'amincissement de l'enveloppe osseuse, le développement du système vasculaire dans la tumeur, et la communication des divers ordres de vaisseaux entre eux, pourrait peut-être être de quelque utilité dans le diagnostic différentiel de ces tumeurs cancéreuses et des anévrysmes des os, s'il était donné au chirurgien d'observer la maladie dès le début. L'absence de battements et de bruit de souffle dans les tumeurs de cette nature à leur début devrait établir une différence entre elles et les anévrysmes des os; ces anévrysmes sont excessivement rares, et la tumeur qu'a présentée M. Demarquay me paraît être une tumeur de nature cancéreuse, et de celles dans lesquelles une récidive assez prochaine est à redouter.

Je ferai remarquer à cet égard que toutes les tumeurs pulsatiles des os, même celles dans lesquelles on a cru constater l'existence du tissu cancéreux, ne se reproduisent pas toujours avec la même rapidité. J'ai observé plusieurs faits remarquables, entre autres, un jeune homme que j'ai opéré il y a huit ou dix ans, qui avait été vu par presque tous les chirurgiens de Paris, et dont la santé est encore aujourd'hui parfaite. La pièce a été disséquée et examinée par M. Gosselin, et par les micrographes habiles de l'époque. Elle avait été reconnue une tumeur encéphaloïde. Toutefois, je dois ajouter que j'ai vu des récidives après des amputations que j'avais pratiquées pour des tumeurs en apparence de même nature.

Je pense que M. Demarquay a eu parfaitement raison de pratiquer l'amputation de la cuisse, plutôt que de faire la ligature de l'artère fémorale. La ligature eût été inefficace. L'expérience a appris que plusieurs des succès qu'on lui avait d'abord attribués dans des cas de ce genre ne se sont pas maintenus. Ainsi, j'ai vu faire par Dupuytren l'amputation de la cuisse chez un homme auquel il avait, plusieurs années auparavant, pratiqué la ligature de l'artère fémorale pour une tumeur pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia. La guérison avait paru suivre d'abord cette ligature; mais la maladie avait reparu et fait des progrès qui nécessitèrent l'amputation. Ces apparences de succès dus à la ligature peuvent s'expliquer par le ralentissement de la circulation, et l'arrêt du développement vasculaire et des anastomoses qu'on observe dans ce genre de tumeurs.

M. Follin. Je ne suis pas autant que M. Michon rassuré sur la nature de la tumeur présentée par M. Demarquay, car je crois que ce pseudoplasme est de ceux qui récidivent souvent sur place ou dans l'économie. L'examen micrographique de cette tumeur ne nous est pas encore communiqué, et nous ne pouvons rien affirmer sur ce point; mais en voyant de petits noyaux du tissu morbide disséminés çà et là jusque dans le fémur, et tout près de la place où la scie a porté, je suis conduit à penser qu'il s'agit ici soit d'un cancer, soit d'une tumeur fibro-plastique.

Les tumeurs pulsatiles dont M. Michon a parlé, et qui après l'amputation du membre sont suivies d'une guérison absolue, me semblent différentes de celle que nous avons aujourd'hui sous les yeux; ce sont ou des anévrysmes des os, ou des tumeurs myéloïdes. Les faits d'anévrysme de l'os sont fort rares; cependant je crois qu'on ne peut pas en nier l'existence. J'en ai vu un cas très-remarquable dans les mains de notre collègue M. Richet. Il s'agissait alors d'une tumeur pulsatile de la tête de l'humérus. La cavité de la tumeur ne contenait que du sang, et ses parois étaient formées par le périoste doublé en certains points d'une coque osseuse. Des vaisseaux se répandaient sur la coque de la tumeur, et de là pénétraient ensuite dans sa cavité. On voyait des radicules vasculaires flotter dans cette poche morbide, à laquelle ils communiquaient des battements rhythmiques. Ces tumeurs-là ne récidivent pas lorsqu'on a pratiqué l'amputation des membres.

Des tumeurs qui ressemblent mieux à celle qu'on nous présente aujourd'hui sont les productions qu'on désigne sous le nom de *tumeurs myéloïdes*. Ces pseudoplasmes sont formés par le développement d'éléments qui se rencontrent normalement dans le tissu médullaire de l'os, et qu'on appelle des myéloplasmes. On les voit à l'extrémité des os longs, et ils ressemblent, par leur couleur et leur consistance, aux encéphaloïdes. Cependant ils ne renferment point les éléments propres du cancer.

De plus, les tumeurs myéloïdes, dont une bonne description a été donnée par M. Gray dans un mémoire traduit dans les *Archives de médecine*, restent localisatrices au point où elles se sont primitivement développées; elles n'ont point, comme la présente tumeur, des irradiations, des noyaux développés au voisinage de la tumeur principale. Enfin, dans un grand nombre de cas recueillis çà et là, on n'a point constaté de récidive.

Restent les tumeurs fibro-plastiques et les cancers des os. C'est sans doute à l'une de ces deux variétés de productions morbides qu'il faut rapporter la tumeur qui fait le sujet de ces remarques. Dans cette hypothèse, la récidive est des plus probables, et il ne faut point espérer une terminaison aussi heureuse que dans les cas rappelés par M. Michon.

M. Richet. J'ai eu à traiter un malade qui, à la suite d'une contusion, vit se développer une tumeur à la partie supérieure de l'humérus. J'examinai cet homme cinq ou six mois après l'accident : l'épaule, énormément tuméfiée, présentait des battements et un bruit de souffle très-marqué. Comme la tumeur remontait très-haut, on pouvait croire que l'affection avait gagné l'omoplate; l'os paraissait le siége du mal, car on percevait de la crépitation. Je désarticulai le bras.

Une injection poussée dans les artères du membre amputé permit de reconnaître que toute la périphérie de la tumeur était enveloppée d'un lacis vasculaire très-riche, contenant dans ses mailles des plaques osseuses. Le centre était rempli de caillots sanguins.

Une hémorrhagie consécutive me mit dans la nécessité de lier la sous-clavière. Le malade succomba.

Un autre malade présentait une tumeur pulsatile de la partie supérieure du fémur. M. Velpeau, croyant à un anévrysme de l'os, fit la ligature de la crurale. Le malade parut guéri pendant dix-huit mois; mais il y eut récidive, et on dut amputer. On crut alors qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, et on fut disposé à admettre que l'on avait guéri un cancer. Ce n'était qu'une tumeur myélo-plastique.

Il y a deux ans, j'ai vu à Marseille un malade présentant une tumeur pulsatile du tibia. Les chirurgiens, croyant avoir affaire à un anévrysme, se proposaient de faire une injection de perchlorure de fer ; mais prévenu par les faits précédents, je conseillai de pratiquer l'amputation. Elle fut faite ; l'observation a été soumise à la Société. Il s'agissait encore d'une tumeur myélo-plastique. Il faut donc mettre une grande réserve dans le diagnostic de ces tumeurs, trop souvent confondues avec des anévrysmes ou des cancers.

M. GOSSELIN. J'ai parfaitement le souvenir de la tumeur à laquelle M. Michon a fait allusion. Nous avons alors admis qu'il s'agissait bien d'un encéphaloïde; mais en présence de l'heureuse issue de l'opération, je me demande aujourd'hui si nous avons établi un diagnostic bien exact. N'avions-nous pas eu plutôt affaire à une tumeur myéloïde.

Le sujet offre une grande importance, et il est à souhaiter que la Société s'en occupe. Il y a manifestement bien plus de chance de guérison après l'ablation de ce genre de tumeur qu'après l'ablation des fibro-plastiques et des cancers. Il faut donc s'efforcer d'éclaircir le diagnostic différentiel de ces variétés de tumeurs.

M. CHASSAIGNAC a dans ce moment dans son service un malade qu'il a amputé pour une tumeur myéloïde du fémur. M. Velpeau, qui avait vu ce malade, avait fait une ponction exploratrice ; il n'était sorti que du sang.

L'autopsie du membre a permis de reconnaître la nature de l'affection. M. Robin, qui l'a examinée, a déclaré que c'était une tumeur myéloïde. Dans ce cas, il n'existait pas de pulsations bien évidentes.

COMMUNICATIONS.

M. BAUCHET fait la communication suivante :

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie deux pièces provenant de deux opérations que j'ai pratiquées à l'hôpital Saint-Louis. La première provient d'une amputation du bras ; la seconde d'une résection du coude. La première offre un exemple curieux et extraordinaire de fracture du bras, curieux par sa forme, extraordinaire par son mécanisme.

Le malade, qui est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle Saint-Augustin, montait à une corde en se soulevant par les mains, pour aller chercher un objet placé à quelques mètres de hauteur. A peine avait-il grimpé à la hauteur de 40 à 50 centimètres, que sa main gauche lâcha la corde. Son corps tourna alors de gauche à droite, en même temps qu'il faisait avec le membre supérieur droit de violents efforts pour se retenir. Le malade entendit aussitôt un craquement du côté de l'humérus droit, il ressentit une douleur aiguë, violente, fut obligé de lâcher prise, et glissa à terre, mais ne tomba point. A partir de ce moment, il lui fut impossible de se servir de son bras.

Ce jeune homme, âgé de vingt-cinq à vingt-huit ans, grand, pâle, un peu maigre, présentait à son entrée à l'hôpital tous les signes d'une fracture de l'humérus avec plusieurs fragments, et un épanchement sanguin considérable. De plus, à la partie interne du bras, on voyait une éraflure, et même une petite eschare, large à peu près comme une pièce de cinq francs, et produites très-probablement par la corde.

Quelques jours après l'entrée du malade, il survint un érysipèle, qui, au niveau de l'épanchement sanguin, devint phlegmoneux. De là, suppuration abondante, fétide ; pus mêlé de caillots sanguins ; foyer de la fracture baignant au milieu du pus ; muscles profondément altérés par la suppuration, réduits en bouillie, en putrilage.

L'érysipèle continua, dans le reste du corps, sa marche par plaques successives. Le malade s'affaiblit, il y eut de la diarrhée, et malgré les pressantes sollicitations du patient et mon désir de le débarrasser de ce foyer dangereux, je dus attendre que les bouffées érysipélateuses fussent complétement arrêtées. MM. Denonvilliers et Richet m'aidèrent de leurs conseils, et adoptèrent le système de temporisation, jusqu'à cessation de la marche de l'érysipèle.

Enfin, une quinzaine de jours après le début de ces accidents, toute trace d'érysipèle ayant disparu, je me décidai à pratiquer l'amputation du bras. M. Richet voulut bien assister à cette opération. — Comme le moignon de l'épaule était sain, que les chairs étaient intactes jusqu'au-dessous du niveau de l'insertion deltoïdienne, que l'articulation était saine, je préférai, à la désarticulation de l'épaule, l'amputation du bras un peu au-dessous de l'empreinte deltoïdienne.

L'amputation fut faite à lambeaux, et comme le malade était déjà épuisé, je cherchai à lui laisser perdre le moins de sang possible. Je conçus alors l'idée (que j'ai réalisée depuis) de scier l'os avant d'ouvrir l'artère, et même de lier cette artère, sans retarder en rien la marche et la rapidité d'exécution de l'opération. C'est une méthode très-simple, et sur laquelle je me propose d'appeler ultérieurement l'attention de la Société. Elle consiste à passer, après avoir taillé le premier lambeau, une sonde, dans le genre de la sonde à résection de Blandin, et à scier l'os sur cette sonde cannelée.— Mais je n'insiste pas davantage pour le moment sur cette opération, et je reviens à mon malade.

Pendant un ou deux jours le jeune homme sembla renaître : il mangeait plusieurs côtelettes par jour, buvait un peu de vin de Bordeaux et de vin ordinaire; mais le mieux fut de courte durée : la diarrhée reprit, la maigreur devint extrême, les chairs des lambeaux restaient flasques et livides, et le malade s'est éteint aujourd'hui, sans accident résultant de l'opération.

Voici maintenant la pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie.

L'humérus, à l'union de son tiers inférieur avec le tiers moyen, est brisé en quatre fragments : le fragment supérieur à deux ou trois travers de doigt au-dessous du trait de scie de l'amputation; le fragmen inférieur, à deux travers de doigt au-dessus de la surface articulaire, et deux fragments comprenant une portion seulement du diamètre de l'os, longs de 5 à 6 centimètres, et ne tenant plus au reste de l'os que par quelques portions de périoste et de tissu cellulaire et musculaire.

L'extrémité supérieure du fragment inférieur est oblique de haut en bas, et de dehors en dedans; elle est située au niveau du point où existe la torsion normale de l'os, et suit assez exactement la direction spiroïde de cette torsion. De plus, le bord supérieur du fragment inférieur est dentelé.

A ce fragment est retenu, par quelques filaments de périoste, une esquille longue de 5 centimètres, comprenant une portion de la diaphyse, et pointue à ses deux extrémités. Cette esquille est rejetée en dedans et en arrière, complétement disjointe du fragment inférieur.

Le fragment supérieur présente aussi une solution de continuité, oblique, spiroïde, représentant un peu plus du tour de l'os, et parallèle à la solution de continuité du fragment inférieur, dont elle est séparée environ par deux ou trois centimètres. Cette séparation est occupée par une autre esquille assez curieuse. Cette esquille représente environ les deux tiers du cylindre de l'humérus. Sa partie postérieure et interne laisse voir le canal médullaire, et la portion qui manque pour compléter ce canal est précisément l'esquille adhérente au fragment inférieur, et que je viens de décrire.

Le bord supérieur de cette grosse esquille est spiroïde, et se moule bien, quand on les rapproche, sur le bord inférieur du fragment supérieur. — Le bord inférieur est aussi spiroïdal, et offre une dentelure. Cette spire, cette dentelure, se moulent exactement sur le bord supérieur du fragment inférieur.

Le mécanisme de cette fracture, *produite par le poids du corps et les efforts, les contractions musculaires*, me paraît être le suivant :

L'humérus a été pour ainsi dire (qu'on me passe l'expression) *détordu*. Il s'est cassé au niveau de la torsion normale de l'os.

Le fragment supérieur a pénétré alors dans le canal médullaire du fragment inférieur, par la pointe, le V, de l'extrémité inférieure de l'esquille que je viens de décrire en dernier lieu.

Le fragment inférieur a éclaté alors, et il s'est formé la petite esquille. Cette petite esquille, tenant encore aujourd'hui au fragment inférieur par des filaments du périoste, a pénétré à son tour dans le canal du fragment supérieur par sa pointe, son V supérieur. Cette esquille a fait éclater le fragment supérieur, et il s'est produit la grosse esquille, bi-spiroïdale, tenant encore au fragment supérieur par quelques lambeaux du périoste.

On se rend bien compte sur cette pièce de ce mécanisme. Il suffit de mettre les fragments en contact et de faire exécuter à l'os un mouvement de torsion exagéré, pour voir de suite les diverses esquilles s'écarter et reprendre la position qu'elles occupaient au moment où la pièce a été examinée pour la première fois.

Ces différents temps de la fracture se sont succédé si rapidement, que les diverses lésions ont été simultanées et instantanées ; mais il faut, pour bien comprendre le mécanisme de leur production, les analyser, ainsi que je viens d'essayer de le faire devant vous.

On voit donc sur cette pièce un exemple curieux de fracture spiroïdale et cunéenne, sur laquelle, après Gerdy, j'ai appelé l'attention dans le compte rendu des travaux de la Société anatomique en 1855, et dont M. Gosselin a si bien étudié le mécanisme et les accidents qu'elles peuvent déterminer.

La deuxième pièce provient d'une opération (résection du coude) que j'ai pratiquée ce matin. Ce sont les extrémités des trois os qui concourent à former l'articulation du coude.

Je donnerai plus tard l'histoire complète de la maladie, lorsque je ferai connaître à la Société les résultats de l'opération. Pour le moment, je veux seulement appeler votre attention sur les pièces pathologiques.

L'extrémité inférieure de l'humérus est dépouillée de son cartilage dans la moitié de son étendue. Il reste seulement quelques parcelles de cartilage flottantes et libres d'adhérences. Dans l'autre moitié, le cartilage s'enlève très-facilement, et dans deux points on sent une cavité remplie d'une substance mollasse : ce sont des caillots sanguins. L'os s'écrase facilement et se laisse couper aisément avec un scalpel.

Cette altération est plus prononcée encore sur l'extrémité supérieure du cubitus. Il ne reste plus trace de cartilage, et la substance osseuse s'écrase sous le doigt sans la moindre résistance.

Du côté de l'extrémité supérieure de la cupule du radius, on trouve quelques petites ecchymoses sous le cartilage, une friabilité de l'os plus grande qu'à l'état sain, et en deux petits points, une érosion du cartilage d'encroûtement.

La cavité articulaire était pleine d'un pus séreux, filant, et de fongosités adhérentes aux vestiges de la synoviale et aux os. En dehors même de l'articulation, on trouve des fongosités communiquant avec les fongosités articulaires, et qui donnaient sous le doigt une remarquable sensation de fausse fluctuation.

Les traits de scie ont porté, pour l'humérus, immédiatement au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée ; pour le cubitus, au-dessous de l'apophyse coronoïde, au-dessous de l'insertion du brachial antérieur; pour le radius, au-dessus de l'insertion du biceps.

Quant au procédé opératoire, le voici en deux mots : incision en T, extraction de l'extrémité supérieure du radius, après l'avoir sciée sur la sonde à résection de Blandin ; désarticulation et extraction de l'extrémité supérieure du cubitus; extraction de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le nerf cubital a été respecté, ainsi que les insertions du brachial antérieur et du biceps brachial.

Je donnerai plus tard l'observation complète.

Le secrétaire annuel, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé avant-hier samedi. Ont été nommés :

Internes titulaires. — MM. 1 Jouon, 2 Cruveilhier, 3 Pihan Dufeuillet, 4 Delaunay, 5 Fritz, 6 Bodin (Louis-Paul), 7 Guibert, 8 Baillet, 9 Douillard, 10 Moussaud, 11 Fabre, 12 Lectère, 13 Duplay, 14 Ferrand (Ernest), 15 Fischer, 16 Harman, 17 Garnet, 18 Meunier, 19 Bodin (Charles-Louis), 20 Prout, 21 Rousseau, 22 Lefeuvre, 23 Guerlain, 24 Waringhem, 25 Lesouef, 26 Brault, 27 Dieuzaide, 28 Michou, 29 Santiard, 30 Fort, 31 Nivert, 32 Bruder, 33 Laborde (Jean-Baptiste), 34 Chalvet (Pierre), 35 Launay, 36 Pamard, 37 Saint-Laurent.

Internes provisoires. — MM. 1 Soulier, 2 Bouglé, 3 Brouardel, 4 Chedevergne, 5 Doisneau, 6 Gautier du Defaix, 7 Martineau, 8 Ferdureau, 9 Dupont, 10 Houzé, 11 Baudouin, 12 Bernadet, 13 Couvreur, 14 Dubuc, 15 Hamel, 16 Roché, 17 Blot, 18 Rouet, 19 Goul'bon, 20 Bouchaud, 21 Mitivié, 22 Bergouhnioux, 23 Dufour, 24 Martinet, 25 Dunant.

— Voici le résultat du concours pour le prix de l'internat :

Première division. — Médaille d'or ,. M. Tamarelle-Mauriac; deuxième prix, M. Dubarry. Première mention, M. Jaccoud ; deuxième mention, *ex æquo*, MM. Ball, Luton, Peter.

Deuxième division. — Médaille d'argent, M. Reynaud ; accessit (livres), M. Eug. Fournier. Première mention, M. Regnault ; deuxième mention, *ex æquo*, MM. Bonnemaison, Després, Durante.

Le Sourd.

Paris.— Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 150. — JEUDI 23 DÉCEMBRE 1858. (31e ANNÉE.) N° 150. — JEUDI 23 DÉCEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas samedi.

A NOS ABONNÉS DE L'ÉTRANGER.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement. Les abonnés nouveaux qui n'ont pas encore fait parvenir le montant de leur abonnement sont également priés de le faire sans retard.

Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine,* 9;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a consacré hier la séance tout entière aux scrutins pour le renouvellement de son bureau pour l'année prochaine. M. Cruveilhier, vice-président pour cette année, a été nommé président pour 1859. M. J. Cloquet est nommé vice-président, et M. Devergie est maintenu dans ses fonctions de secrétaire annuel. MM. Cloquet, Jolly et Hervez de Chégoin ont été élus membres du conseil.

Dans la séance prochaine, l'Académie aura à procéder à la nomination des commissions permanentes; après quoi elle pourra reprendre le cours de ses travaux scientifiques.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la rougeole et de ses complications.

En venant vous parler ici de la rougeole, je dois tout d'abord vous prévenir que je n'ai point l'intention de consacrer à l'étude de cette maladie des développements aussi considérables que pour la fièvre scarlatine (1), et je me hâte de vous en dire la raison. De toutes les affections éruptives, la scarlatine est celle qui revêt les formes les plus bizarres : elle provoque forcément une longue description, car mille considérations cliniques d'un haut intérêt découlent de son histoire; mais pour la rougeole, les choses ne se passent plus de même. Je me bornerai donc à un exposé sommaire des symptômes, voulant plus particulièrement insister auprès de vous sur un chapitre trop peu connu des jeunes médecins : j'ai nommé les accidents et les complications.

Je passe sous silence la période d'incubation de la rougeole, car je ne saurais que vous répéter ce que j'ai dit à propos de la scarlatine.

J'entre donc d'emblée dans la période d'invasion, et j'arrive à ce moment où la santé générale est éprouvée et où il survient chez l'enfant comme chez l'adulte une série de phénomènes d'autant plus dignes de remarque, qu'il faut nécessairement les avoir présents à l'esprit pour pouvoir bien saisir les manifestations ultérieures de la maladie.

A son début, la rougeole s'annonce par un malaise fébrile qui ne présente rien de spécial, puis on voit de suite apparaître du côté des voies respiratoires et des membranes muqueuses de l'œil des signes qu'il ne faut avoir observés qu'une fois pour les reconnaître : larmoiement, coryza, toux assez vive, tantôt un peu rauque, tantôt pénible et très-violente. C'est vous dire, par conséquent, que les muqueuses oculaire, nasale, laryngienne et bronchique, subissent des atteintes dès le premier jour. L'éruption s'inscrit simultanément sur ces membranes, la rougeole se jette sur elles, absolument comme à la phase initiale de la scarlatine, — et alors que la peau est encore vierge de tout indice morbide, — la maladie va surprendre le voile du palais et le pharynx.

Le coryza s'accompagne souvent d'épistaxis, et je vous montrerai bientôt ce que cet accident, ce que le coryza par lui-même, ce que la laryngite et la broncbite, sont susceptibles de déterminer comme complications.

Pendant la période d'invasion, la fièvre n'a pas ces allures que vous lui voyez prendre dans la variole, et sur lesquelles j'ai dû fixer votre attention. Vous vous souvenez, en effet, que depuis le début de la maladie jusqu'à l'apparition éruptive, elle est d'une seule pièce; qu'elle cesse le jour de la pustulation si la variole est discrète, et qu'elle persiste au contraire si l'éruption est confluente. La marche des symptômes fébriles dans la rougeole peut singulièrement induire en erreur : ou bien la fièvre se maintient jusqu'au milieu de la période d'éruption, ou bien elle ne dure qu'un jour ou deux, se suspendant et disparaissant quelquefois entièrement dès le troisième, — ne laissant qu'un léger malaise, — mais pour méditer une nouvelle invasion et dans la forme que voici : elle se traduit par de petits frissons qui se reproduisent trois, quatre, cinq et six fois dans les vingt-quatre heures, et qui sont suivis la plupart de sueurs et de douleurs, à ce point que vous pouvez vous en laisser imposer pour ces pyrexies intermittentes ou rémittentes si peu rares dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. Si le coryza, l'épistaxis, le larmoiement et la toux viennent à faire défaut, vous arrivez difficilement au diagnostic dans un très-grand nombre de cas, et les prodromes de la rougeole pourront ainsi passer inaperçus pour vous, à moins que des renseignements bien précis vous soient donnés par les familles, et que votre esprit se mette en garde au sujet de quelques-uns des détails que vous aurez appris.

Quelle est la durée de la période d'invasion? De toutes les affections éruptives, c'est dans la rougeole que ce temps est le plus long, tandis que dans la scarlatine cette phase de la maladie est au contraire la plus courte, et qu'on ne l'observe parfois que pendant quelques heures; puis vient la variole confluente, dont l'invasion occupe deux jours, — l'éruption se manifestant à la fin du deuxième ou au commencement du troisième; — enfin la variole discrète, dans laquelle cette période dure trois jours, l'apparition des pustules ayant lieu très-régulièrement à la fin du troisième ou au commencement du quatrième. Dans la rougeole, l'éruption se montre le plus ordinairement du quatrième au cinquième jour, et quelquefois du sixième au huitième jour seulement. Jamais dans aucune autre affection éruptive vous ne constaterez un semblable retard, à moins d'une grave complication.

A ce propos, laissez-moi vous citer un fait que j'aurais dû vous rapporter en parlant de la scarlatine, et dont j'ai été témoin dans la clientèle de M. le docteur Sarrazin.

Je fus mandé, il y a sept ans, par ce confrère, pour voir avec lui, rue Chabanais, un enfant de six à sept ans. Le jeune malade avait de la céphalalgie, du strabisme, de la lenteur dans le pouls, des vomissements, de la somnolence, voire même de la stupeur : nous diagnostiquâmes, M. Sarrazin et moi, une fièvre cérébrale. Cet état persistant, nous continuâmes à voir l'enfant le cinquième, le sixième et le septième jour, et nous ne modifiâmes en aucune façon le jugement porté. Une éruption scarlatineuse avec angine apparut le huitième jour, et à dater de cet instant les symptômes d'encéphalo-méningite disparurent totalement.

Je n'ai vu pour ma part que cet exemple, mais d'autres avant moi en avaient observé de semblables, et il est des auteurs qui signalent des cas de maladies éruptives dans lesquelles certains phénomènes nerveux prédominants, masquant et retardant l'évolution des signes de l'affection principale, cèdent tout à coup à l'apparition de celle-ci. Parmi ces accidents nerveux, il en est qui surviennent fréquemment chez les enfants, alors même que les choses procèdent régulièrement, et vous avez déjà pressenti que je voulais parler des convulsions; mais je reviendrai bientôt sur ce point.

Me voici arrivé à la période d'éruption.

Au moment où, dans la période précédente, la fièvre semblait tombée, vous la voyez soudainement se rallumer. Le coryza, le larmoiement et la toux, un instant calmés, se reproduisent avec acuité, et très-souvent une diarrhée abondante se déclare. Le flux intestinal appartient essentiellement au domaine de la rougeole, et je crois que les auteurs ne lui ont pas accordé une part assez grande. Cependant ce phénomène est très-commun, et il mérite qu'on en tienne bon compte, chez les enfants surtout, qui, le jour où apparaît l'éruption, vont jusqu'à quatre, six, huit, dix et même quinze fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures! Non-seulement ils ont une diarrhée séreuse, mais chez

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* des 16 juin, 7 et 23 juillet, et 13 août 1857.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet, par M. le docteur L. V. MARCÉ (1).

Lorsque l'on se met à parcourir l'histoire de la médecine depuis le commencement de ce siècle, on reste frappé d'étonnement en face des progrès immenses qui se sont accomplis en faveur des aliénés. Ces parias de l'humanité à une autre époque, sont maintenant élevés à la dignité de malades, et traités avec une sollicitude sans égale. Les chaînes, les cabanons, les tortures corporelles, sont à jamais ensevelis dans l'oubli, et les noms de Pinel et d'Esquirol, les généreux promoteurs de toutes les réformes qui se sont opérées depuis cinquante ans, resteront gravés en caractères ineffaçables dans le livre du passé. Ces illustres auteurs, non contents d'avoir préparé par eux-mêmes l'avénement d'une ère médicale nouvelle pour une classe d'hommes jusque-là si déshéritée, ont eu la prévoyante attention de former un groupe d'élèves particuliers qui, devenus à leur tour les dépositaires d'un précieux mandat, achèvent sans relâche l'œuvre de leurs maîtres, réalisent d'importantes améliorations dans les asiles, propagent avec zèle tout ce qui peut contribuer à jeter quelque jour sur la pathologie mentale, et comblent les regrettables lacunes de l'enseignement officiel en ouvrant des cours de clinique spéciale : ce sont ces disciples, en un mot, qui représentent avec tant d'éclat aujourd'hui le corps si recommandable des médecins psychologues.

L'impulsion vigoureuse imprimée aux études sur l'aliénation de l'esprit par des hommes tels que MM. Ferrus, Calmeil, Baillarger, Parchappe, Moreau (de Tours), Foville, et tant d'autres non moins distingués; la fondation à Paris d'une société savante et d'un recueil périodique uniquement consacrés aux travaux médico-psychologiques, ont donné lieu depuis quelques années à de remarquables publications sur la folie; et parmi elles nous mentionnerons particulièrement l'ouvrage très-récent de M. le docteur Marcé, l'un des anciens collaborateurs de ce journal.

L'auteur, avant de tracer son sillon dans la voie qu'il s'est choisie, a préludé par de très-fortes études médicales : élève à l'asile des aliénés de Nantes, interne et lauréat des hôpitaux de Paris et de la Faculté de médecine, il a eu la bonne pensée de présenter au public médical une intéressante monographie sur l'un des sujets les plus émouvants de la pathologie, la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Sans doute beaucoup de faits isolés ont été publiés tant en France qu'à l'étranger sur l'aliénation mentale des femmes en couches, mais personne avant M. Marcé n'avait songé à réunir, à coordonner tous ces documents épars, à en former un véritable faisceau et à constituer avec des éléments aussi imparfaits une histoire médico-légale de la folie puerpérale. L'auteur n'aurait fait qu'agiter simplement cette question, si digne de fixer l'attention de tous les praticiens par les mille incidents graves, difficiles et délicats qu'elle peut soulever, qu'il eût déjà rendu un grand service à la science; mais il y a plus, et nous allons le démontrer dans cette courte analyse.

En présence de toutes les divergences qui règnent dans la science relativement à la désignation collective de *folie puerpérale*, M. Marcé a envisagé la question à un point de vue spécial, et il a assigné aux troubles psychiques qui éclatent pendant la puerpéralité, certaines limites qu'une rigoureuse observation clinique des maladies mentales justifie à merveille. Et d'abord, il a laissé de côté tous les cas de folie qui se développent sous l'influence des désordres menstruels, et en cela nous croyons qu'il a été heureusement inspiré, car la marche intermittente ou le plus souvent rémittente de la plupart de ces cas, leur mode de développement, leur pronostic, leur terminaison, en font une classe à part qui ne saurait, sans analogie forcée, être confondue avec les écarts intellectuels qui se lient à la parturition.

M. Marcé a donc compris sous le nom de folie puerpérale toutes les vésanies dont la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ont été directement le point de départ, et il a sagement annexé à cette histoire celle de l'aliénation mentale des nourrices. En effet, la femme qui allaite, plus nerveuse, plus accessible aux impressions morbides, se maintient par le seul fait de l'allaitement dans des conditions particulières qui s'éloignent sensiblement de l'état normal de santé, et qui, par

(1) Un vol. in-8°. Chez J. B. Baillière et fils.

quelques-uns elle est sanglante, glaireuse, et elle est causée par une véritable colite dont la durée est d'un jour ou deux. A propos des complications, je ne tarderai pas à vous dire de quel immense péril pour la vie cet accident s'accompagne, s'il persiste au delà de vingt-quatre heures.

Au quatrième et au cinquième jour, l'éruption se montre sur la face; le lendemain elle gagne le tronc et le septième jour les membres : elle est alors complète. La fièvre, pendant tout ce temps-là, conserve une grande intensité, absolument comme dans la scarlatine, mais contrairement à ce qui se passe dans la variole discrète, où la pyrexie s'éteint dès que l'éruption se manifeste, pour ne reparaître que le huitième jour, au moment de la maturation des pustules. Dans la période d'éruption de la rougeole, elle se prolonge deux ou trois jours, et si elle persiste encore le quatrième, on doit redouter une complication.

Le coryza, le larmoiement et la toux vont en augmentant, puis on constate de la surdité et parfois de très-vives douleurs d'oreilles, la trompe d'Eustache se prenant comme les autres muqueuses.

Lorsque sa forme en est très-simple et qu'on l'examine particulièrement sur le ventre et la poitrine, plus encore qu'à la face, l'éruption offre l'aspect de petites saillies rouges, veloutées, n'ayant ni la rudesse ni la rugosité des élevures de la scarlatine; elles ont une certaine analogie avec celles de l'urticaire, le derme et l'épiderme sont soulevés, et ces saillies sont plus appréciables encore au toucher qu'à la vue. Ces taches morbilleuses, de la largeur d'un grain de riz ou de blé, ont en général une forme inégale, et elles circonscrivent des espaces dans lesquels la peau reste blanche.

Lorsque la maladie est confluente, la rougeur peut être diffuse, uniforme, et elle rend parfois le diagnostic difficile : il survient aussi des vésicules acuminées, semblables à celles de la scarlatine, principalement en été, ou après une abondante transpiration ; mais tandis que cette éruption vésiculeuse est la règle dans cette dernière affection, elle est l'exception dans la rougeole.

Les taches morbilleuses sont quelquefois plus saillantes et comme papuleuses. Lorsque cette forme domine, la rougeole est dite *boutonneuse*.

Lorsque l'éruption a été très-vive, on remarque fréquemment — et d'ordinaire sur les jambes — des rougeurs violacées très-vraisemblablement de nature ecchymotique, car elles ne disparaissent pas à la pression des doigts comme les taches exanthématiques, et elles peuvent persister pendant sept, huit ou dix jours après la disparition de l'éruption morbilleuse, laissant à leur place une coloration caractéristique d'un jaune verdâtre. Cette forme de la rougeole a été appelée *rougeole ecchymotique*. Elle est d'une certaine gravité, en ce sens qu'elle indique une éruption plus intense; or, dans la variole, la scarlatine et la rougeole, on peut en général formuler cette loi que *le pronostic de la maladie est en raison directe de la sévérité de l'éruption.*

Pendant les périodes d'invasion et d'éruption, lorsqu'on ausculte la poitrine avec soin, on entend habituellement des râles sibilants qui, le jour de l'éruption, deviennent sous-crépitants ; ils se généralisent quelquefois dans toute l'étendue des poumons, s'accompagnent d'un certain degré d'oppression, et signalent la présence du catarrhe dans les petites bronches. Si les autres symptômes sont plus sérieux, le râle sous-crépitant, alors même qu'il est plus fin, ne doit pas causer trop d'effroi au médecin : généralement ce signe disparaît le septième ou le huitième jour, après avoir fait percevoir à l'oreille des râles sous-crépitants plus gros, puis des rhuncus sibilants. L'ordre est ensuite rétabli.

Vous observerez dans ce catarrhe morbilleux une expectoration assez spéciale, et quand je prononce le mot *expectoration*, il va sans dire que je n'entends parler seulement que de ce qui se passe chez les enfants du troisième âge et chez les adultes, puisque chez les nouveau-nés, et jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans, c'est un indice qui manque d'une manière absolue. D'abord muqueux, clairs et limpides, les crachats deviennent épais, arrondis, jaune-verdâtre, parfaitement isolés les uns des autres, laissant surnager une plus ou moins grande quantité de mucus glaireux et légèrement opalins; ils sont parfois nummulaires comme ceux de quelques phthisiques.

L'éruption tend donc à disparaître le huitième jour : elle abandonne la face, diminue sur le tronc, et s'éteint complétement sur les membres le neuvième jour. Il reste encore de la toux, du coryza, de l'ophthalmie et de la surdité, mais à un degré bien moindre ; ces accidents décroissent à leur tour progressivement, et ils n'existent plus au bout d'une semaine.

Voici venir maintenant la période de desquamation.

Ouvrez les ouvrages qui sont entre vos mains, et vous verrez que les auteurs classiques vous parlent d'une desquamation furfuracée, ressemblant à de petites plaques de son qui se détacheraient de la surface du corps. En examinant pratiquement les faits, vous pourrez rencontrer jusqu'à dix malades de suite sans pour cela trouver trace de semblable desquamation. Pour peu que la peau soit couverte de sueur — et la transpiration est un fait assez ordinaire — ces écailles épidermiques restent dans la chemise ou les draps, tant cette exfoliation est ténue. Elle se voit mieux à la face, et cela se comprend ; mais là encore elle est quelquefois imperceptible.

Telles sont les allures de la rougeole normale, simple, régulière, et si je vous les ai si sommairement rappelées, c'est afin de me trouver plus à l'aise pour étudier avec vous les accidents et les complications qui dérivent des phénomènes propres à cet état pathologique : nos deux prochaines conférences seront uniquement consacrées à leur exposé clinique.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LEGOUEST.

Luxation ovalaire symptomatique du fémur, datant de sept mois. Réduction.

(Observation recueillie par M. SCHUTZEMBERGER, aide-major.)

Le nommé R... (Jacques), âgé de trente ans, gendarme de la garde impériale, entré au service en 1849 ; d'une constitution robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, cultivateur avant d'être militaire, a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'en novembre 1857, époque à laquelle il entra à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, atteint d'une adénite cervicale aiguë. Il resta en traitement pendant deux mois, et reçut un congé de convalescence de trois mois. Vers la fin du mois de janvier 1858, il fut atteint, dans son pays, d'une fièvre typhoïde assez grave pour amener le délire et la perte de tout sentiment pendant un espace de temps qu'il ne saurait préciser.

Au sortir de cet état, il s'aperçut d'une douleur très-vive dans l'articulation coxo-fémorale gauche ; les mouvements de la cuisse sur le bassin, d'abord très-difficiles, ne tardèrent pas à devenir complétement impossibles, et le membre fut dès lors porté dans la rotation en dehors et dans l'abduction. Un mois après, toute l'extrémité inférieure gauche devint le siége d'un œdème considérable, qui persista pendant trois mois, et ne se dissipa qu'à la fin du mois de juin, sous l'influence de frictions médicamenteuses dont le malade ne peut indiquer la nature. Transporté à l'hôpital civil de Colmar dans le courant du mois d'août, ce militaire fut traité par des moxas appliqués à la partie postéro-externe de l'articulation de la hanche, sans aucun amendement, et évacué enfin, à sa demande, sur le Val-de-Grâce.

A son arrivée dans les salles de clinique chirurgicale, le 18 août 1858, sept mois environ après le début de son affection, R... présentait l'état suivant, qu'il affirme avoir toujours été le même.

Il est couché sur le dos et très-légèrement incliné du côté gauche ; c'est la seule position qu'il puisse conserver. La colonne lombaire ne repose pas sur le matelas, et présente une extension exagérée sur le bassin, de telle sorte qu'on peut facilement glisser la main entre les reins et le plan du lit. Le bassin est incliné latéralement sur la colonne vertébrale ; l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche est de 5 centimètres plus bas que la droite. Le membre sain est dans l'adduction, le membre malade dans l'abduction et la rotation en dehors.

Lorsqu'on rétablit la direction normale du bassin sur la colonne vertébrale, et celle de la cuisse saine sur le bassin, ce qu'il est facile d'obtenir, on constate que la cuisse gauche, dans une abduction considérable, forme un angle droit avec l'axe du corps ; que tout le membre tourné en dehors repose sur le lit par sa face externe : la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse, le talon répondant au tiers de la hauteur du mollet opposé. La racine de la cuisse est élargie, surtout en dedans ; le pli de l'aine est effacé, tandis qu'une dépression considérable existe au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. En explorant la partie supérieure et interne de la cuisse, on y rencontre une tumeur volumineuse empiétant sur le périnée, surtout en se rapprochant du pubis ; la pointe de l'ischion est parfaitement isolée et sentie, tandis que la tumeur, soulevant l'origine des adducteurs, n'est perçue qu'au milieu d'un empâtement s'étendant dans tout le creux sous-inguinal. Le grand trochanter est passé tout à fait en arrière ; la fesse est aplatie, plus large qu'à l'état normal, et le pli fessier, disparu totalement en dehors, se retrouve à peine en dedans.

Mesurée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'angle externe de la rotule, la cuisse gauche est plus courte que l'autre de 6 centimètres ; elle est complétement immobile, et lorsqu'on met le malade sur le côté sain, elle reste en l'air, fixée dans sa position comme une branche de télégraphe. Les mouvements que l'on cherche à lui communiquer retentissent sur le bassin, qui bascule en avant et de bas en haut quand on tente de fléchir le membre. Lorsque le malade est couché sur le dos et les rapports normaux des parties saines rétablis, le plus léger mouvement imprimé à la cuisse gauche fait osciller les épines iliaques comme les extrémités du fléau d'une balance. Le même phénomène a lieu lorsque l'on cherche à étendre ou à fléchir la jambe sur la cuisse. Tout mouvement de rotation est impossible et se communique au bassin.

La station debout est tout à fait impossible. Soutenu par des aides sur le membre sain, le malade se penche fortement à gauche et en avant. La saillie de la hanche droite s'exagère beaucoup, et le pied gauche vient se placer en arrière de la jambe droite, la malléole interne répondant à la terminaison de la masse musculaire des jumeaux.

Le malade ne peut s'asseoir : il ne souffre en aucune manière, sinon lorsqu'on agit sur le membre ; sa santé est des meilleures : on remarque au-dessous et un peu en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, à l'endroit que devrait occuper le grand trochanter et qui ne donne plus à la pression que la sensation du tissu musculaire rétracté, les cicatrices des deux cautères qui ont été appliqués à l'hospice de Colmar; le membre est un peu moins volumineux et moins ferme que celui du côté sain ; il ne présente pas d'œdème.

Diagnostic. — Luxation ovalaire du fémur gauche, symptomatique d'une arthrite aiguë avec épanchement de l'articulation coxo-fémorale.

M. Legouest se propose de tenter la réduction de cette luxation ; il ne se dissimule pas que ses tentatives seront en partie infructueuses, mais il espère pouvoir donner au membre une direction meilleure, qui permettra au malade de se lever, de marcher avec des béquilles et de s'asseoir.

Le 28 août, le malade étant chloroformé jusqu'à parfaite résolution musculaire, M. Legouest monte auprès de lui sur la table d'opération, saisit la cuisse sous le jarret, ordonne de fixer le bassin aussi solidement que possible, et déployant une force considérable, fait exécuter au membre un mouvement de flexion, puis d'adduction forcée. A ce moment on entend, à une grande distance, un craquement très-fort, dû au déplacement de la tête du fémur qui vient se porter un peu plus en dehors et en bas. L'opérateur exécute plusieurs fois ces mouvements, auxquels il ajoute successivement des mouvements de circumduction, de rotation en dedans et d'extension.

Au moment de l'extension forcée et de la rotation en dedans, deux craquements se font entendre à court intervalle : le premier est dû à un nouveau déplacement de la tête du fémur, le second à la rupture d'un certain nombre de fibres du fascia lata.

Tous les mouvements, du reste, sont accompagnés d'un bruit manifeste de frottement.

Après vingt minutes employées à des manœuvres, on constate que le membre peut être mis et reste dans une position meilleure : la cuisse et la jambe sont étendues ; le membre est dans la rectitude et repose sur la table, par son plan postérieur, à peu près comme le membre sain ; les deux membres sont de même longueur ; la racine de la cuisse a diminué de largeur ; la tumeur formée par la tête du fémur est moins considérable, mais est encore parfaitement sentie.

Un traversin est placé entre les deux membres dans toute leur longueur, et ceux-ci fixés l'un à l'autre au moyen de trois lacs, en attendant qu'on puisse placer le malade dans la gouttière de Bonnet (de Lyon).

Le 29, dans la journée d'hier, le malade a éprouvé quelques tiraillements douloureux à la partie supérieure de la cuisse malade ; un léger mouvement fébrile s'est manifesté, mais n'a pas persisté. Aujourd'hui

---

leurs rapports intimes avec les autres fonctions génératrices, produisent un véritable état puerpéral ou du moins prolongent la durée de ce dernier. L'auteur a ainsi réparti tous les faits qui servent de base à son travail en quatre groupes distincts répondant aux phases diverses de la fonction puerpérale, et c'est là le plan général de l'ouvrage.

Quelle influence l'action sympathique de l'utérus peut-elle exercer sur le développement de la folie puerpérale? Telle est la question que M. Marcé discute, dès les premières pages de son livre, avec infiniment d'habileté. Il ne révoque pas en doute la réalité des sympathies morbides, et celle de l'utérus moins que toute autre, mais il pense avec raison que l'on a souvent exagéré la part qui revient à cet ordre de phénomènes, et il propose le nom de sympathie *imparfaite* pour tous les états pathologiques du cerveau, dont les oscillations ne sont pas identiquement calquées sur les alternatives que subit l'affection utérine. D'après lui, la plupart des folies puerpérales, les accès transitoires provoqués par l'acte de l'accouchement, les aberrations mentales qui se montrent dans la grossesse et se terminent avec l'état puerpéral, — chose assez rare d'ailleurs, — appartiendraient de droit à cette variété de la sympathie morbide, tandis que le délire passager lié à la fièvre de lait serait un exemple frappant de sympathie parfaite. Du reste, pour affirmer qu'un phénomène est sympathique et pour distinguer la sympathie de la simple coïncidence, M. Marcé résume sa manière de voir sous les trois chefs suivants :

« 1° Il faut que le fait que l'on soupçonne d'être sympathique n'ait avec le fait primordial aucune relation de continuité ou de contiguïté, aucune relation fonctionnelle immédiate.

» 2° Il faut que les deux faits naissent simultanément, augmentent et disparaissent ensemble ; en un mot, que le phénomène sympathique suive les oscillations du fait primordial.

» 3° Enfin, lorsque cette liaison des phénomènes morbides, même imparfaite à certains égards, se sera reproduite plusieurs fois et à peu près avec les mêmes circonstances, on ne devra pas conserver le moindre doute et rejeter bien loin l'idée d'une simple coïncidence. »

Pendant la grossesse, les troubles qui surviennent du côté des facultés de l'entendement sont de deux ordres : ou bien ils consistent en de simples dispositions morales qui n'arrivent pas jusqu'à priver la malade de son libre arbitre, mais impriment à ses allures et à sa physionomie un caractère tout particulier ; ou bien ils constituent un état d'aliénation mentale à forme variable, mais nettement caractérisée. Dans le premier cas, bien que le médecin et la famille soient en général assez effrayés, il est vrai de dire que l'on n'observe le plus souvent qu'une tendance inaccoutumée au découragement et à la mélancolie, et que cet état se termine d'ordinaire avec la délivrance de la femme, surtout s'il n'existe chez elle aucune prédisposition fâcheuse. Dans le second cas, lorsque la folie est confirmée, les auteurs ont noté parmi les principales circonstances étiologiques, les précédents héréditaires, les accès antérieurs, l'anémie et les émotions morales pénibles et prolongées. M. Marcé partage entièrement l'opinion de ses devanciers, et il l'appuie d'un certain nombre de faits très-concluants ; il déclare en outre que l'aliénation mentale est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, qu'elle est plus facilement curable quand elle débute avec la grossesse que lorsqu'elle fait invasion pendant le cours de la gestation, et qu'en présence du peu d'espoir qu'il est permis de fonder sur l'acte de l'accouchement, considéré comme pouvant mettre fin à des troubles intellectuels cette fois très-tranchés, il doit être formellement interdit de ne jamais recourir à l'avortement comme moyen de guérison de la folie chez les femmes grosses. Cette manière de voir ne donne pas seulement la mesure d'un haut discernement, c'est encore une bonne action.

Le travail de l'enfantement, surtout à sa dernière période, alors que les douleurs deviennent déchirantes et que les efforts d'expulsion acquièrent une énergie désespérée, détermine dans quelques cas une telle secousse que l'intelligence en est vivement ébranlée et qu'un véritable délire maniaque peut soudainement éclater. Wigand, Prost, Montgomery, M. Weill, Klug, M. Helme et M. Cazeaux en ont cité des exemples. Les faits de ce genre, trop négligés par les auteurs spéciaux, méritent une enquête sérieuse, et ne sauraient trop attirer l'attention des médecins légistes. M. Marcé l'a compris, et il leur a consacré un chapitre plein d'intérêt.

De toutes les variétés de folie puerpérale, la folie des nouvelles accouchées est la plus fréquente. Ses formes les plus ordinaires, d'après l'auteur, sont la manie, la mélancolie, les lésions partielles de l'entendement (hallucinations, monomanies intellectuelles ou instinctives), enfin un état tout particulier d'affaiblissement mental, qui sem-

on ne constate qu'un peu de gonflement de la racine du membre, et un peu de douleur à la pression; les téguments sont luisants et tendus, sans rougeur : la cuisse a conservé la position obtenue par les manœuvres de réduction.

Le 30, on applique la gouttière de M. Bonnet (de Lyon).

Le 15 septembre, le malade a été maintenu depuis quinze jours dans son appareil; aucun accident n'est survenu; une teinte ecchymotique de la racine de la cuisse, apparue en dehors surtout, trois jours après l'opération, a disparu. On a rendu au malade dès le 1er septembre les trois quarts de portion.

Le 18, des tentatives nouvelles de réduction devant avoir lieu aujourd'hui même, nous donnons la description de l'état du membre.

La cuisse est étendue sur le bassin, la jambe sur la cuisse; le membre repose complétement sur sa face postérieure; le pied est dans la rectitude. Le membre gauche paraît plus long que le droit de 0,62; le bassin s'incline latéralement de ce côté. Le pli de l'aine est moins effacé; la tête du fémur est sentie au bord interne des vaisseaux, plus en dehors cependant qu'avant les premières tentatives de réduction; elle n'empiète plus sur le périnée. Le grand trochanter est ramené plus antérieurement; la fesse est encore aplatie : les mouvements communiqués entraînent le bassin.

M. Legouest procède aux tentatives de réduction comme la première fois : après quelques minutes la flexion devient libre et facile; les mouvements sont néanmoins encore accompagnés de craquements. Tout à coup se fait entendre un bruit particulier, qui coïncidant avec un déplacement de la tête du fémur, semble indiquer sa rentrée dans la cavité cotyloïde : un mouvement d'adduction et de rotation en dedans la fait immédiatement ressortir. Réduite et luxée à plusieurs reprises, la tête du fémur est ramenée par l'extension dans la position qui paraît être la réduction.

Le membre est dans la rectitude parfaite, il est de la même longueur que le membre sain; les deux épines iliaques sont au même niveau.

Le malade est placé dans l'appareil de M. Bonnet.

Le 19, les douleurs ont été très-minimes; néanmoins un gonflement considérable est survenu à la racine du membre; il paraît être dû à l'épanchement d'une certaine quantité de sang, dont les tissus péri-articulaires ont fixé les deux membres à leur extrémité inférieure par des brodequins lacés, adaptés à la gouttière.

Le 21, le gonflement de la racine du membre persiste, mais sans douleur : la tête du fémur ne peut être sentie; teinte ecchymotique et léger œdème autour de l'article.

Nous pouvons donner aujourd'hui non pas le résultat définitif, mais le résultat obtenu, après une période de trois mois, chez le malade dont on vient de lire l'histoire, qui, en raison des préoccupations récentes des chirurgiens à l'endroit des maladies de la hanche, présente un intérêt particulier.

Le malade a été maintenu dans l'appareil de M. Bonnet un peu plus de deux mois, c'est-à-dire depuis le 30 août jusqu'au 18 septembre, après les premières tentatives de réduction, et depuis le 18 septembre jusqu'au 6 novembre, après les secondes; il n'a pas éprouvé d'autres accidents que ceux indiqués; sa santé générale est toujours florissante : le membre inférieur gauche reste un peu amaigri; il est normalement situé dans le décubitus sur le dos; la mensuration faite des deux côtés donne des résultats identiques; les épines iliaques sont au même niveau; la racine de la cuisse a repris sa configuration régulière; le grand trochanter est revenu à sa place; il est impossible d'apprécier par le toucher les rapports de la tête du fémur et du cotyle, en raison de l'induration compacte des tissus profonds péri-articulaires, et l'on ne peut juger du rétablissement des rapports physiologiques des os que par la bonne conformation du membre et l'absence de signes contraires.

Toutefois, dans le décubitus sur le ventre, le membre gauche paraît très-légèrement plus court que le droit; la fesse a plus de hauteur, le pli fessier est à peine marqué.

Les mouvements volontaires sont nuls ou à peu près; les mouvements communiqués sont très-bornés, deviennent promptement douloureux, et se transmettent au bassin lorsqu'on insiste pour leur donner quelque étendue.

Le malade peut s'asseoir, fléchir ou étendre parallèlement ses deux membres : dans cette situation, qui ne peut être gardée quelque temps qu'autant que les ischions sont ramenés au bord antérieur de la chaise, la partie supérieure du bassin s'incline en arrière, en raison de la roideur de l'articulation coxo-fémorale.

Dans la station debout, on constate un peu de courbure des reins et une très-légère direction du membre dans la flexion et l'abduction.

La marche, aidée d'un simple béquillon, est facile, non douloureuse; elle n'a pas encore été prolongée au delà d'un quart d'heure.

Ce fait et celui que M. Malgaigne a rapporté dans la *Revue médico-chirurgicale* (tome XVI, p. 247), sont de rares exemples de la luxation pathologique du fémur dans le trou ovale; le plus souvent, les luxations à la suite de paralysie, de relâchement des ligaments, d'hydrarthroses aiguës ou chroniques, ou d'arthrites profondes, se produisent en arrière.

Un certain nombre de chirurgiens ont rapporté des cas de luxation coxo-fémorale à la suite de fièvres graves, et nous-même, il y a deux ans, en avons rencontré un premier exemple. La luxation s'était produite en arrière et en haut, sur l'ilium, avec *rotation du pied en dehors*. Constatée par MM. Bégin, H. Larrey, et par nous-même, elle était survenue, comme celle dont nous venons de rapporter l'histoire, dans le cours d'une fièvre typhoïde, pendant laquelle le malade en délire avait été maintenu par la camisole de force; elle n'avait attiré l'attention du médecin qu'à une période avancée de la convalescence.

La luxation observée par M. Malgaigne diffère de la nôtre en ce que, précédée de violences sur l'articulation, elle s'est produite lentement, et qu'il ne semble pas qu'on ait employé quelque traitement. Nous pensons que le malade de M. Malgaigne était atteint d'une luxation consécutive à une arthrite profonde, tandis que les nôtres ont été pris d'hydrarthrose aiguë provoquant la luxation.

Rares à la suite des hydrarthroses aiguës, comme les autres, en général nous croyons que les luxations pathologiques du fémur dont il s'agit sont presque toujours favorisées par des causes déterminantes, dans les cas que nous venons de citer en particulier, nous en avons la conviction. On sait, en effet, à quels mouvements désordonnés peuvent se livrer des malades en proie au délire, quels efforts trop souvent mal dirigés sont employés pour les maintenir; partant, à quelles violences bien capables de provoquer l'hydrarthrose aiguë et peu après la luxation, les articulations peuvent être soumises.

Quoi qu'il en soit, les traits principaux de notre observation sont :

1° La nature et l'ancienneté de la luxation;

2° Le mode de traitement et son innocuité;

3° Le maintien de la réduction et l'amélioration incontestable de la position du malade.

ÉTUDES SUR LA MONORCHIDIE ET LA CRYPTORCHIDIE chez l'homme.

Par M. Ernest GODARD.

Nos lecteurs se rappellent que nous avons exposé déjà à plusieurs reprises, et à mesure que nous en avons eu connaissance, les intéressantes recherches de M. E. Godard sur la monorchidie et la cryptorchidie.

Dans un nouveau travail sur ce sujet adressé récemment à l'Académie des sciences, M. Godard vient de résumer les points principaux qui résultent de ses nouvelles recherches sur ces deux variétés d'anomalie testiculaire.

Les résultats de ces dernières recherches constituant le complément naturel de ce travail plein d'originalité, nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de les leur faire connaître, en mettant sous leurs yeux ce résumé analytique.

Monorchidie. — Après avoir rappelé les exemples de monorchidie cités par les auteurs anciens et modernes, M. Godard démontre que cette anomalie peut être héréditaire ou coïncider avec un arrêt de développement de la moitié correspondante du corps. D'autres fois elle résulte de l'inflammation du testicule ou d'une mauvaise position de la glande, qui s'est placée en travers de l'orifice abdominal du canal inguinal.

Plus souvent qu'on ne le croit généralement, les lésions ou les dispositions anormales du gubernaculum sont la cause première de l'ectopie testiculaire; pour démontrer ce fait, M. Godard rappelle le mode de développement du testicule, sa migration qu'il a suivie pas à pas.

A ce sujet, il démontre que chez l'adulte le testicule est attaché manifestement au fond du scrotum.

Après avoir étudié la structure intime du gubernaculum testis, et analysé ce qui a été écrit à ce sujet par les physiologistes, l'auteur rappelle toutes les hypothèses émises pour expliquer la descente du testicule, puis il indique le mode d'oblitération de la tunique vaginale; il démontre que le crémaster est le muscle propre du testicule, qu'il protége en le soulevant et en l'appliquant sur l'anneau; il fait voir que pendant le coït, ce muscle active la sécrétion spermatique par les secousses qu'il imprime au testicule, et termine en montrant que la connaissance exacte de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil séminal permet d'expliquer toutes les variétés d'ectopie testiculaire. A ce sujet, il démontre le premier, dit-il, que parfois le faisceau moyen ou faisceau scrotal du gubernaculum testis, au lieu de s'insérer au fond du scrotum, s'attache à la peau au niveau du pli cruro-scrotal. Cette disposition anormale arrête le testicule dans sa migration.

La monorchidie peut être la conséquence d'une erreur de diagnostic faite par un bandagiste, qui remonte et fixe dans l'aine un testicule mobile; elle peut résulter d'une contraction spasmodique du crémaster, qui remonte un testicule déjà descendu; plus rarement, elle survient à la suite d'un excès de coït, ou après un coup reçu à l'aine ou sur le testicule.

L'homme monorchide peut se trouver dans les quatre conditions suivantes :

A. Ses deux testicules peuvent être sains.

B. La glande séminale arrêtée dans sa migration peut être seule à l'état pathologique.

C. La glande placée dans le scrotum peut être seule malade.

D. Les deux testicules peuvent être à l'état pathologique.

A. *Le testicule descendu et celui du côté opposé arrêté dans sa migration peuvent être sains.*

Cette variété est la plus fréquente, le testicule gauche est le plus souvent arrêté dans sa migration.

Après avoir insisté sur le siége de l'anomalie, l'auteur indique les signes et le diagnostic différentiel avec les tumeurs qui peuvent la simuler.

Puis il insiste sur le pronostic et les accidents consécutifs aux ectopies testiculaires suivant leurs variétés. En faisant l'étude anatomique des organes génitaux monorchides, il a montré l'état du scrotum, de la tunique vaginale, du canal inguinal et des anneaux inguinaux; j'ai fait connaître l'état du testicule dans les différentes variétés d'ectopie, la structure de cet organe, en insistant sur la disposition du parenchyme glandulaire.

Cette partie du travail est terminée en démontrant que le testicule non complétement descendu n'est pas fibreux, graisseux, à l'état fœtal, comme on l'a imprimé. Tout au contraire, ses canalicules s'effilent parfaitement; seulement le testicule est moins volumineux que la glande placée dans le scrotum. Le testicule, arrêté dans sa migration, ne sécrète pas d'animalcules; cela paraît tenir à ce que la glande, dans le lieu qu'elle occupe, n'a pas la mobilité qui lui est propre et dont elle jouit dans le scrotum, où à chaque instant elle est soumise aux contractions du crémaster.

L'homme monorchide, dont le testicule descendu est sain, éjacule un liquide renfermant des spermatozoïdes, et il est apte à procréer des enfants des deux sexes. Rien ne doit être négligé pour amener dans le scrotum un testicule arrêté dans sa migration, et à ce sujet M. Godard indique la conduite à tenir dans toutes les variétés de l'anomalie.

B. *Testicule descendu sain, le testicule non descendu à l'état pathologique.*

La glande arrêtée dans sa migration passe plus facilement à l'état pathologique que la glande qui est dans le scrotum. Après avoir cité les observations de ce genre que l'on trouve dans les auteurs, l'auteur étudie l'inflammation du testicule non descendu suivant toutes les variétés de l'anomalie; il indique les signes, le diagnostic différentiel de la maladie, et le traitement qui lui a paru le plus convenable.

La glande arrêtée dans sa migration peut subir la dégénérescence tuberculeuse et cancéreuse. Cette dernière affection survient surtout si l'anomalie siége à droite.

M. Godard décrit le sarcocèle inguinal, puis il indique l'opération qui peut être tentée. Malheureusement l'issue de la maladie est toujours funeste.

C. *Le testicule descendu à l'état pathologique ou non développé, le testicule du côté opposé arrêté dans sa migration étant sain.*

Dans cette variété, qui est rare, la glande descendue peut être affectée d'orchite; elle peut avoir subi la dégénérescence fibreuse, la dégénérescence cancéreuse; d'autres fois, elle est arrêtée dans son développement. Or, comme les hommes atteints de cette variété de monorchidie éjaculent un liquide privé de spermatozoaires, se basant sur quatre observations, M. Godard formule cette proposition : Le testicule arrêté dans sa migration ne sécrète pas de spermatozoïdes, et l'homme monorchide dont le testicule descendu est à l'état pathologique, est puissant, mais inapte à se reproduire.

D. *Les deux testicules peuvent être à l'état pathologique.*

On ne trouve ici que trois observations d'hommes monorchides ayant les deux testicules à l'état pathologique. Ces trois observations offrent peu d'intérêt; elles complètent seulement le cadre tracé.

Cryptorchidie. — La cryptorchidie, qui est un vice de conformation chez l'homme, constitue l'état normal du plus grand nombre des animaux, dont elle ne gêne en rien les facultés génératrices.

Tous les exemples de cette anomalie cités dans les auteurs anciens

---

ble causé par d'abondantes pertes de sang, et qui peut facilement guérir au moyen d'un traitement approprié. Chacune de ces variétés a sa marcbe et son pronostic à part.

M. Marcé a pris le soin de ranger tous les cas d'aliénation mentale consécutive à l'accouchement en deux groupes bien distincts, d'après l'époque précise de leur développement. Ainsi il traite, d'une part, ceux qui apparaissent pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent la délivrance, et dont l'origine peut être légitimement rapportée à la fièvre de lait ou à l'ébranlement nerveux qui accompagne l'accouchement; et de l'autre, ceux qui ne font invasion que vers la cinquième ou la sixième semaine. En parcourant ses observations, l'auteur affirme qu'il a été frappé de la netteté avec laquelle ces deux groupes se séparent, ainsi que de la rareté des cas dans lesquels la maladie se développe dans la période intermédiaire, c'est-à-dire du dixième au quarantième jour. Nous prenons bonne note de ce renseignement clinique.

Les nourrices présentent les mêmes formes de délire que les nouvelles accouchées, et si la folie des femmes qui allaitent se rencontre moins souvent, c'est qu'il s'en faut de beaucoup que toutes les mères accomplissent le pieux devoir auquel la nature les convie. Esquirol, en rencontrant un plus grand nombre de cas de folie à la suite de la lactation chez les femmes de la classe pauvre que chez celles plus favorisées de la fortune, avait attribué cette différence à l'insuffisance de l'alimentation : les faits cités par M. Marcé viennent presque tous à l'appui de cette opinion. Dans l'immense majorité des cas, on peut dire que les désordres psychiques qui succèdent à l'allaitement et au sevrage surviennent cbez des nourrices profondément débilitées et portant le cachet pour ainsi dire de l'anémie et de l'énervation.

Il résulte de l'important travail de M. Marcé que, toutes les fois qu'une femme est prédisposée aux vésanies par le fait de l'hérédité, par des maladies antérieures ou par une susceptibilité nerveuse portée à l'excès, elle court assez souvent la triste chance de voir les différents actes de la maternité devenir pour elle l'occasion d'un péril, et cela soit qu'il y ait action directe et sympatbique de l'utérus sur les centres nerveux, soit que les fonctions assimilatrices, impuissantes à subvenir à des causes aussi nombreuses d'épuisement, facilitent ainsi la prédominance maladive du système nerveux. Sans vouloir dicter à ses confrères des conseils absolus, l'auteur déclare que le degré de la prédisposition devra toujours régler la latitude qu'en pareille occurrence on devra laisser à la femme.

En résumé, M. le docteur Marcé, en publiant le *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, loin d'avoir failli à ses précédents scientifiques, a marqué son entrée dans la laborieuse et intelligente pbalange des médecins aliénistes par une œuvre éminemment recommandable à tous égards. Médecins, accoucheurs et légistes rechercheront bientôt un livre très-méthodiquement conçu, et dont l'un des avantages signalés est de familiariser très-vite le lecteur avec toutes les émouvantes questions qui se rattachent aux troubles de l'intelligence et à la puerpéralité.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

et modernes sont rapportés ici; les causes et l'anatomie pathologique de la cryptorchidie sont les mêmes que pour la monorchidie. Il n'y a pas eu lieu d'y insister.

Ayant à traiter de l'influence de la cryptorchidie sur l'habitude extérieure, le moral, la voix, les forces physiques, l'auteur démontre que les hommes ainsi conformés sont de taille moyenne, blonds, glabres, peu vigoureux; ils ont la voix d'un timbre élevé; ils paraissent plus jeunes que leur âge ne le ferait supposer; ils sont timides et craintifs.

Sont-ils aptes à se reproduire? Avant de répondre à cette question, il cite toutes les opinions émises à ce sujet par les auteurs; puis il formule cette proposition :

« Les hommes dont les deux testicules, quoique développés, sont incomplétement descendus, sont puissants, éjaculent du sperme privé d'animalcules, et ne peuvent féconder. »

Ces conclusions sont tirées des faits suivants :

Quatre des cryptorchides observés, et qui étaient mariés, n'avaient pas eu d'enfants.

Deux hommes atteints de la même anomalie éjaculaient du sperme privé d'animalcules.

Dans deux autopsies de cryptorchides, le liquide des vésicules séminales et des canaux déférents ne contenait pas de spermatozoaires.

HÉMORRHAGIE UTÉRINE A LA SUITE DE COUCHES ;

lypothymie, mort imminente; action rapide et efficace des lavements de vin de Porto.

Par M. le docteur WILLIAMS.

M. Williams venait d'accoucher de son dixième enfant une dame âgée de quarante-deux ans, affaiblie par des causes diverses et anémiques. Il portait la main sur le fond de l'utérus, et reconnaissait que cet organe, qui contenait encore le placenta, se contractait lentement, lorsque la malade s'écria qu'elle s'en allait, et perdit connaissance. Quelques soins la ranimèrent; le délivre qui se trouvait dans le vagin fut enlevé avec une énorme quantité de caillots sanguins. Le retrait de l'utérus étant toujours lent et le sang coulant avec excès, M. Williams, après avoir administré une dose de teinture volatile de seigle ergoté, couvrit la vulve et la région hypogastrique de linges imbibés d'eau fraîche, sans discontinuer d'exercer une compression convenable sur l'abdomen. Il projeta ensuite brusquement de l'eau froide sur l'abdomen selon le précepte de Gooch; conformément encore à la pratique de ce médecin, il introduisit la main gauche dans l'utérus pour comprimer les vaisseaux béants à l'aide des jointures des doigts, tandis que la main droite appliquée extérieurement agissait dans le même but sur l'utérus. Mais ces tentatives furent vaines, et l'hémorrhagie ne s'arrêta que sous l'influence de la compression de l'aorte abdominale, recommandée par Baudelocque neveu.

Toutefois, l'état de la malade n'en continuait pas moins d'être alarmant. Elle était sans pouls depuis plus d'une demi-heure; les extrémités étaient froides et la peau couverte d'une sueur visqueuse et glacée. Dans l'impossibilité où il se trouvait d'introduire par la bouche des stimulants du système nerveux, et renonçant par diverses raisons à la transfusion du sang, M. Williams eut la bonne idée d'administrer à sa malade des lavements de vin de Porto.

Il commença par introduire dans le rectum 125 grammes de ce vin avec 20 gouttes de teinture d'opium. L'effet de ce lavement fut presque instantané; deux minutes après son ingestion le pouls radial put être apprécié, et cinq minutes plus tard l'artère commença à battre normalement. Après un intervalle de vingt minutes un second lavement fut donné; l'amélioration devint encore plus manifeste; la malade reprit connaissance. Au bout d'une demi-heure, troisième lavement suivi d'un excellent résultat. Enfin, après dix heures de soins incessants et d'anxiété la plus vive, M. Williams eut le bonheur de voir sa malade hors de danger. (*British med. journal* et *Journal de méd. et de chir. prat.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 décembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur les différentes épidémies, par MM. les docteurs Yvonneau (de Blois), Lemaire (de Cosne), Causard (de Châtillon-sur-Seine), Antellet (de Civray), et Plissard (de Fresnay-les-Ravier) (commission des épidémies) ;

2° Les rapports de MM. les docteurs Niepce, sur les eaux minérales d'Allevard (Isère), Cazaintre, sur les eaux de Rennes (Aude), Cabrol, sur l'établissement militaire thermal de Bourbonne, pendant l'année 1857 (commission des eaux minérales);

3° Un mémoire de M. le docteur Buisson, sur le traitement de la fièvre puerpérale (commission nommée);

4° Un mémoire relatif à un appareil auquel son inventeur attribue la propriété de ménager les organes de la respiration. (Commissaire, M. Gavarret.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une notice sur le rétrécissement du vagin consécutif à l'emploi du fer rouge dans les maladies utérines, par M. le docteur Anselmier. (Commissaires, MM. Danyau et Robert.)

2° Une note sur le coton comme hémostatique dans les hémorrhagies par piqûres de sangsues, par M. le docteur Jacquez, de Lure. (Commissaire, M. Blache.)

3° Une note de M. le docteur Lecoq, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, relative aux revaccinations qu'il vient de pratiquer sur les hommes de son régiment.

4° Une lettre de M. le docteur Bertherand, médecin principal et directeur de l'école de médecine d'Alger, qui sollicite le titre de membre correspondant. La lettre de M. Bertherand est accompagnée de la liste de ses titres et de ses travaux, et d'un nouveau mémoire manuscrit sur les eaux minérales de l'Algérie.

5° Une lettre de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault), qui sollicite la même faveur.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie les deux pertes qu'elle vient de faire : de M. Bérard, membre titulaire, et de M. Gaimard, membre correspondant.

— M. DEVERGIE fait hommage à l'Académie, au nom de M. Hédouin, d'un travail sur les fongosités de l'utérus.

— L'ordre du jour appelle la nomination des membres du bureau et du conseil d'administration pour l'année 1859.

L'Académie procède successivement, et par la voie du scrutin, à l'élection du président, du vice-président et du secrétaire annuel.

Sont nommés :

Président, M. Cruveilhier; *vice-président*, M. J. Cloquet; *secrétaire annuel*, M. Devergie.

Membres du conseil. — MM. Cloquet, Jolly et Hervez de Chégoin.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 novembre 1858. — Présidence de M. PICARD, vice-présid.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Mort prompte survenue chez un jeune sujet sans cause manifeste appréciable. — M. BOSSU, rappelant l'observation citée par M. Duhamel dans la dernière séance, admet jusqu'à un certain point les explications de la mort du malade données par M. Mattei. Suivant M. Bossu, la cause mortelle a pu être l'urémie, et il désire savoir si les urines contenaient de l'albumine.

M. DUHAMEL. Je ne crois pas, ainsi que l'a supposé M. Mattei, qu'il y ait eu, chez le malade dont j'ai entretenu la Société, soit un épanchement, soit un abcès. A la question de M. Bossu, je réponds que peut-être l'urémie a pu occasionner les accidents qui ont déterminé la mort. Le mal a été rapidement mortel, les urines n'ont pas été examinées chimiquement; mais pendant les trente-six dernières heures, l'émission en a été naturelle; l'hématurie consistait à peine en quelques gouttes de sang.

M. BOSSU. Je vois que je ne suis pas loin d'être d'accord avec M. Duhamel. Si l'on avait pu constater la présence de l'albumine dans les urines, la mort s'expliquerait par l'urémie, qui aurait produit la mort par une suffusion séreuse au cerveau. On pourrait encore admettre que la terminaison funeste a eu lieu par suite d'une hydrocéphalie aiguë dépendant d'une métastase rhumatismale.

Embarras gastrique. Troubles cérébraux sympathiques graves. Emploi des vomitifs. Guérison. — M. FOUCART communique le fait suivant. (*Voir* le numéro du 30 novembre.)

Hygiène des nouveau-nés, considérée dans ses rapports avec le développement physique et moral des individus, au point de vue de l'amélioration de l'espèce. — M. CARON donne lecture d'un travail sur ce sujet.

M. FOUCART fait observer que la vaccine n'a pas eu le succès aussi facile que le pense M. Caron. Ce qui a décidé surtout les familles, c'est la formalité qui rend obligatoire le certificat de vaccination pour l'entrée dans les écoles, etc.

M. MATTEI félicite M. Caron du sujet qu'il a choisi; mais il critique l'opinion de notre collègue, qui semble faire remonter aux premiers mois de l'enfance la cause de toutes les maladies. J'ai observé, tant à la campagne qu'à la ville, la question des enfants, dit M. Mattei, et je n'hésite pas à attribuer à l'hérédité la plus forte part des maladies chroniques. L'enfant du paysan et l'enfant de la ville nourris à la campagne par la même mère, le premier sera toujours plus robuste; l'affection scrofuleuse joue ici un grand rôle : il faut aussi tenir compte de l'état de grossesse et de l'accouchement, qui exercent une grande influence sur la santé à venir de l'enfant. M. Caron fait la part trop large à la lactation et à l'absence des soins de propreté. Pour la nourriture, je m'explique : l'enfant ne tette pas au delà de ses besoins; si son estomac est plein, il ne demande plus de nourriture, ou alors il la rejette. A Paris, il y a des mères qui nourrissent au biberon ou qui envoient leur enfant à la campagne. Eh bien, presque tous les enfants nourris à Paris au biberon meurent, quelles que soient les précautions prises. Si, au contraire, les enfants sont envoyés à la campagne, ils peuvent parfaitement s'élever, même avec le lait des animaux. A la campagne, il est vrai, on ajoute au lait de la bouillie, qui aide à soutenir l'enfant, mais que l'on donne toujours trop tôt, à mon avis.

M. BOSSU. Le travail de M. Caron laisse quelques *desiderata*. Je rends justice aux bonnes intentions de l'auteur; mais, en somme, il paraît se borner à ceci : des mamelles toujours pleines et une bourse *item*, deux conditions qui ne sont pas toujours faciles à réunir. L'enfant à qui on donne de bon lait vient naturellement bien. Lorsque l'enfant qui vient de teter crie, c'est que le lait est de mauvaise qualité ou que la nourrice n'en a pas assez. On essaye alors de remplacer le lait par la bouillie.

M. FOUCART déclare différer sur plusieurs points de l'opinion de MM. Mattei et Bossu. M. Mattei, dit-il, ne veut pas que l'on donne de bonne heure à manger aux enfants. Je suis d'un avis tout à fait contraire. Lorsqu'un enfant se porte bien, je pense que l'on doit commencer l'alimentation à deux mois et demi ou trois mois; et ceci n'est pas seulement dans l'intérêt de l'enfant, c'est aussi une mesure de précaution en faveur de la mère. En effet, en la soulageant d'autant, on lui donne le temps de se reposer et de réparer ses forces; puis, si elle tombe malade et qu'on ne puisse la remplacer par une nourrice, on évite bien des embarras et des ennuis, puisque l'enfant peut à la rigueur se passer du sein, accoutumé qu'il est à une nourriture artificielle. Par alimentation j'entends, au début, une ou deux cuillerées, deux fois par jour, de biscotte ou de pain bouillis dans l'eau pendant longtemps.

MM. Mattei et Boyer pensent qu'un enfant ne tette jamais trop, et qu'on doit lui donner le sein aussi souvent et aussi longtemps qu'il le désire. Que mes collègues me permettent de leur dire que je suis en complet désaccord avec eux sur ce sujet. La plupart des entérites qui tuent les enfants nouveau-nés, viennent de l'abus du sein. Le donner à l'enfant plus souvent que toutes les deux ou trois heures, c'est provoquer, qu'on me passe l'expression, des digestions *subintrantes* greffer une digestion nouvelle sur une qui n'est pas encore com et cela ne peut jamais faire une bonne chose. Croyez-vous qu'un se trouverait bien de manger pendant tout le cours de la jour demi-heure en demi-heure? Eh bien, il en est de même chez l'e Je dirai plus; les précautions dont je parle doivent être beaucou sévères encore, car ses organes sont plus délicats. Il est essen mon avis, de laisser reposer l'estomac, et de ne pas donner à l'enfant plus souvent que toutes les deux heures; la mère et l' s'en trouvent beaucoup mieux.

Je suis également d'avis de l'accoutumer de bonne heure à r pendant la nuit, au moins cinq ou six heures sans rien demand chose est facile encore; l'enfant prend toutes les habitudes qu veut bien se donner la peine de lui faire contracter; c'est l'affa huit à dix jours; il suffit d'y mettre de la persévérance et de le crier; quand il est fatigué, il se tait. Dans ces circonstances, M che, notre maître à tous quand il s'agit des maladies de l'enfa coutume de conseiller une pratique qui nous a souvent réussi; lo l'enfant se réveille la nuit, dans l'espace de ces cinq ou six heur nous voulons consacrer au repos complet de la mère ou de la nou et qu'il crie pour avoir le sein, il lui fait donner comme boisson u d'eau de graine de lin non sucrée. L'enfant s'en lasse bientôt, ce crier, et se rendort.

M. VERGNE. M. Caron n'a pas eu l'intention de faire un trai nutrition des enfants; les nourrices et les mères, a-t-il dit, ont à plir une mission qu'elles ne connaissent pas; instruisez-les. M. et aussi M. Foucart ont parlé de l'excès de nourriture chez les en Je me range à leur opinion, mais je n'ai pas la répulsion de M. pour le biberon. Le biberon peut vous donner des résultats sa sants; mais veillez à la nature du lait, veillez-y d'autant plus même en votre présence, il pourra arriver que la personne qui les vaches essaye de vous tromper.

M. CARON. J'ai eu pour but d'être utile, mais court; j'ai do restreindre mon sujet. M. Mattei croit que je fais dériver tout maladies de la lactation; assurément telle n'a pu être ma pens suis un des premiers à reconnaître le rôle de l'hérédité. M. Ma affirmé aussi que l'enfant ne tette jamais plus qu'il ne faut. Je me à mes collègues, MM. Vergnes et Foucart, pour protester contre affirmation. On a dit trop souvent « bien vomissant, bien vena « bien hoquetant, bien menant. » Il est utile, il est indispensabl ces vieux dictons, nés de l'ignorance, cessent d'avoir cours. Ne s vous pas comme moi qu'on laisse des enfants au sein toute une Cela les amuse, dit-on, cela les distrait et les calme, ils ne tettent erreur, l'enfant, collé ainsi au sein sans besoin, suçote et aval de cette déglutition incessante viennent les entérites et la mort. Q à l'hérédité, j'ajouterai un dernier mot : la scrofule et le rachitism souvent héréditaires, peuvent tenir souvent à ce que les parents mêmes ont souffert dès leur naissance dans leur alimentation.

M. MATTEI. Ce n'est pas à la campagne qu'il faut faire le repr de l'excès du sein; les nourrices s'y épargnent, et font manger nourrissons. Les enfants tettent trop, dites-vous; c'est un fait que puis admettre, et vous conviendrez que les enfants ont au moins tant d'instinct que les animaux; or ceux-ci tètent quand bon leur ble, et ils peuvent suçoter sans inconvénient; quand après avoir d le sein l'enfant crie, c'est que le sein n'a pas de lait.

M. MAGNE fait observer que les enfants sont bien inférieurs en stinct aux petits des animaux; ceux-ci, en effet, à peine sortis ventre de leur mère, se précipitent sur les mamelles qui doiven alimenter, et nous savons tous combien parfois on a de difficultés faire prendre le sein à un enfant.

M. BOSSU partage l'opinion de M. Caron, qui voit dans la mauv alimentation une cause de rachitisme; mais il se sépare de notre lègue quand celui-ci admet parmi les mêmes causes l'excès de la tion. Le rachitisme vient de la misère, suivant M. Bossu, et non d excès de lait.

M. CARON explique que l'usage du sein trop souvent répété ne p met pas de bonnes digestions, et que le trouble aussi répété de ces digestions produit le même résultat, une nutrition incomplète.

M. VERGNE. Contrairement à M. Bossu, qui admet le laissez-f alors qu'une nourrice a de bon lait, je réglemente l'alimentation; aussi, j'ai jugé à propos de laisser faire pendant les cinq premi années de ma pratique, et j'ai eu à constater des résultats désastre aujourd'hui, je surveille et réglemente la nutrition, et je n'ai qu'à m applaudir.

Le secrétaire annuel, Dr Al. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le conseil académique de Paris, dans sa séance du 18 décembre, présenté :

Pour la chaire de pathologie externe :

En 1re ligne. . . . . M. Michon.
En 2e ligne. . . . . M. Gosselin.

Pour la chaire d'anatomie :

En 1re ligne. . . . . M. Jarjavay.
En 2e ligne. . . . . M. Sappey.

— La distribution des prix aux élèves internes et externes en mé cine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, et la proclamation élèves externes ou étudiants qui ont obtenu au concours d'être adm dans les hôpitaux et hospices pour y exercer les fonctions d'inter ou d'externes, aura lieu le lundi 27, à deux heures et demie très-p cises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria,

— Une commission d'habitants de Lyon réunis par un culte comm pour la mémoire du docteur Bonnet, a décidé qu'elle ouvrirait u souscription dont le produit sera affecté à l'érection d'un monume digne de la renommée de ce chirurgien éminent. Cette déclaration pas été plutôt connue que la liste des souscriptions a été couverte signatures. Une première liste, publiée par la *Gazette médicale de Lyo* se monte déjà à la somme de 2,960 fr.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 DÉCEMBRE 1858.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question si souvent débattue des générations spontanées, [vie]nt d'être reprise par un de nos plus savants naturalistes [et] habiles expérimentateurs, M. Pouchet, l'auteur des beaux [tr]avaux sur l'ovologie que tout le monde connaît. Reprenant des [ex]périences considérées jusqu'ici comme décisives contre la [thé]orie de l'hétérogénie, M. Pouchet les a répétées avec des ré[sul]tats tout différents, et qui sont de nature à faire revenir sur [l'o]pinion la plus généralement admise aujourd'hui. Il a pu par[ve]nir à déterminer le développement d'animalcules dans un [mi]lieu privé d'air atmosphérique, et dans lequel, par consé[qu]ent, celui-ci n'a pu apporter les germes des êtres organisés [qu]'on y a découverts. Si ces expériences ne résolvent pas [d']une manière définitive cet intéressant problème de biologie, [ell]es obligeront du moins les adversaires comme les parti[sa]ns de l'hétérogénie, à de nouvelles études dont la science [ne] pourra retirer que des avantages.

Le doute et l'incertitude ne sont pas le propre de la phy[sio]logie seulement. L'anatomie elle-même, où il semble [qu]'il n'y ait qu'à regarder, n'échappe pas à ces oscillations [co]ntinuelles qui nous font rejeter aujourd'hui comme une [er]reur ce qui était admis de tous hier comme une vérité. [Co]mment comprendre, par exemple, qu'on ne puisse se met[tre] plus facilement d'accord sur l'existence ou la non-exis[ten]ce d'un os? Rien de plus vrai cependant, et ajoutons, rien [de] plus légitime que le doute dans cette circonstance. Il s'agit [en] effet d'un os, l'os intermaxillaire, dont on ne peut con[tes]ter l'existence qu'à une certaine époque seulement de l'é[vo]lution organique. Or, pour l'avoir cherché chez certains [an]imaux à un âge où sa soudure avec le maxillaire en avait [fa]it disparaître jusqu'à la dernière trace, plusieurs anatomis[te]s ont pensé qu'il n'existait pas uniformément chez tous les [m]ammifères. M. Rousseau, que sa position au Muséum a mis [à] même d'examiner journellement un grand nombre de su[je]ts d'espèces et d'âges divers, a constaté deux faits qui pa[ra]issent en opposition avec ce qu'admettent d'une manière à [pe]u près unanime les anatomistes, savoir : que tous les mammifères, sans exception, sont pourvus de l'os intermaxillaire, tandis que cet os manque à l'homme seul. M. Rousseau voit dans cette circonstance anatomique une différeuce qui sépare l'espèce humaine du singe, avec lequel on s'efforce de l'assimiler.

M. le docteur Denis, de Commercy, a transmis à l'Académie un travail consacré à l'étude expérimentale d'une série de questions relatives à la constitution du sang. L'extrait que le *Compte rendu* publie de ce travail n'en peut malheureusement donner qu'une idée très-incomplète. L'auteur fera probablement connaître plus tard les déductions physiologiques auxquelles l'ont conduit ses recherches. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Un cas de leucocythémie splénique.

(Observation communiquée par M. le docteur DUROZIER, chef de clinique.

Dubreuil, âgé de trente-deux ans, mécanicien, né à Limoges, entre le 13 août 1856 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 12 (service de M. le professeur Bouillaud).

La maladie dont cet homme est affecté nécessite des détails précis et circonstanciés non-seulement sur son état actuel, mais encore et surtout sur ses antécédents.

Enfant, il habite pendant six ans un pays marécageux, où la fièvre intermittente est endémique (les environs de Saintes); il en a été atteint, au dire de la mère.

Pendant sa jeunesse, assez bien portant, il a cependant un point de côté aussitôt qu'il court.

De neuf ans à vingt et un ans, il habite Limoges, où il fait son apprentissage de mécanicien. Il y est assez bien portant, sauf cependant des épistaxis fréquentes et parfois abondantes auxquelles il est sujet de quinze à vingt ans.

A vingt et un ans, il vient à Paris, qu'il ne quitte plus.

A vingt-deux ans, bien que vacciné, il a une variole très-abondante suivie d'une adénite cervicale suppurée. Plus tard, il a des maux de tête fréquents, qu'il attribue aux excès qu'il commet. Il a des érections sans résultat. Depuis sept ou huit ans, il se plaint d'éblouissements.

En 1853, c'est-à-dire à l'âge de vingt-neuf ans, il a les pieds enflés pendant quinze jours environ; il n'interrompt pas son travail.

Au commencement de 1855, il a une fièvre typhoïde, pour laquelle il reste deux mois et demi à la Charité. Depuis cette maladie, il ne se rétablit pas; ses digestions se font mal, il a du dévoiement toutes les semaines, ses jambes s'affaiblissent.

L'œdème, qui deux ans auparavant n'a pas dépassé les chevilles, monte jusqu'au ventre. Un médecin, croyant à une affection du cœur, prescrit de la digitale et du sirop de pointes d'asperges. Le gros de l'enflure disparaît au bout de quinze jours ou trois semaines. Dubreuil travaille pendant un an, enflé le soir, désenflé le matin. A cette époque, la soif est vive, les urines sont fréquentes, le malade se lève deux ou trois fois la nuit.

Quelque temps après, un autre médecin le soigne pour de la diarrhée, et lui prescrit de la décoction de ratanhia, de la tisane de riz, du sirop de coings. Le dévoiement s'arrête. Ceci se passait cinq semaines avant son entrée à l'hôpital. Voici ce que l'on constate alors :

Dubreuil a la figure pâle et un peu bouffie; le pouls, à 96, est assez résistant et régulier. Rien au cœur. Quelques râles sous-crépitants, secs à la base de la poitrine, des deux côtés. Pas d'ascite, pas d'œdème. Rien de notable dans l'urine. Rate grosse, 10 centimètres suivant l'axe du corps, 12 centimètres suivant l'axe des côtes. Quantité considérable de globules blancs constatés par M. Bennett (d'Edimbourg). — Lactate de fer, 0,15; vin de quinquina, 120; douches en jet sur la rate, de quinze à vingt minutes; douches en pluie, de cinq secondes.

Le 25 au soir, en revenant de la douche, il est pris d'un frisson qui dure un quart d'heure environ. Pouls à 110, chaleur fébrile, point de côté; froissements et craquements au niveau de la rate.

Le 26, beaucoup de sueurs cette nuit; pouls à 80; peu de douleur; résonnance de la poitrine bonne; encore quelques froissements à gauche.

Le soir, pouls à 96, petit; un peu de chaleur fébrile. Il a pris ses douches comme d'habitude. L'appétit est meilleur, mais le point de côté persiste. Il a eu un peu de frisson dans la journée. Rate et foie gros.

Le 27 au soir, les douches ont encore été suivies d'une augmentation du point de côté. Il mange cependant trois portions. Pouls à 96.

Le 28, pouls à 88. Toujours douleur de côté; souffle plus marqué au cœur que dans les carotides; claquements clairs.

Le 1er septembre, la rate déborde largement les côtes; genou gauche douloureux.

Le 3, pouls à 108; épanchement dans le genou gauche; bruits du cœur ronflants.

Le 4, pouls à 76; pas de chaleur; épanchement dans les deux genoux. Pas de matité anormale du cœur; double bruit dur à sa surface.

Le malade veut sortir malgré cette complication. Il va faire une apparition de trois ou quatre jours dans un service voisin; puis il rentre le 8 octobre. Depuis qu'il est sorti du service, il a pu se lever tous les jours; l'appétit s'est mainten; le sommeil est resté assez bon. Les jambes ont été enflées à plusieurs reprises; il se plaint surtout de leur faiblesse; aussitôt qu'il marche, il a la fièvre. On constate, le jour de sa rentrée, un peu de chaleur et d'accélération du pouls; bruit de souffle au premier temps, aortique. Rate énorme, beaucoup plus large et beaucoup plus épaisse qu'à sa sortie.

Le 10, pouls à 88; paillettes devant les yeux; ses gencives saignent quelquefois. Il reprend ses douches.

Le 18 au soir, pouls à 120. La rate mesure 30 centimètres en hauteur; le foie dépasse le rebord des fausses côtes de 2 centimètres. Râles sous-crépitants secs à la base des poumons. Urine plus abondante que les boissons, au dire du malade. Moiteur toutes les nuits.

Le 23, l'oppression a disparu depuis l'apparition de la moiteur; il tousse; râles sous-crépitants aux deux bases; pouls à 108; retour de l'appétit. On essaye le seigle ergoté à la dose de 1 gramme.

Le 24, le seigle ergoté a été vomi. On le cesse, ainsi que les douches, et on prescrit : lactate de fer, 0,30; sulfate de quinine, 1 gramme; une ou deux portions.

Le 25, sulfate de quinine, 2 grammes. Le soir, pouls à 96; céphalalgie. Il se trouve mieux.

FEUILLETON.

A M. LE DOCTEUR BROCHIN.

Vous me demandez ce que j'ai vu, ce que j'ai entendu, ce que j'ai [a]pris enfin durant le voyage que je viens d'accomplir dans le midi de [la] France. Vous savez que quand il s'agit de vous complaire, je ne me [fa]is jamais prier deux fois. J'aime d'ailleurs les causeries; elles sont [u]ne trêve salutaire aux préoccupations scientifiques. Je m'empresse [do]nc de répondre à votre désir.

Vous n'avez peut-être pas oublié que tous les ans, à une époque [dé]terminée, le ministre de la guerre délègue un jury chargé de procé[de]r à l'examen des jeunes gens qui se destinent à la médecine mili[tai]re. C'est en qualité de membre de ce jury, présidé par M. l'inspec[teu]r Michel Lévy, que j'ai visité successivement Strasbourg, Lyon, [Mo]ntpellier, Toulouse, Bordeaux, etc.

Malgré la multiplicité des annonces et la facilité des épreuves, nous avons trouvé dans ces diverses localités qu'un nombre de candidats [bi]en inférieur aux besoins de notre recrutement. En effet, il y a actuellement dans le cadre des médecins de l'armée environ cinq cents va[ca]nces par suite de retraites ou de décès; mais c'est par les démissions [su]rtout que ce vide s'agrandit chaque jour. Pour combler un pareil [dé]ficit, nous n'avons pu admettre cette année que 38 aspirants sur 63 [qu]i se sont présentés. Ainsi, tandis que ses feuilles jaunissent et tom[b]ent, vous voyez que l'arbre meurt par le pied. Il est même possible, [si] cet état de choses ne change pas, en supputant la proportion des [en]trées et des sorties annuelles, de préciser le moment où il ne restera plus un seul médecin militaire. Il est donc bien évident que notre carrière n'offre pas suffisamment d'attraits pour entraîner vers elle ceux qui la connaissent, ni pour retenir ceux qui s'y sont engagés.

Cette remarque n'est pas la seule que nous ayons eu l'occasion de faire pendant notre tournée. Si de la part de quelques candidats, les épreuves du concours ont été de véritables déflagrations de savoir théorique, nous avons reconnu chez d'autres d'importantes lacunes dans leur instruction ou le manque total d'habitudes cliniques. Ainsi, dans certaine école que je ne nommerai pas, car je ne veux pas mettre le feu aux moissons du voisin, il a été publiquement constaté que des élèves, munis de certificats d'études très-haut cotés, ignorent cependant les données les plus élémentaires de l'anatomie et des sciences accessoires. Ce contraste est évidemment le résultat de complaisances faciles à deviner. Une décevante spéculation en est venue à croire qu'il suffit aux jeunes gens de présenter les conditions d'âge et d'aptitude physique requises par les règlements, pour être admis dans le service de santé militaire, tout comme dans le service des *baleiniers*. C'est une erreur, et il faut qu'on se persuade à l'avenir que, dussions-nous périr par la disette, nous n'accepterons jamais que les sujets qui se montrent dignes d'entrer dans nos rangs et d'y être conservés.

Il est de genre parmi les plaisants et les décisifs de la profession dans l'ordre civil, d'abaisser la médecine militaire en la représentant comme le refuge de toutes les médiocrités nécessiteuses. Ces dédains nous viennent aussi quelquefois de nos confrères de l'ordre universitaire. On ne fait pas mûrir les raisins en les mettant sur le gril. Que ceux donc qui nous jugent en état d'infériorité s'appliquent à nous donner, dans la personne de leurs élèves, l'éclat qui nous manque. S'ils ne le font pas, serait-ce parce qu'il leur faut, comme aux étoiles, la nuit pour briller?

Il y a des gens qui voyagent uniquement pour le plaisir de changer d'air et de place; il en est d'autres, plus impressionnables, que le son d'une musette ou un changement de coiffure jettent dans le ravissement. Pour moi, toutes les contrées sont des archives que j'aime à feuilleter pour en connaître l'histoire. « Il est bon, a dit Descartes, de savoir quelque chose des mœurs des divers peuples, afin de juger des nôtres plus sainement, et que nous ne pensions pas que tout ce qui est contre nos modes soit ridicule et contre raison, ainsi qu'ont coutume de faire ceux qui n'ont rien vu. »

Malheureusement pour l'intérêt de mon récit, je ne puis me prévaloir du privilége attaché aux pérégrinations de long cours, car les régions que je viens de parcourir sont près de nous et ont été mille fois décrites. Je n'ai même pas, je l'avoue, découvert les glaciers des Alpes, quoique je les aie longés de bien près. Mais laissez-moi pourtant vous redire, comme on me l'a conté, un trait singulier des coutumes qui règnent chez les pasteurs de ces montagnes; laissez-moi vous dire, en un mot, comment on se marie dans les *hauts travers* du pays des Allobroges. C'est une étude de physiologie faite dans le royaume nébuleux des marmottes.

Or donc, lorsqu'un des bergers en question désire se marier, voici de quelle manière il s'y prend. Un jour de dimanche, après la messe, il se rend avec toute sa lignée ascendante dans la demeure de celle que son cœur a choisie. On entre, on s'assied, on ne dit mot, et on dépose sur la table une miche de pain au safran. Le galant laisse la parole à cette miche, et se retire en silence avec sa famille.

Le dimanche suivant, à la même heure, les mêmes individus reviennent au même logis; s'ils trouvent la miche entière sur la table, ils la reprennent, l'emportent sans dire mot : cela signifie qu'on a été refusé. Mais si la miche a disparu ou qu'elle ait été entamée, cela veut dire qu'on y a pris goût et que vous êtes autorisé à revenir plus ou

Le 26, pouls à 108; hallucinations, visions, surdité; pas de bourdonnements. — Poudre de quinquina, 12 grammes.

Le soir, il a vomi la poudre.

Le 27, sulfate de quinine, 2 gram.; le soir, pouls à 88. Il a mangé deux portions.

Le 28, pouls à 84 : il n'a pas eu de fièvre comme d'habitude; toujours des râles sous-crépitants à la base des poumons. Il continue à prendre 0,30 de lactate de fer, et poudre de quinquina, 12 grammes.

La poudre de quinquina et le sulfate de quinine sont donnés alternativement jusqu'au 3 novembre. Ce jour-là on mesure la rate, qui donne 19 centimètres en hauteur; elle s'avance jusqu'à 1 centimètre en dedans du nombril, et descend presque jusqu'au ligament de Poupart. Le pouls est à 100. — Vin de quinquina, 120 grammes; lactate de fer, 0,15.

Le 10, grande faiblesse; il se lève pourtant. Pas d'enflure; souffle à double courant.

Le 17, les forces reviennent depuis quelques jours. Douleurs variables dans le côté. Pas de frissons.

Le 24, la rate s'avance jusqu'au nombril et descend jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque.

Le soir, il a eu du frisson dans la journée. Je le trouve en sueur et le pouls à 108.

Le 25, contraction de trois quarts d'heure. Pouls à 120.

Le 26 au soir, pouls à 120. La sueur remplace la céphalalgie.

Le 3 décembre, il est mieux; depuis trois ou quatre jours il n'a pas d'accès de fièvre le soir. L'appétit est passable. L'urine est légèrement colorée. La liqueur de Bareswill donne une teinte brune; la potasse donne une teinte légèrement jaune. Pas d'alumine par la chaleur; dépôt de sel abondant par le refroidissement. Rien de remarquable au microscope.

Pour le saug, les globules blancs sont toujours très-abondants. L'acide acétique met à nu les noyaux, qui, par leur réunion, produisent toutes les formes : ronds, couronnes, fers à cheval, etc.

(Le sang a été examiné par MM. Bennet, Hippolyte Blot, Vidal, et par les élèves qui suivent la clinique. Le sang était toujours retiré à l'aide d'une piqûre faite à la pulpe d'un doigt.)

Le 4, la rate s'avance jusqu'au-dessous du nombril. La position sur l'un et sur l'autre côté produit une variation d'un travers de doigt dans la ligne de matité. Le malade dort mieux sur le côté droit que sur le côté gauche. Percussion douloureuse au niveau du rebord inférieur des fausses côtes gauches.

Le 18, la rate est toujours très-grosse, elle ne comprime pas l'aorte; on n'entend pas de souffle de compression. Le malade se sent plus de forces; il monte plus facilement les escaliers. Il n'a pas de fièvre depuis quelques jours.

Le 25, un peu de fièvre depuis quatre ou cinq jours. Pouls à 96; frémissement vibratoire modèle à la pointe; tintement auriculo-métallique; bruits altérés par des souffles sanguins.

Le 9 janvier 1857, les digestions sont devenues difficiles. Le malade se plaint depuis quelque temps déjà d'une douleur à la cuisse droite. La ligne blanche limite la rate, dont la surface est lisse. Le cœur est un peu refoulé en haut et à droite. — Large vésicatoire sur la rate.

Le 6, on constate que les urines sont acides, chargées de sels, précipitant abondamment par quelques gouttes d'acide nitrique. Pas de précipité par la chaleur. Un peu de sang dans les crachats. Il y a eu aussi des selles légèrement sanglantes et de petites tumeurs hémorrhoïdales.

Le 13, la digestion se fait de plus en plus mal; les accès de fièvre irréguliers ont reparu; l'oppression est grande. Le malade se décourage et demande sa sortie.

Le 23 juillet 1857, après avoir essayé de se remettre au travail, mais bientôt obligé de le cesser, et voyant son mal augmenter, Dubreuil entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Benjamin, n° 25, service de M. Guéneau de Mussy, suppléé par M. Guibout.

Voici l'état que l'on constate alors, d'après les renseignements qui ont été communiqués à M. Durozier par M. Lanceveaux, interne du service.

Le teint est jaune, cachectique; la peau sèche et rugueuse, recouverte de pellicules épidermiques et de sugillations sur les membres inférieurs, qui sont le siége d'un œdème considérable. L'abdomen est volumineux et contient du liquide; la palpation y fait reconnaître la présence de deux tumeurs siégeant l'une à droite, l'autre à gauche. La première se continue évidemment avec le foie; elle n'est autre que cet organe considérablement hypertrophié, puisqu'il descend jusqu'au niveau de la crête iliaque. La seconde a une forme très-allongée et beaucoup moins large; elle s'étend depuis l'hypochondre gauche jusqu'au détroit supérieur du bassin, sa direction est oblique en bas, en avant et en dedans; elle est séparée de la paroi abdominale par une couche de liquide qu'il est facile de sentir par le refoulement de la tumeur.

Dyspnée continuelle, augmentant surtout dans la marche et dans l'action de monter, sans toux ni expectoration; pas de bruits anormaux dans la poitrine.

Le pouls est petit et présente un peu de fréquence; léger souffle cardiaque, souffle anémique dans les vaisseaux du cou. La digestion se fait bien malgré la compression du tube digestif; rien d'anormal du côté des centres nerveux, pas d'albumine dans les urines. Le malade depuis longtemps a perdu ses forces.

Les toniques, et principalement le fer et le vin de quinquina, sont administrés.

Sous l'influence de cette médication, survient une amélioration sensible; les forces reviennent en partie, le teint perd un peu de son aspect terne et jaunâtre, le ventre diminue de volume, le foie et la tumeur du côté gauche, qu'on reconnaît être la rate, paraissent participer à cette diminution.

Tel fut l'état de D... durant les mois d'août et de septembre, malgré quelques épistaxis et une diarrhée légère survenant de temps à autre. Il n'en fut pas de même dans le mois d'octobre. En effet, le 2 de ce mois, il accuse tout à coup dans l'aisselle gauche une douleur qui se prolonge dans le bras du même côté. Le palper fait reconnaître à la partie supérieure du creux axillaire, sur le trajet des vaisseaux, la présence d'une tumeur dure, non mobile, non pulsatile. Le même jour, la main, l'avant-bras et le bras sont le siége d'un gonflement considérable; une large ecchymose apparaît le lendemain sur la partie interne du bras, au-dessous de la tumeur, et descend jusqu'au coude.

Le membre est tenu dans une position élevée autant que peut le supporter le malade; on fait sur la tumeur quelques frictions d'onguent mercuriel, on applique des compresses de vin aromatique sur l'avant-bras et la main. En même temps, le ventre diminue de volume, les jambes sont moins infiltrées.

Le 7 octobre, la tumeur axillaire, après avoir diminué progressivement, disparaît entièrement; il ne reste qu'un peu d'œdème à l'avant-bras. Mais l'infiltration gagne le bras droit sans qu'il soit possible d'y rencontrer une tumeur comme à gauche; peut-être cette tumeur existe-t-elle dans un point plus élevé inaccessible à la palpation. Durant tout ce temps, le pouls est petit, fréquent; les bruits du cœur sont sourds, rapides et tumultueux; la respiration excessivement difficile et embarrassée; le malade est obligé de conserver la position assise; l'anxiété est extrême, on entend en arriere de la poitrine quelques râles crépitants disséminés.

Ces phénomènes augmentant, le malade meurt le 15 octobre, l'œdème des membres supérieurs ayant en partie disparu, le ventre et les membres inférieurs ayant repris un volume plus considérable.

Autopsie trente heures après la mort. — La cavité abdominale renferme un liquide jaunâtre fortement albumineux; le foie et la rate sont énormes et descendent jusqu'au détroit du bassin comme je l'ai dit; la rate descend un peu plus bas que le foie; le tissu de chacun de ces organes est ferme, sa consistance est plutôt augmentée; aucune coloration anormale ne se remarque sur l'enveloppe fibreuse, aucune adhérence avec les parois abdominales; la coupe du foie ne présente rien de particulier à l'œil nu; le tissu est dur et serré, sa coloration rouge-brun, les vaisseaux sont dilatés.

La coupe longitudinale de la rate présente une coloration rouge-foncé en arrière, rouge-brun en avant dans une étendue un peu plus considérable; les vaisseaux de cet organe sont également dilatés.

Les ganglions mésentériques sont tous hypertrophiés. Leur volume égale celui d'un œuf de pigeon; la section qui en est faite ne présente rien d'anormal, ce qui porte à penser qu'ils sont le siége d'une simple hypertrophie. Quelques ganglions inguinaux ont un volume un peu plus considérable, les autres paraissent normaux.

Cavité thoracique. — Les poumons sont légèrement congestionnés et œdémateux à leur base. Le péricarde renferme une petite quantité de liquide. Le cœur ne présente aucune altération de ses parois ou de ses valvules. Ses cavités droites renferment des caillots volumineux se prolongeant dans les veines adjacentes et principalement les troncs veineux brachio-céphaliques, et les veines jugulaires internes dont le calibre se trouve oblitéré. Ces concrétions sont d'un jaune verdâtre, se détachent sous forme de cylindres homogènes non adhérents aux parois des vaisseaux.

Au premier aspect de ces concrétions fibrineuses d'apparence purulente, on se demande si on n'a pas affaire à une affection purulente, surtout lorsqu'on vient à se rappeler que ce malade s'est trouvé atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la suite d'une saignée exploratrice pratiquée huit jours avant la mort. Mais l'examen anatomique des veines du bras n'a démontré aucune altération dans ces vaisseaux, qui n'étaient même pas enflammés. La suppuration occupait le tissu cellulo-sous-cutané de la partie inférieure et antérieure du bras. Il est probable que l'état de cachexie avancée dans lequel se trouvait le malade au moment où on lui pratiqua la saignée, et peut-être aussi la nécessité où il était de se servir du bras gauche, qui avait été opéré, pour se soulever dans son lit, ont été la cause de cette complication.

Du reste ces concrétions existaient auparavant, car il faut admettre qu'elles ont produit la tumeur axillaire durant la vie, et qu'en outre elles ont causé l'œdème du bras droit, bien qu'on n'ait rencontré à l'autopsie aucun caillot dans les veines sous-clavières et axillaires. Il est impossible, en effet, de se rendre autrement compte de ces phénomènes étranges.

L'examen histologique de la rate a été fait par M. le docteur Luys, ancien interne des hôpitaux. En voici les résultats :

La rate était considérablement hypertrophiée, 0,32 cent. en longueur sur 0,21 cent. en largeur. Le foie avait pareillement subi une énorme augmentation de volume. Le tissu de la rate était ferme partout, pas de ramollissements. A la coupe on voyait une multitude de marbrures grisâtres mal limitées, formant tantôt des groupes pâles plongés au milieu d'une masse rouge, tantôt des amas irréguliers se perdant par teintes décroissantes dans le tissu ambiant. Le sang de la veine-porte, dont le calibre était du volume du petit doigt, contenait, outre beaucoup de globules blancs, une quantité considérable de gouttes huileuses.

Les ganglions du mésentère, les ganglions spléniques avaient pareillement subi une énorme augmentation de volume.

L'examen microscopique me démontra que :

1° Ces marbrures blanc grisâtre étaient formées d'une agglomération de vésicules de Malpighi accolées entre elles, et pouvant être isolées dans les îlots de substance blanche détachés; inextricables au contraire, et confondues dans les endroits où ces masses blanchâtres ne formaient qu'un seul et même tout.

2° Chacune des vésicules, examinée en elle-même, me parut considérablement hypertrophiée.

Le volume d'une cerise, comparé à celui d'une petite orange, pourrait donner une idée approximative de l'augmentation de volume qu'avaient subie ces vésicules par rapport à celles d'une rate normale. L'enveloppe de chacune des vésicules était formée d'un tissu fibroïde blanchâtre, composé de tractus fibreux et d'éléments fusiformes. Leur intérieur était pareillement rempli d'un réseau serré, formé pareillement de tissu fibroïde, à coloration blanchâtre. Chacune de ces vésicules était entourée d'un lacis vasculaire, formant sur la coque de chacune un chevelu excessivement abondant. La plupart des vaisseaux qui allaient ainsi s'y perdre, en se plongeant dans leur intérieur, présentaient une coloration blanchâtre dans leurs parois.

3° Les endroits encore rouges du tissu splénique ne m'ont paru différer des endroits blanchâtres que par un degré de décoloration moins avancée dans le tissu de chacune des vésicules, dont on retrouvait encore la trame imbibée de matière colorante hématique.

4° Le contenu des vésicules était formé par un nombre considérable de noyaux libres à coloration grisâtre, et de cellules à plusieurs noyaux; quelques-uns des noyaux multiples inclus dans les cellules étaient teints en jaune pâle, coloration qui les rapprochait beaucoup de la couleur des globules du sang; enfin, une assez forte proportion de matière amorphe granuleuse peu consistante.

Je crois pouvoir seulement conclure de ceci que les taches ou marbrures de la rate dans la leucocythémie ne sont dues qu'à des vésicules qui ont subi une énorme hypertrophie. En même temps que ces vésicules sont augmentées dans tous leurs éléments constitutifs, elles paraissent avoir subi une décoloration, une sorte de retrait de la

---

moins prochainement, suivant la profondeur de l'entaille qui a été faite. Dans le cas où le galant s'aperçoit que la miche a été entièrement mangée et qu'il n'en reste plus que les miettes, il tire de dessous sa veste un merle à plaque rose, et il l'attache adroitement par la patte à l'un des sabots de la belle. Celle-ci, à la vue de l'oiseau, de son bec, de sa plaque et de sa queue, se récrie, proteste qu'elle n'accepte pas l'animal, qu'elle n'en veut pas, que la vue lui en est odieuse. Elle s'enfuit de la maison et court à l'aventure comme une déses-pérée. Mais si, à sa prochaine visite, le donneur d'oiseau trouve le merle dans une volière commode, il présente à la fournisseuse de cage une faucille rouillée et démanchée. La vue de cet instrument excite une nouvelle surprise, une nouvelle exclamation. « Reprenez votre vieille ferraille, nous n'en avons que faire. » Mais on est déjà habitué à ces façons-là; on ne perd donc pas courage. On revient le dimanche suivant, et si la faucille est dérouillée, son manche rétabli d'une façon convenable, on se parle pour la première fois, on se touche la main, on se tape sur l'épaule : les parents boivent deux coups, les jeunes gens se disent deux mots, et le prétendant est agréé dans la maison comme *herbager*, titre qui est à celui d'époux comme le grade de bachelier est à celui de docteur. Il est tacitement convenu que les amoureux iront, dans la belle saison, faire de l'herbe ensemble. Cette récolte dure un mois, pendant lequel on a le temps de faire connaissance, en coupant la même herbe, chantant la même chanson, buvant à la même tasse, mangeant à la même écuelle.

Après les herbes et les fleurs, viennent les fruits, c'est-à-dire le moment d'une nouvelle épreuve. Aussitôt donc que cette saison arrive, notre herbager, éloigné de sa promise depuis six semaines, revient à sa demeure, toujours avec les grands parents, toujours à la même heure, et toujours un dimanche; il y apporte une corbeille joliment tressée en osier. C'est comme s'il disait : Allons cueillir les *maïousses* (fraises) ensemble.

Il semble que la belle a eu tout le temps de connaître son fiancé en coupant avec lui l'herbe verte, et qu'il doit lui rester quelque souvenir de cette heureuse époque; point du tout; elle a l'air de le voir pour la première fois, elle le renie. « Je me moque bien de ta corbeille, lui dit-elle, va chercher ailleurs ta dupe; il n'y a rien à faire ici pour toi, vilain rousseau, museau de belette. » Mais le rousseau, le museau de belette ne se rebute point; il vient quand même chez la belle *marrie-fâchée*, et il n'est pas très-surpris de trouver sur la table deux corbeilles au lieu d'une : ce qui lui apprend qu'il est élevé au grade de *maïoussier*, et c'est en vertu du privilége que cette dignité nouvelle lui confère, que les deux jeunes gens partent seuls le dimanche dès le point du jour, et qu'ils ne rentrent que le soir avec leurs deux corbeilles pleines de maïousses.

Le temps passe, l'automne arrive : on revient un jour de dimanche muni d'un casse-noisette, qu'on offre avec l'assurance qu'inspirent de précédentes relations. A la vue de l'instrument, le rouge monte au visage de la belle, la colère la suffoque; elle arrache des mains de l'audacieux le casse-noisette, et le lui jette à la tête : il est bien entendu qu'il passe à une toise au moins des oreilles. Mais c'est égal, qu'il y revienne, et il verra bien un autre jeu !

En effet, le galant revient encore le dimanche suivant; mais il remarque qu'on s'est considérablement adouci. Il trouve sur la table un panier au fond duquel il aperçoit une rose à côté du casse-noisette, ce qui signifie que l'on consent à vous élever à un grade nouveau.

Alors les parents se réunissent, et vous confèrent, en grande fanfare, la qualité d'*olagnier* (*olagne*, noisette). En vertu de ce titre, les deux amants ont acquis la liberté d'aller seuls dans les bois, un jour de dimanche, avec le casse-noisette et le panier, qu'ils doivent rapporter plein dès ce soir-là même au logis de l'olagnière. Trier, casser, piler, presser les noisettes pour en extraire l'huile, est l'office exclusif de l'olagnier, qui, pour arriver à l'hyménée, aura à passer par une dernière épreuve, celle de *fileur*.

C'est ainsi que dans une espèce animale voisine de la nôtre, il faut être successivement ver, larve, nymphe, chrysalide, avant qu'on puisse, en qualité de papillon, faire usage de ses antennes et de sa trompe.

Tel est le code des chevaliers de la montagne dans les divers degrés de leur candidature conjugale. Si vous me demandez pourquoi tant de formalités, d'épreuves et de cérémonies pour arriver à un acte aussi simple que celui d'un mariage, qui, par le moyen d'un notaire ou d'un agent d'affaires, se bâcle à Paris en deux tours de main, je vous répondrai que là-haut le climat est sévère et glacial, les sens muets, l'imagination engourdie, la puberté tardive et timide. On a donc rendu obligatoires ces préliminaires dans certaines régions des Alpes, parce qu'on a voulu que les mariages y fussent de véritables unions et non de simples rencontres. Jamais on ne divorce dans ce pays-là. On peut bien y oublier quelquefois qu'on est époux, mais on s'y souvient toujours qu'on a été herbager, maïoussier, olagnier et fileur.

Ne devrait-on pas, me direz-vous, introduire dans nos villes une marche progressive du même genre et dans les mêmes circonstances, de manière qu'on ne pût parvenir au mariage qu'après avoir passé par le baccalauréat et la licence? Non, les mœurs sont trop relâchées et trop faciles dans notre société et sous notre climat; chacun resterait bachelier, personne ne prendrait le bonnet de docteur.

(*La suite prochainement.*) CHAMPOUILLON.

matière colorante dans leur intérieur; les vaisseaux qui les entourent et qui s'y perdent semblent aussi beaucoup plus abondants. Sont-ce des lymphatiques?

APOPLEXIES GUÉRIES SANS ÉMISSIONS SANGUINES.

Par M. le docteur BOURGEOIS (de Tourcoing).

OBS. I. — Mme veuve Loridan, hameau des Phalempins, soixante-deux ans, petite, maigre, maladive, atteinte de catarrhe chronique. Depuis quelques jours, elle se plaignait de lourdeur de tête, d'étourdissements. Le 26 février 1858 au matin, elle tombe tout à coup; on la relève sans connaissance, et paralysée du bras et de la jambe du côté gauche. Une demi-heure après l'accident, j'arrive près d'elle. Elle est toujours sans connaissance; la face est rouge; les veines du cou gonflées, le pouls large, fort, à 70. Le bras et la jambe du côté gauche sont sans mouvements, quoique je les pince assez fortement. Les membres du côté opposé remuent lentement et difficilement.

Je donne de l'air à la chambre, je fais relever la tête de la malade par plusieurs coussins; j'ordonne d'envelopper les jambes de sachets de sable chaud. Je prescris comme médication l'*alcoolature d'aconit*, 10 gouttes dans 120 grammes d'eau. Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

La nuit, la malade a donné signe de connaissance; elle a entr'ouvert les yeux à plusieurs reprises.

Le lendemain 27, la face est moins congestionnée; le pouls calme, à 66, moins fort. La parole est complétement perdue. Elle entr'ouvre péniblement les yeux lorsqu'on lui parle; elle grimace et gémit lorsqu'on la pince. Pas d'autres signes de raison.

Pendant les trois premiers jours, à peu près même état. Tantôt de l'agitation, des rêvasseries, surtout la nuit, que je combats par quelques gouttes de teinture de belladone; puis de l'abattement et de l'assoupissement avec ronflement bruyant.

Le cinquième jour, elle bégaye un peu; elle me reconnaît; elle n'a pas encore eu de selle. La jambe paralysée commence à remuer un peu.

Enfin, les symptômes s'amendèrent de mieux en mieux; les mouvements des membres devinrent peu à peu plus faciles et plus forts, la parole fut plus distincte.

Aujourd'hui, elle marche bien, parle assez bien; il y a quelques mots qu'elle ne peut plus articuler.

OBS. II. — Veuve Vernier, soixante-douze ans, fermière aux Phalempins, fortement constituée, tempérament sanguin. Elle n'a jamais été malade. Depuis six semaines, elle a la tête lourde, des vertiges, des éblouissements.

Le 15 novembre 1858, elle se rend au marché pour vendre ses légumes; en route, sa tête est si embarrassée qu'elle n'a pour ainsi dire pas conscience de ses actions. On la voit tout à coup s'agiter, se débattre, puis tomber sans connaissance. On s'empresse auprès d'elle, et on la reconduit à son domicile. Je la vois peu après.

Elle a repris connaissance; la face est rouge, congestionnée; les artères carotides battent avec force, les paupières sont fermées; elle parle très-difficilement en bredouillant; le bras et la jambe du côté droit sont à demi paralysés. Elle se plaint de ne pouvoir plus ouvrir les yeux. Elle a eu plusieurs vomissements. Elle a encore des nausées.

Traitement. — Alcoolature d'aconit, 10 gouttes dans 120 grammes d'eau, une cuillerée à soupe toutes les demi-heures; sachets de sable très-chaud entourant les jambes.

Le lendemain 16, elle ne va pas plus mal. Pouls assez calme, face moins rouge, plus d'envies de vomir. Le bras et la jambe restent à demi paralysés. Je puis lui arracher, mais difficilement, quelques monosyllabes. — Même traitement.

Le soir, il y a de l'agitation, la face est plus rouge, un peu de rêvasseries. — Quelques gouttes (8) de teinture de belladone dans 100 gr. d'eau. Une cuillerée toutes les heures.

Les jours suivants, beaucoup de somnolence, tête toujours lourde, vertiges au moindre mouvement. La jambe gauche remue bien. Il n'y a pas de selles.

Au douzième jour, les mouvements du bras sont plus prononcés et plus forts. La constipation cesse.

Elle va de mieux en mieux. Aujourd'hui, elle se lève quatre heures sur un fauteuil.

OBS III. — Mme Drisse, cinquante-deux ans, à la Croix-Rouge. Depuis six mois, elle a pris beaucoup d'embonpoint. Le 18 octobre 1858, vers trois heures de l'après-midi, sa tête s'embarrasse, sa vue se trouble, ses oreilles tintent, les muscles de la face, des paupières du côté droit, s'agitent de mouvements convulsifs; elle sent les membres du côté gauche faiblir et s'engourdir. On la soutient et on la force à marcher au grand air jusqu'à mon arrivée. Je la vois dans cet état alarmant. Sa face est rouge, congestionnée, le pouls fort vibrant, à 66. Il y a imminence d'apoplexie.

L'aconit contre la congestion sanguine du cerveau, et la belladone contre les mouvements convulsifs, donnés alternativement de demi-heure en demi-heure, dissipèrent en deux heures tout cet appareil symptomatique.

Le lendemain, Mme Drisse était très-bien revenue de son attaque.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 décembre 1858. — Présidence de M. DESPRETZ.

M. Milne Edwards présente la première partie du IVe volume de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparées de l'homme et des animaux*. Dans cette livraison, l'auteur traite principalement du mécanisme de la circulation chez l'homme et les autres vertébrés.

Générations spontanées. — M. F. POUCHET adresse une *note sur les proto-organismes végétaux et animaux, nés spontanément dans de l'air artificiel et dans le gaz oxygène.*

Au moment où, secondés par le progrès des sciences, dit l'auteur, plusieurs naturalistes s'efforcent de restreindre le domaine des générations spontanées ou d'en contester absolument l'existence, j'ai entrepris une série de travaux dans le but d'élucider cette question tant controversée. Après avoir répété toutes les expériences sérieuses faites sur ce sujet, j'en suis enfin arrivé à celles de MM. Schultze et Schwann, que, d'un commun accord, tous les adversaires de l'hétérogénie ont considérées comme lui ayant porté le coup suprême. Dès à présent, je puis assurer qu'en suivant *exactement* les mêmes procédés que ces deux savants, et même en les variant et en donnant encore un bien plus haut degré de précision à leurs expériences, j'obtiens constamment un résultat positif. On voit se produire des animalcules et des cryptogames divers dans des matras où tout germe organique a été préalablement détruit et où l'air ne parvient qu'après avoir été amplement lavé dans de l'acide sulfurique concentré ou avoir traversé un labyrinthe de fragments de porcelaine et d'amiante portés à la température de la chaleur rouge. Il ne s'agit que de conduire rationnellement ces opérations, d'en faire l'examen en temps opportun et avec toute l'attention nécessaire.

Quoique mes nombreuses expériences démontrent jusqu'à l'évidence que l'air atmosphérique ne peut être et n'est pas le véhicule des germes des proto-organismes, j'ai pensé que ce serait en couronner heureusement la série, et en même temps ne laisser aucune prise à la critique, si je parvenais à déterminer l'évolution de quelque être organisé, en substituant de l'air artificiel à celui de l'atmosphère.

Les belles expériences de MM. Regnault et Reiset me semblaient à l'avance indiquer que des animaux inférieurs pouvaient se développer dans cet air, puisque des animaux vertébrés y vivent bien. Mes essais furent couronnés de succès, et à diverses reprises j'ai vu des microzoaires et une végétation cryptogamique apparaître dans de l'eau absolument privée d'air atmosphérique et qui n'était en contact qu'avec un mélange de 21 parties d'oxygène et de 79 parties d'azote, ou même seulement avec l'oxygène pur. L'expérience dans laquelle j'ai employé l'air artificiel a été exécutée en commun avec un jeune et savant professeur de chimie, M. Houzeau.

Dans une première expérience on voit un végétal (l'Aspergillus Pouchetie de M. Montagne) naître dans un milieu dont l'air, absolument banni, a été remplacé par de l'oxygène. Dans cette expérience, le liquide, examiné très-attentivement, n'a paru recéler aucun animalcule.

Il résulte de la seconde expérience que des animalcules et des plantes (*Proteus diffluens*, *Amiba diffluens*, *Trachelius trichophorus* et *globifer*, etc.), se sont développés dans un milieu absolument privé d'air atmosphérique, et dans lequel, par conséquent, celui-ci n'a pu apporter les germes des êtres organisés qu'on y a découverts; et si même on pouvait supposer que quelques parcelles de cet air aient pu s'introduire dans l'appareil, il est certain que celles-ci, avant d'y pénétrer, avaient subi une température à laquelle n'auraient pu résister les germes des proto-organismes qui se sont engendrés dans cette circonstance.

Non-existence de l'os inter-maxillaire chez l'homme. — M. EMM. ROUSSEAU communique un mémoire intitulé *De la non-existence de l'os inter-maxillaire chez l'homme à l'état normal, et des erreurs commises à l'égard de la prétendue existence de cet os.*

Comme Camper, dit l'auteur, je tiens à constater entre l'espèce humaine et les singes avec lesquels on s'efforce de l'assimiler complétement, cette différence de structure. Après avoir examiné un grand nombre de sujets d'espèces et d'âges divers, il est devenu constant pour moi que tous les mammifères, sans exception, sont pourvus de l'os *inter-maxillaire*, que cet os manque à l'homme seul. S'il n'a pas été rencontré par Blumenbach sur quelques-uns des singes dont il a étudié le squelette, c'est que les sujets qu'il a eu à sa disposition étaient arrivés à un âge où la soudure avait eu lieu avec le maxillaire.

Placé dans des conditions favorables pour étudier et observer une collection ostéologique riche en séries d'âges et de sujets, il m'a été donné de reconnaître l'erreur que j'ai commise en attribuant, après un examen trop superficiel, plusieurs points d'ossification au lieu d'un seul, au développement du maxillaire supérieur chez l'homme: c'est une erreur que je confesse ici en toute humilité. (Commissaires: MM. Serres, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire).

Hématologie. — M. DENIS (de Commercy) adresse un mémoire sur le sang considéré quand il est fluide, pendant qu'il se coagule et lorsqu'il est coagulé. Voici un extrait de ce mémoire:

« Des recherches sur les globules; principalement sur la portion de ces corpuscules qui en est comme la trame ou le tissu, m'ont amené à extraire la substance albuminoïde qui la constitue. Je donne le nom de *globuline* à cette matière d'autant plus remarquable, que je l'ai retrouvée dans divers solides et fluides de l'organisation. Elle est insoluble dans l'eau, mais rendue visqueuse par la solution non saturée de chlorure de sodium. J'ai ensuite abordé la discussion sur la nature du liquide qui imbibe les globules. Comme l'éther est presque sans action sur le sérum et qu'à son aide on parvient à coaguler les globules, puis à les laver sur le filtre, j'ai pu constater que ces corpuscules ne renferment pas de sérum, mais qu'ils contiennent un liquide propre, et qu'ils sont composés approximativement de 1 partie sèche et de 1,80 eau.

» Après avoir séparé le plasma des globules à l'aide d'une solution de sulfate de soude, je me suis livré sur lui à des recherches qui m'ont conduit à la découverte de la substance albuminoïde origine de la fibrine, substance que je précipite du plasma en le saturant avec du chlorure de sodium. Dissoute dans de l'eau, elle donne, après dix minutes au plus, un coagulum incolore et transparent de fibrine, mais une partie de cette fibrine reste en dissolution. La transformation de la plasmine en *fibrine concrète* et en *fibrine dissoute* s'opère avec de semblables résultats dans le sang; cependant j'ai observé que, selon que le sang veineux est battu quand il se coagule, ou qu'on le laisse former un caillot en repos, ou qu'il est reçu dans du sulfate de soude, la fibrine concrète est *pure* ou *mêlée* de beaucoup de *globuline*, ou enfin *modifiée*.

» Une série d'analyses du sang sain et altéré, faites d'après les résultats précédemment obtenus, donnent la composition du sang fluide, celle du sang qui se coagule et celle du sang coagulé. On concevra aisément que ce mode rationnel de les formuler, joint à l'adoption tant d'un liquide spécial dans les globules que de la présence de la plasmine dans le plasma, en rend les conclusions bien différentes de celles qu'a produites la mode en usage jusqu'ici. Aussi ai-je pu en tirer de nombreux faits qui me servent à baser une foule d'inductions physiologiques nouvelles qu'il serait trop long de rapporter ici, mais qui sont relatées dans mon mémoire. » (Commissaires: MM. Chevreul, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce avoir reçu de lord Brougham une lettre dans laquelle celui-ci réclame au nom de M. Ayre, médecin anglais, auteur d'un mémoire sur le traitement du choléra-morbus par le calomel ou protochlorure de mercure, la rectification d'un passage contenu dans le rapport de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix du legs Bréant. Dans ce rapport, reproduit au *Compte rendu* de la séance du 31 mai 1858, la commission, au dire de M. Ayre, aurait indiqué, en parlant du traitement qu'il recommande, l'emploi de doses de calomel beaucoup supérieures à celles qu'il prescrit en effet, et telles, qu'elle ne pourraient, d'après lui, être administrées sans inconvénients.

Cette réclamation est renvoyée à l'examen de la commission, qui fera, s'il y a lieu, la rectification demandée.

L'Académie renvoie à la même commission trois pièces également relatives au choléra-morbus, et adressées par M. MAC KINLAY, de Braw-Island, Etat du Michigan, Amérique du Nord; par M. J. HARRISON, de Blackley, près Manchester, et par M. LESAGE.

— M. MARC D'ESPINE, en adressant pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) son *Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée*, y joint quelques explications destinées à montrer que ce livre, quoique le titre ne l'indique pas explicitement, est essentiellement médical. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— L'Académie procède, par la voie du scutin, à la nomination d'un correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de feu M. Temminck.

Le nombre des votants étant de 50, au premier tour de scrutin

M. Baer obtient . . . . . . 49 suffrages.
M. Delle Chiaje . . . . . . 1 —

M. Von Baer, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 décembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce la mort de M. Bérard, membre honoraire. La nouvelle de cette perte douloureuse est venue trop tard pour que la Société ait pu être convoquée; mais le bureau assistait aux obsèques de M. Bérard; le discours suivant a été prononcé par M. Deguise:

« M. Bérard était membre de la Société de chirurgie, et quoique ses goûts et ses habitudes scientifiques le conduisissent rarement à nos séances, je ne m'en rends pas moins l'organe de la Société de chirurgie tout entière en apportant sur cette tombe le tribut de nos regrets.

» Vous êtes encore sous l'impression des voix éloquentes qui tour à tour, en vous montrant M. Bérard à la Faculté, à l'Académie ou au Conseil de l'instruction publique, vous ont rappelé les qualités brillantes de l'homme illustre que nous venons de perdre.

» Que pourrais-je ajouter, sans avoir la crainte de moins bien dire?

» Permettez-moi seulement de vous entretenir quelques instants, moi qui n'ai pas quitté M. Bérard, des phases de cette maladie longue et terrible qui nous plonge aujourd'hui dans le deuil en nous ravissant, aux uns un collègue éminent, aux autres un maître vénéré, à la plupart un ami.

» M. Bérard a succombé jour pour jour et presque heure pour heure, juste trois ans après avoir été frappé d'apoplexie.

» En effet, la première attaque eut lieu le 13 décembre 1855, au milieu de la santé la plus florissante; et vous avez encore présent à l'esprit combien fut grande l'émotion du monde médical lorsqu'il apprit cette triste nouvelle.

» Néanmoins, M. Bérard se rétablit, et si le corps se ressentit du choc, l'intelligence resta pure; témoin le beau discours de Strasbourg et les savantes communications à l'Académie sur la digestion et l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.

» Le professeur de physiologie s'était remis au travail avec une ardeur toute juvénile; il poursuivait à la fois et la continuation de son livre, et ses expériences à Alfort, et ses nombreux rapports au ministère de l'instruction publique.

» Cet excès de travail effrayait ses amis; mais il n'écoutait aucune observation. Plutôt la mort, disait-il, que de renoncer à l'étude!

» Nos craintes, hélas! n'étaient que trop bien fondées! La note que M. Bérard lut à l'Académie le 4 avril 1857 fut la dernière: ce fut le chant du cygne.

» Quelques accidents surviennent, et le 5 décembre 1857 une nouvelle hémorrhagie cérébrale se déclare, qui cette fois tuera et le corps et l'esprit.

» Depuis lors M. Bérard a traîné une existence misérable; le côté droit est resté paralysé; l'articulation des mots est devenue de plus en plus difficile; la mémoire s'est progressivement affaissée.

» Enfin, le 11 de ce mois, une troisième hémorrhagie emporte M. Bérard en trente heures.

» Quelle fatalité que ces trois dates de décembre!

» Adieu, Monsieur Bérard, adieu! »

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Pomiès (de Lyon) écrit au nom de la famille du professeur Bonnet, pour annoncer à la Société de chirurgie la mort de cet éminent chirurgien, membre correspondant à Lyon.

— A propos de la correspondance, M. Larrey fait la communication suivante:

Gangrène de la jambe. Amputation dans le lieu d'élection. — M. LARREY, pendant sa récente inspection en Algérie, a vu à Tlemcen une femme de race berbère amputée de la jambe pour un cas de gangrène, dans des circonstances qui offrent quelque intérêt. Il vient de

recevoir de M. le docteur Claudel, aide-major de 1re classe, l'observation et la pièce anatomique qu'il présente à la Société, en résumant les faits de la manière suivante :

Une femme indigène, de bonne famille, âgée de vingt ans et d'une constitution saine, est entrée le 13 septembre dernier à l'hôpital de Tlemcen, pour une gangrène de la jambe droite, dont l'origine, datant de quarante jours, avait été attribuée à la morsure d'un animal venimeux durant le sommeil de cette femme. Elle fut réveillée subitement par une douleur vive au pied droit, qui en quelques heures devint le siége d'une inflammation intense, suivie d'un engourdissement de tout le membre et d'un état fébrile très-marqué. A ces premiers symptômes succédèrent rapidement ceux de la mortification, qui suivirent une marche progressive pendant dix jours, en s'étendant du pied à la partie moyenne de la jambe. Là fut limitée spontanément la gangrène. Les parties molles se détachèrent après vingt jours, et en tombant d'elles-mêmes, avec le pied tout entier, elles laissèrent à nu les deux os de la jambe dans leur moitié inférieure.

Pendant ce temps et durant vingt jours encore, la malade ne fut soumise à aucun traitement. Le caïd de sa tribu la décida enfin à entrer à l'hôpital de Tlemcen, malgré les répugnances et les préjugés des musulmans à confier leurs femmes à nos soins. Celle-ci se trouvait alors dans un état d'épuisement extrême, et sa jambe, mutilée spontanément, présentait une dénudation des os dans l'étendue de 15 centimètres. Un travail de nécrose s'établit sur la limite de la gangrène, et les parties molles commencèrent à se cicatriser. Toute l'épaisseur du membre était saine au-dessous du genou, et malgré la rétraction permanente des muscles fléchisseurs de la jambe, l'indication était d'amputer dans le lieu d'élection.

L'opération, acceptée par la malade et par la famille, fut pratiquée le 16 septembre, trois jours après son entrée à l'hôpital, par M. Claudel, d'après la méthode circulaire, à l'aide de la chloroformisation, et presque sans écoulement de sang. La demi-réunion de la plaie dégorgea le tissu cellulaire infiltré; la réaction fut légère, mais suivie, le lendemain, d'un violent accès de fièvre intermittente qui fut facilement enrayée par le sulfate de quinine. La suppuration suivit son cours; les forces revinrent par l'alimentation: les ligatures tombèrent le quatorzième jour, et la cicatrisation régulière, achevée le 6 octobre, montra un moignon bien garni, mais encore trop rétracté pour permettre aussitôt l'usage d'une jambe artificielle.

Quant aux deux os, ils offrent, ajoute M. Larrey, des caractères anatomiques analogues à ceux d'un autre cas de gangrène spontanée survenue également chez une femme dont nous avons communiqué l'observation à la Société.

LECTURE.

M. TRÉLAT lit une observation de luxation en avant du radius. La pièce anatomo-pathologique, trouvée à l'École pratique, est présentée à la Société.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Richet, Gosselin et Desormeaux.

RAPPORT.

M. GUERSANT donne lecture d'un rapport sur le croup et la trachéotomie. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Bouvier, Guersant, Morel-Lavallée et Richard, la Société décide que le rapport ne sera discuté définitivement que lorsqu'il aura été imprimé.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Luxation du fémur dans le trou oval, datant de sept mois. Réduction. — M. LEGOUEST. La Société de chirurgie voudra bien se rappeler peut-être que, à l'époque où elle s'occupait du traitement des maladies de la hanche, M. Bouvier, peu édifié sur l'innocuité du redressement forcé, interrogea l'expérience des chirurgiens qui avaient mis ce traitement en usage. M. Gosselin et moi répondîmes à son appel : pour ma part, j'informai la Société que je venais de soumettre aux manœuvres du redressement forcé et immédiat, sans qu'il en résultât d'accidents, un militaire atteint de luxation ovalaire du fémur, datant de sept mois, et survenue spontanément pendant le cours d'une fièvre typhoïde.

J'annonçai que je n'espérais pas être assez heureux pour réduire la luxation, mais que, ayant obtenu par mes premières tentatives (28 août), une conformation du membre plus régulière, j'avais tout lieu de croire que je pourrais, par des manœuvres nouvelles, ramener le membre dans une direction meilleure encore et compatible avec la station droite ou assise que le malade ne pouvait garder. Ces tentatives nouvelles de redressement forcé, je les ai faites le 18 septembre; leur résultat a dépassé mes espérances ; j'ai pu obtenir la réduction de la tête du fémur, au lieu du simple redressement du membre, et j'ai l'honneur de présenter mon malade à la Société.

Cet homme, qui, il y a quatre mois à peine, ne pouvait ni marcher ni s'asseoir, est aujourd'hui debout, et a pu monter deux étages aidé d'une canne, sans laquelle il ne peut encore cependant faire un pas.

Ses deux membres inférieurs sont parfaitement parallèles ; les deux épines iliaques sont sur le même plan horizontal ; le grand trochanter et le fémur gauches ont repris leur place. Au point de vue des rapports solidaires de la cuisse, du bassin et de la colonne vertébrale, on ne remarque qu'un peu de cambrure des reins et une très-légère flexion de la cuisse. Quant aux mouvements de l'article, ils ne lui sont pas encore restitués et ne sont qu'obscurément perçus ; enfin, quant au membre lui-même, il est resté amaigri.

La seconde et dernière fois que je soumis ce malade au redressement, je fus très-surpris, à un certain moment, d'entendre un bruit analogue à celui qui se produit souvent dans la réduction des luxations, et qui annonce que les surfaces articulaires reprennent leurs rapports normaux. Je ne pensais pas avoir obtenu ce résultat, et pour m'en convaincre je me donnai pour ainsi dire la satisfaction de reproduire et de réduire plusieurs fois la luxation. Toute difformité ayant disparu, le malade fut replacé dans la gouttière de M. Bonnet (de Lyon), où il fut maintenu un peu plus de deux mois, en comprenant la période du 28 août au 18 septembre.

Les luxations symptomatiques du fémur dans le trou ovale étant particulièrement rares, et la réduction permanente des luxations symptomatiques du fémur en général peu commune, j'ai pensé que l'examen de ce malade pourrait offrir quelque intérêt à la Société de chirurgie. Je crois que sa position peut encore être améliorée : des cautères ont été placés autour de l'articulation afin de hâter la résolution de l'induration des tissus péri-articulaires ; et je me propose de poursuivre par un traitement fonctionnel, c'est-à-dire par des mouvements communiqués à l'article au moyen d'un appareil particulier, le complément du succès déjà obtenu.

M. MOREL-LAVALLÉE. La communication de M. Legouest est des plus intéressantes. Toutefois, avant de dire qu'une luxation a été réduite dans ces conditions, il conviendrait d'établir péremptoirement qu'elle a existé. D'une part, en effet, je ne comprends pas bien qu'une semblable luxation ait eu lieu sans abcès; de l'autre, le bruit particulier que M. Legouest attribue à la rentrée de la tête dans la cavité peut être produit, sans qu'il y ait luxation, par des mouvements alternatifs d'abduction et d'adduction.

M. LEGOUEST. Les luxations symptomatiques du fémur, consécutives à des fièvres essentielles, ne sont pas rares *sans abcès;* Boyer, Stanley et d'autres chirurgiens en ont rapporté des exemples : ce qui est rare surtout, c'est la luxation ovalaire. Quant à son existence dans le cas présent, elle a été constatée non-seulement par moi, mais par plusieurs de mes confrères du Val-de-Grâce; elle était si manifeste qu'un élève n'aurait pu la méconnaître. Je suis du reste en mesure de répondre aux exigences parfaitement justes de M. Morel-Lavallée. Voici les notes prises par moi au lit du malade, le 28 août, avant la première opération de redressement; en recherchant des faits analogues à celui que j'avais sous les yeux, j'ai été frappé, dans une observation donnée par M. Malgaigne, de l'identité singulière des termes dans lesquels nous avons fait l'un et l'autre notre description.

Le malade est couché à plat sur le dos, un peu incliné à gauche; c'est la seule position qu'il puisse conserver. Lorsqu'on rétablit la direction normale du bassin sur la colonne vertébrale, la cuisse, dans une abduction excessive, forme un angle tout à fait droit avec l'axe du corps ; le membre est dans la rotation en dehors et repose sur le lit par toute sa face externe ; la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse; le talon répond au tiers de la hauteur du mollet opposé. La partie supérieure de la cuisse est élargie surtout en dedans ; le pli de l'aine est effacé, tandis qu'une dépression considérable existe au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. En explorant la partie interne et supérieure de la cuisse, on y sent une tumeur volumineuse empiétant sur le périnée, surtout en se rapprochant du pubis; la pointe de l'ischion est parfaitement isolée et sentie, tandis que la tumeur, soulevant l'origine des adducteurs, est perçue confusément au milieu d'un empâtement qui s'étend dans tout le creux sous-inguinal. Le grand trochanter est passé tout à fait en arrière; la fesse est aplatie, plus large que normalement; le pli fessier a disparu totalement en dehors; on en retrouve l'origine en dehors. La cuisse mesurée de l'épine iliaque antérieure et supérieure est plus courte que l'autre de six centimètres; elle est complétement immobile; les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au bassin.

A ces signes décrits, je le répète, au lit du malade, il ne me paraît pas possible de ne pas admettre la luxation.

M. CHASSAIGNAC. Je voudrais savoir quelles lésions de l'articulation et quel mécanisme M. Legouest invoque, pour qualifier de symptomatique cette luxation, qui me paraît devoir être mise hors de doute.

M. LEGOUEST. Le malade a été atteint de fièvre typhoïde avec délire prolongé; c'est en recouvrant le sentiment qu'il a constaté la déformation du membre que je viens de rapporter, en même temps qu'une tuméfaction considérable de la racine de la cuisse et un œdème de toute l'extrémité inférieure. Je crois donc qu'il a existé une arthrite aiguë avec épanchement, laquelle a, sinon amené subitement, au moins préparé la luxation, déterminée par le maintien de vive force du malade en délire dans son lit.

Je désire avoir donné des détails suffisants sur ce fait, qui me paraît digne d'attention par l'étiologie de l'affection, le lieu occupé par la tête du fémur, le rétablissement et le maintien des rapports normaux de celle-ci, enfin par le mode de traitement employé.

M. CLOQUET a vu un malade qui présentait une luxation analogue, — elle se réduisait facilement, mais se reproduisait de même. — Ce malade ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bandage qui maintenait la réduction. Ce bandage était très-solidement construit en cuir avec armure d'acier.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur A. Lefebvre nous prie d'insérer la note explicative suivante au sujet de la lettre qu'il a écrite à M. le professeur Trousseau, et dont il a été donné lecture dans la séance de l'Académie du 30 novembre :

« Dans une certaine classe de la société, l'insouciance ou la nécessité fait qu'on ne réclame les secours de la médecine que dans les cas urgents. Le croup débute habituellement avec une apparente bénignité. Aussi n'est-ce qu'à une période avancée de la maladie que les familles appellent le médecin.

» Souvent placé dans ces fâcheuses conditions, j'ai été frappé de l'impuissance des moyens les plus vantés, bien que dans la trachéotomie faite *in extremis*, je n'aie pas de guérisons à rapporter, j'en ai néanmoins retiré la conviction que la maladie et non l'opération occasionnait la mort. Soutenu par cette conviction, j'ai adressé à l'hôpital des Enfants sept malades atteints de croup au second degré et vierges de tout traitement, afin qu'ils fussent opérés. Les chefs de service ou leurs internes les ont trachéotomisés; six ont guéris. La conclusion implicitement renfermée dans ces faits me paraissait facile à déduire : c'est que dans le croup au second degré, si la trachéotomie n'est pas un moyen infaillible, elle est du moins préférable aux traitements ordinaires.

» A la dernière séance de l'Académie, M. le professeur Bouillaud a parlé des faits signalés par moi; il a compris que j'émettais l'opinion que, dans tous les degrés du croup, on devait opérer immédiatement. Je suis loin de soutenir une thèse semblable. Je confesse que, au premier degré du croup, la thérapeutique est puissante et qu'elle guérit souvent. Mes observations n'ont porté que sur des enfants atteints de croup au second degré. Le diagnostic des médecins de l'hôpital des Enfants, et mon expérience, m'autorisent à penser que leur maladie eût fatalement suivi sa marche, et qu'ils n'ont dû leur salut qu'à l'opération faite en temps opportun. »

Monsieur le rédacteur,

Dans votre compte rendu du 20 décembre dernier, sur des observations ozonométriques faites en Crimée par trois médecins de l'armée, vous les qualifiez de médecins en chef d'ambulance; c'est une erreur à rectifier : M. Leroy seul était médecin en chef d'ambulance; M. Méry était médecin en chef du 3e corps d'armée, dit de réserve; M. Scrive était médecin en chef de l'armée.

Vous voudrez bien, je l'espère, insérer ma lettre dans votre prochain numéro, afin d'opérer cette rectification qui rendra à chacun des trois médecins militaires cités la position officielle qu'ils avaient en Crimée.

Agréez, etc. SCRIVE,
Médecin inspecteur du service de santé des armées, ex-médecin en chef de l'armée d'Orient.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du prince chargé du ministère de l'Algérie et des colonies, en date des 4 et 7 décembre 1858, ont été nommés professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger :

Chaire d'anatomie et de physiologie : M. Patin, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rouen.

Chaire de pathologie externe : M. Frison, docteur en médecine.

Chaire de clinique externe : M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital militaire du Dey, directeur de l'École.

Chaire de pathologie interne: M. Marit, médecin principal à l'hôpital militaire du Dey.

Chaire d'accouchements : M. Trollier, médecin de l'hôpital civil d'Alger.

Chaire de chimie et de pharmacie : M. Roucher, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Constantine.

Chaire de clinique interne : M. Pécholier, agrégé stagiaire à Montpellier.

— A la suite du concours qui vient de se terminer ont été nommés externes des hôpitaux de Paris :

MM. 1. Gilletto, Gouraud, Tirman, Marcowitz, Dubreuil, Canet, Landeta, Laheda, Chipault, Drughert, Lallemand, Bonnet, Caresme, Touzé, Fernet, Negrié, Sottas, Martin, Noël, Decencière, Guiraud, Haas, Robertet, Soulez, Badan, Bouyer, Cazin, Lebreton, Legros, Nicole, Polaillon, Brunet, Savreux-Lachapelle, de Lavaysse, Guenard, Pellegrino, Foucher, Contesse, Ferat, Guillon, Loiseau, Regnard, Thulié, Vast.

46. Bahuaud, Barraud, Guerineau, Moureion, Perruchot, Boullet, Casalis, Casas, Galau, Mantilla, Lecoin, Augros, Barbier, Daguenet, Faucher (Louis), Langronne, Legendre, Maurizot, Prod'homme, Reliquet, de Barrel de Pontevès, Fénélon, Gourdin, Kalinderelo, Leger, Leroy, Line, Millet, Ruck, Sampolo, Duplan, Gougueuhein, Lecoq, Malapert, Vialette, Clipet, Chrysaphis, Ganiere, Jolly, Regnier, Bessières, Beziel, Gindre, Jalabert.

91. Lapra, Partheuay, Savornin, Bihorel, Bourdy, Mauduit, Boutillier Ducretail, Caillaud, Faure (Louis-Gilbert), Gallet, Gohert, Groussin, Jeullien, Perret, Ragon, Ramon, Ballion, Desaivre, Forest, Hallu, Laurent, Miroudot, Morot (Pierre), Panien, Piasecki, de Souza, Bouland, Degrond, Lancelot, Landrin, Lansier, Lefevre, Regnault, Roussel, Verrier, Bergeon, Bisson, Clochard, Faure (Louis-Charles), Houlot, Materre, Posada, Bonnejoy, Bouchereau.

136. Chapotel, Chouippe, Junien Lavillauroy, Lordereau, Meuvret, Roux, Tafforin, Daix, Didiergeorge, Gouin, Jeanbarnat, Jousseaume, Le Fur, Marcet, Olivier, Picard, Pignol, Subert, Thoizon, Coste, Drouet, Fieuzal, Grateau, Jollivet, Lelong, Lohé, Marx, Matthieu, Soulaitre, Billoux, Chancerel, Edwards, Gaillard, Lamiral, Lannelongue, Menard, Michellet, Moreau (Jules-Michel), Parmentier, Richard, Granier, Penancier, Tachard.

— Le corps médical de Paris vient de faire encore une nouvelle perte sensible. M. le docteur A. Thierry vient de mourir. M. Thierry, l'un de nos chirurgiens les plus distingués, bien qu'il n'ait pas appartenu aux hôpitaux, a occupé pendant de longues années une position élevée comme praticien et comme administrateur. Ancien directeur de l'Assistance publique sous le gouvernement de la république, il était depuis cette époque membre de la commission administrative de la ville de Paris. La bienveillance de son caractère autant que son amour pour la science et son zèle dans l'accomplissement de ses honorables fonctions, lui avaient mérité l'estime générale.

— Le docteur Bright, dont le nom se trouve attaché à l'une des plus belles découvertes médicales de notre siècle (*néphrite albumineuse*, 1829), vient de mourir à Londres dans un âge avancé, médecin extraordinaire de la reine, comblé d'honneurs, et à la tête de la plus magnifique clientèle. Sa mort, arrivée subitement à la suite d'un vomissement de sang, n'avait pu être soupçonnée ni prévue, le docteur Bright n'ayant jamais voulu se soumettre à aucun examen.

A l'autopsie, on a trouvé les valvules de l'aorte remplacées par un cercle osseux laissant à peine une petite ouverture à parois rigides. Dans un tiers de son étendue, le tissu normal existait encore. Du reste, toutes les autres valvules étaient saines, et dans tout le parcours de l'aorte jusqu'à sa bifurcation, aucun autre dépôt ne fut découvert.

— Nous avons le regret d'avoir à annoncer la mort de M. le docteur Mougeot père, doyen des botanistes de France, décédé à Bruyères (Vosges). M. Mougeot s'est distingué par des travaux extrêmement importants sur la botanique en général, et en particulier sur les mousses. Il avait été membre du conseil général des Vosges, médecin de l'hôpital de Bruyère et membre correspondant de l'Académie impériale de médecine. Il avait présidé cette année la session extraordinaire de la Société botanique de France à Gerardmer.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 152. — JEUDI 30 DÉCEMBRE 1858. (31° ANNÉE.) N° 152. — JEUDI 30 DÉCEMBRE 1858.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement.

Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine,* 9;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre à l'envoi de leur renouvellement la dernière bande imprimée du Journal, après y avoir rectifié les erreurs s'il y en a.

Paris, le 29 décembre 1858.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les opérations de scrutin que l'Académie avait à terminer dans cette séance n'ont heureusement préjudicié en rien à ses travaux scientifiques. Pendant que les urnes circulaient pour recueillir les bulletins de vote, M. Chatin a donné lecture d'un rapport qui a soulevé une question d'un grand intérêt. A propos d'un mémoire de M. le docteur Sirus Pirondi, médecin distingué de Marseille, sur la nature et la propagation du muguet, M. Chatin a énoncé quelques propositions qui ont fait naître des scrupules dans l'esprit de plusieurs académiciens. Quel est le rôle de l'oïdium albicans dans la production et les évolutions du muguet? Est-il cause ou effet, phénomène principal ou épiphénomène? etc., et maintes autres questions analogues, se sont croisées sur la tête du rapporteur, qui ne savait plus à qui répondre. Toute la question du parasitisme y eût passé si le temps n'avait manqué. Mais on ne résout pas de pareils sujets en une séance. Malgré les explications données par les deux savants de l'Académie les plus compétents sur cette matière, MM. Ch. Robin et Delafond, il nous reste encore sur ce point trop d'incertitudes dans l'esprit pour oser l'aborder en ce moment. Nous nous bornerons donc à appuyer le vœu exprimé par M. Velpeau, que l'Académie mette prochainement cette question à son ordre du jour. Elle ne pourrait assurément mieux inaugurer la nouvelle année scientifique.

A la suite de cette petite discussion, qui n'a pas empêché de voter les conclusions favorables du rapport, M. le docteur Garnier, dont l'Académie a entendu, il y a deux mois, une très-intéressante lecture sur un point d'étiologie de la phthisie pulmonaire, a communiqué un supplément d'instruction sur le même sujet.

La séance prochaine sera probablement consacrée en partie à la discussion et au vote des conclusions du rapport de M. Trousseau sur le tubage de la glotte et la trachéotomie.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Un cas de leucocythémie splénique (1).

(Observation communiquée par M. le docteur Durozier, chef de clinique.

Réflexions. — Dans ce cas, la maladie semble naître en même temps que l'individu : dès l'enfance il est touché par l'élément palustre; plus tard une varioloïde confluente survient, elle s'accompagne de ganglionite cervicale suppurée; enfin, il n'échappe pas à la fièvre typhoïde.

Nous ne saurions fixer le moment où ce malade est devenu leucémique.

Le cours de la maladie peut, dans ce cas, se diviser en deux grandes périodes : une première, douteuse, commence à la naissance et va jusqu'à l'âge de trente-deux ans; la seconde, certaine, commence à son entrée dans les hôpitaux, et dure quatorze mois.

La période douteuse peut être divisée par l'invasion de la fièvre typhoïde en douteuse et en probable.

C'est pendant la période douteuse que nous trouvons la fièvre intermittente, la varioloïde, les points de côté pour la moindre course, les épistaxis foudroyantes, les céphalalgies fréquentes, les éblouissements, l'enflure des pieds.

Pendant la période probable, nous trouvons les mauvaises digestions, le dévoiement, l'affaiblissement des jambes, l'œdème des cuisses, l'ardeur de la soif, la nécessité d'arrêter son travail.

Pendant la période certaine, il fait trois apparitions dans les hôpitaux : une première dure 22 jours. On observe la proportion considérable des globules blancs, l'intumescence de la rate, les accès de fièvre, le gonflement du foie, l'œdème des poumons, les phlegmasies des séreuses (plèvres, péricarde, articulations, etc.). Pendant un second séjour de trois mois, nous notons l'accroissement considérable de la rate, le gonflement du foie, le ramollissement des gencives, l'œdème des poumons, les sueurs, la perte de l'appétit, les accès de fièvre irréguliers, les névralgies, les crachats et les selles ensanglantées, des tumeurs hémorrhoïdaires.

Enfin, un dernier séjour de deux mois et demi a lieu à la Pitié. Là on note la sécheresse de la peau, les sugillations sur les membres inférieurs, l'œdème considérable des jambes, l'ascite, la tuméfaction considérable du foie et de la rate, la dyspnée, les épistaxis, la diarrhée; en un mot, tout mais rien de plus que ce qui avait été constaté dans les salles de M. Bouillaud.

Mais le 2 octobre surviennent, à la suite d'une saignée, des accidents inflammatoires, mélange d'érysipèle, d'infiltration sanguine, de phlébite, de formation de caillots, qui finissent par tuer le malade.

Parmi tous ces signes, nous en examinerons trois d'une manière particulière : le pouls, le gonflement de la rate et la présence des globules blancs.

Le pouls a oscillé entre 76 et 120. Pendant le premier séjou dans les salles de la Charité, il est à 76, 84, 88, le matin, et à 90, 110, le soir, assez régulièrement.

Pendant la première partie du second séjour, la fièvre est moins régulière; c'est le matin que nous trouvons le pouls à 108, 120, tandis que le soir il est à 96. Nous administrons le sulfate de quinine à haute dose, le pouls tend à tomber, il est à 84; le malade dit n'avoir pas de fièvre comme auparavant. Bientôt le pouls remonte à 90, 100, le soir; on supprime le quinquina. Vient une série de chiffres à 100, 108, 120, le soir; puis les accès disparaissent pendant quelque temps le soir, disparaissent tout à fait, reviennent, puis disparaissent de nouveau. Enfin, le malade, les voyant revenir, se décourage et nous quitte.

Nous voyons donc, en somme, la fièvre varier infiniment, affectant d'abord une sorte de régularité, puis s'affranchissant de toute règle à mesure que l'on avance. L'hydrothérapie ne produit rien : c'est sous son administration que la fièvre a eu quelque régularité; les accès n'ont pas été enrayés. Plus tard, le sulfate de quinine à dose énergique semble réduire la fièvre, mais ce n'est que pour un moment.

Il en est de même pour la rate : elle mesure 10 centimètres suivant l'axe du corps et 12 centimètres suivant la ligne des côtes, le 13 août 1856; elle déborde largement les côtes le 1er septembre, est devenue énorme, beaucoup plus large et beaucoup plus épaisse quand il rentre dans le service le 8 octobre; mesure 30 centimètres en hauteur le 18 octobre; semble moins épaisse le 30 octobre; mesure 19 centimètres en hauteur, et s'avance jusqu'à 1 centimètre en dedans du nombril, descendant presque jusqu'au ligament de Poupart le 4 novembre; elle s'avance presque jusqu'au nombril et descend jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque le 24 novembre; s'avance jusqu'au-dessous du nombril et varie de deux travers de doigt, selon que le malade est couché sur l'un ou l'autre côté, le 4 décembre; elle a la ligne blanche pour limite le 3 janvier 1857; enfin elle a peut-être un peu diminué le 6 janvier.

En somme, la rate, qui mesure 10 centimètres suivant l'axe du corps et 12 centimètres suivant la ligne des côtes le 13 août 1856, déborde largement les côtes le 1er septembre, et s'avance

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

COURS DE MÉDECINE DU COLLÉGE DE FRANCE.

Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, par M. Cl. Bernard [2e volume] (1).

Le second volume des *Leçons sur le système nerveux* est consacré à l'examen des propriétés et des usages de chaque nerf encéphalique en particulier, et se termine par l'étude expérimentale du rôle si complexe du grand sympathique. Ce n'est pas sans étonnement que l'on constate à chaque page combien il nous restait à connaître sur les nerfs crâniens, après tous les beaux travaux dont ils ont été le sujet. Combien aussi d'erreurs n'avaient-elles pas été commises faute d'avoir tenu suffisamment compte de l'action du grand sympathique sur divers organes, en même temps que les nerfs qu'on étudiait, ou faute de savoir qu'il est des nerfs crâniens qui physiologiquement sont liés entre eux comme une racine antérieure est liée à la racine postérieure correspondante.

Il est des intelligences qui se révoltent contre toute découverte qui vient nous obliger à abandonner des faits admis jusqu'à ce moment, ou qui sont toujours prêtes à considérer son auteur comme quelque esprit dangereux faisant plus de mal que de bien, et dont il y a lieu de se défier. Ils n'envisageraient point les choses sous un point de vue aussi fâcheux, s'ils savaient que les observateurs qui arrivent à quelque découverte ne sont autres que des hommes qui cherchent à compléter autant que possible leur éducation, après avoir reconnu combien étaient insuffisantes les observations qu'ils avaient pu faire jusqu'alors sur les êtres morts ou vivants.

Ceux qui liront dans ce volume les leçons qui traitent des usages du nerf facial et de ceux de la cinquième paire, reconnaîtront, je crois, que ces remarques sont fondées.

Dans l'impossibilité où je suis de le prouver par l'analyse des faits nouveaux (et intéressant les médecins comme les chirurgiens) qui se rapportent à chaque nerf crânien spécialement, je me bornerai à résumer dans les lignes suivantes quelques-uns des résultats obtenus par M. Bernard, dans ses expériences sur le grand sympathique.

Ce physiologiste a montré que toutes les fois qu'on coupe des rameaux du grand sympathique et qu'on extirpe les ganglions de ce nerf, la température augmente instantanément et d'une manière durable dans les parties où il se distribue. L'effet inverse a lieu quand on resèque des nerfs du système cérébro-spinal; on observe toujours le refroidissement dans les régions du corps où ces nerfs se ramifient. Le grand sympathique est le seul dont la section produise un excès de chaleur. M. Cl. Bernard a coupé à cet effet la cinquième paire des nerfs de la tête, le nerf facial dans le crâne, et les racines antérieures et postérieures de la moelle épinière. Dans tous ces cas, il a observé un abaissement de température variant de 1° à 5° centigr. dans les parties correspondantes à la distribution des nerfs. La section du grand sympathique dans la région cervicale a toujours donné une élévation de température excédant quelquefois celle du côté opposé de 5° à 10° centigr. Les résultats des expériences peuvent se résumer de la manière suivante :

1° La section des nerfs de sentiment, outre l'abolition de la sensibilité, produit une diminution de température dans les parties.

2° La section des nerfs moteurs, outre l'abolition du mouvement, produit également le refroidissement des parties.

3° La section du grand sympathique, qui n'amène ni l'immobilité des muscles ni l'abolition de la sensibilité, amène une augmentation de caloricité constante et considérable.

4° Si l'on coupe un tronc nerveux mixte, qui renferme à la fois des nerfs moteurs, des nerfs sensitifs et des filets du sympathique, on a les trois effets réunis, savoir : paralysie du mouvement, paralysie du sentiment, et augmentation de caloricité.

Cette augmentation de chaleur est toujours accompagnée d'une plus grande vascularisation des parties. Comme température absolue, elle ne dépasse jamais 40° centigr.; mais comme température relative, comparée à celle du côté opposé, elle est quelquefois plus élevée de 10° centigr., et la différence est toujours d'autant plus grande que la température ambiante est plus basse et que les animaux sont plus vigoureux. Les parties où le sympathique a été coupé résistent plus au froid et restent toujours douées d'une plus grande sensibilité; ce sont elles qui conservent les dernières leur sensibilité quand on a éthérisé l'animal ou qu'on le fait périr par un mode d'empoisonnement quelconque.

C'est surtout sur la partie cervicale du grand sympathique que M. Cl. Bernard a expérimenté, parce que là il était plus facile à atteindre. Cependant il a constaté que la section de ce nerf dans d'autres points donne lieu aux mêmes effets de caloricité et de vascularisation. Il a obtenu ces résultats dans le thorax, en enlevant le premier ganglion thoracique, et dans le ventre en agissant sur les ganglions du plexus solaire. Quand on agit sur d'autres parties du sympathique, et particulièrement sur les nerfs grand et petit splanchnique, on n'obtient pas les mêmes effets, ce qui prouve qu'il y a encore une distinction à établir dans les diverses parties du nerf sympathique relativement à cette production de caloricité.

La galvanisation sur le grand sympathique amène toujours un re-

(1) Paris, 1858. Chez J. B. Baillière. (Voir le numéro du 20 novembre.)

jusqu'au nombril pendant le mois d'octobre, présentant dans ses dimensions des variations à peu près insignifiantes.

A l'autopsie, elle mesure 32 centimètres en longueur et 21 en largeur; c'est à peu près la mesure que nous avons trouvée au mois de novembre, 30 sur 19.

Le traitement n'a donc pas eu plus d'action sur la rate que sur les accès de fièvre. Jusqu'au 4 septembre il a consisté en pilules de lactate de fer, vin de quinquina et douche en pluie de 5 secondes, suivis d'une douche en jet sur la rate prolongée pendant 15 à 20 minutes. Notre malade, très-courageux, supporta bravement cette médication, qui eut l'inconvénient de développer probablement des accidents du côté des séreuses.

Parfois il nous semblait trouver la rate diminuée; le malade se trouvait parfois dégagé, et mangeait trois portions. Nous étions encouragés. Cependant, il faut l'avouer, nous n'avions pas beaucoup gagné.

Pendant une nouvelle absence l'appétit resta assez bon, mais la fièvre se montrait toujours au moindre exercice.

Il nous revint avec une rate énorme.

Nous reprîmes les douches; mais cette fois le malade les redoutait, nous les cessâmes bientôt.

Nous voulûmes essayer le seigle ergoté; il produisit des vomissements; nous nous arrêtâmes après deux doses d'un gramme.

Nous essayâmes le lactate de fer de nouveau à la dose de 0,30, et le sulfate de quinine à dose toxique, 1 gr. d'abord, puis 2 gr. alternant avec la poudre de quinquina à la dose de 12 gr.

Après sept jours de ce traitement, il se trouvait mieux, la rate semblait moins épaisse.

Après onze jours de ce traitement, qu'on arrêta, la rate mesurait 19 centimètres en hauteur. Mais les accès de fièvre n'étaient pas supprimés; la faiblesse était toujours grande, le malade se levait pourtant. En somme, amélioration douteuse.

Enfin, on tente l'application d'un large vésicatoire qui semble arrêter le développement de la rate; mais les accidents augmentant toujours, il se décourage et s'en va.

Nous voyons donc que les traitements les plus énergiques et l'expectation ont abouti au même résultat. Les douches à haute dose, le fer à dose convenable, le sulfate de quinine à dose intoxicante, le vésicatoire, rien n'a pu arrêter la marche des accidents.

Nous n'avons pu suivre aussi facilement les variations qui peuvent se présenter dans le nombre des globules blancs. Nous le jugeâmes considérable; M. Bennett (d'Edimbourg), qui visita nos salles pendant le premier séjour du malade dans le service, ne nous laissa pas d'approximation; plus tard, M. Vidal pensa pouvoir établir le rapport de 1 blobule blanc pour 5 globules rouges.

Nous avons examiné comparativement le sang d'un certain nombre de malades; voici les notes que nous avons recueillies:

1. *Fièvre typhoïde adynamique légère.* — Globules rouges assez colorés, empilés; globulins assez nombreux; cinq ou six globules blancs de grosseur variable, de dimension moyenne.

2. *Fièvre typhoïde grave.* — Globules rouges très-pâles; quelques globulins; globules blancs rares, gros en général.

3. *Fièvre typhoïde.* — Globules rouges très-pâles, se déformant facilement; globules blancs, larges, rares; globules rouges ne s'empilant pas, se juxtaposant.

4. *Fièvre typhoïde.* — Globules rouges assez colorés, ecchymosés; peu de globules blancs, trois ou quatre.

5. *Fièvre typhoïde.* — Globules rouges un peu pâles, empilés; six ou sept globules blancs.

6. *Fièvre typhoïde.* — Globules rouges ternes; six ou sept globules blancs.

7. *Fièvre typhoïde.* — Peu de globules blancs; sang en bon état.

8. *Fièvre typhoïde.* — Peu de globules blancs; rien de notable.

9. *Fièvre intermittente quarte peu régulière.* — Quatre ou cinq globules blancs.

10. *Variole.* — Globulins nombreux; six ou sept globules blancs; globules rouges empilés, assez rouges.

11. *Ictère.* — Globules rouges empilés, pâles; cinq ou six globules blancs de dimension variable; aucun n'est gros. Pas de coloration particulière.

12. *Maladie du cœur.* — Une huitaine de globules blancs assez bien conformés, piquetés de noir; globulins; globules rouges assez foncés, empilés.

13. *Maladie du cœur.* — Globules rouges, empilés, assez brillants, de couleur assez bonne; cinq ou six globules blancs; quelques globulins.

14. *Maladie chronique organique.* — Souffle péricardique et douleurs; globules rouges un peu ternes; quelques globulins; huit ou dix globules blancs.

15. *Arthrite chronique.* — Quelques globules blancs.

16. *Hémorrhagies.* — Quelques globules blancs et larges; rien de remarquable du reste.

17. *Hémorrhagie cérébrale.* — Insuffisance aortique; quelques globules blancs; huit ou dix très-larges.

18. *Pneumonie chronique.* — Rien de remarquable.

19. *Choléra.* — Quelques globules blancs de plus qu'à l'état normal.

29. *Cachexie.* — Toux; souffle aux sommets; globules blancs en assez grande quantité; globulins nombreux.

21. *Rhumatisme articulaire aigu et convalescence.* — Globules blancs nombreux.

22. *Tubercules.* — Globules rouges empilés, d'assez bonne couleur; quinze globules blancs.

23. *Tubercules.* — Globules rouges, variant d'intensité du jaune au rouge; quinze globules blancs de grosseur normale.

24. *Tubercules.* — Globules rouges; globules très-abondants; quarante globules blancs de grandeur ordinaire.

25. *Tubercules.* — Une quinzaine de globules blancs.

26. *Tubercules.* — Une quinzaine de globules blancs.

27. *Sang d'individu à peu près bien portant.* — Globules rouges abondants, de coloration modérée; cinq ou six globules blancs.

Ce tableau ne peut nous donner que des renseignements assez vagues; nous n'avons pas le rapport des globules blancs aux globules rouges. Pourtant les chiffres présentent une uniformité assez singulière.

Si nous prenons dans les conditions où nous nous étions mis 3, 4, 5 globules blancs pour chiffre normal, nous voyons que dans la fièvre typhoïde il n'y a pas excès notable, puisque nous trouvons 5 ou 6, rares, rares, 3 ou 4, 6 ou 7, 6 ou 7, peu, peu. Les globulins ne sont notés assez nombreux que dans un seul cas.

A côté de cette série de fièvres typhoïdes, nous avons une autre série de tuberculisations, dans laquelle le chiffre des globules blancs est notablement accru, puisque nous trouvons: globules blancs en assez grande quantité, 15 globules blancs, 15, 40, une quinzaine, une quinzaine, une quinzaine. Les globulins semblent aussi assez abondants en général.

Dans les phlegmasies nous trouvons aussi le nombre de globules blancs notablement accru, et les saignées fournissent un moyen facile de le constater. Si on porte sous le microscope une gouttelette de couenne liquide, on aperçoit une multitude de globules blancs, de globulins nageant dans le sérum; puis on voit la fibrine former ses élégantes étoiles, emprisonnant dans ses masses globules blancs et globulins, qui finissent par disparaître étouffés. La couenne est donc un tissu composé au moins de fibrine, de globules blancs et de globulins.

EXEMPLE DE GUÉRISON

d'une paralysie générale bien confirmée.

Par M. le docteur Snell (d'Eichberg).

(Traduit de l'allemand par M. le docteur E. Renaudin.)

M. X..., marchand, âgé de quarante et un ans, marié, père de plusieurs enfants, fut admis à l'asile d'Eichberg en mai 1851. Il était exempt de toute prédisposition héréditaire.

En mai 1848, il eut quelques vertiges accompagnés d'une paralysie du bras droit, qui céda, après plusieurs mois, à l'usage des bains de Wiesbaden.

Pendant l'été de 1850, des pertes considérables exercèrent sur son esprit une influence déprimante, et on commença à remarquer quelques changements dans son état psychique. Il montrait ensuite une agitation inquiète, témoignait le désir de voyager et de se lancer dans la spéculation en transférant son commerce ailleurs. En automne, on vit apparaître quelques conceptions délirantes. Ses sentiments affectifs se modifièrent. Il manifesta de l'antipathie pour sa femme, se méfia d'un parent qu'il accusait d'avoir voulu l'empoisonner, et imputa des irrégularités à son teneur de livres. Il finit enfin par négliger complétement ses affaires.

Au moment de son admission, il était amaigri; il souffrait d'une faiblesse intestinale, et était sujet à la constipation. La pupille gauche était dilatée; le pouls battait de 88 à 96. Il y avait insomnie, et le malade accusait des douleurs très-vives dans le dos et dans la tête. L'emploi d'une eau minérale et l'usage d'un régime régulier amenèrent d'abord une amélioration sensible. La digestion, l'assimilation et le sommeil se rétablirent peu à peu. La mélancolie se dissipa enfin, et les manières du malade devinrent plus expansives.

Néanmoins, il s'était opéré trop brusquement une réaction en sens contraire. Une confiance exagérée avait succédé au découragement, et, après avoir désespéré de tout, le malade faisait des projets d'affaires qui dépassaient ses moyens. Quoique moins prononcée, la dilatation inégale des pupilles était encore assez appréciable. Malgré l'avis du médecin, le malade fut repris par sa famille en septembre 1851.

Après quelques semaines de calme, il ne tarda pas à retomber dans son état primitif, et au printemps de 1852 on se vit contraint de l'isoler de nouveau. On fit choix d'un asile de France, d'où on le retira de nouveau au mois de septembre, imparfaitement amélioré. Mais quelques excès commis pendant la route aggravèrent sa situation et nécessitèrent sa réintégration dans le premier asile.

La pupille gauche était alors notablement plus dilatée que la droite; la marche était vacillante; il y avait du tremblement dans les mains, la parole était embarrassée; le pouls, fréquent, allait de 100 à 108. Enfin, le délire des grandeurs était devenu prédominant. Il formulait les projets les plus excentriques, il écrivait à des banquiers pour s'ouvrir des crédits illimités, et méditait de grands voyages pour accroître sa fortune par la multitude des affaires. Il se faisait fort de gagner des millions en peu de temps, et réclamait le divorce pour contracter un brillant mariage. A ces conceptions délirantes, le malade joignait de la turbulence et de l'excitation qui nécessitaient sa séquestration dans une loge. Cet état dura deux mois environ, après lesquels il y eut un peu plus de calme.

En 1853, on put faire passer le malade dans le quartier des tranquilles, où il fit chaque jour des promenades de plus en plus longues; le pouls se régularisa, et l'amélioration fit surtout des progrès sensibles sous l'influence de l'emploi d'une eau minérale tant en bains qu'à l'intérieur. Elle ne fut qu'un instant interrompue par une congestion vers la tête jugée par une épistaxis et une émission sanguine locale.

En automne, la guérison paraissait obtenue, sauf l'inégale dilatation des pupilles. Enfin, ce dernier symptôme finit par disparaître, et la sortie put avoir lieu au printemps de 1854.

La guérison ne s'est pas démentie, et l'individu a repris avec succès la direction de ses affaires.

Ce cas, comme on le voit, peut se rattacher au très-petit nombre de ceux où la guérison a été obtenue malgré la paralysie générale la mieux tranchée.

---

froidissement rapide dans les parties, c'est-à-dire un phénomène inverse à celui qui est opéré par la section pure et simple du nerf. L'élévation de température après la section du sympathique est accompagnée:

1° D'une augmentation très-évidente de la pression du sang dans les capillaires;

2° De modifications très-importantes dans les caractères physicochimiques du sang qui a traversé ces parties.

Les faits nouveaux abondent, comme on le voit, dans cet ouvrage, qui est un véritable traité de la physiologie du système nerveux dans ses applications à la pathologie. Notons que les éditeurs, comprenant l'importance que l'on doit donner à la publication des œuvres originales, ont apporté les plus grands soins à l'exécution typographique de ces deux volumes, et particulièrement des nombreuses figures intercalées dans le texte. Quelques-unes pourtant, et ce sont celles qui approchent le plus du chef-d'œuvre, laissent à désirer, parce qu'elles ont été tirées sur un papier trop mince et d'un grain qui n'était pas assez fin.

Ch. Robin.

Code médical, ou *Recueil des lois, décrets et règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France*; par M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris (1).

Trois éditions du *Code médical* en quelques années, démontrent mieux que nous ne pourrions le faire l'importance du livre, et le besoin que les médecins éprouvent de connaître leurs droits et les devoirs que leur impose l'exercice de leur profession.

Personne mieux que M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, n'était dans des conditions favorables pour réunir et classer dans un ordre méthodique toutes les dispositions législatives et réglementaires qui intéressent ceux qui étudient, enseignent ou exercent la médecine. En rapport journalier avec les étudiants, les médecins et l'autorité, M. Amette a fait un livre qui répond à bien des besoins. La troisième édition, que nous annonçons, a reçu des changements et des augmentations considérables. L'ouvrage est divisé en trois parties:

La *première partie* traite des Etudes: Baccalauréat ès lettres et baccalauréat ès sciences. — Programmes des questions et de l'examen. — Modèles de demandes et conditions d'admission. — Inscriptions, époques où elles sont prises, formalités à remplir, examen de fin d'année. — Stage dans les hôpitaux; externat, internat. — Discipline des écoles. — Cours dans les Facultés. — Dissections, conférences, examens, thèses, doctorats, officiers de santé. — Sages-femmes.

Deuxième partie, Enseignement: Prosecteurs et aides d'anatomie. — Chefs des travaux anatomiques. — Chefs de cliniques, agrégés. — Professeurs. — Doyen des Facultés de médecine. — Enseignement particulier. — Ecoles préparatoires. — Professeurs, enseignements, règlements. — Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce et de Strasbourg; programme et épreuves d'admission, régime, règlement.

Troisième partie, Exercice de la médecine: Diplômes, priviléges des docteurs. — Médecine légale, responsabilité médicale, du secret, des honoraires, vacations des experts. — Loi sur les établissements d'aliénés. — Conseils d'hygiène et de salubrité publique, organisation et règlement. — Remèdes secrets, législation qui les régit. — Des substances vénéneuses. — Inspections des pharmacies. — Eaux minérales, loi de 1856, règlement sur la conservation et l'aménagement des eaux minérales, inspections; de l'administration des sources; instruction de l'Académie de médecine sur la manière de recueillir les observations.

Corps des médecins des armées de terre, organisation et institution, hiérarchie et subordination. — Fixation du cadre en temps de paix et en temps de guerre; classement, conditions d'avancement.

Corps des médecins de l'armée de mer, sa composition, admission et avancement. — Des appointements; services en mer et dans les colonies. — Assimilation, etc.; infirmiers de la marine.

Lazarets et quarantaines. — Convention sanitaire internationale, institution et dispositions concernant le personnel. — Décret impérial.

Service de santé des hôpitaux de Paris, organisation du personnel, nombre et répartition des médecins et des élèves; mode de nomination et concours, durée des fonctions; cours de clinique, consultations gratuites. — Bureau central des hôpitaux, conditions d'éligibilité, concours, fonctions. — Service de santé de la maison d'accouchement, son règlement. — Organisation du service de santé pour les secours à domicile.

Académie impériale de médecine, son règlement. — Lois sur les pensions de retraite des fonctionnaires de l'Université.

Tels sont les principaux sujets traités dans le *Code médical*. Cette rapide énumération indique assez qu'aucune des nombreuses questions de la législation et de l'administration du corps médical n'a été omise par M. Amette. La place de son livre est dans la bibliothèque des étudiants et de tous les médecins.

E. B.

(1) Un vol. in-12. 3e édit. Paris, J. B. Baillière.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. Sauzède, pharmacien à Carcassonne, sur le traitement du choléra par le sulfate de magnésie. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

2° Plusieurs rapports de MM. les docteurs Jobert (de Guyonvelle) sur le traitement de la diphthérite croupale; Bernier, sur des épidémies d'angine et de variole qui ont régné à Gièvres et à Villefranche (Loir-et-Cher) en 1858; Lemaire, sur une épidémie d'angines couenneuses à Colmerey (Nièvre). (Commission des épidémies.)

— La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Camille Bernard (d'Apt), qui sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

2° Une note de M. le docteur Leriche (de Lyon), sur un nouveau mode de traitement pour le croup. (Commission du croup.)

3° Un travail de M. le docteur Basset, intitulé : Rapport à l'Académie de médecine sur une première année passée à Saint-Nectaire.

PRÉSENTATIONS.

M. DEVERGIE présente, au nom de l'auteur, M. Mascarel, une brochure sur le traitement des ulcérations du col de la matrice. Cette brochure est accompagnée d'une lettre dans laquelle M. Mascarel sollicite le titre de membre correspondant.

— **M. DEPAUL** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Demeaux (de Puy-l'Évêque), une observation de renversement complet de la matrice pendant la délivrance, réduite immédiatement et suivie de guérison.

RAPPORT.

Muguet. — M. Chatin, au nom d'une commission composée de MM. Blache, Beau et Chatin, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille), ayant pour titre : *Deux faits relatifs tout à la fois à la transmission et à la production spontanée du muguet.*

La première observation se résume ainsi :

Obs. Ire. — Insuffisance de l'alimentation ou de l'allaitement chez un nouveau-né; prodromes du muguet et apparition de l'oïdium albicans, champignon caractéristique; appel d'une nourrice pour suppléer à l'insuffisance du lait de la mère; apparition du muguet chez l'enfant de la nourrice, dont le sein participe à l'état morbide de celui de l'accouchée; appel d'une seconde nourrice et transmission du muguet à un troisième enfant.

Obs. II. — Enfant née avant terme et atteinte du muguet au bout de quelques jours; transmission du muguet à l'enfant de la nourrice; existence du champignon du muguet dans les fissures du sein de la nourrice, et transmission de celui-ci à un troisième enfant.

Des faits observés, M. Sirus-Pirondi passe aux déductions. Il examine successivement :

1° Sous quelles influences le muguet s'est primitivement montré, et il l'attribue à l'alimentation insuffisante;

2° Quelle part il convient d'accorder à la transmission, et il la considère comme incontestable dans les deux faits qu'il a cités.

3° Comment s'est opérée cette transmission? Il pense que le germe du muguet est passé du premier au deuxième enfant par l'intermédiaire du sein de la nourrice.

M. Chatin, tout en rendant hommage aux bonnes qualités du travail de M. Pirondi, regrette que l'auteur ne se soit pas suffisamment inspiré du mémoire de M. Gubler, où ont été si bien déterminées les conditions d'apparition et de développement de l'oïdium albicans.

La commission propose :

1° D'offrir à M. Sirus-Pirondi les remercîments de l'Académie;

2° De l'engager à poursuivre ses recherches;

3° De déposer honorablement son mémoire dans les Archives.

DISCUSSION.

M. BOUILLAUD. Il y a dans le rapport de M. Chatin un passage que je n'ai pas parfaitement compris, et sur lequel je lui demanderai un mot d'explication : l'oïdium est-il antérieur à l'exsudation du muguet, ou bien vient-il seulement après elle?

M. CHATIN. Pour moi, l'oïdium c'est le muguet même, et sans vouloir toucher à l'immense question de la génération spontanée, je crois pouvoir admettre que lorsque le muguet apparaît quelque part, c'est que ses sporules, disséminés dans l'atmosphère, ont rencontré les conditions favorables à leur développement; telle est, par exemple, l'acidité buccale.

M. BOUILLAUD. Il me semble que la question que je viens de soulever mérite une sérieuse attention; il s'agit, en effet, de savoir si le champignon du muguet est cause ou effet de l'exsudation.

M. VELPEAU. Je voudrais que cette importante question fût posée en des termes plus généraux; on exagère, en effet, singulièrement le rôle des parasites végétaux dans la pathogénie d'une foule d'affections. Le croup lui-même et l'angine couenneuse ont été rapportés par M. Jodin à un cryptogame; M. Chatin voudrait-il nous dire ce qu'il pense de cette assertion?

M. DEPAUL. Je reconnais volontiers, comme tout le monde, l'utilité des recherches micrographiques, mais il me semble que M. Chatin s'en exagère un peu l'importance, et qu'il fait trop bon marché de l'expérience clinique. C'est ainsi qu'il n'a fait aucune distinction entre le muguet grave généralisé, et le muguet simple borné à la bouche.

Pour nous en tenir à celui-ci, M. Chatin veut qu'il dérive toujours des sporules d'oïdium; mais je ne comprends pas comment cette opinion peut s'accorder avec ce fait d'observation, savoir : qu'on peut faire naître à volonté le muguet chez les enfants, en les plaçant dans les conditions déterminées : il apparaît, en effet, invariablement chez les enfants nés avant terme, chétifs, mal nourris; chez ceux dont les nourrices ont des bouts de sein malades, gercés. Les liquides âcres que sécrètent ces mamelons ulcérés ne suffisent-ils pas pour produire une irritation de la bouche et le muguet? A quoi bon les sporules.

M. CHATIN. Ce qui arrive pour le champignon du muguet et ses sporules n'est que la reproduction exacte de ce que nous voyons tous les jours se passer dans des espèces différentes de la même classe de végétaux. L'oïdium existe d'ailleurs dans tous les cas de muguet; que faut-il de plus pour établir que c'est le champignon qui est la cause de l'affection?

Quant à la gravité du muguet, je crois qu'elle n'est jamais bien grande. Les muguets de beaucoup d'enfants et de vieillards malades et affaiblis paraissent graves parce qu'ils viennent compliquer des affections très-sérieuses, mais ils ne sauraient contribuer à la terminaison funeste; c'est tout au plus si, dans les cas où le muguet occupe une grande étendue et présente un développement extraordinaire, il peut entraîner par lui-même quelques accidents.

M. BOUILLAUD. Grâce aux explications qui viennent d'être échangées, le terrain est maintenant déblayé et la bataille peut s'engager.

Je déclare donc, pour mon compte, qu'en fait de maladies parasitaires on a souvent pris la cause pour l'effet. J'ai vu récemment un cas de muguet chez un jeune homme, pendant la convalescence d'une rougeole. La langue était d'abord gonflée, et ce n'est que le lendemain que le muguet s'y est montré avec ses caractères microscopiques habituels. Il guérit d'ailleurs facilement. Or ici l'oïdium, développé dans l'exsudation qui recouvrait la langue, était manifestement l'effet et non la cause, et je ne vois pas de raison pour qu'il en soit autrement dans les cas où l'acidité buccale existe bien avant le champignon.

Quant au croup, je ne comprends pas que M. Velpeau puisse être disposé à le ranger à côté de la gale et des autres maladies parasitaires. Ces maladies ne se montrent pas dans les conditions hygiéniques les meilleures possibles, à la suite d'un refroidissement. Si cette opinion était admise, il en résulterait une pratique déplorable. Au lieu de diriger le traitement contre la maladie, on s'en prendrait à ce champignon imaginaire que M. Jodin lui-même n'a jamais vu.

M. MOREAU est du même avis que M. Depaul, pour ce qui est de l'étiologie du muguet. Il pense d'ailleurs que cette affection n'a pas de gravité par elle-même si elle est convenablement soignée, et qu'on a souvent confondu avec le muguet, chez les vieillards, ces exsudations plastiques si fréquentes à la suite des fièvres graves.

M. ROBIN croit que l'oïdium albicans est toujours un épiphénomène des diverses altérations de la muqueuse buccale et peut-être de la salive, et que, s'il affecte plus spécialement des régions déterminées, cela tient à certaines particularités de l'épithélium.

Les sporules, dit-il, adhèrent intimement à l'épithélium avant de germer; plus tard les cellules épithéliales se modifient, et enfin leurs couches profondes contiennent des filaments et des sporules, parfois des globules purulents; ce sont là les divers éléments qui constituent le muguet.

Dans le croup, au contraire, l'apparition d'un cryptogame n'est jamais qu'un accident qui se produit là comme sur le cadavre; le champignon, qui n'arrive jamais à fructifier, ne forme pas, même dans les cas où il est très-développé, la millième partie de la fausse membrane, et celle-ci est toujours ancienne et décomposée.

M. CHATIN. Les remarques de MM. Depaul et Bouillaud me paraissent prouver seulement ce que nous savons tous, savoir : qu'il y a des conditions qui préparent à l'oïdium un terrain favorable. Il en est de même des liquides acides qui peuvent séjourner dans les crevasses des mamelons; l'oïdium peut y germer d'emblée, et passer ensuite de là dans la bouche du nourrisson.

M. DEVERGIE invite M. Robin à formuler nettement son opinion sur la question étiologique; il trouve singulière cette opinion qui sature l'atmosphère de sporules sans nombre, et il ne comprend pas comment on pourrait respirer continuellement sans accidents un air aussi vicié.

M. DEPAUL reproche à M. Chatin d'avoir dit dans son rapport que la contagion du muguet est démontrée et indispensable. Il croit que les observations de M. Pirondi ne prouvent pas la contagion, parce qu'il y est question d'enfants placés dans les conditions à l'aide desquelles on peut produire pour ainsi dire à volonté le muguet. D'autre part, si la contagion est nécessaire au développement du muguet, pourquoi se développe-t-il chez des enfants élevés au biberon? pourquoi encore ne se montre-t-il pas chez tous les enfants réunis dans une chambre commune?

M. ROBIN déclare que, pour lui, la germination des sporules n'est qu'un épiphénomène du muguet; que la fausse membrane composée de champignons et d'épithélium altéré est constante, et que lorsque cette production est très-abondante, elle peut produire des accidents par elle-même.

M. VELPEAU n'est pas partisan de M. Jodin, ainsi que l'a cru M. Bouillaud. Quant au muguet, l'opinion de M. Bouillaud lui paraît avoir besoin de preuves nouvelles, aussi bien que celle de M. Chatin. Il ne lui répugne pas d'admettre que les champignons implantés sur la muqueuse puissent y provoquer des sécrétions et une couenne plastique, à la manière d'un corps étranger.

M. Velpeau demande que cette question, élargie et étendue à toutes les maladies parasitaires, ainsi que celle de la génération spontanée, soit remise à l'étude et discutée au sein de l'Académie.

M. CHATIN fait remarquer qu'il n'a nullement soutenu la nécessité de la contagion; quant aux autres objections de M. Depaul, il lui semble qu'on pourrait aussi bien les soulever à l'occasion de toutes les maladies contagieuses qui ne frappent pas toujours tous les sujets placés dans un même foyer.

M. DELAFOND, après avoir exprimé le regret de voir ces questions si graves discutées pour ainsi dire incidemment et en passant, s'attache à prouver en peu de mots que l'oïdium est la cause du muguet et que le muguet est contagieux.

Le muguet, dit-il, est fréquent chez les animaux et surtout parmi les agneaux. Sa cause primitive est, à la vérité, entièrement inconnue; mais quand il s'est développé quelque part, on peut très-bien le transplanter à l'aide des liquides buccaux. Cette transplantation ne réussit pas lorsqu'on l'opère sur des animaux parfaitement sains; mais on obtient toujours le développement du muguet quand on fait choix d'animaux faibles et chétifs, mal nourris, tetant mal, chez lesquels la digestion ou la rumination se fait incomplétement, chez ceux qui portent quelque excoriation dans la bouche, et surtout lorsque les liquides buccaux sont acides.

Souvent aussi la transmission s'opère de la brebis à l'agneau, ou de celui-ci à sa mère; j'en ai vu bon nombre d'exemples. Quand c'est l'agneau qui est d'abord affecté, les sporules existent déjà sur les mamelons de la mère alors qu'ils paraissent encore sains à tout autre égard; puis deux, quatre, six jours plus tard seulement le mamelon rougit, se gonfle et se revêt de la pellicule caractéristique. Il est au moins démontré par là que la contagion est possible.

M. MOREAU. Elle n'est pas démontrée, parce que les agneaux susceptibles de contracter le muguet se trouvent précisément dans les conditions qui suffisent pour produire le muguet chez les enfants.

M. LE PRÉSIDENT. La discussion qui vient de s'engager n'ayant pas porté sur les conclusions du rapport, je mets ces conclusions aux voix.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

LECTURE.

Influence de l'air marin sur la phthisie. — **M. GARNIER** lit une note additionnelle à son mémoire sur l'influence de l'air marin dans la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes de France.

Le but de ce nouveau travail est surtout de répondre aux diverses objections qui se sont produites dans la presse médicale à propos du mémoire lu par l'auteur à l'Académie dans la séance du 7 septembre dernier. Après avoir donné le résultat de nouvelles recherches faites dans les hôpitaux de Toulon, Brest, Cherbourg et Lorient, M. Garnier ajoute : L'accord de ces nouveaux documents avec les précédents est si étroit, qu'on y retrouve les mêmes différences que j'ai signalées quant aux saisons. Ainsi le premier trimestre à Toulon donne toujours la proportion la plus favorable de phthisiques, tandis que c'est le contraire à Lorient dans le trimestre correspondant.

N'est-ce pas là une preuve éclatante, irrécusable, que le diagnostic porté sur les registres mortuaires compulsés par nous est exact et sincère dans la généralité des cas? L'Académie appréciera. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

ÉLECTIONS.

Pendant les lectures qui précèdent, l'Académie a procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes. Voici le résultat du scrutin.

Commission des épidémies. — Ont été nommés en remplacement de MM. Chomel et Ferrus, membres sortants, MM. Louis et Grisolle.

Commission des eaux minérales. — MM. Boullay et Gaultier de Claubry, en remplacement de MM. Mélier et Chevallier.

Commission des remèdes secrets. — MM. Robinet et Trébuchet, en remplacement de MM. Robinet et Beau.

Commission de vaccine. — MM. Depaul et Poiseuille, en remplacement de MM. Depaul et Bricheteau.

Comité de publication. — MM. Bourdon, Robin, Nélaton, Laugier et Bouchardat, en remplacement de MM. Rostan, Barth, Jobert (de Lamballe), Velpeau et Bouley (Henry).

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 15 décembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Fracture de la base du crâne. — Guérison. — **M. BAUCHET** présente un malade guéri d'une fracture de la base du crâne. Voici en quelques traits l'histoire de ce malade, et les considérations qui ont fait admettre l'existence de cette fracture.

Ce jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, en faisant une partie de plaisir à cheval, fit une chute violente sur le front. On voit encore au niveau de la bosse frontale gauche une cicatrice oblique, longue d'environ 7 ou 8 centimètres. Ce jeune homme perdit connaissance à l'instant même, et cette perte de connaissance dura environ une heure, encore le malade ne revint-il pas complétement à lui. Au moment même de l'accident, il s'échappa par le conduit auditif externe gauche une notable quantité de sang. Ce fait me fut rapporté et confirmé par les parents, qui amenèrent le blessé dans nos salles. Un médecin appelé pratique une saignée; le lendemain, le malade étant encore tout étourdi, le médecin fit appliquer des sangsues derrière les oreilles. Le blessé fut apporté à l'hôpital Saint-Louis deux jours après son accident.

A son entrée à l'hôpital, il parlait et répondait aux questions qui lui étaient adressées; mais il avait une grande exaltation dans les idées : il parlait haut, riait à tout moment et sans motifs. Cette exaltation alla en augmentant, et quelques jours plus tard on fut obligé de l'attacher dans son lit. La peau était chaude, le pouls plein et vibrant, le délire très-fort. Je fis appliquer des sangsues derrière les oreilles plusieurs jours de suite, au nombre de 10 à 15 chaque fois; puis des ventouses à la nuque, des sinapismes, des vésicatoires aux mollets et aux cuisses; je prescrivis aussi plusieurs lavements purgatifs. Les accidents se calmèrent peu à peu, la fièvre tomba, l'intelligence revint. Le malade eut de l'appétit, et, un mois environ après son entrée à l'hôpital, je pus l'envoyer en convalescence à l'asile de Vincennes.

Dès son entrée à l'hôpital, j'observai une plaie assez étendue au front, une ecchymose des paupières et du globe oculaire, occupant surtout la partie inférieure du tissu sous-conjonctival. Sur le bord inférieur de l'orbite, on sentait et on sent encore aujourd'hui, à 1 centimètre environ en dehors de l'angle interne et inférieur de l'orbite, une saillie et une dépression résultant d'une fracture de ce bord inférieur.

Il s'écoula par l'oreille les premiers jours une notable quantité de sang, puis de la sérosité sanguinolente, puis un liquide aqueux en telle abondance que ces liquides salissaient chaque jour plusieurs alèzes. Cet écoulement a cessé complétement; mais il reste aujourd'hui au côté gauche *une surdité complète*.

Je n'ai pas hésité, et je n'hésite pas aujourd'hui à penser que ce malade a eu une fracture de l'orbite et du rocher. Nous ne pouvons plus admettre, en effet, que ces fractures ne puissent pas se consolider. Théoriquement, rien ne vient justifier cette opinion, et M. Richet possède une pièce où l'on voit bien évidemment la trace d'une fracture de la base du crâne bien consolidée.

M. DEPAUL admet parfaitement, d'après la symptomatologie décrite, qu'il y a eu fracture de la base du crâne; mais la preuve de cette fracture ne saurait être fournie par la fracture de l'orbite.

M. RICHET. Les symptômes éprouvés par le malade ne peuvent laisser aucun doute sur la réalité de la fracture du crâne; il n'est pas besoin, pour compléter la démonstration, de la fracture de l'orbite. Cette observation est donc très-intéressante, et peut être ajoutée à celles déjà connues. J'en ai, pour mon compte, présenté un cas remarquable. Je possède, de plus, une pièce qui prouve d'une façon positive la consolidation de ces fractures. Le rocher brisé est réuni par un cal linéaire, et les fragments sont soudés, avec un certain déplacement, suivant la longueur. Ce déplacement explique la surdité, car le trait de la fracture traverse le labyrinthe.

M. LABORIE a eu le malade de M. Bauchet à l'Asile impérial, et, par une coïncidence assez ordinaire, un autre malade est encore actuellement dans son service avec une fracture tout à fait analogue, déterminant les mêmes symptômes consécutivement, surdité et paralysie partielle du nerf facial. L'observation sera recueillie avec soin et communiquée dans une première séance.

M. CLOQUET. La possibilité de la guérison des fractures de la base du crâne n'est plus douteuse. Deux observations de ce genre se sont offertes dans ma pratique, toutes deux produites à la suite d'une chute de cheval; elles ont été parfaitement guéries.

M. MOREL. La guérison de ces fractures est dès maintenant incontestable; les faits cliniques le prouvent, et j'en ai vu des exemples. La démonstration anatomo-pathologique manquait, la pièce de M. Richet la fournit.

Fracture spiroïde du tibia. — M. FOUCHET communique, au nom de M. Mailliart, de Verzenay (Marne), une fracture spiroïde du tibia, et donne les détails suivants :

Le 19 avril, M..., âgé de vingt-six ans, manouvrier à Verzy, traversait l'embranchement du chemin de fer construit sur le versant de la montagne de Verzenay; un de ses camarades, par plaisanterie, souleva le câble étendu le long du railway pour l'exploitation provisoire de la voie. M..., surpris, leva davantage le pied droit pour faire un long pas; le pied gauche resta accroché par la pointe au rail, et par le talon au câble; le malheureux pirouetta sur lui-même et alla tomber quelques pas plus loin à droite, sur la partie déclive du terrain. Ses amis exercèrent quelques tractions sur la jambe, croyant qu'elle était seulement luxée, puis le portèrent chez M. le docteur Mailliart.

Ce médecin constata l'existence d'une fracture de la jambe portant sur l'extrémité inférieure des deux os. Il perçut une crépitation légère; le membre était un peu tuméfié, la déformation n'avait rien de caractéristique, la mobilité peu marquée existait dans tous les sens. Le pied n'était pas dévié; il n'y avait pas de déplacement appréciable. Un appareil dextriné fut appliqué sur la jambe. Les trois premiers jours, il ne survint aucun accident, et le malade n'éprouvait aucune douleur dans l'articulation tibio-tarsienne.

Le quatrième jour, M. Mailliart ayant aperçu une phlyctène au niveau du tendon d'Achille, enleva l'appareil. Quelques jours plus tard, d'autres phlyctènes parurent en divers points de la jambe, et en même temps le malade avait de la fièvre, perdait l'appétit. Bientôt des lignes noirâtres se manifestèrent tout le long de la jambe, qui devint froide; le gros orteil fut insensible, et il ne fut pas douteux que le pied et la jambe étaient frappés de gangrène. Cet accident s'aggrava de plus en plus, et le 7 mai, la jambe était réduite en une sorte de bouillie gangréneuse. L'amputation fut pratiquée au lieu d'élection par la méthode circulaire. Cette opération eut un résultat favorable, puisque M..., au bout d'un mois, put se servir d'une jambe artificielle et reprendre en partie ses occupations.

M. Mailliart ne donne aucun détail sur l'état des parties molles de la jambe enlevée, ni sur celui de l'articulation tibio-tarsienne. Mais l'examen de la lésion des os n'en offre pas moins un grand intérêt, en ce moment surtout, puisque la Société se préoccupe de la disposition de certaines fractures et de leur pronostic; aussi M. Fouchet croit-il devoir la décrire avec détails.

Sur la pièce de M. Mailliart, le péroné est fracturé à sa partie inférieure, et cette fracture, située en avant, au niveau de la base de la malléole externe, se dirige d'abord transversalement en arrière, puis remonte tout à coup très-obliquement en haut et en arrière, de sorte que le fragment inférieur offre à sa partie postérieure une pointe longue de 5 à 6 centim. La fracture du tibia est plus curieuse; elle appartient à cette variété indiquée par Gerdy sous le nom de fracture spiroïde, et aussi à celle que M. Gosselin a décrite sous le nom de fracture en V. La fracture commence en haut, à 14 centim. au-dessus de l'extrémité inférieure de l'os, c'est-à-dire vers la partie inférieure de son tiers moyen; elle part du bord externe, descend très-obliquement sur ce bord, puis sur la face externe, qu'elle traverse ainsi que le bord antérieur, la face interne, pour venir se terminer sur la face postérieure, à 3 centimètres de l'extrémité articulaire. Le trait de cette fracture, alternativement concave et convexe, décrit donc un tour de spire complet, dont les deux extrémités sont reliées par une sous-fracture verticale qui parcourt la face postérieure de l'os, et dont l'extrémité inférieure se continue directement jusque sur la surface articulaire de l'os. En examinant cette face articulaire, on voit le trait de la fracture se continuer dans l'étendue de ses deux tiers postérieurs. Le bord postérieur de la face articulaire présente une toute petite esquille, et est comme écorné dans une assez grande étendue. Il résulte de cette disposition que chaque fragment, considéré isolément, offre une longue pointe en V, occupant la face postérieure et le bord externe de l'os pour le fragment inférieur, et la face externe et le bord postérieur pour le fragment supérieur. L'extrémité de la pointe du fragment supérieur arrive en bas, à 3 centim. de l'articulation; celle du fragment inférieur, tournée en haut, occupe la face postérieure de l'os; les bords, de longueur inégale à cause de la direction en spirale de la fracture, ne sont pas situés dans le même plan, ainsi que l'a indiqué M. Gosselin pour les fractures en V.

Si nous examinons cette pièce au point de vue des questions qui préoccupent la Société, nous verrons d'abord que dans ce cas le mécanisme de la fracture est assez facile à saisir et se rapporte à celui indiqué par M. Larrey. Ainsi le malade, ayant le pied gauche maintenu solidement, fait une pirouette de gauche à droite, et dans ce mouvement l'extrémité supérieure du tibia est tordue dans le même sens. En observant avec soin l'aspect de la fracture qui gagne l'articulation, et en remarquant que cette fracture, continuation évidente de la fracture spiroïde, tend à traverser l'os suivant un plan oblique d'arrière en avant et de gauche à droite; que, de plus, les bords en sont légèrement écartés, et que le bord gauche paraît s'enfoncer sous le bord droit, je pense que, en même temps que la jambe était entraînée dans un mouvement de torsion de gauche à droite, elle subissait un mouvement d'extension violente sur le pied, mouvement dans lequel le bord postérieur de la surface articulaire est venu porter sur l'astragale, ce qui expliquerait l'esquille et l'écornement de ce bord. Enfin, le malade tombant à droite, la jambe s'est fléchie dans ce sens, et dans ce mouvement, la malléole interne, repoussée en dedans par la face interne de l'astragale, tendait à se séparer de l'os suivant une ligne verticale, tandis que la malléole externe était arrachée par la traction des ligaments externes. En résumé, en examinant avec soin cette fracture et en tenant compte de toutes les particularités qu'elle présente, il me semble qu'elle s'explique par la combinaison d'un mouvement de torsion de gauche à droite, d'extension forcée de la jambe sur le pied et de flexion latérale interne; le mouvement de torsion restant, du reste, le fait capital dans ce mécanisme. D'un autre côté, il est de toute évidence que la pointe du fragment supérieur n'est point venue ici s'enfoncer dans le fragment inférieur et produire la fracture verticale qui pénètre dans l'articulation; cette fracture est de toute évidence ici la continuation de la fracture spiroïde, fait signalé avec raison par M. Houel. En effet, la pointe du V est trop aiguë dans ce cas pour produire une telle action sur un tissu spongieux, qui n'offre d'ailleurs aucune trace de contusion, aucune dépression, aucun tassement.

Cas de mort après la cautérisation en flèches, pratiquée sur une tumeur cancéreuse du sein. Pénétration du caustique dans la poitrine. — M. BAUCHET présente une énorme tumeur du sein qu'il a voulu enlever avec des flèches de caustique au chlorure de zinc. Ce fait porte avec lui de précieux enseignements.

L'action de la pâte de Canquoin s'exerce aussi longtemps qu'il reste une parcelle de caustique, et il n'est pas possible de limiter son action, alors qu'elle a été introduite au sein de nos tissus.

La douleur qui résulte de son application est le plus ordinairement intolérable et dure pendant un temps fort long, quand on réfléchit à son intensité.

Voici, du reste, le fait.

Il y a un mois environ est entrée à l'hôpital Saint-Louis une femme âgée de trente-cinq à quarante ans, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, et atteinte d'une tumeur au sein droit.

Cette tumeur occupait toute la mamelle droite, et avait au moins le volume des deux poings. Elle se prolongeait dans le creux axillaire. La peau était adhérente à la tumeur, surtout au niveau du mamelon, mais la tumeur mammaire et axillaire était mobile sur les parties profondes.

En explorant avec soin la région malade, on trouvait à la peau une rénitence inaccoutumée; on aurait dit *un œdème dur* de la peau. Sur toute la surface malade on voyait sur la peau de petits points saillants, gros comme une tête d'épingle ou un petit pois. De plus, on sentait dans la peau une foule de ces petites inégalités que l'œil ne pouvait pas encore découvrir. Ces petites saillies étaient dures, résistantes et très-nombreuses. Il y avait là pour nous un squirrhe en masse, avec un véritable semis de cancers dans la peau.

Je refusai l'opération et cherchai à engager la malade à se soumettre à un traitement externe. Je dis aux élèves que c'était un squirrhe de la pire espèce, que si je l'enlevais la cicatrice ne serait pas complète, que déjà la maladie repullulait.

La malade insista à plusieurs reprises pour être opérée. Elle n'était venue à Paris, disait-elle, que pour subir l'amputation du sein. Ses proches parents vinrent me voir à plusieurs reprises: je leur déclarai la maladie, l'état de la malade, et ils insistèrent pour que je me décidasse à faire l'opération.

MM. Denonvilliers et Richet, à qui je demandai conseil, me dirent que, dans ces circonstances, je ne devais pas résister aux pressantes sollicitations de la malade et de ses parents, et m'engagèrent, comme je me proposais de le faire, d'avoir recours à l'application de flèches caustiques. Je choisis les flèches faites avec la pâte de Canquoin.

L'opération eut lieu de la manière suivante :

La malade étant soumise à l'influence du chloroforme, je fis tirer le sein en bas et en dedans, et je commençai l'application des flèches par le creux axillaire. J'agis timidement dans cette région : j'enfonçai préalablement le bistouri de haut en bas, de dehors en dedans, parallèlement à la cage thoracique, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, puis je retirai le bistouri et le remplaçai par une flèche. Je continuai ainsi tout autour de la tumeur, et je la cernai complétement à l'aide de vingt-deux flèches. Les flèches étaient espacées de 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

Pendant vingt-quatre heures, la malade éprouva les douleurs les plus intolérables, surtout quatre à cinq heures après l'opération, et elle me disait le lendemain qu'elle aurait mieux aimé mourir si elle avait pu prévoir des douleurs aussi violentes.

L'état général, d'abord très-altéré par la souffrance, se remit un peu les jours suivants.

Au bout d'une semaine environ, diarrhée très-abondante, et qui résiste pendant quatre ou cinq jours à tous les moyens mis en usage: lavements laudanisés, au tannin, à la ratanhia, etc. La diarrhée ne cède que sous l'influence de lavements au sulfate de cuivre (0,25 par quart de lavement, deux par jour).

Une douzaine de jours après l'application des flèches, l'eschare commença à se détacher vers le creux axillaire. On voyait déjà cinq jours après une plaie profonde et large, lorsqu'un matin, en examinant la tumeur, j'entendis un bruit caractéristique qui me fit reconnaître de suite que la plèvre était ouverte, et même que le poumon communiquait avec la plaie extérieure. Je fis bourrer la plaie de charpie; il n'y eut pas d'accidents généraux graves, mais la malade s'éteignit deux jours après le début de cet accident.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, et à laquelle a bien voulu assister M. Richet, nous a donné les résultats suivants :

La tumeur est livide, noirâtre, violacée; l'épiderme se détache avec facilité et par plaques. Les flèches avaient au plus 4 ou 5 millimètres d'épaisseur; l'eschare circulaire a en épaisseur 2 centimètres au moins. Elle est complète, c'est-à-dire que les tissus qui séparaient les diverses flèches ont été mortifiés, atteints par le caustique.

En dedans et en bas de la mamelle, on trouve le tissu cellulaire mortifié, dans une direction oblique de haut en bas, de dehors en dedans, allant de la mamelle vers la partie inférieure de l'appendice xyphoïde et vers la mamelle du côté opposé. Or les flèches ont toutes été appliquées en sens contraire. Dans la direction de la lésion, de l'eschare dont je viens de parler, le sternum est dénudé; la peau est rouge et tend à se mortifier.

Dans le creux axillaire, il reste, en dehors de la plaie d'élimination, deux petits morceaux de tissu cancéreux.

J'ai détaché la cage thoracique afin d'examiner la perforation de la plèvre par sa face profonde. Il n'y a point de pneumonie. La plèvre est adhérente tout autour de la perforation, à 3 ou 4 centimètres de cette perforation, et il y a en cet endroit un foyer rempli de pus. Le poumon est perforé et communique avec ce foyer.

J'ai cherché avec soin la direction des flèches, et j'ai pu suivre leur trajet bien exactement. Les flèches ont pénétré sous la tumeur, mais elles étaient loin d'arriver à se toucher par leurs extrémités; il existait entre leurs pointes au moins 2, 3 et jusqu'à 5 centimètres, et cependant tout le tissu sous-mammaire était converti en une eschare. Les flèches avaient à peu près 6 à 7 centimètres de longueur; les flèches appliquées dans l'aisselle n'avaient pas été enfoncées de plus de 2 ou 3 centimètres, et cependant on suivait, comme du côté du sternum, une traînée celluleuse mortifiée dans une étendue de 12 à 15 centimètres au moins, qui, partant du creux de l'aisselle, arrivait directement à la perforation. Il y avait, un peu au-devant de cette perforation, un mamelon cancéreux, gros comme une petite noix, qui semblait avoir échappé à l'action du caustique.

La perforation de la plèvre laissait passer le bout du doigt.

Rien dans la cavité abdominale, ni dans les autres cavités splanchniques, que j'avais du reste explorées avec soin avant de pratiquer l'opération.

Ainsi, le caustique a provoqué des douleurs intolérables pendant vingt-quatre heures; il a agi non-seulement sur les tissus avec lesquels il s'était mis en contact, mais encore sur les tissus intermédiaires aux flèches; une flèche de quelques millimètres a pu produire une eschare de quelques centimètres d'épaisseur; le caustique a fusé au loin dans les tissus, non-seulement dans la direction des flèches, mais encore dans une direction opposée.

J'ai pensé que ces faits pouvaient intéresser la Société de chirurgie, et je me suis empressé de les lui communiquer.

J'aurai l'honneur de présenter, dans l'une des séances prochaines, le malade à la grangrène spontanée des doigts et de la main, dont j'ai déjà entretenu la Société.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LABORIE présente un bistouri caché, fabriqué par M. Mathieu. Un dard semblable à celui d'un trocart, terminé par une pointe aplatie très-aiguë, renferme dans son épaisseur deux lames qui se dégagent suivant le mécanisme du lithotome double. Chacune de ces lames peut être ouverte séparément. Ce kystotome double a été employé avec avantage pour établir des sétons, pour ouvrir des abcès profonds. Il permet de donner une ouverture parfaitement parallèle et de même étendue aux parois de l'abcès et aux téguments externes.

Le secrétaire, A. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 décembre, sont nommés à la Faculté de médecine de Paris :

Professeur d'anatomie, M. Jarjavay, agrégé près ladite Faculté;

Professeur de pathologie chirurgicale, M. Gosselin, agrégé près la même Faculté.

— Un mouvement va avoir lieu dans les hôpitaux par suite de la retraite de deux médecins], MM. Andral et Rayer, qu'on ne verra pas s'éloigner sans regret des services qu'ils ont dirigés avec tant d'éclat pendant une longue série d'années.

Par suite de ces retraites,

M. Pelletan de Kinkelin passe de l'Hôtel-Dieu à la Charité;

M. Beau passe de l'hôpital Cochin à la Charité.

On assure de plus que :

M. N. Guéneau de Mussy passerait de la Pitié à Cochin;

M. Barth passerait de l'hôpital Beaujon à l'Hôtel-Dieu;

M. Léger passerait des Incurables (femmes) à Bicêtre;

M. Duplay passerait de Bicêtre à Lariboisière.

— M. le docteur Frédéric Thomas (de la Nouvelle-Orléans), ancien chirurgien de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, vient de mourir à Paris à l'âge de soixante-sept ans. Originaire de Royan (Charente-Inférieure), M. Thomas débuta de très-bonne heure dans la carrière médicale, et fut attaché au port militaire de Rochefort comme officier de santé de la marine. Après quelques années de navigation, il se fixa à la Nouvelle-Orléans, où il exerça la médecine avec beaucoup de succès pendant vingt-neuf années, et occupa pendant longtemps le poste honorifique de président de la Société médicale de cette ville. Il a publié successivement un *Essai sur la fièvre jaune d'Amérique* (1823); un *Traité pratique de la fièvre jaune* (1848), qui furent accueillis avec faveur dans le monde médical, et lui valurent l'honneur de s'associer aux travaux de l'Académie de médecine; enfin, en 1857, des *Recherches sur le choléra observé en Amérique et en Europe*.

— La médecine militaire d'Oran a perdu un de ses membres les plus estimés, M. Corbières, médecin aide-major. M. le docteur Maffre, au nom de ses collègues de l'armée, a payé sur la tombe de M. Corbières le juste tribut de regrets qu'inspire cette mort prématurée.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1858.

A

B

C

D

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1858.

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON, RUE GARANCIÈRE, 8.